

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Cecylii Reginy Łukaszuk

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułąk

Tom XVI

W drodze do brzegu życia

Tom XVI

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom XVI

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

Białystok 2018

Recenzenci monografii

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

Andrei Shpakou Prof. Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie

Prof. Valerii Kovalevskii, Katedra Psychologii Dziecięcej, Państwowy Uniwersytet
Pedagogiczny im. W. P. Astafjewa w Krasnojarsku

Recenzenci rozdziałów:

Baranowska Anna, Bejda Grzegorz, Cybulski Mateusz, Guzowski Andrzej, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, 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, Sarnacka Emilia, Sierakowska Matylda, Szyszko-Perłowska Agnieszka

ISBN - 978-83-946571-9-2

Wydanie I
Białystok 2018

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak
Zdjęcia: Wojciech Kułak

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

*Ci, którzy mają dość sił i miłości,
żeby siedzieć z umierającym pacjentem w ciszy wykraczającej poza słowa,
wiedzą, że ta chwila nie jest ani przerażająca, ani bolesna
– to tylko spokojne ustanie funkcjonowania ciała.*

Elisabeth Kübler-Ross, Rozmowy o śmierci i umieraniu

Szanowni Państwo

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

Wiodąca tematyka tego tomu, podobnie jak poprzednich, pamiętając słowa Paulo Coelho z książki *Alchemik* - „*Nawet jeśli czasem trochę się skarżę – mówiło serce – to tylko dlatego, że jestem sercem ludzkim, a one właśnie są takie. Obawiają się sięgnąć po swoje największe marzenia, ponieważ wydaje im się, że nie są ich godne, albo, że nigdy im się to nie uda. My, serca, umieramy na samą myśl o miłościach, które przepadły na zawsze, o chwilach, które mogły być piękne, a nie były, o skarbach, które mogły być odkryte, ale pozostały na zawsze niewidoczne pod piaskiem. Gdy tak się dzieje, zawsze na koniec cierpimy straszliwe męki*”, dotyczy interdyscyplinarnych wyzwań opieki paliatywnej, w tym problemów opieki paliatywnej/hospicyjnej, pułapek farmakoterapii w opiece paliatywnej, kwestii związanych z okresem żałoby i osierocenia, miejscem tanatoedukacji we współczesnym świecie oraz z problemami współczesnych wyzwań psychoonkologii. Instrumentalne, przedmiotowe podejście do człowieka zdehumanizowało bowiem umieranie, alienując osoby w nim uczestniczące – tych, którzy odchodzą i tych, którzy towarzyszą umieraniu, a później zostają sami.

W monografii są także prace służące wymianie poglądów oraz opinii na temat rozlicznych dylematów etycznych, prawnych i społecznych, z jakimi na co dzień spotykają się pracownicy ochrony zdrowia - jak postrzegają transplantację, eutanazję, uporczywą terapię?

Inne prace nawiązując do słów Bł. Matki Teresy z Kalkuty - „*Chory, biedny, niechciany, niekochany, trędowaty, narkoman, alkoholik, prostytutka – to Chrystus w nędznym przebraniu*” i stwarzają okazję do pokazania, iż śmierć dotyczy nie tylko tych, którzy są ciężko chorzy, ale także osób starszych, chorych psychicznie, niepełnosprawnych, z upośledzeniami genetycznymi i tych, którzy są po prostu bezdomni i już za życia traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli.

Kolejne prace przybliżają rolę religii i jej wpływ na zdrowie, jeszcze inne zadania pracowników ochrony zdrowia w zwalczaniu dyskryminacji, stygmatyzacji, agresji i uzależnień oraz zastanowimy się nad postrzeganiem różnych kultur przez inne narody, ich wizją zdrowia, choroby i śmierci, kulturowymi uwarunkowaniami w poszczególnych dziedzinach medycyny, miejscem medycyny niekonwencjonalnej w terapii oraz dylematami etycznymi w opiece nad pacjentami pochodzącymi z różnych kultur, w myśl słów Eltona Johna „*Każdy człowiek zasługuje na współczucie, każdy człowiek zasługuje na szacunek i wreszcie zasługuje na to, by być kochanym. Dlaczego o tym mówię? Ponieważ AIDS jest wywoływane przez wirusa, ale epidemia AIDS już nie. Epidemia AIDS jest napędzana przez stygmatyzację, przemoc i obojętność*”.

Redaktorzy podręcznika

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

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

Dr hab. n. o zdrowiu Jolanta Lewko,

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kulak

SPIS TREŚCI

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCyna, PRAWO

Marcinkowski Jerzy Tadeusz, Konopielko Zofia: Lekarze w nurcie kultury. Część 1. Lekarze w wyobraźni twórców.....	13-16
Marcinkowski Jerzy Tadeusz, Konopielko Zofia: Lekarze w nurcie kultury. Część 2. Niemedyczne pasje lekarzy.....	17-22
Konopielko Zofia, Marcinkowski Jerzy Tadeusz: Lekarze w nurcie kultury. Część 3. Teksty literackie o naszych pacjentach. To co niezrozumiałe - w dowolnej interpretacji.....	23-58
Leśniewski Krzysztof: Refleksje nad śmiercią i Sądem Ostatecznym w <i>Wielkim kanonie</i> św. Andrzeja z Krety.....	59-68
Pucko Zygmunt: Współczesne polskie <i>celebratio mortis</i> jako efekt mutacji żałoby narodowej - próba analizy filozoficznej.....	69-77
Pucko Zygmunt: Egzystencjalny wymiar zdrowia w duchowości chasydyzmu polskiego	78-84
Żurawski Jacek A.: Zakaz rozpowszechniania treści pornograficznych jako przesłanka nakładania kar na nadawców przez Krajową Radę Radiofonii i Telewizji.....	85-102
Burdziak Konrad: Pochwalanie samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania.....	103-115
Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena, Kubiak Leszek: O śmierci, która nie zawsze jest ewidentna. Oblicza końca egzystencji w telewizyjnych serwisach informacyjnych.....	116-127
Susiel Wojciech, Jurkiewicz-Śpiewak Anna, Bargiel Dominik, Leśniak Robert, Sejboth Justyna: Uporczywa terapia jako zagadnienie prawne i humanistyczne.....	128-136
Burdziak Konrad: Współczucie dla pokrzywdzonego (uwagi na tle art. 150 § 1 k.k.).....	137-149
Młodzik Jakub, Waclawik Michał, Fedorowicz Sebastian, Jaszczak Jakub, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Przeszczep głowy do obcego ciała – czy to się przyjmie? Historia. Teraźniejszość. Dyskusja bioetyczna.....	150-162
Mularczyk Paulina, Boratyński Wojciech: Postrzeganie idei przeszczepiania narządów oraz analiza gotowości oddanie własnych narządów po śmierci wśród studentów WUM.....	163-170
Stasiak Edyta, Marek Justyna, Słowiński Jerzy: Transplantacja <i>ex mortuo</i> – drugim życiem dla osób w schyłkowej fazie przewlekłej niewydolności nerek.....	171-185

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

Zabielski Józef: Wartościowanie cierpienia jako wyzwanie terapeutyczne.....	172-181
Turczyńska Agnieszka, Krajewska-Kulak Elżbieta, Olejnik Beata: Wyzwania opieki paliatywnej.....	182-198
Konarska Jagoda, Janiszewska Mariola, Barańska Agnieszka, Drop Bartłomiej, Blicharski Tomasz: Emocjonalny kontekst diagnozy i leczenia choroby nowotworowej.....	199-210
Anisko Paulina, Krajewska-Kulak Elżbieta, Olejnik Beata: Chłoniaki limfoblastyczne jako problem terapeutyczny.....	211-223
Wala Kamila, Kuczyńska Martyna, Makarewicz Olga, Drewniak Maciej, Kurzelewska-Sobczak Anna, Dorna Krzysztof, Gnus Jan: Problem i terapia bezsenności u osób cierpiących na choroby nowotworowe.....	224-239
Wysocka Sylwia, Krajewska-Kulak Elżbieta, Okurowska-Zawada Bożena: Wybrane aspekty funkcjonowania kobiet po mastektomii	240-259
Grzybowska Angelika, Kowalczyk Krystyna: Wybrane aspekty jakości życia po kobiet po zabiegu mastektomii	260-297
Grzybowska Angelika, Kowalczyk Krystyna: Wybrane aspekty leczenia kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi.....	298-312
Chludzińska Sylwia, Modzelewska Patrycja, Lewko Jolanta: Nowotwory mózgu – epidemiologia, diagnostyka i leczenie.....	313-328
Humeniuk Ewa, Dąbska Olga, Pawlikowska-Łagód Katarzyna, Gierszon Patrycja, Matuska Małgorzata: Praktyki zdrowotne realizowane przez chorych z rozpoznaną chorobą nowotworową.....	329-340
Humeniuk Ewa, Dąbska Olga, Pawlikowska-Łagód Katarzyna, Zabłocka Ewa, Matuska Małgorzata: Ocena wybranych zachowań zdrowotnych wśród chorych na nowotwór. Część 1. Palenie tytoniu i spożywanie alkoholu.....	341-353
Długosz Paulina, Turniak Michał, Makarewicz Olga, Rygiel Klaudia, Dorna Krzysztof, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Śmierć współmałżonka jako patogen – wpływ utraty najbliższej osoby na kondycję człowieka po 50. roku życia.....	354-361

PROBLEMY OPIEKI PERINATALNEJ

Gworys Martyna, Kolasa Wojciech, Gibasiewicz Marcin, Wala Kamila, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Wiedza studentów Wydziału Lekarskiego na temat hospicjów perinatalnych w Polsce.....	362-369
Boryczka Katarzyna, Bardowska Klaudia, Łoś Anna, Biały Michał, Dorna Krzysztof, Kurzelewska-Sobczak Anna, Gnus Jan: Choroba dziecka, chorobą całej rodziny – hospicja domowe dla dzieci jako niedoceniona i słabo poznana forma opieki.	370-380

Tabor Monika, Trybuła Agnieszka, Kudła Tobiasz, Wyderkowska Aleksandra, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Poronienie- problematyka utraty dziecka.....	381-391
Szewczyk Alina, Rogoziński Tomasz, Długosz Paulina, Jaszczał Jakub, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Utrata niespodziewanej ciąży związana ze stosowaniem leków – błąd pacjentki czy lekarza? Opis przypadku medycznego.....	392-398

TANATOEDUKACJA

Pucko Zygmunt: Kulturotwórcza rola niedokończonej żałoby Nadzieży Jakowlewny Mandelsztam.....	399-405
Michalczuk Teresa, Piszcz Paweł, Ślifirczyk Anna, Zalewski Rafał, Krajewska-Kulak Elżbieta: Życie przed śmiercią – służba chorym umierającym.....	406-417
Sobczuk Joachim, Kazienko Maria, Ferenc Stanisław, Kurzelewska-Sobczak Anna, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Dorna Krzysztof, Gnus Jan: Komunikacja w opiece paliatywnej – nieoczywista oczywistość?.....	418-431
Graf Lucyna: Komunikacja z chorym umierającym.....	432-443
Makarewicz Olga, Kuczyńska Martyna, Wala Kamila, Cebulski Kamil, Dorna Krzysztof, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Żałoba jako doświadczenie nieuniknione.....	444-462
Sarosiek Justyna, Kimszał Ewelina, Łukaszuk Cecylia: Opieka hospicyjna w Polsce i w Zambii - różnice i podobieństwa.....	463-472
Doskocz Aleksandra, Bożek Zuzanna, Walecko Damian, Litera Maja, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Dorna Krzysztof, Gnus Jan: Wpływ wybranych praktyk i obrzędów religijnych na zdrowie człowieka.....	473-491

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Tarczyńska Anna, Budny Joanna, Rogoziński Tomasz, Szewczyk Alina, Ferenc Stanisław, Kurzelewska-Sobczyk Anna, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Problematyka suicydologii w ciąży.....	492-498
Kimszał Ewelina, Kurowska Klaudia: Rodzina wobec samobójstwa dziecka niepełnoletniego.....	499-508
Sypel Karolina, Paluch Izabela: Stres-jedna z chorób cywilizacyjnych, czy jedna z ich przyczyn?.....	509-514
Kustra Paulina, Janiszewska Mariola, Góreczna Justyna, Woś Michał, Drop Bartłomiej: Stygmat choroby psychicznej - schizofrenia	515-526
Kustra Paulina, Zabłocka Ewa, Janiszewska Mariola, Barańska Agnieszka, Drop Bartłomiej, Janiszewski Marek: Wykluczenie społeczne jako zagrożenie osób starszych w Polsce.....	527-537

Sobczak Marzena: Starość sprawiedliwa, ale jaka? Spojrzenie na starość z perspektywy ludzi młodych i seniorów.....	538-548
Barnaś Paweł, Gibasiewicz Marcin, Lis Adrian, Ferenc Stanisław, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Kurzelewska-Sobczak Anna, Gnus Jan: Trudności w diagnostyce i leczeniu depresji u pacjentów geriatrycznych a zagadnienie śmierci społecznej.....	549-566
Czop Katarzyna, Miarka-Lachendro Joanna: Niszczycielska siła alkoreksji...	567-575
Jaworska-Czerwińska Aleksandra, Nartowicz Małgorzata: Bezdomni umierają wokół nas – śmierć z wychłodzenia.....	576-586
Klimasz Maria, Litera Maja, Szpytko Szymon, Kuczyńska Martyna, Dorna Krzysztof, Kurzelewska-Sobczak Anna, Gnus Jan: Wielkość zjawiska bezdomności w Polsce na przestrzeni ostatnich 7 lat oraz metody jego zwalczania.....	587-601

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

Kuczyńska Martyna, Wala Kamila, Makarewicz Olga, Jaszczak Jakub, Dorna Krzysztof, Gnus Jan: Jak współczesna medycyna podchodzi do tematu wielokulturowości? Wspólne szanse i zagrożenia.....	602-610
Lisowska Sylwia, Bakalarz Renata, Rogóż Monika: Trudności w opiece pielęgniarskiej z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo.....	611-621
Biały Michał, Łoś Anna, Boryczka Katarzyna, Bardowska Klaudia, Ferenc Stanisław, Inglot Małgorzata, Gnus Jan: Ocena postaw personelu medycznego wobec osób uzależnionych od opioidów, poddanych terapii substytucyjnej metadonem	622-635
Gardocka Agnieszka, Jankowiak Barbara: Stopień uzależnienia od Internetu wśród młodzieży szkół średnich.....	636-659
Konarska Jagoda, Janiszewska Mariola, Bandola Klaudia, Barańska Agnieszka, Ozdoba Patrycja, Firlej Ewelina: Siedziolizm jako problem zdrowia publicznego.....	660-671
Janiszewska Mariola, Ozdoba Patrycja, Konarska Jagoda, Drop Bartłomiej, Barańska Agnieszka, Typek Dominika: Zjawisko występowania stalingu wśród młodzieży.....	672-687
Rygiel Klaudia, Wijata Klaudia, Waławik Michał, Ratajczak Karolina, Kurzelewska-Sobczak Anna, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Gnus Jan: Analiza sytuacji osób LGBT i osób żyjących z HIV w Polsce – pracownicy służby zdrowia wobec postaw dyskryminacyjnych.....	688-700
Hejnowicz Monika, Kreń Mikołaj, Przepiórka Kamila, Klimasz Maria, Paprocka-Borowicz Małgorzata, Ferenc Stanisław, Gnus Jan: Wiedza studentów kierunku lekarskiego na temat zaburzeń identyfikacji płci.....	701-714

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ, PRAWO



Lekarze w nurcie kultury. Część 1. Lekarze w wyobraźni twórców

Marcinkowski Jerzy Tadeusz¹, Konopielko Zofia²

1. Katedra Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa- Międzylesie

Od wieków lekarz, jak i cały świat medyczny - owiany nimbem tajemniczości, gdyż bezpośrednio dotyka ciała ludzkiego, choroby, rodzenia się i umierania – zwykle odstaje od świata swoich pacjentów i jest obiektem zainteresowania nie tylko ogółu społeczeństwa, ale też stanowi inspirację dla wielu twórców kultury. Motyw ten pojawia się w literaturze, filmie, malarstwie i innego rodzaju twórczości - często ubarwiając kulturę.

Kultura staje się jakby wspólną platformą - neutralnym gruntem (poza przychodnią, czy szpitalem), na którym pacjenci i lekarze mają szansę się spotkać, może lepiej poznać i zrozumieć, a w założeniu idealistycznym - nawet zaprzyjaźnić... a czasem wzajemnie przeniknąć - wszak „prawie wszyscy jesteśmy lekarzami” jak założył i udowodnił błazen królewski - Stańczyk... ☺

W pracy przedstawimy zaledwie fragmentarycznie – bo obszar tematyczny jest przeogromny – wybrane dzieła literackie, filmowe i malarskie, ilustrując je odpowiednimi obrazami. Wyobrażenia o lekarzach są różne.

Wizerunek lekarza idealisty - żyjącego w ubóstwie, poświęcającego się pracy i działalności społecznej – legendarnego doktora Judyma - stworzył Stefan Żeromski w *Ludziach bezdomnych*.

Motywacje osobiste do zaangażowania się lekarza (okupienie grzechu młodości) przedstawił w 1883 r. Honoriusz Balzac w *Lekarzu wiejskim*, a Franc Kafka w powieści o tym samym tytule tłumaczy za swoim bohaterem - niepowodzenia w leczeniu (kłopoty osobiste i wymagania pacjentów, którzy „zawsze oczekują niemożliwego od lekarza”). Współczesny pisarz Noach Gordon w powieści *Medicus* i jej kontynuacjach, i w filmie na jej motywach - *Medicus* (2013), reż. Philipp Stölzl - opowiada o XI-wiecznym człowieku, który postanawia zostać balwierzem (ówczesnym lekarzem) - bo odkrywa w sobie „umiejętność czytania w chorym organizmie” - to stale aktualna jedna z podstawowych cech, które powinien posiadać

lekarz! Ten sam autor w *Lekarzach* opowiada o młodych medykach, którzy hartują się w trudnej pracy, uczą przyjmować porażki i godzić życie prywatne z zawodowym. Powieść innego współczesnego pisarza Ericha Segala - *Doktorzy* - opowiada o młodych lekarzach, ich drodze zawodowej, zderzeniach ich wrażliwości z ludzkim cierpieniem, decyzjach ostatecznych, przyjaźni i rasizmie.

I wracamy - znajdując paralele - od czasów obecnych do XVII-wiecznego Moliera, który w *Lekarzu mimo woli* pokazuje złe **relacje lekarza z pacjentem**. Komediodpisarz zda się kpi z głupoty ludzi, którzy wierzą w obco lecz mądrze brzmiące słowa wymyślone przez lekarza. Nasi dzisiejsi pacjenci są zupełnie inni – dużo wiedzą – poziom ich braku zaufania do lekarza jest wysoki – m.in. dlatego, że język, którym przemawia do nich lekarz jakże często jest niezrozumiały.

Język filmu jest bardziej bezpośredni, bo obrazowy niż powieści - więc może więcej objaśniać i zbliżać te dwa światy - pacjentów i lekarzy. Można rzec, że bezcenne są filmy biograficzne o lekarzach niezwykłych – przedstawiające ich sylwetki – jawią się w nich jako zwykli ludzie - pełni niepokojów, wahań, czy uzależnieni od nałogów, widzimy ich trud godzenia życia osobistego z zawodowym, sukcesy i porażki. Stąd powodzeniem się cieszą takie filmy, jak: *Cudowne ręce: Opowieść o Benie Carsonie (2009)*, który pierwszy na świecie rozdzielił bliźniaczki syjamskie złączone głowami (reż. Thomas Carter) lub *Bogowie (2014) reż. Łukasz Palkowski* - o prof. Zbigniewie Relidze i pierwszym w Polsce przeszczepie serca.

Innym barwnym, nieomal przygodowym filmem, raczej opartym na fikcji, potwierdzającym, że lekarz jest zwykłym człowiekiem miotany różnymi uczuciami, to: *Doktor Żywago (1965), reż. David Lean*.

Lekarz bywa zdejmowany z piedestału, lecz zachowuje wiarę w swoją misję i poczucie humoru - pomimo przeciwności, jak w filmie *Patch Adams (1998) reż. Tom Shadyac*.

A także musi sobie radzić pomimo wielkiego zmęczenia z nieznosnym hipochondrykiem, jak w dowcipnej fabule filmu: *Przychodzi facet do lekarza (2014), reż. Dany Boon*.

O pewnym problemie pacjentów, a mianowicie hysterii i pomysłowym lekarzu - opowiada nieco frywolny film o młodym medyku, który sam konstruuje wibrator i leczy nim kobiety: *Histeria - romantyczna historia wibratora (2011), reż. Tanya Wexler*.

Powodzeniem cieszą się filmy o **cudownych działaniach medycyny**, szczególnie oparte na faktach, jak: *Przebudzenia* (1990) reż. Penny Marshall a także - *Przebudzenie* (2007), reż. Joby Harold.

O **doświadczeniach medycznych** niosących innym nadzieję opowiadają filmy: *W rękach Boga* (2004), reż. Joseph Sargent i *Skóra, w której żyję* (2011), reż. Pedro Almodóvar.

Ciekawią też książki, filmy, czy obrazy dotyczące problemów **psychiatrii** - jakże inny jest tam świat chorych, niż ten zwykły, dookolny dotyczący tylko fizyczności i przynosi wątki wręcz sensacyjne. I tu należy wymienić jedną z nielicznych na świecie - polską powieść znakomitego pióra samego pacjenta – Jerzego Krzysztonia pt. *Oblęd*.

Jerzy Krzysztoń (1931-1982), to polski prozaik, dramaturg, reportażysta, radiowiec i tłumacz z języka angielskiego, urodzony w Lublinie, dzieciństwo w Grodnie, w roku 1940 wywieziony z matką i bratem do Kazachstanu - gdzie stracił lewą rękę [1]. W roku 1942 z armią Andersa ewakuowany do Iranu. W latach 1944-1947 przebywał w Indiach, a potem w Ugandzie - gdzie uczył w polskiej szkole i działał w harcerstwie. W roku 1948 wrócił do Polski. Ukończył filologię polską i angielską. W licznych opowiadaniach i powieściach posługiwał się czarnym humorem, groteską i symbolizmem. W ostatnich latach życia, tuż przed tragiczną śmiercią - wyskoczył przez okno w okresie remisji schizofrenii - napisał trytomową powieść *Oblęd* wciągając czytelnika w świat schizofrenicznych wielkich emocji, działań, myślenia i wielkiego pragnienia śmierci – wszystko się dzieje na tle obrazu współczesnego świata – miasta, czy szpitala psychiatrycznego. Powieść pisana przez chorego należy do nielicznych tego typu pozycji na świecie i jest zaprawdę dziełem niezwykłym - wartym uwagi - każdego - nie tylko pacjenta, ale też lekarza [1].

Książka pt. *Oblęd*. powstała w okresie remisji choroby autora niedługo przed jego tragiczną śmiercią, wprowadza czytelnika w tajemny i barwny - tak można śmiało napisać za prof. Antonim Kępińskim, znanym psychiatrą, który m.in. napisał „Schizofrenię” – że świat ludzi chorych na tę chorobę jest tak ciekawy i barwny, iż nie chcą oni się poddawać terapii, która przywraca ich do codziennej szarżyzny. Wątek psychiatrii podejmuje też film Alfreda Hitchcocka *Urzeczona* (1945), czy *Lot nad kukulczym gniazdem* (1975), reż. Miloš Forman; lub obraz Francesco Goyi *Saturn pożerający własne dzieci*.

O **mrocznych stronach zawodów medycznych** opowiada mocny film *Śpiączka* (1978), reż. Michael Crichton, czy *Krytyczna terapia* (1996), reż. Michael Apted, a o słynnym doktorze przynoszącym śmierć oraz problemach eutanazji mówi film: *Jack, jakiego nie znacie* (2010) reż. Barry Levinson.

O **zachowaniach lekarzy w szczególnych warunkach**, jakim jest wojna opowiada m.in. film *MASH* (1970), reż. Robert Altman.

I wreszcie nieodłączny z medycyną i życiem - **problem umierania i śmierci** jest podejmowany w wielu dziełach literackich, w filmach i obrazach. Wymieńmy tu jedynie polski film Krzysztofa Zausiego: *Życie, jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową* (2000) i szereg obrazów m.in. Jana Matejki, Jacka Malczewskiego, czy niezwyklej wprost malarki Fridy Kahlo - maluje ona swoje choroby, cierpienia i powolne umieranie. Problem umierania i śmierci jest stałym motywem w literaturze, filmach, czy obrazach religijnych jakim jest Męka i śmierć Jezusa Chrystusa.... *Ukrzyżowanie*.

Piśmiennictwo

1. [https://pl.wikipedia.org/wiki/Jerzy_Krzyszto%C5%84_\(pisarz\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/Jerzy_Krzyszto%C5%84_(pisarz)), data pobrania 2.05.2018

Lekarze w nurcie kultury. Część 2. Niemedyczne pasje lekarzy

Marcinkowski Jerzy Tadeusz^{1,2,3}, Konopielko Zofia⁴

1. Katedra Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Zakład Higieny i Epidemiologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski
3. Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie
4. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa - Międzyzlesie

Hipokrates zwykł mawiać, że **ze wszystkich nauk medycyna jest najszlachetniejszą.**

Pasjonaci dziedziny zawsze będą to podkreślać, a tylko pasjonaci są dobrymi i dociekliwymi lekarzami. A ci, którzy posiadają jeszcze inne pasje poza zawodowymi - są ludźmi najszlachetniejszymi. Nie jest to łatwe w obecnych czasach, gdyż bywa, że wartość nadrzędną stanowią dobra materialne, a wszystkie pasje są niszczone przez coraz trudniejsze warunki pracy - jak przerost biurokracji, roszczeniowi pacjenci, czy znaczny niedobór kadry medycznej.

Pasjonaci jednak byli i są - czasami ukryci w swoich gabinetach, drążący przyczyny choroby, szukający wyjścia. Kiedyś, często niedojadając, nierzadko w jednych butach - studiowali, bo wierzyli, że lekarz może dać innym więcej. I nie tracili poczucia humoru, byli młodzi, zafascynowani - i tacy pozostali do dziś, **pasję życia przekazując dzieciom i wnukom.**

A teraz opowieść, oczywiście jedynie fragmentaryczna z racji szczupłości miejsca na tę publikację, o lekarzach, którym nie wystarczy codzienna żmudna praca, bo ich myśli czasem szybują w chmurach, co pomaga im zachować człowieczeństwo, wrażliwość, empatię - również dla swoich pacjentów i ich rodzin. Jedną z niezawodowych pasji medyków jest śpiew. **Śpiew** jest to nie tylko powtarzanie ułożonych przez innych słów i skomponowanych melodii, lecz także wkład własnej duszy, która nadaje odpowiednią barwę i ciepło czasem zwyczajnie brzmiącemu w potocznej rozmowie głosowi, a także powoduje, że przeżycie staje

się wzniosłe, czasem nieziemskie. **Głosy zjednoczone we wspólnym śpiewaniu to nadzwyczajna harmonia nasilająca doznania, nie tylko słuchaczy.** To także wspólnota, bliskość, zjednoczenie w cudzie jakim jest muzyka, jakże potrzebna każdemu śmiertelnikowi.

Studenci medycyny, czy lekarze oderwani nagle od swojego przyziemnego świata anatomii, sekcji zwłok, chorób, cierpień, umierania wkraczają na inny poziom. Poziom wielkiego świata kultury - który pozwala na tę niewielką chwilę zapomnieć, nabrać sił i energii, ale także ukoić, uporządkować myśli, uładzić, by wrócić do swojego zwyczajnego, poprzedniego życia i ze spokojem pochylać się nad chorymi oddając im tę swoją odbudowaną i zgromadzoną *vis vitalis*... Pięknym tego przykładem jest dr n. med. – neurolog – **Jerzy Fischbach**, wieloletni dyrygent Chóru AM w Poznaniu. Już w roku 1959 stworzył chór składający się głównie ze studentów Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ale też innych poznańskich uczelni - którego był dyrygentem. **Jego wielka wiedza muzyczna, umiejętność czytania partytury oraz dobierania odpowiednich głosów, harmonizowania ich by układały się w różnorodne utwory zachwycała.** Chór występował w czasie większości uroczystości w Alma Mater i w innych miejscach. Aktualnie w większości uniwersytetów medycznych działają chóry akademickie.

Inną formą wyrażania swoich emocji jest pasja doktora nauk medycznych, neurologa - stale pracującego w zawodzie - **Kuby Sienkiewicza**, urodzonego w 1961 r. Ale ponadto jest **muzykiem rockowym, wokalistą i gitarzystą, autorem tekstów, liderem zespołu Elektryczne Gitary...**

W dziedzinie **malarstwa i rzeźby** zasłynął profesor chirurgii dziecięcej **Jan Eustachy Kossakowski** (1900-1979). Jego prace były wyróżniane na wielu wystawach sztuki w kraju i za granicą (m.in. w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Turynie, Tokyo). A także m.in. współcześnie żyjący **Włodzimierz Cerański**, chirurg i malarz.

Bywa też, że lekarz w chwili, gdy jego myśli szybują poza gabinet lekarski, **łapie za pióro...** nie by nagryzmolić kolejną receptę – ale by opisać swoje doświadczenia, przypadki, przemyślenia, tłoczące się emocje, wytłumaczyć ludzkie zachowania, by zrozumieć świat lub zaskakujące dookolne niespodzianki i nimi zadziwienia. Czasami tak dalece ponosi go wyobraźnia, że **spod jego pióra wypływają wizje literackie, duchowe uniesienia, czy wreszcie naukowe fikcje.**

Oczywiście lekarz nie jest jedynym spośród licznych zawodów człowiekiem, który poza wykonywaniem swoich podstawowych obowiązków, pisze. Ale jakoś w innych przypadkach mniej to dziwi. Bo lekarz wykonujący swój zawód jest na poły rzemieślnikiem, na poły artystą - najbardziej związanym z ludzkim ciałem, z bezpośrednim kontaktem –

grzebaniem w cudzych wnętrznościach, wydalinach i wydzielinach. **Bezpośrednio dotyka bólu życia i towarzyszy śmierci.**

Lekarzy, którzy „spotykają się z wena pisarską”, można podzielić na tych, którzy:

- 1) piszą pamiętniki, ale też opowiadania, powieści, czy wiersze i je publikują – zdobywając niejednokrotnie uznanie, ale jednocześnie pozostają czynnymi lekarzami;
- 2) rozpoczynając „przygodę” z literaturą, osiągają sukcesy, czy odpowiednie gratyfikacje - porzucają praktykę lekarską i zostają „ludźmi pióra”;
- 3) przechodząc na emeryturę - wolni od obowiązków służbowych lub pracując w niepełnym wymiarze godzin - piszą dla własnej przyjemności i chyba rzadko biorą udział w konkursach.

Czynni lekarze, którzy piszą o swojej pracy zawodowej, to kronikarze zawodu czasów, w których żyją. Należy tu wymienić **Remigiusza Janowskiego** i jego „Wspomnienia lekarza wiejskiego”, czy **Krzysztofa Luciaka** w pamiętniku: „Wspomnienia lekarza”. Zupełnie odrębnie niezwykłą postacią był **Brat Ludwik Perzyna** żyjący w latach 1742-1812 – polski, bardzo światły, postępowy jak na ówczesne czasy lekarz, zakonnik i pisarz – popularyzator wiedzy medycznej z zakresu higieny (m.in. walka z kołtunem), psychiatrii, okulistyki, neurologii, ginekologii. Doprawdy wart jest zainteresowania...

Wielu lekarzy, nawet pracujących długo w zawodzie, gdy „dotknęła ich swoimi skrzydłami wena” i rozpoczęli „przygodę z piórem” zamienia stetoskop na czarne znaczki wrzucane na papier, z których wyrasta czasem rozgłos i sława - porzuca medycynę i wybiera tylko ten sposób na życie, karierę i zamożność.

Można tu wymienić **Antona Pawłowicza Czechowa** (1860-1904), który był lekarzem przez wiele lat, ale ponoć zupełnie nie interesowała go medycyna, choć pisywał utwory jak np. „O zgubnym wpływie palenia tytoniu”. Jednak jest nam znany jako wielkiej sławy rosyjski nowelista i dramatopisarz. Klasyk literatury rosyjskiej. Mistrz „małych form literackich”, w których przeważały obrazki obyczajowe, miniatury z życia urzędników, kupców, ziemian i chłopów, łączące komizm z wyraźnymi akcentami krytyki społecznej.

Innym znanym lekarzem-pisarzem był **Michaił Bulhakow** (1891-1940). Jednak lekarzem był tylko przez 4 lata (1916-1920), zaprzestając tej pracy by poświęcić się pisarstwu. Któż z nas nie zna jego niezrównanej powieści „**Mistrz i Małgorzata**” - uważanej za najważniejszą w XX wieku.

Interesująca jest także postać **Axela Munthe** (1857-1949). Był szwedzkim lekarzem-psychiatrą, pełnił funkcję **nadwornego lekarza szwedzkiej rodziny królewskiej**. Wycofał się z życia dworskiego i osiadł w zakupionej przez siebie willi San Michele na Capri. Pod

koniec życia powrócił do Szwecji, gdzie powstało dzieło jego życia, słynna *Księga z San Michele*.

Wielką aktywnością zawodową i pisarską wyróżniał się **Tadeusz Boy-Żeleński** (1874-1941). Był lekarzem tylko w latach 1901-1919, ale równolegle wielkim działaczem społecznym. Jako współpracownik Ireny Krzywickiej, był nadzwyczaj energicznym **propagatorem świadomego macierzyństwa, antykoncepcji i edukacji seksualnej - domagał się legalizacji aborcji, by zlikwidować podziemie aborcyjne niosące śmierć bardzo wielu kobietom**. Był twórcą Poradni Świadomego Macierzyństwa nie tylko w Warszawie (1931), ale w innych miastach Polski. Poza tym przetłumaczył bardzo wielu dzieł literatury francuskiej na język polski, wsławił się jako krytyk literacki i teatralny, pisarz, poeta-satyryk, kronikarz, eseista.

Inną nieprzeciętną postacią o nieograniczonej wyobraźni był **Stanisław Herman Lem** (1921-2006). Medycynę porzucił tuż przed ukończeniem studiów – gdy podczas praktyki lekarskiej odebrał 20 porodów i widok krwawych scen okazał się dla niego za dużym przeżyciem. Dodatkowo wizja wcielenia do służby wojskowej była tak mu obca, iż nie przystąpił do końcowych egzaminów i dyplomu nie odebrał. Pewnie i dobrze się stało, gdyż został niezwykłym polskim pisarzem *science-fiction*, filozofem i futurologiem oraz krytykiem. W swojej twórczości porusza takie tematy, jak: rozwój nauki i techniki, natura ludzka, **możliwość porozumienia się istot inteligentnych, czy miejsce człowieka we Wszechświecie**. W wielu dziełach zawiera odniesienia do współczesnego społeczeństwa, refleksje naukowo-filozoficzne, a także krytykę ustroju socjalistycznego, jak i zachodniego kapitalizmu. Jego najbardziej znana powieść „Solaris” (łac. słoneczny) – została przetłumaczona na wiele języków; zaliczana jest do klasyki fantastyki naukowej. Dzieło jest relacją z **nieudanego kontaktu ludzkości z obcą formą inteligencji**.

A oto inni autorzy – lekarze współcześni - jak na razie uznani przez świat - ciekawe czy przejdą do historii literatury - mający szerokie gremium czytelników - wprowadzający wątki medyczne, historyczne, kryminalne, czy *science-fiction*... używający współczesnego języka i dynamicznego stylu pisanie... Wymienia się kilku takich lekarzy – pisarzy, jak **Michael Crichton** (1942-2008) - syn dziennikarza, amerykański pisarz, reżyser, scenarzysta, producent filmowy i lekarz – absolwent Harvard Medical School. Autor powieści określanych jako technothrillery - które uzyskały popularność dzięki adaptacjom filmowym, np. „**Park Jurajski**” w reż. Stevena Spielberga. Pomysłodawca i producent serialu „**Ostry dyżur**” oraz autor scenariuszy wielu filmów, m. in. *Twister*.

Robert Brian Cook (1949-), który ukończył medycynę na Uniwersytecie Columbia oraz studia podyplomowe na Harvardzie. W swojej twórczości wykorzystuje najnowszą wiedzę medyczną oraz doświadczenia z własnej praktyki lekarza-chirurga. Między innymi porusza **zagadnienia etyki zawodowej lekarzy – Coma** – czy zagrożenia wykorzystywania zdobyczy medycyny w złych celach - np. **użycie broni biologicznej – Epidemia**, czy opowiada historie science-fiction z elementami realizmu. Jest autorem wielu powieści, w tym takich bestsellerów, jak *Mutant*, *Epidemia*, *Zabójcza kuracja*, *Chromosom 6* czy *Toksyna*.

Michael Stephen Palmer (1942-2013) - amerykański pisarz, **autor thrillerów medycznych**. Był z wykształcenia lekarzem z ponad dwudziestoletnią praktyką. Początkowo pracował jako internista w szpitalach w Bostonie i Massachusetts, zajmował się także leczeniem uzależnień.

I wreszcie **Tess Gerritsen** (1952-) - amerykańska współczesna pisarka, z zawodu lekarz-internista. Po studiach praktykowała w Honolulu na Hawajach, wraz z mężem, także lekarzem. W 1987 roku opublikowała pierwszą powieść, romans z wątkiem kryminalnym, a potem kolejno osiem książek o podobnej tematyce. Jej kariera pisarska nabrała rozpędu w 1996 roku, kiedy ukazał się jej pierwszy **thriller medyczny – Dawca**. Dzięki odniesionemu sukcesowi mogła zrezygnować z praktyki lekarskiej.

W grupie polskich postaci, niewątpliwie już zapisanych w historii naszej literatury, znajduje się **Jerzy Woy-Wojciechowski** (1933-) - lekarz, **profesor, działacz społeczny, pianista i kompozytor**. Jest specjalistą z ortopedii i medycyny nuklearnej. W 1962 zastosował pionierską w Polsce metodę **scyntygrafii do badania kości**. Przez wiele lat był **prezesem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego** i nadal zajmuje się działalnością społeczną. Równocześnie jest wyśmienitym **kompozytorem i pianistą**. Przez trzydzieści lat społecznie prowadził **Teatrzyk Piosenki Lekarzy Eskulap**. Skomponował około 200 piosenek, w tym - *Goniąc kormorany* - wykonywaną przez Piotra Szczepanika, a także utwory wykonywane przez Irenę Santor, Jerzego Połomskiego, Ewę Śnieżankę, Waldemara Koconia, Marylę Rodowicz i Danę Lerską. Jest także kompozytorem muzyki do wielu filmów.

Andrzej Tadeusz Szczeklik (1938-2012) – profesor medycyny wewnętrznej, kardiologii, pulmonolog - **lekarz-legenda** - człowiek autentycznego powołania, niewiarygodnej erudycji i wielu talentów, podniósł medycynę do rangi sztuki. Leczył najwybitniejszych polskich pisarzy i artystów: Lema, Miłosza, Szymborską, Wajdę, Tischnera, Mrożka. Znany także z gry na fortepianie w „Piwnicy pod Baranami” i brawurowej jazdy na nartach, był jedną z najbarwniejszych postaci Krakowa. Autor książek przetłumaczonych na język angielski, niemiecki, hiszpański, węgierski, i litewski: **Katharsis** –

O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki (Znak, Kraków 2003), **Kore** – *O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny* (Znak, Kraków 2007), **Nieśmiertelność** – *Prometejski sen medycyny* (Znak, Kraków 2012).

I na zakończenie, oczywiście nie wyczerpując tematu, postać najtragiczniejsza: **Janusz Korczak** – Henryk Goldszmit (1878-1942) - dla nas **najdobitniejsza, najciekawsza, zadziwiająco wielowymiarowa postać jednoczącą w sobie stale aktywnego na wielu polach - lekarza, pedagoga, społecznika i pisarza**. Swoim życiorysem mógłby obdzielić kilka osób, a omówienie działalności wymagałoby co najmniej specjalnej konferencji. Dlatego postaramy się opowiedzieć w wielkim skrócie... Któż z nas nie pamięta z dzieciństwa - *Króla Maciusia*, jego autorstwa? Iluż to rodziców czytywało jego traktaty o wychowaniu... I kto nie zna historii jego **ostatniej drogi w wychowankami z Domu Sierot do Treblinki? Korczak starał się zapewnić dzieciom beztroskie (co nie znaczy pozbawione obowiązków) dzieciństwo**. Traktował je poważnie, mimo dużej różnicy wieku i prowadził z nimi otwarte dyskusje. Uważał, że dziecko powinno samo zrozumieć i emocjonalnie przeżyć daną sytuację, doświadczyć jej oraz samo wyciągnąć wnioski, ewentualnie ponosić konsekwencje oraz zapobiec przypuszczalnym skutkom – niż być sucho poinformowane o fakcie (dokonanym lub nie) i o jego następstwach – przez wychowawcę. Przyjaciele Korczaka byli gotowi umożliwić mu wyjście z getta i zorganizowanie kryjówki po „aryjskiej” stronie, jednak on sam nie był tym nigdy zainteresowany - podobnie postąpili pozostali pracownicy Domu Sierot. Poszli razem z dziećmi. Tak zapamiętała **marsz na Umschlagplatz, skąd odjeżdżały pociągi do Treblinki** – Irena Sendlerowa: „Był już wtedy bardzo chory, a mimo to szedł wyprostowany, z twarzą przypominającą maskę, pozornie opanowany: **Szedł przodem tego tragicznego pochodu. Najmłodsze dziecko trzymał na ręku, a drugie maleństwo prowadził za rączkę...** Trzeba tylko pamiętać, że droga z Domu Sierot na Umschlagplatz była długa. Trwała cztery godziny...”

Lekarze w nurcie kultury. Część 3. Teksty literackie o naszych pacjentach. To co niezrozumiałe - w dowolnej interpretacji...

Konopielko Zofia¹, Marcinkowski Jerzy Tadeusz

1. Poradnia Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa- Międzyzlesie
2. Katedra Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wprowadzenie

Opowiadałem koleżance ze studiów medycznych, dr n. med. Z.K. o faktach, nie tylko dla mnie niezrozumiałych, o ludziach, którzy zapadli przez to w pamięć i w jakiś sposób wpłynęli na moje myślenie, a i nawet życie. W swojej literackiej wyobraźni ona ujęła to w teksty, które chciałbym przedstawić.

I teraz wiem, że i tak można interpretować rzeczywistość... a może naprawdę tak jest, jak ona to przedstawiła - kto wie?

Niezwykłe przypadki o naszych pacjentach - ludzie, którzy zadziwiają - czyli opowieści o ziemskich aniołach

.... a potem to, co zdaje się niepojęte - w interpretacji lekarskiej i literackiej

NARKOLEPSJA

Fakty i interpretacja lekarska

Była zda się „prostą, zwyczajną kobietą”, która po ciężkich przejściach zdrowotnych, w tym zapaleniu otrzewnej po operacji ginekologicznej - kiedy już powiadomiono rodzinę, że umrze - ona nie umarła. I wtedy zachorowała na narkolepsję.

Gdy zapadała w nagły głęboki sen, wszyscy widzieli jej tajemny uśmiech.

Nigdzie nie chciano jej zatrudnić, aż w końcu została pomocą w domu opieki społecznej, z bardzo niską pensją.

I wówczas uaktywniła się jej właściwość rozumienia umierających, uspokajania swoim dotykiem pobudzonych i potrzeba towarzyszenia im do końca życia.

Opowiadała, że trzymała za rękę umierających - samotnie leżących i zazwyczaj od dawna nieodwiedzanych przez rodziny - z własnej potrzeby serca, nie z obowiązków salowej - bo czuła, że jest im potrzebna. Gdy przeprowadzała ich na Drugi Świat budziła zdziwienie personelu...

– a ona wyraźnie odbierała sygnały od tych umierających i czuła ich wdzięczność...

Zauważała, że bardzo tego potrzebowali, gdyż szybko się uspokajali – i umierali jakby pogodnie, gdy ich tak trzymała za rękę, nic nie mówiąc....

Ze skromnej swojej pensji utrzymywała męża alkoholika aż do jego śmierci – mawiając, tak trzeba. Wychowała dwóch dorosłych już synów, którzy całują jej dłonie przy spotkaniach Wykorzystywana przez sąsiadów i rodzinę do opieki nad starymi i chorymi, sama zapadła na raka i jest smutna.

Nie była ani za chuda ani za gruba. Taka w sam raz, by budzić sympatię. Do tego jasna, nie tylko mam na myśli jej blond włosy, które może nawet trochę myszowate, ale miała w sobie jasność, trudną właściwie do zdefiniowania. Przy każdym spotkaniu, nawet gdy opowiadała o swoim życiu, człek jej wysłuchiwał, bo czuł, że ma coś Ważnego do powiedzenia.

Opowiada o niej neurolog, bo pamięta i zda się doświadcza jej wpływu w codziennym życiu.

Na podstawie tej Jego opowieści powstała fantazja?, a może prawda? - kto wie? na temat tej kobiety i jej choroby....

Interpretacja literacka

Anielski dotyk, czyli prawda i fantazja? o kobiecie z narkolepsją

W przychodni zwykle przyjmowało kilku lekarzy, więc nikt nie zwracał na Nią uwagi. Po prostu siedziała w kącie, cichutko, tuż obok rozgadanych, a właściwie rozgłaskanych pacjentów, zwykle stałych bywalców tego miejsca. Musieli bowiem sobie opowiedzieć, bo może już który zapomniał na co chorują, ale właściwie to już nie wiadomo na co, jakie mają objawy, o lekach, które otrzymują i nawet czasami zażywają, że one właściwie nie działają, nie mówiąc o objawach ubocznych i że w ogóle doktor niewiele może pomóc, nawet się nie stara, co widać od razu gdy się wejdzie, a on sobie siedzi za biurkiem rozparty, z obojętną miną i obraca w palcach długopis, że może lepiej homeopatia, nie, nie podobno homeopatia truje, to może zioła, też trują, ot, panie, świat już całkiem zatruty, jak tu żyć. I potem

zauważają Ją i już rozprawiają ciszej, bo może usłyszy, pomimo tego, że śpi od pół godziny. Co, przyszła tu spać, co ona robi w nocy? Pewnie, panie, gdzieś się szlaja, kto wie. Lafirynda jakaś, orzekła ta gruba. A jegomość czerstwy i rubaszny zauważa, że za chuda na szlajanie, kto by taką chciał, chyba że po ciemku. O nie, zaprotestowała ta chuda z długim nosem, właściwie ma trochę ciała, ale jakaś myszowata jest. Niby blondynka, ale myszowata. I dalej życzliwie o niej, nadal po cichutku wszyscy, bo trafiła im się gratka nie byle jaka, taka w przychodni to rzadkość. Więc życzliwie, jak dobrze, że usiadła przy tym stole i dobrze, że ten stół jest tu w ogóle. Właściwie niepotrzebny, ale jednak się przydaje, zaśmiał się jakiś dowcipniś. I ona w dodatku się uśmiecha przez sen, zauważyła jedna z uczestniczek owego „klubu”.

I tak sobie gadali, bo doktor coś za długo badał, a może go jeszcze nie ma, o, pewnie jeszcze w ogóle nie dotarł, jak zwykle spóźniony. Oczywiście, że tak jak on w ogóle gdzieś zdąża do pracy, bo jeszcze wczoraj w nocy oglądał mnie w Izbie Przyjęć szpitala, który jest stąd daleko. Może pracował do rana i dlatego jeszcze go nie ma? Ktoś usiłował wytłumaczyć przyczynę notorycznego spóźniania się pana doktora do ich przychodni. Bo to była ich przychodnia, osiedlowa, więc mogli tu przychodzić, zwłaszcza gdy padał deszcz albo śnieg, no i dlatego, że ten doktor wcale mi nie pomógł, gdy byłam w tej Izbie Przyjęć, nadal boli mnie ten „woreczek”, chociaż od wczoraj już nic tłustego nie jadłam, chyba że te trzy jajka na twardo, ale przecie to nie taki tłuszcz, jak boczuś ukochany. Jak to, zachnął się ten jowialny, przecież jajka na „woreczek” szkodzą, wiem coś o tym. Pewnie zmienię doktora, jest taki jeden stary wprawdzie, ale daleko przyjmuje. Już tam byłam, rzuciła chuda, ale też nie pomógł

A Ona siedziała, jakoś dziwnie jaśniała, chociaż unoszącej się nad Nią poświaty nikt nie zauważał, ale na pewno jaśniała. W swoim kąciку nadal spała z głową na blacie stołu, który był ustawiony pomiędzy automatem z puszkami ponoć niezdrowej Coca—coli tudzież z kawą o smaku popłuczyn i herbatą, chyba z jakiegoś słodkiego i brązowego proszku o przenikliwym zapachu, jednak chyba herbacianym. Siedziała oparta o tę maszynę wydającą oczywiście za monety także różne smakołyki i uśmiechała się przez sen.

Kilkakrotnie widziałem ją w przychodni, ale do mojego gabinetu nie wchodziła. Któregoś dnia spoglądając na wykaz pacjentów zapisanych do mnie na ten dzień, zauważyłem nazwisko osoby, która się nie zgłosiła. Wyszedłem na korytarz, który był dziwnie pusty, widocznie już koledzy zakończyli pracę i pognali do domu, by sprawdzić czy są wszyscy w domu, gdyż pracowali non stop przez 3 doby, a telefonów komórkowych jeszcze wówczas nie było. Zresztą żona przyzwyczajona do tych dłuższych nieobecności męża, ale także lekarza,

organizowała swoje życie walcząc w długich kolejkach o jakiś ochłap mięsa, piorąc, gotując, sprząając, chociaż mąż tego nie zauważał, bo gdy tylko znalazł się w domu zwał się na kanapę i włączał telewizor oglądając wszystko "jak leci". Czasami dzieciaki wdrapywały się na jego kolana i bywało, że palcami usiłowały podnieść jego zamknięte powieki, by na nie chociaż spojrzeć. Nawet już nie marzyły o wspólnej zabawie. Zwykle po chwili rezygnowały, tylko wracały do kuchni, do mamy, by otrzymać ciepłe słowo i czasem przytulenie. Tymczasem ich ojciec dalej chrapał snem sprawiedliwego, ale przynajmniej czuł jego bliskość, dziwny zapach szpitalny, który z nim wchodził do domu i mama otwierała szeroko okna, by wywietrzyć ten lizol, bo w tamtych latach 70. ubiegłego wieku innych środków odkażających w tym kraju chyba nie było. I tak wywietrzeni do cna, zmarznięci, bo noc nadchodziła zimna, ale szczęśliwi bytowali w tym swoim mieszkanku zwanym wtedy M ileś tam. Około północy ojciec – „potrójnieustannieżyrowy” lekarz nagle ożywał, zaglądał do kuchni, a nawet do ich sypialni małżeńskiej. Może działało się to dopiero nad ranem, kiedy żona już w papilotach i w grubej warstwie kremu na twarzy naturalnie odmawiała posługi małżeńskiej, bo może bolała ją głowa, albo nogi zmęczone codzienną bieganiną, a może śniła piękny sen o tym, jak byli młodzi bardzo zakochani, a może broniła się, bo nie chciała mieć więcej dzieci. Dwóch synów wystarczyło za kilkanaście córek, jak mawiała jej mama, góralka, powtarzając z kolei słowa swojego ojca. A że czasy tych lat 70. ubiegłego wieku były „cienkie” w skutecznej antykoncepcji, więc żona tego lekarza dobrze wiedziała, czym się może skończyć ta mała chwila rozkoszy, którą ofiarowywał jej mąż, bo z powodu przemęczenia kochał się byle jak, a może nie miał czasu, by się nauczyć inaczej. Tak więc ta chwila hipotetycznej rozkoszy, a może w ogóle bez tego doznania była tak nieważna w jej życiu, że natychmiast o tym zapomniała stojąc przy garach i szykując kanapki poranne dla całej rodziny. Potem on wychodził, trząsał drzwiami, jeszcze słyszała, jak pracuje silnik samochodu, którym odjeżdżał i właściwie znikał z jej życia.

I tak mijało życie tego doktora, jak i życie bardzo wielu innych.

Tego dnia, gdy Ją zauważył, wreszcie dostrzegł, że siedzi w pustej poczekalni oparta o automat wydający także bardzo słodkie batoniki pt. Mars i różne dziwne egzotyczne napoje. Albo śpi z dziwnie uśmiechniętą twarzą oparta o blat stolika, gdzie się poniewierały „zaczytane” pisma kolorowe. A może tak nie było, bo jak sobie teraz przypomina, w tamtych latach 70. ubiegłego wieku jeszcze takie automaty nie dotarły do Polski, a Coca-colę przywożono jako rarytas z zagranicy. Zresztą tak mu się pomieszały te lata, tak szybko biegł czas, że już niczego nie jest pewien. Może nawet miał pięcioro dzieci, które rodziła mu jego bardzo dzielna bohaterska żona.

Tak więc, tego dnia gdy Ją zobaczył w pustej poczekalni odniósł wrażenie, że ona jednak zasnęła, a nie tylko odpoczywa. Podeszedł do kobiety, delikatnie położył dłoń na ramieniu i zapytał najpierw cicho, potem głośniejszym głosem - czy nie powinna pani wstać i pójść do domu. Bo ja już wychodzę, zamykam drzwi wejściowe, pielęgniarki już dawno zwolniłem, bo one też ciężko pracują na kilku etatach, jedynie pani rejestratorka siedziała spokojnie za swoim blatem i czytała Harlequina, czyli powieść o wartkim przebiegu akcji, napisana lekkim przystępnym stylem i zwykle wyciskająca łzy szczęścia lub żalu. Wszystko jedno co czytała, byle było o miłości, bo o miłości pani recepcjonistka lubiła czytać najbardziej.

Pan doktor nadal stał nad śpiącą kobietą, zanim się zorientował, chociaż był neurologiem, że pomimo słyszalnego lekkiego oddechu i wyglądu osoby żywej, ta kobieta jest nieprzytomna. Delikatnie dotknął szyi, by sprawdzić tętno na tętnicy szyjnej, kobieta nie zareagowała, tętno było ok., więc przebiegł szybko w myśli cały podręcznik neurologii, który już był wytarty od częstego używania, bo wszak musiał się tego uczyć kilka razy. Najpierw do kolokwii przed specjalizacją, potem do egzaminu praktycznego, a następnie teoretycznego. A potem gdy przybywało podręczników, ale wiedza właściwie była zawarta w tym jednym, pierwszym, najważniejszym, bo ze śladami tłustych łap dzieci i wielką brązową plamą rozlanej kawy, musiał powtarzać tę edukację, wlokąc się tą samą ścieżką, którą gnał do tzw. jedyńki, czyli I stopnia specjalizacji, bo chciał posiadać stopień wyższy, tj. drugi, za który to miał właściwie tylko satysfakcję, bo podwyżka zarobków była mała. Pewnie teraz pomyślał, że mądrze się stało, że wprowadzono tylko jeden stopień, tak jak za dawnych czasów bywało, kiedy to stary profesor medycyny, kształcony tym systemem, nie mógł wytłumaczyć urzędnicze w kasie chorych czy NFZ dlaczego posiada tylko jeden stopień specjalizacji.

Gdy ów doktor wracał do tych podręczników, których liczba z latami lawinowo rosła, że już nie mógł na nie patrzeć, gdyby nie sentyment do swojej neurologii. Ale wracał. Teraz też widząc śpiącą przeleciał myślami po tych podręcznikach, chociaż nie musiał, bo przecież wiedział, że jest to kobieta chora na tajemnicze schorzenie, dotąd nie w pełni wytłumaczalne, niepoddające się dostępnym lekom, nawet tym z zagranicy. I że ona może mieć problemy nie tylko w życiu prywatnym, ale pewnie nikt nie chce jej przyjąć do pracy, bo co będzie, jak zaśnie w trakcie szycia na maszynie, palce sobie przyszyje, albo za kierownicą autobusu, ludzi zabije albo gdy będzie coś pisała, to atrament rozleje albo takiej na przykład kazać umyć okna, to na pewno spadnie i będziemy mieli kłopot i tak w ogóle to nigdzie jej nie chcemy, mówili. Bo już wiedzieli, bo niestety lekarz musiał zebrać dokładny wywiad by wydać zgodę na podjęcie pracy. I otrzymała takie zaświadczenie, z którym nikt jej nie chciał.

Gdy Ją zobaczył ten wysokiej klasy specjalista, w przychodni, gdy popatrzył na Jej lśniące jakimś niebiańskim blaskiem oczy i jeszcze ślad uśmiechu na jej twarzy, pomimo tego, że umówił się z żoną na koncert, bo wreszcie miał mieć wolny wieczór, a ona bardzo czekała, od dawna, pewno od kilku miesięcy na to wspólne wyjście z domu, lekarz zdecydował bez wahania. Proszę do gabinetu, to na pewno jest pani karta, którą miałem już oddać pani rejestratorce, ot, tej, którą ledwie widać, bo nachylona nad romansidłem, na pewno nad romansidłem, bo ją znam, nie wiedziała co się dzieje, a mąż już pewnie na nią czekał pod przychodnią i będzie bura, że tak długo przesiaduje w pracy i za takie pieniądze.

Ona, ta która spała w przychodni, a teraz się obudziła i wyglądała na szczęśliwą, miała wątpliwości, ależ panie doktorze, może przyjdę jutro, jutro jestem po nocnej zmianie, więc przyjdę i poczekam. Ale doktor był nieprzejednany, o koncercie obiecanym zapomniał, bo miał przed sobą osobę potrzebującą pomocy. Zawsze tak miał, gdy widział pacjenta, zapominał o swoim życiu i wynikały z tego różne awantury domowe, może tylko pretensje, ale potem już tylko wzruszenie ramionami swojej połowicy. I czasem nawet ją podziwiał za ten spokój i wierność, i wychowywanie dzieci, i porządek w domu, i kwiatki w swoim gabinecie. Ale tylko czasem i to przez moment, bo już dalej pędził do różnych prac, zahaczając czasem o jakieś wykłady, bo trzeba być zorientowanym co się dzieje w medycynie, czy spotkania bywało, że towarzyskie, a jakże, bo życie ucieka i może być za późno, by jeszcze spotkać kolegów, bo tak szybko odchodzili jeden za drugim, że aż strach brał.

Więc powiedział do Niej, bo właśnie samoistnie wróciła do rzeczywistości-proszę wejść, proszę usiąść zaprosił, gdy stała niepewnie po drugiej stronie biurka, proszę opowiadać. Już ośmielona, przełamawszy swoją delikatność i nieśmiałość, siadała na krześle i opowiadała. Doktor słuchał, obserwując jej zachowanie, a może myślał sobie, że jest właściwie ładna i ma coś takiego w oczach, że zapominał o obiecanym koncercie, a nawet dzieciach, które na pewno czekają, patrzył na Nią i słuchał. Była jasną blondynką, o regularnych rysach, włosach gładko opadających na policzki, rozczesanych równo na dwie strony, jak króliczek wyglądała, myślał, ale co Ona ma w środku. Że mieszka w niej tajemna narkolepsja wiedział i poza nagłym zasypianiem nie ma chwil, kiedy słabną mięśnie tak, że nie można wstać, co też bywa w narkolepsji. Kiedyś widział konia, który też nagle zasypiał. Mówił o tym stajenny, gdy lekarz przychodził do swoich koni, które uwielbiał. Tak, jazda konna była dla niego, ale tak rzadko mógł tam bywać, by dosiadać konia i pędzić. Więc nie widział jak jeden z koni zapada w opisany przez stajennego stan narkolepsji, tylko sobie wyobrażał. Pewnie z litości trzymano tu tego konia, bo w przeciwnym wypadku ktoś by go oddał do rzeźni, gdyż nieprzydatny,

zasypia z jeźdźcem na grzbiecie i tamten spada, łamiąc rękę lub nogę, a może kręgosłup. Tak więc nikt go nie chciał, tylko chciał stary stajenny, ukrywał przed wzrokiem ludzi, którzy mogli tego konia zabrać i w ogóle zrobić porządek w tej stajni. Bo stajenny kochał swoje konie, wszystkie, bez wyjątku, chociaż tego z Narkolepsją chyba najbardziej.

Doktor tak sobie myślał, a mając podzielną uwagę, co się przydawało w tym zawodzie, zresztą także w każdym innym, nawet przy zamiataniu podłogi, słuchał jak Ona opowiada. Bo panie doktorze ja chcę żyć, bo mam dla kogo, dwóch synów mu urodziłam, a on pije i nie chce pracować. Kiedyś się w nim zakochałam, ale on wybrał wódkę, a teraz nawet, wyobraża pan sobie, kupuje Wodę Brzozową, no, taką do pielęgnacji włosów. Na pustych półkach, bo nie wiem, czy pan panie doktorze kojarzy, przyszły takie czasy, że nic nie ma na półkach tylko ta woda brzozowa w kiosku, a na półkach ocet. Więc ten mój, na zawsze, bo mu przysięgałam, pije wszystko co ma nawet odrobinę alkoholu, mówią, że nawet denaturat, ale już nie sprawdzam co on pije, bo leży w komórce. Niech leży, mówię, niech sobie poleży, jeśli tak musi, jeśli nie widzi dzieci ani mnie, nie widzi jak płaczemy. On ciężko chory, panie doktorze, jemu trzeba pomóc, tylko on nie chce pomocy, a nie mnie. Ja jestem zdrowa, no może poza tym nagłym zasypianiem, ale mam dużo siły i chcę pracować. Synowie mnie kochają, to tacy dobrzy chłopcy. To pan Bóg mi dał takich dobrych chłopców. Doktor jednak musiał jej przerwać, bo należało wypytać o zdrowie. No cóż, panie doktorze, tu uśmiechnęła się błogo. Muszę panu zdradzić, tylko panu, bo pan mi uwierzy, komuś chciałam powiedzieć, ale od razu się ze mnie śmiał, a ja nie lubię gdy ktoś się ze mnie śmieje, bo ja mówię jak jest, całą prawdę, panie doktorze. Miała błogą minę, doktor nie śmiał przerywać, bo poczuł się jakby wielka siła, zewnętrzna brała go za rękę mówiąc, słuchaj tego, co Ona mówi, to ważne. Nabrała powietrza do płuc i powiedziała na jednym oddechu. Bo ja, panie doktorze w tym czasie, kiedy zasypiam to wracam tam skąd przyszłam. Patrzyła na doktora, czy słucha i ciągnęła. Śpiewamy na trzy głosy, my anioły tak umiemy, nie tylko ludzie tak potrafią, bo ja, panie doktorze należę do chóru Aniołów, zostałam wybrana. Stoimy więc wokół Pana Boga, który siedzi na tronie i ma bardzo dużą brodę i do nas się uśmiecha, nie to co ludzie, panie doktorze, uśmiechają się tak rzadko do siebie, nawet gdy się znają, to rozmawiają, ale uśmiech mają gdzieś pod kluczem, czy jak. A ja, panie doktorze się uśmiecham, prawda? Pan doktor przyznał jej rację, tak, lubię, gdy pani się uśmiecha, a ludzie faktycznie rzadko. A Pan Bóg nas wcale nie zna, tyle Aniołów mieszka w niebie, więc kto by ich spamiętał? Ale uśmiecha się tak, jakby do wszystkich, a każdy Anioł, opowiadały mi inne, myśli, że tylko do niego. I śpiewamy mu za to *Te Deum*, czy zna pan, panie doktorze tę pieśń, mogę zaśpiewać. To może innym razem delikatnie, w miarę delikatnie przerwał Jej pan doktor. I jak to jest, że

Pani wraca tam skąd przyszła? A tego to ja nie wiem, wiem tylko, że wracam do swojego prawdziwego domu, gdzie mąż mnie kocha i nie pije, gdzie mogę pracować ile siły, gdy tylko odśpiewamy *Te Deum*, to zaraz łapię za miotłę, bo ja jestem pracowita, proszę pana doktora. Pyta pan, jak wracam tam, skąd przyszłam? Chyba sam pan Bóg zabiera mnie do nieba na tę jedną chwilę, krótką, ale dla mnie bardzo ważną, wtedy tu na ziemi zasypiam, a budzę się w niebie. Bo tam jest mój dom, ten dobry. Zaśpiewać Panu może to *Te Deum*, a może woli pan inną pieśń. Nie, powiedziałem, że na razie dziękuję, bo już za oknem gwiazdy, żona poszła spać i dzieci posnęły, a ja siedzę z tą osobą i nie mogę się oderwać od jej opowieści, choć wiem, że ona ma zwykle omamy, częste u chorych z narkolepsją, dobrze, że miłe chociaż, myślę, ale gdzieś na dnie myślenia odczuwam niepokój, a może Ona ma rację, może jest coś poza nami, poza naszym rozumem, szkiełkiem i okiem naukowca?

Na dzisiaj koniec wizyty. Ona sama energicznie ją kończy, przecież wiem, że i tak żadnych leków nie otrzymam, bo mnie jest dobrze z tą chorobą i mam dobrą pracę, gdzie mnie przyjęli i mnie lubią, a i tak żadnego leczenia na to nie ma, sam pan kiedyś mówił, a może mówił inny doktor, albo w gazecie pisali, nie wiem.

Podnosi się z krzeselka, odmieniona, rozpromieniona, że pan doktor nie wyśmiał, że wysłuchał i że nadal siedzi i rozmyśla, może jednak go przekonałam, że jest Niebo, Anioły i że dobry pan Bóg zabiera mnie tam na chwilkę, bym pośpiewała z chórami Aniołów *Te Deum*, a potem zamiotła podłogę w tym niebie, bo to przecież mój prawdziwy dom, może pan doktor teraz się zastanawia nad innym światem, innym życiem, nie wiem, do widzenia panie doktorze, mówi i wychodzi tak cicho jak weszła i już jej nie ma i pan doktor siedzi w fotelu i chyba widzi te anioły, a na pewno jednego, który właśnie wraca do wiecznie pijanego męża i synów, którzy ją całują po rękach i mówią, nie płacz mamo...

Wreszcie doktor wraca do domu, idzie pustymi już ulicami, światła miasta zasłaniają mu niebo, więc gwiazd nie widzi, też dobrze, bo nie trzeba, ma w oczach jeszcze jasność Tej z narkolepsją. Cicho otwiera zamek w drzwiach, ona tak lubi, zawsze prosi, nie hałasuj jak przychodzisz, dzieci obudzisz, więc wchodzi cicho, zwraca uwagę, żeby było cicho, bo ona, jego żona tak lubi, przypomina z trudem, bo już dawno zapomniał co ona lubi, ta jego żona, nie zakłada kapci by nie szurały, w skarpetkach wchodzi do pokoju dzieci, jak słodko śpią, ufnie, dopiero na początku życia, myśli o nich z czułością i troską, żeby tylko zdrowo rosły i były mądre, i kochały ludzi, myśli, dotyka ich czoł, są chłodne, na szczęście, nigdy nie dotykał gdy spały, bo robiła to jego żona, anioł, myśli o niej, chciałby może krzyżyk na ich czołach zakreślić, jak robiła to jego matka, a może babcia, ale nie jest zdecydowany, może to nie ma znaczenia, czy nakreślę, ważne, że przypomniałem te kobiety swojego życia, a tak

dawno o nich nie myślałem, bo dzień był za krótki i chciałem nakreślić, mamó mówi. A ona śpi, ta jego kobieta, a może czuwa i może czeka na niego, ale nie chce przeszkadzać. Więc wchodzi do pokoju gdzie ona sama, już od dawna sama, myśli, dlaczego nieprzytulona do mnie, jak kiedyś, tak dawno. Ona leży na wznak i ma szeroko otwarte oczy, bo zawsze wie, kiedy on przychodzi i zawsze czuwa, nie chce żeby zachowywał się głośno, żeby dzieci się nie zbudziły. Jest zdziwiona, że on wchodzi do jej pokoju. Oczekuje, może oczekuje gwałtownego przypływu męskiej chęci nagłej krótkiej i bezwzględnej tzw. miłości, a raczej pożądania łatwego do nasycenia, może on chce się nasycić, myśli i się boi, że tak jest, że tak teraz jest. Ale on podchodzi do niej inaczej niż zwykle, gdy pożąda, jest czuły, ona to czuje, jak dawno on nie był czuły, myśli, podchodzi i głaszcze ją po głowie, delikatnie bierze jej twarz w swoje dłonie i całuje. Ona się poddaje, równie miękko jak jego wargi całują. I są razem, inaczej niż zwykle, mniej drapieżnie, tak jak kiedyś, gdy wszystko pomiędzy nimi się zaczynało, jak kiedyś szepce, a on powtarza, miła moja....

Rano w pracy koledzy patrzą z niepokojem, gdzież ten ich szef, który od drzwi rzuca zalecenia, sprawdza kto jest na „posterunku” i w ogóle widać, że jest szefem. Sekretarka im daje porozumiewawcze znaki, coś jest nie tak. Może szef niezdrowy, myślą, może ma jakieś problemy. Ale chyba nie, bo się uśmiecha, do pacjentów o, do nich to się uśmiechał, ale nie do swojego zespołu, nawet do tej najładniejszej i najseksowniejszej pod słońcem pielęgniarki też nie, a teraz do nich tak, do wszystkich. Zadziwiające i niepokojące jakby. Nieświadomy sytuacji rezydent wchodzi z hałasem do pokoju, szef podnosi głowę i się uśmiecha, rezydent przeprasza, że to drzwi same się zatrzasnęły, szef się uśmiecha. Rezydent coś mówi, oficjalnie relacjonuje i patrzy na rozpromienioną twarz szefa i nie wierzy, czy ktoś go zamienił? I od tej pory tak już jest. Wszystko „idzie jak z płatka” i pacjenci szybciej zdrowieją i atmosfera miła, choć każdy zna swoje miejsce w szeregu. Ciekawe, jak długo tak będzie? Wszyscy się zastanawiają, ale o dziwo tak jest i nadal trwa....

Któregoś dnia zaprasza pana doktora jego kolega ze studiów, który prowadzi hospicjum. Doktor wielce go poważa, bo to serce nie człowiek, a mógł zrobić tak wielką karierę naukową, bo był najlepszy, a pracuje tylko w hospicjum, przez długie lata tylko tam. Doktor nigdy mu nie odmawia, chociaż to praca gratis, ma taki gest, dla biednych, biednym daje serce i swój czas. Więc zmierza właśnie do tego obiektu, gdzie chorzy umierający znajdują swoją ostatnią przystań. I gdy przemierza korytarz, spotyka Ją, swoją pacjentkę chorą na narkolepsję lub nie chorą, a tylko chwilami wstępującą do nieba (jak teraz o Niej myśli). Ona idzie korytarzem roześmiana, dźwigając jakieś wiadro, kłania się z daleka i znika za drzwiami brudownika. Po chwili się wynurza a już pokrzykuje na nią pielęgniarka, że trzeba zmienić

pościel, bo jak wiadomo coś się takiego stało, że trzeba. Wraca więc do szafy z pościelą, zabiera świeżą i wchodzi do pokoju jakiegoś chorego. Doktor patrzy na nią z przyjemnością, jak zręcznie się uwija i z taką pogodą ducha. A to przecież taka prosta, niewykształcona kobieta, jest tylko pomocą pielęgniarską, aż pomocą, jak dobrze, że ją przyjęli do pracy, bo chyba ją lubią i doktor czuje, że tu jest jej miejsce, że się sprawdza. To nic, że czasem gdzieś przyśnie, o dziwo tutaj ta chwila trwa krócej, niż w przychodni, bo jest wyluzowana, bo tu jest jej ziemskie miejsce, tu nikomu krzywdy nie robi swoim zaśnięciem, dobrze o tym wie i wiedzą inni.

Doktor zmierza do gabinetu swojego kolegi, gdzie dowiaduje się o problemach chorego, którego ma konsultować. Że oczywiście ostatnie stadium, że pobudzony, może jakieś leki, bo cierpi i pobudzony, nikt już nie wie jak pomóc. Doktor wchodzi do sali, gdzie ten chory. A przy jego łóżku widzi swoją Jasną, pacjentkę z narkolepsją, która właśnie przysuwa niski stołeczek do łóżka chorego, bierze jego bezwładną rękę i tak zastyga. Może zasypia? Doktor patrzy, jak chory powoli bierze z niej przykład, wyostrome rysy łagodnieją, powoli, powoli odchodzi cierpienie, wreszcie całkiem rozluźniony powtarza zachrypłym głosem za swoją przewodniczką mentorką *Te Deum*. A ona cicho śpiewa, tym razem słyhać, doktor słyszy gdy ona śpiewa tę swoją anielską pieśń. I wszystko nieruchomieje, już nawet wiatr za oknem przestał wycić, bo to dżdżysta późna jesień, gdy ona śpiewa, a coraz bardziej niknącym zachrypłym głosem powtarza za nią chory słowa tej pieśni. I ona czuje i wie, że on odchodzi, a ona jest z nim, najbliższa mu, nie jakieś lamentujące dzieci czy osłupiałe wnuki, które też czasem, choć bardzo rzadko go odwiedzają, że ona jest z nim, on wie, bo ona jest Aniołem, który zszedł do niego z samego nieba, tu na ziemię,, na ten padół leż, by być z nim, i tylko z nim, do końca....

Ta prawdziwa historia kobiety o niezwykłym darze dawania siebie ludziom, przeprowadzania na drugi brzeg cierpiących, gdy tego potrzebowali działała intuicyjnie, przez nikogo nieszkolona, patrzyła sercem i dawała swoją energię umierającym, by mieli odwagę przekroczyć próg życia, co jak mówiła czuła i oni czuli... po prostu była ziemskim Aniołem

Doktor po bardzo wielu latach wspomina tę chwilę, gdy była z umierającym jak i wszystkie chwile poprzednie, od kiedy Ją spotkał, gdy otrzymał od niej spokój, to Ona sprawiła, że ponownie poczuł swoje człowieczeństwo, tę piękną i dobrą jego stronę i dzięki Niej inaczej patrzył na świat...

A ona, no cóż, uzyskała rentę, gdyż praca okazała się ponad jej siły, co nie spowodowało, że mąż zaczął pracować, zmarł jako bezrobotny, niechcący terapii alkoholik, jej dzieci już

dorośle nadal tuli się do niej a doktor widzi z jak wielkim szacunkiem atencją i miłością patrzą na swoją matkę.

Cała rodzina uznała, że jest ona Aniołem, więc podrzucali jej kolejnych bardzo starych wujków, którymi się opiekowała samotnie walcząc o ich zdrowie i towarzyszyła, gdy decydowali się wybrać na ten drugi świat, znajomy jej przecież przez chwile narkolepsji, które były powrotem do miejsca z którego wyszła....

Potem zachorowała na raka, zastosowano bardzo oszczędzającą, właściwie symboliczną chemioterapię, którą zniosła znakomicie i pomimo choroby żyje....przez wiele lat żyje... widać ziemskie Anioły nie umierają, nigdy nie...

CHOROBA ALZHEIMERA

Fakty i interpretacja lekarska

Maciej - kolega moich dziecięcych zabaw - chłopak żywiołowy - miłośnik sportu - a najbardziej boks. Ożenił się wcześniej z dziewczyną z naszego podwórka. Po kilkudziesięciu latach zwrócił się do mnie, abym – jako specjalista-neurolog – zaopiekował się jako pacjentką jego żoną. Byli już wówczas, i on, i jego żona na rencie inwalidzkiej. Okazało się, że żona cierpi na chorobę Alzheimera.

Otępienie postępowało – z czasem coraz szybciej. Bywałem na wizytach domowych, gdy już nie rozpoznawała osób z rodzinnych fotografii. Potem były kolejne etapy choroby Alzheimera, wręcz podręcznikowe - narastały zachowania agresywne również w stosunku do Macieja.

Jak trudno się opiekować taką osobą - nie trzeba opowiadać....

A Maciej sam, nie domagając się pomocy, ba nawet ją odrzucając przez wiele lat zajmował się żoną tak, że była zawsze czyściutka, wypielęgnowana, co zwracało uwagę i wręcz zdumiewało sąsiadki z bloku mieszkalnego.

Pewnego dnia przyszli do mnie ich synowie, którzy prosili abym przekonał ojca, że trzeba ich matkę oddać do domu opieki i także pomógł załatwić tam miejsce - gdyż nie mogą już patrzeć, jak ich ojciec opiekując się całymi dniami matką podupada na zdrowiu; przeszedł w tamtym okresie zawał serca.

Ale rzecz w tym, że mąż Maciej kategorycznie odmawiał – i opiekował się żoną aż do jej śmierci. Wkrótce okazało się, że Maciej zapadł na chorobę nowotworową i stał się niezdolnym do samodzielnej egzystencji.

I cóż się wtedy działo? Sąsiadki z klatki schodowej opiekowały się nim nader starannie – bo jakże może być inaczej, powiadały, w odniesieniu do tak wspaniałego męża. Każda z nich chciałaby też takiej opieki doświadczyć, gdyby dotknęła je ciężka choroba!

Interpretacja literacka

Anioły spotykają się o brzasku ...

Spotykają się codziennie nad ranem, o tej swojej ukochanej godzinie, gdy noc usypia a budzi się brzask i przynosi nowe i tajemne chwile w życiu. Każdy wstający dzień witają razem i nieustannie odkrywają jego smaki. Tak więc i teraz przychodzą do swojego ulubionego pokoju z dużymi oknami, nieustannie patrzącymi na wschodzące słońce. I nic to, że w ich domu mieszkają już inni, może obcy ludzie. Oni tu wracają, bo to ich pora, ich pokój i ich godzina spotkania. Jednak od niedawna nie dążą każde z innej „planety” na to spotkanie, przybywają tu razem, zawsze razem, na wieki.

Siadają po dwóch stronach niewielkiego stolika, naprzeciwko siebie, by móc patrzeć sobie w oczy. Stolik przylega jednym bokiem do parapetu z kwiatkami, które kiedyś, dawno, dawno temu sadzili.

Ona jak zwykle zwiewna, w błękitnej sukience i perełkami na szyi. Tak, zawsze lubiła drobne perełki. Kupił je kiedyś na długim wyjeździe. A ona zawsze czekała. Wychowywała dzieci, dbała o porządek w domu i tęskniła. Nazywała go Odyseuszem i żartując mówiła, uważaj na Syreny, mój Mileńki. A on myślał, że jest jak Penelopa wierna i zawsze czeka, czeka cierpliwie, przyjmuje bez słowa wyrzutu, że on swobodny, a ona dom dzieci, bez podejrzeń co robił przez te długie miesiące. Przyjmowała go zawsze taka sama, ufna i stęskniona.

Czy nie grzeszył w tym czasie? Być może, nawet dobrze nie pamiętał tamtych kobiet, bo przyfruwały i znikwały o świcie z jego życia. Potem szybko zapominał, no nie, nie zapominał, ale stopiły się w jeden obraz szaleństw bez uczucia, po prostu wyżycie zmysłów i tyle. Czy to były zdrady?

Rozmyśla teraz o swoim życiu. Bo ma czas. Wreszcie ma go dużo. A ile mu jeszcze zostało do spotkania z Ukochaną, która już uwolniona od ziemskich cierpień, niemo wzywa go do siebie? tego nikt nie wie. Tylko lekarze mają tajemnicze miny i milczą. Więc jest źle, myśli. A może dobrze, bo wreszcie spotkam swojego ukochanego na wieki Anioła.

I będzie pięknie, tak jak dawniej. Zapomina o tym, co zdarzyło się później, gdy jednoznacznie powiedziano mu, pana żona choruje na Alzheimera, bo na szczęście pamięć tego co niedawno ucieka od niego, dobry Bóg mu zabiera tę pamięć złą a potem Ją, Anioła zabiera do siebie, a wtedy tylko zostaje tamta piękna część ich życia....

Siedzą więc razem w tym samym, co zwykle, ulubionym pokoju z widokiem na wschodzące słońce. Ona mówi, patrz już słońce przeciera oczy i wszystko powoli jaśnieje.

Piją kawę, tak, czuje zapach tamtej kawy i widzi, stale widzi jej twarz usta nos, włosy gładko od czoła i spięte nad karkiem w duży węzeł. Albo jej włosy na poduszce rozrzucone, gdy są razem jednością jaka jedna tylko na tym świecie.

Ona teraz pyta - czy pamiętasz?

Tak przyznaje bez namysłu, chociaż nie wie, o co jej chodzi. Pamiętam. Tak ma zawsze, tak było zawsze, przyznawał jej rację wpatrując się w jej oczy przepastne jak dwa jeziora. Bo ona była jego przewodnikiem po świecie uczuć i czułości.

Czy pamiętasz, ona drąży. Wreszcie on pyta – ale co Kochany mój Aniele? Zawsze tak do niej mówił.

Czy pamiętasz nasze podwórko?

Od razu ma w oczach ten niewielki obszar pomiędzy niewielkimi domkami rodzinnymi a każdy z pięknym dwuspadowym dachem, tak, ma zapamiętany w oczach ten teren gdzie pachniało wolnością i który był tylko dla nich, dla dzieci. Okoliczne wielkie topole strzeliste, bo włoskie, ona mówi, śnieżyły wiosną puchem. Tak, tak i kichałeś, bo chyba miałeś uczulenie na ten puch. Nikogo nie było na naszym podwórku, nikogo tak walecznego.

A skąd ty wiesz Mój Aniele, pyta on? Przecież przesiadywałaś na wielkiej górze piachu, chyba tam, bo tam wszystkie dziewczyny lepiły pączki z mokrego błota, gdy już przefrunął nad nami wielki deszcz.

Śledziłam was zza krzaków, bo dziewczuch nie chcieliście, gdyż uprawialiście męskie rozrywki.

AAA dziewczyny nas nie interesowały, tylko boks.

AAA dziewczyny nie interesowały? A ruda piegowata Julka, z którą się całowałeś pod śmietnikiem?

A TY, Aniele skąd to wiesz? Zmyślasz chyba.

Nie, nie zmyślam, bo w śmietniku siedziałam wtedy i płakałam ze ściśniętymi kolanami widząc, jak ją lubisz.

Żadnej Julki nie pamiętam, tym bardziej rudej

Ha trudno, o wy mężczyźni nawet nie pamiętacie swoich dziewczyn,

A one pamiętają wszystko. Każdy szczegół.

No tak Aniele, może i tak jest. Ale czy teraz to ma jakieś znaczenie?

No, może nie ma, ale widziałam was pod śmietnikiem gdy robiło się ciemno. I dlatego lubię tylko poranki, kiedy jeszcze wszystko wstaje i jest świeże dziewicze, nie skażone.

Tak, wiem Aniele i dlatego siedzimy w naszym pokoju, pod tym oknem, które patrzy na wschód.

Poruszyła się, poczułem zapach jej perfum. Ulubionych, zawsze tych samych. Próbowałem przywozić inne z podróży służbowych, ale ona wracała do tamtych pierwszych.

Pewnie dostałaś je ode mnie?

I znowu ta pamięć męska. Kupują kobietom prezenty i nawet nie pamiętają, jakie której, pomyślała. Przywiozłeś mi z Paryża Antylopę. Perfumy, jakich w kraju nie było. I stale ich używam, gdy chcę ciebie zwabić.

AAA coś mi świta, tak Kochany Aniele przywiozłem ci z Paryża Antylopę. Oczywiście pamiętam, że gdy wchodziłaś do pokoju i wносиłaś z sobą ten zapach, od razu ogarniało mnie wielkie pożądanie.

O, śmieje się ona do tych wspomnień. I turlaliśmy się po dywanie...

Było rozkosznie, przyznaje on.

Ale tedy na podwórku, zaczyna ona

No już nie mów

Nie będę już o rudej Julce, ale chcę powiedzieć, że ciebie uwielbiałam. Byłeś taki zręczny, silny, bojowy z tą swoją czarną czupryną. Inni chłopcy to ciamajdy. Mówili, tata nie pozwolił się boksować. Bo można potem chorować na głowę. A ty się tylko śmiałeś.

I jak widzisz głowę mam do tej pory zdrową,

Nie to co ja, spochmurniała na chwilę. Ale to przez to białko w mózgu. Nie wiem, skąd się wzięło, pewnie jakiś demon podrzucił złośliwie.

Tak, tak Aniele, wokół tak dobrych Aniołów zawsze kręcą się złe demony bo czują że warto zarazić swoją czarcią mocą, warto złamać najlepszego z Aniołów tu na ziemi, jakim niewątpliwie byłaś.

I mnie złamał, niewiele pamiętam, bo żyłam już w innym świecie. Ale nawet stamtąd widziałam jak się ze mną męczysz, pielęgnujesz, pokazujesz jak trafić do łazienki i dotykasz dłonią, bym się uspokoiła.

O nie mów Kochany mój Aniele, dłonie to ty miałaś niezwykle. Nie zapomnę twojego dotyku.

I wtedy ona, siedząc z nim przy tym stoliku przystawionym do parapetu z kwiatkami, które razem kiedyś sadzili i o dziwo jeszcze rosły, pijąc kawę i patrząc jak słońce właśnie przeciera oczy, położyła mu dłoń na ramieniu. Potem powoli i bardzo delikatnie zsuwała ją aż do łokcia, aż poczuł dawny znajomy dreszcz przywołujący tamtą rozkosz.

Tak, twoja dłoń Aniele była niebiańska. Może źle, że tak wtedy myślałem o twojej dłoni, że niebiańska, bo sprowokowałem twoją chorobę, chorobę zapomnienia o naszym świecie.

Niczego nie sprowokowałeś Mileńki. Tak miało być. Nie dałam rady i lekarze nie pomogli, gdy demon mnie zaatakował i było jak było. I ze smutkiem obserwowałam z góry, gdzie już była moja dusza, moje pozostawione prze tobie ciało, bezwładne nieświadome niczego, puste, bez żywych soków widzenia świata i poznania, za to pełne szatańskiego białka w mózgu. Tak, widziałam moja dusza z Nieba to ciało szarpane agresją i zapomnieniem swoich bliskich. Widziałam, jak jest Tobie Mileńki z tym moim ciałem ciężko i siłą woli, którą zsyłałam z góry namawiałam naszych synów, by ciebie przekonali albo przekonali twojego doktora, bo na ciebie już nikt nie miał wpływu, byś mnie oddał, tam gdzie pielęgnują takie puste ciała. A ty mnie ubierałeś w śnieżne suknie i układałeś w bielutkiej pościeli i karmiłeś i przewijałeś. Nie wiesz, jak bardzo cierpiała moja Dusza, która już mogła wielbić Boga, a nie mogła Tobie, Ukochany pomóc. I wszyscy nieustannie ciebie namawiali przekonywali, że nie dasz rady, że to nie ma sensu, mówili, przecież ona nawet was na zdjęciach nie rozpoznaje. A ty nie chciałeś mnie nigdzie oddać ...

Nie chciałem, dobrze wiesz mój Aniele, nie chciałem i nie mogłem, bom przysięgał tobie przed ołtarzem i panu Bogu wierność i że ciebie nie opuszczę aż do śmierci.

Ale kiedy ja już byłam umarła na tym świecie.

Nieprawda, żyłaś ze mną, czułem jak bije twoje serce. Było trudno, ale widziałem tylko tamtą dziewczynę z podwórka, której, kiedyś gdy już ją zauważyłem, położyłem głowę na kolana.

Ożywiła się, niemożliwe, że pamiętasz. To było tak dawno. Pamiętam, to co było z tobą, wszystko pamiętam. Tak Mileńki, siedzieliśmy na trawie pod tą topolą i wyjmowałam z twojej czarnej czupryny topolowy puch.

Poczuł dreszcz, bo pamiętał tamten dotyk wybierania puchu topolowego, muśnięcia długich palców, nieśmiało i zalotne w okolicy swojego ucha. Tak, czuł wtedy jak jego męskość, którą już poznał wcześniej, ale sam musiał się z nią uporać, jak jego męskość pragnie zaspokojenia. I tylko widział ją, swoją jedyną kobietę w życiu, tylko ją tak czuł i tylko jej pragnął. Ale wtedy nic nie powiedział, bo wtedy o takich sprawach nie rozmawiano, tylko stłumił w sobie chęć nieomal gwałtu, stłumił pożądanie wielkie i pokornie położył głowę na jej udach, gdzie już pachniało kobietą.

Kiedyś zauważyłem na podwórku nie dzieciaka ze strzechą włosów tylko małą kobietkę.

Tak, tak pamiętam jak podszedłeś do mnie i powiedziałeś, że mam oczy jak dwa jeziora. To było długo po tym, jak całowałeś się z Julką.

Przecież ja się z nią nie całowałem, no może dotykaliśmy się ustami, wtedy nic nie wiedziałem o całowaniu. A najpewniej to ona zaczęła. Wiesz, jakie są dziewczyny.

O tak, tak, wiem. Ja nigdy nie zaczynałam pierwsza. Tylko podglądałam zza krzaków albo ze śmietnika. Byłam od ciebie młodsza, no może trochę, ale w tym wieku to przepaść. Aż nagle postanowiłam stamtąd wyjść, porzucić dziecięce śmieszne zabawy w ciuciubabkę albo skakanie na skakance.

Oooo skakankę dobrze pamiętam.

No pewnie, odebraliście ją nam, bo była wam potrzebna do trenowania sprawności, aż poskarżyłyśmy się mamom i wtedy musieliście oddać

Ech, kupiliśmy sobie nową, bo każdy miał jakieś groszaki odłożone, a wtedy wszystko było tanie, tylko w sklepach nie zawsze można było łatwo kupić, bo sklepy były puste.

AAA co ty tam wiesz, puste sklepy były dopiero potem, gdy już byliśmy małżeństwem, a wtedy wszystko było. Powiedz raczej, że woleliście zabrać tę skakankę nam, małym dziewczynkom.

Opowiedz lepiej jak mnie dostrzegłeś.

No więc było tak. Jeszcze nie rozpoczęliśmy treningu bokserkiego, bo właśnie wiązałem sznurówki tramppek.

Ooo pamiętam te twoje ze śmiesznym gumowym brudnoszarym kółkiem przy kostce.

Aż dziw, że pamiętasz.

Nie dziw się, przecież byłeś najładniejszym i najsprawniejszym chłopakiem na naszym podwórku. Od pewnego czasu obserwowałam ciebie, bo czułam się kobietą.

Ale ja dopiero wtedy, gdy zawiązywałem sznurówki złączając się jak zwykle, że kokardka wychodzi z zza długimi wąsami, nagle zobaczyłem obok siebie zjawisko. Smukłe, dwie szczupłe w kostkach, opalone i kolana. Zauważyłem nogi, które od razu zadziałały mi na zmysły i wyobraźnię.

Stałam przy tobie blisko, faktycznie miałam gołe nogi i bardzo opalone. Nie wiedziałam, że zrobiły na tobie wrażenie, aż takie wrażenie.

Bo ja wtedy po raz pierwszy zauważyłem kobietę, która stała tak blisko, że czułem jej zapach i słyszałem jak oddycha.

Ale nie podniosłeś głowy, by spojrzeć wyżej, na to co nad kolanami, a miałam bardzo krótką szeroką spódniczkę, pod którą właśnie wpadł wiatr i zdmuchnął prawie na głowę tak, że chyba mogłeś zobaczyć moje majtki.

Ooo, szkoda, ale słyszałem szum jakiś nad sobą i nie miałem odwagi spojrzeć do góry, na ciebie, bo bałem się, że zjawisko umknie. Byłaś już wtedy moim Aniołem. Bo myślałem, że to Anioł Stróż o którym tyle opowiadała mi mama i obrazek z tym opiekuńczym duchem wisiał nad łóżkiem siostry, chociaż równocześnie czułem, że jesteś kobietą.

Tak Mileńki byłam kobietą, która do ciebie przyszła.

Tak ukochana byłaś kobietą Aniołem, który zszedł do mnie na ziemię i zostałeś ze mną.

Nie, pokręciła smutno głową, to o tobie mówili że jesteś szaleńcem albo Aniołem trwając przy mnie przez te lata, kiedy moje ciało było puste.

Bo nie patrzyłem na ciało, patrzyłem wtedy na niebo i stamtąd docierał do mnie twój anielski głos, więc wiedziałem, że twoje puste ciało z tętniącym przecież sercem muszę pielęgnować aż do końca, jak przyrzekałem w kościele i dopiero wtedy odejdę, by być z tobą, tam w górze. Pokazał wymownie palcem na Niebo, a ona, piękna jak nigdy w jasnoblękitnej sukience ze sznurkiem maleńkich pereł na szyi i oczami jak dwa jeziora, odstawiając filiżankę z resztką kawy i już nie patrząc na słońce, które już dawno przetarło oczy i stało w zenicie, popatrzyła na niego, swojego odwiecznego jedyne, na swojego męża, wzruszyła ramionami i rzekła, a po co nam niebo, niebo jest w nas mój Mileńki, mój ty Aniele...

CUDEM OCALONY?

Fakty i interpretacja lekarska

Zamożny właściciel dobrze prosperującej wytwórni przyborów malarskich został podstępnie wywieziony do lasu przez najętych przez zonę dwóch zbirów, którzy mieli tamże pozbawić go życia. Wszystko po to, aby żona przejęła majątek.

Jednakże, gdy stał nad wykopanym tam już grobem i był bezlitośnie katowany, zbiry nie dobiły go, przez co zdołał się wyczołgać do pobliskiej drogi leśnej, gdzie na szczęście został odnaleziony i odwieziony do szpitala. Rozpoznano ciężki uraz czaszkowo-mózgowy i rozległe obrażenia twarzoczaszki ,po których rozwijał się zespół psychoorganiczny.

Żona odbywała wieloletni wyrok w więzieniu. Rozwiódł się z nią – uzyskał rozwód kościelny. Po jakimś czasie ożenił się po raz drugi, miał z tą drugą żoną dwójkę dzieci.

Niestety druga żona rozwiodła się z nim – zapewne z powodu uciążliwości powodowanych objawami zespołu psychoorganicznego. Syn popełnił samobójstwo.

Będąc od zawsze bardzo pobożnym po tych wszystkich tragicznych przejściach stał się człowiekiem bardzo łagodnym, przy tym tak bardzo utwierdzonym w wierze, iż bywa codziennym uczestnikiem mszy i nabożeństw.

Interpretacja literacka

Cudem Ocalony? czyli rzecz o zmartwychwstaniu

Usłyszał dzwony, które były długo i jakoś boleśnie, ale jednocześnie i radośnie. Pomyślał, że Rezurekcja za chwilę. Wyskoczył z łóżka, było zimno, ale dygocąc już był w łazience, zanim weszła do pokoju matka. Tak, bardzo ją kochał, bo miała w sobie łagodność i doświadczał jej bezinteresownej miłości na co dzień. Nigdy nie krzyczała, nawet gdy coś nabroił, jak to dziecko, w odróżnieniu od ojca, który często sięgał po pas i łoł skórę, aż długo bolały pręgi na plecach i pupie. Może ojciec go kochał, ale po swojemu i dla dziecka niezrozumiale.

Bo jakimże grzechem było włożenie do sadu sąsiada, by zdobyć smakowite zielone jabłka, albo nie nauczyć się wiersza, albo bazgrolić na ścianie. Matka była samą dobrocią, uwielbiał jej głos i zapach, i smukłą, zwiewną sylwetkę zwieńczoną bardzo ciemnymi, gładko zaczesanymi włosami, gdy nadchodziła z zakupami. Miał takie same ciemne włosy, powtarzała, gdy go głaskała po głowie. Zawsze mu coś przyniosła, jakiś smakołyk, wiedziała co lubi.

A po karze od ojca, przytulała chyłkiem, lękliwie, by ojciec nie widział i mówiła kocham cię synku, kocham nad życie, jesteś mój i tylko mój. Nie myślał wtedy, że ona jest kobietą, może zwyczajną jakich wiele na świecie. Była jego skarbem. Jej wizerunek nosił w sobie, gdy już dorosły spotykał się z innymi. O wszystkich myślał, że są takie anielskie jak jego mama.

Dzwony nadal były, coraz bardziej boleśnie, gdy się ocknął i przestał śnić na jawie. Pamiętał tylko tamto, z dzieciństwa, w ramionach matki, która go kołysała. Chciał otworzyć oczy, powoli więc otwierał i przez szparkę pomiędzy powiekami zobaczył niebo. Wisiało nad nim wielkie, tajemnicze, całe granatowe, no nie całe, bo mrugały tam gwiazdy. Jeszcze pomyślał, że na jednej mieszka jego mama i za chwilę przyjdzie i przytuli. Z tą myślą, zapadł się w zły sen. Wydawało mu się, że jest w grobie. Skąd taki sen. Leżał skulony, bezbronny jak płód w łonie matki, czuł coś lepkiego na ustach i powoli uniośł rękę. Tę lewą, bo mniej bolała. Dotykał swojej twarzy i czuł coś miękkiego, kleistego i bardzo bolało. Więc już nie dotykał.

Przytomniał. Nie wiedział, gdzie jest i co się z nim stało. Ten sen o grobie, to był tylko sen uspokajał sam siebie. Ale skąd piasek pomiędzy zębami, pomacał swoją klatkę piersiową, gdzie serce, odgarniał jakiś piasek, zwały piasku. A serce się wyrywało do matki, która zamieszkała na jednej z gwiazd.

Odgrzebywał swoje ciało, coraz szybciej i gwałtowniej, pomimo bólu, który w nim wszędzie, przytomniał i wtedy poczuł, że chyba oddał mocz, bo spodnie mokre. Nie wiedział dlaczego, ale nagle sobie przypomniał jak ktoś go walił po głowie, tak, to ze strachu, pomyślał. I znowu ciemność, i nieprzytomność. Gdy świtało, wróciła świadomość, jeszcze mglista, ale jaśniejąca. Aż sam się zdziwił, że jakiś nowy film widzi, dwaj łysi młodzi walą go maczugami po głowie i wszędzie. Prosi nie bijcie, to boli, a potem błagał swojego Boga, by pomógł. Bóg, którego kochał od dziecka, tak bardzo jak swoją matkę, która uosabiała wszystkie kobiety świata, nie pomógł, tylko te mokre spodnie....

Przerażenie, przerażenie narastało gdy wracała pamięć. Cisza była wszędzie, tylko ptaki już obudzone i te dzwony rozhuśtane. Tak, to on dzwonił uwieszając się sznurów, gdy pozwolił pan kościelny, mały człowiek jakim wtedy był lubił, gdy serca dzwonów widział nad sobą, a one dzwoniły radośnie. Jak słodko było wtedy. Chciał tu zostać, gdzie jest, byle nie przestać śnić o tamtym czasie, matce, kościele, dzwonach, Rezurekcji z dymami kadzideł, gdy ludziska śpiewali, a on w białej komży podawał księdzu dzbanuszek z winem.

Zostać w tamtym czasie, usnąć na wieki, pójść do matki, by przytuliła. I nagle znowu fala przytomności, rozpaczliwe więc wygrzebywanie się z dołu, dobrze, że płytki wykopali. Leniwczy pomyślał, on pedant, nie chciało im się nawet wykopać przyzwoicie głębokiego dołu na moje ciało. Wzdrygnął się, gdy tak pomyślał. Wykopali dla mnie grób, stałem nad tym dołem, gdy tłukli, zasłaniałem głowę rękoma i wznosiłem oczy do nieba, do mojego Boga...a syn mój jedyny gdzie? - nagle pomyślał z lękiem. Może i jego pobili. Czy zdołał uciec? Przecież jechaliśmy poza miasto, w jakimś tam celu, może chciał porozmawiać, powiedzieć coś ważnego, a może razem chcieliśmy obejrzeć nową siedzibę naszej firmy, gdzie wyrabiamy najlepsze szczotki i pędzle, które wysyłamy nawet za granicę. Takie są dobre, te nasze pędzle, te do golenia z miękkiej borsuczej sierści i nigdy, przenigdy nie wypadają im włosy. Rozmarzył się wygrzebując spod zwały piasku. Tak, moje pędzle bardzo ludzie lubią, piszą takie piękne opinie, dzięki nim jeździmy z żoną i synem na długie wycieczki naszym wypieszczonym Mercedesem. Jesteśmy tak bardzo kochającą się rodziną a ja im, tym najbliższym stwarzam warunki dla dostatniego życia. Uff, wreszcie się wygrzebałem, pomyślał, gdy już wschodziło słońce. Bogu niech będą dzięki i modlił się do tego swojego Boga, dziękował za cud życia, uratowanie, swoją własną prawie Rezurekcję....tracąc

przytomność pełził więc pomiędzy krzewami jałowca, nawet nie czuł jak kłują jego igiełki. Tak, zbierał czasem czarne jagody, by wędzić szynkę dla rodziny na Wielkanoc i wtedy mocno kłuły w palce. Pełził dalej, dzwony były jakoś słabiej, coś w nim pulsowało, myślał, że serce. Jak dobrze, że ma serce, dostał je od matki. Znalezione go na skraju szosy. Ktoś przejeżdżając nieopodal lasu ujrzał szary tłumok i w pierwszej chwili pomyślał, że znowu jakiś śmieciuch zostawił swój worek z brudami. Ale coś go tknęło, może poczuł palec boży, który jaśniał nad owym tłumokiem, może jednak odezwało się własne sumienie. Zatrzymaj się, sprawdź co tam leży przy tej mało uczęszczanej drodze. Zrobił więc dokładnie tak, jak mu powiedział głos i poczuł imperatyw. Może imperatyw ów pochodził z góry? Gdy podszedł bliżej, coś się poruszyło i zajęczało. O Boże, to jest człowiek. Zszargany, pobity, krwią zalany, nie widać twarzy, bo tylko krwawa maska, chyba nieprzytomny. Więc telefon, jak dobrze, że już era tych komórkowych. Po kilku minutach pogotowie ratunkowe na sygnale, gdyż wezwanie było dramatyczne. I niebawem policja. Chwilę postał, dokładnie opowiedział jak było, nie mówił, że może Bóg mu kazał się zatrzymać, bo to śmieszne i nikogo zresztą nie interesowało. Spisano dokumenty, pojechał do domu i opowiedział żonie. Ta już wiedziała, bo właśnie wróciła z dyżuru nocnego w szpitalu. Gdy nadjeżdżało Pogotowie Ratunkowe, swoim zwyczajem, chyba ze zwyczajnej ciekawości się zatrzymała, a nawet wróciła do Izby Przyjęć. I na podstawie dokumentów, bo był nierozpoznawalny, ustalono, że to miejscowy biznesmen. Małoż to porwań, mordów, nawet niewinnych ludzi. A ten był na celowniku, nie wszyscy go lubili, ale za to wszyscy zazdrościli jak się bogaci i myśleli, że nic nie robi a Mercedesem jeździ. Bo zwykle się wydaje, że inni nic nie robią, a dobrze zarabiają, a my co? szaraczki, najwyżej parę groszy do kieszeni od hojnego pacjenta. Ot, trudny jest los salowych, tak mówiła żona, gdy ten co uratował jadł jajecznicę popijając bawarką, której nie lubił, ale za to lubiła ją jego żona.

Tymczasem Cudem Ocalony wybudzał się na sali pooperacyjnej, a dookoła wszyscy mówili, jak trudna była rekonstrukcja twarzy, jak długo trwała, aż musieli chirurga stomatologa do pomocy neurochirurgowi i chirurgowi tzw. plastycznemu sprowadzać na cito, ale się udało. A może wcale mu nie opowiadali, tylko z rurkami w różnych częściach ciała leniwie patrzył spod opuchniętych powiek, jak kapie krew z worka zawieszonego nad jego głową. Cieszył się, że widzi, że może patrzeć, bo powoli wracała świadomość tego co przeżył. Jednak jego najważniejszą myślą było, jak podziękować panu Bogu, w którego łaskę nigdy nie zwątpił, za swoje cudowne ocalenie. Potem przyszli policjanci i chcieli o coś pytać. Nie odpowiadał bo nic nie wiedział. Posiedzieli więc i poszli. Ale któregoś dnia usłyszał, jak sobie gawędzą pielęgniarki, wprowadzie cicho, ale usłyszał. Pewnie myślały, że śpi, maszyny informujące o

funkcjach życiowych pacjenta informowały różnymi miarowymi pikaniami, że jest ok., kroplówka spływała bezszelestnie, a chory posapywał spokojnie. Więc myśląc, że nie słyszy, gadały. Jednak podobno człowiek, nawet w śpiączce będący, wszystko słyszy, a coś dopiero on, cudem ocalony i jedynie prawie śpiący snem sprawiedliwego. I nieco nadstawiając uszy wyglądające spod bandaży, którym był spowity, słyszał jak one mówią. Bo usłyszał swoje imię i o szczotkach. Ach, gdzieżeście moje ukochane szczotki, nie martwcie, wróć do was i jeszcze bardziej będę się wami opiekował, bo jesteście moje, tylko moje. Tak sobie marząc o szczotkach, a także i o pędzlach, które wyrabiał, słyszał przenikliwy szept lub półgłos pielęgniarek, które właśnie piły zasłużoną kawę, zresztą kolejną na tym dyżurze. Że policja trafiła na ślad. Że ktoś widział jego samochód opuszczający miasto, ktoś inny, że skręcał on w boczną drogę leśną. Dziwne, że potem ten samochód wracał tą samą drogą. Wydawało się tylko, że nie on był za kierownicą. A przedtem widziano, chyba jego syna na siedzeniu obok kierowcy. Jeżeli pojechał z synem, dlaczego syn wracał sam. A inni znali dwóch młodych ogolonych drabów, którzy za parę puszek z piwem byli gotowi zrobić wszystko. I okraść i zdemolować, co trzeba, i matki swoje nawet pobili, bo nie dawały ani grosza ze swojej skromnej wprowdziej, ale co miesięcznej renty, więc może to oni bestialsko pobili, bo chyba sam syn by nie dał rady. Był niższy od ojca i jakiś cherlak, a jego ojciec, chociaż smukły i wysoki, ale miał mięśnie starannie ćwiczone na siłowni, bo dbał o zdrowie. Tak więc po przysłowiowej nitce policja dotarła do kłębka. Draby, spanikowane wielce, ale ucieszone, że denat ożył, więc kara będzie mniejsza, od razu od razu się przyznały. Zresztą na zimę, która się zbliżała, komfortowe warunki, które zapewniało więzienie były wysoce pożądane, draby więc same się przyznały, wybierając tę inną wolność, przynajmniej cieplejszą i pełną stawy niż ich chałupa z matką sknerą. Opowiedziały detalicznie, jak było i co najważniejsze, że otrzymali zlecenie. Z dumą wyjaśniali władzom, że wynajął ich syn poszkodowanego, sownie nagroził i wprowdziej nie był zadowolony z dalszego przebiegu zdarzeń, gdyż ojciec ocalał, wcale nie żądał zwrotu pieniędzy. Szlachetny to pan, ten syn zleceniodawca, powtarzali. Syn przyparty do muru, bo nie wpadł na pomysł ucieczki za granicę wskazał na główną pomysłodawczynię tego czynu, którą była jego matka. Mówił o tym z dumą, że zawsze słucha mamy, bo bardzo ją kocha i jest najmądrzejszą oraz najpiękniejszą kobietą na świecie. Mama zaś, zajęta liczeniem spadku, nie zauważyła nawet co się dzieje w mieście. Gdy po nią przyszli, jeszcze była w papilotach i wytwornym szlafroku, który figlarnie się rozchyłał ukazując jej piękny, nic to, że solidnie podparty silikonem, zafundowany przez kochającego męża, biust. Na nic biust buchający kokieterijnie spoza dekoltu, panowie władza byli niewzruszeni i zabrali w kajdanach na komisariat. Potem była rozprawa sądowa, dowody

oraz zeznania się zgadzały i jednoznacznie wskazywały związek przyczynowo-skutkowy. Mamusia z synem poszli siedzieć i jak wszystko wskazuje, dalej snuli i snują nadal, na co wskazują jej słowa opowiedziane komuś tam, scenariusz kolejnej zemsty na swoim panu i władcy. Ale o tym się dowiedział później, gdy już go wypisali ze szpitala. Nie mógł się pogodzić z tym, co przygotowali mu najbliżsi, w swoim umyśle już nieco zamąconym zespołem psychoorganicznym wywodzącym się z doznanego urazu, bo tak nazywali jego stan neurologicy, a szczególnie pewien biegły sądowy, który zadziwiająco dla wszystkich o niego walczy, nie mógł się pogodzić z tym, co mu zrobili najbliżsi. Czy ten biegły, który tak bardzo się stara, by go ochronić, czy mu współczuje, tego nikt nie wie. Pewnie lubi ludzi, a może uwierzył w swoją misję zesłaną przez bliżej mu nieznanego pana Boga, tego nikt nie wie, co czuje w swoim sercu i umyśle ów biegły. Gdy o tym opowiada swojemu przyjacielowi, nie potrafi zdefiniować, na czym rzecz polega. I ten przyjaciel też nie umie.

Jedno jest pewne, o czym świadczą kolejne fakty z życia ocalonego, nadal on bezgranicznie wierzy w Boga, swojego dobrego Boga. To Bóg go ocalił, darował mu życie po to, by mógł rozgłaszać chwałę bożą wszem i wobec. Więc tak czyni. Jednocześnie idąc za wewnętrznym imperatywem lub poradą jakiejś życzliwej osoby z kręgów kościelnych, uważając, że skoro on był wierny żonie aż do śmierci, a ona postąpiła tak jak postąpiła, pomimo tego, że też przysięgała, on może wystąpić do sądów kościelnych o unieważnienie tego małżeństwa. Jak czuł tak postąpił, sąd widząc jego wielką miłość do Boga, znalazł odpowiednie paragrafy i unieważnił tamten ślub. Teraz Ocalony Cudem był czysty i tak obnażony pytał swojego Stwórcę, co ma robić. A ten odpowiedział, idź za głosem serca, bo tego nauczyła cię matka. Myślał o matkach tamtych zbrodniarzy, że nie potrafiły im przekazać miłości do Najwyższego, a także miłości do człowieka. Uznał, że są bardzo przez to ubodzy duchem i nawet się nad nimi litował. A może było jakoś inaczej, bo już ujrzał na chórze kościelnym piękną kobietę, która wyglądała i śpiewała jak anioł. I uwierzył w swojej dobroci i wierze, które to przymioty dostał od mamusi oraz umyśle nieco zamąconym zespołem psychoorganicznym, że życie zostało mu darowane, więc musi żyć. I dlatego doprowadził do unieważnienia pierwszego nieszczęśliwego małżeństwa, witając z ulgą wyrok sądu kościelnego, że to wcale nie było małżeństwo, wkrótce stanął na ślubnym kobiercu z kolejnym Aniołem, którego spotkał w życiu. Bo należy dodać, że ta pierwsza też wydawała mu się początkowo Aniołem...

Żył sobie z tym swoim drugim Aniołem szczęśliwie, z tkliwością dotykał jego brzucha, gdy poruszały się tam jego kolejno przychodzące na świat dzieci. Bo urodziło mu się dwoje następców, pewnie myślał, że też pokochają jak on szczotki i pędzle. Może tak nie było, tylko

tyrał, aby móc zabezpieczać godny byt tej nowej rodzinie. W tym czasie, tak tyrając nawet nie pomyślał o tym jaki sam jest, jak się zachowuje w domu. Myślał pewnie, że wystarczy sama jego obecność i pieniądze, które napełniały konta bankowe. A może jednak szedł tropem swojego tatusia, a nie łagodnej i dobrej mamusi, bo miał jego geny i zakodowaną agresję ojca. Tego nie wiemy i pewnie już nam Ocalony nie opowie, bo na cóż takiemu z zespołem psychoorganicznym jakiś psycholog? Ma przypiętą łatę i tak go traktuje każdy napotkany człowiek, w tym lekarz i sąd. Jedynie dlaczego ten biegły sądowy, neurolog o nim myśli i mu pomaga opiekując się tak, jak tylko to umiała robić śp. Mamusia. Bo jest dobrym litościwym współczującym człowiekiem, a może tylko bardzo uczciwym lekarzem, który wyważa jego dobre i złe strony, wybierając te pierwsze. Widzi w nim człowieka, a nie przedmiot. Cudem Ocalony na pewno tak nie myśli, bo myślenie ma uszkodzone urazem, ale może tak czuje. Gdy stawia się do sądu w sprawie rozwodowej, którą zgłosiła jego druga żona, ten kiedyś dobry niebiański Anioł, który jednak okazał się zwykłym ziemskim i w dodatku był szatanem z maską anioła, jest rozdygotany, boi się ludzi, sądów, pytań, na które nie zna odpowiedzi i całej tej niezasłużonej szopki. Broni go ten jego lekarz, jedyny biegły, który przekonuje nieugiętych urzędników, że Ocalony jest człowiekiem i to człowiekiem chorym. Na nic te apele, męki przesłuchań trwają i ostateczna decyzja rozvodu zapada. Jest znowu sam. On już nic nie rozumie, nic do niego nie dociera, bo boi się Boga. Jak stanie przed Nim na Sądzie Ostatecznym, co Mu pokaże, jaką twarz i uczynki. Więc biega do różnych kościołów, by tam błagać Boga o wybaczenie, rozmawia przekonuje, że chciał dobrze, że mamusia go nauczyła, że Rezurekcja, że każdy ma prawo wstać, iść i czynić dobro. I on tak chce, tylko jego ziemską powłoka jest mu nieposłuszna, hamuje, trzyma a może inni ją trzymają, sam nie wie. I opowiada ludziom, przypadkowym, mówią, że jest lepki i wariat mówią. A on swoje, nawet to, że ta druga zabrała mu dzieci i żąda pieniędzy za widzenie z nimi. Pewnie już nikt go nie słucha, gdy opowiada o swoim Panu Bogu...i swoim życiu Cudem Ocalonego...a on wierzy, że mamusia z dalekiej gwiazdy, nie tatuś z pejczem, a mamusia przyjdzie kiedyś do niego i zabierze za rękę i pójdą na Rezurekcję, i będą wtedy biły dzwony....

ZAKONNICA

Fakty i interpretacja lekarska

U młodej zakonnicy wystąpiły niespodziewanie niepokojące objawy ze strony układu nerwowego – zdiagnozowano stwardnienie rozsiane.

Była to postać skąpoobjawowa. Jednakże siostra przełożona bardzo szybko załatwiła jej zwolnienie ze ślubów zakonnych i stała się osobą świecką. Nie ułożyła sobie życia rodzinnego, za to oddała się szczerze działalności prospołecznej. Po latach stwierdza, że bardzo tęskni do życia zakonnego. A jej przykład - jak można żyć pełnią życia pomimo trudów - ma przemożny wpływ na innych, w tym na lekarza, który się nią opiekuje....

Gdy opowiedziałem tę historię już bardzo dojrzałym kolegom z naszych medycznych studiów, byli wyraźnie wzruszeni. A kiedy potem mówili, że nigdy nie doświadczyli na swojej drodze zawodowej podobnych doznań, poczułem się wyróżniony. Nigdy im nie powiedziałem, że tak się czuję, odnoszę też wrażenie, że mi zazdroszczą - przynajmniej ci bardziej wrażliwi i empatyczni. Jedna z koleżanek, która potem nada tym faktom formę literacką - przy okazji każdej rozmowy - wraca do tego tematu i stale mówi, że szuka w swojej pamięci podobnych związków lekarza kształtowanego przez swojego pacjenta i szczerze przyznaje, że niczego takiego nie przeżyła. I jeszcze dodaje - powinieneś być szczęśliwy - to Bóg ciebie wybrał stawiając taką osobę na twojej drodze. Może i Bóg, myślę, może był to tylko szczęśliwy los, zwykły przypadek, ale jakże brzemienny w skutkach, bo rzucił światło na późniejsze moje życie zawodowe, myślenie i działanie. I myślę o Niej, o Tej mojej pacjentce, że to Ją wybrał Bóg i tak pokierował, aby zmienić moje i nie tylko moje życie.

Interpretacja literacka

Zakonnica ze specjalną misją od Boga

Ona tam była. W sali pełnej pacjentów jaśniała tak, że widziałem tylko Ją. Była piękna urodą, niespotykaną u innych znanych mi dziewczyn. Bo w odróżnieniu od nich, Jej oczy nie obiecywały ziemskiego raj. Dopiero po wielu latach, gdy myślałem o tym pierwszym spotkaniu, zrozumiałem, że wtedy w Jej oczach ujrzałem samego Boga.

Miałem wówczas 24 lata i był to mój pierwszy dzień stażu do specjalizacji w Klinice Neurologii. Nie wiem i do tej pory się zastanawiam, dlaczego ordynator właśnie mnie wybrał i zlecił opiekowanie się tą salą w Oddziale Kobięcym. Może to był tylko przypadek, a może nie...

Rozpocząłem szczegółowe badanie pacjentów. Przemieszczałem się od łóżka do łóżka, a Ona na mnie patrzyła. Czułem na sobie Jej wzrok, ale udawałem, że nie widzę. Zdawało mi się

tylko, że chciała coś do mnie powiedzieć, że intensywnie przesyła na niewidzialnych falach jakąś ważną wiadomość. Wkrótce dotarłem do Niej i usiadłem na taborecie obok Jej łóżka. Tonem oficjalnym, po lekarsku rozpocząłem rozmowę na temat objawów chorobowych, jednocześnie obserwując jak się zachowuje, np. czy nie ma jakiś drżeń czy wyraźnej słabości rąk. Pytałem o zaburzenia widzenia. Potem planowałem sprawdzić, jak chodzi i wykonać pełne badanie neurologiczne. Ona milczała, nie odpowiadała na zadawane pytania, tylko na mnie patrzyła. Wyraźnie walczyła ze sobą, może się wahała. Nie wiem. Po chwili się odezwała, nieco rozdzielając słowa, co w medycznej terminologii nazywa się mową skandowaną, powiedziała nie cicho czy szeptem, ale z dumą i głośno. Jestem zakonnicą. I wówczas zrozumiałem dziwne uczucia, których doświadczałem znajdując się w tej Sali. Błękit Jej wielkich pięknie wyrysowanych oczu mówił, że Ona nie należy do tego świata, że należy do Nieba. Chociaż nigdy sobie nieba nie wyobrażałem, bo pędziłem do przodu w swoim życiu zawodowym, więc nie było czasu, ale Jej wygląd zasugerował mi, że Niebo istnieje. Zatrzymałem się chwilę w miejscu, tak jak teraz, gdy usiłuję odtworzyć tamto spotkanie. A może było wtedy inaczej, bo bardzo przejęty swoją rolą i zadaniami nie zwróciłem na nią szczególnej uwagi. Pewnie wiedziałem od razu, że jest zakonnicą, po raz pierwszy miałem do czynienia z taką pacjentką. Być może zastanawiałem się, jak Ją badać, by nie urazić, bo w końcu była to osoba duchowna. Dopiero po latach tej znajomości stworzyłem sobie przedstawiony obrazek. Nie wiem doprawdy jak wtedy było, być może, że zobaczyłem w Niej Anioła dopiero później, gdy zobaczyłem, jak żyje i pracuje pomimo choroby.

Była wówczas diagnozowana w kierunku stwardnienia rozsianego (SM) i wkrótce rozpoznanie to zostało potwierdzone.

Pewnego dnia, niewiele później po pierwszym spotkaniu siedziałem w gabinecie lekarskim i jak zwykle opisywałem aktualny stan zdrowia moich pacjentów w historiach chorób, gdy nagle ktoś wtargnął z impetem do naszego pokoju pytając o ordynatora. Był to głos kobiecy, ale chropawy, prawie męski, apodyktyczny i od razu nie budził sympatii. Oderwaliśmy się od swojej pracy i spojrzeliśmy na tę jejmość. Zastygliśmy w zdumieniu, gdyż była to zakonnica, starsza i korpulentna, pulchna, widać dobrze odżywiona, rzuciła na nas złe spojrzenie i wyszła, gdy wskazaliśmy na drzwi pokoju ordynatora. Pomyśleliśmy, że to tylko nasze wrażenie, że jeśli pulchna to powinna być miła, a jest niesympatyczna ba, nawet zła i chyba złośliwa. I dalej już rozmawialiśmy z kolegami, cicho, żeby nikt nie usłyszał, zdumiewając się, że taka kobieta może być zakonnicą. Bo w naszej wyobraźni zakonnica to łagodność, dobroć i umiłowanie nie tylko Boga, ale i ludzi. Za drzwiami ordynatora rozmowa nabierała rozpędu, szef próbował coś tłumaczyć i uzasadniać, ale jak widać nieskutecznie, bo owa

przeorysza, bo już się dowiedzieliśmy, że była szefową tej naszej Łagodnej, wyszła trzaskając drzwiami, aż wzbudzony tym wiatr zdmuchnął z naszych biurka kilka świstków. Po paru dniach dowiedziałem się od tejże młodej Zakonnicy, że odwiedziła ją w szpitalu matka przełożona. Gdy tylko zebrała informacje od ordynatora, że podwładna jej siostra zakonna cierpi z powodu stwardnienia rozsianego, to już po dwóch dniach załatwiła jej zwolnienie od ślubów zakonnych. Nie potrafię tego dokładnie określić na czym to polegało i kto w tym zakonie podjął taką decyzję – bo się na tym po prostu nie znam. Ale ta moja pacjentka od tego momentu przestała być zakonnicą. I na nic składane przez nią śluby, przecież nie przed swoimi władzami, ale przed samym panem Bogiem. Ponoć próbowała ubłagać przeoryszkę, by się wstrzymano z tą decyzją, składała deklaracje, że będzie pracowała na ile starczy jej sił. Ta bardzo przez nas lubiana, szanowana, pełna taktu i kultury delikatna Zakonnica, a właściwie zaledwie 20-letnia dziewczyna była załamana, a my nie mogliśmy jej pocieszyć, bo nie mieliśmy argumentów, aby wytłumaczyć istotę tej decyzji.

Tą moją Pacjentką, którą postawił na mojej drodze los czy sam pan Bóg, nie wiem, opiekuję się od tamtego okresu, tj. od 1972 roku, nieustannie, odwiedzam też w szpitalu, gdy odbywa kolejną kuracji swojej choroby. Jest znakomicie zorientowana o metodach leczenia SM stosowanych na całym świecie i poddaje się wszystkim proponowanym kuracjom, nawet eksperymentalnym. Leczenie, tak jak i chorobę znosi z pokorą. Na szczęście SM u niej ma postać bardzo łagodną – i nadal, po tylu latach, porusza się w miarę sprawnie i jest w pełni zdolna do samoobsługi. Jak żyje? nie bardzo wiem. Ale nie zapomnę dnia, kiedy mnie zaprosiła do swojego mieszkania. Tak, gdy mnie zaprosiła do mieszkania to już dawno nie była w zakonie, to musiało być pod koniec lat 70-tych...

Oczywiście zdarzały mi się tzw. wizyty domowe, ale w tym wypadku chyba chodziło o coś innego. Jedynie mogłem się domyślać celu mojej wizyty, bo znalazłem się w mieszkaniu, które dzieliła z jakimś mężczyzną - jakie były między nimi relacje nie wiem. Usiłuję odtworzyć w pamięci tamten dzień, tamte wydarzenia, może w sumie drobne, ale niezwykle. Ten człowiek był w ostatnim stadium jakiejś choroby mięśni, poruszał się z wielką trudnością. Może miała nadzieję, że pomożę i jemu? Szedł niepewnie, nawet nie pomnę, czy się ze mną przywitał. Ale stale widziałem, jak moja Pacjentka na niego patrzy, czujnie jak matka, ale bez smutku w oczach. Ona nie była smutna, ona nigdy nie była smutna, no, może poza tamtym dniem, kiedy wyrzucono ją z zakonu, a my, pracownicy oddziału nie byliśmy w stanie jej pomóc. Uśmiechała się jak zawsze, może nawet przekornie. Jej oczy mówiły, nie dam się, nie damy się. Czuję siłę tej maleńkiej, delikatnej kruchej z niewątpliwymi oznakami swojej choroby, Kobiety. Tytana, Bohaterki dla mnie, postaci Heroicznej. I tę siłę

rozdawała, nawet ja, nawykły do różnych zachowań pacjentów, poddałem się i uśmiechnąłem. Pomimo tego, co się wydarzyło potem, nawet wtedy się uśmiechałem, wszyscy się uśmiechaliśmy i ona, i on, i ja. Stałem czy usiadłem, nie pomnę, zażenowany, bo właściwie nie wiem po co tam się znalazłem. W pewnym momencie jej towarzysz czy przyjaciel, czy po prostu człowiek nieszczęśliwy, któremu podała rękę, z trudem dotarł do stołu kuchennego i ciężko się opierając o blat usiłował jej w czymś pomóc. A więc jednak ona coś przygotowywała, może dla mnie herbatę, bo byłem skonany po dniu ciężkiej pracy, może jakieś ciasto rozpakowywała, aby podać na talerzyku. Nagle jego głowa, a może siedział już przy stole, pewnie tak, widziałem tylko jak nagle opadła mu głowa, bezwiednie, miękko, bezładnie, głucho uderzając o blat. Przypominał lalkę szmacianą, a ona zawsze czujna, podbiegła i podniosła mu głowę. Po prostu podniosła mu głowę... Myślę, że ona się nim z dobroci serca opiekowała, bo sobie nie był w stanie z niczym już poradzić. Nie wiem, czy wypilem tę herbatę, pewnie tak. bo nie wypadało wyjść nagle

Ostatnio przyszła do mnie do gabinetu przed paroma tygodniami. Od lat przychodzi do mnie głównie dlatego, że wszyscy inni lekarze, do których się zgłosi, tłumaczą jej od razu, niejako na wejściu, że te wszystkie objawy z którymi się zgłasza, to SM i nawet nie próbują wyjaśniać ich przyczyny, ani tym bardziej podejmować próby leczenia. Mówią, to SM, boimy się zaszkodzić, proszę iść do neurologa. Przychodzi więc do mnie, badam, diagnozuję i leczę wszystkie schorzenia, które u niej występują. Bo to jest „gówno prawda”, że to wina SM, bo ona ma prawo chorować jak każdy inny człowiek bez owej „łatki” SM. Ma na przykład nadciśnienie tętnicze, zmiany zwyrodnieniowe stawów, bóle kręgosłupa etc, etc.

Ja od niej w prywatnym gabinecie od lat nie biorę honorarium, ale czasem mi coś wmusi, np. bombonierkę czy butelkę wina. Nie odmawiam, bo byłoby jej przykro. Czekoladki rozdaję dzieciom na podwórku lub sąsiadce, dla której jest to nieosiągalny rarytas. Wino czasami wypijam z kolegami lub kimś bliskim. I wówczas opowiadam od kogo je dostałem, i opowiadam o tej Kobiecie, która jest Aniołem zesłanym na ziemię, nazywam ją Ziemijskim Aniołem...I opowiadam, jak okrutnie ją doświadczyło życie, nawet nie choroba, bo ze wszystkim sobie daje radę, ale źli ludzie, może system urzędu kościelnego. Nie wiem. Opowiadam o tym dramatycznym wyrzuceniu z zakonu, do czego ona tylko czasami wraca, chociaż coraz rzadziej, bo jest stale zajęta, czymś zaabsorbowana i zaangażowana tak bardzo, że na narzekania czy wspomniania już nie ma czasu ani ochoty. Jest stale w pędzie, idzie do przodu ciągnąc swoją niedolę z siłą Tytana. Pamiętam tylko, że gdy kiedyś wróciłem do tematu wyrzucenia z klasztoru, wyjaśniła z dość obojętną miną, że dlatego w tak ekspresowym tempie dokonano tego czynu, w moim i nie tylko moim mniemaniu okrutnego,

aby nie stanowiła obciążenia dla innych sióstr w zakonie. Mój Boże, a czymże zajmują się tam, w zakonie siostrzyczki, tego nie wiem, ale nadal pozostaję zadziwiony oburzony i zniesmaczony tamtym. A ta moja pacjentka bardzo dobrze czuła się w zakonie, życie zakonne wyraźnie było dla niej. Poza zakonem funkcjonuje nadzwyczajnie, nie tylko borykając się ze swoją chorobą, ale nieustannie pomaga ludziom, a szczególnie chorym, jest dla nich wsparciem duchowym i fizycznym, ale nigdy nie założyła rodziny i wyraźnie widać, że wyrzucenie z zakonu bardzo ją zraniło i ta rana nigdy się nie zagoi. Z jej słów wynika, że jest osobą przepelnioną wiarą, ale mocno zranioną przez Kościół.

I właśnie ta maleńka (ok. 150 cm wzrostu!), delikatna i krucha, w dodatku chora, ma potężną siłę ducha, która nieustannie podziwiam.

Przez długi okres bardzo aktywnie działała w Polskim Towarzystwie Stwardnienia Rozsianego (PTSR) i tam mnie zaprowadziła. Przez nią poznałem PTSR, gdyż zapraszała mnie – jako swojego lekarza-neurologa – na spotkania PTSR, bardzo dla mnie ciekawe, odkrywające nowe horyzonty. Umożliwiały mi one poznanie prawdziwego oblicza choroby jakby „drugiej strony medalu”, tj. choroby widzianej i odczuwanej przez samych pacjentów i ich rodziny. Nie zawsze lekarz ma czas, chęci, a także czasem nie wie, jak wygląda życie ich pacjentów. No cóż, pracując w biegu, diagnozuje i leczy. Zakonnica, którą poznałam u progu mojej kariery zawodowej otworzyła mi ten świat, pokazała jak żyć można, dała też siły, bym znosił swoje problemy, nawet rodzinne. Jednym słowem „podała mi lustro „bym zobaczył to, co jest po jego drugiej stronie”.

Podsumowując tę opowieść o mojej wieloletniej pacjentce – byłej zakonnicy chorującej na SM – pragnę jeszcze raz podkreślić, że zdarzają się pacjenci wywierający istotny wpływ na swoich lekarzy leczących.

Tak więc dzięki tej dawnej Zakonnicy, mojej pacjentce od ponad 40 lat, jednej z Pierwszych uwierzyłem, że są pomiędzy nami Anioły.

Nie wiem, czy dam ten tekst mojej głównej bohaterce do przeczytania, muszę się zastanowić, by nie poczuła się urażona. Bo jest bardzo wrażliwa, ba, nawet nadwrażliwa emocjonalnie i w dodatku bardzo skromna. Pewnie uważa, że jej rolą jest pomagać innym...

a nie chciałbym zgubić jej uśmiechu, uśmiechu Ziemskiego Anioła, którego zesłał na ziemię sam pan Bóg i wyznaczył misję specjalną...

Zespół Downa

Fakty i interpretacja lekarska

Z.K. opowiada (wplatając fakty w formę literacką) o pierwszej bratowej i jej dalszym życiu z głęboko upośledzonym synem... pozostają one w przyjaźni i są w bliskich kontaktach. Spotkania z tą Niezwykłą kobietą czy rozmowy telefoniczne dają tak wielki ładunek energii, że człek odrzuca swoje miałkie problemy i chce krzyczeć z radości „życie jest piękne”.

Interpretacja literacka

A Maciek tańczy. Taka Miłość....

Zbudziła się z długiego letargu. To nie był zły sen, to jest rzeczywistość, uświadomiła sobie. Skulona w kącie kanapy trwała w jednej pozycji nie wiadomo jak długo - może lata, może miesiące, może tylko kilka godzin. Straciła poczucie czasu, zdrętwiała, czuła swoje serce, biło, ale kamieniem zalegało w piersiach. Piersi miała piękne, nie za duże, nie za małe. Mężczyźni jej powtarzali, że jest cudem natury. Śniada, smukła, długonoga zwinna, jak kobieta z plemienia Masajów. Miała w sobie coś z tajemnego cudnego zwierzęcia, za uśmiechem wiecznej dziewczyny, za soczystymi wargami kryła jakąś tajemnicę. Jednym słowem była zjawiskowa, powtarzali. Teraz wszystko jej się płacze, gdy się wybudza z letargu, z odrętwienia ciała i serca.

Dookolną ciszę raczej poczuła niż usłyszała. Bo nagle sobie przypomniała, że ma syna. Wystraszona zerwała się ze swojego wytwornego legowiska - wszystko w jej domu było wytworne, starannie dobrane meble, które sama projektowała, bo wszak była tzw. plastyczką. Okrągły duży stół ze szklanym blatem, na niskich metalowych cienutkich, jakby muchy, nogach gdzieś tam kupiła - nie pamięta już gdzie. Bo to było w jej poprzednim życiu.

Ojej, czy Maciek nie rzucił czegoś ciężkiego na ten szklany stolik, wprawdzie nigdy tak nie było. Ale trzeba uważać, bo jest Maciek.

Maciuniu, gdzie jesteś, zawołała przerażona, nie widząc syna w zasięgu wzroku. Nie odpowiedział, bo on przecież nic nie mówił. Wydawał tylko nieartykułowane dźwięki, które ona jedna jedyna na tym świecie rozumiała.

A Maciuś siedział spokojnie w kącie i wpatrywał się przez szyby drzwi wiodące na taras, wpatrywał się w przestrzeń, nieruchomo, tak potrafił, godzinami wpatrywać się w coś, co tylko on sam widział. Nikt nie docierał do jego świata. Poza nią.

Już wtedy, gdy nosiła go w brzuchu, jak zwykle zwiewnie i lekko, tak jak pierwsze dziecko, czuła jednak, że jest inaczej, ruchy płodu nie były zbyt energiczne, ale myślała, jego ojciec

Emil jest takim łagodnym spokojnym człowiekiem, więc nic dziwnego, że jego syn będzie taki jak on. Tak, myślała wtedy, będzie tak doskonałym architektem jak ojciec. Może malarzem, bo takie zdolności widywała w członkach swojej rodziny Lubańskich, no i u siebie naturalnie. Więc gdy urodził się syn, obydwójce z Emilem byli dumni ze szczęścia, bo któż się nie raduje z urodzin pierworodnego. Wprawdzie ktoś powiedział tuż po porodzie, że radość bo syn, ale ma jakoś za bardzo skośne oczy. Emil się roześmiał - to przecież oczy jego matki - Grażyny, mojej ukochanej. Piękne, podłużne, barwy ciemnego miodu i lekko skośne. Ponoć jej babka była Włoszką i stąd fascynująco egzotyczna uroda mojej żony...cieszył się nią i nazywał Darem od Opatrzności, bo wszystko wskazywało, że zostanie starym kawalerem, choć jeszcze stary nie był.

Podbiegła do Maciunia, który nawet nie odwrócił wzroku od obiektu swojego wypatrywania, bo jak już mówiła, miał on swój świat, wzięła go na ręce, jej smukłe delikatne palce o paznokciach w kształcie migdała opłotły jego ramionka i wtedy on się przytulił. Tak jak nigdy nikt.

Jest teraz tego pewna, żaden mężczyzna nie potrafił się tak do niej przytulać. Wszyscy pragnęli seksu, wszyscy chcieli ją posiadać na własność. I sobie poszli. Załkała, wreszcie po latach rozplakała się jak mała dziewczynka, którą ktoś bardzo skrzywdził. Maciunio trwał w przytuleniu, niczemu się nie dziwił, ale czuła, że on wie co czuje ona, jego matka.

KTOŚ, ten Najwyższy kto go przysłał i zasiał w jej łonie, obdarował dodatkowym chromosomem pary nr 21 - wiedział co robi. Teraz i ona wie.

Bo lekarze mieli wątpliwości. Może bali się jednoznacznego wyroku, wysyłali do Warszawy, do dwóch instytutów na badania. Więc jechała ona i jej mąż, ze swojego Świnoujścia, długo pociągami, jechali po nadzieję. Więc jechali tam z optymizmem, który stopniowo umierał.

Co przeżywali, jak się z tym czuli, ona chyba już nie pamięta, albo wyparła to z umysłu, bo nie chciała pamiętać. Nie chce pamiętać tego milczenia pomiędzy nimi, rodzicami, ciężkiego jak kamień, który teraz czuje w piersi, tego milczenia, które zabiło ich miłość. Miłość piękną i delikatną z zachwytem i nocami przegadanymi miłośnie. Umarła ich miłość, gdy urodził się Maciek.

Ona teraz niczego nie żałuje, tych mężczyzn dookoła niej zainteresowanych, tego życia banalnego, nie żałuje. Bo ma syna. Nie zwykłego chłopaka, który dawno by od niej poszedł do swojego życia. Który wracałby nad ranem do domu, może nietrzeźwy, może naćpany. Nawet jeśli nie byłby taki, ona i tak by stale drżała, że tak może być.

Ma syna, który jest Inny, Niezwykły, bo Inny. Jest jej, tylko jej, ciało z jej ciała, krew z krwi. Maciunio jest jej całym światem.

Niedawno zatrzasnęły się drzwi za jego ojcem i wtedy ona zapadła w ten letarg, z którego się teraz wybudziła. Ojciec dziecka, jej Maciunia, nie chciał takiego syna. Nie zaakceptował, nie chciał na niego patrzeć. Stawał się agresywny w dzień, nocami słyszała jak łka w poduszkę. Żyli obok, a dni były coraz bardziej ponure i stawały się czarne jak noc. Atmosfera w domu była tak gęsta i mroczna, że gdy powiedział - pojadę do Ameryki, zgodziła się w milczeniu, jedynie skinęła swoją czarną czupryną zawsze krótko obciętą, modelującą smukły kształt jej głowy.

Przedtem kupił stary dom, ładny wygodny, blisko morza, z dużym ogrodem, by Maciuś miał dobre warunki dla swojego życia, jakże innego niż życie tzw. zwyczajnych dzieci. A tak naprawdę, to kupił ten dom i ten ogród, by zza szczelnego ogrodzenia nikt nie oglądał jego syna. Wstydził się. Urządziła pięknie wnętrze, ze smakiem i lekkością. Właśnie kupiła ten stół ze szklanym blatem, na przekór wszystkim, którzy mieli dzieci i komentowali, przecież dziecko zaraz go stłucze. Po co ci taki stół? Się dziwowali. Ale ona trwała przy swoim, nikt nie rozumiał jak to możliwe, że dom wysprzątany i szklany blat nienaruszony. I ona zadbana, zawsze nowy ciuszek oryginalny, bo własnego pomysłu i zwykle własnego wykonania, w dodatku uśmiechnięta. Przychodzili i stale przychodzą młodzi przyjaciele, pary młodych, na ciasto jej pyszne i kawę. Urządza przyjęcia, bo to lubi. Lubi ba, nawet kocha ludzi...

Dlatego też ich zaprasza, lubi gdy ją odwiedzają liczni znajomi. Zawsze udają, że nie widzą Maćka, co ją może i boli, a może nie boli. Zresztą Maciek wtedy znika w swoim pokoju i medytuje po swojemu. Ona wie, że jej syn wędruje swoimi myślami po swoim świecie, może z kimś tam się spotyka, bo bywa, że nagle zamruczy i się uśmiechnie.

Więc przychodzą ci znajomi, bo ją lubią i nic to, że czasem się skarżą na swój los. Ona zawsze uśmiechem i pogodą ducha Pomimo Wszystko łagodzi napięcia i wychodzą z jej domu szczęśliwi.

A Emil, niespełniony ojciec, z Ameryki przysyła pieniądze na utrzymanie Maciunia, choć przez długie lata kontynuował to zrodzone pomiędzy nimi Milczenie. Tylko zza oceanu przychodziły pieniądze.

I to przełknęła.

Jedna porażka w życiu więcej czy mniej nie miała już znaczenia. Bo Maciek któregoś dnia wstał w łóżeczku. Wprawdzie później niż inne dzieci, ale znalazł w sobie siłę i wstał. Jakże była szczęśliwa. Złapała Maciusia i zatańczyła z nim szalony taniec. I wtedy, tak to było wtedy poczuła jak dziecko rytmicznie się porusza w takt muzyki. Wyrzucał łapki w górę i pokrzykiwał po swojemu.

Ona wiedziała, bo kiedyś się dowiedziała, że jej syn, głęboko upośledzony jak orzekło gremium psychologów, stanie się jej dumą radością, bo on był czystą Miłością, wzorcem Miłości, diamentem, którego nigdy nikt nie oszlifuje, bo nie ma do niego dostępu.

Chyba nikomu nie wyznała o tamtym ważnym wydarzeniu, kiedy się o tym dowiedziała, bo i tak nikt by nie uwierzył, a może pomyślałby w duchu, że zaczyna tracić rozum. Bo w ogóle nie opowiadała o sobie i swoich problemach ludziom, po co? i tak by nie pomogli, nawet jeśli byłiby w stanie zrozumieć, co ona czuje.

A było tak, o czym nikomu nie opowiedziała - którejś nocy odwiedził ją we śnie Anioł. Był to niewątpliwie Anioł chociaż bezskrzydły, ale urodziwy i dziwnie szumny, i rzekł - nie smuć się Piękna. Dostałaś największy podarunek, ciebie wybrał dobry Bóg byś doświadczyła Miłości, Jedynej takiej na świecie, Bezgranicznej, Bezkrytycznej, Niezmiennej. Masz syna, który jest samą najczystsza Miłością, jej kwintesencją, samym wykwintnym Jej smakiem. Bóg nie dał mu wady serca, byś musiała jeździć na operacje, więc jednak cię oszczędził. Bóg nie dał mu krzty rozumu rozumianego jako ludzki, by nie czuł tego, że jest inny. Byś nie musiała walczyć o jego edukację i czekać na efekty. Masz sytuację komfortową Piękna, bo on ci pokaże jeden swój talent, którym będzie zachwycał tylko ciebie. Otóż Piękna, dobry nasz Bóg się zgodził byśmy my, wszystkie Anioły oddały twojemu synowi część naszej muzycznej duszy. To jest od nas specjalna premia za to, że go urodziłaś, wychowujesz i za to, że już nie chcesz układać sobie życia. Od dzisiaj czuj, że swoje życie masz już przez nas poukładane.

Jeszcze rano, gdy jak zwykle wstała o świcie, słyszała słowa Anioła i zastanawiała się nad ich znaczeniem. Nie wierzyła wtedy, bo była jeszcze nieszczęśliwa, ale teraz wie. Anioł miał rację. Maciunio jest osłoda jej starości, choć stale wymaga opieki, bo nie przystaje do tego świata. Jest mieszkańcem innej odległej planety. Że dla niego musi żyć. Zdecydowała się więc na dializy, bo pierwsze wysiadły jej nerki. Serce choć bolejące i samotne, jakoś wytrzymywało. Nie zapisała się do kolejki, by uzyskać przeszczep nerki, choć ją namawiano, bo Maciunia nie zostawi na dłużej. ani nie podda się operacji serca, które jednak też wysiadło, operacji, która jest ponoć niezbędna, bo z kim gdy pójdzie na tę operację zostawi syna. Nie wie, co będzie dalej, nie myśli, wierzy że Pan Bóg to jakoś za nią poukłada. Ma 77 lat, Maciek 48.

Mój Boże wzdycha, a może w ogóle o Bogu nie myśli, bo nie bardzo wierzy. W ogóle nie myśli co będzie dalej.

Już kiedyś go zostawiła, swojego jedyne syna - Maćka, wtedy był mały, może kilkuletni. Bo tak chciał jego ojciec - oddajmy go, nic z niego nie będzie, niech sobie żyje w swoim

świecie bez nas. Chciała ratować małżeństwo, poddała się. Odwieźli dziecko do Ośrodka opiekuńczego i porzucili jak bezdomnego psiaka. Przeplakała całą noc. Z małżeństwa i tak nic nie wydziergali, bo już dawno umarło. Wytrzymała 2 tygodnie i pojechała odwiedzić swoje dziecko. Powiedzieli jej tam - o Maciunio, nic nie chce jeść, są problemy. Gdy zobaczyła syna, który blady i zapadnięty w sobie, siedział nieruchomo na łóżeczku i nagle na nią popatrzył wzrokiem, którego nie zapomni, bez słowa zabrała Maćka i wróciła do domu.

Miłość macierzyńska z ogromną siłą do niej przysła. Już wiedziała, już była pewna, że są związani na śmierć i życie. Ona i jej syn - Maciek.

Jej głos przez telefon brzmi miękko ciepło, soczyście, czuje się jej piękne wydatne wargi, które układają się w Uśmiech. Jej głos z tym uśmiechem daje siłę rozmówcom, choć ich życie jest zwykłe i właściwie dobre, to ona, tak ciężko doświadczona daje im siłę. Tak jej mówią – ty dajesz nam siłę.

Tylko w pamiętniku zapisuje kolejny dzień. Dzisiaj pisze:

„A Maciek tańczy”

Patrzę na niego jak tańczy”.

I dalej zatapia się w to co było, w tamten czas, bez emocji, ale pisze, bo jednak pamięta, wraca do tamtych dni, gdy jeszcze był obok niej mąż, choć ich małżeństwo umarło.

„Nasz syn pięknie tańczy – prawda?, mówię. Obok mnie obojętność i pogarda. A może tak mi się wydaje, a może to tylko męska maska lęku i przerażenia, które ma w środku.

Dopiero teraz tak myślę, gdy już minęło 48 lat od tamtego czasu, kiedy urodził się nam syn.

Byliśmy młodzi i piękni, tak o nas mówiono - jaka piękna para. Świat stał przed nami otworem. Emil jeszcze nigdy nie miał żony, więc nie tylko, że znany architekt, ale też kawaler - znakomita partia mówiła mama.

Ja po traumie rozstania z pierwszą szaleńczą miłością, porzucona przez Swawolnego Dyzia, jak nazywałam Zenona, samiutka z maleńką córeczką. Odszedł od nas, a przecież tak bardzo chciałam kochać i być dobrą żoną. Cyklinowałam wiórkami aluminiowymi podłogę naszego nowego mieszkania na wzgórzach, pastowałam z przejęciem. Zawsze było czysto, pachnąco, a nowe zaprojektowane przeze mnie meble cieszyły oko oryginalnością. Poza tym pichciłam coś tam, co mu zwykle nie smakowało, bo żywił się byle gdzie, najczęściej w knajpach. Mówił, że musi poznawać życie od podszewki, by potem o tym pisać. Faktycznie pisał, coś mu nawet drukowano, był znanym w Gorzowie, Nadodrze, Twórczości literatem dziennikarzem i redaktorem. Ale cóż, nikt go nie nauczył jak kochać kobietę, tak zwyczajnie po ludzku ciepło i codziennie....A może ja nie potrafiłam dać mu kobiecego ciepła. Nie wiem

jak było. Jak było tak było, fakt, że porzucił mnie i naszą dorodną wtedy 2-letnią córkę... ale to było życie jakby obcej innej kobiety, nie moje. Tamten rozdział zamknięty.

Teraz patrzę na syna, który tańczy pięknie.

Ma wielkie wyczucie rytmu, jest cały Muzyką i Tańcem. Tak od maleńkości. Jest jakby przybyszem z obcej planety, nie zna naszego ziemskiego języka, tylko zapatrzony w niebo tańczy.

Czasami tylko zbliża się do mnie, przytula i wtedy wiem, że mnie rozpoznaje i kocha. Ale jest to miłość nienazwana, Miłość bez słów, bo syn nigdy nie powiedział do mnie mamo, nawet nic innego nie powiedział...

A mówiłam Emilowi, gdy ktoś nam powiedział, że dziecko ma skośne oczy, powiedziałam, faktycznie, nasz syn jest jakiś inny, a mój mąż, ojciec dziecka odparł z uśmiechem miłośnicie na mnie patrząc - toż on ma twoje oczy... Czułam, że coś nie jest tak. Lekarze wyraźnie ociągali się z powiedzeniem nam prawdy. Może chcieli nas przygotować na tę hiobową informację, kluczyli, wysyłali do Warszawy na badania. Więc jeździliśmy, nie raz i nie dwa. O nie chcę do tego wracać, a opisuję to już drugi raz, ale jednak wracam. Opowiadam, pisząc ten pamiętnik. Nikomu nie zawracam głowy, ludzie mają swoje problemy, stale z nimi do mnie przychodzą, więc doradzam im ja mogę.

Najlepszą radą jest, by się do siebie uśmiechnęli. Gdy tak robią, pękają bariery, ruszają lody i staje się między nimi jasność. Tak mam, mam taki dar, by pomagać ludziom, tak mi mówią, dar którego nauczył mnie Maciek. Tylko czułość i uśmiech. Żadne rozdrapywanie ran, szukanie win w sobie i w tym drugim, psychoterapie, tylko Uśmiech Przytulenie i Zapomnienie o tym, co było.

To wystarczy, wiem, wiem od Maćka, głęboko upośledzonego umysłowo mojego syna z zespołem Downa.

Kiedyś odkryłam, że Maciek kocha muzykę, a było to we wczesnym jego dzieciństwie, kiedy siadywał przed drzwiami wiodącymi na taras, gdzie ustawiałam radio i pieląc chwasty w ulubionym ogrodzie, czy dotykając moje rośliny, głaszcząc ich liście i podziwiając samotnie bujne kwiaty, słuchałam muzyki, która kołała moją duszę. Wtedy zza szyby drzwi balkonowych widziałam, jak Maciek wprost przylega do szyby, rozplaszczając na niej nos, wpatruje się w niebo z błogim uśmiechem. Wpatrywał się w zamknięte drzwi tak intensywnie, że musiałam je otwierać i wówczas on, jeszcze wtedy nieporadnie wychodził na środek i rozpoczynał taniec.

Mógł tańczyć od świtu do zmroku, nieustannie. Wpatrywałam się w niego, widziałam jego figury, niesamowite wyczucie rytmu i zachwyt w oczach wniesionych ku górze, jakby tak coś

widział, jakby z kimś się komunikował... To było szaleństwo, ten jego taniec. Piszę było, ale tak jest nadal, bo Maciek tańczy nadal. Jest dla mnie łącznikiem pomiędzy Ziemią a zakrytym przed ludźmi, tajemnym Niebem. Jest Tajemnicą Nieba. Przybyszem z obcej planety. Jest moim Jedynym Ukochanym Synem, którego przytulam.

Jego absolutny słuch muzyczny, poczucie rytmu i taniec to jest ten dar, który obiecał mi Anioł w proroczym śnie z mojej młodości, gdy dopiero się uczyłam być matką dziecka z głębokim upośledzeniem umysłowym.

Maciek jest Tańcem.

Maciek jest Muzyką.

Maciek jest samą czystą krystaliczną Miłością.

A mój były mąż, Emil, ojciec Maćka dał mi przez chwilę piękny powrót do naszych lat szczęśliwych. Zdażył.

Jego amerykańskie życie osobiste legło w gruzach.

I wówczas zadzwonił. Poczułam wielkie poruszenie serca. Lubiłam jego głos, zawsze. Kiedyś potrafiliśmy przegadywać całe noce o wszystkim i o niczym. I teraz to wróciło. Poobijane, głęboko zranione. Teraz już potrafiliśmy rozmawiać na temat dla nas bolesny kiedyś, zda się zamknięty, ale nigdy nie omówiony. Otworzyliśmy się na siebie i czuliśmy radość z tego, że wróciliśmy do dawnej czułości, otwartości i szczerości.

Gdy opowiadałam mu o Maćku, słuchał z zaciekawieniem, interesował się swoim synem, takim jaki jest, pogodzony, widział, że jestem radosna i wtedy on też się cieszył. Przez te kilka miesięcy żyliśmy jak w amoku, rozmawiając „jak nigdy przedtem o naszym synu.

Rozmawialiśmy o naszym Synu, który jest Muzyką i Tańcem.

Jednak nie było mi pisane długo się cieszyć wspólnym życiem przez telefon, gdyż po pewnym czasie Emil zapadł na nowotwór prostaty i dość szybko od chwili rozpoznania umarł. Zdażył jeszcze mi o tym powiedzieć, powiedzieć, że umiera. I się pożegnał ze mną. Może tam, gdzieś daleko w Nieznanym nam Drugim Świecie spotkał Duszę Maćka, którą Pan Bóg sobie zatrzymał i nigdy nie wypuścił z rąk... Duszę Maćka, której nie zesłał na ziemię wraz z ciałem naszego syna... Nie wiem. Może kiedyś się dowiem. Może...

Opowiedziałam o tym Maćkowi, zrozumiał, bo nagle zobaczyłam łzy w jego pięknych choć tam mało ludzkich oczach. Normalne ludzkie łzy. Na chwilę. Nigdy przedtem ich nie widziałam. Bo syn nigdy nie płakał roniąc łzy.

I tak sobie jesteśmy, tu na ziemi, nie myśląc o tym co nas czeka. Trwamy tu i teraz.

Mój syn Maciek i ja.

Teraz samotni tylko dla siebie, zjednoczeni wielką krystaliczną niemą Miłością.

Tylko raz mój syn powiedział do mnie Mamo i dodał - jesteś Aniołem. Było to całkiem niedawno. Widziałam go i wyraźnie słyszałam. Jakież on miał piękny tembr głosu, głęboko męski, nieco przytłumiony, z niewielkim przydechem - dokładnie taki, jaki lubiłam u mężczyzn. Taki sam głos miał jego ojciec, a mój były mąż - Emil. Po raz pierwszy w życiu usłyszałam głos mojego syna. Z całych sił starałam się zatrzymać tę chwilę. I się udało. I jestem szczęśliwa...

Gdy się obudziłam z tego pięknego snu, Maciek siedział obok mojego łóżka i wpatrywał się we mnie swoimi przenikliwymi, patrzącymi ponad gdzieś oczami, jakby widział więcej i lepiej niż my wszyscy na ziemi...

Refleksje nad śmiercią i Sądem Ostatecznym w *Wielkim kanonie* św. Andrzeja z Krety

Leśniewski Krzysztof

Wizja końca ziemskiej egzystencji oraz przyszłości w życiu pozagrobowym może być pomocna w codziennym podejmowaniu wyborów. Przeżywanie każdego dnia ze świadomością, iż może to być ostatni dzień ziemskiego życia, może być albo przyczyną egzystencjalnych lęków, albo też doświadczeniem głębokiej duchowej radości z nadchodzącego spotkania z miłującym człowieka Bogiem. W tradycji chrześcijaństwa wschodniego świadome oczekiwanie na własną śmierć, jak również myślenie o Sądzie Ostatecznym, w ramach którego dokona się ostateczne zwycięstwo Chrystusa nad wszelkim złem, było jednym z istotnych warunków przemiany duchowej. W celu radykalnego odrzucania zła oraz przeżywania każdej chwili swego życia w sposób jak najbardziej uważny prawosławni przewodnicy duchowi zalecali właśnie koncentrację na śmierci i sądzie, jaki dokona się nad człowiekiem, gdy odejdzie już z tego świata. Pytanie o śmierć jest bardzo istotne, gdyż łączy się z pytaniami o własną tożsamość, znaczenie ziemskiego życia i trosk o sprawę świata, w którym się żyje. Powszechne jest bowiem bolesne odczucie, że w wyniku śmierci traci się wszystko, co się posiada. Współczesne podejście do śmierci jest bardzo ambiwalentne. Z jednej strony śmierć jest traktowana jako rzeczywistość, której nie jesteśmy w stanie uniknąć i stąd też unika się zastanawiania nad końcem życia, gdyż przyczynia się to do licznych lęków, a z drugiej strony we wszystkich środkach masowego przekazu oraz popularnej literaturze śmierć jest powszechnie obecna. Można zauważyć, że we współczesnym świecie brakuje zrównoważonej refleksji nad śmiercią i życiem pozagrobowym. Dominująca koncentracja na życiu doczesnym wynika zazwyczaj z utraty wiary w osobowego Boga i życie wieczne.

Chrześcijaństwo od samego początku swego istnienia wniosło nowy sposób myślenia o życiu i śmierci. Dla chrześcijan myślenie o śmierci jest powiązane z myśleniem o zmartwychwstaniu, bowiem życie ziemskie znajduje swoje przedłużenie w wieczności. Ciągła koncentracja na śmierci i zmartwychwstaniu Jezusa Chrystusa jest niewyczerpywalnym źródłem nadziei na przemianę osoby ludzkiej. Chrześcijanie w refleksji nad śmiercią korzystają również z mądrości Starego Przymierza. Chociaż nie ma nic bardziej przerażającego niż myślenie o śmierci, to jeśli się ją rozważy łatwiej jest uniknąć popełnienia grzechu. W Księdze Syracha prawda ta wyrażona jest w prostym i radykalnym zarazem pouczeniu: „*We wszystkich sprawach pamiętaj o swym kresie, a nigdy nie zgrzeszysz*” (Syr

7,36). Często zachęty do myślenia nad śmiercią, jak i możliwych karach, jakie będą udziałem ludzi czyniących zło po śmierci, w nauczaniu Kościoła miały przynaglać do jednoznacznego opowiedzenia się za Bogiem. Zachętę do namysłu nad śmiercią i Sądem Ostatecznym od samego początku chrześcijaństwa były obecne w przepowiadaniu Słowa Bożego, w pouczeniach ascetycznych oraz w tradycji liturgicznej.

W chrześcijaństwie wschodnim poprzez dzieła hymnograficzne docierała do wiernych mądrość dotycząca pojmowania sensu i celu życia, tak ziemskiego, jak i wiecznego. Refleksja nad życiem i śmiercią szczególnie intensyfikuje się w okresie Wielkiego Postu, gdy wyznawcy Chrystusa przygotowują się do uroczystości Zmartwychwstania Pańskiego, a więc czasu świętowania zwycięstwa życia nad śmiercią. Spośród dzieł hymnograficznych, które od ponad tysiąca lat mają wielkie oddziaływanie duchowe na wierzących w chrześcijaństwie wschodnim, wielkie znaczenie posiada *Wielki kanon* św. Andrzeja z Krety (660-740).

Wielki kanon jest dziełem szczególnym, które od ponad tysiąca lat pełni ważną rolę we wschodniochrześcijańskiej tradycji liturgicznej. Początkowo wierzący wsłuchiwali się w jego treść w czwartek piątego tygodnia Wielkiego Postu, co pomagało im w głębokiej zadumie nad swym stanem duchowym w relacji do Słowa Bożego, by zmobilizować się do ostatniego etapu zmagających duchowych w Wielkim Tygodniu oraz przeżywania Paschy Chrystusowej. Prawdopodobnie po upadku Konstantynopola (1453 r.) i narastającym kryzysie duchowym w wyniku niewoli tureckiej, któryś z hierarchów bizantyńskich w celu pobudzenia wierzących do bycia w bardziej zażyłej relacji ze Słowem Bożym oraz podejmowania przez nich praktyk pokutnych, wprowadził *Wielki kanon* również do nabożeństw celebrowanych w pierwszym tygodniu *Wielkiego Postu*.

Co jest takiego wyjątkowego w tym poemacie, że rozpoczyna i kończy czterdziestodniowy czas przygotowania do uroczystości Zmartwychwstania Pańskiego w chrześcijaństwie wschodnim? *Wielki kanon* to arcydzieło hymnografii bizantyńskiej, które składa się z dziewięciu pieśni, zawierających 236 krótkich kilkuwersowych troparionów. Pierwsze tropariony każdej z pieśni, zwane hirmosami, stanowią wprowadzenie do jej tematu, następne zaś stanowią jego rozwinięcie poprzez przykłady z Pisma Świętego, błagania oraz prośby i zapewnienia skierowane do Boga [1]. Tekst *Wielkiego kanonu* wyróżnia się prostotą oraz bardzo starannym doбором słów. Autor, nikogo nie naśladować, w rytmicznej formie troparionu potrafił wyrazić zarówno prawdy dogmatyczne, jak i nawiązać do istotnych postaci oraz wzorców biblijnych, by w dialogu ze swą duszą uświadomić jej grzeszność oraz zachęcać do podjęcia zmagających duchowych. Choć w *Wielkim kanonie* obecne są odwołania do konkretnych obrazów biblijnych, tak osób, jak i sytuacji, to sposób ich interpretacji

pozostawiony jest wyobraźni i skojarzeniom jego słuchacza. Kluczem hermeneutycznym tego dzieła jest założenie arcybiskupa Krety, że słuchacz jego dzieła jest dobrze zaznajomiony z Pismem Świętym i w związku z tym ma możliwość dokonania recepcji oraz interpretacji w swoim umyśle [2]. Temu też służą niedopowiedzenia, zarazem przyczyniając się do uniwersalności i ponadczasowości *Wielkiego kanonu*.

Prowadzony konsekwentnie od samego początku do końca *Wielkiego kanonu* wewnętrzny dialog narratora ze swą duszą stanowi nie tylko zaproszenie, ale również wzór czy też swoisty model do naśladowania. Ukazuje bowiem, jak przekroczyć siebie i własne ograniczenia oraz otworzyć się na Boga, co jest możliwe jedynie mocą Bożego Słowa. Wierzący jest pobudzany do walki z demonami i ukierunkowywany na dążenie do pełni Prawdy. Jedynie w świetle Bożego Słowa jest możliwa rzetelna diagnoza swego stanu duchowego i uznanie się za grzesznika. Przez nawiązania do starannie dobranych osób, symboli, sytuacji z historii zbawienia, św. Andrzej z Krety daje człowiekowi możliwość głębszego wglądu w siebie i swe życie.

W *Wielkim kanonie* obecna jest refleksja nad śmiercią, która obejmuje myślenie o śmierci (μνήμη θανάτου) w obydwu istotnych jej wymiarach, a więc duchowym i fizycznym. Początkowy lament, czy też oplakiwanie czynów swego żałosnego życia wiedzie do uświadomienia sobie, iż poprzez naśladowanie Kaina, ponosi się winę za przelaną krew [3]. Z wyznania św. Andrzeja z Krety dowiadujemy się, iż z wyboru stał się świadomym zabójcą duszy i tym, kto grzesznie pobudza ciało, zarazem prowadząc wojnę przeciwko sobie poprzez swoje złe czyny [4,5]. Bardzo osobiste spojrzenie w głębinę duszy nie jest jedynie opisem stanu otchłani własnej grzeszności hymnografa z Krety, ale również pomocą dla każdego chrześcijanina, aby ocenić swą kondycję duchową. Fakt uśmiercenia własnej duszy wprowadza w stan śmierci duchowej. Zerwanie jedności z miłującym Bogiem nie skutkuje próżnią, lecz otwiera przestrzeń dla działania różnego rodzaju złych duchów. Szczere przyznanie się do zabicia własnej duszy ma wielkie znaczenie ontologiczne. Z troparionu możemy wnioskować, iż zabicie duszy nie dokonuje się poprzez jakiś pojedynczy czyn, lecz jest skutkiem prowadzonej z nią walki. Aby doszło do śmierci duszy człowiek świadomie musi dokonać wielu złych czynów. Odwołując się do nauczania Ojców filokalicznych trzeba dodać, iż każdy z tych czynów ma swe korzenie w złych myślach, które pochodzą od demonów. Przeciwwstawienie duszy (ψυχή) i ciała (σάρξ) jednoznacznie wskazuje na fakt, iż w antropologii chrześcijaństwa wschodniego duszę traktowano jako duchowe centrum życia człowieka, natomiast ciało jako rzeczywistość odnoszącą się do zewnętrznego aspektu jego bytu, pojmowanego jako siedlisko pożądliwości, które podlega pokusom wiodącym do

grzechu. Ojcowie filokaliczni łączyli ciało (σάρξ) z upadkiem; zazwyczaj traktując je za obraz osoby ludzkiej w stanie upadku. Człowiek bowiem poprzez nadmierną koncentrację na rzeczach tego świata ulega grzesznym pożądliwościom, co może w konsekwencji doprowadzić do śmierci duchowej. Przykładowo, Diadoch z Fotyki wskazywał na fakt, że upadłe ciało (σάρξ) ma skłonność do słuchania złych duchów i z tego też powodu ulega pokusie służenia swej niegodziwości [6]. W tym kontekście warto przypomnieć, co Apostoł Narodów z bólem wyznawał w Liście do Rzymian: „*A ja jestem cielesny, zaprzędany w niewolę grzechu*” [7].

W ramach wyznania popełnionych przez siebie grzechów, biskup Gortyny dopowiada, iż ich przyczyną były mordercze myśli, będące ciosami zarówno dla duszy, jak i dla ciała [8]. Końcowa część troparionu 11. Pieśni I zawiera zagadkową frazę łączącą się z określeniem „mordercze myśli”, a mianowicie: „myśli (pojawiające się) ze względu na pirackie umocowanie uwagi”. Wydaje się, że ideą, którą chce przekazać tekst oryginalny *Wielkiego kanonu* jest podkreślana w duchowości hezychastycznej prawda o tym, iż uwaga ma podstawowe znaczenie dla życia duchowego. Od tego bowiem, jakie jest umocowanie czy też ukierunkowanie uwagi zależy poddawanie się, czy też walka ze złymi myślami. Jeśli uwaga funkcjonuje na sposób piracki, to znaczy jej celem jest zawładnięcie dobra, a nawet życia innych, to sama staje się łupem demonów, a te złe duchy mają łatwość podsuwania morderczych myśli przyczyniających się do śmierci duchowej.

Do tematu śmierci zadanej ciału i umysłowi poprzez duszę na podobieństwo do czynów Kaina i Lamecha powraca hymnograf z Krety w Pieśni II: „*Do kogóż porównam ciebie bardzo grzeszna duszo? Podobna jesteś do pierwszego Kaina i do Lamecha. Ukamienowałaś na śmierć swoje ciało złymi czynami i zabiłaś umysł nielogicznymi dążeniami/pragnieniami*” [9,10]. Z powyższego troparionu jednoznacznie wynika, że dusza jest odpowiedzialna za zaistniałą śmierć duchową człowieka. Z antropologicznego punktu widzenia interesujący jest fakt, iż św. Andrzej z Krety, nawiązując tematycznie do śmierci duchowej, która zasadniczo dotyczy umysłu, dopowiada również, że staje się ona udziałem całego człowieka. Złe czyny powodują śmierć ciała (σῶμα) w sensie duchowym, choć w sensie fizjologicznym w dalszym ciągu ono istnieje i funkcjonuje na poziomie osobowym. Takie rozumienie ciała człowieka ma swoją podstawę w całościowej antropologii chrześcijaństwa wschodniego, w ramach której podczas ziemskiego życia ciało jest nierozzerwalnie związane z duszą i umysłem. Człowiek stać się może zabójcą swej duszy, tak jakby była ona dorosłym mężczyzną. Może być również i mordercą swego umysłu, jakby był on młodzieńcem [11]. Czyniąc tak staje się naśladowcą Lamecha – potomka bratobójcy Kaina

[12]. Tak jak Kain morderca zabił swego brata, tak też poprzez zmysłowe pragnienia czy żądzę rozkoszy (dosłownie: gwałtowane dążenie, aby zaspokoić żądzę) dokonuje się zabicie swego ciała [13].

Bóg będący „*Źródłem życia*” jest zarazem Tym, który „*wyzwala (dosłownie: oczyszcza) ze śmierci*” [14]. Śmierć, o jakiej jest mowa w powyższej frazie, to śmierć duchowa. W odniesieniu do śmierci w znaczeniu fizycznym arcybiskup Krety użyłby zapewne jakichś innych słów. Aby lepiej zrozumieć, co chciał nam przekazać poprzez wskazanie, iż Bóg „*oczyszcza ze śmierci*” warto odwołać się do tradycji filokalicznej. W duchowości tej podkreślane jest, że w wyniku popełnianego zła dochodzi do zaciemnienia oraz zanieczyszczenia umysłu i duszy, w wyniku którego stają się niezdolne do odzwierciedlania w sobie Bożej światłości. W takim ujęciu śmierć duchowa polega na zanurzeniu się w nieczystej duchowej ciemności. Będąc w tym stanie człowiek nie tylko nie jest zdolny do rozróżniania dobra i zła, ale również staje się jakby zanurzony w duchowym brudzie zła, z którego może jedynie oczyścić go tylko Bóg będący „*Światłością świata*”. Dodatkowym argumentem, iż autor *Wielkiego kanonu* chciał podkreślić rolę Boga jako wyzwającego (oczyszczającego) ze śmierci duchowej są dalsze słowa troparionu: „*Z mego serca wołam do Ciebie [Boże], zanim nadejdzie koniec: zgrzeszyłem, bądź miłosierny i zbaw mnie*” [15]. Sam Chrystus upodobił się pod każdym względem do ludzi, stając się miłosiernym i wiernym arcykapłanem wobec Boga w celu przebłagania za ich grzechy [16].

Wizja przybliżającego się końca życia powinna mobilizować duszę do myślenia o śmierci i zmiany postępowania. Tymczasem, mimo że Sędzia już nadchodzi, dusza niepokoi się nie o to, co istotne, lecz ciągle grzeszy. Napomnienie skierowane do duszy zostało sformułowane w refleksyjnej, a zarazem ostrzegawczej formie: „*Przybliża się, duszo koniec, przybliża się, a ty nie nad nim się nie zastanawiasz i nie przygotowujesz się. Czas ucieka! Powstań, bowiem blisko, u drzwi jest Sędzia. Jak sen i jak kwiat czas życia przemija, a my miotamy się na próżno*” [17].

W wyniku nieważnego i grzesznego życia człowiek zostaje pozbawiony komnaty weselnej [18]. Lampa bowiem zgasła, a gdy był pogrążony we śnie zostało zamknięte wejście, przez które mógł się dostać na wieczorną ucztę. Jego zaś ręce i nogi zostały związane. W takim stanie został wyrzucony na zewnątrz [19]. Do medytacji nad śmiercią Autor *Wielkiego kanonu* powraca raz jeszcze pod koniec Pieśni IV. Z zadumy nad ziemską egzystencją zrodziła się pełna bólu konstatacja: „*Upływający czas mego życia jest krótki, wypełniony chorobami i złem*” [20]. Jeszcze głębszemu rozpamiętywaniu końca życia ma służyć nawiązanie w Pieśni VII do dramatu płaczącego Ezechiasza. Gdy ów król judzki

zachorował śmiertelnie modlił się do Pana, „który go wysłuchał i dał cudowny znak” [21]. Zanim jednak nastąpiło cudowne uzdrowienie Ezechiasza, przybył do niego prorok Izajasz, syn Amosa i oznajmił mu: „*Tak mówi Pan: Rozporządź domem twoim, bo umrzesz i nie będziesz żył*” [22]. Po usłyszeniu słów proroka król zwrócił się ku Bogu i z rzewnym płaczem wołał: „*Ach, Panie, wspomnij na to, proszę, że postępowałem wobec Ciebie wiernie i z doskonałym sercem, że czyniłem to, co miłe oczom Twoim*” [23]. Żarliwa modlitwa umierającego Ezechiasza wzbudziła w Bogu litość. Nakazał zatem prorokowi, by oznajmić królowi: „*Tak mówi Pan, Bóg Dawida, twego praojca: Słyszałem twoją modlitwę, widziałem twoje łzy. Uzdrwię cię. Za trzy dni pójdziesz do świątyni Pańskiej. Oto dodam do twego życia piętnaście lat*” [24]. Pieśń Ezechiasza, w której ukazane jest jego cierpienie odnoszące się do niespodziewanej i przedwczesnej śmierci oraz wybawienie, jakiego doświadczył od Boga i nowa nadzieja płynąca z przedłużenia życia stanowi ważny punkt odniesienia do refleksji nad końcem ziemskiego życia. Zapewne św. Andrzej z Krety pamiętał ze Starego Testamentu również i to, że pomimo wielkiej łaskawości Bożej, jakiej doświadczył to „*Ezechiasz jednak nie odwdzieczył się za wyświadczone dobrodziejstwo, ponieważ jego serce uniosło się pychą i dlatego zapłonął gniew [Boży] nad nim, nad Judą i nad Jerozolimą*” [25]. Zastanawiając się nad minionym czasem, który człowiekowi budzącemu jawi się jak rzeczy ukazujące się we snach, podobnie jak Ezechiasz płacze na swoim łożu i błaga o dodanie jeszcze bezcennego skarbu, jakim jest „upływający czas życia” [26]. Z perspektywy nadchodzącego końca życia autor *Wielkiego kanonu* kieruje prośbę do sprawiedliwego Sędziego i Zbawiciela, aby zmiłował się i wybawił go od ognia oraz od kary, na którą sprawiedliwie zasługuje [27]. Namysł nad „życiem, które obumarło”, bowiem umysł został zraniony, ciało stało się osłabłe, ducha ogarnęła choroba, a słowo straciło moc po raz ostatni w *Wielkim kanonie* ma skłonić nieszczęsną duszę do skonfrontowania się z pytaniem: „Co uczynisz, gdy przyjdzie Sędzia, Który przebada całą ciebie? [28].

Świadomość własnej grzeszności skłania człowieka do zwrócenia się ku Wszechmocnemu Bogu z prośbą, by nie wchodził z nim w sąd. Początek troparionu 23. Pieśni I stanowi bezpośrednie odniesienie do wersetu Psalmu 143(142),2: „*Nie pozywaj na sąd swojego sługi, bo nikt żyjący nie jest sprawiedliwy przed Tobą*”. Św. Andrzej z Krety cytuje pierwszą część powyższego wersetu: „*Mnie nie pozywaj (nie wchodź w) na sąd*”, gdyż dobrze wie, że człowiek stoi na przegranej pozycji, bowiem Bóg przedstawi mu ocenę wartości jego czynów oraz przeanalizuje jego słowa i właściwie ukierunkuje jego popędy. Ów wewnętrzny stan napięcia prowadzącego do upadku poprzez gwałtowne niekontrolowane poruszenia czy dążenia w wyniku czynów i słów odzwierciedla duchową kondycję osoby ludzkiej. Jedyne

zatem, o co człowiek może prosić Wszechmocnego, to aby nie spoglądał na całe zło, jakie jest jego udziałem i obdarzył go zbawieniem [29]. Bóg – jako Sędzia – jest Tym, Kto przeszukuje czy też bada serce człowieka. W księdze proroka Jeremiasza sam Bóg mówi o Sobie: „Ja, Pan, badam serce i doświadczam nerki, bym mógł każdemu oddać stosownie do jego postępowania, według owoców jego uczynków” [30]. Ten właśnie obraz Boga badającego serce człowieka miał zapewne w pamięci Biskup Gortyny, gdy pisał: „Zrozumcie i zobaczcie, że ja jestem Bogiem, która bada serca” [31]. Przeszukiwanie czy też badanie ludzkiego serca rozświetla wszelką nieprawość w nim się kryjącą. Bóg poddaje karze myśli będące w ludzkim umyśle, upomina (dosł. bada) czyny i spala grzechy. Zrozumienie sensu ostatniej części analizowanego troparionu: „sądzi sierotę, pokornych i ubogich” – wymaga odwołania się do Księgi Powtórzonego Prawa 10,18 oraz Psalmu 68(67),6. Obydwa wersety ukazują relację Boga do sierot i wdów. Według pierwszego z nich, Bóg „wymierza sprawiedliwość sierotom i wdowom”, a według drugiego „Ojcem dla sierot i dla wdów opiekunem jest Bóg”. Którą wizję Boga miał w swoim umyśle św. Andrzej z Krety, podczas pracy nad *Wielkim kanonem* – Sędziego wymierzającego sprawiedliwość, czy Boga, który w Swoim sądzie chroni sierotę, pokornego i ubogiego? Wydaje się być zasadnym twierdzenie, iż sens ostatniej frazy troparionu nawiązuje do treści Psalmu 68(67),6: „w Moim sądzie, Ja chronię sierotę, pokornego i ubogiego”.

Bogu, jako swemu Sędziemu, autor *Wielkiego kanonu* wyznaje tajemnice swojego serca, czyli to wszystko, co się w nim kryje [32]. Wyjawienie Bogu stanu swego serca wymaga pokory i nierozzerwalnie jest związane z bólem czy też cierpieniem. Jednakże jest to droga ku niezmiernemu Bożemu miłosierdziu. Wołanie do Boga: „Wejrzyj na moją pokorę i na moje utrapienie, zwróć uwagę na mój sąd (moje samo-osądzenie) teraz” dopełnia błaganie: „Sam zmiłuj się nade mną jako miłosierny (dosł. współczujący), o Boże ojców”. Hymnograf z Krety zwraca się do Boga nie tylko jako do sprawiedliwego Sędziego, ale również jako do Zbawiciela, który może wybawić od zagrażającego ognia i od kary, na którą sprawiedliwie zasługuje [33].

Bogactwo treści *Wielkiego kanonu* oraz sposób jej przekazu ma na celu przebudzenie duchowe grzesznika [34]. Nawiązania do Pisma Świętego, traktowanego jako „Księga życia” objawiającego sprawiedliwego i miłosiernego Boga mają być pomocą w uświadomieniu sobie, iż teraz jest jeszcze czas, by błagać Zbawiciela o przebaczenie grzechów. Nie wiadomo jednak dokładnie kiedy, choć z pewnością tak się stanie, Bóg zasiądzie na tronie sędziowskim jako Miłosierny i Współczujący, a zarazem jako Sędzia. Wówczas, w ów Dzień Ostateczny, objawi Swą straszliwą chwałę [35]. Nie powinno więc dziwić, że w tekście troparionu

pojawia się okrzyk przerażenia: „O Chryste, jakież to strach będzie wtedy!”. Apostoł Jan oznajmia, iż Chrystus – Syn Boży – otrzymał od Ojca „cały sąd” [36]. Z ewangelicznej wizji Sądu Ostatecznego dowiadujemy się, że „*Wówczas ukaże się na niebie znak Syna Człowieczego, i wtedy będą narzekać wszystkie narody ziemi; i ujrzą Syna Człowieczego, przychodzącego na obłokach niebieskich z wielką mocą i chwałą*” [37]. W dalszym opisie tego przerażającego wydarzenia, arcybiskup Krety nawiązuje do wizji Syna człowieka zaczerpniętej z Księgi Daniela: „*Tron Jego był z ognistych płomieni, jego koła – płonący ogień. Strumień ognia się rozlewał i wypływał od Niego*” [38]. Apokaliptyczny piec będzie wówczas gorzeć ogniem, a wszyscy skurczą się w przestachu przed grozą sędziowskiego tronu Boga [39].

Na podstawie odniesień *Wielkiego kanonu* do sądu można stwierdzić, iż jego autor postrzega sąd Boży dwójako: najpierw jako sąd nad stanem serca każdej osoby ludzkiej, a następnie jako powszechny i budzący grozę Sąd Ostateczny [40]. Wizja sądu budzi niepewność, a nawet przerażenie człowieka, który lęka się potępienia, gdyż w spotkaniu z Bogiem odkrywa, jak wiele jest zła w jego myślach, słowach i czynach. Jezus Chrystus zawsze jest dla każdego człowieka nie tylko apokaliptycznym Sędzią, ale również Bogiem miłosiernym i współczującym. Budzące nadzieję na miłosierdzie Boga są słowa z Księgi proroka Ezechiela: „*Ja nie pragnę śmierci występnego, ale jedynie tego, aby występny zawrócił ze swej drogi i żył*” [41,42], które nie straciły nic ze swej aktualności również i w Nowym Przymierzu. Świadomość sądu nad sercem człowieka, pogłębiona zapowiedzią Sądu Ostatecznego, w czasie którego wszelkie zło zostanie wrzucone w ognisty piec ma pomóc w radykalnym rzuceniu się w ramiona miłosiernego Boga.

Refleksje nad nadchodzącą śmiercią i przybliżającym się Sądem Ostatecznym są obecne w arcydziele hymnograficznym św. Andrzeja z Krety. Warto zauważyć, że jego namysł dotyczy nie tylko śmierci fizycznej, czyli kresu ziemskiego życia, ale również śmierci duchowej, do jakiej dochodzi w wyniku grzechu. W *Wielkim kanonie* zawarte jest pouczenie, aby ze względu na przybliżający się koniec życia, mobilizować swą duszę do myślenia o śmierci, gdyż jedynie w ten sposób można skłonić ją do zmiany postępowania. Sąd Boży, jaki po śmierci będzie udziałem człowieka, to rzeczywistość dwuetapowa. Najpierw będzie to sąd nad stanem jego duchowego serca, a następnie powszechny i budzący grozę Sąd Ostateczny. Codzienne zastanawianie się nad przybliżającą się śmiercią od wieków było i jest zadaniem ascetycznym dla mnichów żyjących w monasterach. W tradycji liturgicznej chrześcijaństwa wschodniego od wieków też stanowi jeden z tematów przewodnich Wielkiego Postu. Pozostaje otwarte pytanie, w jakim stopniu dzisiaj, we współczesnym świecie, myślenie o

śmierci i wieczności może przyczynić się do bardziej odpowiedzialnego życia z innymi i dla innych, dla wierzących w Boga, Który jest Wspólnotą Osób... Zapewne też, o wiele trudniejsze jest zastanawianie się nad śmiercią i życiem pozagrobowym dla tych, którzy nie wierzą w Boga i traktują śmierć jako definitywny koniec ludzkiego życia... W jakim stopniu jest możliwe, aby niewierzący w Boga, byli wolni od lęku przed śmiercią?

Piśmiennictwo

1. Christou P.K.: O Megas Kanon Andreou tou Kretes, Thessaloniki, 1952, 21.
2. Krueger D.: The Great Kanon of Andrew of Crete. The Penitential Bible, and the Liturgical Formation of the Self in the Byzantine Dark Age [in:] Between Personal and Institutional Religion: Self, Doctrine, and Practice in Late Antique Eastern Christianity, ed. by B. Bitton-Ashkelony, L. Perrone, Turnhout, 2013, 87.
3. Krites A.: Kanon o Megas, Ode I.1, PG 97, 1332A.
4. Krites A.: Kanon o Megas, Ode I.7, PG 97, 1332B.
5. Magnus Canon in commentario Acacii Sabaïtae [in:] Giannouli A.: Die beiden byzantinischen Kommentare zum Grossen Kanon des Andreas von Kreta: eine quellenkritische und literaturhistorische Studie, Wien, 2007, 235-237.
6. Diadochu, Episkopou Fotike, Logos asketikos dieremenos eis P' kefalaia praktyka – gnoseos kai diakriseos pneumatikes 82 [in:] Filokalia ton hieron neptikon, t. A', Athenai, 1982, 262.
7. Rz 7,14.
8. Krites A.: Kanon o Megas, Ode I.11, PG 97, 1332C.
9. Krites A.: Kanon o Megas, Ode II.31/2, PG 97, 1340B.
10. Magnus Canon in commentario Acacii Sabaïtae, 258-262.
11. Krites A.: Kanon o Megas, Ode II.35/6, PG 97, 1340C.
12. Rdz 4,23.
13. Krites A.: Kanon o Megas, Ode II.35/6, PG 97,1340C.
14. Krites A.: Kanon o Megas, Ode III.10/1, PG 97, 1344A.
15. Krites A.: Kanon o Megas, Ode III.10/1, PG 97, 1344A.
16. Hbr 2,17.
17. Krites A.: Kanon o Megas, Ode IV.2, PG 97, 1348B.
18. Mt 9,15; Mk 2,19; Łk 5,34.
19. Krites A.: Kanon o Megas, Ode IV.21, PG 97, 1325A i Ps 31,22 LXX.

20. Krites A.: Kanon o Megas, Ode IV.23, PG 97, 1325B. Por. Magnus Canon in commentario Acacii Sabaitae, s. 286-288.
21. 2 Krn 32,24.
22. Iz 38,1.
23. Iz 38,3.
24. Iz 38,20.
25. 2 Krn 32,25.
26. Krites A.: Kanon o Megas, Ode VII.20, PG 97, 1372C.
27. Krites A.: Kanon o Megas, Ode VIII.13, PG 97, 1376D.
28. Krites A.: Kanon o Megas, Ode IX.1, PG 97, 1380D.
29. Krites A.: Kanon o Megas, Ode I.23, PG 97, 1333D.
30. Jr 17,10.
31. Krites A.: Kanon o Megas, Ode II.39/10, PG 97, 1340D.
32. Krites A.: Kanon o Megas, Ode VII.2, PG 97, 1368C.
33. Krites A.: Kanon o Megas, Ode VIII.13, PG 97, 1369D.
34. Romanides J.S.: Man and His True Life According to the Greek Orthodox Service Book, The Greek Orthodox Theological Review, 1954, 1, 63-83.
35. Krites A.: Kanon o Megas, Ode VIII.20, PG 97, 1377B.
36. J 5,22.
37. Mt 24,30.
38. Dn 7,9-10.
39. Krites A.: Kanon o Megas, Ode VIII.20, PG 97, 1377D.
40. Daley B.E.: The Hope of the Early Church. A Handbook of Patristic Eschatology, Cambridge, 1991, 105-123.
41. Ez 33,11
42. Odell M.S.: Smyth & Helwys Bible Commentary: Ezekiel, Macon, GA, 2005, 415-416.

Współczesne polskie *celebratio mortis* jako efekt mutacji żałoby narodowej - próba analizy filozoficznej

Pucko Zygmunt

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Żałoba jest jak mgła: otula ofiarę, niedobrze, jeśli przenika i paraliżuje żywych, jeśli zamiast współczucia i uszanowania wyzwala złość, poczucie krzywdy, prowadzi do pragnienia zemsty [1].

Celebratio mortis to termin, który w antropologii kulturowej często występuje razem z pojęciem *ars moriendi* i *misterium mortis* tworząc tanatyczną triadę. *Celebratio mortis* rozpatrywane osobno jawi się rytmem ku czci Tanatosa. Przy czym, Tanatos jest pojmowany tu w kategoriach nicości, w której nie istnieje nic oprócz zaniku oraz ciszy niż spersonifikowanego bóstwa lub kapłana umarłych poświęcającego żywych na ofiarę „podziemnym światom”. W ideowej warstwie *celebratio mortis* Tanatos przypomina odwieczne niezmacone milczenie bez podobieństwa do czegokolwiek. Nie ma w nim żadnego dźwięku, ani miejsca, ani szukania, ani znalezienia lub czegoś, co byłoby jakąś możliwością czy chęcią tworzenia. Kwintesencją *celebratio mortis* jest apoteoza Tanatosa i chęć nawiązania z nim mistycznego kontaktu. Do osiągnięcia tego celu służy struktura formalna obrzędu oraz jego widowiskowy charakter. Każdy, kto bierze udział w *theatrum* Tanatosa ma sposobność dotarcia do uczuć symbolicznych i szansę zasilenia ich własną energią psychiczną. Jeśli tak się stanie wówczas zamienia się w byt o boskiej postaci niesamowity i dziwny. Z jednej strony twór ów będzie budzić grozę. Z drugiej zaś fascynować i pociągać. Człowiek może mieć wtedy subiektywne wrażenie jakoby Tanatos uobecniał się w nim i przenikał go od wewnątrz. Wiąż człowieka z Tanatosem bywa więc immanentna i nosi piętno osobistego zaangażowania.

Naturalnie, *celebratio mortis* w każdej kulturze mieni się odmiennymi barwami. Nierzadko kontrast jego odcieni bywa bardzo duży. Na przykład, żywiolowa fiesta Santa Muerte o prekolumbijskich korzeniach obchodzona w wielu krajach Ameryki Łacińskiej, połyskuje zupełnie innym blaskiem niżli minorowy obrzęd *Bractwa Dobrej Śmierci* kultywowany dotąd w Krakowie. Nie wszystkie także te relikty przeszłości wyrastały na

kanwie żałoby i z żałobą splatały się nierozzerwalnie. Ten szczegół może nieco zaskakiwać, ponieważ *celebratio mortis* zwykle spełniało się w cieniu ogólnie pojętej idei utraty. Zdarza się jednak, że między żałobą a *celebratio mortis* zachodzi ściślejsza zależność przyczynowo-skutkowa [2].

Sytuacja taka ma miejsce w naszej najnowszej historii, która stała się laboratorium mutacji żałoby narodowej po katastrofie smoleńskiej w *celebratio mortis*. Pod względem treści oraz formy jest ono ewenementem na skalę światową i nie ma żadnego swojego odpowiednika w kulturze. Na gruncie rodzimym nazwa *celebratio mortis* oznacza teraz stały związek frazeologiczny, w obrębie którego dokonała się wyraźna transformacja semantyczna. Nowa wersja *celebratio mortis* opiera się na micie założycielskim wykreowanym przez luminarzy środowiska, które określa siebie obozem patriotyczno-niepodległościowym na konkretne zapotrzebowanie polityczne. Mīt nie powstał zatem spontanicznie jako rezultat swobodnej gry wyobraźni lub nieświadomego oddziaływania smutku żałoby.

Meta-narracja mitu ujmuje ów tragiczny wypadek w kategoriach zamachu dokonanego przez Rosjan oraz ich sprzymierzeńców z poprzedniego polskiego rządu [3] i zalicza go do zbrodni o znamionach ludobójstwa [4]. Śmierć członków delegacji określa się w niej drugim Katyniem, śmiercią w służbie na rzecz wolnej ojczyzny, albo pomnikiem niepodległej Polski [5]. Uwiarygodnieniem tego przeświadczenia jest zwłaszcza śmierć Lecha Kaczyńskiego, którą poprzedziła koincydencja szyderstwa i wrogości [6], podsycanej przeciwko niemu przez tak zwany „przemysł pogardy” [7].

Architekturę ojczyźnianego *celebratio mortis* wzniesioną na fundamencie mitu założycielskiego podtrzymuje kilka filarów. Pierwszym jest sakralizacja zdarzenia. Wielu publicystów prawicowej proveniencji chętnie sięga w tym celu po terminologię o nowotestamentowej genealogii, którą ukuł niegdyś Jana Pawła II na potrzebę aksjologicznej kwalifikacji mordy w Katyniu i katastrofę smoleńską także nazywa Golgotą Wschodu lub drugą Golgotą. Uświęcenie wypadku całkowitą legitymizację uzyskało jednak nie dzięki dziennikarzom, lecz za sprawą pewnej grupy duchowieństwa śpieszącego z obwieszczeniem wyroku niebios.

Jeden z nich w swojej homilii daje do zrozumienia, że my Polacy dobrze wiemy, co to znaczy oddać swoje ciało i swoją krew, *bo nie obcy nam jest heroizm oddawania ciała i oddawania krwi* [8]. Inny duchowny z kolei porównuje tę „obfitość zgonów” do ziarna z przypowieści ewangelicznej, które wpadło w glebę ojczystej ziemi. Jak zapewnia kaznodzieja, obumarły w niej zarodek wyda z siebie jeszcze plon obfity [9]. Ziarno w jego oracji jest metaforycznym korelatem prawdy, która zakiełkuje na mogiłach

„zamordowanych”. Ta prawda musi się objawić, aby następne generacje mogły dowiedzieć się kim rzeczywiście oni byli, a zwłaszcza na czym polegała wielkość prezydenta Lecha Kaczyńskiego. Bez wskrzeszonej prawdy jego obraz pozostanie zafałszowany. Autorzy tego typu diatryb usiłują nie tylko przekonać słuchaczy do wiarygodności własnej tezy oraz wykazać zalety omawianego zjawiska czy osób, lecz również skłonić odbiorców do przyjęcia zaakceptowanej przez siebie wartości ze wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z tej decyzji.

Drugą kolumną wspierającą konstrukcję *celebratio mortis* jest upożytywnienie katastrofy przez nadanie jej rangi znaku dla narodu i sygnału do przemyślenia jego dziejowej misji [10]. „Polska dusza” przybita ciężarem traumy smoleńskiej pada łupem metafizycznych eksplikacji i przyodziana zostaje nową szatą mesjanizmu przyfastrygowaną jednakże do starej podszewki. Mesjańskie okrycie ozdabiają teraz, tak samo jak dawniej wykładnie, które implikują intencjonalne działanie Opatrzności Bożej [11]. W objaśnieniach sugeruje się, że poprzez katastrofę *Bóg wciąż mówi do ludzi* [12]. Jego komunikaty zaś utożsamia ze *światłem historii* [12]. Są także tezy, które głoszą, że wypadek jest bożym wyborem Polski szczególnie predystynowanej do spełnienia ważnego zadania [13].

Zgodnie z ideą mesjanizmu, utrwaloną w naszej tradycji obecnie zaś reaktywowanej, Polska to Mesjasz narodów cierpiący za inne ludy. Im więcej zatem wycierpi tym lepiej [14]. Każdy Polak przeto powinien tak jak Mesjasz wziąć na swoje barki nie tylko trud własnego istnienia, ale nawet oddać życie swoje za drugiego. W ideę mesjanizmu polskiego wpisana jest więc gotowość na przyjęcie zranienia i deklaracja akceptacji udręczeń. Otwarcie się Polaka-Mesjasza na działanie doznań pomniejszających jest konieczne po to, aby rozwinęło się dobro [13]. Na czym ono jednakże ma dokładnie polegać, tego już propagatorzy tej idei nie mówią.

Nietrudno zauważyć, że mesjańska idea odwołuje się do prawa celowości. Według niego tragiczna śmierć pasażerów samolotu oraz cierpienie ich bliskich nie jest dziełem chaosu, ale przejawem boskiego zamysłu. Mamy tu do czynienia z przykładem upożytywnienia zła poprzez jego teleologizację. Zło zostało potraktowane w kategoriach środka do jakiegoś enigmatycznego celu. Istotę tego rozumowania trafnie oddaje zasada *horribile dictum*, czyli cel uświęca środki. Gdyby nie to zło nigdy nie doszłoby do zaistnienia czegoś wartościowego w antroposferze.

Istotnym elementem w gmachu *celebratio mortis* jest jego żebrowanie wykonane z materiału będącego mieszaniną symboli religijnych i historyczno-narodowych. Symbolika ma tu dwojakie znaczenie. Z jednej strony reprezentuje całość, uosabia ją i o niej przypomina.

Z drugiej natomiast jest wydarzeniem komunikacji. Do grupy religijnych symboli zalicza się między innymi, symbol krzyża, symbolikę drogi krzyżowej, symbole obecne w liturgii kościelnej, symbol Niedzieli Miłosierdzia Bożego, w wigilię której zdarzył się wypadek i na którą Episkopat wyznaczył obchody piątej liturgicznej rocznicy śmierci Jana Pawła II, różaniec, obrazki z wizerunkiem miłosiernego Chrystusa lub świętych itp.

Symbole z obszaru historyczno-narodowego są zaś artykulacją zbiorowego doświadczenia Polaków nabytego w przeszłości wskutek okrucieństwa władz Rosji. Symboliczne jest miejsce katastrofy, która nastąpiła na terytorium wrogiego państwa tuż obok mogił polskich oficerów pomordowanych w Katyniu. Symboliczna jest śmierć Lecha Kaczyńskiego uznanego za spadkobiercę i wykonawcę „Testamentu I Rzeczypospolitej” [15]. Symbolem jest flaga narodowa, symboliczne są transparenty ze znakiem Polski Walczącej lub napisem „Bóg, Honor, Ojczyzna”. Symboliczne są biało-czerwone opaski założone na przedramieniu. Symboliczne są wiece i pochody.

Taka symbolika natychmiast przywołuje na myśl dzieje polskiej martyrologii, w której główną dominantą jest poczucie skrzywdzenia i bezradności. Wyzwała także wściekłość i nieukrywana nienawiść wobec Rosjan oraz tych rodaków, którzy rzekomo sprzedali jej Polskę. Co gorsza, utrwała negatywne reakcje typu obronnego przypominające w pewnych zakresach syndrom resentymetu. By uchwycić specyfikę tego niebezpiecznego zjawiska w *celebratio mortis*, konieczne jest przywołanie interpretacji resentymetu dokonanej przez G. Deluz’a podążającego za intuicją F. Nietzschego.

Deluze podkreśla, że resentymet sprowadza się do wewnętrznego mechanizmu samozapładniania się własnym nieszczęściem [16]. Z toku myślenia Deluz’a dowiedzieć się można, że gdy przykre ślady pamięci zagnieżdżą się w świadomości człowieka, to sprawiają mu one przykrość i czynią zeń byt z gruntu cierpiący. Każą mu myśleć o sobie jako o zbolełym i zmuszają do zarażania nieszczęściem najgłębszą podstawę rzeczy. Wykreowany w ten sposób stan męczennika zamienia się, mówiąc językiem F. Nietzschego, w *bestialstwo idei* [17], które determinuje wolę do pomnażania w sobie bólu i absorbowania wszystkiego, co jest przeciwieństwem zdrowia oraz siły. Wola satysfakcji doznaje w *niepowodzeniu (...)* w *skarłowaceniu, (...)*, w *nieszczęśliwych wypadkach, w (...)* *stracie, w wyzbywaniu się siebie samego, w biczowaniu samego siebie, w ofierze z samego siebie* [17]. Owo cierpienie jest doznaniem okrutnym i stale szukającym odwetu. Domaga się nie tylko zemsty w postaci fizycznej, lecz też w formie reakcji „*duchowej*”, *wyobrażeniowej i symbolicznej* [16]. Chęć rewanżu przejawia się np. niezdolnością do szanowania, podejrzliwością, ciągłym oskarżaniem.

Elementem spajającym całą strukturę *celebratio mortis* jest język. Stanowi on główny integrator zjawiska i zarazem podstawowe narzędzie kształtowania stosunku ludzi do niego. Język odpowiada za sposób myślenia uczestników rytuału, przesądza o rodzaju ich pragnień oraz sposobie bycia w świecie. W *celebratio mortis* język pełni kilka ważnych funkcji i ma swoje indywidualne cechy. Staje się narzędziem zarządzania rzeczywistością. Umożliwia wykreowanie pożądanej wizji świata. Nie służy więc do opisu i tłumaczenia faktów, lecz ich fałszowania [18]. Czerpiąc wskazówki ze schematu komunikacji słownej, opracowanego przez Romana Jakobsona [19] można rzec, że na repertuar ról języka *celebratio mortis* składa się funkcja poznawcza, emotywna, konatywna oraz fatyczna.

Funkcja poznawcza ma zapewnić obiektywny opis rzeczywistości w jej realnych kształtach oraz zakomunikować, co naprawdę w niej zachodzi. Istotne dla tej funkcji jest trzymanie się wytycznych klasycznej definicji prawdy. W świetle tej funkcji język nie może odzwierciedlać tego, co jest arbitralnym rojeniem umysłu lub tworem subiektywnych wyobrażeń. Tymczasem wnikliwa analiza języka upoważnia do konstatacji, że ojcowie-założyciele *celebratio mortis* tworzą manichejską wizję świata. W ich dychotomicznym obrazie rzeczywistości istnieje jasny podział na dwa przeciwstawne sobie bieguny: mroku i światła, dobra i zła, prawdy i fałszu. Między tymi sferami nie ma żadnego pomostu, żadnej strefy półcienia, żadnych niuansów.

Inicjatorzy *celebratio mortis* wmawiają jego uczestnikom, że tylko oni głoszą słuszne idee, tylko oni są uosobieniem prawdy i tylko oni są synonimem dobra. Czołowi propagandyści powielając matrycę PRL-owskiej nowomowy ochoczo dmą w piszczałkę słowa „naród”, „patriotyzm”, „pamięć”, „tożsamość” [20]. Ze szczytu jasnowidzenia sortują Polaków. Każdego, kto kwestionuje wiarygodność ich poglądów wykluczają ze wspólnoty odkładając na stronę radykalnego zła [21]. Wraz z narzucaniem dualizmu ontologicznego forsują ideę wroga. Odwołanie się do niej to *credo* stylu wysławienia głównego lidera *celebratio mortis*. Wrogiem jest dla niego każdy, kto inaczej myśli [22]. Wróg jest stygmatyzowany znamieniem „zdrajcy podnoszącego rękę na suwerenność Polski”, „oszusta”, „hipokryty bijącego wszelkie rekordy” [23]. To tylko część wznoszonych krzykliwie epitetów.

Idea wroga jest eksploatowana według partytury spiskowej teorii dziejów. Jak wiadomo, sławi ją czysto aprioryczne przyjmowanie założeń i nieuprawnione nadużywanie ogólnego kwantyfikatora. Wszyscy ludzie przeto, którzy nie biorą udziału w miesięcznicach *celebratio mortis* oraz oceniają je z odmienniej perspektywy intelektualnej zajmują się wyłącznie spiskowaniem przeciw niemu i psuciem państwa.

Z funkcją poznawczą języka zazębia się jego rola emotywna. Sprowadza się ona do kreowania określonych nastrojów emocjonalnych. Skupiając uwagę na szumie katalogu pojęć oraz melodii haseł da się w nich wyraźnie usłyszeć nutą spotęgowanej agresji. Jej pierwszą właściwość stanowi ton oskarżycielski. Jego zadaniem jest nie tyle skompromitowanie osób opozycyjnie nastawionych wobec *celebratio mortis*, lecz zasugerowanie, że są to indywidua podejrzane moralnie o niejasnej przeszłości i powiązane z jakimiś ciemnymi mocami. Brzmienie owej nuty wyróżnia także siła demaskatorska. Pograża ona oskarżonych przez ewokowanie przyczyny sprawczej ich zachowania. Znakiem szczególnym tej pasji dezawuowania jest jawna insynuacja [24]. W emotywnym pogłosie języka odbija się jeszcze retoryka racji bezwzględnych oraz odczłowieczenia tych, którzy stali się obiektem ataku. Nie stroni ona od znieważania, pogardy i okazywania wstrętu [25].

W *celebratio mortis* z wirtuozerią wykorzystana jest ponadto funkcja fatyczna. Służy ona do podtrzymania łączności między ideologią rytu a ludźmi uczestniczącymi w nim. Jest też nieodzowna do skonsolidowania ich w jednorodną grupę. Typowym przykładem tej funkcji jest wspólne odśpiewywanie pieśni religijnej *Boże, coś Polskę* z frazą „Ojczyznę wolną racz nam zwrócić Panie” oraz *Mazurka Dąbrowskiego*. W czystej postaci widać ją we wszelkich formułach modlitewnych wypowiedzianych zbiorowo i rytmicznie. Najczęściej występuje w *Zdrowaś Mario*, *Ojcze nasz* czy *Wieczne odpoczywanie*. Rolę fatyczną ogrywają również frazy świeckie, takie jak np. *Warto zabiegać o naszą wolność*, *Nasze „nie” musi zabrzmieć mocno*, *Musimy iść dalej*, *Musimy wytrwać*, *Damy radę*, *Ci którzy są z nami znajdą poparcie*. Ów gatunek wypowiedzi, powtarzany wielokrotnie nabiera cech mantry i zapewnia utrzymanie wzajemnego kontaktu nieomal odruchowo.

Oprócz wymienionych funkcji języka *celebratio mortis* jest jeszcze ich wypadkowa. W literaturze nosi ona miano roli konatywnej. Pośród wielu zadań spoczywa na niej obowiązek upewnienia uczestników *celebratio mortis* w poczuciu posiadania przez nich prawd ostatecznych i przygotowanie ich do obrony tej wartości absolutnej. Funkcja konatywna implikuje podjęcie określonych aktów. W tym przypadku są to akty moralno-polityczne, bez których obrzęd straciłby swoją takosć. Naturalnie akt moralno-polityczny *celebratio mortis* nie ogranicza się li tylko do wymiaru indywidualnego, ale musi obejmować aspekt społeczny. Jego konkretyzację stanowią między innymi: propagowanie idei, organizowanie spotkań, konferencji, wydawanie książek [26], publikację artykułów, wznoszenie pomników *pro memoriam*, zmiany nazw ulic i placów, powoływanie kolejnych komisji, mobilizację elektoratu.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że *celebratio mortis* znane w dotychczasowych odsłonach jawi się jako spektakl, który znacząco organizuje polską wyobraźnię i zakreśla ramy symboliczne wspólnoty narodowej. Siła jego oddziaływania na świadomość zbiorową daje asumpt do rozmaitych ocen. Kręgi sympatyzujące z nurtem „niepodległościowo-patriotycznym” formułują je według podobnych schematów pojęciowych połączonych węzłem wzajemnych projekcji. Da się je zawrzeć w idei marszu ku dziejowej prawdzie i wymierzaniu sprawiedliwości [27].

Inaczej *celebratio mortis* postrzegane jest w dyskursie niezależnym, na który składa się większa polifonia głosów. Jedne dowodzą, że inscenizacja *celebratio mortis* stanowi odzwierciedlenie konfliktu pożywiającego się głębokimi różnicami społeczno-kulturowymi. Zgodnie z tą logiką postać świętowania żałoby jest fiestą światopoglądu uzurpującego sobie prawo do wyrażania istoty wartości narodowych i przeciwstawiania ich całej „reszcie Polaków” [28].

Inny pogląd osądza *celebratio mortis* w kategoriach kultu partyjnego i obrzędu wtajemniczenia w męczeństwo katolicko-narodowe. Według Romana Kuźniara wszystko wskazuje na to, że utrzymanie kontinuum tego widowiska jest potrzebne piewcom etosu Polaka-katolika-patrioty, ponieważ dzięki niemu mogą chodzić w glorii „męczenników” smoleńskiej tragedii. Cykliczne świętowanie *theatrum* śmierci ułatwia im zatem uzyskanie współczucia i staje się formą moralnego szantażu wobec inaczej myślących [29].

Są też opinie o charakterze antropologicznym, które w *celebratio mortis* widzą polski tryumf Tanatosa i spełnienie zbiorowego popędu śmierci. Spektakularne obchody rocznic są dla części społeczeństwa okazją do upajania się stanem tanatycznej psychozy [30]. Najskrajniej wychyla się jednakże wahadło interpretacji psychologicznej. Z tej perspektywy *celebratio mortis* jest przede wszystkim przejawem zachowań stadnych i nie ma nic wspólnego ani z oswajaniem śmierci, ani żałobą [31]. W debacie, mówi się również, że jest ono wyrazem manii odwoływania się polityków do czynników irracjonalnych [32].

Abstrahując od stopnia prawdziwości ocen *celebratio mortis* pewne jest, że zapisze się ono już na zawsze w rozdziale książki kultury jako przykład funeralnego karnawału „polskiej duszy” tyleż groteskowego, co i aintelektualnego. Niniejszy szkic otwiera motto z książki *Smoleńsk* pióra Teresy Torańskiej. Refleksje więc wypada zakończyć również fragmentem z tej publikacji i spiąć je niczym klamrą w jedną całość. We wspomnianym dziele Torańska przypomina słowa Peryklesa z czasu wojny peloponeskiej: *Teraz zaś, oplakawszy swoich bliskich, rozejdźcie się*. Zważywszy na osobliwość naszego *celebratio mortis* zasadne wydaje się uzupełnienie wezwania Peryklesa jeszcze dwoma ważnymi słowami. W nowej wersji jego

apostrofa przyjmie postać: „*Teraz zaś, oplakawszy swoich bliskich, rozejdźcie się i zacznijcie myśleć*”.

Piśmiennictwo

1. Torańska T.: Smoleńsk, Wyd. Wielka Litera, Warszawa, 2013, 15.
2. Huntington R., Metcalf P.: Celebrations of Death. The Anthropology of Mortuary Ritual, Cambridge University Press, Cambridge, 1979.
3. Szonert-Binienda M.: Socjotechnika zastosowana do tragedii Smoleńskiej, [w] red. P. Witakowski, Materiały Konferencyjne z III Konferencji Smoleńskiej 20.10.2014, Komitet Organizacyjny Konferencji Smoleńskiej, Warszawa, 2015, 167-178.
4. Mirakowski B.: O ludobójstwie, Zakład Usług Poligraficznych i Wydawniczych Plewnia Jacek, Plewnia Maria, Szczecin, 2011, 11-139.
5. Drzazga-Lech M.: Mitologizacja Lecha Kaczyńskiego: obraz prezydenta RP w wybranych dziennikach, [w] red. Gliński P., Wasilewski J., Katastrofa smoleńska. Reakcje społeczne, polityczne i medialne, Wyd. IFiS PAN, Warszawa, 2011, 209.
6. <http://niewinni-czarodzieje.plmichala-zygmunta-czyli-zamach-ironistyczny-na-iv-rp>, data pobrania 15 kwietnia 2018.
7. Kmiecik S.: Przemysł pogardy, Prohibitia, Warszawa, 2013.
8. Gliński Wł.: ... pozostał tylko bęben i bęben gra nam ... marsz żałobny – medytacja z czasu żałoby, Archidiecezjalne Wydawnictwo Łódzkie, Łódź, 2010, 25.
9. <https://www.youtube.com/watch?v=seSvCOI7qSE>, data pobrania 15 kwietnia 2018.
10. Rzegocki A.: Katastrofa smoleńska z perspektywy doktryn politycznych [w:] Katastrofa smoleńska. Reakcje społeczne, polityczne i medialne, Gliński P., Wasilewski J. (red.), Wyd. IFiS PAN, Warszawa, 2011, 125
11. Bończa-Tomaszewski N., Horodniczy M.: Błogosławiony dyskomfort, [w:] Rzeczy Wspólne, Pismo Republikańskie, 2010, 1, 19-23
12. <http://czterdzieściicztery.salon24.pl/222270,wojciech-wencel-laurowo-i- ciemno> (15 kwietnia 2018)
13. Terlikowski W.: Szukając sensu w tym, co wydaje się bezsensowne, [w:] Fronda, 55
14. Bocheński A.: Dzieje głupoty w Polsce, Czytelnik, Warszawa, 1988, 20.
15. Sakiewicz T.: Testament I Rzeczypospolitej. Kulisy śmierci Lecha Kaczyńskiego, Wydawnictwo M, Kraków, 2014.
16. Deleuze G.: Nietzsche i filozofia, Wyd. Spacja, Warszawa, 1993, 121.
17. Nietzsche F.: Z genealogii moralności, II,22, Wyd. Znak, Kraków, 1997.

18. Boniewicz J.: Retoryka w dyskursie politycznym [w] red. K. Łeńska-Bąk, M. Sztandary, Doświadczane, opisywane, symboliczne ciało w dyskursach kulturowych, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 2008, 390.
19. Jakobson R.: Poetyka w świetle językoznawstwa, [w:] red. Markiewicz H., Współczesna teoria badań literackich, t. II, Wyd. Literackie, Kraków, 1972.
20. Grochowska M.: Piszczalka: naród, Gazeta Wyborcza, 16-17 stycznia 2016, 14.
21. Skarżyński S.: Wszyscy, wrogowie Kaczyńskiego, Gazeta Wyborcza, 12-13 marca 2016, 16-17.
22. <https://www.youtube.com/watch?v=W1c5ciNDMao>, data pobrania 16 marca 2016.
23. Głowiński M.: Nowomowa i ciągi dalsze. Szkice dawne i nowe, Universitas, Kraków, 2009, 230.
24. Reykowski J.: Jedno państwo, dwa plemiona, Gazeta Wyborcza, 19-20 marca 2016, 40.
25. Świąchłowicz T.: Smoleński wypadek. Katastrofa, która wstrząsnęła światem, Fronda, Warszawa, 2011.
26. Dakowicz P.: Przekłute continuum. Notatnik smoleński, ARKANA, Kraków, 2011.
27. Stanisławczyk B.: Ostatni krzyk. Od Katynia do Smoleńska – historie dramatów i miłości, Rebis, Poznań, 2011.
28. <http://niezalezna.pl/74800-jaroslawa-kaczynski-w-69-miesiecznicze-smolenska-dojdzie-my-do-prawdy>, data pobrania 22 marca 2016.
29. <http://www.rp.pl/artykul/641587-Ireneusz-Krzeminski-na-rocznice-katastrofy-smolenskiej>, data pobrania 17 marca 2016.
30. <http://kulturaliberalna.pl/2010/07/20/kuzniar-smolar-krasnodebski-zakowski-smolensk-o-goraczkowym-pisaniu-historii-najnowszej>, data pobrania 18 marca 2016.
31. <http://www.krytykapolityczna.pl/Opinie/Bielik-Robson-Polski-triumf-Tanatos>, data pobrania 2 marca 2015.
32. <http://www.se.pl/rozrywka/gwiazdy/szumowska-zaloba-narodowa-w-polsce-cyrk-136714.html>, data pobrania 19 marca 2016.

Egzystencjalny wymiar zdrowia w duchowości chasydyzmu polskiego

Pucko Zygmunt

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Na pierwszy rzut oka tak sformułowany temat może nieco zaskakiwać, ponieważ chasydyzm polski [1] nie zajmował się wprost zagadnieniem zdrowia. Dużą uwagę natomiast skupiał na sposobie myślenia i stylu bycia człowieka [2]. Zainteresowanie tymi dwiema sprawami było podyktowane przesłankami natury metafizycznej. Z poglądów duchowych mistrzów chasydyzmu wynika, że od człowieka zależało tak zwane *tikkum*, czyli proces naprawy rozbitego świata [3]. Aby *tikkum* mogło się dokonać człowiek musi być bytem o określonych właściwościach. W oparciu o zbiór tez duchowości chasydyzmu dotyczących wizji człowieka wolno zaryzykować stwierdzenie, że zawierają one treści, które z perspektywy współczesnego dyskursu zaliczane są do wyznaczników zdrowia.

Dokładna ich analiza wykazuje, że zachodzi między nimi ścisły związek przyczynowo-skutkowy i on w znacznej mierze przesądza o wymiarze egzystencjalnym zdrowia. Ten profil zdrowia widać wyraźnie w głównym aksjomacie antropologicznym, który mówi o konieczności afirmacji wyjątkowości swojego jestestwa.

Każda przychodząca na świat osoba przynosi ze sobą coś nowego, co nigdy przedtem nie istniało, coś oryginalnego i niepowtarzalnego. „Każdy, kto należy do Izraela, ma obowiązek wiedzieć i brać pod uwagę, to że jest niepowtarzalny w świecie ze swym szczególnym charakterem i że nikogo takiego przed nim na świecie nie było, bo gdyby ktoś podobny wcześniej istniał, świat by go już nie potrzebował. Każdy człowiek jest nowym zjawiskiem w świecie i został powołany by wypełnić swą jednorazowość na ziemi” [4].

Przesłanie przywołanego założenia daje do zrozumienia, że człowiek nie jest bezimiennym osobnikiem wtopionym w anonimową ludzką masę. Nie jest także bytem marnym, przeklętym, napiętnowanym czy zbędnym. Każdy człowiek to jednostka niezastępowalna i jedyna w swoim rodzaju. Tej niezwykłości nikt człowiekowi arbitralnie nie przyznaje i nikt nie może w jakimś momencie mu jej odebrać.

O oryginalności chasydzkiego człowieka świadczy również celowy dynamizm. *Najważniejszym celem każdego człowieka jest urzeczywistnienie swych unikalnych możliwości, tych, których nigdy przedtem nie było i nigdy potem nie będzie, nie zaś powtarzanie czegoś, co ktoś inny, choćby nawet największy, kiedyś już zrobił [5].* Dążenie do

wyznaczonego celu pociąga za sobą nieustanną transgresję siebie. Realizacja „chęci bycia inaczej” nie przypomina jednakże kół linearnego ciągu tego samego łańcucha, w którym wszystkie ogniwa aktywności tworzyłyby spójną całość i łączyłyby się w taki sposób, że cele bliższe stawałyby się środkami do celu nadrzędnego. Dynamika transgresji nie rządzi się prawami logiki arystotelesowskiej. Transgresja w rozumieniu chasydzkim kieruje się raczej zasadą właściwą dla gry lub może nawet zabawy. Wszak nie tyle chodzi w niej o modyfikowanie siebie na coraz wyższych i bardziej złożonych poziomach istnienia, lecz o ciągle stwarzanie siebie od nowa. Autokreacja jest nowopoczęciem bez żadnego uprzedniego projektu, wzorca czy danych. To niejako powołanie do istnienia oddzielnego świata, który ma swój firmament, swoją planetę, swoją ziemię. Ma też inne warianty na urzeczywistnianie swoich możliwości [6].

Zgodnie z teleologią dynamizmu w ujęciu duchowości chasydyzmu człowiek istnieje po to, aby stwarzać i stawać się dzięki kolejnym narodzinom. Ustawiczne zradzanie odmiennych wersji „innobytu” jest konieczne, gdyż zawsze pozostaje on rzeczywistością nieukończoną o przygodnym charakterze. Po wtóre, każdorazowe *genesis* splata się nierozzerwalnie z koncepcją ideału doskonałości człowieka. Ona zaś nie zawiera się wyłącznie w jego zupełności pozbawionej jakichkolwiek braków, jak głosił ongiś Platon. Według chasydyzmu doskonały jest ten, który jeszcze nie jest kompletny i stale poszukuje dopełnienia w sposób właściwy wyłącznie dla siebie [6].

Ontycznemu „powiększaniu” własnego istnienia oraz optymalizacji twórczego potencjału służy etyka. Z tym, że w odróżnieniu od innych nauk o moralności epatujących zwykle wysokim stopniem abstrakcji i zniechęcających hermetycznym językiem, etyka chasydów zawiera normy przydatne w codziennym życiu [7]. Zostały one wyłożone w aforyzmach, pouczeniach, w krótkich opowieściach lub umoralniających bajkach. Dzięki temu są łatwo przyswajalne przez szerokie kręgi osób nawet o małych kompetencjach erudycyjnych. Większość jej prawideł da się sprowadzić do jednego wspólnego mianownika. Jest nim imperatyw nakazujący utrzymanie continuum zmiany. Wzywa on do wyzwiania się z zastygłych form życia usankcjonowanych mocą tradycji bądź przyzwyczajień. Nowy styl bycia ma stanowić przeciwieństwo wszelkiej rutyny czy naśladownictwa [8]. Etyka chasydów nakłada na człowieka obowiązek poszukiwania nieznanego dotąd doświadczeń oraz żąda niepowtarzalności. Nie jest więc kanonem niepodważalnych pewników ustalonych raz na zawsze, lecz sposobem na życie niezbędnym do permanentnego określania swojego „ja” nawet za cenę ryzyka [6].

Specyfikę etycznej postawy determinuje *par excellence* również język. Za jego pośrednictwem człowiek dowiaduje się kim jest oraz co ma robić. W ramach języka dokonuje się też percypowanie i wartościowanie relacji międzyludzkich. Etymologiczna wykładnia hebrajskiego słowa *hasid* oznacza człowieka prawego, bogobojnego oraz miłosiernego [10]. Termin *hesed* natomiast opisuje między innymi stosunek człowieka do człowieka. Jego zakres semantyczny przywołuje na myśl konotacje bliskie łagodności, sympatii, spontaniczności, akceptacji, troski o drugiego, solidarności z nim, przyjęcia go do siebie, zaopiekowanie się [11]. *Hesed* wyraża więc aksjologiczną dwojga ludzi niezwiązanych wcześniej żadną formalną umową. Oczywiście, odnoszenie się do drugiego nie jest motywowane żadnymi jego przymiotami czy stanem posiadania. W konwencji *hesed* relacja z innym nie powstaje w imię czegoś lub za coś. Jej zaczynem jest dobro, a nie interesowność. Dlatego bycie z drugim to szanowanie jego odmienności, wieczne dziwienie się nią i praca nad zachowaniem jej takości. Współbycie można nazwać dialektyką wzajemnej otwartości, w której trwałą się ludzkie jestestwa oraz wyłania się początek ich wspólnego czasu. Pojęcie *hesed* ewokuje wydarzenie autentycznej obecności jednej osoby dla drugiej.

Ważnym czynnikiem konstytuującym egzystencjalny wymiar zdrowia w duchowości chasydów jest koloryt emocjonalny. Barwi go pochwała radości połyskująca podwójnym odcieniem. W jednym główną dominantą jest **radość w życiu**. Drugi z kolei wysyca **radość życia**, która wypływa z samego faktu istnienia oraz optymistycznego przekonania o możliwości zrealizowania pożytecznych rzeczy nawet w odległej perspektywie czasowej [12]. Wydaje się, że dla chasydów radość jest formą aktywizowania mocy ontycznej człowieka i zarazem sztuką czerpania witalnej energii z własnych zasobów. Człowiek radosny promieniuje pogodą ducha i wysyła sygnał, że jest odbiorcą oraz nadawcą czegoś dobrego. *Zawsze miej uśmiech na twarzy. Będziesz szafarzem daru życia* [12].

Z tego punktu widzenia zrozumiałe staje się nawoływanie liderów chasydyzmu do walki ze smutkiem, który wygasza wolę życia i zasiewa uczucie niepewności. *Nigdy nie pogrążaj się w rozpacz! Nigdy!* [11]. W ich naukach smutek zaraża rezygnacją teraźniejszość, od przyszłości odgradza zaporą ciemności i wtłacza człowieka w stan nieustannego wpatrywania się we własną zgryzotę. *Za wszelką cenę unikaj przygnębienia. Jest ono źródłem wszelkich chorób i dolegliwości* [12]. Przez smutek życie traci wyraźny smak i „trawione” bywa jako mdłe, nijakie, pozbawione ożywczych impulsów. *Smutek jest najgorszą cechą człowieka. (...) Ten, kogo prześladowa smutek ma trudności z przemieszczaniem się. Nie znosi siebie ani innych*” [12].

Spory udział w kształtowaniu chasydzkiej panoramy zdrowia ma humor. W wyrafinowanej wersji humoru chasydów można dostrzec coś więcej, niżli tylko uwalnianie psychicznego napięcia. Od razu uderza w nim wysoka ranga intelektualna a nierzadko także szeroka wiedza. Jego subtelna kultura wystawia na pośmiewisko racje zdrowego rozsądku i relatywizuje różne schematy pojęciowe. Obca mu jest jednak zupełna utrata przytomnego obiektywizmu oraz postawa nihilistyczna. Wszak chasyd za pośrednictwem humoru, ironii czy śmiechu z typową dla siebie giętkością umysłu pokonuje własną niemoc i im zawdzięcza zdobycie aksjologicznej przewagi nad dokuczliwością losu. Humor dla chasyda jest niejako narzędziem w ustanawianiu odmiennych reguł wartościowania rzeczywistości oraz organizowania własnych przeżyć psychicznych na odmiennych zasadach.

- Cemu płaczesz mamó? Bo dom się pali. - Tak. Będziemy mieli inny, obiecuję ci.

- Dom to nie wszystko mój synku. Płacę, bo tam cenny dokument płonie w naszych oczach.

- Jaki dokument? - pyta dziecko.

- Nasze drzewo genealogiczne – odpowiada matka. – Trzeba ci wiedzieć, że to świetne drzewo.

– Przestań już płakać mamó. Będziesz miała nowe. Ode mnie ród rozpocznie się na nowo, przyrzekam ci to [12].

Czynnikiem dopełniającym egzystencjalny charakter zdrowia w duchowości chasydów jest autoekspresja. Chasydyzm kładzie mocny akcent na uzewnętrznienie siebie poprzez śpiew, muzykę i taniec [8]. Taniec chasydów wykonywany grupowo zazwyczaj prowadził przewodnik, który kierował jego etapami. Jak pisze Bożena Lewandowska, tańczący chasydzi trzymali się za ręce i poruszali po obwodzie koła. W środku koła zaś tańczyła kilkusobowa grupa [9]. Na taniec składały się podskoki połączone z wysuwaniem nóg do przodu i podnoszeniem do góry ramion [9]. Figury te robili także ustawieni w linii prostej. Jednym z elementów tańca był wy krok do przodu przy równoczesnym pochyleniu ciała oraz wysunięciu ręki. Na znak przewodnika chasydzi siadali na podłodze z wyprostowanymi nogami. Potem kolejno wstawali i pojedynczo tańczyli po obwodzie koła. W następnej fazie byli ustawiani jeden za drugim, trzymając ręce na ramionach osoby poprzedzającej i przesuwali się wężykiem po Sali [9]. Grupowy taniec chasydów choć zawierał pewne fazy, to jednak nie miał sztywno ustalonego wzoru. Stałą regułą tego tańca było natomiast wzrastające stopniowo tempo.

Taniec wykonywany solo też nie musiał być strukturą uporządkowaną. Często jest akcją spontaniczną. Ruchy wówczas następują po sobie bez jakiegś zaplanowanej kolejności i

mają różny czas trwania. Rytm jest dowolny, względnie dostosowany do tempa muzyki lub śpiewu. Roztańczony chasyd wykorzystuje wszystkie naturalne możliwości ruchowe ciała. Nie stara się jednak panować nad nim i narzucić mu formę doskonale pracującej całości. Technika tańca schodzi na dalszy plan. Ruchy rąk, nóg, głowy, tułowia są nader urozmaicone, a nierzadko też ozdobione dodatkową gestykulacją. Obroty, kołysanie się, wznoszenie rąk, podskoki, pasaże odzwierciedlają żywiołowość pełną fantazji i uczucia. Taniec pomimo braku uładzenia jest naturalny, lekki, zręczny i piękny. Kiedy chasyd tańczy to sprawia wrażenie jakby ważył mniej niż waży oraz poruszał się w natchnieniu bez wysiłku.

Ogólna wymowa duchowości chasydów polskich upoważnia do przyjęcia hipotezy, według której taniec nie ogranicza się dla nich tylko do roli środka wyrażania siebie. Wiele poszlak wskazuje, że w chasydyzmie ma on również swoją warstwę ideową. W tej płaszczyźnie jawi się metaforą istnienia. Taniec pomyślany jako przenośnia sposobu bycia nie jest krótkim interludium czasu radości czy zabawy w kontinuum życia, lecz staje jego kwintesencją, stanem oraz opcją egzystencjalną. W tym kontekście szczególnej wiarygodności nabiera jej streszczenie w sentencji *Tańczę więc jestem* [6]. Taniec zatem umacnia i profiluje własne poczucie tożsamości. To zaś czyni chasyda kimś wyjątkowym oraz sprawia, że jego styl bycia w świecie i przeżywanie siebie różni się gruntownie od innych.

Zakończenie

Nie trzeba zbytniej przenikliwości, aby się zorientować, że egzystencjalny wymiar zdrowia w duchowości chasydów polskich jest wypadkową wielu czynników. Duży wpływ na jego oblicze wywiera niewątpliwie pozytywne myślenie o sobie jako wartości jedynej w swoim rodzaju oraz jasno sprecyzowany cel istnienia. Zdrowie kształtuje poczucie mocy sprawczej i świadomość powinności rozwoju witalnego dynamizmu w sposób właściwy tylko danemu człowiekowi. O postaci zdrowia przesądza także dewiza *libido admirandi*. Ta zasada zasila energią intelektualne procesy, wytycza krąg zainteresowań i wyczula na smak doświadczanych zjawisk. Fizjonomię zdrowia znacząco określa psychologia motywacji wzrastania oraz jego wspierania, a nie psychologia motywacji niedoboru i uzależnienia [14].

O obliczu zdrowia w duchowości chasydów polskich decyduje radość i nadzieja, które są silnymi bodźcami do wydzielania endorfin, nazywanych potocznie hormonami szczęścia. *Nic nie czyni człowieka bardziej wolnym niż radość. Radość wyzwala umysł i napętnia go spokojem* [5]. Na egzystencjalnej postaci zdrowia wyraźne piętno odciska humor. Od dawna wiadomo, że humor analogicznie jak pozytywne uczucia mobilizuje naturalne mechanizmy

obronne dając pozytywne rezultaty biochemiczne w systemie immunologicznym, endoktrynologicznym i sercowo-naczyniowym [16].

Obraz zdrowia formuje również taniec. Spontaniczne ruchy ciała pozwalają pozbyć się trudnego do udźwignięcia balastu emocjonalnego. Taniec uwalnia od wewnętrznych konfliktów oraz zmniejsza niepokój. Taniec można porównać do *katharsis* ciała, umysłu i uczuć. Fizjologiczne skutki tańca są nieomal identyczne jak objawy fizjologiczne zarejestrowane w stanach przeżywania przyjemności. Naukowcy zajmujący się natomiast neurologią wykazali, że ścieżki neuronalne i połączenia mózgowe ciągle się rozwijają oraz przekształcają także dzięki doświadczeniom motorycznym [15]. Znaczący przedmiot uważają, że zmiany na poziomie neuromięśniowym powodują nie tylko zmiany fizyczne, ale także psychiczne. Taniec jest ponadto specyficzną formą komunikacji z innymi i przestrzenią zacieśniania wspólnotowych więzów [16]. To zaś daje poczucie przynależności do określonej grupy oraz bycia zrozumianym. Listę dobroczynnych rezultatów duchowości chasydów polskich można wydłużać, ale te wymienione w zupełności wystarczają do uprawomocnienia motywu przewodniego niniejszych rozważań.

Piśmiennictwo

1. Doktor J.: Początki chasydyzmu polskiego, Wydawnictwo Naukowe Mikołaja Kopernika, Toruń, 2017, 11.
2. Halkowski H.: O chasydyzmie i jego twórcy [w:] Legendy Żydów polskich, Eliasberg A., Austeria, Kraków 2004, 249.
3. Truszkowska J.: Źródła mądrości chasydzkiej [w:] Chasydysm polski, Wierzbieniec W., Mierzwa J., Koprivňáková J. (red.) Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza, Jarosław- Prešov, 2014, 19.
4. Buber M.: Droga człowieka według nauczania chasydów, Cyklady, Warszawa, 1994, 22-23.
5. Puste krzesło. Odnaleźć radość i nadzieję. Ponadczasowa mądrość chasydzkiego mistrza rabiego Nachman z Braławia, Mykoff M. (opr.), Dom Wydawniczy Rebis, Poznań, 1996, 38.
6. Ouaknin M.A.: Chasydzi, Wydawnictwo Cyklady, Warszawa, 2002, 85, 86, 125.
7. Czas chasydów, Długosz E. (red.), Muzeum Historyczne Miasta Krakowa, Katedra Judaistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2005, 66.
8. Lifschitz D.: Mądrości chasydów. 600 opowieści o radości, nadziei i humorze, Wydawnictwo „Jedność”, Kielce, 1998, 76.

9. Lewandowska B.: Muzyka chasydów lelowskich [w:] Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego Prace Etnograficzne, 2015, 44, 1, 72,73.
10. Slivka D.: Etymologiczne i historyczne znaczenie terminów chasyd – chasydzi [w:] W. Wierzbieniec, J. Mierzwa, J. Koprivňáková, (red.), Chasydysm polski, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza, Jarosław-Prešov, Chasydysm polski, 2014, 26, 28.
11. Jelonek T.: Chasydzi radośni mistycy żydowscy, Wydawnictwo OO. Franciszkanów Bratni Zew, Kraków, 2007, 107, 110, 111, 123
12. Johnson P.: Historia Żydów, Platan, Kraków, 2000, 317.
13. Maslow A.: Motywacja i osobowość, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2013, 213.
14. Nevo O, Keinan G., Teshimowski-Arditi M.: Humor and Pain Tolerance [w:] Humor – International Journal of Humor Research, 1993, 6-1, 71-88.
15. Koziello D.: Taniec i psychoterapia, Instytut Historii UAM, Poznań, 1999, 21.
16. Pawlus K.: Taniec dla Boga, Wydawnictwo Gloria24.pl, Kraków, 2014, 10.

Zakaz rozpowszechniania treści pornograficznych jako przesłanka nakładania kar na nadawców przez Krajową Radę Radiofonii i Telewizji

Żurawski Jacek A.

TVP SA/Społeczna Akademia Nauk filia w Warszawie

Pornografia – próba zdefiniowania zjawiska na gruncie prawa

Ustawa o radiofonii i telewizji z 29 grudnia 1992 roku [1] (dalej: urt.) zawiera szereg tzw. dyrektyw kształtujących program, będących ustawowym ograniczeniem zagwarantowanej w art. 13 urt. zasady samodzielności nadawców, zgodnie z którą nadawca samodzielnie kształtuje program i odpowiada za jego treść. Zasada ta jest ustawowym odzwierciedleniem norm konstytucyjnych [2], gwarantujących wolność prasy i innych środków społecznego przekazu (art. 14), wolność słowa (art. 54) oraz wolność twórczości artystycznej (art. 73). Jedną z dyrektyw kształtujących program zakazuje rozpowszechniania treści pornograficznych. Jednak należy na wstępie podkreślić, że obecnie, w związku ze zmianami obyczajowymi, ewoluje również pojęcie pornografii, zaś każda próba jego zdefiniowania na gruncie prawa jest nie tylko bardzo trudna, ale również narażona na krytykę ze strony doktryny. Pamiętać jednak należy, że w 2012 roku władze lotniska w Edynburgu nakazały zasłonięcie plakatu reklamującego wystawę prac Pabla Picassa w Scottish National Gallery of Modern Art *Picasso i współczesna sztuka brytyjska*, na którym była kopia obrazu *Naga kobieta na czerwonym fotelu* z 1932 roku. Obraz przedstawia jego mużę i kochankę, Marie-Thérèse Walter i jest jednym z najgłośniejszych w dorobku Picassa. Decyzja została podjęta pod wpływem opinii pasażerów lotniska. Pod wpływem publicznej krytyki dyrekcji galerii, jak i internautów decyzję zmieniono [3].

Art. 18 ust. 4 zakazuje rozpowszechniania *audycji lub innych przekazów zagrażających fizycznemu, psychicznemu lub moralnemu rozwojowi małoletnich, w szczególności zawierających treści pornograficzne*.

W przypadku radiofonii i telewizji sytuację komplikuje fakt, że do oceny rozpowszechniania określonych treści w mediach elektronicznych musimy posługiwać się doktryną prawa karnego. Przepisy Kodeksu karnego, które nie definiują pojęcia treści pornograficznych. Dodatkowo sprawę komplikuje fakt, że ocenie mogą podlegać nie tylko filmy, ale np. przedstawienia teatralne, czy wystawy sztuki współczesnej. W artykule

postaram się odpowiedzieć na dwa pytania – jak zdefiniować zjawisko pornografii dla potrzeb oceny działalności nadawców oraz czy działalność artystyczna wyklucza pornograficzny charakter utworu?

Obecnie nie ma w prawie polskim legalnej definicji pornografii (normatywnie - treści pornograficznych). J. Warylewski wskazuje na dwie możliwości wytłumaczenia tego pojęcia: *w rozumieniu wąskim (normatywnym) to treści zawarte w dającym się wyodrębnić przekazie informacyjnym (prezentacji) bądź jego istotnych i odpowiednio spójnych fragmentach w formie materialnej lub zdematerializowanej, utrwalone za pomocą dowolnego nośnika lub nieutrwalone charakteryzujące się tym, iż przedstawiają w jakiejkolwiek formie autentyczne lub tylko wyobrażone (wykreowane) przejawy płciowości lub życia seksualnego człowieka w wymiarze ograniczonym (sprowadzonym do funkcji fizjologicznych oraz aspektów techniczno – biologicznych. (...)). W rozumieniu szerokim (socjologicznym) za pornograficzne dodatkowo należy uznać te treści zawarte w przekazach (prezentacjach), które godzą w powszechnie przyjęte zasady moralności i obyczajności* [4].

W literaturze tematu podkreśla się, że wszelkie próby zdefiniowania pojęcia pornografii w sposób uniwersalny są zadaniem beznadziejnym, gdyż każda definicja będzie musiała wartościować elementy o charakterze erotycznym [5].

W prawie karnym za treści pornograficzne uznaje się takie treści, *które właściwe są przekazowi informacyjnemu, w formie materialnej lub zdematerializowanej i charakteryzują się tym, że przedstawiają w jakiejkolwiek formie autentyczne lub tylko wyobrażone przejawy życia seksualnego człowieka w wymiarze ograniczonym do funkcji fizjologicznych. Przekaz informacyjny może być zarejestrowany (utrwalony) np. w formie filmu, zdjęć, książki, nagrania fonicznego lub nie (pokazy na żywo, wykład)* [6].

W ustawodawstwie przedwojennym pod pojęciem pornografii rozumiano *literaturę nieprzyzwoitą oraz pisma, rysunki, ryciny, malowidła, druki, wizerunki, afisze, emblematy, fotografie i filmy kinematograficzne* [7].

Jednak już wówczas zwracano uwagę, że w aktach prawa międzynarodowego dotyczących zwalczania pornografii, nie zdefiniowano samego pojęcia pozostawiając to zadanie państwom, które przystąpiły do Konwencji [8].

W piśmiennictwie powojennym za pornografię rozumiano *pisma, druki, fotografie lub inne przedmioty mające na celu wywołanie podniecenia seksualnego. O pornograficznym charakterze przedmiotu decyduje wola autora ukierunkowana na wywołanie u odbiorcy seksualnego podniecenia. Nie mają więc tego charakteru przedmioty, których autorzy*

zamierzali przekazać tylko określone treści naukowe lub artystyczne, nawet jeżeli u poszczególnych odbiorców wywołują takie podniecenie [9].

L. Paprzycki pisząc o pornografii podkreślił, że w literaturze tematu uznaje się bowiem *m.in.*, za przedmioty mające charakter pornograficzny takie, które mogą wywołać u przeciętnych osób nadmierne podniecenie seksualne, lecz w myśl wąskiej definicji pornografia to tylko takie przedmioty, których treścią jest przedstawienie czynności sprzecznych z przyjętymi wzorcami zachowań seksualnych (homoseksualizm, sodomia, pedofilia, nekrofilia) Za dodatkowe kryterium wskazywane jest to, że przedmioty pornograficzne nie spełniają minimalnego standardu estetycznego, co odróżnia je od dzieł sztuki. W każdym razie podzielić należy pogląd, że o charakterze pornograficznym przedmiotu decydować muszą okoliczności obiektywne, a nie subiektywne [10].

Najczęściej spotykamy się z dwoma rodzajami definicji. Pierwsza z nich tzw. subiektywno – moralistyczna uznaje za najważniejszy zamiar twórcy, tzn. wywołanie u odbiorcy podniecenia seksualnego. Druga obiektywistyczna – pragmatyczna ocenia przekaz poprzez kryteria obiektywne, tj. formę i treść, niezależnie od zamiaru twórcy [11].

W klasycznym opracowaniu M. Filar dokonał podziału na *pornografię klasyczną* i *pornografię dewiacyjno – perwersyjną*. Pornografia klasyczna stanowi prezentację przejawów seksu niesprzecznych z jego naturalnym biologicznym ukierunkowaniem i w formach wykonawczych tolerowanych społecznie, jeżeliby nawet niektóre z nich uwzględniały wyłącznie warstwę hedonistyczną seksu, z wykluczeniem warstwy prokreacyjnej lub przybierały formy wyszukane. Zaliczamy tu głównie prezentację nagości, heteroseksualny petting, w tym także w formie fellatio i conilingus, oraz heteroseksualne stosunki, także w formach akrobatycznych i wyszukanych. Pornografia dewiacyjno-perwersyjna obejmowałaby prezentację seksu sprzecznego z jego biologicznym ukierunkowaniem oraz seksu w nietolerowanych społecznie (lub także i prawnie) formach, chodzi o formy, które zakładają eksploatację jednego z uczestników stosunku, w szczególności eksploatację polegającą na naruszaniu w związku z aktem seksualnym, innych, poza seksualnych dóbr prawnie chronionych. Zaliczymy tu więc prezentację seksu homoseksualnego i lesbijskiego we wszystkich jego wariantach, seks sadystyczny i połączony z gwałtem, i przemocą, seks pedofilski, kazirodczy, nekrofilski i zoofilski [12].

Jest natomiast zdefiniowane pojęcie pornografii dziecięcej (pedofilskiej) w prawie UE, zgodnie z którym „pornografia dziecięca” oznacza:

(i) wszelkie materiały ukazujące dziecko uczestniczące w rzeczywistych lub symulowanych

zachowaniach o wyraźnym seksualnym charakterze;

- (ii) wszelkie przedstawienia organów płciowych dziecka w celach głównie seksualnych;*
- (iii) wszelkie materiały ukazujące osobę wyglądającą na dziecko uczestniczącą w rzeczywistych lub symulowanych zachowaniach o wyraźnym seksualnym charakterze oraz przedstawienia organów płciowych osób wyglądających jak dziecko, w celach głównie seksualnych; lub*
- (iv) realistyczne obrazy dziecka uczestniczącego w zachowaniach o wyraźnym seksualnym charakterze lub realistyczne obrazy organów płciowych dziecka, w celach głównie seksualnych; [13].*

M. Derlatka w artykule poświęconym prawnokarnym aspektom pornografii zdefiniował to pojęcie jako *przedstawianie ludzkiej aktywności seksualnej przy zaniedbaniu wszelkich kontekstów. Najważniejszym kontekstem jest powiązanie aktywności seksualnej z miłością. Oderwanie seksu od miłości, koncentrowanie się tylko na technice różnych form aktywności płciowej charakteryzuje pornografię. (...) Pornografia promuje wizję życia, w którym jedyną i naczelną zasadą jest osiągnięcie przyjemności seksualnej, wbrew wszelkim zasadom obyczajowym, moralnym, religijnym, a nawet biologicznym [14].* Z tezą tą słusznie polemizowali J. Dąbrowski i A. Demenko, zwracając uwagę na pewną naiwność stwierdzenia o powiązaniu aktywności seksualnej z miłością, gdyż nawet istnienie takiego związku nie wyklucza perwersyjnych form aktywności seksualnej, gdyż sadystka z masochistą mogą się darzyć wielkim miłosnym uczuciem, co więcej – dany kontekst może być całkowicie zewnętrzny w stosunku do pornograficznego materiału – np. film typu hard core może być wmontowany w dzieło sztuki piętnujące gwałty [15].

Sąd Najwyższy w jednym z nielicznych orzeczeń dotyczących rozpowszechniania pornografii stwierdził, że treści pornograficzne w rozumieniu prawa karnego to *zawarte w utrwalonej formie (np. film, zdjęcia, czasopisma, książki, obrazy) lub nie (np. pokazy na żywo), prezentacje czynności seksualnych człowieka (zwłaszcza ukazywanie organów płciowych człowieka w ich funkcjach seksualnych) i to zarówno w wymiarze niesprzecznym z ich biologicznym ukierunkowaniem, jak i czynności seksualnych człowieka sprzecznych z przyjętymi w społeczeństwie wzorcami zachowań seksualnych [16]*

Uznanie, że materiał ma charakter pornograficzny może nastąpić, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące przesłanki [17]:

- będzie przedstawiał przejawy płciowości i życia płciowego człowieka,

- będzie koncentrował się wyłącznie na technicznych aspektach płciowości i życia płciowego, z całkowitym oderwaniem od warstwy intelektualnej i osobistej,
- ukazywał ludzkie organy w ich funkcjach seksualnych,
- zaś główną intencją twórcy jest wywołanie podniecenia seksualnego u odbiorcy.

Niekiedy wskazuje się na kryterium pomocnicze, jakim może być walor estetyczny – im jest on niższy, tym bliżej takim treściom do pornografii [18].

Nadzór Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji nad nadawcami

Ustawa o radiofonii i telewizji w art. 53 ust. 1 urt. wymienia przypadki złamania prawa przez nadawców, które mogą skutkować nałożeniem kary przez KRRiT i zalicza do nich m.in. kwestie związane z oznaczeniem programu, przepisy dotyczące emisji reklam, sponsorowania audycji, lokowania produktu, obowiązki nadawców dotyczące ułatwienia odbioru programów przez osoby niepełnosprawne, czy obowiązki związane z utrwalaniem i przechowywaniem programu.

Jednak najwięcej kontrowersji budzą zawsze kary nałożone na podstawie art. 18 urt. Być może dlatego, że artykuł ten posługuje się często sformułowaniami nieostrymi, takimi jak racja stanu, działania sprzeczne z prawem, moralnością publiczną, dobrem społecznym, czy wywieranie negatywnego wpływu na rozwój psychiczny, fizyczny i moralny małoletnich. W literaturze tematu podkreśla się, że *przepisy art. 18 zawierają szereg zwrotów niedookreślonych, w znacznej mierze opierają się na klauzulach generalnych. Przy ich stosowaniu konieczne jest uwzględnienie całokształtu okoliczności danej sprawy i ustalenie całościowego charakteru przekazu* [17]. Stanowisko takie wynika z orzecznictwa, m.in. Sądu Apelacyjnego w Warszawie, który przeprowadzając wywód dotyczący sposobu oceny programu pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów urt., stwierdził m.in., że *przepis art. 18 ww. ustawy nakłada na nadawcę zadanie odpowiedniego kształtowania programu w kontekście zakazu propagowania działań sprzecznych z prawem, z polską racją stanu (...) zakazu sprzyjania zachowaniom zagrażającym zdrowiu lub bezpieczeństwu (...), to sąd orzekający obowiązany jest (na wypadek zaskarżenia decyzji, podnoszącej naruszenie wszystkich wskazanych powyżej nakazów, zakazów i nakładającej karę pieniężną) zbadać, ustalić stan faktyczny na podstawie całości emitowanego przekazu, audycji i dopiero po tym dokonać odpowiedniej subsumcji. Naruszenie bowiem któregośkolwiek z zakazu lub nakazu określonego ww. przepisem może mieć miejsce całością przekazu, audycji jej sensem, kontekstem, sugestiami (...), może także nastąpić już samym obrazem. (...) Nie można*

natomiast uznać za wystarczające dla stwierdzenia braku przesłanek do nałożenia kary pieniężnej, że jeden z elementów przekazu nie narusza nakazów lub zakazów [18].

Ustawa o radiofonii i telewizji co prawda posługuje się sformułowaniami nieostrymi, jednak zakaz rozpowszechniania treści pornograficznych jest zakazem bezwzględnym. Art. 18 ust. 4 ury. zakazuje jednoznacznie *rozpowszechniania audycji lub innych przekazów zagrażających fizycznemu, psychicznemu lub moralnemu rozwojowi małoletnich, w szczególności zawierających treści pornograficzne lub w sposób nieuzasadniony eksponujących przemoc*. Również Dyrektywa o Audiowizualnych Usługach Medialnych w art. 27 nakazuje państwom członkowskim podjęcie stosownych środków *w celu zagwarantowania, by transmisje nadawców telewizyjnych podlegających ich jurysdykcji nie zawierały jakichkolwiek programów mogących poważnie zaszkodzić rozwojowi fizycznemu, umysłowemu lub moralnemu małoletnich, w szczególności programów zawierających pornografię lub nieuzasadnioną przemoc [19].*

Ratyfikowana przez Polskę Europejska Konwencja o Telewizji Ponadgranicznej zakazuje rozpowszechniania treści pornograficznych odnosząc się do kwestii ochrony godności człowieka, wskazując, że *wszystkie części składowe usług programowych w swym sposobie prezentacji oraz treści powinny szanować godność człowieka oraz podstawowe prawa innych, w szczególności nie mogą one być nieprzyzwoite, a zwłaszcza zawierać pornografię [20].*

Pisząc o zakazie rozpowszechniania treści pornograficznych przez media audiowizualne w doktrynie podkreśla się, że zakaz ten wykracza poza czyny skryminalizowane w art. 202 KK. Artykuł. 18 ust. 4 obejmuje wszelkie treści pornograficzne, a sam zakaz ich rozpowszechniania ma charakter bezwzględny, w szczególności nie zależy od pory emisji. Dotyczy treści pornograficznych, zgodnie z przyjętym rozumieniem pornografii, a nie wszelkich treści o charakterze erotycznym [21].

Należy zauważyć, że zakaz rozpowszechniania pornografii został powiązany przez ustawodawcę z ochroną małoletnich przed szkodliwymi treściami w mediach elektronicznych. Według Trybunału Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA) wszystkie materiały, w których są emitowane treści jednoznacznie seksualne (ang. *sexually explicit*) spełniają przesłanki określone w ówczesnym art. 22 Dyrektywy o telewizji bez granic [22] (opinia z 12.6.1998 r., w sprawie E-8/97, *TV 1000 Sverige AB v. Norwegia*, pkt 25, EFTA Ct. Rep. 1998) [23]. Językowa konstrukcja przepisu art. 18 ust. 4 wskazuje, że pornografia lub treści w sposób nieuzasadniony eksponujące przemoc, są jedynie przykładami naruszeń prawa w zakresie ochrony małoletnich. Pozostaje pytanie o filmy erotyczne, które co prawda

nie spełniają przesłanek dotyczących treści pornograficznych, jednak wg K. Wojciechowskiego *choćby nie miały charakteru pornograficznego, w sposób pewny, niewątpliwy zagrażające temu rozwojowi, np. z uwagi na rażącą wulgarność języka, należy uznać za zakazane w świetle art. 18 ust. 4 RTVU. Wymaga to jednak wykazania in casu zagrożenia rozwoju małoletnich przez takie treści. Natomiast audycje i inne przekazy zawierające sceny lub treści erotyczne o niepornograficznym charakterze, które, nie stanowiąc niewątpliwego zagrożenia dla rozwoju małoletnich, jedynie mogą mieć (potencjalny) negatywny wpływ na prawidłowy fizyczny, psychiczny lub moralny rozwój małoletnich, podlegają ograniczeniom czasowym dopuszczalnej emisji, która może nastąpić wyłącznie w godzinach od 23.00 do 6.00 (art. 18 ust. 5) oraz wymagają odpowiedniego oznaczenia (art. 18 ust. 5a) [23].*

Należy zgodzić się z tezą, że każda audycja jest odrębnym przypadkiem i jako taki powinien podlegać odrębnej ocenie KRRiT, tym bardziej, że Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji nakładała kary za emisję przez nadawców zarówno filmów erotycznych [24], jak i pornograficznych [25].

Rozpowszechnianie treści pornograficznych jako przesłanka nakładania kar na nadawców

Nadawcy wykazują daleko idącą ostrożność przy dopuszczaniu do emisji filmów, które mogą mieć charakter pornograficzny, o czym świadczy niewielka liczba kar nałożonych przez Przewodniczącego, KRRiT, których podstawą był art. 18 ust. 4 urt.

W 1998 roku została ukarana Polska Korporacja Telewizyjna sp. z o.o. nadawca programu Canal Plus, za emisję filmu *Zazel*. Film został wyemitowany o godz. 00:45, tak więc niewątpliwie w tzw. czasie chronionym oraz był oznaczony planszą *tylko dla dorosłych*.

W 1998 roku obowiązywało inne brzmienie art. 18 ust. 3 urt: Audycje, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży nie mogą być rozpowszechniane między godziną 6 rano a 23. Dlatego też podstawą nałożenia kary było Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z 21 listopada 1994 r. w sprawie szczegółowych zasad rozpowszechniania przez radio i telewizję audycji, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży, Dz. U. Nr 20 poz. 108 z 1995 roku z późn. zm., którego § 1. ust. 3) nakazywał ograniczanie emisji programów, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży, w szczególności audycji drastycznie naruszających obyczajowość poprzez

pornografię, prowadzących do jedynie przedmiotowego traktowania człowieka, pozbawiających wrażliwości ludzkiej i uwłaczających jego godności.

Skargę w tej sprawie złożył do KRRiT poseł na Sejm RP Jan Maria Jackowski [26,27].

Krajowa Rada zwróciła się do nadawcy o przedstawienie wyjaśnień w sprawie emisji filmu zawierającego treści pornograficzne. Nadawca w swoich wyjaśnieniach przedstawił opinie prof. Zbigniewa Lwa Starowicza oraz dr Andrzeja Samsona, z których wynikało, że co prawda film zawiera śmiałe sceny, to jednak jego treść jest zróżnicowana na tyle, że nie pozwala na określenie filmu mianem produkcji pornograficznej, ponadto w przytoczonych opiniach podkreślono, że *opiera się na estetycznej formie tła muzycznego i pozbawiony jest wulgarności*. Ponadto zdaniem opiniujących nie pokazywał dewiacji, jak również wynaturzonych zachowań seksualnych [28]. KRRiT uznała, że jest to film pornograficzny, a jego rozpowszechnianie narusza postanowienia § 1 pkt 3 rozporządzenia KRRiT [23]. Przepisy te zakazują rozpowszechniania audycji naruszających obyczajowość poprzez pornografię i prowadzących do jedynie przedmiotowego traktowania człowieka, pozbawiających wrażliwości ludzkiej i uwłaczających jego godności, chyba że jest to uzasadnione wysoką wartością artystyczną, dokumentalną, informacyjną lub wagą historyczną tych audycji [29].

Oceniając film Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji zwróciła uwagę na elementy, które pozwalają zakwalifikować *Zazel* jako pornograficzny (sceny seksu oralnego, seks grupowy między kobietami, jak i heteroseksualny, sceny masturbacji kobiet, scena wytrysku na twarz kobiety). Krajowa Rada zwróciła uwagę na brak jakichkolwiek wartości artystycznych filmu oraz uzasadnienia dla nasycenia filmu scenami stosunków seksualnych. Kobieta w filmie jest jedynie przedmiotem pożądania mężczyzn, a jej rola sprowadza się do zaspakajania ich potrzeb seksualnych, co stanowi również naruszenie godności człowieka. Zwrócono również uwagę, że pokazanie filmu pornograficznego niezależnie od godzin emisji narusza prawo, gdyż przepisy dotyczące ochrony małoletnich przed szkodliwymi treściami, odnoszą się do wszystkich audycji, niezależnie od godzin emisji [30]. Nadawca złożył odwołanie od Decyzji Przewodniczącego KRRiT do Sądu Okręgowego w Warszawie. W 2002 roku została zawarta ugoda pomiędzy Przewodniczącym KRRiT a nadawcą, w wyniku której nadawca wpłacił część nałożonej kary (20.000 PLN) na konto KRRiT, a część (10.000 PLN) na cel społeczny wskazany przez Przewodniczącego KRRiT [31].

Problem rozpowszechniania treści pornograficznych pojawił się w 2014 roku, kiedy stacja TVN Style wyemitowała film *Sila pożądania* (tytuł oryginalny *Cabaret Desire*) w

reżyserii Eriki Lust. Film był wyemitowany o godz. 23:15 z kategorią wiekową *dla dorosłych*.

Przewodniczący KRRiT wydał decyzję o nałożeniu na nadawcę kary finansowej za rozpowszechnianie treści pornograficznych wskazując, że w filmie *motywem przewodnim (...) są seksualne doznania bohaterów, pokazane w sposób dosłowny i bezpośredni. Film zawiera liczne sceny ukazujące akty kopulacji z wykorzystaniem różnych technik i pozycji seksualnych, a także seks lesbijski i oralny. Obrazy te pokazane zostały bez zastosowania żadnych zabiegów technicznych przesłaniających narządy płciowe. W niektórych przypadkach zastosowane były zbliżenia obrazu za pomocą najazdu kamery na organy płciowe* [32]. Analizując film Krajowa Rada zwróciła uwagę, że łącznie sceny o charakterze pornograficznym stanowią niemal 40% filmu (31 minut z filmu trwającego w sumie 75 minut).

W tym miejscu powrócę do pytania zadanego na wstępie, czy działalność artystyczna wyklucza pornograficzny charakter utworu? Tu wywiązała się polemika pomiędzy nadawcą a Krajową Radą Radiofonii i Telewizji na temat pojęcia treści pornograficzne oraz kontratypu sztuki przy ocenie filmów emitowanych w telewizji. Nadawca stwierdził w wyjaśnieniach przekazanych Krajowej Radzie Radiofonii i Telewizji, że Erica Lust jest autorką nowoczesnych filmów erotycznych przeznaczonych dla kobiet, których cechą charakterystyczną jest *odwrócenie perspektywy: tradycyjnie męską optykę, uprzedmiotawiającą kobietę i czyniącą z niej instrument do zaspokajania erotycznych potrzeb mężczyzny, reżyserka zastępuje kobiecym punktem widzenia na sprawy erotyki. (...) Cechą odróżniającą filmy Eriki Lust od klasycznego kina pornograficznego jest istotność i spójność fabuły. Warstwa fabularna nie jest zaledwie pretekstem do ukazania śmiałych scen erotycznych, ale samowystarczającą narracją, która mogłaby z powodzeniem obyć się bez scen intymnych. Z drugiej strony ujęcia, w których bohaterowie przeżywają erotyczne uniesienia nie są autonomiczne i nabierają sensu oraz swoistego uroku jedynie w łączności z resztą obrazu. (...) Bohaterowie tych opowieści mają osobowość, i chociaż jest ona bardziej zarysem niż wnikliwym studium psychologicznym, nie można powiedzieć, że mamy do czynienia z automatami odtwarzającymi erotyczne czynności, jak to się dzieje w klasycznym kinie pornograficznym. (...) Estetyzm, humanizm, artystyczna ambicja, która przebija z „Siły pożądania” oraz psychologizm w konstruowaniu postaci i samej opowieści, manifestujący się chociażby w autoprezentacjach bohaterów i ich bynajmniej nie płytkich refleksjach o życiu czyni z tego obrazu dzieło kina erotycznego, a nie pornograficznego* [32].

Nadawca odniósł się także do trudności ze zdefiniowaniem pojęcia treści pornograficzne, które jest *wybitnie ocenne, nieostre, a jego znaczenie uwarunkowane kulturowo i zmienne w czasie. Brak jest w związku z tym ustabilizowanych i jednoznacznych kryteriów, które pozwalałyby na ustalenie w sposób wystarczająco pewny, kiedy mamy (już) do czynienia z przekazem zawierającym treści pornograficzne, a kiedy (jeszcze) nie. (...) z powodów zasadniczych dla wykładni art. 18 ust. 4 u.r.t., jako przepisu wprowadzającego w stosunku do nadawców określone ograniczenia, gdy chodzi o rozpowszechnianie audycji i innych przekazów, miarodajne może być tylko takie pojmowanie pornografii, które pozostawia poza zakresem tego pojęcia wszelkie przejawy twórczości artystycznej* [32]. Przywołano także przykłady dzieł zawierających śmiałe sceny erotyczne, a mimo to nagradzanych na festiwalach filmowych. Również film E. Lust *Sila pożądania* (*Cabaret desire*) otrzymał w 2012 roku feministyczną nagrodę dla filmu pornograficznego w Toronto jako film roku (2012 Feminist Porn Awards, Toronto, for – Movie of the Year – Cabaret Desire [33]).

W tym miejscu należy zastanowić się, czy kino erotyczne lub nawet zawierające sceny, pozwalające zakwalifikować je jako pornograficzne, może ze względu na treść, scenariusz, sposób pokazania problemów głównych bohaterów być dopuszczone do emisji w telewizji, ergo czy istnieje w prawie radiofonii i telewizji pozaustawowy kontratyp sztuki, w tym wypadku dzieła filmowego, ale także np. przedstawienia teatralnego, czy performance? W literaturze tematu zwraca się uwagę, że katalog pozaustawowych kontratypów ulega zmianie wraz ze zmianami społecznymi, czy obyczajowymi. T. Gardocka zwraca trafnie uwagę, że aby można mówić o kontratypie musi dojść do sytuacji, w której nie da się zrealizować zamierzenia artystycznego bez naruszenia prawa [34]. Tak więc w omawianym przypadku raczej nie możemy mówić o kontratypie, gdyż jak przyznał sam nadawca *warstwa fabularna (...) mogłaby z powodzeniem obyć się bez scen intymnych. Zawsze mówiąc o kontratypie należy rozważyć dwie wartości dobra chronionego przez prawo i innego dobra, jakim jest wg J. Dąbrowskiego i A. Demenko wolność sztuki, nie zaś sama treść utworu* [34]. Podkreślają oni, że istnieje pewien katalog dóbr o szczególnej wartości, wobec którego nigdy artystyczny charakter nie będzie mógł wyłączyć bezprawności (bezpieczeństwo i integralność państwa, bezpieczeństwo publiczne, życie, wolność seksualna, zdrowie, mienie). Zastosować kontratyp w przypadku naruszenia przez twórczość artystyczną m.in. obyczajności, choć i tu mogą pojawić rozbieżne oceny [34]. Teza o wolności artystycznej, jako dobru konstytucyjnym, chronionym prawem, wyłączającym bezprawność działań artysty naruszającego np. obyczajność nie da się obronić na gruncie prawa radiofonii i telewizji. Trafny jest pogląd T.

Gardockiej, że oceniając dzieło, w kontekście uzasadnienia kontratypu, ważny jest nie tylko sam cel twórcy, ale także rzeczywista wymowa dzieła. *Trudno jest skonstruować przeciwwartość przemawiającą za prezentowaniem dzieła artystycznego o charakterze pornograficznym mieszczącym się w zakresie pornografii bezwzględnie zakazanej (z udziałem małoletniego, zwierzęcia, albo prezentowaniem przemocy). Z pewnością za uzasadnieniem przyjęcia kontratypu sztuki nie może przemawiać sama wybitna wartość artystyczna dzieła. Nawet najwybitniejszy twórca niezwykłych dzieł artystycznych w zasadzie musi poruszać się w obszarze dozwolonym prawem* [33]. Rozważania T. Gardockiej odnoszące się do zakazu rozpowszechniania treści pornograficznych na gruncie Kodeksu karnego, można *per analogiam* odnieść do prawa radiofonii i telewizji, które wprowadza w art. 18 ust 4 urt. całkowity zakaz emisji takich treści przez nadawców.

Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji nie podzieliła argumentów nadawcy, stwierdziła naruszenie przepisów art. 18 ust. 4 urt. zaznaczając przy tym, że *nie jest organem właściwym do dokonywania oceny artystycznych walorów filmu pt. „Siła pożądania”. Przywołać trzeba jednak fakt, że treści ukazujące w szczegółowy sposób akty seksualne stanowiły niemal 40% całości przekazu i zawierały sceny kopulacji pomiędzy kobietą i mężczyzną, najazdy kamery na narządy płciowe w trakcie kopulacji, sceny ukazujące obcowanie płciowe dwóch kobiet, a także seks oralny pokazany w sposób dosłowny i w zbliżeniach. Biorąc pod uwagę długość poszczególnych scen pokazujących zachowania seksualne trudno oprzeć się wrażeniu, że to one były głównym motywem filmu, a motywacje psychologiczne bohaterów stanowiły jedynie pretekst do ich ukazania. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na warstwę dźwiękową filmu, która stanowi o wręcz naturalistycznym charakterze przekazu* [32].

Nadawca złożył odwołanie od decyzji KRRiT do Sądu Okręgowego w Warszawie, który nie tylko nie uznał racji TVN Style, ale również zwrócił uwagę na kilka aspektów dodatkowych związanych z ochroną małoletnich przed szkodliwymi treściami emitowanymi w mediach [35]. Ponieważ Konstytucja RP zapewnia w art. 72 ust. 1 ochronę praw dziecka, każdy obywatel ma prawo domagać się od organów władzy publicznej realizacji tego obowiązku, m.in. poprzez zapewnienie ochrony małoletnich przed demoralizacją. Sąd podkreślił, że od lat zwraca się uwagę na zjawisko udostępniania treści pornograficznych małoletnim. Przywołano tu Uchwałę Sejmu RP z 7 maja 1998 roku, w której zwrócono się do administracji rządowej i innych właściwych instytucji o podjęcie wspólnych działań w celu stworzenia i realizacji programu przeciwdziałania demoralizacji wśród nieletnich, m.in. poprzez zwalczanie czynników demoralizujących, takich jak pornografia, przemoc w mediach oraz wzmoczenie czynności kontrolnych i nadzorczych mających na celu należytą realizację

przepisów prawnych. Zdaniem posłów ogromna rola w kształtowaniu wśród dzieci i młodzieży właściwych postaw życiowych przypada mediom publicznym i komercyjnym, i do nich m.in. zwrócono się o pomoc i poparcie [36]. Rok później Sejm nie tylko krytycznie ocenił działalność kontrolną Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed negatywnymi skutkami programów zawierających m.in. pornografię, ale wezwał regulator rynku do skutecznego egzekwowania od nadawców przestrzegania ustawy o radiofonii i telewizji w zakresie odnoszącym się do ochrony najmłodszych obywateli naszego kraju przed demoralizacją [37].

Sąd podniósł także, iż zakaz emitowania audycji pornograficznych jest przejawem ochrony dobra o szczególnie ważnym charakterze z uwagi na dobro jednostki, jak i całego społeczeństwa [38]. Tu należy zwrócić uwagę na pogląd reprezentowany w doktrynie (również przywołany przez Sąd), że jest wyraźna różnica pomiędzy wolnością seksualną osób dorosłych i małoletnich. W przypadku osób dorosłych mamy do czynienia z nakładaniem dwóch elementów „wolności do” i „wolności od”. W przypadku osób małoletnich mamy do czynienia wyłącznie z „wolnością od”, gdyż osoby małoletnie mają ograniczone możliwości dokonywania ocen i świadomych wyborów treści emitowanych w mediach elektronicznych. Szerzej na ten temat pisze A. Wądołowska w artykule *Wolność seksualna jako element ochrony prawno karnej* [38].

Sąd w oparciu o przytoczoną wyżej definicję treści pornograficznych M. Filara nie miał wątpliwości, że film „Siła pożądania” jest filmem pornograficznym, tym bardziej, że również Erika Lust jest zaliczana do twórców pornografii alternatywnej, która chce uczynić pornografię bardziej dostępną dla kobiet. *Oceny tej nie zmienia fakt, iż znawcy kina, krytycy filmowi, czy dziennikarze dostrzegają w filmie „Siła pożądania” walory artystyczne, mogą jednocześnie zawierać treści pornograficzne i być uznane za pornografię. Brak karalności produkcji, prezentacji i rozpowszechniania takich dzieł może wynikać z istnienia pozaustawowego kontratypu sztuki i nauki. Nie można zasadnie twierdzić, iż zawsze między sztuką a pornografią, literaturą piękną a pornografią istnieje stosunek rozłączności. Zaznaczyć jednak należy, iż jeżeli chodzi o ochronę małoletnich to ich ochrona uzyskać powinna pierwszeństwo przed ochroną wolności sztuki. Małoletni, a więc osoby młode, niedoświadczone, w pewnym chronionym jeszcze wieku nie będą w stanie ani docenić, ani zrozumieć wartości artystycznej bądź naukowej dzieła. Podkreślić trzeba zatem, że nawet istnienie walorów artystycznych nie powoduje wyłączenia pornograficznego charakteru filmu* [39].

Podobnie Sąd Apelacyjny w Warszawie podtrzymał decyzję Sądu Okręgowego i oddalił apelację złożoną przez nadawcę [40].

Należy podkreślić, że rozpowszechnianie przez nadawców treści pornograficznych może dotyczyć także przekazów o charakterze reklamowym lub bloków materiałów poświęconych telesprzedaży. Przewodniczący Krajowej Rady w uzasadnieniu do kary nałożonej na nadawcę właśnie za rozpowszechnianie spotów telesprzedażowych, wskazał na celowe naruszenie prawa przez nadawcę poprzez umieszczenie w *programie (...) przekazów telesprzedażowych zawierających sceny przedstawiające naturalistyczny seks. W przekazach tych rozpowszechniano trwające od 3 do 12 minut fragmenty filmów pornograficznych przedstawiające kopulację mężczyzn z kobietami z wykorzystaniem różnych pozycji seksualnych, współżycie kilku osób, jak również seks oralny, analny i masturbację. Prezentowanym kontaktom seksualnym towarzyszyły odgłosy podniecenia wydawane przez kobiety i mężczyzn. (...) Obraz narządów płciowych podczas spółkowania został w tych scenach przykryty mgiełką, ale mimo to można było zidentyfikować to, co jest pokazywane. Sceny masturbowania się kobiet (...) scenę seksu oralnego (...). Miejsce kontaktu penisa z ustami kobiety nie zostało dokładnie zamaskowane. Narządy płciowe podczas spółkowania były pokazywane w zbliżeniu, co pozwala twierdzić, że dochodziło do rzeczywistego współżycia seksualnego, a nie jedynie do jego pozorowania. W pokazywanych scenach spółkowania partnerzy seksualni traktowali siebie przedmiotowo. Miejsca spółkowania starano się zasłaniać grafiką, np.: czerwona gwiazda z napisem: „tylko dla dorosłych”, gwiazda z napisem „za 1 zł”, czerwone koło z napisem „+18”, niebieska gwiazda z napisem „jeden film za 1 zł”, czerwony prostokąt z napisem „ostry materiał”, ale najczęściej maskowano je zamgleniem, które sprawiało, że obraz w miejscu kontaktu narządów był nieostry, ale jednak nie na tyle, aby nic nie było widać. W niektórych scenach na zamgleniu pojawiał się napis „Za ostre dla telewizji”. Dążenia nadawcy, aby zasłonić narządy płciowe partnerów świadczą o tym, że nadawca miał świadomość, że pokazywanie scen o treści pornograficznej jest zabronione. Na ekranie, oprócz filmów przedstawiających sceny seksualne, prezentowano ogłoszenia zachęcające do nabycia takich filmów, za konkretną kwotę poprzez wysyłanie sms-ów pod podane numery telefonów (...) [41].* Od decyzji tej złożono odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie, w którym stwierdzono m.in. w żadnym z wyemitowanych materiałów nie zamieszczono treści uchybiającym przepisom. W prezentowanym programie ukazana nagość, nie została przedstawiona w sposób rozpustny ani perwersyjny. Sposób przedstawienia oraz zawarte w tych audycjach przekazy nie

odpowiadają definicji pornografii [42]. Sąd oddalił powództwo nadawcy podkreślając naruszenie przepisu art. 18 ust. 4 urt., gdyż *w przedmiotowej sprawie nie ulega wątpliwości, iż reklamy wyemitowane na antenie programu (...) dotyczyły filmów pornograficznych. Zasadnie zatem wskazuje organ, że na mocy powołanego wyżej art. 18 ust. 4 ww. ustawy nie mogły zostać wyemitowane niezależnie od czasu ich nadania. Zebrany w przedmiotowej sprawie materiał świadczy o tym, iż wbrew zapisom ustawy o radiofonii i telewizji filmy te jako treści niedozwolone były nadawane przez pozwanego z naruszeniem zakazu. Okoliczność ich nadania nie została zakwestionowana w odwołaniu (odwołujący polemizował jedynie z zakwalifikowaniem przekazów jako pornograficznych). Sąd podziela stanowisko organu, w myśl którego przedstawiony zapis nie budzi wątpliwości, iż reklamowany materiał ma charakter filmów pornograficznych* [43].

Wnioski końcowe

Ustawa o radiofonii i telewizji zakazuje w sposób bezwzględny rozpowszechniania treści o charakterze pornograficznym. Jak widać z omówionych decyzji Przewodniczącego KRRiT oraz orzeczeń sądowych, nie istnieje pojęcie kontratypu treści pornograficznych w prawie radiofonii i telewizji. Trzeba podkreślić, że decyzje były wydawane na przestrzeni dwudziestu lat, przez które nastąpiły w społeczeństwie zmiany obyczajowe, jak również zmieniły się możliwości dostępu m.in. do treści erotycznych, czy nawet pornograficznych. W niniejszym tekście odniosłem się tylko do programów telewizyjnych rozpowszechnianych w sposób cyfrowy naziemny i satelitarny. Nie przedstawiałem regulacji dotyczących ochrony małoletnich przed szkodliwymi treściami w audycjach rozprowadzanych w Internecie w systemie VOD [43,44,45]. Oczywiście zmiany obyczajowe z pewnością w dłuższej perspektywie będą miały wpływ na ocenę audycji przez organ regulacyjny. Nie można przecież zapominać, że Charles Baudelaire był skazany przez francuski sąd na grzywnę za obrazę moralności w *Kwiatach zła*. Na szczęście nie sprawdziły się przewidywania prof. J. Sobczaka, który po nowelizacji art. 18 ustawy o radiofonii i telewizji żywił obawy, że stanie się on *dogodnym narzędziem do tropienia i zwalczania tzw. pornografii w sztuce*. Zważywszy na wieloznaczność także i tego terminu oraz istniejące spory w literaturze, może wywołać to wiele zbędnych nieporozumień (dość powiedzieć, że w myśl niektórych poglądów sceny pornograficzne zawiera nawet „Pan Tadeusz” Mickiewicza, np. w opisie Telimeny i Tadeusza walczących z mrówkami oraz „Chłopi” Reymonta). W tej sytuacji wypełnienie stosowną treścią wspomnianych wyżej, użytych w tekście art. 18 u.r.t., wieloznacznych pojęć spadnie na

doktrynę, a w pierwszym rzędzie na judykaturę, co trudno uznać za rozwiązanie właściwe i zadowalające [46].

Jednak jak widać, dotychczas wydane decyzje dotyczą ewidentnych przypadków rozpowszechniania treści pornograficznych przez nadawców. Dwadzieścia lat pozwoliło też judykaturze na wypracowanie jednolitej linii orzecznictwa.

Ożarów Mazowiecki 2 maja 2018 roku

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 roku o radiofonii i telewizji t.j. Dz. U. z 2017 roku poz. 1414.
2. Konstytucja Rzeczypospolitej z 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. Nr 78 poz. 483 z 1997 roku z późn. zm.
3. <https://www.tvn24.pl/kultura-styl,8/zakrycie-naga-kobieta-picassa,271185.html>, data pobrania 12.04.2018.
4. Warylewski J.: Pornografia – próba definicji [w:] Pornografia, Mozgawa M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2011, 25 - 27.
5. Mozgawa M., Kozłowska P.: Prawno karne aspekty rozpowszechniania pornografii (analiza dogmatyczna i praktyka ścigania), Prokuratura i Prawo, 2002, 3, 9-10.
6. Warylewski J.: Komentarz do art. 202 KK [w:] Kodeks karny, Stefański R.A. (red.), Komentarz, Legalis, 2017.
7. Międzynarodowa Konwencja w sprawie zwalczania, obiegu i handlu wydawnictwami pornograficznymi podpisana dnia 12 września 1923 roku w Genewie, Dz. U. Nr 71 poz. 621 z 1927 roku
8. Hasło pornografia [w:] Encyklopedia prawa publicznego, t. II, . Cybichowski Z. (red.), Instytut Wydawniczy "Biblioteka Polska", Warszawa, 1930, 644- 645.
9. Hasło pornografia [w:] Mała encyklopedia prawa, Rybicki Z. (red.), PIW, Warszawa, 1980, 493.
10. Paprzycki L.: Pornografia [w:] Wielka encyklopedia prawa, Smoktunowicz E., Kosikowski C., Wyd. Prawo i Praktyka Gospodarcza, Warszawa, 2000, 681.
11. Filar M.: Pornografia. Studium z dziedziny polityki kryminalnej, Wyd. UMK, Toruń, 1977, 30 – 57.
12. Filar M.: Pornografia. Studium z dziedziny polityki kryminalnej, Wyd. UMK, Toruń, 1977, 140.

13. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/92/UE z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie zwalczania niegodziwego traktowania w celach seksualnych i wykorzystywania seksualnego dzieci oraz pornografii dziecięcej, zastępująca decyzję ramową Rady 2004/68/WSiSW
14. Derlatka M.: Definicja pornografii a zasada nullum crimen sine lege, Prokuratura i Prawo, 2005, 11, 148.
15. Dąbrowski J., Demenko A.: Cenzura w sztuce polskiej po 1989 roku, T.I Aspekty prawne, Wyd. Fundacja Kultura Miejsca, Wydział Zarządzania Kulturą Wizualną Akademia Sztuk Pięknych w Warszawie Warszawa, 2014, 224.
16. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 2010 r., IV KK 173/10
17. Piątek S., Dziomdziora W., Wojciechowski K.: Ustawa o radiofonii i telewizji, Komentarz, Warszawa, 2015, 214
18. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 grudnia 2008 roku VI Aca 797/08
19. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/13/UE z dnia 10 marca 2010 roku w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych) Dz. U. UE L z dnia 15 kwietnia 2010 roku.
20. Europejska Konwencja o Telewizji Ponadgranicznej sporządzona w Strasburgu dnia 5 maja 1989 roku, Dz. U. Nr 32 poz. 160 z 1995 roku
21. Piątek S., Dziomdziora W., Wojciechowski K.: Ustawa o radiofonii i telewizji, Komentarz, Warszawa, 2015, 223
22. Dyrektywa Rady z dnia 3 października 1989 roku 89/552/EWG w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących wykonywania telewizyjnej działalności transmisyjnej.
23. Piątek S., Dziomdziora W., Wojciechowski K.: Ustawa o radiofonii i telewizji, Komentarz, Warszawa, 2015, 223
24. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 4/2002 z 22 lutego 2002 roku
25. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 189/98 z 20 listopada 1998 roku w związku z Decyzją Przewodniczącego KRRiT Nr 8/2002 z 27 marca 2002 roku, Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 1/2014 z 11 marca 2014 roku, Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr DM-1/2017 z 13 czerwca 2017 roku oraz Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr DM-7/2018 z 21 marca 2018 roku

26. Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z 21 listopada 1994 r. w sprawie szczegółowych zasad rozpowszechniania przez radio i telewizję audycji, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży, Dz. U. Nr 20 poz. 108 z 1995 roku z późn. zm., którego § 1. ust. 3
27. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności, Warszawa, 1999, 139.
28. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 189/98 z 20 listopada 1998 roku.
29. Sprawozdanie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznego okresu działalności, Warszawa, 1999, 132.
30. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 189/98 z 20 listopada 1998 roku.
31. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 8/2002 z 27 marca 2002 roku.
32. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 1/2014 z 11 marca 2014 roku.
33. <https://erikalust.com/awards/> , data pobrania 02.05.2018.
34. Gardocka T.: Czy w polskim prawie karnym potrzebny jest kontratyp sztuki? *Palestra* 1-2/2015, str. 25, podobnie Dąbrowski, Demenko *Cenzura w sztuce polskiej...* dz. cyt. 130 – 131.
35. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie, Wydział XX Gospodarczy z 11 sierpnia 2015 roku, XX GC 1052/14
36. Uchwała Sejmu RP z dnia 7 maja 1998 r. w sprawie przeciwdziałania i zwalczania zjawisk patologicznych wśród nieletnich M. P. Nr 14 poz. 207 z 1998 roku.
37. Uchwała Sejmu RP z dnia 24 czerwca 1999 r. w sprawie sprawozdania Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z rocznej działalności M. P. Nr 23 poz. 330 z 1999 roku.
38. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie, Wydział XX Gospodarczy z 11 sierpnia 2015 roku, XX GC 1052/14
39. Wądołowska A.: Wolność seksualna jako element ochrony prawnokarnej, *Prokuratura i Prawo* 2007, 4, 143 i n.
40. Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 11 lipca 2017 roku, sygn. akt VI ACa 2026/15
41. Decyzja Przewodniczącego KRRiT Nr 3/2013 z 6 lipca 2013 roku
42. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie, Wydział XX Gospodarczy z dnia 24 marca 2015 roku, sygn. akt XXGC 1334/13
43. Warylewski J.: Pornografia w Internecie – wybrane zagadnienia prawnokarne, *Prokuratura i Prawo*, 2002, 4.
44. Gienas K.: Pornografia w Internecie – zarys problematyki, *Biuletyn CBKE*, Wrocław, 2003.

45. Żurawski J.A.: Prawne regulacje dotyczące działalności radiofonii i telewizji w Internecie na tle rozwiązań prawnych UE [w:] Rozwój Internetu a zmiany w mediach, systemach medialnych oraz społecznych, Jaskiernia A., Gajlewicz – Korab K. (red.), Wyd. Aspra JR F.H.U., Warszawa, 2016, 71-84.
46. Sobczak J.: Radiofonia i telewizja. Komentarz do ustawy, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków, 2001.

Pochwalanie samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania

Burdziak Konrad

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin

Wprowadzenie i cel pracy

W ostatnim czasie (koniec 2017 roku) wstrząsnęło Polską następujące zdarzenie: „54-letni Piotr S. podpalił się przed Pałacem Kultury i Nauki w Warszawie 19 października. Na miejsce zdarzenia jako pierwsi dotarli strażacy. Mężczyzna był nieprzytomny; w stanie krytycznym został przewieziony do szpitala, gdzie w niedzielę zmarł. Według mediów, mężczyzna przed podpaleniem się rozdawał przechodniom ulotki, na których spisał 15 powodów jego protestu. Ulotki zawierały też wezwanie >>do wszystkich Polek i Polaków, tych, którzy decydują o tym, kto rządzi w Polsce, aby przeciwstawili się temu, co robi obecna władza i przeciwko czemu on protestuje<<” [1].

Nieomal natychmiast po wskazanym zdarzeniu pojawiły się w mediach liczne publikacje nie tylko opisujące ów publiczny akt samopodpalenia/samospalenia, ale również ów akt pochwalające czy wręcz gloryfikujące. Dla przykładu, pojawiły się następujące wypowiedzi:

1) „Jestem pod wielkim wrażeniem samospalenia starszego mężczyzny pod Pałacem Kultury. Nikt dotąd nie potraktował pisowskiej dewastacji naszej demokracji z taką powagą, śmiertelną powagą. Czy mężczyzna (nie znamy jeszcze jego imienia i nazwiska, aczkolwiek wkrótce je pewnie poznamy) jest niezrównoważony psychicznie? Może i jest – każdy, kto decyduje się na tak desperacki czyn, jest tym samym jakoś zaburzony. Tylko co z tego? Może właśnie wykorzystał potencjał tkwiący w swoim stanie psychicznym w sposób niedostępny dla pozostałych? Może właśnie do tego służą >>wariaci<<, żeby robić rzeczy niezwykle, szalone, a przecież ważne? (...) Nie wiem, czy mężczyzna spod Pałacu Kultury przeżyje czy nie, lecz jeśli złoży ofiarę swego życia, by obudzić z letargu i samozadowolenia polskie społeczeństwo, z pewnością osiągnie wiele – zawstydzi nas, którzy nie zrobiliśmy nic albo prawie nic, żeby ratować zdobycze polskiej demokracji. Nie zrobiliśmy my, zwykli obywatele, lecz przede wszystkim nie zrobili politycy partii opozycyjnych, którzy z miesiąca na miesiąc wydają się coraz bardziej bezradni, gnuśni i niewiarygodni. Ta śmierć (pytacie, czy na nią czekam? I tak, i nie...) będzie (byłaby) w historii reżimu Kaczyńskiego cezurą.

Dokonujący samospalenia mężczyzna liczył na upowszechnienie jego przesłania – słusznego, logicznie i poprawnie napisanego, niepozostawiającego wątpliwości, że czyn ów był poprzedzony świadomą decyzją sprawnego intelektualnie, w pełni poczytalnego człowieka. Był czynem – co tu się krygować – męczeńskim. Jesteśmy temu panu winni lekturę jego listu. Dlatego i ja wklejam na końcu jego fragment. Nie interesuje mnie, jak najemni piarowcy PiS będą >>ogrywać<< samospalenie mężczyzny. Mogą je lekceważyć, mogą obwinić >>totalną opozycję<< za sianie hysterii, której skutkiem jest desperacki krok tego człowieka, mogą wreszcie sączyć przekaz na temat prawdziwych bądź zmyślonych zaburzeń psychicznych samobójcy. Nie ma to większego znaczenia. Jeśli ten człowiek umrze, nasza niemrawa i nierówna walka z reżimem PiS będzie miała nowy symbol i nowego bohatera. Stanie się odtąd poważniejsza – bo w polityce powaga jest następstwem czyjejś śmierci. I za to – niezależnie od tego, czy samobójca przeżyje, czy nie – chciałbym mu już dziś z uszanowaniem podziękować” [2];

2) „(Piotr S. – dop. KB) To bohater naszych nędznych czasów, które wielu wydają się coraz bardziej >>normalne<<. Iluż z nas bez mrugnięcia odda wolność, równość, demokrację, praworządność za >>małą stabilizację<<, spokój dnia codziennego, podwyżki, 500 plus. To wszystko pod jednym, jedynym warunkiem: że będziesz siedział cicho. Piotr S. nie chciał siedzieć cicho. Jego ekstremalny akt był wyrazem gniewu. Sprzeciwu i zarazem poczucia beznadziejności. Takiego, jakie dotyka dziś ludzi, wcale licznych, dla których wartości znaczą coś więcej niż wiecowa deklaracja. Mało co mnie tak gorszy i oburza jak komentarze, że heroiczny akt Piotra S. należy oceniać w kategoriach psychiatrycznych. To raczej działania rządu, zachowania polityków, czy teksty niektórych publicystów z rodziny >>niepokornych<< można oceniać w kategoriach psychiatrycznych. Czyn Piotra S. był aktem polityki czystej, pozbawionej cynizmu, hipokryzji, kłamstwa, strachu, obłudy. Nie można do niej zachęcać, ale tym bardziej nie można jej bagatelizować. Historia minionego wieku pokazuje, że polityczne zło nigdy nie było wyłącznym dziełem demonicznych przywódców. Że było możliwe za sprawą milczenia, posłuszeństwa, >>uśpienia<< milionów, które nie potrafiły lub nie chciały się sprzeciwić. Piotrowi S. należą się hołd, szacunek i pamięć za przebudzenie. Oby rzeczywiste” [3];

3) „19 października 2017 roku w Warszawie, przed budynkiem Pałacu Kultury i Nauki doszło do aktu samospalenia, którego ofiara, po dziesięciu dniach walki o życie, zmarła. Nie można pozostać obojętnym na ten dramatyczny akt obywatelskiego protestu. W imieniu Adwokatury Polskiej oddaję hołd Człowiekowi, który czynem tym dał dowód

wielkiej odwagi i niezgody na poziom debaty publicznej. Konieczna jest refleksja nas wszystkich nad tą śmiercią” [4].

Do nakreślonej powyżej sytuacji odnieśli się członkowie Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego przy Ministerstwie Zdrowia, Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i eksperci zaangażowani w zapobieganie samobójstwom w Polsce, wskazując w swym oświadczeniu, co następuje: *„W ostatnich tygodniach w mediach pojawiły się liczne publikacje opisujące publiczny akt samopodpalenia, jaki miał miejsce 19 października 2017r. w Warszawie. Jedni autorzy gloryfikują zachowanie mężczyzny, przedstawiając jego śmierć jako bohaterski akt polityczny, drudzy – deprecjonują je, podkreślając jego chorobę psychiczną. Polaryzowanie w mediach ocen zachowania samobójczego prowadzi często do wzajemnego oskarżania i konfliktów. W skrajnych przypadkach może przyczynić się do naśladowania tej tragicznej śmierci. Publiczne spory wokół samobójczej śmierci mogą pogłębić traumatyczną żalobę u rodziny i bliskich zmarłego oraz nasilić stygmatyzację osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. W kulturach, w których przedstawia się samobójstwo jako akt polityczny/akt odwagi/protest czy zrozumiałą reakcję na trudną sytuację np. w Japonii i w Indiach, obserwowane są wyższe wskaźniki samobójstw”* [5].

W innym miejscu (acz – dodajmy od razu – nie w kontekście analizowanej przez nas sprawy) wskazano, że: *„Wielokrotnie dowiedziono, że emocjonalne portretowanie i gloryfikowanie samobójstw w mediach przyczynia się do ich naśladownictwa i pociąga za sobą kolejne niepotrzebne śmierci (efekt Wertera). To także dodatkowa trauma dla osieroconej utratą i będącej w żalobie rodziny i bliskich”* [6].

Według Hołysta z kolei: *„istnieje wystarczająco wiele danych, aby przyjąć, że pewne formy niefikcyjnych doniesień prasowych i telewizyjnych o samobójstwach wiążą się ze statystycznie istotnym wzrostem liczby samobójstw. Wydaje się, że ten wpływ jest najsilniejszy w odniesieniu do ludzi młodych. (...) Klinicyści i badacze przyznają, że wzrost liczby zachowań samobójczych w zagrożonych populacjach spowodowany jest nie przez sam fakt zamieszczenia w mediach wiadomości o samobójstwie, lecz przez pewien typ przekazów medialnych”* [7]; Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazuje tymczasem – w kontekście przekazów medialnych – że: *„Gloryfikowanie ofiar samobójstwa, przedstawianie ich jako męczenników godnych podziwu opinii publicznej może sugerować osobom podatnym, że ich otoczenie darzy zachowania samobójcze wielkim szacunkiem. Zamiast tego należy położyć nacisk na żalobę po śmierci samobójcy”* [7].

W kontekście powyższego, warto zastanowić się, czy nie byłoby zasadne wprowadzenie do polskiego porządku prawnego (a także do porządków prawnych innych państw) typu czynu zabronionego pod groźbą kary polegającego na pochwalaniu samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania, a więc – innymi słowy – czy nie byłoby zasadne wprowadzenie do polskiego porządku prawnego normy sankcjonowanej zakazującej pod groźbą kary zachowania polegającego na pochwalaniu samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania. Wszak – być może – zakaz tego rodzaju w wydajny sposób przyczyniłby się do zapobieżenia szeregowi samobójstw (zarówno tych usiłowanych, jak i dokonanych), a w konsekwencji – zapewniłby lepszą (niż dotychczasowa) ochronę życia i zdrowia osób narażonych potencjalnie na targnięcie się na własne życie.

Temu też zagadnieniu poświęcona zostanie dalsza część niniejszej pracy.

Metoda badawcza

Prezentowane w pracy ustalenia poczynione zostały:

- w drodze analizy materiału normatywnego odnoszącego się do badanego zagadnienia, przede wszystkim zaś – w drodze analizy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2017 r., poz. 2204, ze zm.)
- w drodze analizy poglądów prezentowanych w literaturze i w orzecznictwie.

Wspomniana wyżej analiza materiału normatywnego dokonana została przy tym w oparciu o derywacyjną koncepcję wykładni prawa, która – jak powszechnie wiadomo – najpełniej i zarazem najprecyzyjniej opisuje przebieg wykładni tekstu prawnego, a nadto – jest koncepcją zintegrowaną z innymi koncepcjami wykładni, co również stanowiło istotny argument na rzecz jej wykorzystania [8].

Analiza problematyki pochwalania samobójstwa

W polskim prawie, w obecnym stanie prawnym, odnaleźć możemy wyłącznie typy czynów zabronionych pod groźbą kary (oczywiście, polskie prawo przewiduje również typy czynów zabronionych pod groźbą kary polegające na nękanii czy znęcaniu się nad człowiekiem, których następstwem jest targnięcie się przezeń na własne życie (zob. art. 190a § 3 k.k.; art. 207 § 3 k.k.; art. 352 § 3 k.k.). Wskazane typy czynów zabronionych pod groźbą kary nie mogą być jednak dla nas (w tym miejscu) interesujące, a to z uwagi na tak, a nie inaczej, sformułowany przedmiot niniejszej pracy) polegające na doprowadzeniu człowieka

do targnięcia się na własne życie namową (pierwszy typ czynu zabronionego pod groźbą kary) lub przez udzielenie pomocy (drugi typ czynu zabronionego pod groźbą kary). Zgodnie bowiem z art. 151 k.k.: „*Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5*” (k.k. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2017 r., poz. 2204, ze zm.); Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).

Czasownik „namawiać (namówić)”, którym ustawodawca posłużył się w wyżej wymienionym przepisie, wyraźnie odróżnić należy przy tym od czasownika „nakłaniać”, o którym mowa w art. 18 § 2 k.k. [9,10,11]. Zauważmy bowiem, że:

- 1) zgodnie z art. 18 § 2 k.k.: „Odpowiada za podżeganie, kto chcąc, aby inna osoba dokonała czynu zabronionego, nakłania ją do tego”;
- 2) zgodnie ze Słownikiem języka polskiego pod red. W. Doroszewskiego, przez nakłanianie rozumieć należy namawianie, przekonywanie, skłanianie [12];
- 3) zgodnie ze Słownikiem języka polskiego pod red. W. Doroszewskiego, czasownik „namawiać (namówić)” rozumieć należy w sposób następujący: „mówiąc, starać się nakłonić kogo do czego; zachęcać” [13] (w przypadku przestępstwa określonego w art. 151 k.k. chodzi oczywiście o nakłanianie/zachęcanie pokrzywdzonego do odebrania sobie życia, a więc innymi słowy – o wzbudzanie u niego zamiaru/decyzji pozbawienia się życia, celem doprowadzenia w ten sposób do podjęcia przezeń próby samobójczej).

Ani treść art. 18 § 2 k.k., ani znaczenie czasownika „nakłaniać” nie określają w żaden sposób formy, w jakiej nakłanianie winno przebiegać. Zgodzić się więc należy, że „może być ono realizowane w dowolny sposób, byle by tylko z zachowania nakłaniającego można było odczytać, iż jest ono nakierowane na wywołanie u osoby nakłanianej decyzji popełnienia określonego zachowania” [14]. Nakłaniać można zatem słowem, pismem, gestem, mimiką, może mieć ono postać prośby, sugestii, propozycji itp. [14]

Nie sposób natomiast zgodzić się z twierdzeniem, że każda z wyżej wymienionych metod nakłaniania mogłaby stanowić namowę z art. 151 k.k. Sprawca przestępstwa określonego w analizowanym przepisie wywołać ma wszakże u drugiego człowieka zamiar/decyzję pozbawienia się życia, a trudno sobie wyobrazić, by można było to uczynić poprzez jakikolwiek, nawet najbardziej wymowny, gest czy wyraz twarzy [15,16]. Zachowaniami tego rodzaju można co najwyżej utwierdzić pokrzywdzonego w jego

wcześniej powziętym zamiarze, ale należy wtedy mówić raczej o udzieleniu pomocy psychicznej niż o namowie.

Za wąskim rozumieniem czasownika „namawiać (namówić)” przemawia zresztą również (przywołane wyżej) znaczenie tego słowa oraz intuicja językowa. Jego podstawę słowotwórczą stanowi w końcu czasownik „mówić”.

Mało prawdopodobne wydaje się nadto, by ustawodawca chciał zarezerwować wyraz „nakłanianie” wyłącznie do podżegania i tylko dlatego nie posłużył nim się w art. 151 k.k. (Tym bardziej, że ustawodawca nie widział problemu w posłużeniu się wyrazem „nakłanianie” chociażby w art. 204 § 1 k.k., w którym wskazano, że karze podlega ten, kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, nakłania inną osobę do uprawiania prostytucji lub jej to ułatwia. Podkreślenia wymaga, że uprawianie prostytucji, podobnie jak samobójstwo, nie jest zachowaniem zabronionym pod groźbą kary).

Wskazać bowiem należy, że pomiędzy doprowadzeniem człowieka namową do targnięcia się na własne życie a podżeganiem, o którym mowa w art. 18 § 2 k.k., występują znaczne odrębności i wobec tego nie było konieczne ich dodatkowe odróżnienie w tenże sposób. Jeżeli jednak właśnie taki był zamiar ustawodawcy i jego celem nie było zwrócenie uwagi na fakt, że namówić jednostkę do podjęcia próby samobójczej można tylko poprzez użycie odpowiednich słów, a nie poprzez dowolne zachowanie, to uznać należy posłużenie się w art. 151 k.k. terminem „namawianie” za zabieg niedostatecznie uzasadniony. W takim przypadku, dla wprowadzenia porządku terminologicznego, niezbędna byłaby zmiana rzeczonego przepisu i posłużenie się w nim wyrazem „nakłanianie”.

Podsumowując, w przekonaniu autora niniejszej pracy zakres czasownika „nakłaniać” jest szerszy aniżeli zakres czasownika „namawiać (namówić)”, a namowa może polegać wyłącznie na słownym oddziaływaniu na wolę drugiej osoby [17].

Uznać należy w konsekwencji, że w polskim porządku prawnym zakazane pod groźbą kary są wyłącznie doprowadzenie człowieka do targnięcia się na własne życie w drodze słownego oddziaływania na jego wolę oraz doprowadzenie człowieka do targnięcia się na własne życie w drodze udzielenia mu pomocy (ułatwienia mu podjęcia próby samobójczej).

Określony w art. 151 k.k. czasownik „namawiać (namówić)”, a w zasadzie – czynność namawiania, należy jednak odróżnić nie tylko od czynności nakłaniania, ale także od czynności pochwalania. Podobnie zresztą, jak należy odróżnić od pochwalania udzielanie pomocy (pomaganie).

Zauważmy bowiem – i jest to zasadniczy argument przemawiający za odróżnieniem od siebie namawiania i udzielania pomocy z jednej strony oraz pochwalania z drugiej – że

pochwalanie z założenia nie jest skierowane do bliżej określonej osoby czy grupy osób (wynika to jednoznacznie ze znaczenia i kontekstów użycia słowa „pochwalać”, które są następujące: „uznawać za słuszne, dobre, właściwe; aprobować: Pochwalał w myśli przyjemny dobór kwiatów na klombach. Pochwalał to małżeństwo, młoda pani (...) bardzo mu się podobała. Przewijał się kiedy niekiedy obok stołu i pochwalał oczyma, uśmiechem albo ruchem niepostrzeżonym zabieg i czynności gościa. Słowacy witali powracającego z więzienia Ocskaya... rząd dopatrzył w tym zbrodni zakłócenia spokoju publicznego i pochwalania ukaranego przestępstwa. Trzymał się on strony umiarkowanej: żadnych gwałtownych, a tym mniej krwawych i mściwych środków nie pochwalał” [18]; w przypadku pochwalania za pomocą środków masowego komunikowania wynika to również z posługiwania się przez pochwalającego środkami masowego komunikowania, których „Decydującym wyróżnikiem (...) jest ich wielki (...) zasięg. Treści przekazywane przez środki masowego przekazu mają charakter publiczny (są kierowane do wszystkich, których mogą interesować) i są masowo odbierane” [19]). Namawianym oraz czerpiącym „korzyść” z udzielonej pomocy musi być tymczasem podmiot zindywidualizowany (bliżej wyodrębniony); a contrario – nie jest namawianiem do targnięcia się na własne życie przekonywanie do podjęcia próby samobójczej bliżej nieokreślonej osoby czy grupy osób, a udzielaniem pomocy (pomaganiem) w targnięciu się na własne życie ułatwianie podjęcia próby samobójczej bliżej nieokreślonej osobie czy grupie osób.

Owa indywidualizacja podmiotu namawianego/czerpiącego „korzyść” z udzielenia pomocy wynika przy tym z dwóch powodów. Po pierwsze – zachowania się sprawców czynów zabronionych pod groźbą kary określonych w art. 151 k.k. stanowić muszą namawianie do targnięcia się na własne życie lub udzielanie pomocy w targnięciu się na własne życie, a na gruncie języka ogólnego (powszechnego) „namawiać (namówić)” to – jak już wcześniej wskazano – „mówiąc, starać się nakłonić kogo do czego; zachęcać: Nigdy mnie nie namawiajcie do jedzenia. Namawiał do przejażdżki łódkami po jeziorze. Wy to go jak złe duchy do grzechu kusicie, wy go namawiacie! Poszłam za mąż powtórnie. Byłam jeszcze młoda, zaczęli ludzie swatać, namawiać, no i namówili. Na próżno prosił i namawiał pan Jan, nie było sposobu starca przekonać. Z przeszłego listu wiadomo Wam, Najukochańsi Rodzicie, że się dałem namówić na danie koncertu” [13], „pomagać” zaś to „udzielać pomocy; robić coś dla poratowania kogo w potrzebie, dla wyświadczenia przysługi; pracować z kim wspólnie dla ulżenia mu w czym; wspierać materialnie: Pomóż mi się ubrać, Alosza. – Alosza posłusznie wstał ze stołka i zaczął mu pomagać. Pomagała w domu, jak tylko umiała. To wody przyniosła, to drzewa urąbała, to po obiedzie garnki i naczynia umyła. Pod względem

materialnym wielce mu pomógł znajomy ojca. Ułożyli sobie cały program, postanowili wspierać się i pomagać sobie nawzajem. Uderzona o kamień oś złamała się; szczęściem wieś była niedaleko, posłałem po ludzi, ci gdy przyszli, pomogli mi zawlec się do karczmy” [20].

Znaczenia rzeczonych słów na gruncie języka ogólnego (powszechnego) oraz konteksty ich użycia zdają się sugerować, że nie można po prostu namawiać do czegoś/pomagać w czymś. Czynności te zawsze muszą być skierowane do „kogoś”, do określonej osoby (czy grupy osób). Jeżeli zatem zachowanie się sprawcy nie jest nakierowane na konkretnego człowieka, to brak jest podstaw do twierdzenia, że realizowane są znamiona czasownikowe typów czynów zabronionych pod groźbą kary określonych w art. 151 k.k.

Po drugie – ustawodawca posłużył się w art. 151 k.k. sformułowaniem „doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie” a nie sformułowaniem „doprowadza do targnięcia się na własne życie”. Pierwsze z przywołanych sformułowań wyraźnie akcentuje podmiot bezpośredniego oddziaływania, drugie zaś – odsuwa go na dalszy plan (pozbawia go większego znaczenia), wyraźniej akcentując zachowanie się człowieka. Wydaje się więc, że przyjęte rozwiązanie przemawia za tym, że indywidualizacja podmiotu bezpośredniego oddziaływania jest dla bytu typów czynów zabronionych pod groźbą kary określonych w art. 151 k.k. zagadnieniem o niezwykle istotnym charakterze.

Mając powyższe na względzie, rzeczywiście uznać należy, że sprawca każdego z czynów zabronionych pod groźbą kary określonych w art. 151 k.k. przewidywać musi, iż dana osoba (czy osoby) może na skutek jego zachowania się targnąć się na własne życie, i chcieć tego. Podkreślenia wymaga przy tym, że sprawca nie musi znać tożsamości ofiary. Wystarczy sama świadomość, że jego namowa/udzielenie pomocy ma konkretnego adresata, a co za tym idzie – że nie jest ona/ono skierowana/skierowane wyłącznie do tłumu (z drugiej wszakże strony sytuacją typową będzie chyba przypadek, w którym namawiający/udzielający pomocy znać będzie tożsamość osoby namawianej/czerpiącej „korzyść” z udzielenia pomocy). Innymi słowy – dla bytu typów czynów zabronionych pod groźbą kary określonych w art. 151 k.k. rzeczywiście konieczne jest, by namawianym do popełnienia samobójstwa/czerpiącym „korzyść” z udzielenia pomocy w popełnieniu samobójstwa był podmiot zindywidualizowany (bliżej przez sprawcę wyodrębniony); znajomość tożsamości tego podmiotu nie jest jednak bezwzględnie wymagana [8,21,22,23].

Innymi argumentami przemawiającymi za koniecznością odróżnienia od siebie namawiania i udzielania pomocy (z jednej strony) oraz pochwalania (z drugiej) są natomiast:

- 1) fakt, że pochwalanie – w przeciwieństwie do namawiania i udzielania pomocy (psychicznej) – nie musi mieć charakteru sugestywnego; może mieć wyłącznie charakter informacyjny;
- 2) fakt, że namawianie/udzielanie pomocy dotyczy musi konkretnego zachowania się, pochwalanie zaś dotyczy może także pewnego zachowania się/pewnych zachowań *in genere*;
- 3) fakt, że namawianie/udzielanie pomocy dotyczy musi zachowania się, które nastąpi w przyszłości, pochwalanie zaś dotyczy może także zachowań przeszłych.

Uznać należy, wobec powyższego, że pochwalanie samobójstwa, w tym w szczególności – pochwalanie samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania, nie stanowi obecnie w Polsce czynu zabronionego pod groźbą kary. Raz jeszcze należy więc postawić pytanie: czy nie byłoby zasadne wprowadzenie do polskiego porządku prawnego (a także do porządków prawnych innych państw) typu czynu zabronionego pod groźbą kary polegającego na pochwalaniu samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania, a więc – innymi słowy – czy nie byłoby zasadne wprowadzenie do polskiego porządku prawnego normy sankcjonowanej zakazującej pod groźbą pochwalania za pomocą środków masowego komunikowania?

Otóż, słusznie wskazuje A. Wąsek, że: „prawo karne jest i powinno być *ultima ratio* polityki kryminalnej. Powinno się unikać >>przekryminalizowania<< życia społecznego, choćby już z tego względu, że w takim przypadku efektywność jego funkcjonowania spadnie do takiego poziomu, iż przestanie ono faktycznie pełnić funkcję ochronną. Prawo karne, akcentując szczególną wagę pewnych wartości społecznych (funkcja symboliczna), nie może i nie jest w stanie iść tak daleko, iżby zapewniło im wszechstronną i szczerłą ochronę. Prawo karne musi się ograniczać do kryminalizowania takich zamachów na wartości społeczne cenne, które są szczególnie społecznie szkodliwe i karygodne ze względu np. na podmiot czynu, okoliczności i sposób jego popełnienia, osobę pokrzywdzonego, ujemne skutki czynu lub możliwość ich wystąpienia” [24].

Czyż jednak pochwalanie samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania nie jest szczególnie społecznie szkodliwe? Oczywiście, że jest! Zaryzykować można nawet stwierdzenie, że z uwagi na pojawiające się w kontekście tego zachowania pole do nadużyć, godzenie przez samobójcę (a pośrednio również przez pochwalającego samobójstwo) w najwyższe – przynajmniej w przekonaniu znakomitej większości społeczeństwa – dobro, jakim jest życie człowieka, możliwość podejmowania prób samobójczych przez osoby młode, bardzo młode, niepoczytalne oraz poczytalne częściowo,

zachowanie to (pochwalanie samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania) usytuowane byłoby (pod względem stopnia społecznej szkodliwości) na bardzo wysokim miejscu pośród innych zachowań traktowanych obecnie w polskich ustawach karnych jako czyny zabronione pod groźbą kary.

Podkreślenia wymaga jednak, że z uwagi na postulowany (m.in. przez Wąska) charakter prawa karnego, które to prawo winno być *ultima ratio* polityki kryminalnej oraz z uwagi na pozostającą w ścisłym związku z tym postulatem treść art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, zgodnie z którym: „Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”, wprowadzenie do polskiego porządku prawnego prawnokarnego zakazu pochwalania samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania uznać należałoby obecnie za niedopuszczalne. Zauważmy bowiem, że zgodnie z przewidzianą we wspomnianym przepisie Konstytucji RP zasadą proporcjonalności ustalić należy, czy dana regulacja nie stanowi przypadkiem nadmiernej ingerencji w wolności i prawa człowieka (czy rzeczywiście jest to regulacja konieczna w państwie demokratycznym). W tym celu należy udzielić odpowiedzi na trzy następujące pytania: *„1) czy wprowadzona regulacja ustawodawcza jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków; 2) czy regulacja ta jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest powiązana; 3) czy efekty wprowadzanej regulacji pozostają w proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela (tzw. proporcjonalność, wspomniana już np. w orzeczeniu TK z 26.I.1993, U.10/92, OTK 1993, s. 32)”* [25].

Istnieją tymczasem inne (niż prawnokarne zakazy) i skuteczniejsze sposoby ochrony osób narażonych potencjalnie na targnięcie się na własne życie przed negatywnymi skutkami zachowania polegającego na pochwalaniu samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania. Z jednej bowiem strony możliwa i wskazana byłaby edukacja społeczeństwa w zakresie tego, czy i jak należy mówić o samobójstwie. Za pożądane należałoby uznać w szczególności rozpowszechnienie w społeczeństwie następujących sugestii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), dotyczących odpowiedzialnego raportowania o samobójstwach: *„Do provide accurate information about where to seek help; Do educate the public about the facts of suicide and suicide prevention, without spreading myths; Do report stories of how to cope with life stressors or suicidal thoughts, and how to get help; Do apply particular caution when reporting celebrity suicides; Do apply caution when interviewing bereaved family or*

friends; Do recognize that media professionals themselves may be affected by stories about suicide; Don't place stories about suicide prominently and do not unduly repeat such stories; Don't use language which sensationalizes or normalizes suicide, or presents it as a constructive solution to problems; Don't explicitly describe the method used; Don't provide details about the site/location; Don't use sensational headlines; Don't use photographs, video footage or social media links" [26].

Z drugiej zaś strony możliwe i wskazane byłoby wdrożenie przez społeczeństwo odpowiednich działań o charakterze profilaktycznym; działań, które B. Hołyst dzieli na następujące poziomy: „*Poziom I – (...) oddziaływanie edukacyjne na całe społeczeństwo w kierunku wyrobienia postaw akceptujących życie, postaw ułatwiających rozwiązywanie problemów życiowych i adaptowania się do nowych sytuacji życiowych, postaw antysuicydalnych. Poziom II – działanie na populację potencjalnie zagrożoną pojawieniem się postaw presuicydalnych. Populację taką można wyselekcjonować na drodze diagnozowania społecznego. Poziom III – oddziaływanie instytucjonalne i pozainstytucjonalne na osoby, które znalazły się już w sytuacji presuicydalnej. Jest to praca zindywidualizowana, nastawiona na określone jednostki. Poziom IV – oddziaływanie w sytuacji suicydalnej. Istnieje wiele różnorodnych form oddziaływania terapeutycznego. W szerszym ujęciu (...) można nazwać je działaniami prewencyjnymi. Nieobojętny jest bowiem sposób – czy to medyczny, czy psychologiczno-socjologiczny – przywracania jednostce, która targnęła się na własne życie zarówno możliwości, jak i motywacji życia. Poziom V – oddziaływanie na jednostki w sytuacji postsuicydalnej"* [7].

Utworzenie przepisu zawierającego normę sankcjonowaną, zakazującą wszystkim obywatelom pochwalania samobójstwa za pomocą środków masowego komunikowania nie byłoby w konsekwencji ani niezbędne dla ochrony interesu publicznego, ani nawet dopuszczalne z uwagi na treść art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Nie pozostaje zatem obecnie chyba nic innego, jak tylko:

- 1) apelować do polityków i osób zaangażowanych w życie publiczne, udzielających wywiadów i/lub publikujących w Internecie, do dziennikarzy i osób odpowiedzialnych za media publiczne i niepubliczne, administratorów mediów społecznościowych w Polsce i wszystkich osób mających na względzie dobro publiczne, aby niezależnie od wyznawanej ideologii i opcji politycznej przestrzegali podstawowych zasad dotyczących informowania i komentowania aktów samobójczych [5];

- 2) postulować wdrożenie w Polsce (w pełnym zakresie) odpowiednich mechanizmów o charakterze prewencyjnym, mogących w sposób znaczący zmniejszyć zarówno liczbę samobójstw dokonanych, jak i usiłowanych.

Piśmiennictwo i orzecznictwo

1. <http://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2017-10-29/zmarl-mezczyzna-ktory-podpalil-sie-w-centrum-warszawy/>, data pobrania: 31.12.2017
2. <https://hartman.blog.polityka.pl/2017/10/19/podziekowanie-dla-samobojcy/>, data pobrania: 31.12.2017.
3. <http://wyborcza.pl/7,75968,22584088,piotr-s-bohater-naszyc-nedznyc-czasow.html>, data pobrania: 31.12.2017.
4. <http://nekrologi.wyborcza.pl/0,11,,405122,-inne.html>, data pobrania: 31.12.2017.
5. <http://suicydologia.org/oswiadczenie-zespolu-roboczego-ds-prewencji-samobojstw-i-depresji-przy-radzie-ds.-zdrowia-publicznego-przy-ministerstwie-zdrowia-polskiego-towarzystwa-suicydologicznego-polskiego-towarzystwa-psychi/>, data pobrania: 31.12.2017.
6. <http://suicydologia.org/oswiadczenie-zespolu-ds-prewencji-samobojstw-i-depresji-w-sprawie-dyskusji-medialnej-wokol-samobojczej-smierci-nastolatka/>, data pobrania: 31.12.2017.
7. Hołyst B.: Suicydologia, Wyd. LexisNexis, Warszawa, 2012.
8. Burdziak K.: Prowokacja (analiza prawnokarna). Niepublikowana rozprawa doktorska, Szczecin, 2015.
9. Zoll A.: Komentarz do art. 151 Kodeksu karnego. [w:] Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. Tom II, Zoll A. (red.), LEX/el., 2013, teza 6.
10. Wąsek A.: Prawnokarna problematyka samobójstwa, Wyd. Prawnicze, Warszawa, 1982, 60-61.
11. Daszkiewicz K.: Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, Wyd. C.H. Beck, Warszawa, 2004, 250.
12. <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/naklaniac;5455195.html>, data pobrania: 31.12.2017.
13. <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/namawiac;5455396.html>, data pobrania: 31.12.2017.
14. Kardas P.: Komentarz do art. 18 Kodeksu karnego. [w:] Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Tom I, Zoll A. (red.), LEX/el., 2004, teza 132.
15. Marek A.: Komentarz do art. 148 Kodeksu karnego. [w:] Kodeks karny. Komentarz, Marek A. LEX/el., teza 2.

16. Budyn-Kulik M.: Pomoc do samobójstwa. [w:] System Prawa Karnego. Tom 10, Warylewski J. (red.), Warszawa, 2012, 137-138.
17. Burdziak K.: Kierowanie wykonaniem samobójstwa i polecenie jego wykonania w polskim prawie karnym, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2014, 4, 175-187.
18. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/srodki-masowego-przekazu;3984263.html>, data pobrania: 31.12. 2017.
19. <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/pomagac;5476738.html>, data pobrania: 31.12.2017.
20. Burdziak K.: Internet jako nowe – stare zagrożenie bezpieczeństwa. Prawnokarne rozważania na temat wpływu Internetu na liczbę samobójstw w Polsce. [w:] Nowe zagrożenia bezpieczeństwa. Wyzwania XXI wieku, K. Hennig (red.), Wyd. Wyższa Szk. Humanistyczno-Ekonomiczna w Sieradzu, Kraków, 2015, 207-208.
21. Derlatka M.: Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 20 października 2005 r., sygn. II K 184/05. *Prokuratura i Prawo*, 2007, 3, 173 i n.
22. Kardas P.: Podżeganie i pomocnictwo ad incertam personam. Uwagi o warunku indywidualizacji (oznaczoneści) osoby bezpośredniego wykonawcy. [w:] *Formy stadialne i postacie zjawiskowe popełnienia przestępstwa. Materiały III Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego*, Majewski J. (red.), Toruń, 2007, 109 -147.
23. Wąsek A.: Przestępstwa przeciwko przekonaniom religijnym de lege lata i de lege ferenda, *Państwo i Prawo*, 1995, 7, 30-32.
24. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 kwietnia 1995 r., sygn. K 11/94, LEX nr 25538.
25. World Health Organization.: Responsible reporting on suicide. Quick reference guide. 2017. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/dos_donts_one_pager.pdf?ua=1, data pobrania: 31.12.2017.
26. World Health Organization: Preventing suicide: a resource for media professionals - update 2017. 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258814/1/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?ua=1>, data pobrania: 31.12.2017.

O śmierci, która nie zawsze jest ewidentna. Oblicza końca egzystencji w telewizyjnych serwisach informacyjnych

Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena, Kubiak Leszek

Zakład Studiów Polonistycznych i Komunikacji Medialnej

Wprowadzenie

Nie ma równie przekonujących do prawdy o nas samych słów, jak te, że każdy umrze [1]. Nie można nie zgodzić się ze stwierdzeniem Marka Adamkiewicza, otwierającym jeden z rozdziałów jego pracy, noszący tytuł 'Naukowe objaśnienia śmierci'. Christian Chabanis w rozważaniach o tym, czy śmierć jest kresem czy początkiem zauważa, że w niespokojnym świecie, w którym nie ma żadnego absolutu, jedynie śmierć jest pewna [2]. To, że musimy umrzeć jest dla człowieka faktem niezmiennym, którego jest on świadom i sama ta świadomość ma głęboki wpływ na jego życie. Jednak - jak zwraca uwagę Erich Fromm - śmierć jest czymś krańcowo przeciwnym w stosunku do życia, jest obca i nie do pogodzenia z doświadczeniem życia [3]. Według Elizabeth Kübler-Ross, śmierć nadal jest okropnym, przerażającym zjawiskiem, a lęk przed nią jest powszechny, choćbyśmy nawet uważali, że został opanowany w wielu przejawach [4].

Śmierć wpisana w ludzką egzystencję jest tematem od wieków i na wielu płaszczyznach. Kresowi życia poświęcono już niezliczoną liczbę prac, bowiem materia ta poddaje się rozmaitemu objaśnianiu. Można też przypuszczać, że powstaną następne, bo jak pisze Michel Vovelle we wstępie swej obszernej pracy, nastąpił kolejny etap odkrywania śmierci, odzwierciedlającej we wszystkich swych aspektach główny problem społeczny, od którego nie można uciec [5]. Niniejsza praca nie będzie mieć charakteru rozważań nad samą śmiercią, ponieważ jej autorzy nie czują się upoważnieni do przemyśleń tego rodzaju, artykuł będzie próbą przedstawienia form prezentowania problemu w telewizyjnych serwisach informacyjnych [6].

Newsy, wypełniające magazyny informacyjne, traktowane są powszechnie jako odzwierciedlenie rzeczywistości. Jednak nią nie są, stanowią jedynie pewne jej odbicie, które Maciej Mrozowski porównuje do krzywego zwierciadła [7]. Obraz świata przedstawiany w środkach społecznego przekazu, w tym przypadku w telewizyjnych wiadomościach, nie jest wiernym odbiciem rzeczywistości, zresztą – na co zwraca uwagę Danis McQuail – 'czyste

fakty’ nie mają już sensu, nikogo nie interesują, zdarzenia trzeba uczynić ‘tematem’ [8]. Śmierć przynależąca - jak słusznie zauważa Marek Hendrykowski – do katalogu złych newsów [9], stąd zawsze budząca zainteresowanie widzów, wydaje się być zagadnieniem, którego już nie trzeba uatrakcyjnić. Jednak sprawa nie jest tak prosta, na jaką wygląda. Śmierci właściwie nie powinno się pokazywać. Informacji na ten temat – jak wskazują Agnieszka Kwasigroch i Edward Mikołajczyk – szukać należy w punktach ‘Ochrona prywatności i intymności’ i ‘Pokazywanie scen przemocy i nieszczęścia’ w dziennikarskich kodeksach etycznych [10].

Obraz I

23 grudnia 2016 roku w głównym wydaniu Faktów TVN ukazuje się materiał Marka Nowickiego, zatytułowany ‘Życie w bólu’ [11].

A teraz mały Kordian i jego dzieciństwo pełne tortur. Jego życie to potworny ból, a jego problem to uszkodzony gen. Świat niemal nie zna takich przypadków, ale warto pojechać na koniec świata, żeby znaleźć pomoc. Marek Nowicki

Kordian codziennie dosłownie zwija się z bólu. Bywa, że powracające skurcze mięśni nie pozwalają mu spać przez dwie, trzy doby. Choroba ujawniła się nagle, gdy chłopiec miał trzy latka [płacz dziecka]. Do tego czasu nie było żadnych problemów, te zdjęcia są tego dowodem – dziecko biegało i mówiło. Teraz potrzebuje tlenu, jest karmione dojelitowo.

100% [setka] Magdalena Mikulicz, matka Kordiana (był już na różnych takich lekach na oddziale, nic to nie dało, nic to nie pomagało, to było na chwilę, godzina jak się przespał, on krzyczał: mamusiu bolą mnie nóżki...) [głos się łamie, tłumi łzy]

Lekarze długo nie wiedzieli, co jest chłopcu, podejrzewali dystonię i chorobę Parkinsona, wreszcie przyczynę ustalił zespół profesora Rafała Płoskiego z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Naukowcy przebadali wszystkie geny w łańcuchu DNA Kordiana.

100% prof. Rafał Płoski, kierownik Zakładu Genetyki Medycznej WUM (faktycznie wykorzystaliśmy bardzo nowoczesną metodę, polegającą na sekwencjonowaniu wszystkich genów człowieka, wszystkich znanych genów. Kordian był wcześniej badany w kierunku celowanych defektów i te badania oczywiście nie dawały żadnych wyników)

Okazało się, że winne jest uszkodzenie genu o nazwie VAC14. Ta deformacja spowodowała, że w mózgu chłopca pojawiły się zmiany, które zaczęły dawać takie objawy... (przeraźliwy płacz dziecka)

100% Kamil Mikulicz, ojciec Kordiana (są sytuacje takie, że Kordian faktycznie ma atak dystonii, taki większy i dłuższy, że no... że głupio mi się przyznawać, ale aż mi się nie chce na to patrzeć i najchętniej bym stąd uciekł) Szczęście w nieszczęściu za oceanem, w Stanach Zjednoczonych jest drugi taki chłopiec z uszkodzonym genem VAC14, a rodzice tego chłopca są genetykami. Z własnej inicjatywy zaczęli prace nad lekiem i są już efekty, potwierdza prof. Płoski.

100% prof. Rafał Płoski (jeśli chodzi o moją wiedzę, to jest pierwszy taki przypadek, żeby natychmiast po odkryciu defektu przystąpiono z taką energią do opracowywania terapii celowanej na konkretnego pacjenta. Jest dwóch takich pacjentów na świecie)

Problem polega na tym, że ten eksperyment leczniczy kosztować będzie 4 miliony złotych. Rodzice chłopca poprzez fundację zbierają właśnie pieniądze na niepewne, ale dające nadzieję leczenie genetyczne.

100% Magdalena Mikulicz, matka Kordiana (marzę o tym, by znów chodzić z nim na spacer [przez łzy] zwykły spacer...

Wydawać się może, że powyższy news nie wpisuje się w podejmowaną problematykę, zgon w sferze werbalnej przecież się tu nie pojawia, jednak śmierć obecna jest między wierszami, wyraża się w niewyobrażalnym bólu dziecka, którego wyrazisty opis znaleźć

można w informacji o chorobie Kordiana na stronie zbiórki na rzecz jego leczenia: *Lekarze wychodzą z sali Kordiana, jeden z nich nie wytrzymuje. Choć obyty z widokiem cierpiącego człowieka wybucha szlochem. Nawet dla niego, wijące się z bólu ciało dziecka, to za dużo. (...) Panika w oczach najlepszych specjalistów, gdy nie mają jak pomóc dziecku, to najgorszy scenariusz. Cierpienie Kordiana jest silniejsze, niż medycyna. On z bólu umiera* [12].

W materiale nie pada słowo o końcu egzystencji, do którego - w przeraźliwym cierpieniu – zmierza Kordian, wymowne okazują się obrazy. I to one sprawiają, że w niecały miesiąc blisko sto tysięcy osób wpłaca na konto fundacji niezbędną na leczenie kwotę.

Newsa otwiera pełne ujęcie dziecka wijącego się z bólu na łóżku. Następnie w planie ogólnym przedstawia się małego Kordiana, który był zdrowym dzieckiem – biegał, mówił, jak rówieśnicy. Już w zbliżeniu pojawia się obraz matki chłopca, która podłącza mu rurki z tlenem. Wypowiedź matki, tak zwana ‘setka’, czyli obraz i dźwięk jednocześnie [13], kończy się jej ‘wyjściem z kadru’ – w końcu wypowiedzi w oczach matki Kordiana stają łyzy, wyraźnie daje się odczuć, że ból dziecka jest bólem matki. Przed setką z lekarzem, który może pomóc dziecku, zrealizowaną także w zbliżeniu, widzimy jeszcze, jak wygląda karmienie dojelitowe chłopca, zrealizowane w planie amerykańskim. Przed kolejną setką z lekarzem znów pojawia się dziecko z matką w planach prawie pełnym, przechodzącym w średni. Reporter, chcąc zobrazować istotę schorzenia Kordiana, decyduje się także na wykorzystanie animacji komputerowej. Kolejna wypowiedź, tym razem ojca chłopca zrealizowana jest w portrecie, współgra to z przekazem słownym – chciałby uciec... Dalej następuje ciąg zbliżeń – laboratorium, fiolki leków, strzykawki. Materiał kończy wypowiedź lekarza prowadzącego – w półzbliżeniu, która wyraża nadzieję na pozytywne zakończenie historii, całości dopełnia obraz rodziny w planie pełnym, a o tym, że potrzebne jest wsparcie finansowe leczenia przypomina zbliżenie na ekran komputera, gdzie widoczna jest zbiórka. News zamyka niedokończona przez zbierające się łyzy wypowiedź matki Kordiana, która marzy tylko o możliwości wyjścia z dzieckiem na spacer.

Poprzez zawężenie obrazów – rzadko korzysta się tu z planów ogólnych, w których pokazywane przedmioty przekraczają postać człowieka [14] – w którym dominuje zbliżenie, polegające na przedstawieniu głowy człowieka od jej czubka po podbródek [15], odbiór jest bardziej afektywny. Jak twierdzi Kazimierz Żórawski, im plan jest ogólniejszy, tym bardziej człowiek wtapia się w otoczenie, a temperatura przekazu jest niższa. Natomiast im plan jest bliższy, tym obiektem zainteresowania staje się człowiek, a temperatura przekazu rośnie [16]. A tu w centrum uwagi ma być człowiek.

Obraz II

Powyższy zamysł przyświeca także kolejnej realizacji 'Między słowami' [17], którą pokazano w Faktach TVN 14 września 2017 roku.

A teraz słowa, które brzmią jak wyrok i oby nigdy ich państwo nie usłyszeli. Niestety padają często, bo nowotworów jest mnóstwo. Jak powiedzieć matce, że dziecko ma raka? To wiedza równie ważna, jak ta medyczna. O tym, że słowami można człowieka złamać albo wzmocnić Marek Nowicki

Mateusza Burdzińskiego spotykamy w Instytucie Matki i Dziecka. Walczy z nowotworem od dwunastego roku życia. Pamięta dzień, kiedy rodzina dowiedziała się, że jest chory. To był prawdziwy koszmar.

100% Mateusz Burdziński, 19 lat (mama poszła na rozmowę z panią ordynator pewnej placówki, która powiedziała jej: wyhodowała pani raka. No i mama wyszła zapłakana. Później się obwiniała, że to ona jakby spowodowała, że ja mam nowotwór)

Ludzie często dowiadują się, że są chorzy na raka w przypadkowych okolicznościach. W nerwowej atmosferze, z opisu badania, na korytarzu. I często zostają z tą wiedzą sami. Teraz ma to się zmienić.

100% Aleksandra Tobota, superwizor psychoonkologii w Instytucie Matki i Dziecka (w kontakcie najważniejsza jest uwaga, brak pośpiechu, zdecydowanie pewność co do słowa mówionego, wsparcie psychologiczne, otwartość)

To pierwsze szkolenie psychologiczne dla lekarzy pielęgniarek, fizjoterapeutów i sekretarek medycznych, przygotowane przez Instytut Matki i Dziecka. Kolejne poprowadzą specjaliści z Instytutu i Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Finansuje Ministerstwo Zdrowia.

100% prof. Anna Raciborska, Klinika Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży IMiD (właściwie o to chodzi w tym szkoleniu, aby bardzo trudne rzeczy móc powiedzieć w sposób taki, aby pacjent mógł to przyjąć i dalej funkcjonować – żyć i leczyć się)

Czyli po prostu dla pacjenta trzeba znaleźć czas, a jest to trudne, kiedy właśnie brakuje czasu i odpowiednich ludzi oraz pomieszczeń do rozmów. Według psychoonkologów każdy pacjent potrzebuje nie tylko skutecznej terapii, ale też zwyczajnie okazania serca, co w leczeniu jest równie ważne. Wie o tym Karolina Tłuchowska, od roku walczy z rakiem, przechodzi właśnie kolejny cykl chemioterapii. Obok niej są ludzie, na których może liczyć.

100% Karolina Tłuchowska, 14 lat (...wydaje mi się, że rodzice, którzy nie mają takiego doła i są zawsze uśmiechnięci..., jakoś też lekarze, którzy są bardzo uprzejmi i też dają taką nadzieję. Dają? – Marek Nowicki. Mhm [z uśmiechem] Dziękuję Ci bardzo – Marek Nowicki. Ja też dziękuję.

Gdy pacjent lub jego bliscy dowiadują się, że zdiagnozowano nowotwór, to reakcja jest przewidywalna. Naturalnie nowotwór nie musi oznaczać najgorszego, ponieważ oznacza niejednorodną grupę chorób – nowotwory łagodne, miejscowo złośliwe i złośliwe [18]. Te ostatnie zwane są rakami. Dotknięci nowotworem złośliwym dowiadują się, że – w największym uproszczeniu - czeka ich zabieg chirurgiczny, następnie stosowna terapia, w zależności od zaawansowania choroby rokowania są wątpliwe lub złe [19]. Stąd tak ważna dbałość o prawidłowy kontakt z pacjentem, o którym mowa w powyższym materiale. Zdjęcia w newsie potwierdzają to, że pacjent świadom swej sytuacji, jest spokojny i z ufnością poddaje się terapii. Idealnie wpisuje się to w przemyślenia Elisabeth Kübler-Ross, którymi dzieliła się w swych pracach: „Rozmowy o śmierci i umieraniu” [20] i „Życiodajna śmierć” [21].

News rozpoczyna się zbliżeniem na twarz dziecka, które walczy z chorobą nowotworową, poddane jest chemioterapii. Na moment pojawia się plan ogólny, by za chwilę

w zbliżeniu pojawiły się gestykulujące ręce, oddające emocje tego, co znajdzie się w setce, którą zrealizowano w planie amerykańskim, czyli mniej więcej od kolan w górę [22], z najazdem do półzbliżenia. Wspomniany najazd zmusza widza do koncentracji uwagi na postaci i jej przekazie [23]. Po kilku kolejnych ujęciach, obrazujących pacjentów podczas badań, w planach średnich i pełnych, jak również animacji komputerowej, kolejna setka, w której mowa o tym, jak powinno się postępować z pacjentem, wykonana jest w półzbliżeniu. Kontrastuje to z planami, które demonstrują szkolenie personelu medycznego, pojawiają się tu: plany ogólne, w tym panorama będąca nieprzerwanym ciągiem odsłaniających się przed widzami fragmentów rzeczywistości, z natury rzeczy obiektywizującym przekaz [24] i średnie. Gdy następuje powrót do pacjenta, z ogólnego planu szpitalnego korytarza przechodzimy do obrazu łóżka z pacjentem, zbliżenia rąk. Zamykająca materiał setka wyraża wyjątkowe wyczucie sytuacji operatora kamery: w pierwszej kolejności rozmówca jest pokazany, gdy przemierza szpitalny korytarz z redaktorem Markiem Nowickim, mamy tu do czynienia z ruchem wewnątrz kadrowym, sama wypowiedź jest zrealizowana z najazdem do zbliżenia, co obrazuje niepewność sytuacji, ale i nadzieję na przyszłość chorego.

Poprzez dobór planów uwidacznia się tu doskonale oddalenie rzeczywistości szpitalnej, całej sfery leczenia, od świata pacjenta i jego potrzeb.

Obraz III

O tym, jak zrozumienie potrzeb pacjenta jest istotne traktuje także news Faktów TVN ‘Pełną piersią’ [25] z 27 lipca 2017 roku.

Płuca jak nowe, w prezencie dla pana Piotra. Bez nich już by nie żył, a z nimi żyje mu się o wiele lepiej. Nie nadawały się do przeszczepu, ale lekarze zrobili im medyczne Spa. Podgrzewali, chłodzili i dotleniali. Wyszło świetnie i to świetna wiadomość dla tych, którzy czekają na takie w kolejce. Marek Nowicki

Przyjechali dziś razem do Śląskiego Centrum Chorób Serca. Trzy miesiące po operacji. Szczęśliwy pacjent z niemniej szczęśliwą żoną.

100% Jolanta Mikrut (sprawny, sto procent, zadowolony z przeszczepu)

Żona jest dumna ze swojego męża, a mąż jest jej wdzięczny za wsparcie na wszystkich etapach terapii. Była przy nim cały czas. Tuż po przeszczepie płuc zapytany o plany, jakie ma po wyjściu ze szpitala, odpowiedział tak:

100% Piotr Mikrut, wypowiedź z kwietnia (najpierw to bym chciał najmocniej jak potrafię ukochać żonę, bo to ona do tego doprowadziła, jest jak drugi lekarz [uśmiech])

Pierwszym lekarzem jest doktor Jacek Wojarski, to on z zespołem uratował Piotrowi Mikrutowi życie. Przeszczepił mu płuca, dokładnie te. Widać, że zdrowe i sprawne.

100% dr Jacek Wojarski, kierownik Zespołu Transplantacji Płuc ŚCCS w Zabrze (tu towarzyszyły wyjątkowe emocje, bo rzeczywiście przeszczepialiśmy płuca, których normalnie byśmy nie przeszczepiali. To jest emocja. Wiedzieliśmy, że to można zrobić przy wykorzystaniu tej technologii, ale poszło znakomicie, byliśmy przygotowani i to dało sukces)

Płuca są szczególnie wrażliwe na przeszczepy. Po śmierci mózgu dawcy szybko tracą życiowe właściwości, dlatego lekarze z Zabrze nauczyli się je regenerować.

100% Ewa Karmańska, ŚCCS w Zabrze (po tej regeneracji specjalnymi płynami, przy użyciu urządzeń, które do tego służą, wygrzaniu, schłodzeniu – no tych etapów jest wiele – mogą być już przeszczepione. Dzięki tej metodzie liczba przeszczepów w Polsce może wzrosnąć nawet o 40 procent. To ważna informacja dla dwustu oczekujących na transplantację osób.

100% dr Jacek Wojarski, kierownik Zespołu Transplantacji Płuc ŚCCS w Zabrze (to otwiera nam rzeczywiście pulę dawców, która do tej pory była niedostępna)

Pacjenci czekający na transplantację płuc właściwie czekać nie mogą, nikną w oczach, nie są w stanie samodzielnie oddychać. Tak było jeszcze też kilka miesięcy z Piotrem Mikrutem.

Tak mówił przed operacją:

100% Piotr Mikrut (cały czas jest nadzieja i stres też jest, bo musi być).

A tak dziś:

100% Piotr Mikrut (sam jeszcze nie potrafię prowadzić, bo jeszcze mam nogi nie do końca takie własne, ale my mamy kawał drogi, bo spod Tarnowa, to jest sporo drogi)

Jest jednak nadzieja, że pacjent wróci do pełnej sprawności.

W powyższym materiale po raz pierwszy w sferze werbalnej mamy do czynienia ze śmiercią, wspomina się o niej w kontekście zgonu dawcy płuc – płuca szybko tracą właściwości, jak i oczekujących na transplantację – nie mogą czekać, nikną w oczach.

W sferze obrazu materiał, ku zaskoczeniu, rozpoczyna się planem ogólnym z ruchem wewnątrz kadrowym – uśmiechnięta para idzie szpitalnym korytarzem. Reporter szybko wyjaśnia, że pacjent dostał nowe życie, przeszczep był niemożliwy, ale lekarze zregenerowali płuca. Już chwilę później następuje ciąg półzblżeń i zbliżeń pacjenta, który pokazywany jest w retrospektywie. Reporter opowiada historię pacjenta i pokazuje, jak wyglądał w kolejnych etapach oczekiwania na przeszczep, w setkach natomiast przywodzi jego wyznania o samopoczuciu w danym czasie i marzeniach na przyszłość. Wypowiedzi lekarza także zrealizowane są w planach bliższych, co sprawia, że dystans między nim a pacjentem, jak również między nim jako osobą wypowiadającą się a widzom, skraca się. News wieńczy ciekawe ujęcie żony pacjenta, która towarzyszy mu w całej drodze, będące zbliżeniem na jej twarz, z którego następuje przestrzenie na twarz męża. Figura ta sprawia, że z pierwszego planu, na którym w tym wypadku znajduje się żona, ostrość przenoszona jest na pierwszoplanowego bohatera [26].

Obraz IV

W newsie ‘Na przekór wszystkim’[27] z wydania Faktów TVN z 4 sierpnia 2017 roku problem śmierci nie jest jasno wyartykułowany, w pewien sposób materiał nawiązuje do pierwszego omawianego w niniejszym artykule. Odbiorca ma jednak świadomość spustoszeń, jakie czyni w organizmie pacjentki przedstawiana choroba, do czego może ona doprowadzić. Widz towarzyszy też w walce bohaterki newsa o niedopuszczenie do jej śmierci w sferze społecznej.

Noga uratowana, a wszyscy chcieli ją obciąć. Pani Monika dwa lata szukała pomocy, ale na zapalenie kości i potworny ból nie było innego pomysłu. Całe szczęście, że we Wrocławiu znalazł się i świetny pomysł, i świetny lekarz. Doktor Adam Domanasiewicz to specjalista od spraw beznadziejnych. Pani Monice nie tylko dał nadzieję, dał nowe życie. Marek Nowicki

Szczęśliwy świat kosmetyczki i fryzjerki Moniki Bładosz zawalił się, kiedy okazało się, że kobieta ma przewlekłe zapalenie kości. Choroba zniszczyła jej prawą nogę, w okolicach kolana przestały istnieć duże części kości udowej i piszczelowej. Wszyscy lekarze radzili amputację.

100% Monika Bładosz (byłam wszędzie, do każdych drzwi pukałam, żeby tylko mi pomogli, żeby tylko nie obciąć nogi. Byłam wszędzie, włącznie z konsultantem krajowym, gdzie dostałam opinię, żeby... amputować tę nogę.

Pani Monika jednak się zawzięła przetrwała sepsę i koszmar cierpienia, kiedy odmawiano jej w szpitalach odpowiednich środków przeciwbólowych.

100% Monika Bładosz (musiałam przejść przez wiele upokorzeń, musiałam udowodnić, że nie oszukuję [prawie z płaczem], że nie jestem ćpunka, narkomanką, tylko, że naprawdę ta noga po prostu boli.

I wreszcie znalazła ratunek. We Wrocławiu u doktora Adama Domanasiewicza.

100% (ja nie lubię przegrywać [uśmiech])

Lekarz postanowił dziurę w prawej nodze załatać przeszczepem kostno-mięśniowo-skrótnym z lewej nogi. Całą konstrukcję ma podtrzymywać przeszczepiona kość strzałkowa.

100% dr Adam Domanasiewicz, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu (wraz z rozwojem technik mikrochirurgicznych pojawiły się możliwości skutecznego leczenia i myśmy z tego skorzystali)

Przewlekłe zapalenie kości, którego nabawiła się pani Monika, to naprawdę poważne schorzenie. Niszczy kości, nerki, a potem cały organizm. Kolana dr Domanasiewicz uratować już nie był w stanie, bo go po prostu nie było. Teraz chodzi o to, by nie nastąpił odrzut przeszczepu. Kobieta nie zamierza na tym walki o nogę kończyć.

100% Monika Bładosz (mam nadzieję i tak trzymam kciuki, że to się tak super przyjmie, że za jakieś pół roku może będzie nadzieja, że ktoś się odważy, ktoś się znajdzie dalej, żeby noga się chociaż trochę zginała.

Doktor Adam Domanasiewicz, ortopeda i chirurg, uchodzi za specjalistę od spraw niemożliwych, od lat zajmuje się przeszczepami kończyn. Ma na swoim koncie wiele pionierskich zabiegów, na przykład transplantację i replantację rąk.

100% dr Adam Domanasiewicz (za chwile muszę iść do następnego zabiegu, bo mamy piątek i trzeba pacjentów zoperować przez koniec tygodnia).

W sferze obrazu warte zauważenia są setki zrealizowane w półzblizeniach, tak pacjentki, jak i lekarza, który - jak się o nim mówi – jest specjalistą od spraw beznadziejnych. Wypowiedzi pacjentki są niezwykle emotywne, lekarza natomiast portretują jego zaangażowanie w pracę, chęć niesienia pomocy w miarę jego możliwości. Wszystkie obrazy, w rozmaitych planach koncentrują się na pacjentce i jej uratowanej nodze. Nawet w planie ogólnym zoperowane kolano znajduje się w centrum uwagi, zgodnie z zasadą złotego podziału w fotografii, w mocnych punktach kadru [28].

Takie zestawienia obrazów wpisują się w filozofię montażu filmowego, którą głosi Walter Murch. W stworzonej przez siebie Zasadzie Sześciu (perfekcyjnych cięć montażowych, przyp. M.Z-W/LK) zwraca uwagę, że materiał musi przede wszystkim odzwierciedlać nastrój chwili – oddaniu emocji przypisuje wybitny montażysta filmowy więcej niż połowę sukcesu odbioru (51%). Dalej wymienia posuwanie historii do przodu (23%) i rytm – pojawianie się we właściwym momencie (10%). Na pozostałe elementy (łącznie 16%) składają się: obserwowanie akcji, trójwymiarowa przestrzeń akcji i dwuwymiarowa płaszczyzna ekranu. Murch zauważa, że dwie pierwsze pozycje z listy są

warte o wiele więcej, niż pozostałe cztery, jest też zdania, że postawienie nacisku na emocje sprawi, że odbiorca nie zauważy uchybień na pozostałych polach, jeżeli takie się pojawiają [29].

Obraz V

Dobór newsa ‘Nie po kolei’ [30], wyemitowanego w Faktach TVN 24 listopada 2017 roku, może zaskakiwać. Interpretacja przyniesie jednak uzasadnienie tego kroku.

11 lat w kolejce do lekarza. To nie żart, to życie. Endokrynolog jest we Wrocławiu jak fatamorgana i dobra zmiana to tam zmiana żadna. Kolejka rośnie, NFZ rozbrajająco się tłumaczy, a minister ma na to sposób za miliard. Marek Nowicki

Przychodzi pacjent do endokrynologa a tam kolejka, jedenastoletnia.

Rozmowa w rejestracji z ukrytej kamery: Ile będzie się czekało na fundusz? Pierwsza czy kolejna...? Pierwszy raz. 11 lat. 11 lat, poważnie? Pierwszy raz tak.

To Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej ‘Dobrzyńska’ we Wrocławiu. Chcieliśmy się też tu zapisać do endokrynologa dwa lata temu (2015).

Głos z rejestracji (z offu): Na listę oczekujących zapisuję na 2019 rok. Na razie bez konkretnych terminów.

Dobrej zmiany więc nie ma, kolejka wydłużyła się od tamtego czasu o siedem lat. NFZ nie ma sobie nic do zarzucenia. Na endokrynologię w tym roku na Dolnym Śląsku nie wykorzystaliśmy prawie pół miliona złotych.

100% Joanna Mierzwińska, Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ (to jest bardzo dużo pieniędzy, jak na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, ale tak jak dyrektorzy placówek mówią, niestety nie mamy lekarzy)

Dwa lata temu pani rzecznik mówiła dokładnie to samo.

100% Joanna Mierzwińska, Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ (mamy pół miliona złotych niewykorzystanych za pierwsze dziewięć miesięcy tego roku, ponieważ nie ma lekarzy)

To nieprawda mówili lekarz dwa lata temu i mówią teraz.

100% prof. Marek Mędraś, Dolnośląski Konsultant Wojewódzki w dziedzinie endokrynologii (endokrynolodzy są, tylko trzeba im odpowiednio płacić, gdyby posłom płacono 6 tysięcy złotych miesięcznie, nie byłoby posłów)

Na razie posłowie są, dziś uchwalili, że środki na ochronę zdrowia wzrosną do 6 procent PKB w 2025 roku, a więc za siedem lat. Minister zdrowia z mównicy sejmowej uspokajał jednak pacjentów – do końca tego roku dołożymy do systemu miliard złotych.

100% Konstanty Radziwiłł, minister zdrowia (te kolejki, naprawdę proszę się nie obawiać, do końca tego roku zostaną zredukowane w znaczący sposób)

Według lekarzy to propaganda, to nie rozwiąże żadnego problemu, bo nie chodzi o to, by jednorazowo wykupić więcej świadczeń, tylko za te wykupione lepiej płacić przez cały rok.

100% Maciej Sokołowski, dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej ‘Dobrzyńska’ (cena jednej porady płaconej przez NFZ w tej chwili, takiej najprostszej, to 35 złotych. Z tych 35 złotych musimy zapłacić lekarzowi, rejestratorce, posprzątać gabinet, kupić recepty, ogrzać budynek, czyli dla lekarza zostaje z tego około 20 złotych)

Za tę samą poradę w prywatnej przychodni endokrynolog soave średnio sto złotych, dlatego endokrynolodzy nie chcą pracować w publicznej służbie zdrowia, dlatego tu we Wrocławiu trzeba czekać na wizytę jedenaście lat.

Materiał w sferze wizualnej nawiązuje do Obrazu II, mamy tu zbliżenia, gdy mowa jest o sprawach pacjentów i zdecydowane oddalenia, gdy przedstawiane są mechanizmy funkcjonowania służby zdrowia. News otwiera sytuacja zapisywania się pacjenta na pierwszą wizytę do endokrynologa ukazana w planie amerykańskim, obraz jest przekrzywiony, imituje podpatrywanie przez pacjenta rejestratorki, która siedzi ‘w okienku’. Rejestratorka, także w krzywym kadrze, już w półzblizeniu podaje datę wizyty, która okazuje się być szokująca dla pacjenta. Cały materiał zbudowany jest na sprzecznościach – w setkach, zrealizowanych w

półzbliżeniach, mówi się o dobru pacjenta, o zaspokajaniu jego potrzeb, zapewnia się o rozwiązaniu problemów, w części ilustrującej komentarz reportera w rozumieniu tekstu komentującego obraz, nie wyrażania opinii [31] pojawiają się głównie plany ogólne – puste korytarze, pełne poczekalnie, kolejka do rejestracji. Z rzadka są one przeplatane zbliżeniami – karta pacjenta, pacjent podczas badania, monitor urządzenia USG. Taka organizacja sfery obrazu pozwala widzowi wyciągnąć wniosek, że nie należy wierzyć w słowa osób, które zapewniają o szybkiej poprawie sytuacji w służbie zdrowia, także w słowa Konstantego Radziwiłła, byłego już ministra zdrowia, który z mównicy sejmowej – w tym wypadku wypowiedź w planie amerykańskim – przekonuje, że nie należy się obawiać kolejek, już niebawem zostaną skrócone. Jak zwraca uwagę Bruce Block, im większy jest kontrast w elemencie wizualizacji, tym bardziej zwiększa się wizualna intensywność i dynamika obrazu. Im większe jest podobieństwo w elemencie wizualizacji, tym bardziej zmniejsza się intensywność wizualna i dynamika obrazu [32]. Widz przypomina sobie tu popularną myśl, że trzeba mieć zdrowie, by chorować... Uświadamia sobie automatycznie, że część pacjentów wizyty u lekarza nie doczeka.

Z newsem 'Nie po kolei' korespondują dwa inne materiały: 'Pielęgniarki poszukiwane' [33] z 1 maja 2017 roku i 'Koniec żartów' [34] z 15 października 2017 roku. Pierwszy materiał przedstawia dramatyczną sytuację szpitali, którym grozi zamknięcie z powodu braku pielęgniarek. Marek Nowicki omawia problem na przykładzie łódzkich szpitali. W ilustracji materiału z jednej strony półzbliżenia i zbliżenia, prezentujące pielęgniarki w działaniu, wyrażające niebagatelną rolę, którą one spełniają, z drugiej strony zdjęcia ogólne budynków szpitali, korytarzy, sal chorych, które odzwierciedlają kłopoty – niebawem szpital może opustoszeć. Wypowiedzi w setkach – w półzbliżeniach – nie zapowiadają rozwiązania problemu: praca dla pielęgniarek jest, miejsca czekają, ale pielęgniarek brak, co oznacza, że niebawem nie będzie tych specjalistów w szpitalach, pacjenci pozostaną bez opieki, według czarnego scenariusza liczba lecznic zostanie ograniczona.

W zapowiedzi newsa 'Koniec żartów' natomiast pojawia się informacja, że zastrzono kary za blokowanie numerów alarmowych, w dalszej części zwraca się uwagę, że liczba fałszywych alarmów narasta, ludzie dzwonią pod 112 i inne numery alarmowe bez potrzeby, nie zdając sobie sprawy, że w tym czasie ktoś może znajdować się w sytuacji zagrożenia życia. Marek Nowicki przypomina, że numery alarmowe służą do wezwania pomocy w nagłej sytuacji, w pierwszej kolejności ratowania życia, gdy wsparcie potrzebne jest natychmiast, gdzie liczy się każda sekunda. Zobrazowaniem słów jest akcja pogotowia ratunkowego, wraz

z pokazaniem sytuacji reanimacji człowieka leżącego na chodniku – obraz pacjenta został tu rozmyty. Z obrazem współgra setka, w której mowa o standardowym czasie, w którym przyjęte zostanie zgłoszenie i podjęte działanie, jeżeli nikt nie będzie blokować linii alarmowych. Dobitnym podkreśleniem tego, do czego nie służą ‘numery życia’ są półzblżenia osób pełniących służbę w centrach alarmowych, które przyjmują rozmaite zgłoszenia, nie mające nic wspólnego z zagrożeniem życia. I tu zdecydowano się wyemitować najdziwniejsze rozmowy telefoniczne. Przesłanie materiału, w którym przeważnie w planach bliskich mamy do czynienia z symboliką odnoszącą się do ratowania życia, jest oczywiste.

Wnioski

Zwykło się już podchodzić do treści zawartych w wiadomościach telewizyjnych jako do odzwierciedlających informacje powierzchownie, jednak – co odnotowuje Jerzy Uszyński – odwołują się one do innych zdolności umysłu, większą rolę odgrywają w odbiorze skojarzenia, mniejszą logiczna analiza [35].

W sygnalizowaniu problemów, którymi żyje świat, ponieważ jak powiedziano we wstępie niniejszego artykułu, telewizyjne magazyny informacyjne nie są lustrzaną prezentacją rzeczywistości, służą w przeważającej mierze obrazy. A te - zdaniem Blaina Browna - winny oddawać jakieś znaczenie, nastrój, mieć określoną wymowę, atmosferę i własny podtekst – bez konieczności wstawiania tekstu z ‘offu’, wyjaśniania sytuacji dialogiem, efektami ścieżki dźwiękowej, czy innymi metodami naprowadzającymi. Autor ‘Sztuki operatorskiej’ przypomina, że to ideologia, która przyświeca realizacji zdjęć w filmach niemych, jednak zasady obrazowania nadal pozostają takie same: obraz musi bronić się sam. Brown podkreśla, że dobrze zaplanowana kompozycja obrazu wzmacnia umysłową organizację informacji odbieranej wizualnie. W niektórych sytuacjach może nawet celowo klócić się z percepcją umysłową będącą w korelacji z narządem wzroku [36]. Wszystko to, by osiągnąć zamierzony cel, lecz zgodnie z Zasadą szacunku i tolerancji Karty etycznej mediów, czyli poszanowania ludzkiej godności, praw dóbr osobistych, a szczególnie prywatności i dobrego imienia [37].

Piśmiennictwo

1. Adamkiewicz M.: Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii, Europejskie Centrum Edukacji, Toruń, 2004.

2. Chabanis Ch.: Śmierć. Kres czy początek, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1987.
3. Fromm E.: Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1996.
4. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu, Media Rodzina, Poznań, 1998.
5. Vovel M.: Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność, Wyd. słowo/obraz terytoria, Gdańsk, 2008.
6. Przy wyborze newsów korzystano z Systemu do badania zawartości mediów CAST, stworzonego na Wydziale Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM.
7. Mrozowski M.: Media masowe. Władza, rozrywka i biznes, Oficyna Wydawnicza ASPRA –JR, Warszawa, 2001.
8. McQuail D.: Teoria komunikowania masowego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
9. Hendrykowski M.: NEWS. Antropologia. (Po)etyka. Kultura, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 2016.
10. Kwasigroch A., Mikołajczyk E.: Czy wolno? Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2005.
11. Życie w bólu, <https://fakty.tvn24.pl/ogladaaj-online,60/z-bolu-nie-spi-po-kilka-dni-szansa-na-ulge-jest-kosztowne-leczenie-w-usa,702122.html>, data pobrania 28.02.2018.
12. <https://www.siepomaga.pl/kordian>, data pobrania 9.03.2018.
13. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
14. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
15. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
16. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
17. Między słowami, <https://fakty.tvn24.pl/ogladaaj-online,60/wyhodowala-pani-raka-ucza-jak-nie-informowac-o-chorobie,772851.html>, data pobrania 28.02.2018.
18. Nowotwory. Wprowadzenie <http://onkologia.org.pl/nawotwory-wprowadzenie/>, data pobrania 9.03.2018.
19. Wróblewski T., Miechowicka N.: Patologia, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1993.
20. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu, Media Rodzina, Poznań, 1998.
21. Kübler-Ross E.: Życiodajna śmierć, Media Rodzina, Poznań, 2005.
22. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
23. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.

24. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
25. Pełną piersią, <https://fakty.tvn24.pl/oglada-j-online,60/zregenerowali-pluca-ktore-nie-nadawaly-sie-do-przeszczepu,760297.html>, data pobrania 28.02.2018.
26. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
27. Na przekór wszystkim, <https://fakty.tvn24.pl/oglada-j-online,60/chcieli-amputowac-jej-noge-znalazla-specjaliste-ktory-ja-ocalil,762324.html>, data pobrania 28.02.2018.
28. Peterson B.: Kompozycja bez tajemnic, GALAKTYKA, Łódź, 2013.
29. Murch W.: W mgnieniu oka. Sztuka montażu filmowego, Wyd. Wojciech Marzec, Warszawa, 2007.
30. Nie po kolei, <https://fakty.tvn24.pl/oglada-j-online,60/wizyta-u-endokrynologa-we-wroclawiu-trzeba-poczekac-11-lat,793107.html>, data pobrania 28.02.2018.
31. Żórawski K.: Długi stół, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
32. Block B.: Opowiadanie obrazem. Tworzenie wizualnej struktury w filmie, telewizji i mediach cyfrowych, Wyd. Wojciech Marzec, Warszawa, 2010.
33. Pielęgniarki poszukiwane, <https://fakty.tvn24.pl/oglada-j-online,60/w-polsce-dramatycznie-brakuje-pielegniarek,736357.html>, data pobrania 28.02.2018.
34. Koniec żartów, <https://fakty.tvn24.pl/oglada-j-online,60/surowsze-kary-za-nieuzasadnione-dzwonienie-na-numery-alarmowe,781579.html>, data pobrania 28.02.2018.
35. Uszyński J.: Telewizyjny pejzaż genologiczny, Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2004.
36. Brown B.: Cinematography. Sztuka operatorska, Wyd. Wojciech Marzec, Warszawa, 2016.
37. Kwasigroch A., Mikołajczyk E.: Czy wolno? Telewizja Polska S.A., Warszawa, 2005.

Uporczywa terapia jako zagadnienie prawne i humanistyczne

Suseł Wojciech¹, Jurkiewicz-Śpiewak Anna¹, Bargieł Dominik¹, Leśniak Robert¹, Sejboth Justyna²

1 Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, SPZOZ, OAiIT w Tarnowie

2 Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zakład Anestezjologii Klinicznej, WNoZ w Katowicach SUM w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Często już samo zdefiniowanie - czy u danego pacjenta mamy do czynienia z nieetycznym przedłużaniem bezsensownej agonii i cierpienia jest trudne i wiąże się z podejmowaniem bardzo trudnych decyzji. Pojęcie godnej śmierci jest ściśle związane z terminem godnego życia. Wynika to z prawa człowieka nie tylko do godnego życia, ale także do godnego umierania (Deklaracja Praw Człowieka). Wymaga to edukacji lekarzy, personelu pielęgniarskiego, rodzin chorych, a także - całego społeczeństwa, które szczególnie w Polsce, zaczyna się uważnie przyglądać lekarzom, jako osobom odpowiedzialnym za zdrowie i życie chorych. Do tego dochodzi kwestia zaufania, którego niejednokrotnie brakuje zarówno w relacjach lekarza z pacjentami, jak też z ich rodzinami. Dlaczego tak się dzieje, że nie dochodzi do porozumienia z rodziną pacjenta, która pragnie dla niego tego samego co lekarze – dobra? To jest zasadnicze pytanie, na które trudno znaleźć jednoznaczną odpowiedź.

Innym pytaniem, jakie należy postawić w temacie podjęcia decyzji przez lekarza zmierzających do zakończenia prowadzenia uporczywej terapii jest kwestia podstaw prawnych, jakimi lekarz ma się kierować podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Często sama myśl o zakończeniu leczenia w kontekście ewentualnych konsekwencji prawnych, czy roszczeniowych ze strony rodziny bywa dla lekarza paraliżująca. W art. 162 KK i art. 160 KK §1 i 2 (Kodeksu Karnego) mowa jest o narażeniu na niebezpieczeństwo, a w § 2 mowa jest o sprawcy /osobie, na której ciąży obowiązek opieki. Artykuł penalizuje czyn od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności. Co więcej nie można powołać się w razie oskarżenia na art. 26 KK - tzw. stanu wyższej konieczności, albowiem dobro chronione, czyli godność ludzka nie jest wyższe od dobra poświęconego, czyli życia ludzkiego.

Poza prawem pozostają pewne uwarunkowania kulturowe, np. w kręgu kultury chrześcijańskiej, pod wpływem której Polska i Polacy się znajdują. Zapisane w skrypcie moralności społeczeństwa jest przykazanie 7 „nie zabijaj”. Dekalog jest z pewnością w tym zakresie jednoznaczny.

Temat uporczywej terapii jest wielowątkowy, wieloprogowy. Dotyka zagadnień nie tylko

etycznych, moralnych, ale także prawnych. W USA już w 1973 roku zauważono problem woli pacjenta, także w zakresie odstąpienia od zaproponowanej terapii. Zrzeszenie Szpitali Amerykańskich zredagowało Deklarację Praw Chorego, w której wybrzmiało prawo do odrzucenia zaproponowanego leczenia. Dyskusja na ten temat co jakiś czas odradza się i pojawia się w różnych krajach, także w Polsce [1-4]

Medycyna nie jest nauką ścisłą, ponieważ nie zawsze podjęte działania medyczne przynoszą oczekiwane korzyści czy skutki, jak ma to miejsce u królowej nauk – matematyce. Dlatego tak ciężko jest czasami podjąć dobrą decyzję, a w terminalnej fazie choroby lekarz stoi przed znacznie trudniejszymi problemami, np. czy i kiedy zaprzestać terapii.

Czym jest ta uporczywa terapia? Można prawdopodobnie podać wiele definicji - wydaje się, że jeśli określimy ją jako przedłużanie agonii to w tej definicji zawiera się główny sens tego zjawiska.

Na początku trzeba prześledzić tło prawne zagadnienia. Każdy medyk po zakończeniu studiów, a przed rozpoczęciem pracy przyrzeka uroczystie: służyć zdrowiu i życiu ludzkiemu; sumiennie spełniać obowiązki; według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu; mając na celu wyłącznie dobro i okazując należyty szacunek; mając na względzie dobro chorych [2].

Dobro pacjenta, zwyczajnie rozumiane, to oczywiście zdrowie. Człowiek przychodzi najczęściej w chorobie do lekarza i tu powinien mieć udzieloną pomoc, przeprowadzoną diagnostykę i włączone odpowiednie leczenie. Zarówno pacjent, ale także i lekarz nastawieni są na sukces. Czasami niestety takiego nie można uzyskać. Pacjent czuje się jeszcze dobrze i czasami trudno mu zrozumieć, że jest ciężko chory i musi się poddać trudnemu leczeniu. Te rozmowy są często bardzo ciężkie i pozostają bardzo długo w pamięci. Lekarz czasami wiele lat po takiej rozmowie analizuje swoje odpowiedzi i nie jest pewien, czy dobrze zareagował. Często gest, słowo, reakcja lub jej brak są niezwykle ważne dla pacjenta. Często ustawiają jego stosunek nie tylko do leczenia, ale także samego lekarza. W zależności od nastawienia pacjent poddaje się leczeniu lub odmawia jakiegokolwiek pomocy. Lekarz bardzo często stoi przed znacznym problemem, dylematem moralnym – w jaki sposób ma odpowiedzieć na trudne pytania pacjenta o życie i śmierć. Czy lekarz zatajając pewne fakty, dla dobra chorego, robi przysługę pacjentowi, czy go oszukuje? Zawsze pojawia się pytanie, ile wiadomości i w jaki sposób przekazać pacjentowi, żeby się od razu nie załamał i wierzył, że wyzdrowieje.

Ponieważ Polska i Polacy żyją w kręgu kultury katolickiej, można przytoczyć trafne sformułowania dotyczące prawdy i kłamstwa występujące w Katechizmie Kościoła Katolickiego, według którego kłamstwo polega na mówieniu nieprawdy z intencją oszukania bądź, że ciężar kłamstwa zależy od rodzaju i wagi prawdy, którą to kłamstwo zniekształca. Zależy także od

okoliczności kłamstwa, intencji jego autora, krzywd doznanych przez tych, którzy są jego ofiarami. Można wywnioskować, że kłamstwem jest celowe mówienie nieprawdy. Na przykład: pacjent w terminalnej fazie choroby nowotworowej słyszy, że wyzdrowieje. Ale czy intencją lekarza było zafałszowanie prawdy? Czy pocieszenie chorego, choć fałszywe? Z drugiej strony pełny nadziei pacjent potrafi zaskoczyć nawet doświadczonego lekarza i wyzdrowieć, mimo że rokowanie było złe. Czy w takim razie etyczne jest zatajenie części faktów? Wydaje się, że wszystko zależy od okoliczności, od samego pacjenta i jego rodziny oraz od relacji, jaka występuje między pacjentem a lekarzem. Motywując pacjenta do walki z chorobą, według psychologów, nie powinniśmy używać określeń „musi Pan/Pani”, ponieważ często może spowodować to efekt przeciwny do zamierzonego. Wydaje się, że lepsze efekty terapeutyczne osiągniemy używając sformułowań typu: „będziemy walczyć, powinien się Pan/Pani leczyć” [5,6].

Kłamstwo znalazło swoje echo w literaturze pięknej, w „Boskiej komedii” Dantego. Wergiliusz oprowadza Dantego po piekło, którego kształt jest stożkowy, złożony z 9 kręgów, a na każdym z nich przebywają grzesznicy. Na samym dole stożka piekielnego siedzi Lucyfer. W napisanym w latach 1308–1321 poemacie, który jest syntezą średniowiecznej myśli filozoficznej, historycznej oraz teologicznej i stał się panoramą świata. Autor w utworze umieszcza różne postaci i czyny ludzkie w określonych kręgach piekła. Oszuści i fałszywi doradcy znaleźli się tam w ósmym kręgu, natomiast zdrajcy bliskich znaleźli się w 9 kręgu. Ta pięknie przedstawiona w utworze literackim ocena czynów ludzkich wiele mówi o hierarchii grzechów, jakich człowiek może w swoim życiu dokonać.

W kontekście relacji, jakie zachodzą między lekarzem a pacjentem można powiedzieć, że kłamstwo wobec pacjenta zostało surowo ocenione zarówno przez Kościół Katolicki, jak też przez autora średniowiecznego poematu. W Kodeksie Etyki Lekarskiej możemy znaleźć opis jak powinny wyglądać relacje lekarz-pacjent, że powinny być oparte na wzajemnym zaufaniu. Kłamstwo w relacjach lekarz-pacjent najczęściej kończy się załamaniem zaufania do tego pierwszego. Tak więc jego skutki mogą być bardzo poważne. Ale czy mówienie prawdy jest zawsze dobre? Jest to zdecydowanie trudniejszy i bardziej złożony problem. Najpierw trzeba uporać się z problemem kłamstwa oraz obowiązkami lekarza wobec pacjenta wynikającymi z przysięgi, a następnie innych przepisów prawa, takich jak Ustawa o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty, Kodeks Karny, czy Kodeksu Etyki Lekarskiej [2,4,5].

Kłamstwo jest jednoznacznie zabarwione negatywnie, dobrem jest prawda. Często niedopowiedzenie i przemilczenie jest półprawdą, czyli nie do końca prawdą. Nasuwa się pytanie, czy pacjenci zawsze i w każdym przypadku oczekują całej prawdy? Wydaje się, że nie zawsze tak jest.

Lekarz ma obowiązek przeciwdziałać cierpieniu i mieć na celu wyłącznie dobro pacjenta. O ile przeciwdziałanie cierpieniu nie budzi wątpliwości, tak już dbanie o dobro pacjenta może być różnie rozumiane. Na początku trzeba jednak ustalić, co jest dobrem dla pacjenta. Nie jest ono często tożsame i wydaje się to sprzeczne z dobrem, jakie dla niego pragnie rodzina czy bliscy. Najbliższym może się wydawać, że działają dla dobra pacjenta, lekarzowi też tak może się wydawać, kiedy walczy o życie pacjenta wszelkimi dostępnymi metodami znanymi w medycynie. Wydaje się, że nie we wszystkich przypadkach stosowanie nadzwyczajnych technik leczenia leży w interesie pacjenta. W niektórych sytuacjach może być sprzeczne z przysięgą lekarską, a często może nawet dokładać cierpień choremu.

Lekarz ma podjąć decyzję w sposób profesjonalny w oparciu o wiedzę medyczną, lecz decyzja ta nie może być podyktowana wolą rodziny, czy też chęcią skrócenia życia pacjentowi, którego cierpienie jest wszechogarniające i sam nie daje sobie rady z nim. Często w piśmiennictwie można także znaleźć określenie, że w zaprzestaniu np. resuscytacji powinno się brać pod uwagę oprócz szans na wyleczenie, także jakość życia po skutecznej resuscytacji.

Relacje między pacjentem a lekarzem bywają bardzo skomplikowane. Chory oczekuje wyleczenia, zajęcia się jego problemami. Dochodząc w tym momencie do bardzo trudnego tematu, jakim jest opieka nad człowiekiem, który nie może wyrazić swojej opinii na temat zakresu podjętego leczenia, lekarz powinien i ma obowiązek działać w jego najlepszym interesie. W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii różne problemy natury etyczno-moralnej często dotyczą pacjentów nieprzytomnych lub wykazujących zewnętrzne oznaki przytomności, ale pozostających bez logicznego kontaktu. Lekarz musi ocenić zasadność włączenia leczenia mniej lub bardziej inwazyjnego, bez świadomej zgody pacjenta. Musi podjąć trudną decyzję, czy rozpocząć resuscytację, a jeżeli tak, to kiedy ją zakończyć. Lekarz musi ocenić zasadność podjętych czynności terapeutycznych i niestety także konieczność podjęcia lub odstąpienia od dalszego leczenia, czyli zaprzestać uporczywej terapii.

Lekarz powinien kierować się wiedzą medyczną i Kodeksem Etyki Lekarskiej. Określenie - stan terminalny nie odnosi się tylko do końcowej fazy choroby nowotworowej, dotyczy to także tych stanów, a raczej faz choroby, gdzie pomimo stosowania różnych technik leczenia nie udaje się poprawić stanu pacjenta, a dalsze leczenie przyczynia się do dokładania cierpień pacjentowi.

Eutanazja w naszym kraju jest etycznie i prawnie niedozwolona, ale w niektórych krajach jest legalna. Już sama myśl o eutanazji daje wstęp do rozmowy o granicy współczucia dla pacjenta, jego prawa do samostanowienia, decyzji o zakończeniu cierpień, ale także motywacji takiego myślenia. Jest to także motyw do podjęcia dyskusji o możliwościach terapeutycznych współczesnej medycyny, a raczej jej ograniczeniach i skutkach tych ograniczeń zarówno dla

pacjenta jak i lekarza. Nie można zapomnieć w tych rozważaniach o społeczeństwie, którego emanacją w konkretnych przypadkach jest rodzina chorego. Najbliżsi, którzy czasami pragnąc jak najlepiej dla pacjenta mogą skazywać go na dodatkowe cierpienia, jeśli nie rozumieją nieuchronnego mechanizmu odchodzenia ze świata żywych. Dlatego tak ważny jest dialog, który powinien się odbyć w godnych warunkach, z lekarzem mającym doświadczenie zarówno w leczeniu pacjentów terminalnych, ale także mającym doświadczenie w prowadzeniu trudnych rozmów, której to umiejętności także trzeba się nauczyć.

Inną kwestią o wysokiej złożoności materii jest to, czy człowiek kierujący się nawet najlepszymi intencjami wobec pacjenta jest w stanie pogodzić w sobie czynności doprowadzające do śmierci człowieka. Wydaje się, że przed dokonaniem takiej czynności występować muszą nieuchronne rozterki moralne, blokady psychiczne, które mogą wyrzucić piętno na lekarzu wynikające z faktu odebrania komuś życia, nawet jeśli kieruje się współczuciem. Na szczęście współczesna medycyna dość dobrze radzi sobie z bólem, jest jednak często bezsilna wobec głębokiego cierpienia, które jest szerszym pojęciem obejmującym nie tylko ból, ale także całokształt przeżywanych doznań w czasie ciężkiej choroby. Pacjenci, którzy cierpią nie muszą zawsze doznawać bólu, choć pewnie często ból towarzyszy cierpieniu i jest z nim mocno związany. W trakcie przeżywania cierpienia ważnym aspektem jest chwilowy lub stały aspekt chorobowy, ważne jest także rokowanie w danym przypadku. Beznadziejność stanu zdrowia jest z pewnością czynnikiem powodującym rezygnację. Obawa o utratę życia lub znaczne ograniczenie swobody ruchów, np. poważne ograniczenia w podstawowych czynnościach życiowych powodują narastającą frustrację, skrzepowanie, poczucie uzależnienia od opiekunów, co często dostarcza kolejnych problemów. W tej atmosferze mogą narastać myśli samobójcze i skłonności do zakończenia życia, które będzie kresem cierpienia. W tej eskalacji cierpienia bardzo ważna jest zatem świadomość beznadziejności stanu.

Problem eutanazji w Polsce w sensie formalnym jest marginalny. Jak wynika z danych Policji [7], od 1990 roku do 2016 roku w Polsce stwierdzonych przestępstw przeciwko art 150 KK [4] były zaledwie 4 przypadki, a wszczętych postępowań 79 przypadków. Można z tego wnioskować, że nie jest to dominujący problem w polskim środowisku medycznym. Natomiast uporczywa terapia jest problemem i nie tylko środowisko medyczne z różnych względów ma z tym problemy. Lekarze, którzy ośmielają się rozpocząć dyskusję na ten temat często są pomawiani o najgorsze intencje. Dlaczego tak się dzieje, że nie można zakończyć czyjejś agonii, aby nikt nie miał wątpliwości, że lekarz niosący pomoc pacjentowi nie czyni eutanazji, lecz pomaga mu zdjąć dodatkowe cierpienia, kończąc przedłużającą się agonię?

Problem uporczywej terapii jest zdecydowanie bardziej złożonym tematem niż eutanazja.

Nieprzedłużanie terapii bezcelowej nie jest eutanazją. Jest wypełnianiem moralnego i etycznego obowiązku wobec pacjenta. Jest wypełnieniem umowy, często niepisanej między lekarzem a pacjentem.

Tyle poświęca się uwagi na temat świadomej zgody pacjenta na stosowanie różnych inwazyjnych technik leczenia, a tak mało rozmawiamy z chorymi, co my, jako lekarze mamy robić, gdy zawiodą wszystkie metody leczenia. Mało rozmawia się z chorymi o ich oczekiwaniach, czego sobie by życzyli, a czego nie dopuszczają u kresu swojego życia.

Czy chcą, abyśmy za wszelką cenę, czasami wbrew zdrowemu rozsądkowi poddawali ich kolejnym inwazyjnym technikom leczenia?

Dlaczego tak się dzieje?

Czy lekarze boją się takich rozmów?

Czy pacjenci nie rozmawiają z lekarzami o kresie życia?

Czy przeprowadzenie takiej rozmowy może działać demobilizująco na pacjenta?

A czasem, już jest za późno na taką rozmowę.

Lekarze często obawiają się stwierdzenia uporczywej terapii. Odstąpienie od wprowadzenia nadzwyczajnych środków w celu leczenia pacjenta, gdy terapia nie przynosi i nie przyniesie pożądanych skutków oraz termin uporczywej terapii zawarte są w art 32 KEL. Jest to zbiór zasad etycznych, bardzo ważnych, ale jednak to tylko zbiór, który nie będzie podstawą ewentualnej odpowiedzialności prawnej lekarza za zaniechanie leczenia.

Lekarze często w tyle głowy mają przepisy zawarte w Ustawie z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeksu Karnego, w którym właśnie zawarte są te sformułowania, które są podstawą obaw o wszelkie roszczenia, czy to pacjenta, czy rodziny po ewentualnej śmierci pacjenta. Dodatkowo termin uporczywa terapia nie jest dość precyzyjnie określony. Ponadto znanych jest wiele wystąpień, także lekarzy posiadających tytuły naukowe, którzy kwestionują między innymi pojęcie śmierci mózgowej i możliwość pobrania narządów lub oskarżają innych lekarzy o zaprzestanie walki z chorobą i skazywanie pacjenta na śmierć. Te słowa dobrze przenikają do świadomości społecznej, szczególnie gdy odpowiednie gremia medyczne nie dość energicznie lub niewystarczająco protestują w takich sytuacjach.

Z pomocą interpretacyjną przychodzi nam stanowisko Andrzeja Zolla, który napisał: *„jeśli stojące lekarzowi do dyspozycji środki nie są w stanie uratować życia lub zdrowia ludzkiego albo chociażby zmniejszyć cierpienia pacjenta, to odpaść musi, wynikający z normy prawnej służącej ochronie tych dóbr, obowiązek lekarza świadczenia usług leczniczych. Norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, co nie jest on w stanie, jako adresat normy wykonać”*. Według tego założenia lekarz nie może popełnić przestępstwa narażenia pacjenta na uszczerbek na

zdrowiu, skoro pacjent jest w terminalnej fazie choroby i lekarz, w związku ze swoimi obowiązkami, nie może przeciwdziałać czemuś, co nieuchronnie nastąpi. Inaczej ludzie byłiby nieśmiertelni, a za każdą śmierć można by oskarżyć lekarza lub za każde odstępianie od resuscytacji albo jej zakończenie, także można by oskarżyć lekarza o zaniechanie. Innymi słowy nie można by wykonywać zawodu lekarza bez codziennego spotkania z prokuratorem. Podobne stanowisko zajmuje Marek Safjan, wskazując, że *„lekarz nie ma obowiązku podejmowania za wszelką cenę wszelkich możliwych starań, które nie przynoszą już żadnych pozytywnych efektów terapeutycznych, a jedynie wydłużanie umierania i cierpień temu towarzyszących. Takie zachowanie lekarza nie może być w konsekwencji kwalifikowane jako spowodowanie śmierci przez zaniechanie”*. Z kolei w Projekcie Ustawy Bioetycznej z dnia 28 sierpnia 2009r. jest napisane, że do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii lekarz zobowiązany jest wyrażnie żądaniem samego pacjenta, a także, że uporczywą terapią jest stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta. W Projekcie Ustawy mowa jest też o stanie nagłym, sugeruje się możliwość pogorszenia zdrowia w razie nieudzielenia świadczenia zdrowotnego. Zatem udzielenie pomocy ma potencjalnie odwrócić sytuację. Jednak w stanie terminalnym nie jesteśmy w stanie odwrócić procesu umierania, w związku z czym nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki. Albowiem każda agonia byłaby przypadkiem niecierpiącym zwłoki. Oczywiście nie obejmuje to odmowy leczenia bólu, karmienia, czy nawodnienia. Jedną z form zaniechania uporczywej terapii jest powstrzymanie się od resuscytacji, oznaczanie pacjentów terminalnych jako DNR, u których nie należy wykonywać prób resuscytacji [8-16].

Pomimo dość skomplikowanej sytuacji formalno-prawnej medycy próbują radzić sobie z tematem uporczywej terapii, ponieważ dostrzegają problem, który będzie prawdopodobnie narastał w najbliższych latach, wraz z rozwojem medycyny i wydłużaniem życia. Należy uznać z całą mocą, iż lekarz powinien być samodzielny w zakresie zaprzestania uporczywej terapii, postępowania niezgodnego z dobrem chorego, działań wbrew jego interesom, a także sprzecznego ze wskazaniami medycznymi oraz nieetycznego, a wręcz szkodliwego działania. Powinien natomiast konsultować się w trudnych przypadkach z innymi lekarzami. Tylko lekarz może określić wskazania do dalszego leczenia lub zakończyć terapię daremną, w zgodzie z własnym sumieniem na podstawie szerokiej i interdyscyplinarnej wiedzy.

Z powyższych rozważań ukazuje się mroczna strona medycznej rzeczywistości. Wnioski

rodzą się same, to konieczność uregulowania przepisów tak, aby nie były one sprzeczne z zasadami prawnymi i etycznymi już istniejącymi. Stosowanie uporczywej terapii nie może służyć jako alibi na wypadek roszczeń bliskich o niewłaściwe leczenie. Aby tych przypadków było coraz mniej lekarze muszą rozpocząć dyskusję ze społeczeństwem. Z doświadczenia wielu lekarzy wynika, że podczas rzeczowych rozmów z rodzinami, zatroskanymi o stan zdrowia i przyszłość ich bliskiego chorego, nie zawsze rozumieją problem cierpienia pacjenta, szczególnie w oddziałach intensywnej terapii. Muszą oni mieć przekazany, w sposób zrozumiały i spokojny, obraz stanu zdrowia, rokowania, sposobów leczenia, jakości życia i ograniczeń medycyny. Aby doszło do prawidłowej relacji między lekarzem a bliskimi, rozmowa powinna odbyć się w zacisznym miejscu w oddali od zgiełku oddziału, a lekarz powinien odpowiedzieć na wszelkie pytania i rozwiązać wątpliwości bliskich, co wymusza przeznaczenie odpowiednio długiego czasu na taką dyskusję. Niestety bardzo często lekarze obawiając się konsekwencji prawnych, w wielu przypadkach nie podejmują decyzji o zakończeniu uporczywej terapii i uznaniu leczenia za bezskuteczne.

Piśmiennictwo

1. Bołoz W., ks. prof. dr hab.: Rezygnacja z uporczywej terapii a prawo do życia, https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46414,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-a-prawo-do-zy-zycia, data pobrania 15.03.2018.
2. Kodeks Etyki Lekarskiej, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, data pobrania 14.03.2018.
3. Ewa Rozkrut, <http://niedziela.pl/artukul/6400/nd/Klamstwo-czy-przemilczenie>, data pobrania 14.03.2018.
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Dz. U. 1997 nr 88poz. 553 -Kodeks Karny (162 KK i art 160 KK §1 i 2), (art 26 KK), (art 150 §1), (art 2) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970880553>, data pobrania 15.03.2018.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152, (art 30), (art 4) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280152>, data pobrania 15.03.2018.
6. Katechizm Kościoła Katolickiego, http://www.teologia.pl/m_k/1010.htm , data pobrania 15.03.2018.
7. KKK 2482, 2486, data pobrania 14.03.2018, data pobrania 15.03.2018.
8. <http://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63419,Eutanazja-art-150.html>, data pobrania 14.03.2018.
9. Szeroczyńska M.: Odstąpienie od uporczywej terapii de lege lata i de lege ferenda,

- Medycyna Paliatywna, 2013, 2, 31-40.
10. Zoll A.: Zaniechanie leczenia – aspekty prawne, *Prawo i Medycyna*, 2000, 5, 33.
 11. Zoll A.: Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Wyd. Prawnicze, Warszawa, 1988.
 12. Projekt Ustawy Bioetycznej z dnia 28 sierpnia 2009r druk 3467 o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, (art 30) [http://orka.sejm.gov.pl/druki6ka.nsf/wgdruk/3467/\\$file/3467.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/druki6ka.nsf/wgdruk/3467/$file/3467.pdf), data pobrania 18.03.2018.
 13. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci – „Wytyczne dla lekarzy z 2011 roku” Polskie Towarzystwo Pediatryczne 2011, Warszawa 2011, http://www.hospicjum.waw.pl/phocadownload/Etyka/ZaniechanieIWycofanieZLeczeniaPodtrzymujacegoZycieUDzieci-WytycznePTP_2011.pdf, data pobrania 15.03.2018.
 14. Dz U. 2009 nr 52 poz. 417 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20090520417>, data pobrania 15.03.2018.
 15. Dukiet-Nagórska D.: O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania, *Prawo i Medycyna*, 2008, 2, 10, 24
 16. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta i proklamowana rezolucja Zgromadzenia Narodowego ONZ 217 A (III) w dniu 10 grudnia 1948r., https://amnesty.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf, data pobrania 15.03.2018.

Współczucie dla pokrzywdzonego (uwagi na tle art. 150 § 1 k.k.)

Burdziak Konrad

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin

Wykaz skrótów

k.k. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2017 r., poz. 2204, ze zm.);

k.p.k. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2017 r., poz. 1904, ze zm.).

Wprowadzenie

Zgodnie z art. 150 § 1 k.k.: *„Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”*.

Z uwagi na syntetyczne ujęcie rzeczonej regulacji, pojawia się na jej gruncie szereg poważnych (i jednocześnie niezwykle pociągających z punktu widzenia naukowego) wątpliwości, których rozwianie – biorąc pod uwagę doniosłość problematyki odpowiedzialności karnej za zabójstwo *in genere* – dla prawnika karnisty jawić się musi wręcz jako konieczność.

Nie powinien wobec powyższego dziwić fakt, że to właśnie ta regulacja (regulacja art. 150 § 1 k.k. - Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Kodeks karny, Dz.U. z 2017 r., poz. 2204, ze zm.); uczyniona została przedmiotem prowadzonych w niniejszej pracy rozważań.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest analiza znamienia „współczucie dla pokrzywdzonego”, o którym mowa w art. 150 § 1 k.k., konkretniej zaś – odpowiedź na pytanie: czy rzeczywiście możliwe jest ustalenie, że w danym, konkretnym przypadku sprawca dokonał zabójstwa właśnie pod wpływem współczucia dla pokrzywdzonego, a jeżeli tak – to w jaki sposób należałoby to uczynić?

Kwestia powyższa jawi się przy tym nie tylko jako wysoce niejednoznaczna, ale również jako niezwykle istotna, wszak wzmiankowane znamię stanowi jeden z kluczowych elementów, których realizacja i ustalenie niezbędne są dla pociągnięcia sprawcy (i

przesądzać o pociągnięciu sprawcy) umyślnie powodującego śmierć człowieka do odpowiedzialności karnej za zabójstwo eutanatyczne (art. 150 § 1 k.k.), a więc za uprzywilejowany typ zabójstwa, a nie np. za podstawowy typ zabójstwa określony w art. 148 § 1 k.k.

Metoda badawcza

Prezentowane w pracy ustalenia poczynione zostały: 1) w drodze analizy materiału normatywnego odnoszącego się do badanego zagadnienia, przede wszystkim zaś – w drodze analizy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2017 r., poz. 2204, ze zm.); a także – 2) w drodze analizy poglądów doktryny prawa karnego i judykatury.

Dodajmy, że wspomniana wyżej analiza materiału normatywnego dokonana została w oparciu o derywacyjną koncepcję wykładni prawa, która – jak powszechnie wiadomo – najpełniej i zarazem najprecyzyjniej opisuje przebieg wykładni tekstu prawnego, a nadto – jest koncepcją zintegrowaną z innymi koncepcjami wykładni, co również stanowiło istotny argument na rzecz jej wykorzystania [1].

Rozważania

Uwagi ogólne

Polski Kodeks karny, obok podstawowego typu zabójstwa (określonego w art. 148 § 1 k.k., zgodnie z którym: *„Kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 8, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności”*), przewiduje również typy kwalifikowane (charakteryzujące się – w porównaniu do zabójstwa typu podstawowego – wyższym stopniem społecznej szkodliwości i wyższym zagrożeniem karnym) oraz typy uprzywilejowane (charakteryzujące się – i znów, w porównaniu do zabójstwa typu podstawowego – niższym stopniem społecznej szkodliwości i niższym zagrożeniem karnym) [2].

Przykładem kwalifikowanego typu zabójstwa może być: typ czynu zabronionego pod groźbą kary określony w art. 148 § 2 pkt 1 k.k., zgodnie z którym: *„Kto zabija człowieka: 1) ze szczególnym okrucieństwem, (...) podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 12, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności”* (tzw. zabójstwo ze szczególnym okrucieństwem), czy też typ czynu zabronionego pod groźbą kary określony w art. 148 § 2 pkt 3 k.k., zgodnie z którym: *„Kto zabija człowieka: (...)*

3) w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie, (...) podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 12, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności” (tzw. zabójstwo w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie).

Przykładami uprzywilejowanych typów zabójstwa mogą być z kolei: typ czynu zabronionego pod groźbą kary określony w art. 149 k.k., zgodnie z którym: *„Matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”* (tzw. dzieciobójstwo) oraz typ czynu zabronionego pod groźbą kary określony w art. 150 § 1 k.k., zgodnie z którym: *„Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”* (tzw. zabójstwo eutanatyczne).

Praca niniejsza, jak wynika z samego jej tytułu, poświęcona została analizie wyłącznie ostatniego z wymienionych typów czynów zabronionych pod groźbą kary (tzn. analizie tzw. zabójstwa eutanatycznego określonego w art. 150 § 1 k.k.), stanowiącego uprzywilejowany typ zabójstwa z uwagi na zdecydowanie niższy, niż w przypadku typu podstawowego, stopień społecznej szkodliwości zachowania się sprawcy, wynikający z konieczności kumulatywnego wystąpienia dwóch okoliczności, konkretniej zaś: okoliczności „żądania” pozbawienia życia ze strony pokrzywdzonego oraz okoliczności „współczucia dla pokrzywdzonego” ze strony sprawcy.

Pomimo zaistnienia wskazanych wyżej okoliczności, zachowanie się sprawcy zabójstwa eutanatycznego pozostaje zatem karalne. Jak wskazano w uzasadnieniu do Kodeksu karnego: *„Nawiązując do kodeksu karnego z 1932 r., uznaje się, że nie zachodzi potrzeba zmian co do pojęcia zabójstwa eutanatycznego; nowy kodeks, który łagodniejsze karanie wiąże z >>mniejszym stopniem winy<< oraz doprowadzeniem do samobójstwa przez pomoc (podżeganie), niekaralnego w niektórych ustawodawstwach, tym samym wypowiedział się w toczącej się dyskusji naukowej i filozoficznej przeciwko zniesieniu karalności eutanazji oraz pasywnej pomocy do samobójstwa (pozostawienie w zasięgu chorego medykamentów przyspieszających zejście śmiertelne), a więc za >>świętością życia<< (art. 150-151)”* [3].

Analiza znamion zabójstwa eutanatycznego

Przechodząc do analizy znamion typu czynu zabronionego pod groźbą kary określonego w art. 150 § 1 k.k., w szczególności zaś do analizy wzmiankowanego w tytule opracowania znamienia „współczucia dla pokrzywdzonego” ze strony sprawcy (zob. pkt 4.3)

wskazać należy, że zabójstwa eutanatycznego dopuścić się można zarówno przez działanie (np. przez podanie pokrzywdzonemu odpowiedniej dawki trucizny; kwalifikacja prawna: art. 150 § 1 k.k.), jak i przez zaniechanie działania określonego rodzaju (np. przez niepodanie pokrzywdzonemu niezbędnej dawki leku, pomimo prawnego, szczególnego obowiązku jej podania; kwalifikacja prawna: art. 2 k.k. w zw. z art. 150 § 1 k.k.) [4- 11].

Z uwagi na fakt, że zabójstwo eutanatyczne jest przestępstwem skutkowym, o czym świadczy posłużenie się przez ustawodawcę w art. 150 § 1 k.k. sformułowaniem „zabija człowieka”, tj. sformułowaniem, którego elementem znaczenia jest jednostka semantyczna „powodować” [12], uznać należy jednak, że o ile popełnienie go (zabójstwa eutanatycznego) w drodze działania zakazane jest każdemu człowiekowi (powszechny typ czynu zabronionego pod groźbą kary; ustawodawca używa w art. 150 § 1 k.k. zaimka osobowego „kto”), o tyle popełnienie go w drodze zaniechania działania określonego rodzaju zakazane jest wyłącznie temu, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi (indywidualny właściwy typ czynu zabronionego pod groźbą kary; zob. art. 2 k.k.) [4- 11].

Zabójstwa eutanatycznego dopuścić się można przy tym wyłącznie umyślnie. Wynika to z faktu, że zgodnie z art. 8 k.k.: *„Zbrodnię można popełnić tylko umyślnie; występpek można popełnić także nieumyślnie, jeżeli ustawa tak stanowi”*. Typ czynu zabronionego pod groźbą kary określony w art. 150 § 1 k.k. to tymczasem występpek (kara przewidziana za ten czyn to kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5; zob. art. 7 § 3 k.k.), w stosunku do którego ustawa nie stanowi, że można go popełnić nieumyślnie (brak wzmianki na ten temat, w którymkolwiek z przepisów Kodeksu karnego) [4-11].

Podkreślenia wymaga wszakże, że dla bytu zabójstwa określonego w art. 150 § 1 k.k. nie wystarczy jakakolwiek postać zamiaru (zamiar bezpośredni bądź zamiar ewentualny). Nie sposób w końcu wyobrazić sobie sytuacji, w której sprawca dopuściłby się zabójstwa człowieka (umyślnego spowodowania jego śmierci) pod wpływem współczucia dla niego (a więc – chcąc ulżyć mu w cierpieniach - *Nie sposób inaczej rozumieć sformułowania „pod wpływem współczucia dla pokrzywdzonego” w kontekście zabójstwa eutanatycznego. Skoro bowiem kogoś zabijamy, bo mu współczujemy, to chyba nie z innego powodu niż tylko chęć ulżenia mu w cierpieniach*), a jednocześnie obejmowałby owo zachowanie się (spowodowanie śmierci człowieka) wyłącznie z zamiarem ewentualnym, tzn. wyłącznie godziłby się na spowodowanie śmierci pokrzywdzonego.

Uznać należy więc, mając powyższe na względzie, że zabójstwa eutanatycznego dopuścić się można wyłącznie umyślnie i to wyłącznie w zamiarze bezpośrednim.

Dla bytu analizowanego czynu zabronionego pod groźbą kary konieczne jest jeszcze oczywiście wyrażenie przez pokrzywdzonego (w dowolnym momencie; ustawodawca nie stawia tu żadnych ograniczeń) żądania (a więc nie zgody czy zezwolenia) na pozbawienie go życia przez sprawcę, które to żądanie musi być aktualne w chwili usiłowania i dokonania zabójstwa, skierowane bezpośrednio do sprawcy i o którym to żądaniu sprawca musi mieć – z oczywistych względów – wiedzę.

Współczucie dla pokrzywdzonego

Znamień „współczucia dla pokrzywdzonego” zaliczyć należy niewątpliwie do grupy znamion określających stronę podmiotową typu czynu zabronionego pod groźbą kary określonego w art. 150 § 1 k.k. Szerszą analizę tego, czym jest owo współczucie, pozostawiam na uboczu dalszych rozważań; kwestii tej poświęcono już wystarczająco dużo uwagi [4-13]. Pytaniem, na które chciałbym w tym miejscu odpowiedzieć jest natomiast pytanie: czy rzeczywiście możliwe jest ustalenie, że w danym, konkretnym przypadku sprawca dokonał zabójstwa właśnie pod wpływem współczucia dla pokrzywdzonego, a jeżeli tak – to w jaki sposób należałoby to uczynić?

Otóż, rozpocząć należy od stwierdzenia, że ustalenie stosunku intelektualno-psychicznego sprawcy do popełnionego przezeń przedmiotowo pojmowanego zachowania się przewidzianego w przepisie określającym znamiona danego typu czynu zabronionego pod groźbą kary jest koniecznością. Słusznie wskazuje Giezek, że: *„Odpowiedzialność karna (...) nigdy nie ma (...) charakteru obiektywnego, lecz wiąże się ona w każdym przypadku z popełnieniem czynu zabronionego, którego zasadniczym elementem jest tzw. strona podmiotowa”* [14].

Ustaień w zakresie postaci strony podmiotowej nie można przy tym opierać (wyłącznie) na wyjaśnieniach samego oskarżonego, mimo że tylko on tak naprawdę ma bezpośredni dostęp do swoich procesów psychicznych; tylko on wie (a przynajmniej może wiedzieć), jaki był jego cel, czego chciał, co przewidywał, na co się godził, a co pozostawało poza zakresem jego woli i świadomości. Słusznie wskazuje się w literaturze, że oskarżony może nie mówić prawdy, może świadomie i celowo manipulować treścią wyjaśnień, jak również – nieświadomie zniekształcać przebieg popełnionego czynu [15,16]. Wyjaśnienia oskarżonego należy więc porównywać z innymi dostępnymi środkami dowodowymi oraz wynikającymi z nich okolicznościami [17 - na gruncie niniejszej publikacji przyjęto definicję środków dowodowych] i dopiero na tej podstawie wyciągać należy stosowne wnioski.

Mając powyższe na względzie, postawić należy jednak pytanie, jakie okoliczności należy brać pod uwagę, ustalając postać strony podmiotowej czynu zabronionego pod groźbą kary i jakimi środkami dowodowymi należy posługiwać się w tym zakresie?

Otóż, nieomal powszechnie wskazuje się w literaturze, że ustalanie postaci strony podmiotowej czynu zabronionego pod groźbą kary winno opierać się na dokładnej analizie całokształtu okoliczności podmiotowych i przedmiotowych stanu faktycznego, uwzględniającej wszystkie okoliczności danego, konkretnego zdarzenia, w tym również okoliczności o charakterze atypowym [14].

Ustalając więc postać strony podmiotowej czynu zabronionego pod groźbą kary (np. spowodowania śmierci człowieka), należy wziąć pod uwagę m.in.:

1. przyczyny i tło zajścia;
2. pobudki i motywy działania sprawcy;
3. stan wiedzy sprawcy;
4. przewidywania sprawcy;
5. możliwości intelektualne sprawcy;
6. doświadczenie sprawcy;
7. osobowość sprawcy;
8. środowisko sprawcy;
9. dotychczasowy sposób życia sprawcy;
10. zachowanie się sprawcy przed popełnieniem czynu zabronionego;
11. zachowanie się sprawcy w czasie popełniania czynu zabronionego;
12. zachowanie się sprawcy po popełnieniu czynu zabronionego;
13. stosunek sprawcy do pokrzywdzonego;
14. zachowanie się pokrzywdzonego;
15. rodzaj użytego przez sprawcę narzędzia;
16. liczbę zadanych przez sprawcę ciosów;
17. umiejscowienie zadanych przez sprawcę ciosów;
18. rodzaj i rozmiar spowodowanych przez sprawcę uszkodzeń ciała;
19. głębokość i kierunek spowodowanych przez sprawcę ran;
20. stopień spowodowanego przez sprawcę zagrożenia dla życia ludzkiego.

Okoliczności nr 2-9 i 13, jako odnoszące się bezpośrednio do osoby sprawcy, określane będą na gruncie niniejszej pracy okolicznościami podmiotowymi (sensu largo). Pozostałe okoliczności zaś określane będą mianem okoliczności przedmiotowych.

Analogiczne podejście dominuje również w orzecznictwie [18], w którym wskazuje się co prawda, że: „strona podmiotowa danego czynu praktycznie prawie zawsze ustalana jest za pomocą okoliczności przedmiotowych. Tak też o fakcie istnienia zamiaru zabójstwa należy wnioskować w oparciu o sposób działania oskarżonego, a pośrednio także w oparciu o jego zachowanie przypadające przed i po czynie” [19], ale dodaje się również, że: *„Dla wykazania wypełnienia podmiotowej strony zbrodni zabójstwa tak w postaci zamiaru bezpośredniego, jak i ewentualnego nie jest wystarczające wskazanie na sposób działania, w tym także jego elementy, jak rodzaj użytego narzędzia, siła ciosu czy skierowanie agresywnych działań przeciwko ośrodkom ważnym dla życia pokrzywdzonego. Są to niewątpliwie bardzo istotne elementy, które jednakże nie mogą automatycznie przesądzić zarówno o spełnieniu strony podmiotowej zbrodni zabójstwa, jak i zdecydować o przypisanej sprawcy postaci zamiaru. Zazwyczaj niezbędna jest nadto analiza motywacji sprawcy, stosunków pomiędzy sprawcą a pokrzywdzonym w czasie poprzedzającym agresywne działania sprawcy, tła zajścia itp.”* [16,20,21].

Do kluczowych środków dowodowych, pozwalających na ustalenie postaci strony podmiotowej czynu zabronionego sprawcy zaliczyć więc należy także, obok tych typowo wymienianych (pozwalających na możliwie dokładne ustalenie przebiegu zdarzenia, a więc np. wyjaśnień oskarżonego w tym zakresie, zeznań świadków, oględzin itp.):

- wyjaśnienia oskarżonego (w zakresie odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu wiedzy, przewidywań, celów i motywów);
- zeznania świadków (w zakresie odpowiedzi na pytania dotyczące osobowości sprawcy, cech jego charakteru, jego środowiska, wcześniejszego życia, relacji z pokrzywdzonym);
- wywiad środowiskowy (w zakresie uzyskanych w ten sposób informacji dotyczących sposobu życia sprawcy, jego osobowości, cech charakteru, relacji z pokrzywdzonym);
- opinię biegłego psychologa (w zakresie analizy postawy wolicjonalnej sprawcy i jego świadomości na poziomie podstawowych procesów psychicznych) [15,22].

W kontekście tematu niniejszej pracy postawić należy jednak pytanie: czy na podstawie takich okoliczności, jak te wymienione powyżej, tzn. na podstawie

- przyczyn i tła zajścia;
- pobudek i motywów działania sprawcy;
- stanu wiedzy sprawcy;

- przewidywań sprawcy;
- możliwości intelektualnych sprawcy;
- doświadczenia sprawcy;
- osobowości sprawcy;
- środowiska sprawcy;
- dotychczasowego sposobu życia sprawcy;
- zachowania się sprawcy przed popełnieniem czynu zabronionego;
- zachowania się sprawcy w czasie popełniania czynu zabronionego;
- zachowania się sprawcy po popełnieniu czynu zabronionego;
- stosunku sprawcy do pokrzywdzonego;
- zachowania się pokrzywdzonego;
- rodzaju użytego przez sprawcę narzędzia;
- liczby zadanych przez sprawcę ciosów;
- umiejscowienia zadanych przez sprawcę ciosów;
- rodzaju i rozmiaru spowodowanych przez sprawcę uszkodzeń ciała;
- głębokości i kierunku spowodowanych przez sprawcę ran, ustalonych w oparciu o wskazane wyżej środki dowodowe, rzeczywiście ustalić można, że chęć spowodowania śmierci pokrzywdzonego faktycznie wynikała z chęci ulżenia mu w cierpieniach?

Otóż, stwierdzić należy, że niekoniecznie. Zauważmy bowiem, że jeżeli chodzi o okoliczności przedmiotowe, to nigdy nie pozwolą one w sposób jednoznaczny określić, że do spowodowania przez sprawcę śmierci pokrzywdzonego doszło właśnie z powodu chęci ulżenia mu w cierpieniach (niekiedy również nie pozwolą one w sposób jednoznaczny określić, że do spowodowania śmierci pokrzywdzonego nie doszło z powodu chęci ulżenia mu w cierpieniach). Zabójstwa eutanatycznego sprawca może dopuścić się w końcu w sposób, który zada pokrzywdzonemu jak najmniej bólu (i to byłby chyba według nas typowy sposób dokonania zabójstwa określonego w art. 150 § 1 k.k.; choć przecież zabójstwo typu podstawowego również może mieć taki przebieg), ale równie dobrze może dopuścić się go w sposób zadający pokrzywdzonemu ogromny ból, wręcz w sposób – obiektywnie rzecz biorąc – szczególnie okrutny (analogiczne problemy pojawiają się także w kontekście innych niż powyższa okoliczności przedmiotowych). Słusznie wskazuje Michalska-Warias, że: „*nie sposób (...) z brzmienia art. 150 § 1 k.k. wyprowadzić wniosku, że warunkiem zastosowania tego przepisu jest spowodowanie śmierci w sposób bezbolesny, bowiem szczególnie w*

przypadku np. osoby najbliższej dla ofiary, która ulega prośbom o skrócenie tejże ofierze życia, sprawca może nie mieć ani umiejętności, ani rozeznania wystarczających do tego, by z teoretycznie dostępnych dla niego sposobów odebrania życia zastosował ten najmniej dla ofiary bolesny czy w ogóle bezbolesny” [8].

Jeżeli zaś chodzi o okoliczności podmiotowe (odnoszące się bezpośrednio do osoby sprawcy), to po pierwsze – niezwykle trudne jest ich ustalenie, zwłaszcza w sposób niebudzący żadnych wątpliwości (odnosi się to również do niektórych okoliczności przedmiotowych, np. do przyczyn i tła zajścia). Organy ścigania, a potem sąd, opierać się muszą w końcu na wyjaśnieniach sprawcy, którym z założenia – jak już wcześniej wskazano – nie można bezgranicznie ufać i ewentualnie (tylko) na zeznaniach świadków – takich, którzy mogli być świadomi relacji między sprawcą a ofiarą lub mogli poznać z rozmów z oskarżonym jego stosunek do ofiary, motywację działania – oraz opiniach biegłych czy wywiadach środowiskowych, a przecież zeznania takie, opinie i wywiady również obarczone są dużym ryzykiem błędu [13].

Po drugie – okoliczności podmiotowe (także z uwagi na sposób ich uzyskania) nigdy nie dadzą nam pewności (nawet w połączeniu z okolicznościami przedmiotowymi), że w danym, konkretnym przypadku do spowodowania śmierci człowieka doszło właśnie pod wpływem współczucia dla niego, współczucia – dodajmy – istniejącego w momencie usiłowania i dokonania zabójstwa i stanowiącego w tym czasie główny, jeśli nie jedyny, motyw zachowania się sprawcy (niekiedy również nie dadzą nam one pewności, że do spowodowania śmierci człowieka nie doszło pod wpływem współczucia dla niego). Wszelkie zaś (niedające się usunąć) wątpliwości rozstrzygać należy zgodnie z regułą *in dubio pro reo* określoną w art. 5 § 2 k.p.k. (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2017 r., poz. 1904, ze zm.), zgodnie z którym: „*Niedające się usunąć wątpliwości rozstrzyga się na korzyść oskarżonego*”, co w niektórych przypadkach może zakończyć się wysoce niesprawiedliwym przypisaniem sprawcy odpowiedzialności karnej wyłącznie z tytułu popełnienia przezeń czynu zabronionego określonego w art. 150 § 1 k.k., mimo że tak naprawdę zrealizował on znamiona typu czynu zabronionego pod groźbą kary określonego np. w art. 148 § 1 k.k.

Po trzecie wreszcie – wyrazić należy wątpliwość, czy okoliczności podmiotowe (inne, rzecz jasna, niż twierdzenia oskarżonego, świadków i biegłych o ewentualnej motywacji sprawcy) brane będą w ogóle przez sądy pod uwagę; mimo że byłoby to przecież ze wszech miar uzasadnione. Wskazać należy bowiem, że z analizy orzecznictwa sądów powszechnych (w zakresie np. kwalifikowanych typów zabójstwa - Analiza taka (jeszcze nieopublikowana)

przeprowadzona została w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości w Warszawie w ramach projektu badawczego „Kwalifikowane odmiany zabójstwa w praktyce sądowej”) wyprowadzić można wniosek, że strona podmiotowa czynu zabronionego pod groźbą kary ustalana jest przez sądy przede wszystkim w oparciu o okoliczności przedmiotowe, takie jak: zachowanie się sprawcy przed i po popełnieniu czynu zabronionego, rodzaj użytego przez sprawcę narzędzia, ilość zadanych przez sprawcę ciosów czy umiejscowienie zadanych przez sprawcę ciosów. Dużo rzadziej brane są natomiast pod uwagę okoliczności podmiotowe, a nawet wówczas, gdy okoliczności te uwzględniane są przez sądy, to – niestety – w wielu przypadkach wyłącznie w marginalny sposób wpływają na rozważania nad postacią strony podmiotowej popełnionego przez sprawcę czynu zabronionego pod groźbą kary.

Potwierdzeniem powyższego może być (chyba) przywołane już wyżej orzeczenie Sądu Najwyższego (sygn. V KK 127/14), zgodnie z którym – przypomnijmy – *„strona podmiotowa danego czynu praktycznie prawie zawsze ustalana jest za pomocą okoliczności przedmiotowych. Tak też o fakcie istnienia zamiaru zabójstwa należy wnioskować w oparciu o sposób działania oskarżonego, a pośrednio także w oparciu o jego zachowanie przypadające przed i po czynie”* [19].

Mając powyższe na względzie, warto zastanowić się, czy – narzucony nam przez ustawodawcę – wymóg ustalenia, że sprawca zabił pokrzywdzonego pod wpływem współczucia dla niego (bądź też nie), nie jest przypadkiem wymogiem zbyt daleko idącym, bo jeżeli nie niemożliwym, to co najmniej wyjątkowo trudnym do zrealizowania. Zwracał na to uwagę już Makarewicz, kiedy w trakcie prac Sekcji Prawa Karnego Materialnego Komisji Kodyfikacyjnej odrzucał wprowadzenie przesłanki „zabicia z litości”, twierdząc, że: *„litość jest uczuciem subiektywnym, trudnym do stwierdzenia, w wypadkach zaś wyjątkowych wystarczyć winno nadzwyczajne złagodzenie kary. Wskazany jest iść za wzorem nowych ustaw (holenderska, japońska, projekt szwajcarski) faworyzujących zabicie na żądanie”* [cyt. za 23].

W przekonaniu autora niniejszej pracy rozwiązanie zaproponowane przez Makarewicza byłoby właśnie rozwiązaniem właściwym, bo usuwającym z Kodeksu karnego fikcję niezwykle precyzyjnego ustalania postaci strony podmiotowej zabójstwa eutanatycznego.

Oczywiście, pojawić się może pytanie, czy samo żądanie pozbawienia życia ze strony pokrzywdzonego w sposób wystarczający usprawiedliwiałoby wyodrębnienie uprzywilejowanego typu zabójstwa. Pytanie to jednak, choć zasadne, ma raczej charakter filozoficzno-etyczny niż prawny i zasługuje, a wręcz – wymaga odrębnej publikacji.

Podkreślenia wymaga wszakże, że wskazane rozwiązanie funkcjonuje obecnie w wielu innych państwach. Jak wskazuje Wiak: *„alternatywne ujęcie znamion w kodeksach karnych Norwegii i Czarnogóry pozwala na łagodniejsze potraktowanie sprawcy już wówczas, gdy wystąpi samo żądanie ofiary. Podobne konsekwencje wynikają z istnienia w kodeksie karnym Portugalii dwóch odrębnych typów zabójstwa uprzywilejowanego. (...) Analiza prawnoporównawcza dowodzi, że stosunkowo często ustawodawcy wprowadzają osobny typ zabójstwa na żądanie, pomijając odniesienia do motywacji sprawcy. Na podstawie art. 213 kodeksu karnego Islandii sprawca, który pozbawia życia inną osobę na jej usilne żądanie, podlega karze do 3 lat więzienia. Od roku do 8 lat więzienia grozi sprawcy zabójstwa innej osoby na jej wyraźne i poważne żądanie na podstawie art. 94 kodeksu karnego Chorwacji. Podobne wymogi, aby żądanie ofiary było wypowiedziane w sposób niebudzący wątpliwości (wyraźnie) i stanowczo, wynikają z treści regulacji przyjętych w Danii, Austrii i Grecji. Do wyjątkowych należy zaliczyć rozwiązania przyjęte we Włoszech i w San Marino, gdzie nie wymaga się żądania czy prośby, lecz wystarczająca jest sama >>zgoda<< ofiary. (...) Do podobnych konsekwencji prowadzi treść przepisów art. 252 kodeksu karnego Republiki Korei oraz art. 202 kodeksu karnego Japonii, wprowadzających odpowiedzialność za zabójstwo >>na żądanie lub za zgodą<<” [24].*

Piśmiennictwo i orzecznictwo

1. Burdziak K.: Prowokacja (analiza prawnokarna). Niepublikowana rozprawa doktorska, Szczecin, 2015, 39.
2. Bojarski T.: Kwalifikowane i uprzywilejowane typy przestępstw w nowym kodeksie karnym [w:] U progu nowych kodyfikacji karnych. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Leonowi Tyszkiewiczowi, Górniok O. (red.), Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1999, 29 i in.
3. Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami. Warszawa, 1997, 184.
4. Budyn-Kulik M.: Zabójstwo eutanatyczne. [w:] System Prawa Karnego. Tom 10, Warylewski J. (red.), Wyd. C.H. Beck, Warszawa, 2016.
5. Dyda K.: „Żądanie” i „współczucie” jako ustawowe znamiona zabójstwa eutanatycznego – kulturowe podstawy przestępstwa z art. 150 k.k. [w:] Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej, Hartman J., Szabat M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2016.
6. Krajewski R.: Przestępstwo eutanazji w kodeksie karnym z 1997 r., Prokuratura i Prawo, 2005, 2, 65-71.

7. Malczewski J.: Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2012.
8. Michalska-Warias A.: Ustawowe znamiona zabójstwa eutanatycznego [w:] Eutanazja, Mozgawa M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015, 121-155.
9. Tarnawski M.: Zabójstwo uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego, Wyd. Nauk. Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań, 1981.
10. Góralski P.: Prawne i społeczne aspekty eutanazji, Wyd. Egis, Kraków, 2008.
11. Citowicz R.: Prawno karne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci, Wyd. Kodeks, Warszawa, 2006.
12. Sarkowicz R.: Wyrażanie przyczynowości w tekście prawnym (na przykładzie kodeksu karnego z 1969 r.), Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1989, 37, 63.
13. Sobczak J.: Znamię współczucia dla ofiary jako przesłanka eutanazji. [w:] Eutanazja, Mozgawa M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015, 156-172.
14. Giezek J.: Świadomość sprawcy czynu zabronionego, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2013.
15. Kowalewska-Łukuć M.: Zamiar ewentualny w świetle psychologii, UAM, Poznań, 2015.
16. Laskowski M.: Ustalanie umyślności w praktyce orzeczniczej. [w:] Umyślność i jej formy, Majewski J. (red.), Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa "Dom Organizatora", Toruń, 2011, 51-57.
17. Waltoś S., Hofmański P.: Proces karny. Zarys systemu, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2013, 342.
18. Lachowski J.: Strona podmiotowa czynu zabronionego. [w:] System Prawa Karnego. Tom 3, Dębski R. (red.), Wyd. C.H. Beck, Warszawa, 2013, 534-535.
19. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 września 2014 r., sygn. V KK 127/14, LEX nr 1537570.
20. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2006 r., sygn. III KK 123/05, LEX nr 172208.
21. Michalski B.: Nowa kodyfikacja karna. Zeszyt 28. Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, Warszawa, 2000, 45 i n.
22. Burdziak K.: Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z 20.04.2017 r., II KK 90/17, Prawo w Działaniu, 2017, 30, 180 i n.

23. Kozielowicz W.: Zabójstwo eutanatyczne w polskiej legislacji i orzecznictwie Sądu Najwyższego. [w:] Eutanazja, Mozgawa M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015, 108.
24. Wiak K.: Eutanazja jako uprzywilejowany typ zabójstwa – analiza prawnoporównawcza. [w:] Eutanazja, Mozgawa M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2015, 231-233.

Przeszczep głowy do obcego ciała – czy to się przyjmie? Historia. Teraźniejszość. Dyskusja bioetyczna

Młodzik Jakub¹, Waclawik Michał¹, Fedorowicz Sebastian¹, Jaszczak Jakub¹, Ferenc Stanisław^{1,2}, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wprowadzenie

Przeszczep głowy to wciąż niezdobyty cel współczesnej medycyny, na który jedni spoglądają z wielką nadzieją i zainteresowaniem, a u innych wzbudza on niepokój oraz jest źródłem wielu kontrowersji. Niezależnie od tego, jak blisko znajdujemy się w tym momencie od osiągnięcia sukcesu i dokonania przeszczepu głowy, wiąże on się z wieloma wyzwaniami etyczno-moralnymi, którym społeczeństwo prędzej czy później będzie musiało stawić czoła. Bez wątpienia postęp medycyny oprócz tego, że wpłynie na losy jednostek, będzie miał również swoje szersze konsekwencje społeczne, polityczne oraz etyczne i prawne [1]. Rosnąca liczba zabiegów, stały brak materiału do przeszczepiania, nowe osiągnięcia medycyny i wciąż żywe w wielu kręgach wątpliwości, co do oceny tego sposobu leczenia sprawiają, że temat moralnego aspektu transplantacji jest aktualny i potrzebny [2]. Niedawno temat zyskał popularność w mediach za sprawą włoskiego neurochirurga, członka Turyńskiej Grupy Zaawansowanej Neuromodulacji – Sergio Canavero. Ogłosił on, że z sukcesem dokonał przeszczepu głowy na zwłokach i nadszedł czas, aby dokonać tego samego na żywym człowieku [3].

Historia

Już na początku XX wieku naukowcy dyskutowali na temat możliwości przeszczepienia głowy. Koncepcja ta wiązała się z wieloma wyzwaniami, którym musieli stawić czoła [1]. Pierwszym wyzwaniem współczesnych chirurgów naczyniowych było zespolenie naczyń. Przecięcie i naprawa uszkodzonego naczynia, a następnie przywrócenie przepływu bez zatrzymania krążenia stanowiło niebagatelny problem [1]. Początkowo

wykorzystywano materiały, takie jak złoto, srebro, czy kości, jako wszczepy z materiału wchłanianego, jednak nie uzyskiwano zadowalających wyników u pacjentów [1].

Przełom nastąpił za sprawą francuskiego chirurga, dr Alexisa Cerrela, który zastosował bardziej skuteczną metodę zespalania naczyń. Polegała ona na użyciu cienkiej igły i niezwykle cienkich nici, jako szwów, następnie rozszerzył naczynie za pomocą trzech szwów, dzięki czemu uzyskał trójkątny kształt naczyń. Ta metoda okazała się skuteczna i pozwoliła na osiągnięcie znacznie lepszych rezultatów. Udało się zmniejszyć ryzyko krwawienia i zatorów pooperacyjnych [4]. W 1908 roku we współpracy z amerykańskim fizjologiem Charlesem Claudem Guthrie'em wykonali przeszczep głowy psa. Przywiązywali głowę jednego psa do szyi drugiego psa, łącząc tętnice w taki sposób, że krew płynęła najpierw do głowy ściętej, a następnie do głowy biorcy. Stan psa wkrótce się pogorszył i został poddany eutanazji po kilku godzinach [5]. Francuz i Amerykanin nie osiągnęli znaczącego sukcesu w przeszczepie głowy, jednak ich badania były nieocenione w dalszym udoskonalaniu technik połączenia naczyń [6].

Kolejny kamień milowy pod transplantację głowy położył radziecki chirurg i naukowiec Vladimir Demikhov. Na początku 1946 r., eksperymentując na psach, Demikhov przeprowadzał przeszczepy serca, płuca, a także serca i płuc razem – były to pierwsze udane zabiegi tego rodzaju, które przeprowadzono u ssaków. Do ich przeprowadzenia nie korzystał z krążenia pozaustrojowego, ani z hipotermii. Przeżywalność zwierząt była różna. Pies, który przeżył przeszczep serca i płuca żył przez 9,5 godziny, natomiast niektóre ze zwierząt po przeszczepie obu płuc żyły nawet 30 dni. W 1954 r. Demikhov wykonał transplantację głowy psa [7]. Znaczącym osiągnięciem, w porównaniu do operacji wykonanych przez jego poprzedników, było zachowanie większej sprawności przez psa, który był w stanie się poruszać, widzieć i pić wodę [6]. Operacja wywołała wielkie poruszenie. Liczne artykuły zamieszczane w gazetach na całym świecie, opisywały wzmożone dyskusje o różnych perspektywach, argumentach etycznych i kontrowersjach. Była to prawdopodobnie najbardziej eksperymentalna operacja XX wieku. Wzbudzało to fale oburzenia w kręgach medycznych, a Demikhov, którego eksperymenty zawsze były łatwym celem krytyki, oskarżono o bycie szarlatanem. Radziecki Minister Zdrowia uznając badania Demikhova za nieetyczne, zakazał ich kontynuowania [7]. Pomimo że wkład Demikhova w chirurgię transplantacyjną był ogromny, jednak niemożność skutecznego radzenia sobie z odpowiedzią układu immunologicznego biorcy zadecydowało o ostatecznym niepowodzeniu [6].

W 1965 roku Robert White, amerykański neurochirurg, również próbował przeszczepić głowę. Po długiej serii eksperymentów w 1970 roku przeprowadził przeszczep

głowy jednej małpy do ciała drugiej. Po operacji, nerwy czaszkowe pozostały nienaruszone i odżywione przez układ krwionośny z nowego ciała, dlatego węch, słuch i smak małpy oraz zdolność podążania wzrokiem za przedmiotami zostały zachowane. Ostatecznie na skutek odrzucenia przeszczepu przez układ odpornościowy, po dziewięciu dniach nastąpiła śmierć małpy. Sam White przyznał również, że wybrane przez niego miejsce przecięcia rdzenia na wysokości C3/C4 stanowiło poważne ograniczenie, ponieważ małpa wymagała stałego wspomagania oddychania [6].

Dalsza modyfikacja technik zespołów naczyniowych przez chińskiego chirurga Xiao-Ping Rena pozwoliła na przystąpienie do próby przeszczepu głowy na myszach. Podczas, gdy przeszczepy u psów i naczelnych White'a wykazały krótkotrwały sukces, między innymi z powodu powikłań związanych z krzepnięciem, heparynizacją i niedokrwieniem, metoda Rena pozwalała na dłuższe przeżycie myszy. Połowa z nich przeżyła ponad dwadzieścia cztery godziny, natomiast najdłuższe przeżycie to 6 miesięcy. Dodatkową zmianą wprowadzoną przez Rena było wykonanie cięcia powyżej pnia mózgu, a nie na wysokości C3/C4 rdzenia kręgowego, jak czynił to White. Była to bardzo istotna modyfikacja, ponieważ dzięki zachowaniu pnia mózgu dawcy, zwierzę było w stanie oddychać samodzielnie po zabiegu [6].

W 2013 roku włoski neurochirurg Sergio Canavero opublikował protokół, który jak twierdził, pozwoli na wykonanie skutecznej operacji przeszczepu głowy. Lekarz zaproponował chłodzenie ciała i głowy dawcy w celu ograniczenia uszkodzenia komórek przez utratę tlenu i połączenie zerwanego rdzenia kręgowego przy pomocy protokołu GEMINI (protokół połączenia rdzenia kręgowego), który wykorzystuje glikol polietylenowy i stymulację elektryczną. Rdzeń kręgowy miałby zostać przecięty bardzo ostrym nożem, który zminimalizowałby uszkodzenia komórek nerwowych [8].

Teraźniejszość

W 2017 roku temat wzbudził duże zainteresowanie opinii publicznej, za sprawą zapowiadanego na ten sam rok przeszczepu głowy u pacjenta cierpiącego na rdzeniowy zanik mięśni. Pacjentem miał zostać Rosjanin Walerij Spiridonow. Do zabiegu Canavero miał zatrudnić od stu do stu pięćdziesięciu chirurgów i pielęgniarek [9]. Zabieg nie doszedł jednak do skutku. Rosjanin wycofał się z zabiegu, aczkolwiek projekt nie został wstrzymany. Kolejnym pacjentem ma być anonimowy mieszkaniec Chińskiej Republiki Ludowej [10]. W wywiadzie z Marcinem Sawickim opublikowanym 26 listopada 2017 roku Włoch

zapowiedział, że niebawem strona chińska przedstawi informacje na temat terminu, w jakim ma zostać zrealizowana operacja. Jak dotąd, informacja nie pojawiła się [11].

Dyskusja bioetyczna

Włoski neurochirurg S. Canavero opublikował artykuł na temat projektu HAEVEN, w ramach którego miał przeszczepić ochotnikowi głowę, dokonując połączenia rdzenia kręgowego i mózgu za pomocą szczególnej procedury nazwanej protokół GEMINI [12], czym niewątpliwie zwrócił na siebie uwagę mediów [11]. Znany neurochirurg z University of Texas Southwestern, dr Hunt Batjer stwierdził, że kto podda się temu zabiegowi na tego czeka los „gorszy od śmierci” i „nie życzyłby tego nikomu”. Jak się okazuje nie dla wszystkich wykonalność procedury jest oczywista [13].

Pewny jest natomiast sam Canavero, który ocenia szansę na powodzenie swojej operacji na sto procent [11]. Gruntowna analiza badań i wyciągnięcie wniosków z niepowodzeń jego poprzedników, głównie White’a i Demikhova, zaowocowała przedstawieniem własnego pomysłu na wykonanie przeszczepu. Kluczową sprawą jest zespolenie rdzenia kręgowego i jak twierdzi autor procedur, którą proponuje jest skuteczna i mogłaby pomóc chorym dotkniętym tetraplegią [8]. Z tym zdaniem stanowczo nie zgadza się Polski profesor Adam Maciejewski, który dokonał pierwszej w Polsce operacji przeszczepienia twarzy. Jak twierdzi: „nie mamy możliwości naprawy rdzenia kręgowego i długo nie będziemy ich mieć. Rdzeń kręgowy nie regeneruje się na żadnym odcinku. Gdyby to było możliwe, można by leczyć tysiące sparaliżowanych ludzi” [3]. W tej sytuacji narażamy pacjentów na spore ryzyko. Nie tylko nie pomożemy pacjentom z tetraplegią, a możemy ją wywołać uszkodzając odcinek szyjny rdzenia kręgowego biorcy [14].

Kwestią do rozstrzygnięcia jest terminologia, czy zabieg powinien być nazywany przeszczepem głowy, czy przeszczepem ciała [1,11]. W naszej pracy używamy określenia przeszczep głowy z uwagi na to, że Canavero również posługuje się tym określeniem [11].

Pierwszy problem etyczny, jaki na swej drodze napotka procedura HAEVEN i protokół GEMINI, jest uzyskanie pozytywnej opinii Komisji Etycznej, co jest niezbędne do wykonania przedklinicznych badań na zwierzętach. Poprzednie eksperymenty prowadzone przez White’a i Demikhova pokazały, że są one śmiertelne dla zwierząt. Nawet, jeśli procedura zostanie zaakceptowana w nadchodzących latach, podmiot będzie narażony na znacznie większe ryzyko niż korzyści wynikające z procedury [15]. Co za tym idzie, nie można uzyskać świadomej zgody od pacjenta, ponieważ protokół nie jest oparty na

przekonujących danych eksperymentalnych. Nie jest on w stanie w odpowiedni sposób ocenić ryzyka towarzyszącego zabiegowi. Dodatkowo, jeżeli jest to osoba cierpiąca na schorzenie, na które nie ma lekarstwa, w akcie desperacji, chcąc ratować życie nie będzie w stanie podjąć racjonalnej decyzji [16].

Chirurgia transplantacyjna jest jedną z dziedzin medycyny, która napotyka wiele barier. Jednym z czynników utrudniających rozwój są środki finansowe. Do drugiego należy podaż organów. Ten problem wynika z konieczności spełniania odpowiednich kryteriów prawnych związanych z pobieraniem organów [17]. Można je pobrać od osoby żywej, która wyraża na to zgodę i nie narazi jej to na niebezpieczeństwo. Większość tkanek i narządów pobierane jest jednak ze zwłok. Dotyczy to przypadków, w których osoba zmarła za życia nie zgłosiła sprzeciwu. Nerki, serce, płuca, wątrobę, trzustkę, jelito i rogówkę można pobrać od osoby zmarłej w dwóch sytuacjach. Pierwszą z nich jest komisyjne stwierdzenie śmierci mózgu, a drugą jest wyczerpanie wszystkich dostępnych możliwości leczenia tej osoby [18].

Na niektóre czynniki możemy wpłynąć tak, aby zwiększyć dostęp do organów. Szczególnie w Polsce mały stopień świadomości społecznej jest jednym z powodów niskiej liczby przeszczepów od dawców żywych [19]. Prawo transplantologiczne jest zróżnicowane na całym świecie, powodem mogą być różnice kulturowe. W Polsce występuje w formie domniemanej zgody potencjalnego dawcy, dla odmiany w Iranie zabronione są transplantacje ex mortuo, ale istnieje legalne, płatne dawstwo nerek [17].

Jest wiele dodatkowych sposobów na zwiększenie liczby dostępnych organów, chociaż większość z nich jest wątpliwe pod względem etycznym. Przykładem może być legalizacja sprzedaży narządów, która jest traktowana jako sposób wyzysku ludzi znajdujących się w złej sytuacji finansowej [17].

Problem dostępności zbyt małej liczby narządów w stosunku do oczekujących biorców bezpośrednio dotyczy etycznych kwestii przeszczepu ciała do głowy. Można mieć wątpliwości, co do racjonalnego wykorzystania organów, które jeśli ryzykowny zabieg się powiedzie, pomogą tylko jednemu biorcy w przypadku przeszczepu ciała do głowy, natomiast jeśli zostaną wykorzystane osobno, mogą poprawić lub uratować życie nawet kilkunastu osób [15].

Kolejną niewiadomą jest pytanie, czy taki przeszczep się przyjmie? W przeciwieństwie do przeszczepów pojedynczych narządów, przeszczepem głowy jest alotransplantacja tkanki łącznej składająca się ze skóry, mięśni, ścięgien, kości, chrząstki, tłuszczu, nerwów, naczyń krwionośnych i mózgu. Antygenowość tych tkanek jest różna: skóra wywołuje bardzo silną odpowiedź immunologiczną, gdy zostanie rozpoznana jako obca

tkanka. To spostrzeżenie było podstawą do stworzenia skali immunogenności tkanek i organów przez Murray'a. Skala ta była akceptowana, pomimo pojawiających się doniesień, że alop przeszczepy mięśni, skóry, tkanki podskórnej i kości mogą być równie antygenowe. Immunolodzy podejrzewali, że złożony alop przeszczep będzie sumą immunogenności każdej z tworzących jej tkanek. Dawki, które trzeba by zastosować, znacząco przekraczałyby bezpieczny poziom [20].

Jak się okazało zagadnienie jest znacznie bardziej skomplikowane, a przypuszczenia okazały się błędne. Udowodniły to badania nad transplantacją ręki, prowadzone w latach osiemdziesiątych, które dostarczyły zaskakujących wyników. Wydłużenie okresu życia szczurów po przeszczepie ręki, zostało osiągnięte przy użyciu niskiej dawki cefalosporyny. Przeszczep całej kończyny generował znacznie później odpowiedź układu immunologicznego i była ona słabsza, niż w przypadku poszczególnych komponentów. Te wyniki doprowadziły naukowców do nieoczekiwanych wniosków. Immunogenność kończyny nie jest prostą sumą immunogenności tworzących jej tkanek. Wykazano również, że różne tkanki oddziałują z układem odpornościowym w inny sposób, różniąc się czasem i intensywnością. Wciąż jednak brak ostatecznego wyjaśnienia immunologicznych podstaw tych zjawisk. Pierwsza hipoteza zakładała, że spadek immunogenności spowodowany jest tym, że unaczynienie skóry, która jest tkanką o największym potencjale immunogennym, w przypadku całej kończyny pochodzi od dawcy, w przeciwieństwie do konwencjonalnego przeszczepu skóry. Badania nie wykazały jednak takiej zależności i nie stwierdzono znaczących różnic w długości przeżycia przeszczepów. Druga z hipotez mówi o przytłoczeniu układu odpornościowego gospodarza bardzo dużą ilością antygenów, konkurencją antygenów lub aktywnością komórek regulatorowych [20]. Ze względu na brak ostatecznego wyjaśnienia tych procesów, aby ocenić, czy HEAVEN (Przedsięwzięcie zespolenia głowy, stanowi skrót od „Head Anastomosis Venture”) jest możliwy, musimy koniecznie zbadać inne tkanki.

W 1998 roku we Francji w miejscowości Lyon dokonano pierwszego udanego przeszczepu ręki. W pierwszym roku przeprowadzania tego typu zabiegów, liczba ostrych odrzuceń przeszczepu była znaczna. Zmiana pooperacyjnego schematu immunosupresyjnego pozwoliła skutecznie zaradzić temu problemowi. Aktualnie liczba niepowodzeń przeszczepów jest niewielka. Nowe protokoły immunosupresyjne pozwoliły na zmniejszenie liczby i dawek tradycyjnych leków immunosupresyjnych. Pomimo heterogeniczności obcych antygenów związanych z tkanką łączną, obecne protokoły immunosupresyjne okazały się skuteczne w zapobieganiu odrzucenia u pacjentów z przeszczepami rąk i twarzy [15]. Brak

takich protokołów dla przeszczepu głowy stwarza zagrożenie dla pacjentów, narażając ich na ostre odrzucenia przeszczepów.

Nauka kognitywna zwraca uwagę, że ciało człowieka odgrywa bardzo ważną funkcję w kształtowaniu ludzkiego „ja”. Pacjent po przeszczepie głowy będzie miał ogromne trudności z włączeniem nowego ciała do już istniejącego w jego umyśle schematu [15]. Myślenie o sobie jako „ja” zamkniętym w ciele, które kieruje tym ciałem jest jednak z punktu widzenia współczesnej neuronauki i filozofii fałszywe [11]. Wspomnienie poprzedniego ciała, jako elementu budującego tożsamość, może być potencjalnym źródłem konfliktu wewnętrznego, z którym taki pacjent może sobie nie poradzić. Tożsamość, którą wcześniej identyfikował z cielesnością, wraz z przeszczepem przestała istnieć w dotychczas znanej mu formie [15]. Pacjent w inny sposób będzie myślał o przyjmowanym całym ciele, niż pacjenci, którzy przyjęli tylko poszczególne organy. Dylematy mogą prowadzić do pytań o wcześniejsze losy „ciała”, czy może brało ono udział w czynach moralnie wątpliwych. To z kolei będzie prowadziło do pytań o współodpowiedzialność i winę [16]. Te zaburzenia stanu psychicznego mogą powodować poważne problemy psychologiczne, takie jak szaleństwo, a w konsekwencji śmierć. Wspomniany wcześniej pierwszy przeszczep ręki ostatecznie nie zakończył się powodzeniem, ponieważ pacjent ze względu na złe przygotowanie psychologiczne, nie był w stanie zintegrować przeszczepionej ręki z obrazem całego ciała. Długotrwała odporność psychiczna była kluczem do tego, aby operacja ostatecznie zakończyła się powodzeniem. Z tego względu biorcy są poddawani starannej selekcji na podstawie badań klinicznych i psychiatrycznych [15]. Zgodnie z procedurą wymagane jest stałe wsparcie, koncentrujące się na rehabilitacji fizycznej i psychologicznej [15,16].

Temat zaburzeń psychicznych jest jednak bardziej złożony i skomplikowany. Istnieje zależność między czynnością biochemiczną układu pokarmowego, zawierającą specyficzną dla każdego człowieka mikroflorę bakteryjną a układem nerwowym. Mowa o osi jelitowo-mózgowej, która jest dosyć nową koncepcją [21]. Rola jelit wraz z bakteriami, które się w niej znajdują jest tak duża, że narząd ten często opisywany jest jako tzw. „drugi mózg”. Za trafnością tego określenia przemawia fakt, że używane w nim są te same neuroprzekaźniki, co w mózgu. Przykładem jest serotonina, która bierze udział w regulacji naszego nastroju, a która w zdecydowanej większości występuje właśnie w jelitach [22]. Zauważono, że modyfikacja flory bakteryjnej, poprzez podanie probiotyków, czy też zmianę diety ma swoje implikacje w poziomie stresu i zachowaniach lękowych ssaków [21].

Problem przeszczepu gonad dawcy, to kolejne wyzwanie etyczne. Osoba, która zostanie „wyleczona” dzięki przeszczepowi, kiedy będzie chciała się rozmnażać,

w rzeczywistości jej potomstwo będzie potomstwem dawcy ciała [15]. Niewiadomą jest również relacja, w jakiej znajdą się rodzice dawcy z biorcą oraz to, jak rodzice biorcy będą go postrzegać i czy zobaczą w nim swoje potomstwo. Wszystkie te kwestie będą wymagać rozwiązania [16].

Polski filozof prof. Bogusław Wolniewicz transplantologię uważa za „ludożerczą praktykę zmieniającą ciało człowieka w surowiec”. Uważa, że wprowadzenie zgody domniemanej i pojęcie śmierci mózgowej jest nieuczciwe. Konsekwencją zgody domniemanej, w przypadku kiedy zmarły przed śmiercią nie wniesie sprzeciwu na pobranie tkanek lub narządów, jest przywłaszczenie ciała przez państwo. Ono staje się właścicielem zwłok uzurpując prawo do dysponowania nimi. Dla Wolniewicza jest to sytuacja niedopuszczalna i wskazuje rodzinę jako „wyłączniego dysponenta”. Zmianę definicji śmierci uznaje za celowy zabieg, który ma za zadanie służyć tylko i wyłącznie celom medycznym. Wraz z rozwojem transplantologii musiała ona ulec zmianie, aby możliwe było jak najszybsze pobranie żywego narządu lub tkanki. Profesor zauważa, że przeszczep to nie tylko wydłużenie komuś życia, ale także całkowita zmiana naszego podejścia do ludzkiego ciała, życia i śmierci. Staje się ono surowcem, a taki sposób myślenia spowoduje nieprzewidywalną zmianę naszej „postawy moralnej”. Sam nie zgodziłby się na pobranie jego organów i poddaje pod wątpliwość sens wydłużania ludzkiego życia. Uważa, że transplantologia zagraża cywilizacji i nie można jej niszczyć kosztem pomocy „paru ciężko chorym” [23,24].

Ks. dr hab. Grzegorz Hołub z Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie uważa, że jest sposób na uniknięcie zagrożenia, jakim jest uprzedmiotowienie ludzkiego ciała. Jako rozwiązanie wskazuje myślenie o przeszczepie w kategorii „daru”, dzięki któremu możemy uratować komuś życie. Odnosiłoby się to zarówno do biorcy, jak i dawcy [25].

Arthur Caplan, bioetyk z wydziału Etyki Lekarskiej na New York University Langone Medical Center, wieści o zapowiadanej przez dr Canavero operacji uznał za „nonsens, całkowicie nienaukowe, nieosiągalne i śmieszne” [26]. Autor zwraca uwagę na skąpą ilość publikacji na temat technik wykorzystywanych przez Canavero, jak również metod połączenia rdzenia kręgowego, które są kluczową kwestią na drodze do przeszczepu głowy [27]. Sam przeszczep uznaje za wątpliwie priorytetowy cel współczesnej medycyny. W pierwszej kolejności Canavero powinien pomagać wszystkim ludziom, którzy tragicznie uszkodzili swój rdzeń kręgowy i są sparaliżowani, oraz nie mogą chodzić [26]. Zwraca również uwagę, że są nikłe szanse na to, aby uzyskać na jakimkolwiek kontynencie zgodę na wykonanie testów na żywym człowieku. Z tego powodu Canavero koncentruje swoją uwagę na Chinach, ponieważ tam kontrola jego naukowych twierdzeń jest minimalna [27].

Poza pytaniami dotyczącymi metod stosowanych przez włoskiego neurochirurga, Caplan zastanawia się, w jaki sposób chemia i neurologia przeszczepionego mózgu zareaguje na nowe ciało w zupełnie nowym środowisku? Mózg nie jest strukturą odizolowaną. Integruje się z chemią układu nerwowego ciała. Nie ma pewności, że mózg zintegruje nowe sygnały. W ten sposób istnieje ryzyko stworzenia osoby, która byłaby obłąkana, szalona lub całkowicie zdezorientowana. Byłoby to działanie nieetyczne [26,27].

Kolejnym pytaniem, które zadaje to - dlaczego pomimo dużej pewności siebie i wiary w skuteczność stosowanych metod Canavero jeszcze nie pomaga wielu chorym? Odpowiedź wydaje się autorowi oczywista. Uznaje on wszelkie doniesienie na temat przeszczepów głowy za fałszywe, a osoby promujące takie hasła i nagłówki zasługują na pogardę i potępienie. Każda osoba, która obiecuje dłuższe życie tym, których ciała są spustoszone przez chorobę na podstawie jednej operacji na zwłokach i eksperymentach na zwierzętach, które nie zadziałały, jest osobą niemoralną [27].

Amerykański socjolog i bioetyk Paul Root Wolpe zwraca uwagę na kilka innych kwestii, które dotychczas nie zostały poruszone. Koszt zabiegu szacuje się na około 100 milionów dolarów. Ta suma mogłaby zostać wykorzystana do realizacji innych zabiegów, które pomagałyby ratować ludzkie życie lub poprawiać jego standard, a co do których nie ma wątpliwości czy są skuteczne. Dalej zostaje postawione pytanie, kto ma finansować ewentualną rehabilitację długoterminową pacjenta w przypadku jego paraliżu lub poważnego upośledzenia? Czy kosztami ma zostać obciążony ubezpieczyciel dawcy, czy biorcy? Na koniec Wolpe zauważa, że całe zamieszanie związane z przeszczepem i konferencje, w których bierze udział Canavero służą nie tyle chęci zrewolucjonizowania medycyny, a są to działania autopromocyjne [22].

W rozmowie z polskim redaktorem Canavero opowiada o przyczynach swojej fascynacji tematem przeszczepu głowy i komentuje kwestie budzące największe kontrowersje [11].

Pomimo sporej krytyki jest zdeterminowany i konsekwentnie dąży do finalizacji prac nad operacją. Jak sam twierdzi, nie byłoby to możliwe bez wsparcia i wyrażenia chęci współpracy strony chińskiej. Nie zgadza się z zarzutami na temat prowadzenia przez Chińczyków badań z pominięciem zasad etyki. Jak przyznaje, chińskie przepisy są bardzo restrykcyjne i dodaje, że jest to zarzut bezpodstawny. Argumentuje to odwołując się również do historii, w której to „cywilizacja zachodu” była po „złej stronie”. Wypominając wywołanie dwóch Wojen Światowych, kolonizację i użycie bomb atomowych. W jego opinii „zachodni”

naukowcy przypisują sobie prawo do decydowania, co jest dobre, a co złe nie mając do tego żadnych podstaw [11].

Głównym celem naukowca jest długowieczność, a przeszczep głowy ma być kluczem do jej osiągnięcia. Powołuje się na pracę, z których wynika, że przetoczenie krwi młodej osoby do organizmu osoby starszej powoduje jego odmłodzenie. Proces starzenia definiuje jako chorobę, której należy przeciwdziałać [11].

Zgadza się z twierdzeniem, że nowe ciało może być źródłem traumy psychologicznej. To zagrożenie możemy jednak przewidzieć, a nawet przeprowadzić symulację i dowiedzieć się, jakich konsekwencji należy się spodziewać. W osiągnięciu tego miałyby pomóc „immersyjny symulator nowego ciała” [11].

Canavero uważa, że ostateczny sukces będzie możliwy dzięki przeprowadzeniu wielu prób przeszczepu głowy na zwierzętach w celu zdobycia niezbędnych umiejętności. Kolejnym etapem miałyby być eksperymenty na żywych ludziach [11]. Ta część stoi jednak w sprzeczności z treścią Przysięgi Lekarskiej [28]. Włoch odpowiada, że lekarzowi powinno zależeć najbardziej na dobru pacjenta, natomiast dla naukowca najważniejszy jest rozwój, po czym dodaje – „ja jestem naukowcem” [11].

Wnioski

Przeszczep głowy jest wielowątkowym tematem i stawia wyzwania nie tylko techniczne, ale również etyczne. Nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, czy przeszczep głowy jest wydarzeniem negatywnym lub pozytywnym. Aspekt moralny może spowołnić decyzję przeszczepu, ale parcie na przekraczanie granic niemożliwego spowoduje, że znajdą się przesłanki do wykonania tego typu zabiegu.

Piśmiennictwo

1. Skrzypczak J.: Przeszczep mózgu – dylematy prawne, społeczne i deontologiczne, *Środkowoeuropejskie Studia Polityczne*, 2008, 2, 189–191.
2. Nowacka M.: Etyka a transplantacje, *Seminare. Poszukiwania naukowe*, 2004, 20, 550.
3. Romanowska D.: Rosjanin chce się poddać przeszczepowi głowy. Operację przeprowadzi włoski neurochirurg, <http://www.newsweek.pl/wiedza/nauka/rosjanin-chce-sie-poddac-przeszczepowi-glowy--operacje-przeprowadzi-wloski-neurochirurg,106325,1,1.html>, data pobrania 7.04.2018.

4. Carrel A.: Nobel lecture: Suture of blood-vessels and transplantation of organs, http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1912/carrel-lecture.html, data pobrania 7.04.2018.
5. Erika E.: Human head transplant proposed—how did we get here? <http://phenomena.nationalgeographic.com/2015/05/05/human-head-transplant-proposed-how-did-we-get-here/>, data pobrania 7.04.2018.
6. Lamba, N., Holsgrove, D., & Broekman, M. L.: The history of head transplantation: a review, *Acta Neurochirurgica*, 2016, 158, 12, 2239–2247.
7. Konstantinov, I. E.: At the Cutting Edge of the Impossible: A Tribute to Vladimir P. Demikhov, *Texas Heart Institute Journal*, 2009, 36, 5, 453–458.
8. Canavero, S.: HEAVEN: The head anastomosis venture Project outline for the first human head transplantation with spinal linkage (GEMINI), *Surgical Neurology International*, 2013, 4(Suppl 1), S335–S342.
9. Romanowska D.: Rosjanin chce się poddać przeszczepowi głowy. Operację przeprowadzi włoski neurochirurg, <http://www.newsweek.pl/wiedza/nauka/rosjanin-chce-sie-poddac-przeszczepowi-glowy--operacje-przeprowadzi-wloski-neurochirurg,106325,1,1.html>, data pobrania 7.04.2018.
10. Łygas H.: „To czyste szaleństwo” – włoski chirurg wyznacza termin i podaje miejsce pierwszego w historii przeszczepu głowy, <http://bliss.natemat.pl/221099,to-czyste-szalenstwo-wloski-chirurg-wyznacza-termin-i-podaje-miejsce-pierwszego-w-historii-przeszczepu-glow>, data pobrania 7.04.2018.
11. Wywiad z neurochirurgiem, który chce zrobić przeszczep głowy, <https://dziendobry.tvn.pl/wideo,2064,n/tylko-u-nas-wywiad-z-neurochirurgiem-ktory-chce-zrobic-przeszczep-glowy,247201.html>. data pobrania 7.04.2018.
12. Canavero S.: The “Gemini” spinal cord fusion protocol: Reloaded, *Surgical Neurology International*, 6, 18. <http://doi.org/10.4103/2152-7806.150674>.
13. Hooton C.: Man undergoing head transplant could experience something 'a lot worse than death', says neurological expert, <https://www.independent.co.uk/news/science/man-undergoing-head-transplant-could-experience-something-a-lot-worse-than-death-says-neurological-10164423.html>, data pobrania 7.04.2018.
14. Kopiński P.: Porażenie i niedowład, <https://udar.mp.pl/udar-mozgu/135797,porazenie-i-niedowlad>. data pobrania 7.04.2018.

15. Čartolovni A., Spagnolo AG: Ethical considerations regarding head transplantation, *Surgical Neurology International* , 2015, 6, 103. doi.org/10.4103/2152-7806.158785.
16. Furr A., Hard M.A., Barret J.P., Barker J.H.: Surgical, ethical, and psychosocial considerations in human head transplantation. *International Journal of Surgery (London, England)*, 2017, 41, 190–195. doi:10.1016/j.ijssu.2017.01.077.
17. Nowak P. G.: Problemy etyczne transplantologii: perspektywa niedoboru narządów do przeszczepu, *Diametros*, 2014, 42, 150-177.
18. Poltransplant: Kiedy można pobrać narządy do przeszczepienia? http://www.poltransplant.org.pl/QA.html#Kiedy_mozna_pobrac_narzady_do_przeszczepienia, Data pobrania 7.04.2018
19. Schymalla I.: Ciągłe mamy za mało przeszczepów. Dlaczego? <http://www.medexpress.pl/pacjent/ciagle-mamy-za-malo-przeszczepow-dlaczego/55443/>, data pobrania 7.04.2018
20. Thaunat O., Badet L., El-Jaafari A., Kanitakis J., Dubernard J., Morelon E.: Composite Tissue Allograft Extends a Helping Hand to Transplant Immunologists, *American Journal of Transplantation*, 2006, 6, 10, 2238-2242.
21. Oś jelitowo-mózgowa, https://pl.wikipedia.org/wiki/O%C5%9B_jelitowo-m%C3%B3zgowa, data pobrania 7.04.2018.
22. Wolpe P.R.: A human head transplant would be reckless and ghastly. It's time to talk about it, <https://www.vox.com/the-big-idea/2018/4/2/17173470/human-head-transplant-canavero-ethics-bioethics>, data pobrania 7.04.2018.
23. Stefczyk.info: Prof. Wolniewicz: Śmierć mózgowa to ludożerczy szwindel, <http://www.stefczyk.info/publicystyka/opinie/prof-wolniewicz-smierc-mozgowa-to-ludozerczy-szwindel,11158500337>, data pobrania 7.04.2018.
24. Fal. M.: Prof. Wolniewicz: "przeszczepy to ludożerstwo". Nie oddałby nerki nawet własnej córce. "Powiedziałbym: Niech umrze", <http://natemat.pl/77539,prof-wolniewicz-uwaza-ze-przeszczepy-to-forma-ludozerstwa-nie-oddalby-nerki-nawet-wlasnej-cor-ce-powiedzialbym-niech-umrze>, data pobrania 7.04.2018.
25. Hołub G.: Bezinteresowność w transplantologii, https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/154683,bezinteresownosc-w-transplantologii, data pobrania 4.07.2018.
26. Caplan A.: Head Transplant: Could This Irresponsible Procedure Really Take Place? <https://www.medscape.com/viewarticle/844157>, data pobrania 7.04.2018.

27. Caplan A.: Promise of world's first head transplant is truly fake news, <http://www.chicagotribune.com/news/opinion/commentary/ct-perspec-head-transplant-ethics-1215-story.html>, data pobrania 7.04.2018.
28. Muszala A.: Przyrzeczenie lekarskie, https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/83292,przyrzeczenie-lekarskie, data pobrania 7.04.2018.

Postrzeganie idei przeszczepiania narządów oraz analiza gotowości oddanie własnych narządów po śmierci wśród studentów WUM

Mularczyk Paulina^{1,2}, Boratyński Wojciech

Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie

Współczesny świat musi zmierzyć się z problemem niedoboru narządów, które mogą zostać wykorzystane do ratowania ludzkiego życia. Medycyna transplantacyjna stanowi obecnie najskuteczniejszą metodę leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością narządów. Liczba przeszczepień jest wypadkową wielu czynników, takich jak: czynniki społeczne, ideowe, etyczne czy organizacyjne. W największym stopniu zależy jednak od społecznego postrzegania idei przeszczepiania narządów [1]. Pojęcie transplantacji narządów wśród wielu osób wciąż budzi kontrowersje w aspekcie etycznym i prawnym [2].

Struktura pobrań wskazuje, że w latach 2000-2016 wykonano łącznie 23 527 pobrań narządów od zmarłych dawców. W 2016 roku najczęściej przeszczepianymi narządami od zmarłych dawców były nerki (1067) oraz wątroby (343) [3].

Według badania przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2016 roku ponad dziewięć na dziesięć Polaków aprobuje pobieranie narządów od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym ludziom. Ośmiu na dziesięć dorosłych Polaków wyraża zgodę na pobranie po ich śmierci narządów, natomiast co dziewiąty jest temu przeciwny [4].

Przepisy dotyczące pobierania narządów reguluje Ustawa z dnia 5 lipca 2000 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa określa zasady pobierania, przechowywania, przeszczepiania i zastosowania u ludzi komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej, tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok; testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich; donacji, pobierania, gromadzenia i dopuszczania do obiegu tkanek i komórek przeznaczonych do wytwarzania produktów leczniczych terapii zaawansowanej [5]. Zgodnie z art. 5 wyżej wymienionej ustawy, w Polsce obowiązuje koncepcja zgody domniemanej. Ustawodawca nie nałożył na lekarza obowiązku pytania o zgodę na pobranie narządów rodziny czy osób bliskich zmarłego. Rodzina nie ma

kompetencji do podejmowania decyzji. Wprowadzenie koncepcji zgody domniemanej stanowi, że sprzeciw zgłaszany przez rodzinę czy osoby bliskie zmarłego nie stanowi przeszkody w pobraniu narządów, gdy zmarły spełnił kryteria do bycia dawcą. W ustawie wskazano następujące formy sprzeciwu, które nie pozwalają na pobranie narządów po śmierci: sprzeciw zgłoszony za życia odnotowany w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis, oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków pisemnie przez nich potwierdzone. Według stanu na 31.12.2016 r. zarejestrowano 29 545 sprzeciwów w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów [3].

Jak wskazują badania istnieje duża rozbieżność między stanem deklarowanym przez respondentów a stanem faktycznym w momencie utraty bliskiej osoby. Mimo postępu medycyny oraz nowych możliwości technologicznych istnieje bariera, która powoduje, że tak wiele osób znajduje się na liście osób oczekujących na przeszczep.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie postaw studentów kierunku zdrowie publiczne na temat przeszczepiania narządów oraz analiza gotowości studentów do oddania własnych narządów.

Materiał i metody

Badania przeprowadzone zostały metodą sondażu diagnostycznego na przełomie 2016 i 2017 roku.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankietowy, składający się z 24 pytań jednokrotnego i wielokrotnego wyboru (*autorstwa Boratyński W, Mularczyk P, Danielewicz R*).

Przeprowadzone badania stanowiły część badań realizowanych w ramach projektu grantowego Młody Naukowiec.

W badaniu wzięło udział 390 studentów (K=333, M=57) kierunku zdrowie publiczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Respondenci zostali poinformowani o celu badań oraz sposobie wypełnienia kwestionariusza ankiety.

Tabela I przedstawia liczebność oraz średni wiek studentów kierunku zdrowie publiczne, w podziale na poszczególne lata studiów.

Tab. I. Liczebność studentów

Rok studiów	Liczebność	Procent	Średni wiek
I rok	66	16,92	20,06
II rok	83	21,28	20,77
III rok	71	18,21	21,98
IV rok	86	22,05	22,92
V rok	84	21,54	25,18

Źródło: opracowanie własne

Wyniki

Analiza wyników została przeprowadzona w oparciu o następujące zmienne: stosunek studentów do idei przeszczepiania narządów od zmarłych dawców, gotowość oddania własnych narządów po śmierci, pobranie narządów od bliskich, znajomość regulacji prawnych oraz gotowość oddania nerki lub fragmentu wątroby poszczególnym osobom.

Studenci kierunku zdrowie publiczne są bardzo przychylni idei przeszczepiania narządów. W badanej grupie nie odnotowano odpowiedzi stanowiącej zdecydowany sprzeciw przeszczepianiu narządów od zmarłych dawców. Studenci IV roku najczęściej wybrali odpowiedź zdecydowanie tak spośród analizowanych grup. Analizując przychylność do przeszczepiania narządów od zmarłych dawców, można stwierdzić, że jest ona wyższa wraz z wyższym rokiem studiów. Studenci studiów magisterskich (lata IV, V) częściej wskazywali odpowiedź zdecydowanie tak niż studenci studiów licencjackich (lata I, II, III). Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawia Tabela II.

Tab. II. Przychylność przeszczepiania narządów od zmarłych dawców

Czy popiera Pan/Pani pobieranie i przeszczepianie narządów pochodzących od zmarłych dawców?					
Rok studiów	zdecydowanie nie	raczej nie	trudno powiedzieć	raczej tak	zdecydowanie tak
I	0%	1,51%	1,51%	27,27%	69,71%
II	0%	0%	1,20%	28,92%	69,88%
III	0%	0%	5,63%	25,36%	69,01%
IV	0%	0%	0%	16,28%	83,72%
V	0%	1,19%	1,19%	19,05%	78,57%

Źródło: opracowanie własne

Uczestnicy badania zostali zapytani o gotowość do oddania narządów w przypadku własnej śmierci. Na to pytanie również nie odnotowano żadnej odpowiedzi stanowiącej zdecydowany sprzeciw. Widoczny jest jednak większy odsetek odpowiedzi raczej nie oraz trudno powiedzieć. Zaobserwowano mniejszy odsetek osób, które w sposób zdecydowany wyrażały swoją zgodę (Tab. III).

Tab. III. Zgoda na pobranie własnych narządów

Czy zgodziłby się Pan/Pani na pobranie Pana/Pani narządów w przypadku śmierci?					
Rok studiów	zdecydowanie nie	raczej nie	trudno powiedzieć	raczej tak	zdecydowanie tak
I	0,00%	0,00%	10,61%	27,27%	62,12%
II	0,00%	2,41%	3,61%	31,33%	62,65%
III	0,00%	2,82%	9,86%	26,76%	60,56%
IV	0,00%	0,00%	9,30%	20,93%	69,77%
V	0,00%	2,38%	5,95%	25,00%	66,67%

Źródło: *opracowanie własne*

Podczas analizy pytania „Czy akceptuje Pan/Pani możliwość pobrania narządów od bliskiej osoby po jej śmierci?” rozkład odpowiedzi prezentował się odmiennie niż w przypadku poprzednich pytań. Odnotowano odpowiedzi zdecydowanie nie (2,38%), a także częściej były wskazywane odpowiedzi raczej nie. Zmalał również odsetek odpowiedzi zdecydowanie tak. Najwięcej odpowiedzi zdecydowanie tak udzielili studenci IV roku (54,65%), a najmniej studenci I roku (31,82%). Jest to widocznie mniejszy odsetek odpowiedzi zdecydowanie tak niż przy poprzednich pytaniach, ponieważ jedynie połowa studentów w sposób zdecydowany wyraża swoją aprobatę na pobranie narządów po śmierci osób bliskich (Tab. IV).

Tab. IV. Akceptacja na pobranie narządów od bliskich po śmierci

Czy akceptuje Pan/Pani możliwość pobrania narządów od bliskiej osoby po jej śmierci?					
Rok studiów	zdecydowanie nie	raczej nie	trudno powiedzieć	raczej tak	zdecydowanie tak
I	0,00%	3,03%	21,21%	43,94%	31,82%
II	0,00%	2,41%	18,07%	45,78%	33,74%
III	0,00%	8,45%	19,74%	25,33%	46,48%
IV	0,00%	1,16%	9,31%	34,88%	54,65%
V	2,38%	2,38%	16,67%	30,95%	47,62%

Źródło: *opracowanie własne*

40% studentów kierunku zdrowie publiczne wskazało poprawnie obowiązujący model regulacji prawnych w zakresie przeszczepiania narządów. Drugą najczęściej wskazywaną odpowiedzią (32,56%) była zgoda wyrażona za życia. Blisko 20% respondentów udzieliło odpowiedzi, że aby pobrać narządy od zmarłego dawcy potrzebna jest zgoda jego rodziny (Tab. V).

Tab. V Znajomość regulacji prawnych – bez podziału

Jakie przepisy wg Pana/Pani regulują pobieranie narządów w Polsce?				
zgoda za życia	sprzeciw za życia	zgoda rodziny	brak regulacji	nie wiem
32,56%	40,51%	19,23%	1,03%	6,67%

Źródło: opracowanie własne

Z uwzględnieniem podziału na poszczególne lata studiów, zaobserwowano, że poprawną odpowiedź wskazywali zdecydowanie częściej studenci wyższych lat studiów. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi wskazali studenci IV roku studiów (53,49%). Wśród studentów I i II roku studiów najczęściej wskazywaną odpowiedzią była zgoda wyrażona przez zmarłego za jego życia (odpowiednio 40,91% i 39,76%). Niepokojący jest fakt wysokiego odsetka odpowiedzi dla zgody wyrażanej przez rodzinę. Odpowiedź ta była wskazywana przez blisko 20% respondentów na wszystkich latach studiów (Tab. VI).

Tab. VI. Znajomość regulacji prawnych – z podziałem wg roku studiów

Jakie przepisy wg Pana/Pani regulują pobieranie narządów w Polsce?					
Rok studiów	zgoda za życia	sprzeciw za życia	zgoda rodziny	brak regulacji	nie wiem
I	40,91%	36,36%	19,70%	0,00%	3,03%
II	39,76%	24,10%	20,48%	3,61%	12,05%
III	32,39%	40,85%	19,72%	0,00%	7,04%
IV	24,42%	53,49%	17,44%	0,00%	4,65%
V	27,38%	46,43%	19,05%	1,22%	5,92%

Źródło: opracowanie własne

Blisko 98% studentów zdecydowałoby się na oddanie nerki lub fragmentu wątroby bardzo bliskiej rodzinie, gdyby mogli być dawcą. Na drugim miejscu znalazł się bardzo bliski przyjaciel (71,54%). Na oddanie swojego narządu dalekiej rodzinie zdecydowałoby się 47,44%. W stosunku do osób obcych, gotowość studentów do bycia dawcą została odnotowana niższym odsetkiem odpowiedzi pozytywnych. W stosunku do osób obcych, o

których wiadomo, że nie mają rodziny swoją gotowość do bycia dawcą zadeklarowało 40% respondentów. W sytuacji, gdy biorcą jest osoba, o której nic nie wiadomo, odpowiedzi pozytywnej udzielił co 3 student (Tab. VII).

Tab. VII. Gotowość oddania nerki lub fragmentu wątroby

Po stwierdzeniu, że może Pan/Pani być dawcą, komu oddałby Pan/Pani nerkę lub fragment wątroby?						
	bardzo bliskiej rodzinie	dalekiej rodzinie	bardzo dobremu przyjacielowi	obcej osobie, o której wiem, że nie ma rodziny	obcej osobie, o której nic nie wiem	nikomu bym nie oddał
tak	97,69%	47,44%	71,54%	40,51%	32,82%	98,97%
nie	2,31%	52,56%	28,46%	59,49%	67,18%	1,03%

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

Na podstawie przeglądu literatury można zauważyć, że poziom akceptacji dla przeszczepiania narządów wzrasta. Niestety, liczba dokonywanych przeszczepów jest wciąż daleka od potrzeb.

W badaniach przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), Polacy wykazali bardzo pozytywny stosunek do idei przeszczepiania narządów. 93% Polaków uznało transplantację narządów za słuszną i potrzebną metodę ratowania ludzkiego życia. CBOS od 1995 bada opinie Polaków na temat pobierania i przeszczepiania narządów. Przez cały czas prowadzonych badań Polacy wykazywali aprobatę i pozytywne nastawienie. Potwierdza to fakt, że w latach 1995-2016, odsetek osób będących przeciw nie przekroczył 10% [4].

W badaniach H. Sahin i O. Abbasoglu przeprowadzonych wśród 1541 studentów medycyny, 94,4% było przychylnych idei przeszczepiania narządów. 60,7% wykazało gotowość do bycia dawcą w przyszłości [6].

Znajomość regulacji prawnych jest czynnikiem, który może mieć istotny wpływ na ilość przeszczepianych narządów. Studenci kierunku zdrowie publiczne jedynie w 40% znali obowiązujący model regulacji.

Badania indyjskie przeprowadzone wśród studentów pielęgniarstwa (n=271) potwierdzają, że studenci kierunków medycznych są świadomi potrzeby dawstwa narządów.

Blisko 95% studentów nie wiedziało, jakie przepisy regulują pobieranie i przeszczepianie narządów w Indiach [7].

Również badania przeprowadzone wśród studentów w Grecji potwierdziły brak znajomości obowiązujących przepisów. 78,9% respondentów nie miało odpowiedniej wiedzy dotyczącej bieżącej legislacji. Jedynie 4,2% respondentów wykazało się odpowiednią wiedzę [8].

Zdecydowanie łatwiej studenci reprezentowali stanowcze poparcie, gdy pytanie o pobranie narządów nie dotyczyło ich bliskich lub bezpośrednio ich samych. Odsetek osób, które popierają transplantacje narządów ogólnie jest zdecydowanie wyższy niż odsetek osób, które zgodziłyby się na pobranie narządów po własnej śmierci lub śmierci osób bliskich.

W badaniach CBOS z 2016 r. ośmiu na dziesięciu Polaków zgodziłoby się na pobranie własnych narządów po śmierci, a jedynie co piąty respondent wiedział o tym, że w Polsce obowiązuje model zgody domniemanej [4].

Przyjęty w Polsce model zgody domniemanej ma na celu możliwość zwiększenia liczby pobrań, gdyż taka konstrukcja prawna nakłada jedynie wymóg sprawdzenia, czy potencjalny dawca nie wyraził przed śmiercią sprzeciwu w tej materii [9]. Nieznajomość obowiązującej ustawy transplantacyjnej, kryteriów i mechanizmu orzekania śmierci mózgu mają istotny wpływ na liczbę dokonywanych przeszczepów [10].

Medycyna transplantacyjna i jej przyszłość zależy od postępu technologicznego, kompetencji kadry medycznej, rozwiązań organizacyjnych, ale w bardzo dużym stopniu także od jej społecznego postrzegania, świadomości społeczeństwa i altruistycznych chęci ratowania ludzkiego życia [11].

Wnioski

1. Studenci kierunku zdrowie publiczne wykazują akceptację i poparcie dla pobierania i przeszczepiania narządów.
2. Odsetek osób, które wyraziły swoje poparcie dla przeszczepiania narządów ogółem jest zdecydowanie wyższy niż procent osób, które zgodziłyby się na pobranie własnych narządów lub narządów osób bliskich po ich śmierci.
3. Należy podjąć działania mające na celu edukację studentów w zakresie regulacji prawnych dotyczących pobierania i przeszczepiania narządów oraz działania promujące pozytywny odbiór medycyny transplantacyjnej. Podjęte działania mogłyby pomóc w zwiększeniu liczby osób, które zdecydowałyby się na bycie dawcą.

Piśmiennictwo

1. Sanner M.A: A Swedish survey of young people's views on organ donation and transplantation, *Transplant International*, 2002, 15, 641-648.
2. Gorzkowicz B., Majewski W., Tracz E., Zamojska E., Czarnota-Chlewicka J., Brzózka W., Maksymowicz M., Szydlik M., Szymańska K., Bilski k., Szankowska N.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18, 2, 111-116.
3. Poltransplant. Biuletyn Informacyjny. 2017, 05, 1, 25, http://poltransplant.pl/Download/Biuletyn_2017.pdf, data pobrania 4.05.2018.
4. Postawy wobec transplantacji narządów. Komunikat z badań CBOS. Nr 119/2016, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF, data pobrania 4.05.2018.
5. Sahin H., Abbasoglu O.: Attitudes of medical students from different countries about organ donation, *Experimental and Clinical Transplantation*, 2015, DOI: 10.6002/ect.2014.0228.
6. Vijayalakshmi P., Poreddi V., Katayani B.V., Gandhi S., Thimmaiah R., Badamath S.: Attitudes, Knowledge, and Willingness to Donate Organs among Indian Nursing Students, *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 2016, 27, 6, 1129-1138.
7. Sarnacka E: Models of the Legal Construct of Consent for Post Mortem organ Transplantation Illustrated by the Example of Poland, Norway and USA, *Review of Comparative Law*, 2017, 29, 61-96.
8. Dardavessis T., Xenophontos P., Haidich A.B., Kiritsi M., Vayionas M.A.: Knowledge, Attitudes and Proposals of Medical Students Concerning Transplantations in Greece, *International Journal of Preventive Medicine*, 2011, 2, 3, 164–169.
9. Wojciechowski P., Szpringer M.: Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków, *Studia Medyczne*, 2012, 27, 3, 45-52.
10. Stosunek społeczeństwa do transplantacji narządów. Komunikat z badań. Warszawa, luty 1995, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/1995/K_037_95.PDF, data pobrania 4.05.2018.
11. Kobus G.: Opinions and Knowledge about Organ Donation and Transplantation of Residents of Selected Villages in Podlaskie Voivodeship, *Annals of Transplantation*, 2015, 20, 256-262.

Transplantacja ex mortuo – drugim życiem dla osób w schyłkowej fazie przewlekłej niewydolności nerek

Stasiak Edyta^{1,2}, Marek Justyna^{3,4}, Słowiński Jerzy⁵

1. Studium Doktoranckie, Zakład Epidemiologii, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Stacja Dializ, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
3. Studium Doktoranckie, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach
5. Zakład Epidemiologii, Katedra Epidemiologii i Biostatystyki, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

„Życie jest talentem (por. Mt 25, 14-30), powierzonym nam, abyśmy go przemieniali i pomnażali, czyniąc z niego dar dla innych. Żaden człowiek nie jest samotną „górką lodową”, dryfującą po oceanie historii; każdy z nas należy do wielkiej rodziny, w której ma swoje miejsce i swoją rolę do odegrania”[1].

Transplantacja narządów była niegdyś przedmiotem świata fikcji, iluzji, fantazji, do niedawna bez rzeczywistych szans na przyszłość, stała się obecnie skutecznym sposobem leczenia chorych, którzy pozbawieni zostali możliwości korzystania z podstawowych funkcji życiowych i utracili możliwość przeżycia.

Słowo „transplantacja” wywodzi się od łacińskiego słowa *transplantare*, czyli „przesadzać”, „przenosić”. Określa metodę chirurgicznego przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. Terapia transplantacyjna to obecnie uznana metoda medyczna leczenia skrajnej niewydolności narządów [2]. Prof. Homer Smith powiedział: *„Kości mogą ulec złamaniu, mięśnie zanikowi, gruczoły mogą próżnować, nawet mózg może zapaść w sen nie powodując bezpośredniego zagrożenia życia. Jeśli jednak nerki zawiodą, to nie przeżyją ani kości, ani mięśnie, gruczoły ani mózg.”* Słowami tymi w pełni oddał istotę schyłkowej niewydolności nerek. Przewlekła choroba nerek (PChN) – to złożony zespół chorobowy. W sposób powolny, ale nieodwracalny dochodzi do pogorszenia funkcji nerek. Funkcja nerek

zostaje zaburzona na skutek zmian chorobowych, jakie toczą się w ich mięszu. Postępujący proces chorobowy powoli zmniejsza liczbę prawidłowo funkcjonujących kłębuszków nerkowych. Rozwój przewlekłej choroby nerek doprowadza do pogorszenia wszystkich funkcji nerek i w konsekwencji do głębokiego zatrucia organizmu, dotyczącego praktycznie wszystkich narządów, tkanek i komórek. Stan taki określany jest mocznicą. Zatrucie jest wywołane zatrzymaniem w organizmie odpadów przemiany materii, które prawidłowo wydalone są z moczem, zakwaszeniem organizmu oraz zaburzeniem zawartości wody i stężenia minerałów w organizmie. Najczęstsze objawy mocznicy to: nudności, wymioty, osłabienie, niedokrwistość, drgawki, a w okresie schyłkowym - śpiączka mocznicowa. Objawom tym mogą towarzyszyć: obrzęk płuc, obrzęk mózgu, jałowe zapalenie osierdza i martwicze zapalenie jelita grubego. Zdiagnozowana mocznicą jest wskazaniem do rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego, które uchroni chorego przed śmiercią. Formą leczenia nerkozastępczego może być dializoterapia lub transplantacja nerki [3-5]. Zabieg przeszczepienia nerki może zostać wykonany zarówno u osoby leczonej dializami, jak i u osoby przed wdrożeniem programu przewlekłej dializoterapii. Wówczas jest to tzw. przeszczepienie wyprzedzające. Nerka do przeszczepu może zostać pobrana od osoby zmarłej (transplantacja *ex mortuo*) lub osoby żywej (transplantacja *ex vivo*). W przypadku zmarłego dawcy, narządy i tkanki do przeszczepienia można pobrać ze zwłok, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia. Jest to tzw. *zgoda domniemana*, zakładająca, że jeżeli ktoś za życia nie złożył sprzeciwu wobec pobrania narządów i tkanek, to wyrażał na takie pobranie zgodę [5]. Każda żyjąca osoba może wyrazić zgodę na oddanie po śmierci swoich narządów dla ratowania życia i/lub przywracania zdrowia innym ludziom. Oświadczenie woli jest informacją, ale nie zwalnia w żaden sposób z obowiązku sprawdzenia, czy potencjalny dawca nie wyraził sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. W przypadku PChN, transplantacja dotyczy narządu, którego czynność ma podstawowe znaczenie dla życia, a którego utrata nie jest niemożliwa do zastąpienia, tak jak serce, czy wątroba. Alternatywą dla transplantacji nerki jest zastąpienie tego narządu przez urządzenia techniczne do hemodializy, tzw. sztuczną nerkę. Pomimo możliwości wyboru jednej z metod leczenia nerkozastępczego, wielu pacjentów traktuje sztuczną nerkę, która pozwala im przeżyć, jako rozwiązanie tymczasowe w oczekiwaniu na przeszczep. W przypadku niepomyślnego przeszczepienia bądź ewentualnego nawrotu niewydolności nerek, dializoterapia ponownie będzie mogła być zastosowana. Zasadnicza subiektywna poprawa, jaką odczuwają chorzy po udanej transplantacji nerki, wiąże się z poczuciem odzyskania swobody oraz uwolnienia od bezwzględnie realizowanego programu dializ [5].

Założenia i cel pracy

Celem pracy jest propagowanie rzetelnej wiedzy na temat transplantacji *ex mortuo* dla zrozumienia terapii transplantacyjnej, jako formy leczenia schyłkowej niewydolności nerek. Intencją naszą przed podjęciem się trudu napisania niniejszego artykułu było, aby znajomość problematyki związanej z transplantacją nerki wyszła poza ośrodki specjalistyczne i stała się udziałem osób podejmujących bardzo trudne życiowe decyzje, które mają wpływ na jakość życia innych ludzi, a często wręcz na ich przeżycie.

Materiał i metody

Praca powstała dzięki analizie wybranych treści piśmiennictwa dotyczącego: epidemiologii, istoty przewlekłej choroby nerek, sposobów leczenia, zintegrowanej opieki nefrologicznej oraz transplantacji u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w jej schyłkowym stadium. Analizie poddano także dane statystyczne Poltransplanu.

Epidemiologia PChN

Liczba chorych z przewlekłą chorobą nerek alarmująco wzrasta. Spowodowane jest to rozwojem chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca, otyłość, czy nadciśnienie tętnicze [5], a także nadużywaniem leków, które trwale uszkadzają nerki, np. leków przeciwbólowych [6]. Szacuje się, że w Polsce na przewlekłą chorobę nerek w jej różnych stadiach może cierpieć ponad 4 mln ludzi [7]. Obecnie uznaje się PChN za chorobę cywilizacyjną, występującą znacznie częściej, niż dotychczas uważano. Aktualnie wiadomo, że przewlekła choroba nerek na różnych etapach postępu dotyczy ponad 10% populacji, natomiast u pacjentów z grup ryzyka częstotliwość pojawiania się schorzenia dotyczy 30–50% [8-10]. Stale zwiększająca się liczebność osób z PChN w schyłkowym stadium, wymagających leczenia nerkozastępczego podkreśla społeczny wymiar tej choroby [10]. Kwestia transplantacji odnosi się do każdego człowieka, często bezpośrednio. Doświadczenia związane z przeszczepianiem oscylują wokół życia i śmierci człowieka. Nieuleczalne uszkodzenie organu, który jest niezbędny do normalnego funkcjonowania, skazuje ludzi na śmierć. Zabieg przeszczepienia może stać się „ucieczką” od śmierci [11] bądź przewlekłej i uciążliwej terapii [5] poprzez możliwość „zaszczepienia dalszego życia” [11].

Św. Jan Paweł II powiedział: „Każdy przeszczep narządu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej, decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka. Na tym właśnie polega szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości” [12]. Podkreślał, że „należy zaszcześcić w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczere i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów”[13].

Wyniki

Leczenie zachowawcze PChN przedłuża jedynie życie chorego, natomiast w schyłkowej fazie tej choroby pacjent może uniknąć śmierci jedynie dzięki wdrożeniu leczenia nerkozastępczego w postaci dializoterapii lub przeszczepieniu nerki [5]. Starzenie się społeczeństwa i wzrost zapadalności na choroby nerek, które w konsekwencji powodują ich skrajną niewydolność [14], przyczyniają się do wzrastającego zapotrzebowania na transplantację tego narządu [15].

Kwalifikacja do zabiegu przeszczepienia nerki

Transplantacja nerki jest możliwa tylko w sytuacji, kiedy nie zostały stwierdzone przeciwwskazania bezwzględne lub względne, a prognozowane leczenie immunosupresyjne nie spowoduje u chorego groźnych powikłań lub jego śmierci. Pacjent zawsze musi zostać poinformowany zarówno o korzyściach, jak i zagrożeniach wynikających z tego rodzaju zabiegu [17].

Przeciwwskazania do transplantacji nerki [5]:

- choroba nowotworowa o charakterze uogólnionym,
- AIDS,
- uogólniona miażdżyca z nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu, kończyn dolnych i jamy brzusznej,
- choroby układu sercowo-naczyniowego niemożliwe do wyleczenia lub w trakcie leczenia,
- aktywne stany zapalne,
- marskość wątroby (ewentualny przeszczep nerki i wątroby),
- okres karencji po leczeniu nowotworu (wyjątek stanowi rak skóry, niebędący czerniakiem),

- uzależnienia (narkotyki, alkohol),
- choroby psychiczne,
- brak współpracy pacjenta.

Kwalifikacja do zabiegu przeszczepienia nerki powinna mieć charakter kompleksowy. Weryfikacji powinien zostać poddany nie tylko aspekt medyczny (brak przeciwwskazań), ale także aspekt psychologiczny (postawa wobec proponowanej terapii, motywacja), uwarunkowania socjalne, które będą miały bezpośredni wpływ na powodzenie terapii w przyszłości, a także warunki ekonomiczne (zdolność sfinansowania leczenia immunosupresyjnego po zabiegu przeszczepienia nerki) [5].

Ocena kliniczna stanu pacjenta oraz czynników ryzyka obejmuje [17]:

- nowotwory,
- powikłania sercowo-naczyniowe,
- infekcje,
- choroby wątroby,
- choroby przewodu pokarmowego,
- otyłość, cukrzycę oraz choroby metaboliczne,
- trombofilię,
- nawrót choroby podstawowej,
- wskazania do zabiegów chirurgicznych przed transplantacją.

Potencjalny biorca nerki wymaga wnikliwej oceny stanu zdrowia, poszczególnych układów i narządów, wykonania badań laboratoryjnych, obrazowych oraz konsultacji specjalistycznych.

Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie (KLO)

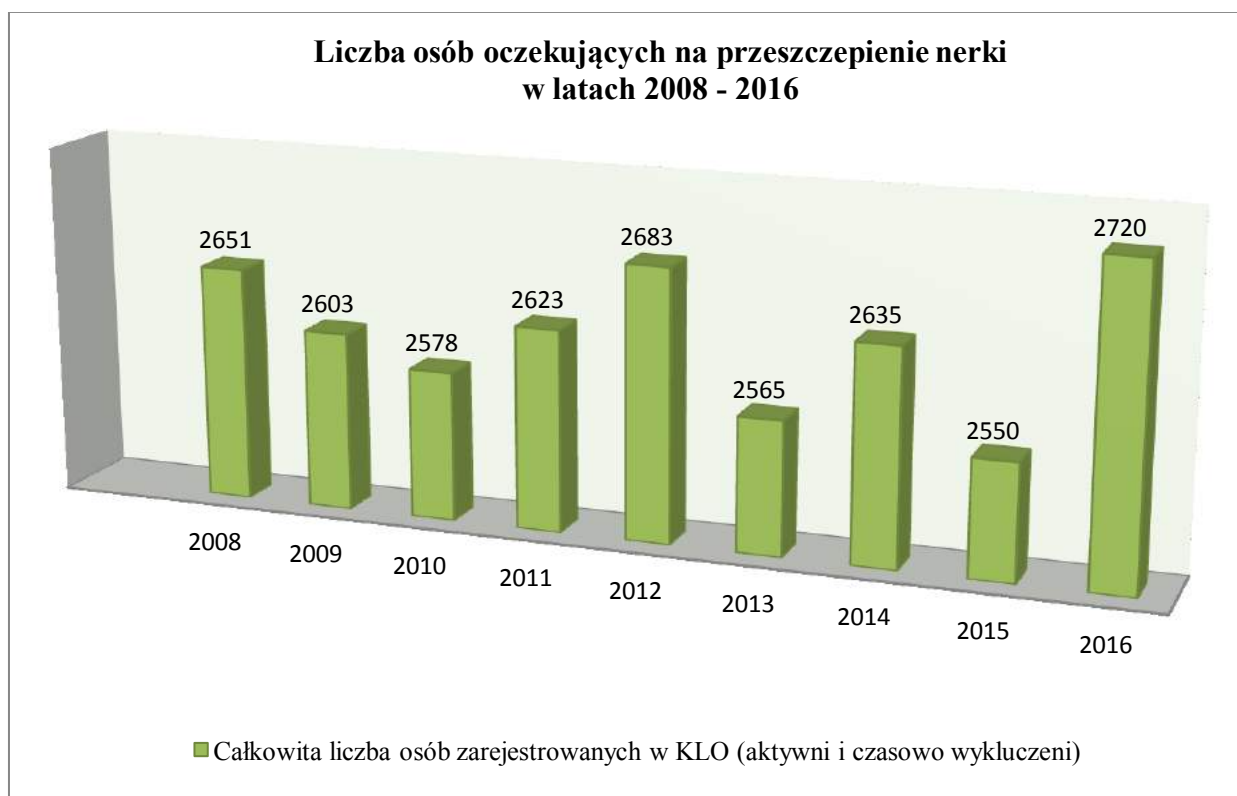
Potencjalny biorca nerki jest zgłaszany na Krajową Listę Oczekujących. Lista prowadzona jest przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” w Warszawie. Zadaniem Centrum jest koordynacja, nadzór oraz prowadzenie rejestru wszystkich transplantacji komórek, tkanek i narządów w Polsce [15].

Przeszczepianie narządów w Polsce reguluje Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r [16].

„Niniejsza ustawa wdraża postanowienia następujących dyrektyw Unii Europejskiej [16]:

- 1) dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE L 102 z 07.04.2004, str. 48, z późn. zm.[2]) – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 8, str. 291);
- 2) dyrektywy Komisji (UE) 2015/565 z dnia 8 kwietnia 2015 r. zmieniającej dyrektywę 2006/86/WE w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE L 93 z 09.04.2015, str. 43);
- 3) dyrektywy Komisji (UE) 2015/566 z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie wykonania dyrektywy 2004/23/WE w odniesieniu do procedur weryfikacji równorzędnych norm jakości i bezpieczeństwa przywożonych tkanek i komórek (Dz. Urz. UE L 93 z 09.04.2015, str. 56).”.

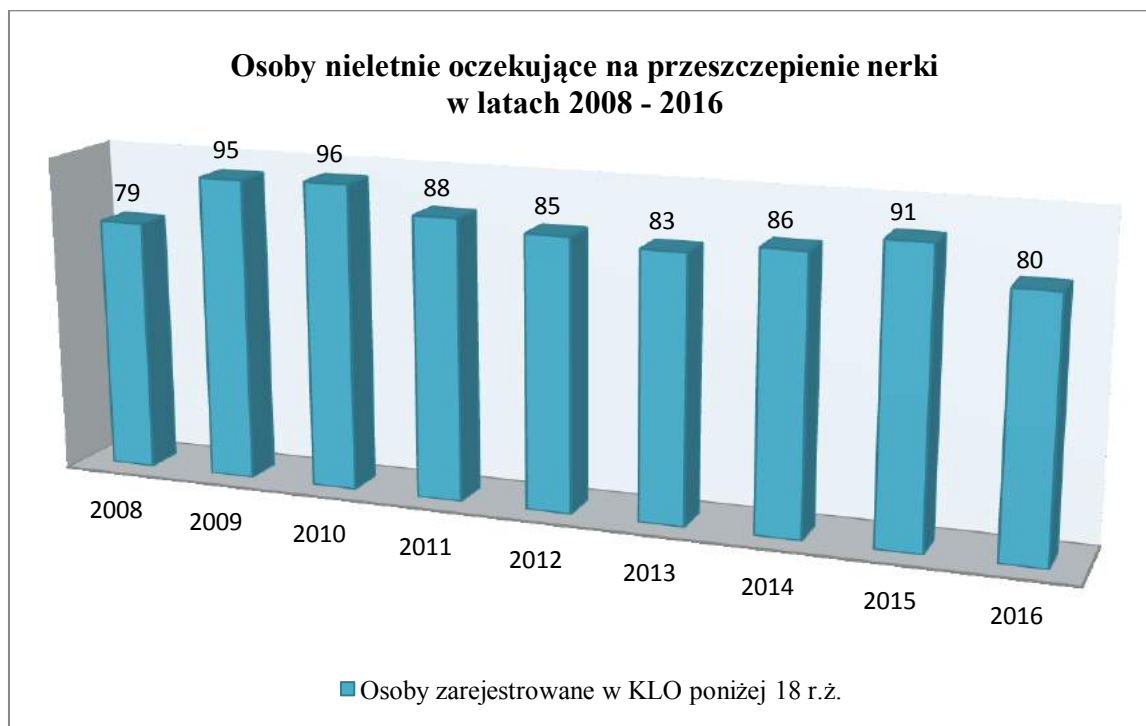
Każdy pacjent z przewlekłą chorobą nerek powinien być rozważany jako potencjalny biorca nerki, a chory z cukrzycą typu I – jako biorca nerki i trzustki [17].



Rycina 1. Liczba osób oczekujących na przeszczepienie nerki w latach 2008 – 2016
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu 2017.

W roku 2008 odnotowano 2651 osób oczekujących na przeszczepienie nerki. W kolejnych latach liczba osób zarejestrowanych w KLO zmniejszała się. Wzrost liczby

oczekujących nastąpił w 2012 roku do 2683 osób. Kolejne lata to ponowny spadek liczby osób zarejestrowanych, jako oczekujące. W 2016 r. w KLO na transplantację nerki bądź też nerki wraz z trzustką, wątrobą, czy sercem zarejestrowanych było 2720 chorych. W grupie tej 1268 osób stanowiło nowe zgłoszenia. Wśród nich 112 chorych zgłoszono w trybie przeszczepów wyprzedzających rozpoczęcie leczenia dializami, jest to około 8,8% wszystkich zgłoszonych [15].

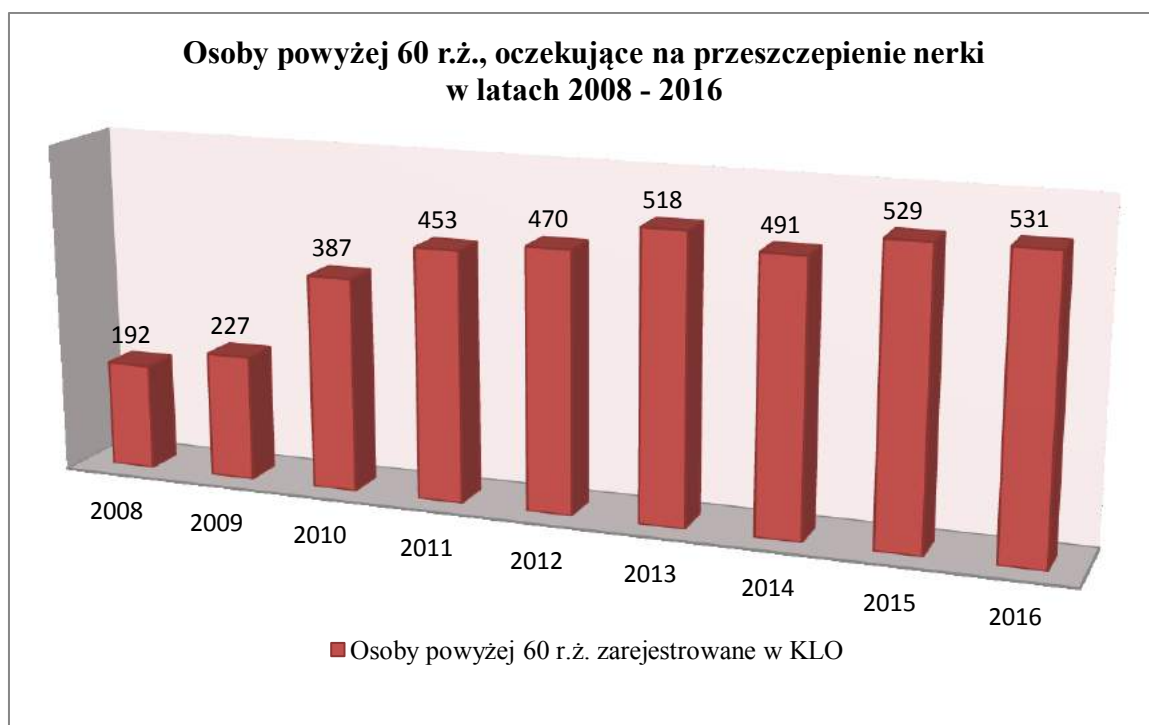


Rycina 2. Osoby nieletnie oczekujące na przeszczepienie nerki w latach 2008 – 2016

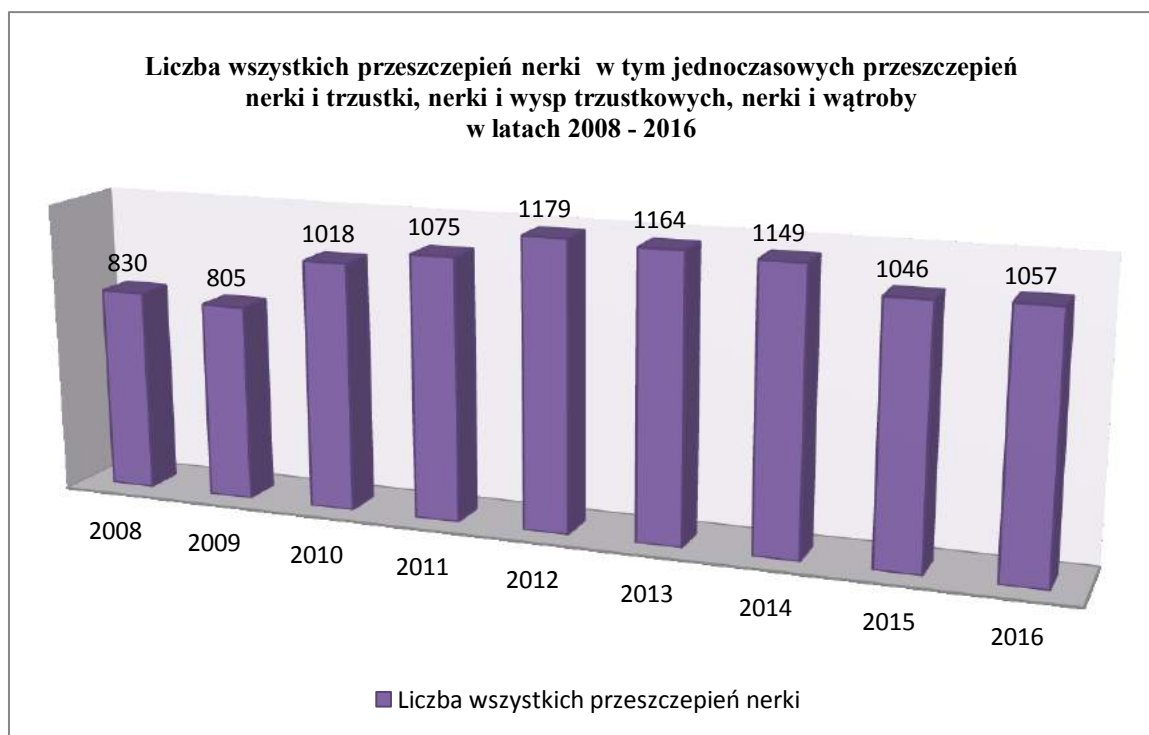
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu 2017.

Liczba osób nieletnich zgłoszonych do KLO jako potencjalnych biorców przeszczepu w latach 2008 – 2016 nie zmieniała się znacząco. Wahala się między 79 a 96 osób. Nieco odmienna jest sytuacja w grupie osób powyżej 60. r.ż. Prezentuje to rycina 2.

U osób powyżej 60. r.ż. zwiększa się częstość uszkodzenia nerek oraz PChN. W konsekwencji mogą one prowadzić do schyłkowej niewydolności nerek [18]. Zwiększające się zapotrzebowanie na transplantację nerki, jako metody leczenia PChN, potwierdzają dane Poltransplantu (ryc.3). W 2008 roku, 192 osoby powyżej 60. r.ż., oczekiwały na przeszczepienie nerki, a w 2009 – 227 osób. Od roku 2010 widoczny jest wyraźny i stały wzrost liczby osób powyżej 60. r.ż., oczekujących na przeszczep nerki. W 2016 roku osób takich na liście KLO było 531.



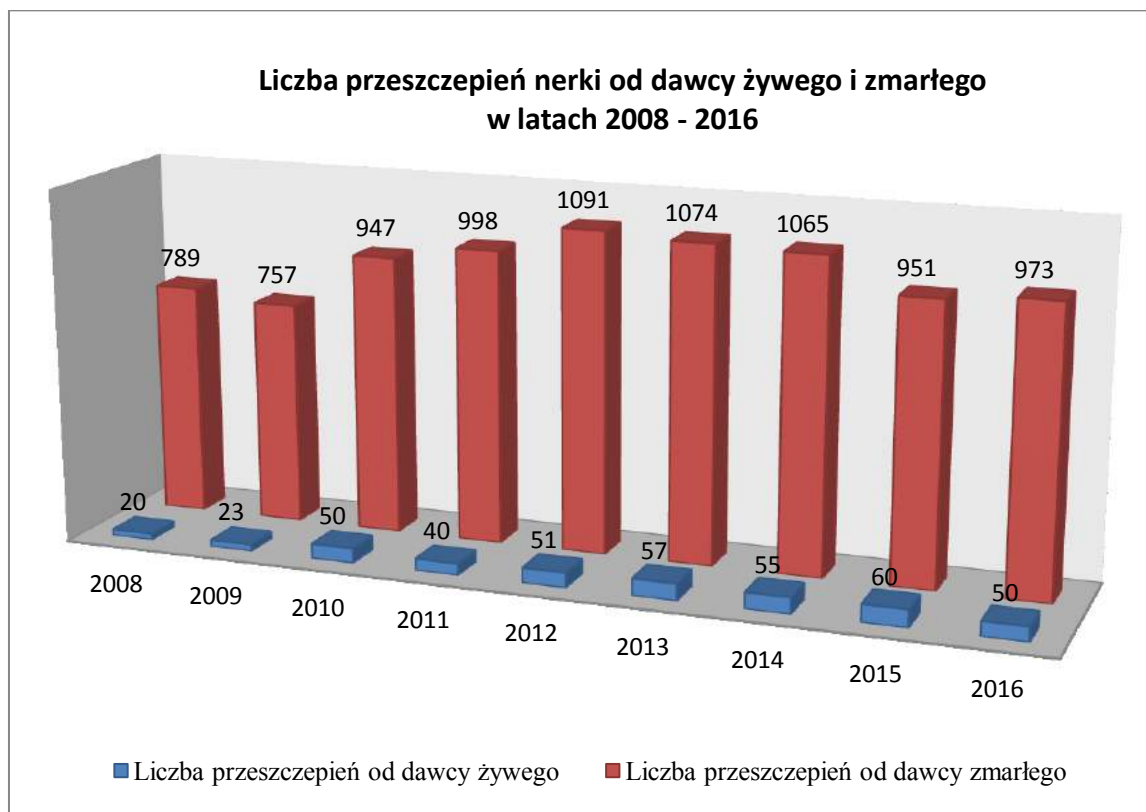
Rycina 3. Osoby powyżej 60 r.ż., oczekujące na przeszczepienie nerki w latach 2008– 2016
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu 2017.



Rycina 4. Liczba wszystkich przeszczepień nerki w latach 2008 – 2016
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu 2017.

Od roku 2009 do 2012 sukcesywnie wzrastała liczba dokonywanych przeszczepień nerki oraz jednoczasowych przeszczepień nerki i trzustki, nerki i wysp trzustkowych, i nerki z

wątrobą. Rok 2012 był jednym z najlepszych lat pod względem wykonanych transplantacji nerki. Wykonanych zostało 1179 przeszczepień. Następne lata to niestety widoczny spadek liczby dokonywanych zabiegów transplantacyjnych. W 2016 roku wykonano 1057 przeszczepień nerki, w tym 31 jednoczasowych przeszczepień nerki i trzustki i 3 przeszczepienia nerki i wątroby. Wśród 1057 przeszczepień, 43 zostały wykonane u chorych przed rozpoczęciem dializ, jako przeszczep wyprzedzający [15].

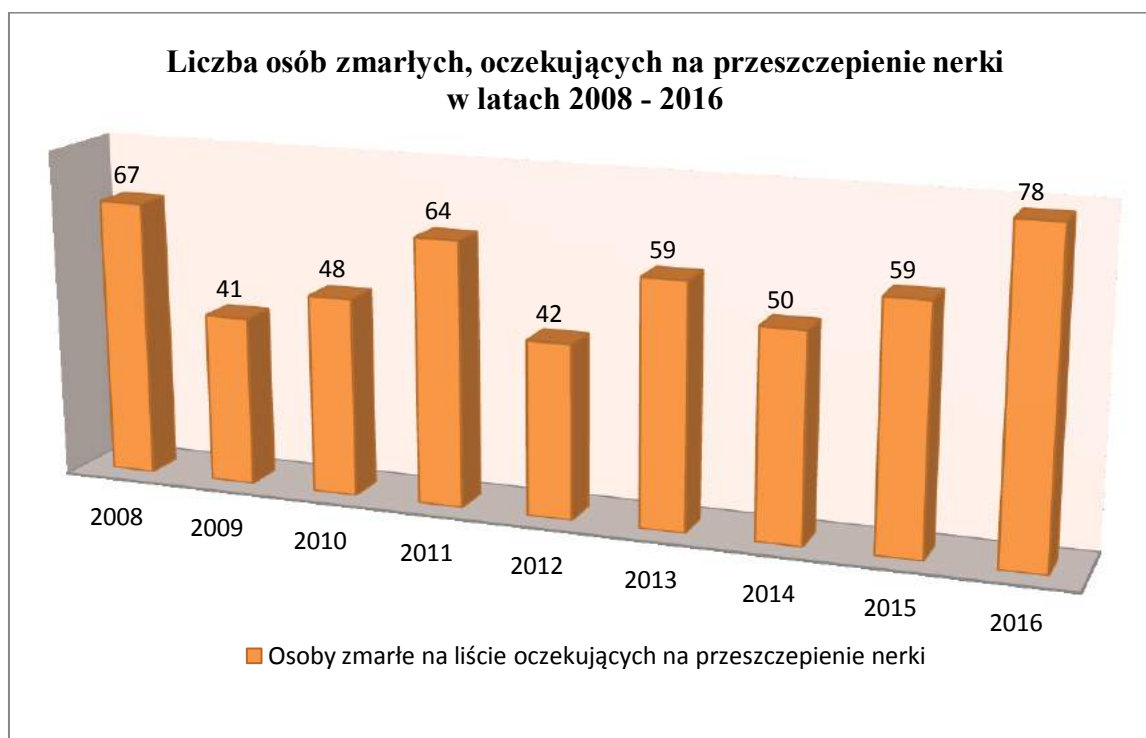


Rycina 5. Liczba przeszczepień nerki od dawcy żywego i zmarłego w latach 2008 – 2016

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu 2017.

W Polsce terapia transplantacyjna schyłkowej niewydolności nerek bazuje na przeszczepieniach tego narządu pobranego od osób zmarłych. Wyraźnie widoczne jest to w danych zebranych przez Poltransplant (ryc. 5). Istnieje olbrzymia dysproporcja pomiędzy liczbą przeszczepień nerek pobranych od żywych dawców, a przeszczepień tego organu, pobranego od osób zmarłych. W latach 2008 – 2016 liczba dokonanych przeszczepień nerek pobranych od osób żywych wahała się pomiędzy 20 a 60, podczas gdy przeszczepienia nerek pobranych od osób zmarłych wynosiły od 757 w 2009 roku do 1091 w 2012 roku. W roku 2016 przeszczepiono 973 nerki od osób zmarłych (*ex mortuo*), a jedynie 50 od osób żywych (*ex vivo*). Odsetek transplantacji z wykorzystaniem narządów pozyskanych od dawców

żywych w latach 2008 – 2016 jest znikomy, w porównaniu z transplantacjami z wykorzystaniem nerek od osób zmarłych.

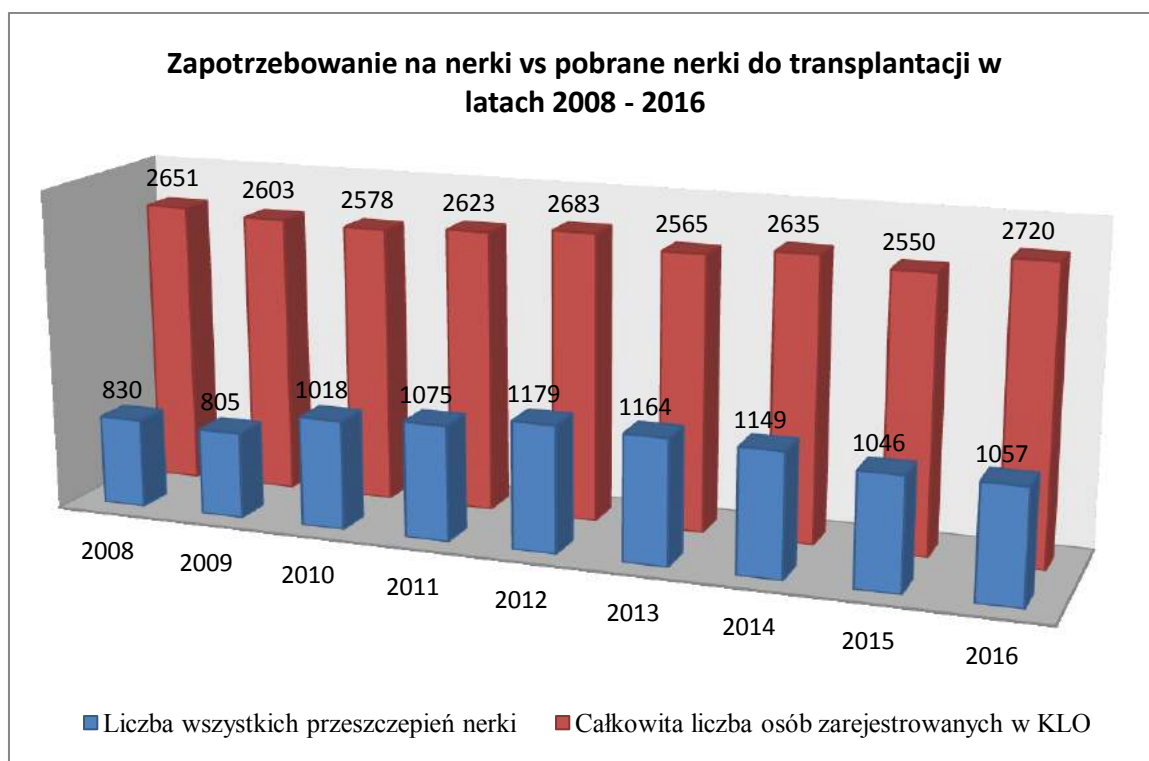


Rycina 6. Liczba osób zmarłych w oczekiwaniu na przeszczep nerki w latach 2008 – 2016
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu 2017.

Liczba osób zmarłych, oczekujących na przeszczepienie nerki wynosiła w 2016 roku 78 osób i była największa od 8 lat.

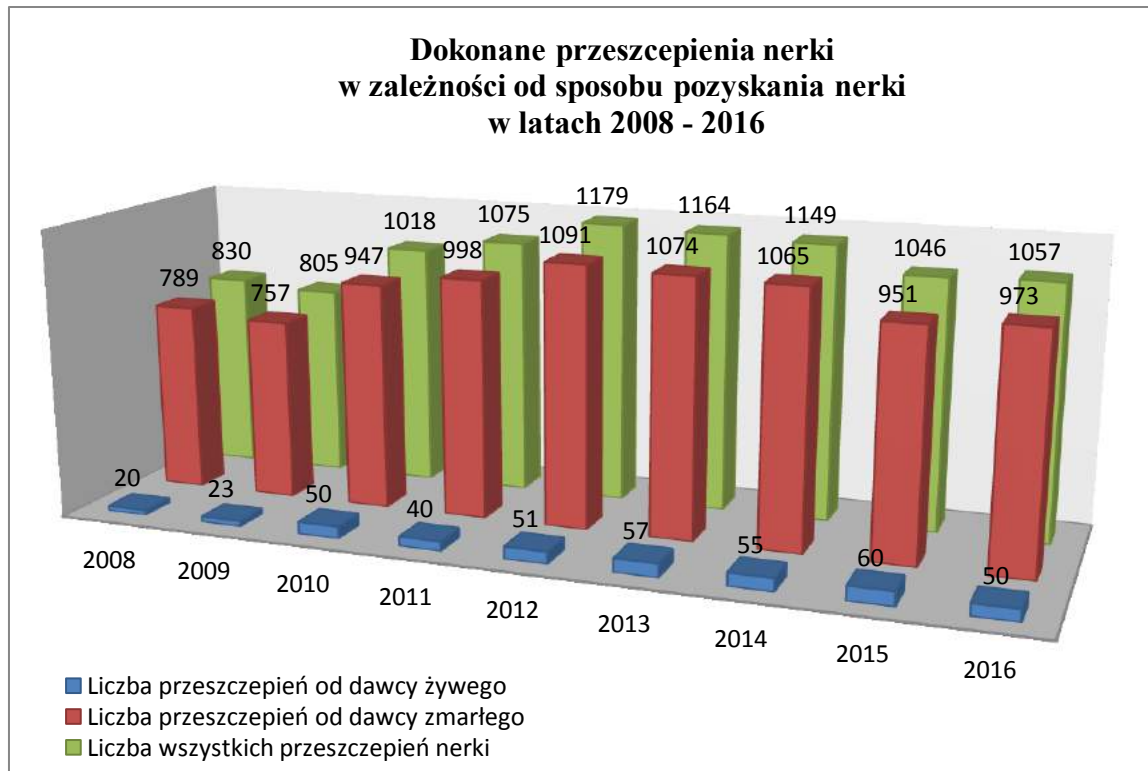
Zapotrzebowanie na nerki do transplantacji znacząco przewyższa ich dostępność. Od roku 2008 przez kolejne lata, do roku 2016 w danych Poltransplantu widoczny jest duży niedobór tego narządu do celów transplantacyjnych..

Nadal nie ulega większym zmianom liczba przeszczepień nerek pobranych od dawców żywych. Tego rodzaju transplantacje w wielu innych krajach wykonywane są w znacznie szerszym zakresie [17]. W 2016 r. wykonano 50 transplantacji nerek pobranych od innej żywej osoby. W 2015 r. przeprowadzono 60 tego rodzaju przeszczepień. Podobnie było w latach poprzednich. Znacznie więcej wykonuje się przeszczepień nerek od dawców zmarłych. Najwięcej przeszczepień *ex mortuo* wykonano w 2012 roku. W kolejnych latach liczba tego rodzaju transplantacji nieco spadła. W roku 2015 przeprowadzono ich 951, a w roku 2016 – 973.



Rycina 7. Porównanie zapotrzebowania na nerki z ilością nerek pobranych do przeszczepienia w latach 2008 – 2016

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu 2017.



Rycina 8. Porównanie wykonanych przeszczepień nerki w zależności od sposobu pozyskania narządu do transplantacji w latach 2008 – 2016

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu 2017.

Dyskusja

Transplantacja nerki, spośród innych metod leczenia schyłkowej niewydolności nerek, jest postępowaniem z wyboru. Wydłuża ona dwukrotnie życie chorych i zapewnia nieporównywalnie większy komfort ich życia [19].

Z ekonomicznego punktu widzenia jest tańsza niż wieloletnia dializoterapia [17]. W pierwszym roku po zabiegu koszty opieki są o 30% mniejsze, a w następnym – o 70% [19].

Prof. M. Durlik zwraca uwagę na fakt, iż ryzyko zgonu u osób po przeszczepieniu nerki jest o 68% mniejsze, niż u osób dializowanych. Prognozowany czas przeżycia chorego dializowanego to ok. 10 lat, natomiast chorego po transplantacji nerki wzrasta do 20 lat [17]. Największymi beneficjentami tego typu terapii są osoby młode, do 30. r.ż. [20], ale nie ma zarówno medycznych, jak i etycznych podstaw, by unikać transplantacji nerek u osób powyżej 60., a nawet 70. r.ż. [21].

Obecnie obserwujemy wzrost liczby osób starszych, chorych na schyłkową niewydolność nerek, wdrażanych do programu przewlekłej dializoterapii. Spowodowane jest to starzeniem się populacji, wydłużaniem życia oraz skuteczniejszym leczeniem schorzeń towarzyszących [18]. Nefropatia cukrzycowa, określana jako cukrzycowa choroba nerek jest jednym z powikłań cukrzycy. Tego rodzaju zmiany w nerkach towarzyszą zarówno cukrzycy typu 1, jak i 2. Szacuje się, że u około 20-30% chorych na cukrzycę może rozwinąć się nefropatia. Wśród ok. 50% pacjentów z nefropatią w przebiegu cukrzycy typu 1 dochodzi do rozwoju schyłkowej niewydolności nerek po 10 latach, zaś u ok. 75% pacjentów po 20 latach trwania choroby. W grupie chorych z nefropatią w przebiegu cukrzycy typu 2 schyłkową niewydolność nerek stwierdza się u ok. 20% chorych, po około 20 latach trwania choroby [22].

Nadciśnienie tętnicze, zwane nadciśnieniową chorobą nerek w Polsce jest najczęściej konsekwencją miażdżycy. Szacuje się, że dotyka około 60% osób w wieku podeszłym [18]. Nieleczone lub źle leczone powoduje PChN i w konsekwencji schyłkową niewydolność narządu, wymagającą leczenia nerkozastępczego [5].

Obecnie w Polsce terapia nerkozastępcza w postaci dializoterapii bądź transplantacji nerki jest dostępna dla wszystkich, niezależnie od wieku. Ponad 50% osób leczonych hemodializami ukończyła 65. r.ż. i stale wzrasta liczba chorych w podeszłym wieku, kwalifikowanych do transplantacji nerki [18,21]. Wieloletnie doświadczenia wybitnych nefrologów z wiodących ośrodków nefrologicznych w Polsce dowodzą korzyści osiąganych

dzięki terapii transplantacyjnej w każdej grupie wiekowej pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek [5,18].

Wnioski

1. Stale zwiększa się liczebność osób z PChN w schyłkowym stadium, wymagających leczenia nerkozastępczego [10].
2. Wzrasta ogólna liczba chorych oczekujących na przeszczepienie nerki [4-7].
3. Wzrasta liczba osób w podeszłym wieku, kwalifikowanych do przeszczepienia nerki [18].
4. Wybitni nefrolodzy polscy dowodzą, iż nawet osoby, które ukończyły 80. rok życia osiągają korzyści z przeszczepienia nerki [18].
5. Rokowanie co do przeżycia przeszczepu jest tym lepsze, im krócej chory leczony jest dializami [22].
6. W Polsce dominuje transplantacja *ex mortuo* [5,7,17],
7. Transplantacja nerki w porównaniu z dializoterapią jest bardziej korzystna finansowo [19].
8. Rozkwit terapii transplantacyjnej w Polsce nie będzie możliwy bez zwiększenia liczby donacji narządów od osób zmarłych. W sferze tej widoczna jest od kilku lat stagnacja. [19].

Podsumowanie

Wszystkie powyższe wnioski skłaniają do refleksji nad znaczeniem terapii transplantacyjnej. Dlatego niezmiernie istotne jest, aby zarówno sam pacjent, jak i jego rodzina swój pogląd w zakresie dawstwa narządów oparli na rzetelnej wiedzy oraz zrozumieniu problematyki tego rodzaju terapii. Jasne określenie stanowiska wobec donacji organów za życia, zdecydowanie ułatwia przeprowadzenie wszelkich niezbędnych procedur po śmierci pacjenta.

Przeszczep narządu oznacza życie. Wielu potrzebujących umiera, bo nie doczekali chwili, kiedy znalazłby się dla nich zdrowy organ. Dzięki transplantacji pacjenci mogą normalnie funkcjonować: mogą uczyć się, pracować, zakładać rodziny, podróżować, realizować swoje marzenia. Przeszczep nerki znacząco poprawia komfort życia i daje szansę na normalne życie.

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Kiliańczyk-Zięba J.: Pytania do Papieża, Wyd. Znak, Kraków, 2005.
2. Transplantacja narządów aspekty medyczne, prawne i organizacyjne, Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, Zabrze, 2013.
3. Dębska-Ślizień A., Januszko-Giergiulewicz B., Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek. Poradnik dla pacjentów oraz ich rodzin, Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2012.
4. Rutkowski B.: Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej, Wyd. MAKmed, Gdańsk, 2002.
5. Białobrzęska B., Dębska-Ślizień A.: Pielęgniarstwo nefrologiczne, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2013.
6. Musu M., Finco G., Antonucci R., Polati E., Sanna D., Evangelista M., Ribuffo D., Schweiger V., Fanos V.: Acute nephrotoxicity of NSAID from foetus to the adult, European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 2011, 15, 1461-1472.
7. Rutkowski B., Król E.: Epidemiology of chronic kidney disease in Central and Eastern Europe, Blood Purification, 2008, 26, 381-385.
8. Konta T., Hao Z., Abiko H., Ishikawa M., Takahashi T., Ikeda A., Ichikawa K., Takasaki S., Kubota I.: Prevalence and risk factor analysis of microalbuminuria in Japanese general population: The Takahata study, Kidney International, 2006, 70, 4, 751-756.
9. Krol E., Rutkowski B., Czarniak P., Kraszevska E., Lizakowski S., Szubert R., Czekalski S., Sułowicz W., Wiecek A.: Early detection of chronic kidney disease: Results of the PolNef study, The American Journal of Nephrology, 2009, 29, 3, 264-273.
10. Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek (PChN) – wyzwanie XXI wieku, Przewodnik Lekarski, 2007, 2, 94, 80-87.
11. Haskovcova H.: Między życiem a śmiercią, Wyd. PWN, Warszawa, 1978.

12. Jan Paweł II,: Przemówienie na I Międzynarodowym Kongresie Stowarzyszenia na rzecz Wspólnoty Narządów (20.06.1991r), Informator Pielgrzyma, 2011, 8,179,3.
13. Jan Paweł II,: Przemówienie do uczestników Światowego Kongresu Towarzystwa Transplantologicznego, Rzym, 2000.
14. Król E., Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek wyzwaniem nefrologii XXI wieku. Wkład gdańskiej szkoły nefrologii, Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2014, 18, 153-156.
15. Biuletyn informacyjny Poltransplantu, Maj 2017, 1, 25.
1. Tekst ustawy przyjęty przez Senat bez poprawek - ustawa z dnia 23 marca 2017 r., http://orka.sejm.gov.pl/proc8.nsf/ustawy/1332_u.htm, data pobrania 22.04.2018.
16. Durlik M., Klinger M.: Chory dializowany jako biorca przeszczepu, Forum Nefrologiczne, 2010, 3, 201-211.
17. Rutkowski B.: Problemy nefrologiczne wieku starszego. [w:] Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce, Otwarte Posiedzenie Komitetu Nauk Klinicznych PAN. Warszawa, 2014, 13.
18. Nauka w Polsce. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C412867%2Cekspert-95-proc-dializowanych-nie-jest-zgłaszanych-do-przeszczepu-nerki.html>, data pobrania 23.04.2018.
19. Wolfe R., Ashby V., Milord E., Ojo A.O., Ettenger R.E., Agodoa L.Y., Held P.J., Port F.K.: Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of first cadaveric transplant, The New England Journal of Medicine, 1999, 341, 1725–1730.
20. Dębska-Ślizień A.: Przeszczepianie nerek u osób w podeszłym wieku, Gerontologia Polska, 2005, 13, 4, 238-249.
21. Frank E., Grzeszczak W., Kokot F.: Nefrodiabetologia, Wyd. ViaMedica, Gdańsk, 2011.
22. Abecassis M., Bartlett S., Collins A.: Kidney Transplantation as primary Therapy for end-stage renal disease; a national Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/KDOQI) Conference, Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2008, 3, 471–480.

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/ HOSPICYJNEJ



Wartościowanie cierpienia jako wyzwanie terapeutyczne

Zabielski Józef, Ks. Prof.

Odniesienie człowieka do danej rzeczywistości uwarunkowane jest wartościowaniem istoty danego bytu. Świadectwem tego jest powszechnie znana i praktykowana zasada: zła należy unikać, dobro należy realizować. Problemem jest poprawność owego wartościowania, co nie zawsze jest łatwe i proste. Wyrazem tego są liczne i różnorodne zróżnicowania w wartościowaniu konkretnych rzeczywistości: to, co jedni oceniają jako dobro, inni mają wątpliwości lub uznają za negatywne. Istotne jest kierowanie się szczerością w poszukiwaniu właściwej wartości danego bytu. F. Dostojewski stwierdza, że *„człowiek uczciwy i uczuciowy bawi się w szczerość, człowiek zaś interesów nastawia ucha, a potem przy okazji pożera cię z kośćcami”* [1]. Spośród wielości i różnorodności wartości naszej egzystencji są takie, których ocena nie budzi wątpliwości oraz te, które sprawiają poważne problemy. Do najtrudniejszych rzeczywistości naszego życia należy cierpienie. *„Cierpienie i ból są nieodłączne od rozległej świadomości głębokiego serca. Myślę, że ludzie naprawdę wielcy zawsze muszą odczuwać na świecie wielki smutek...”* [2,3]. Właściwe przeżywanie cierpienia „po ludzku” uwarunkowane jest poprawnością jego wartościowania; jest to także warunkiem poprawnej terapii - pomocy ludziom cierpiącym.

Mając to na względzie, w naszych analizach tytułowego zagadnienia chcemy skupić się na dwóch jego wymiarach:

1. Prawda o wartości cierpienia;
2. Poprawność wartościowania cierpienia formą terapii.

1. Prawda o wartości cierpienia

Odkrywanie prawdy o cierpieniu w kategorii jego wartości jest zadaniem złożonym i skomplikowanym. Spotykamy bowiem bardzo zróżnicowane rozumienie cierpienia. W ujęciu językowym jest ono wieloznaczne, określone jest jako *„ból, męka, męczarnia, dolegliwość, przykrość: Cierpienie fizyczne, moralne”* [4]. Te słowa zawarte w językowym zdefiniowaniu cierpienia ukazują wieloznaczność tego pojęcia. Z pewnością cierpienie nie ogranicza się do bólu – jest czymś więcej niż ból. Cierpienie bowiem jest aktem osobowym, ból zaś jest doświadczeniem wyłącznie zmysłowym; stąd też zwierzęta tylko odczuwają ból, ale nie cierpią. Źródła cierpienia są bardzo złożone, jego zasięg jest szeroki, czas trwania bardzo

długi. Jest to doświadczenie ludzkie, mające wielorakie i bogate źródła poza-bólowe. Jest to postawa uczuciowo-osobowa, powiązana z miłością, smutkiem, gniewem, rozpaczą lub radością. Stanowi ważny element procesu osobowego dojrzewania człowieka, który od zarania swych dziejów poszukiwał dróg unikania i rozwiązywania tajemnicy cierpienia. Pojawia się ono na różnych poziomach ludzkiej egzystencji, jest przeżyciem autentycznym, niekłamany i szczerym, gdyż sytuacja będąca jego uwarunkowaniem wydarza się nagle i niespodziewanie. W cierpieniu, będącym ludzką słabością, zawarta jest nadzieja. Człowiekowi niewierzącemu jest nieszczęściem, którego nikt nie może uniknąć. Wierzącemu zaś jest czymś, co powinien zaakceptować i przeżyć w kategorii narzędzia chwały i zbawienia [5].

Mając na względzie wieloaspektowość i złożoność cierpienia należy poszukiwać bardziej scalonej jego interpretacji jako doświadczenia osoby. W rozumieniu antropologiczno-aksjologicznym cierpienie to „*stan psychiczny człowieka wywołany bólem fiz. albo psych., spowodowany np. niedomaganiem organizmu (choroba), niemożnością zrealizowania wytkniętego sobie celu lub przeżyciem doznanej przykrości; jest stałym komponentem ludzkiego życia, związanym z ograniczonością struktury bytowej człowieka (ciało ludzkie, dusza ludzka); pełni rolę oczyszczającą nie tylko w życiu przyrodzonym (katharsis), ale także nadprzyr. (pokuta) z racji przeznaczenia człowieka do zbawienia; jest także złem, które zaniknie w czasach eschatycznych*” [6,7,8].

Poznanie sensu cierpienia jako zjawiska wieloznacznego domaga się jego interpretacji wielowymiarowej. W aspekcie kosmicznym cierpienie jest wynikiem podległości człowieka procesowi ewolucji gatunkowo-osobowej, co skutkuje doświadczaniem różnych frustracji, osobistych niedoskonałości, pomyłek i uchybień powodujących cierpiętnicze przeżycia. Od strony pozytywnej te doświadczenia mogą stać się bodźcem do własnego rozwoju duchowego, ale także wywoływać stan depresji, poczucie winy osobistej lub cudzej, także społecznej. Cierpienie jest też skutkiem wadliwych struktur życia zbiorowego, za co odpowiedzialnością obciążani są ludzie niewinni, zwłaszcza w wyniku konfliktów między wartościami osobistymi i społecznymi, np. w dziedzinie religijno-moralnej. W aspekcie transcendentnym cierpienie połączone jest z działaniem w świecie Bożej Opatrzności, co prowadzi do odkrywania jego sensowności w ramach kierowania światem przez Boga Stwórcę i Zbawiciela, będącego nieskończoną mądrością i miłością. Cel cierpienia pozostaje w ścisłej relacji do układów i struktur bytowych, determinujących ich celowe działanie. Najczęściej więc cel cierpienia traktuje się jako przeznaczenie i los, rzadziej jako powołanie. Mając na względzie losowy charakter cierpienia, jego celowość interpretuje się jako

konieczną, dokonującą się zwyczajnym biegiem rzeczy w ramach działania przyrody. Jeśli zaś cel cierpienia uznaje się jako przeznaczenie, jest ono pojmowane jako konsekwencja dawnych złych czynów – indywidualnych i zbiorowych – oraz kara za owe zło, a jednocześnie szansa jego odpokutowania. Rozumiejąc zaś cel cierpienia jako powołanie, podejmuje się je jako akt zamierzony, co jest powiązane z odkupieńczym cierpieniem Bożego Syna – Jezusa Chrystusa. Człowiek podejmujący cierpienie z motywu nadprzyrodzonej miłości, akceptuje jego specjalną rolę zbawczą, jaką odczytujemy w planach Bożych, szczególnie w duchowej społeczności Kościoła jako Mistycznego Ciała Chrystusa [9,10,11].

Cierpienie jest obszarem rozległym zróżnicowanym, reakcja zaś człowieka na nie jest powiązana z jego osobowością. Człowiek bowiem sam najlepiej wie, jak ono go dotyka i jakim jest wyzwaniem jego egzystencji. Powszechność cierpienia rozumiana jest jako „człowieczy los”, co potwierdza ontyczne powiązanie z ludzką naturą. Doświadczenie cierpienia uświadamia człowiekowi, że ono „samo w sobie stanowi jakby swoisty <świat>, który bytuje wraz z człowiekiem, pojawia się w nim i przemija, a czasem nie przemija, ale utrwała się i pogłębia. (...) Każdy człowiek przez swe osobiste cierpienie jest nie tylko częścią owego <świata>, ale równocześnie ów <świat> jest w nim jako całość skończona i niepowtarzalna. W parze z tym idzie wymiar międzyludzki i społeczny. Świat cierpienia ma jakby swą własną spoistość” [12,13]. To „zakotwiczenie” cierpienia w ludzkiej egzystencji „odślania głębię właściwą człowiekowi i na swój sposób ją przerasta. Cierpienie zdaje się przynależeć do transcendencji człowieka: jest jednym z tych punktów, w których człowiek zostaje niejako <skazany> na to, ażeby przerastał samego siebie – i zostaje do tego w tajemniczy sposób wezwany” [14,15]. Doświadczenie i przeżywanie cierpienia jawi się jako możliwość rozpoznania i formowania ludzkiej natury – kształtowanie odpowiedzialnej dojrzałości. Świadomość tych możliwości staje się egzystencjalno-moralnym wyzwaniem wobec sensu cierpienia i jego skutków w cierpiącym człowieku. A. Kamińska przestrzega: „*Ten kto cierpi bezsensownie jest podobny do zwierzęcia, póki nie uświadomi sobie sensu cierpienia lub chociażby potrzeby tego sensu*” [16].

Świadomość sensu cierpienia prowadzi do odkrywania utajonego w nim bogactwa – daru zawartego w każdej cierpiącej osobie. Sens i celowość przeżywania cierpienia jawi się wyłącznie w świecie wartości duchowych, których nie można osiągnąć bez cierpienia, gdyż ono jest ich częścią. Przyjęcie zaś cierpienia jako duchowej wartości domaga się odpowiedniej intencji – nadania mu właściwego celu. To zaś wymaga od cierpiącej osoby podjęcia wysiłku poprawnego rozpoznania i ustalenia celu swego czy też cierpienia innej osoby, której chcemy pomóc. V. Frankl, który sam doświadczył cierpienia i zaangażował się

w jego badanie podkreśla, że tylko cierpienie przeżywane z właściwą intencją „przestaje być cierpieniem” [17,18]. Jest to intencja „wyzwalająca”, nadająca wzrost, dojrzewania i ubogacanie cierpiącego człowieka. „Moje cierpienie – wyjaśnia V. Frankl – może mieć intencję i mogę cierpieć sensownie tylko wtedy, gdy cierpię za coś lub za kogoś. Toteż cierpienie, jeśli ma mieć sens, nie może być celem samym w sobie, bo w tym samym momencie cała gotowość cierpienia i gotowość poświęcenia się przemieniłaby się w masochizm. Cierpienie ma sens tylko wówczas, gdy chodzi o <coś>. Akceptując cierpienie, wypełniamy intencją nie tylko samo cierpienie, ale poprzez cierpienie jeszcze coś, co nie jest z nim identyczne – cierpienie transcendujemy. Cierpienie sensowne wskazuje zawsze poza siebie, na coś, o co w cierpieniu chodzi. Jednym słowem, sensowne cierpienie jest przede wszystkim ofiarą” [19,20,21].

2. Poprawność wartościowania cierpienia formą terapii

Cierpienie jest nieodłącznym elementem ludzkiej egzystencji, zjawiskiem powszechnym towarzyszącym człowiekowi na każdym etapie rozwoju. Cierpienie jest rzeczywistością przeżywaną indywidualnie przez osobę ludzką, która stawia sobie pytanie o przyczynę, sens i sposób przeżywania cierpienia. Bardzo często cierpienie odbierane jest jako kara, czemu towarzyszy poczucie winy. Wielokrotnie jest to zasadne rozumienie, ale nie zawsze. Stąd też, należy – w miarę możliwości - rozpoznać właściwą przyczynę cierpienia, aby móc wykluczyć osobistą odpowiedzialność. Oczywiście osobiste zło – grzech – pogłębia dramat ludzkiego cierpienia. Taki człowiek sam sobie powiększa egzystencjalną udrękę, jeśli nie umie i nie chce rozpoznać, co w życiu jest najważniejsze, uganiam się za rzeczami tego nie wartymi, co A. Mickiewicz wyraził następująco: „*Cierpi człowiek, bo służy sam sobie za kata:/ Sam sobie robi koło i sam się w nie wplata*” [22].

Niepotrzebny ból przeżywają też ludzie na skutek cierpień wyimaginowanych. Wiele osób swoiście przyzwyczaiło się do odgrywania roli istot nieustannie poszkodowanych przez życie, niedocenianych, pomijanych i wykorzystywanych. Tym ludziom potrzebna jest modlitwa: „*Broń mnie Boże, przede mną samym!*”. Jeszcze bardziej widoczne są cierpienia zadawane sobie wzajemnie, stanowiące potworne krzywdy – np. Oświęcim – jak też małe niegodziwości zatruwające życie nawet osobom najbliższym. Jest to zło instytucjonalne w różnych niesprawiedliwych strukturach i konsumowane w niemoralnych tradycjach oraz zło czynione naszym bliźnim w sposób wolny i spontaniczny. Są też cierpienia pochodzące z

mojej winy i cudzej, czego przykładem jest rozwijająca się obojętność na samotność bliźnich, tak masowo odbierająca radość życia wielu współczesnym ludziom [23].

Poprawność przeżywania cierpienia zakotwiczona jest w jego wartościowaniu i wskazaniu jego źródeł. Jest to fundamentalne wyzwanie, gdyż odpowiedź na pytanie o sens cierpienia najczęściej sprowadza się do stwierdzenia: jest to tajemnica. Jest to więc coś, czego do końca nie da się zrozumieć, gdyż bogactwo tajemnicy człowieka przekracza. Ciągłe jednak trzeba szukać zrozumienia tej tajemnicy nie tylko intelektem, ale całym sobą. Im więcej bowiem zrozumiemy tajemnicę cierpienia, tym bardziej wzrastamy jako ludzie – jako dzieci Boże. W odkrywaniu tajemnicy sensu cierpienia pomaga człowiekowi Boża łaska. Cierpienie Chrystusa sprawia, że pierwotna bezsensowność może stać się czynem duchowo oczyszczającym, uzdrawiającym i budującym nowego człowieka. Nie jesteśmy w stanie w życiu ziemskim zrozumieć wielkości i bogactwa oczyszczającej mocy Bożej łaski. C. K. Norwid wyraził to w słowach: „*Hieroglif cierpienia, na ziemi niepojęty, zrozumiały w niebie*” [22]. Jednak nawet dziecko zdolne jest pojąć, że cierpienie przyjmowane w duchu Bożym ma większy sens niż jesteśmy to zdolni zrozumieć. „Nie cierpię, ale uczę się cierpieć” – wyznał mały chłopak P. Claudelowi [24].

Mając na względzie oddziaływanie cierpienia na człowieka, pierwszą reakcją na nie – o ile się da – należy z nim walczyć. Potwierdzenie tego znajdujemy w Biblii: „Bo Bóg śmierci nie uczynił i nie cieszy się ze zguby żyjących” (Mdr 1,13). Także cierpienia Bóg nie uczynił, ono przyszło na nas jako zapłata grzechu. Nie można więc cierpieniem obarczać siebie lub innych ludzi, lecz należy – w miarę możliwości - usuwać przyczyny cierpienia i jego skutki. Przy tym trzeba pamiętać, że unikanie cierpienia nie powinno być za wszelką cenę. „Lepiej bowiem – jeżeli jest taka wola Boża – cierpieć dobrze czyniąc, a niżeli czynić źle” (1P 3,17). Są bowiem ceny, których człowiek nigdy nie powinien płacić za cierpienie, np. ludzka godność, uczciwość, wiara w Chrystusa. Mając to na względzie Henryk Elzenberg przedwojennemu pacyfizmowi wystawił surowy rachunek: „Pierwszą i naczelną pobudką pacyfizmu ideowego jest chęć oszczędzenia cierpień bliźniemu. Chęć godziwa lub raczej szlachetna: bo cierpienie jest złem niewątpliwym. Ale zgroza wobec cierpienia rozrosła się u pacyfisty do rozmiarów jakiejś idiosynkrazji – obłędu, w którym ginie poczucie, gdzie jaka rzecz ma swe miejsce w skali wartości. Że najgorszym lub zgoła jedynym złym sposobem postępowania jest wojna, w to wierzy on tylko dlatego, że najgorszym lub jedynym złem, mogącym spaść na człowieka, jest przedwczesna śmierć albo cierpienie. Ale tak czuć, to już nie jest godziwe. Cierpienie jest złem największym tylko dla zwierząt; mieć zmiażdżoną łapę, stracić potomstwo, być pożartym lub zastrzelonym, to jest katastrofa katastrof dla kota,

dla psa, dla zająca. Takie sprawy lub podobne czynić złem ostatecznym człowieka, uważać, że nie ma rzeczy tak wielkiej, która by je równoważyła i dla której by się w ogólnym bilansie opłacała nadwyżka cierpienia, to traktowanie człowieka na równi z kotem, psem czy zającem” [25,26].

Zwalczanie cierpienia można porównać do walki z brudem, który należy sprzątać, ale mądrze, unikając stosowania środków czyszczących, które zanieczyszczają środowisko bardziej niż usuwany brud. Cierpienie także należy usuwać, ale nie za cenę większego zła. W XX wieku można wskazać niedozwolone formy walki z cierpieniem, czego przykładem są: terroryzm, instytucja rozwodowa oraz nadużywanie środków uśmierzających. Terroryzm jest formą uzurpacji władzy nad życiem drugiego człowieka – choćby winnego – i nie prowadzi do usunięcia niesprawiedliwości. Instytucja rozwodów została wprowadzona w celu oszczędzenia niedobranym małżeństwom męki wspólnego życia. Nie wzięto jednak pod uwagę jak bardzo rozwody odbierają motywację do pozytywnego przezwycięzania małżeńskich kryzysów, ułatwiając tylko lekkomyślne decyzje skutkujące cierpieniem niewinnych dzieci. Środki chemiczne wprowadzając uśmierzają ból, ale często przy ich pomocy ludzie starają się „wykupić” od obowiązku kochającej obecności przy osobie cierpiącej. Środki te w takim celu stosowane mogą człowieka cierpiącego przemienić w bezwolną kukłę, odbierając mu możliwość świadomego przeżywania własnej choroby i śmierci [22,27].

W sensownym przeżywaniu cierpienia powinniśmy sobie pomagać. Pomoc ta wywołuje u osoby cierpiącej dwie postawy: okazywane współczucie cierpiącego, a zarazem ciągle się tej pomocy domaga, okazując swe opuszczenie i rozpacz. W ten sposób ludzka natura nieudolnie woła nie tyle o współczucie w sensie litości, co o współczującą miłość. Potwierdza to przysłowiowe powiedzenie, że dzielona radość staje się podwójną radością, a dzielone cierpienie maleje do połowy. Potwierdzeniem i wzorem pomocy cierpiącemu jest chrześcijańska miłość rozumiana jako *agape*. Jej wzorem jest Chrystus – Syn Boży, który pochylił się nad ludzką nędzą i z miłości do nas stał się Człowiekiem, dając się ukrzyżować. Tę miłość realizował jako Dobry Pasterz, cierpliwie poszukujący zagubionej owieczki oraz Samarytanin miłosiernie pochylający się nad pobitym przez zbójców, aby wlać w jego rany wino i oliwę. Naczelne wskazanie miłości – jako *agape* – brzmi: Bądź bratem wszystkich, ale zwłaszcza tych, którzy znaleźli się w jakimś cierpieniu lub niebezpieczeństwie. Przy tej postawie własna doskonałość schodzi na dalszy plan, zaś przed wywyższaniem się nad tym, komu pomagamy chroni świadomość, że w ostatecznym wymiarze jeden tylko Bóg wie, kto komu świadczy większe miłosierdzie. Potwierdzeniem tego jest fakt, że kiedy Cyrenejczyk pomagał dźwigać krzyż Chrystusowi, to przecież Chrystus świadczył miłosierdzie, a nie

odwrotnie. W tym wymiarze odnajdujemy trudną odpowiedź na pytanie, dlaczego dzieci umierają na raka. Dokładnie nie wiemy dlaczego, ale jesteśmy świadomi, że jeśli naszą prawdziwą miłością jesteśmy obecni przy umierającym dziecku, to jego śmierć będzie bardziej ludzka, mająca w sobie coś duchowego. W tak tragicznych sytuacjach o wiele lepiej jest szukać pomocy i mądrości w Bogu, niż przeciw Niemu bluźnić. Także o wiele realniej w ten sposób pomożemy temu, na którego cierpienie musimy bezradnie patrzeć. Ważny postulat na temat naszego uczestnictwa w cudzym cierpieniu zostawił nam Max Scheler: *„Postawę duchową typową dla pielęgniarki chrześcijańskiej cechuje siła, wesołość, rzeźkość i zadowolenie przy sprawianiu dobra, mocne <nerwy>, bynajmniej zaś nie sentymentalne uczestnictwo w stanie chorego. Z kolei takie <współczucie> rodzi tylko gesty obliczone na wywołanie współczucia drugiej strony, tak iż ci co cierpią i ci co im współczują, potęgują wzajemnie swoje nieszczere cierpienie”* [22,28,29].

Osobiste przeżywanie własnego cierpienia - aktualnego lub w przyszłości - winno stanowić czyn duchowy. Można usłyszeć stwierdzenie, że człowiek, który jeszcze prawdziwie nie cierpiał, nie powinien o nim mówić, gdyż go nie poznał. Zdaniem zaś mędrców – cierpienie z bliska jest jakby łagodniejsze niż z daleka. Mistyk żyjący w XVII wieku napisał: *„Cierpienia tego świata są przerażające, gdy się patrzy na nie z daleka. Gdy człowiek sam cierpi, przyzwyczajają się do nich, a łaska Boża wszystko czyni znośnym”* [22]. Z pewnością, cierpienie zawsze jest w istocie trudniejsze, niż możemy to zrozumieć. Jeśli jednak człowiek chce je przeżywać mądrze i w wierze, staje się ono łagodniejsze, niż to sobie wyobrażaliśmy. J. H. Newman wyznaje: *„Ludzie mówią o Tobie, jedyny mój Boże, że Twoje sądy są surowe, a kary przez Ciebie wymierzane – nadmierne. Ja mogę tylko powiedzieć, że nie stwierdziłem tego na moim własnym przykładzie. Niech inni mówią za siebie samych, a Ty spotkasz ich i pokonasz ku ich zawstydzeniu w dniu obrachunków”* [30,31].

Fundament wartościowania i przeżywania cierpienia odnajdujemy w religijnej wierze. Uznając prawdę o dobroci człowieka jako osobowego bytu oraz istnienie Absolutu – Boga, który z miłości nas stworzył, cierpienie jest aktem osobowej reakcji na zło. Człowiek doświadcza tego, że *„cierpienie ludzkie samo w sobie stanowi jakoby swoisty <świat>, który bytuje wraz z człowiekiem”* [12,32]. Rzeczywistość bowiem cierpienia nie tylko drażni człowieka, ale także przenika wszystkie wymiary jego egzystencji, gdyż posiada osobowy charakter. Takie przeżywanie cierpienia jednoczy człowieka z Bogiem. *„Kto jest całkowicie przekonany o miłości Bożej i w pełni poddany Jego woli, może uznać najbardziej dokuczliwy ból za coś, za co można Bogu dziękować, a co staje się środkiem uświęcenia tak cierpiącego, jak i tych, na których rzecz cierpienie swe ofiarowuje. Takie pozytywne wykorzystanie*

cierpienia stwierdza się w wielu heroicznych żywotach. A jeśli cierpiący sam nie widzi sprzeczności między cierpieniem a miłością Boga, dlaczego ktoś inny miałby ja widzieć? Przypuszczalnie nie usuwa to problemu od tych, którzy cierpią nie korzystając ze swego cierpienia w ten sposób. Ale staje się jasne, że ostatecznie zło cierpienia leży nie w tym, że Bóg je dopuścił, lecz w tym, że wielu z nas nie odnosi zeń pozytywnego pożytku. Sedno problemu leży nie w świecie poza nami, lecz w nas samych” [33].

O tym przekonał się biblijny Hiob, który najpierw – świadomy swej uczciwości – buntował się przeciw Bogu z powodu doznawanych nieszczęść. Kiedy jednak spotkał się z Bogiem, Hiob zrozumiał, że jego zarzuty przeciw Bogu były bezpodstawne. Podobnie jest z nami, gdy buntujemy się przeciw Bogu jest to znak, że jesteśmy jeszcze od Niego daleko. Dopiero, gdy się do Boga zbliżymy, zobaczymy nasze cierpienie w innym świetle. Prawdę tę ukazuje biblijny obraz drzewa zasadzonego nad wodą, któremu upał nie szkodzi, ale pomaga głębiej zapuszczać korzenie. Człowiek ufający Bogu „jest jak drzewo zasadzone nad wodą, co swe korzenie kieruje do strumienia; niczego się nie boi, gdy upał nadejdzie, liście jego zostają zielone; także w roku posuchy nie przestaje wydawać owoców” (Jr 17,8).

Takie wzorcowe przeżywanie ziemskich cierpień i nieszczęść prezentują ludzi wielcy na przestrzeni wieków - np. Sokrates, Franciszek z Asyżu, Gandhi, którzy doświadczenie zła nie traktują jako ostateczną niesprawiedliwość. Mamy więc zapytać siebie, „*gdy nas samych spotyka coś złego, jakież zło nieuniknione, jak wówczas brzmi <prawidłowa odpowiedź>, zgodna z naszym ostatecznym przekonaniem? Przyjęcie czy bunt? Czy nie żyje w nas tajemnicza wiedza, że nigdy nie spotka nas coś, co byłoby tylko i wyłącznie krzywdą?*” [34]. Poprawna odpowiedź sprowadza się do przekonania, że bez naszej woli nie spotka nas nigdy nieszczęście ostateczne, zaś nieuniknione cierpienie może mieć sens. Nieszczęście bowiem zanika, gdy człowiek zaczyna rozważać, jak je dla siebie wykorzystać. Z. Krasiński ukazuje cierpienie jako ogień przemieniający grzesznika w istotę godną nieśmiertelności: „*Lecz się grzechy mazać winny, / Gdy z grzesznika człowiek inny / Wylatuje śród cierpienia- / Tak jak Feniks, co się zmienia- / Nieśmiertelny śród płomienia*” [35].

Chrześcijanin sens i wartość cierpienia odnajduje w przekazie Biblii. Opisana tam śmierć Chrystusa na Kalwarii połączona jest ze śmiercią dwóch ludzi, czego świadectwem są trzy krzyże. Cierpienie człowieka z lewej strony ukazuje niszczącą zapłatę grzechu. Człowiek z prawej strony też na to zasłużył, ale mocą Chrystusa jego cierpienie jest drogą powrotu do człowieczeństwa i usłyszał słowa Chrystusa: „Jeszcze dziś będziesz ze mną w raju!”. Chrystus zaś cierpiał za nasze grzechy i w swoim cierpieniu nie dał się oderwać od Ojca, lecz nas wszystkich do Niego zbliżył. Te trzy krzyże – przekleństwa, pokuty i zbawczy - są trzema

sposobami przeżywania cierpienia [22]. Świadomość tej prawdy otwiera zbawczą perspektywę wartościowania i przeżywania cierpienia, jednocześnie zobowiązując do wierności tym zasadom, co papież Jan Paweł II zawarł w stwierdzeniu: „Człowiek zostaje <skazany> na to, ażeby przerastał samego siebie” [36,37].

Piśmiennictwo

1. Dostojewski F.: Zbrodnia i kara, tłum. Jastrzębiec-Kozłowski Cz., PIW, Warszawa, 1979, 131.
2. Dostojewski F.: Zbrodnia i kara, tłum. Jastrzębiec-Kozłowski Cz., PIW, Warszawa, 1979, 272.
3. Sobrino J.: Grundlage eines jeden Amtes. Dienst an den Armen und Opfern in einer geteilten Welt, Concilium [niem.], 2010, 46, 1, 4-15.
4. Słownik języka polskiego, Szymczak M. (red.), Warszawa, PWN, 1978, 302.
5. Czym jest cierpienie?, <http://polki.pl/zdrowie/psychologia,czym-jest-cierpienie,10366858,artykul.html>, data pobrania 03.01.2018.
6. Bujak F.: Cierpienie. [w:] Encyklopedia Katolicka, t. 3, Łukaszyk R., Bieńkowski L., Gryglewicz F., TN KUL, Lublin, 1979, k. 476.
7. Frankl C.: Homo patiens, tłum. Czarnecki R., Morawski J., Pax, Warszawa, 1998.
8. Emery A.: Leiden und Schmerz, Communio, 1977, 6, 204-212.
9. Witek S.: Cierpienie – Interpretacja. [w:] Encyklopedia Katolicka, t. 3, Łukaszyk R., Bieńkowski L., Gryglewicz F., TN KUL, Lublin, 1979, k. 480-481.
10. Teilhard de Chardin P.: O cierpieniu, Życie i Myśli, 1977, 27, 11, 51-67.
11. Benedykt XVI, Encyklika Deus Caritas est, nr 20-29.
12. Jan Paweł II, Salvifici doloris, nr 8.
13. Zabielski J.: Tajemnica cierpienia w ujęciu Jana Pawła II. [w:] Ulga w cierpieniu, t. 1, Lorek E.M. (red.), Katowice, 1993, 17-24.
14. Jan Paweł II, Salvifici doloris, nr 2.
15. Weimann R.: Glaube und Vernunft im Denken Joseph Ratzinger, Forum Katholische Theologie, 2010, 26, H. 1, 24-49.
16. Kamieńska A.: Sens cierpienia, Inspiracje, 1993, 3-4, 31.
17. Frankl V.: Homo patiens, dz. cyt., 79-80.
18. Kreiml J.: Gibt es einen Weg von der Naturwissenschaft zum Gottesglauben, Forum Katholische Theologie, 2010, 26, H. 1, 70-76.
19. Frankl V.: Homo patiens, dz. cyt., 84.

20. Corecco E.: Sens cierpienia, *Communio* [pol.], 1998, 18, 3, 61-63.
21. Theobald C.: *Le christianisme comme style. Une manière de faire de la théologie en postmodernité*, Paris, 2007.
22. Salij J.: Pytanie o sens cierpienia, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TD/rozpacz_pokonana/sens-cierp.html, data pobrania 09.02.2006.
23. Zabielski J.: Współczesny indyferentyzm religijno-moralny jako problem dialogu. [w:] *Filozofia dialogu*, Baniak J. (red.), Poznań, 2003, 217-228.
24. Zrozumieć cierpienie i sens życia/ Psychologia na co dzień, <https://www.deon.pl/inteligentne-zycie/psychologia-na-co-dzien/art,106,zrozumiec-ci...>, data pobrania 23.11.2017.
25. Elzenberg H.: *Ahimsa i pacyfizm* [w:] *Próby kontaktu*, Elzenberg H, Wyd. Znak, Kraków, 1966, 197n.
26. Werbick J.: Licht des Glaubens – ohne den Schatten Zweifels?, *Theologie und Glaube*, 2014, 104, H. 4, 344-357.
27. Bogudał-Borkowska J.: Cierpienie jako wyraz neotycznego wymiaru osobowości, *Akant*, 2013, 9.
28. Scheler M.: *Resentiment a moralność*, Fundacja Aletheia, Warszawa, 1977, 140.
29. Rees W.: Die römisch-katholische Kirche und das Böse, *Forum Katholische Theologie*, 2010, 26, H. 1, 24-49.
30. Newman J.H.: *Rozmyślenia i modlitwy*, PAX, Warszawa, 1967.
31. Weimann R.: Glaube und Vernunft im Denken Joseph Ratzingers, *Forum Katholische Theologie*, 2010, 26, H.1, 58-69.
32. Disselkamp A.: Existe-t-il une justice chrétienne? Quelques réflexions sur les “Doctrines sociales” d’Ernst Troeltsch, *Revue de Théologie et de Philosophie*, 2009, 141, 47-62.
33. Mascall E.L.: *Teologia chrześcijańska a nauki przyrodnicze*, PAX, Warszawa, 1964, 366.
34. Pieper J.: *Śmierć i nieśmiertelność*, Éditions du Dialogue, Paryż, 1970, 54.
35. Krasieński Z.: *Psalm miłości*. Bukowiecki S., Warszawa: Leppert, 1907.
36. Rozmowy z Janem Pawłem II. Cierpienie, <https://stacja7.pl/wiara/rozmowy-zjanem-pawlem-ii-cierpeienie/>, data pobrania 03.01.2018.
37. Pesch T.: Znaczenie cierpienia dla chrześcijanina, http://www.ultramontes.pl/Pesch_2_LXVIII.htm, data pobrania 23.11.2017.

Wyzwania opieki paliatywnej

Turczyńska Agnieszka¹, Krajewska-Kułak Elżbieta², Olejnik Beata³

1. absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Opieka paliatywna i jej zadania

*Niewiele jest rzeczy gorszych, które mogą dotknąć człowieka, niż poważna choroba.
Ale jedna jest. To cierpienie przy świadomości, że istnieje skuteczny lek,
ale jest niedostępny lub zbyt drogi.
Adam Gaffney, amerykański lekarz*

Przymiotnik *paliatywny* pochodzi z łacińskiego słowa *palliat*, oznaczającego „okryty płaszczem” [1].

W roku 2002 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) bardzo szeroko określiła definicję opieki paliatywnej jako „postępowanie, które ma na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stojących przed problemami związanymi z chorobą ograniczającą życie przez zapobieganie i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psychosocjalnych i duchowych” [2].

Niestety pomimo tak szeroko rozumianego pojęcia, opieka paliatywna jest często identyfikowana z pomocą chorym, którzy znajdują się w schyłkowym stadium choroby nowotworowej oraz nie ma stosowanych u nich aktywnych metod terapii – tzw. u kresu życia. Wielu autorów [1,3,4,5] określa terminem opieki paliatywnej lub paliatywno – hospicyjnej postępowanie, które obejmuje zarówno chorego, jak i jego rodzinę w okresie umierania lub żałoby. Tak więc specjalistyczna opieka paliatywna gwarantuje i opiera się na wsparciu interdyscyplinarnego zespołu w łagodzeniu i minimalizowaniu cierpienia w zaawansowanej fazie choroby [1,3,4,5].

Choroba ograniczająca życie rozumiana jest jako „*nieuleczalne schorzenie, gdzie szanse na wyleczenie są znikome, a efektem końcowym jest przedwczesna śmierć pacjenta*” [6]. Do tych schorzeń zalicza się nie tylko choroby nowotworowe, ale również zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność serca, czy stwardnienie boczne zanikowe [2].

Jak podaje WHO [2], opieką paliatywną objętych jest 90% chorych z chorobą nowotworową, a 40% stanowią pacjenci bez nadziei na wyleczenie, chorujący na inne schorzenia niż nowotworowe.

Celem określenia dokładnych zadań opieki paliatywnej, na samym początku trzeba przedstawić kim jest pacjent paliatywny oraz z jakimi problemami zmaga się.

Chory, który jest poddany opiece paliatywnej, to najczęściej osoba po leczeniu wieloma formami terapii oraz opiece szpitalnej.

Największą grupę pacjentów paliatywnych stanowią chorzy onkologiczni, którzy mają już rozpoznaną i leczoną chorobę nowotworową, często z przerzutami.

Pacjent paliatywny niekoniecznie musi być pod opieką onkologów, to także pacjent borykający się z innymi postępującymi schorzeniami, których rokowania na wyleczenie są znikome i nie pozwalają na powrót do zdrowia.

Problemy występujące w opiece paliatywnej są bardzo dobrze znane [7,8]. Pacjent paliatywny to najczęściej chory, który nie opuszcza łóżka, jest osobą leżącą, wymagającą pomocy przy toalecie oraz spożywaniu posiłków. Pomoc oraz opieka przy takiej osobie polega na codziennej pielęgnacji, np. wielorazowej wymianie pampersów, kilkakrotnej zmianie pozycji, oklepywaniu, wykonywaniu masażu i całościowej profilaktyce przeciwoleżynowej [7,8,9]. Szczególnym zagrożeniem dla tej grupy chorych jest występowanie odleżyn, które pojawiają się nie tylko wskutek unieruchomienia pacjenta, ale przede wszystkim ze względu na wyniszczenie organizmu, niedoboru białek i innych elementów odżywczych potrzebnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Żywienie pacjenta objętego opieką paliatywną może sprawiać trudności z powodu występowania zmian zapalnych pojawiających się w jamie ustnej oraz dolegliwości dyspeptycznych (nudności, wymioty, biegunka, zaparcia). Chory paliatywny wymaga również podawania leków uśmierzających ból, kontroli bólu oraz zmiany opatrunków [9].

Opieka paliatywna polega na wykonywaniu, przez cały zespół interdyscyplinarny, specjalistycznych świadczeń medycznych polegających na łagodzeniu różnorodnych problemów pacjenta będącego w stanie terminalnym u kresu życia [10,11].

Do zadań opieki paliatywnej zalicza się [1,11]:

- Zwalczanie bólu i innych objawów choroby;
- Leczenie objawowe dolegliwości somatycznych;
- Pomaganie w rozwiązywaniu problemów społecznych;
- Wspieranie członków rodziny w czasie trwania choroby oraz osierocenia;
- Łagodzenie cierpień duchowych i psychicznych;
- Pielęgnowanie i opieka nad osobą chorą;
- Edukowanie zdrowotne członków rodziny, opiekunów.

Celem opieki paliatywnej jest więc osiągnięcie możliwie jak najlepszej jakości życia pacjentów, ale także ich rodzin [3].

Opieka paliatywna cechuje się tym, że sprzeciwia się eutanazji i respektuje prawo do życia każdego człowieka [3,4]. Dąży do poprawy samopoczucia i zmniejszenia bólu oraz innych dokuczliwych objawów choroby występujących u chorego, jednak sprzeciwia się stosowaniu uporczywej terapii, która ma na celu przedłużenie życia za wszelką cenę.

Ważnym elementem opieki paliatywnej jest fakt, że śmierć uznaje za zjawisko jak najbardziej naturalne, gdzie nie przyspiesza, ani też nie opóźnia momentu zgonu pacjenta [4].

Leczenie paliatywne jest formą leczenia nastawionego na łagodzenie dolegliwości [5].

Opiekę paliatywną należy odróżniać z opieką długoterminową, która ma na celu objęcie opieką osoby przewlekłe chorej lub niesprawnej ruchowo o przewidzianym nieco dłuższym okresie przeżycia [12].

Jak podkreśla de Walden- Gałuszko [5], podmiotem opieki paliatywnej są zazwyczaj chorzy w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi, zwyrodnieniowymi, AIDS, z chorobą Alzheimera, z chorobami układu krążenia, oddechowego, nerek.

Kontynuacją opieki paliatywnej jest opieka terminalna, którą definiuje się jako „opiekę, pomoc nad chorym, który znajduje się już u schyłku życia” [13].

Definicja stanu terminalnego

*Życie jest chorobą, cały świat szpitalem,
a śmierć – lekarzem
Heinrich Heine*

Stan terminalny określany jest w medycynie jako ostatni okres życia chorego (*terminus* – granica, kres) [12].

Osoba w stanie terminalnym - to pacjent, który znalazł się w następujących sytuacjach życiowych [13]: nieuleczalnej choroby, gdzie wiadomo z wyprzedzeniem o zbliżającej się chwili zgonu lub pacjent „w końcowej fazie życia”.

Celem opieki nad pacjentem w stanie terminalnym jest osiągnięcie i utrzymanie możliwie jak najlepszej jakości życia chorego [14]. Z reguły działania te mają na celu uśmierzenie bólu oraz dokuczliwych objawów u pacjenta w związku z występowaniem choroby, zaspokojenie podstawowych potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych, a także duchowych. Na takim etapie choroby, w stanie terminalnym, bardzo ważne jest towarzyszenie choremu w tych trudnych dla niego momentach, jakimi są choroba, śmierć.

Dużą uwagę należy przywiązać do poszanowania intymności oraz umożliwienia kontaktu pacjenta z jego rodziną, przyjaciółmi [15].

Opieka nad chorym powinna mieć charakter holistyczny (całościowy) i być nastawiona na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb chorego będącego w stanie terminalnym, a także jego rodziny w czasie trwania choroby, jak i w późniejszym okresie żałoby [16].

Ważne, aby była ona zindywidualizowana do tego jedyne go przypadku oraz uwzględniała potrzeby i pragnienia konkretnego pacjenta [10].

Powinna być prowadzona przez interdyscyplinarny zespół, tak aby zostały usunięte lub znacznie złagodzone dolegliwości nie tylko somatyczne, ale również udzielona pomoc w rozwiązywaniu problemów psychicznych, socjalnych, a nawet duchowych tych osób [10].

Okresy stanu terminalnego

*Hospicjum” to nie budynek,
a filozofia opieki*

W fazie terminalnej można wyróżnić trzy okresy tego stanu [5]:

- okres przedterminalny (preterminalny)
- okres terminalny
- okres umierania (agonalny).

Okres przedterminalny (preterminalny)

*Wszyscy umieramy.
Świat to tylko hospicjum ze świeżym powietrzem.
Stephen King*

Jest to faza choroby, w której zaprzestano już leczenia przedłużającego życie [5]. Chory znajduje się w miarę w dobrym stanie ogólnym, gdyż nie ma większych dolegliwości bólowych i jest znacznie sprawny i aktywny ruchowo. Taki stan przeważnie trwa kilka tygodni lub miesięcy, jednakże czasem może trwać nawet kilka lat. Chorzy w tej fazie choroby nie wymagają opieki paliatywnej [5].

Okres terminalny

Kto się boi, nie wiedząc właściwie czego, podwójnie się boi

Ivo Andrić

Stan terminalny u chorego zaczyna się w momencie, gdy pojawiają się dolegliwości związane z chorobą, które prowadzą do nieodwracalnego pogorszenia się stanu ogólnego pacjenta oraz sprawności ruchowej [4,5]. Pojawia się spadek aktywności ruchowej, nasilają się dolegliwości fizyczne, co uniemożliwia wychodzenie z domu. Towarzyszą problemy z zaspokajaniem podstawowych potrzeb fizjologicznych. To właśnie w tym okresie chory staje się w jakimś stopniu zależny od otoczenia, rodziny. Zaczyna więcej czasu spędzać w samotności i skupiać się na stanie swego zdrowia [5,6]. W takich sytuacjach może dochodzić do załamania psychicznego, które prowadzi do utraty chęci i woli życia. W okresie terminalnym pacjent dokonuje przeglądu własnego życia, wspomina przeszłość, zaczynają pojawiać się częściej myśli o umieraniu i śmierci. Ten stan charakteryzuje się także występowaniem zmiennego nastroju, złego samopoczucia, a także poczucia winy. W okresie terminalnym stan chorego wymaga objęcia go właściwą opieką paliatywną. Taki okres trwa zazwyczaj około 6-8 tygodni [5].

Okres umierania (agonalny)

Nie ma we mnie żadnej myśli, w którą nie zostałaby wrzeźbiona śmierć”

Michał Anioł

Jest to najtrudniejszy stan dla samego chorego, a także jego rodziny [5,6]. Poprzedza on bezpośrednio śmierć chorego. Zwykle trwa kilka ostatnich dni lub godzin życia. Charakteryzuje się widocznym i postępującym osłabieniem fizycznym, odmową przyjmowania pokarmów, znużeniem, sennością, zmianami psychicznymi, tj. zubożeniem, apatią. Osoba umierająca jest małomówna, obojętna uczuciowo, coraz bardziej uświadamia sobie moment nadchodzącej śmierci. Następuje zmniejszenie zainteresowania najbliższym

otoczeniem, pogarsza się pamięć, spada sprawność myślenia, koncentracji i uwagi, a także ruchliwość chorego [4,5,6].

U takiego pacjenta stopniowo narasta niewydolność ważnych dla życia narządów, występują zaburzenia metaboliczne w organizmie oraz towarzyszą coraz częstsze zaburzenia świadomości [3,5].

Bardzo dokładnie ten ostatni etap umierania opisał polski lekarz medycyny sądowej prof. Stefan Raszeja [17]. Przedstawił on kilka etapów, które występują w procesie umierania [17]:

- pierwszy z nich określa jako „życie zredukowane („*vita reduta*”), w którym to zaczyna narastać niewydolność ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia oraz układu oddechowego
- drugi stan - zahamowanie czynności organizmu i spadku przejawów oznak życia (*vita minima*)
- trzeci stan - tzw. „śmierć pozorna (*animato suspensa*)”, która charakteryzuje się przedłużeniem życia minimalnego z wygasaniem funkcji organizmu. Ten etap nazywany jest agonią, gdzie następuje wyczerpanie sił organizmu dążącego do przywrócenia jego homeostazy.

Raszeja [17] definiuje agonię jako „*ustąpienie objawów życia, przedśmiertną euforię, senność połączoną z zaburzeniami świadomości i majaczeniem*”. W konsekwencji śmierć pozorna przechodzi w „śmierć kliniczną (*mors clinica*)”, która objawia się brakiem oznak życia, tj. utratą przytomności, brakiem oddechu i krążenia. Po tym okresie, śmierci klinicznej, dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, czyli śmierci osobniczej. Z wygaśnięciem wszystkich żywych czynności tkanek i komórek następuje śmierć biologiczna, określana jako absolutna, rzeczywista, molekularna [17].

Wybrane aspekty jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby

Śmierć jest nagrodą życia

Jean Giradoux

W literaturze przedmiotu [18,19] można znaleźć bardzo wiele definicji przedstawiających jakość życia (ang. *quality of life* – QL), a co wynika z wieloaspektowego podejścia do problemu i traktowania jakości życia jako terminu interdyscyplinarnego, którym interesują się

naukowcy i badacze z wielu dziedzin nauki (medycyny, socjologii, filozofii, psychologii i ekonomii społecznej).

Profesor de Walden – Gałuszko [20] sformułowała definicję jakości życia i określiła ją jako „ocena własnej sytuacji życiowej, dokonana w określonym czasie i uwzględniająca przyjętą hierarchię wartości lub też różnica pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną”.

Nowe i szersze spojrzenie na tematykę zdrowia i choroby sprawiły, że WHO [21] określiła pojęcie jakości życia, definiując ją jako „spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”. Jest to „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia” (HRQL – *Health Related Quality of Life*), dlatego też ten termin jest rozumiany jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany i przeżywany przez pacjenta” [20].

Jakość życia to poczucie indywidualnej jednostki zależnej od stanu zdrowia w wymiarze [22]: fizycznym, psychicznym i pozycji społecznej.

WHO podkreśla i wymienia sześć podstawowych wymiarów dotyczących jakości życia, które pokazuje tabela I [24].

Tabela I. Podstawowe wymiary dotyczące jakości życia według WHO

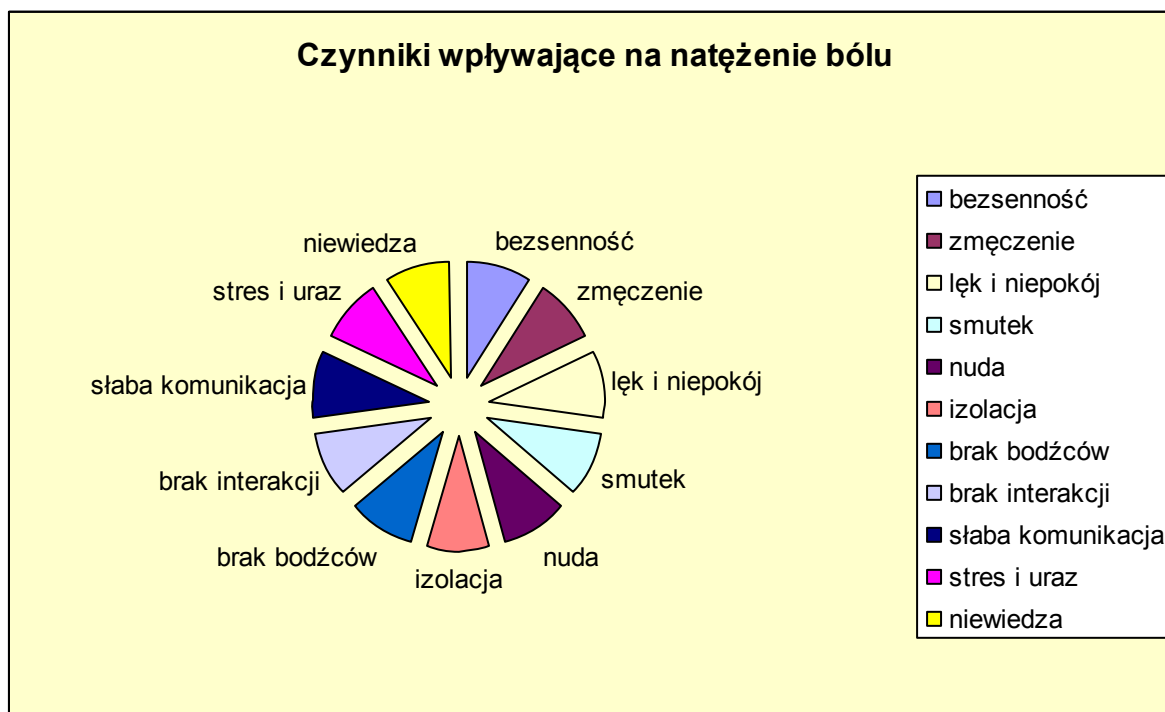
Wymiary dotyczące jakości życia	
1. Wymiar fizyczny	• Ból i dyskomfort • Energia i zmęczenie • Aktywność seksualna • Sen i odpoczynek • Funkcje sensoryczne
2. Wymiar psychologiczny	• Uczucia pozytywne, negatywne • Procesy umysłowe • Obraz ciała • Samoocena
3. Niezależność	• Niezależność ruchowa • Zdolność porozumienia się • Zdolność do pracy • Aktywność ruchowa
4. Relacje społeczne	• Osobiste więzi • Wsparcie społeczne
5. Środowisko	• Środowisko domowe • Zasoby finansowe • Opieka zdrowotna i socjalna • Zadowolenie z pracy
6. Wymiar duchowy	• Przekonania i praktyki religijne

W terminalnej fazie choroby jakość życia pacjentów ulega znacznemu pogorszeniu i zazwyczaj w takim stadium pojawia się u chorego ból, zmęczenie, osłabienie i senność, co wpływa na spadek podstawowych wymiarów jakości życia [23].

Jak określa Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain- IASP*) [25] „ból jest odczuciem subiektywnym, nieprzyjemnym, zmysłowym i emocjonalnym, związanym z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia”.

Z powyższej definicji jasno wynika, że ból to nie tylko zjawisko fizyczne, ale także emocjonalne, duchowe i społeczne.

Hemming i Maher w swoich badaniach [25] odkrywają i dowodzą, że każdy człowiek posiada swoistą tolerancję bólu, czyli maksymalne natężenie bólu, które jest w stanie znieść dana osoba. Wpływ na to ma szereg czynników, które przedstawia Ryc. 1.



Rycina 1. Czynniki wpływające na natężenie bólu

Biorąc pod uwagę wieloczynnikowe podłoże bólu, w medycynie paliatywnej wyróżnia się określenie bólu wszechogarniającego (*total pain*), który podlega diagnozie multidyscyplinarnej [12,21,24]. W związku z tym do zdiagnozowania bólu, jego umiejscowienia, natężenia, czasu trwania, częstotliwości i charakteru używa się

odpowiednich skal, którymi posługuje się personel medyczny, jak również rodzina chorego. W praktyce najbardziej popularne i najczęściej używane są skale wzrokowo-analogowa VAS - *Visual Analogue Scale*) i skala numeryczna (NRS - *Numerical Rating Scale* [24]. Można także stosować skalę słowną (VRS - *Verbal Rating Scale*) [26].

W skali VAS (*Visual Analogue Scale*, **skala wzrokowo-analogowa**) pacjent graficznie oznacza na linijce natężenie bólu, z tyłu której odczytywana jest wartość numeryczna [25]. Skala ma postać linijki o długości 10 cm [26]. Pacjent palcem lub suwakiem wskazuje nasilenie bólu wiedząc, że 0 - oznacza zupełny brak bólu, a 10 - to najsilniejszy wyobrażalny ból. Stosuje się również skale zmodyfikowane, które zawierają na skrajnych biegunach rysunki twarzy, np. uśmiechniętej (brak bólu) i wykrzywionej grymasem bólu (najsilniejszy ból) lub dodatkowo opatrzone słownymi określającymi ból (graficzna skala opisowa) [26].

W skali NRS (**skala numeryczna**, *Numerical Rating Scale*) chory podaje wartość liczbową w skali od 0 do 10, która odpowiada obecnemu natężeniu bólowemu. W obu skalach wartości 0 jest przypisany brak bólu, zaś wartość 10 określa maksymalny odczuwalny ból chorego [25]. Skala ta cechuje się znaczną powtarzalnością wyników i jest przydatna w zastosowaniach naukowych, jednakże nie zaleca się stosowania skali NRS u dzieci w wieku <9 lat [26].

W skali VRS (**słowna** - *Verbal Rating Scale*) choremu przedstawia się szereg kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami natężenia bólu [26]. Najczęściej stosuje się pięciostopniową skalę psychometryczną Likerta. Największą wadą skali jest niejednoznaczność określeń nasilenia bólu, które poszczególni chorzy mogą różnie rozumieć.

Kolejnym wybranym aspektem jakości życia chorego w stanie terminalnym jest zmęczenie [27]. Według *National Comprehensive Cancer Network Fatigue Guidelines Panel* (NCCN) jest ono definiowane jako „*nietypowe, utrzymujące się, subiektywne poczucie znużenia związane z chorobą nowotworową lub jej leczeniem, zakłócające zwykłe funkcjonowanie. Zmęczenie jest odczuciem subiektywnym, manifestującym się objawami fizycznymi (obniżenie energii), poznawczymi (osłabienie koncentracji) i emocjonalnymi (obniżenie motywacji)*” [27].

Jakość życia jest bardzo ważnym miernikiem jakości opieki paliatywnej nad pacjentami w stanie terminalnym [28].

Zmęczenie u pacjentów w stanie terminalnym występuje u ok. 60-90% chorych i może współtowarzyszyć objawom depresji, bezsenności, lęku i niepokoju, jadłowstrętu, duszności, a także nudności [27]. W związku z tym w medycynie paliatywnej zostały opracowane

narzędzia badające nasilenie różnych dolegliwości, tu także zalicza się zmęczenie, z których najbardziej popularna jest ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) [28,29]. Takie same postępowania dotyczą przypadku senności i osłabienia.

Skala ESAS składa się z dziesięciu wzrokowo-analogowych skal mających dwa przeciwstawne bieguny (po lewej stronie: najmniejsze natężenie objawu, po prawej: największe natężenie objawu) [30,31]. Skalę cechuje wysoka trafność i rzetelność. Ocena dokonywana jest w skali od 0 (brak objawu) do 10 (objaw najsilniejszy). Na skalach w miejscu, które jest najbardziej właściwe dla odczuwanego stanu chorego, zaznacza on natężenie [30,31]: bólu, aktywności, nudności, depresji, lęku, senności, apetytu, samopoczucia, duszności i jednego dodatkowego objawu wymienionego przez pacjenta.

W polskiej wersji dodano dwa często występujące u chorych w opiece paliatywnej objawy, takie jak: zaparcie stolca i wymioty [30,31]. Poprawiona wersja *ESAS--revised* (ESAS-r) w porównaniu z wersją oryginalną zawiera ocenę zmęczenia zamiast aktywności. Badanie trwa kilka minut i w warunkach stacjonarnych powinno się je wykonywać dwa razy dziennie w celu kontroli objawów. Skalę cechuje wysoka trafność i rzetelność. Ocena dokonywana jest w skali od 0 (brak objawu) do 10 (objaw najsilniejszy).

W opiece paliatywnej do oceny jakości życia używany jest także **Indeks stanu sprawności Karnofsky’ego** (*The Karnofsky Performance Status*), będący metodą służącą „do określenia funkcjonowania fizycznego za pomocą metrycznej oceny stopnia funkcjonalnej samodzielności, wyrażonej w postaci jednej liczby” [30,32]. Ocena zawiera się na skali od 0% do 100%. Zakłada się, że wyższe wartości skali odpowiadają lepszej sprawności i wyższej [30,32].

Kolejnym narzędziem jest **Indeks jakości życia Spitzera** (*Spitzer’s Quality of Life Index*) [30,33], dobrze różnicujący pacjentów z różnymi rodzajami schorzeń i w różnym stadium choroby. Obejmuje 5 obszarów funkcjonowania pacjenta [30,33]: aktywność, życie codzienne, zdrowie, wsparcie i wygląd.

Do każdej pozycji dopasowane są trzy możliwości odpowiedzi, a punktacja obejmuje od 0 do 2 punktów dla każdego z 5 obszarów. Wyniki analizy można dokonać w odniesieniu do każdego z 5 obszarów lub całości skali [30,33].

Do oceny jakości życia w opiece paliatywnej, w tym do pomiaru wpływu leczenia choroby nowotworowej na funkcjonowanie psychospołeczne, może także służyć **Rotterdamska Lista Objawów** (*The Rotterdam Symptom Checklist*), skonstruowana w roku 1990, przez de Haes i wsp. [30,34]. Skala składa się z 30 pozycji dotyczących objawów oraz

8 pytań na temat codziennej aktywności pacjentów. W drodze analizy czynnikowej autorzy skali wyodrębnili dwa wymiary [30,34]:

- psychologiczny, w skład którego wchodzi takie objawy: zdenerwowanie, zmęczenie (znużenie), niepokój, depresyjny nastrój, brak energii, nerwowość, poczucie beznadziejności, trudności ze snem, napięcie, lęk, trudności w koncentracji
- fizyczny, w skład którego wchodzi takie objawy: brak apetytu, zmęczenie (znużenie), brak energii, nudności, zawroty głowy, zgaga, drżenie, mrowienie rąk lub nóg, ból przy przełykaniu, utrata włosów, pieczenie/ból oczu, duszność, suchość w ustach.

Następnym narzędziem jest **Szpitalna skala lęku i depresji** (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*), skonstruowana w roku 1983 przez Zigmunda i Snaith, z przeznaczeniem do przesiewowego (*screening*) badania stanów lęku i depresji u wszystkich hospitalizowanych pacjentów [30,35]. Oryginalna skala składa się z 7 pytań badających lęk i 7 odnoszących się do depresji. W polskiej zmodyfikowanej wersji dodano dwa pytania badające rozdrażnienie i agresję [30,35].

Można także wykorzystać **European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30 (EORTC QLQ-C30)**, skonstruowany przez Grupę Badawczą Jakości Życia powołaną przy Europejskiej Organizacji Badań i Leczenia Nowotworów (EORTC) [30,36]. Wyróżnia się tzw. kwestionariusz podstawowy (*core*) do badania jakości życia w populacji pacjentów z chorobą nowotworową, bez uwzględniania postaci, rodzaju i lokalizacji nowotworu. Z kolei do oceny jakości życia związanej ze specyfiką różnych lokalizacji pierwotnego ogniska nowotworów, stworzone zostały odrębne moduły, np. moduły dla chorych z nowotworem płuc, gruczołu piersiowego, czy gruczołu krokowego, czy też moduł dla chorych z przerzutami do kości [30,36]. W kwestionariuszu umieszczono skale [30,36]:

- funkcjonowania (fizycznego, w rolach społecznych i w pracy, emocjonalnego, poznawczego, ogólnego)
- objawów (zmęczenia, występowania nudności i wymiotów, bólu, duszności, zaburzeń snu, utraty apetytu, zaparcia, biegunki).

Ocenia się także wpływ choroby na sytuację finansową [30,36]. W wypadku większości pytań zastosowana jest 4-stopniowa skala Likerta, a jedynie dla pytań dotyczących oceny stanu zdrowia i ogólnej jakości życia - skale 7-stopniowe [30,36].

Funkcjonuje także krótsza wersja kwestionariusza EORTC QLQ-C30, przeznaczona dla pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, obejmująca 15 pytań (EORTC QLQ-C15-PAL - *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 15 – Palliative Care* (EORTC QLQ-C15-PAL) [30,37,38].

Następną skalą jest **Jednowymiarowa skala jakości życia (*Quality of Life Uniscale*)**, opracowana w roku 1981, przez Spitzera i wsp. [30,39]. Ocena opiera się o samoocenę na skali linearno-analogowej i następnie dokonaniu oceny pewności własnej odpowiedzi.

Stosowany jest także **Kwestionariusz oceny jakości życia EQ-5D-5L** [30,40], zawierający pytania oceniające możliwość chodzenia, samoobsługi, codziennej aktywności, bólu i dyskomfortu, lęku i depresji, odnoszące się do dnia, w którym kwestionariusz jest wypełniany przez pacjenta. W każdej skali należy wybrać jedną z pięciu odpowiedzi [30,40].

Użyty może być również **Kwestionariusz oceny jakości życia McGill (*McGill Quality of Life Questionnaire*)** [30,41], zawierający otwarte pytania dotyczące objawów choroby oraz pytania odnoszące się do sfery psychologicznej, socjalnej i duchowej.

Postępowanie w stanie terminalnym

*Gdy spoglądam na minione moje życie, widzę że było tylko i wyłącznie snem.
Śmierć jest także snem”*

Kaisen

Postępowanie medyczne nad chorym w stanie terminalnym w opiece paliatywnej ma na celu łagodzenie cierpienia poprzez leczenie objawowe i właściwą pielęgnację pacjenta [42].

Leczenie paliatywne charakteryzuje się zapewnieniem właściwego procesu leczenia oraz opieki nad osobą nieuleczalnie chorą, a jego celem nie jest uzyskanie wyleczenia lub zahamowania rozwijającego się procesu chorobowego, ale poprawa jakości życia w danym stadium choroby [4,42]. Z kolei celem leczenia objawowego jest poprawa komfortu życia. Takie postępowanie nie przedłuża czasu życia, a jedynie minimalizuje niektóre objawy choroby (ból, krwawienie, zaparcia) [4,42].

Osiągnięcie takiego efektu jest możliwe dzięki wykorzystaniu różnych środków i zabiegów medycznych pozwalających na złagodzenie objawów choroby, wyeliminowanie lub zmniejszenie bólu, czy dolegliwości pojawiających się w trakcie trwania choroby [8,42]. Leczenie objawowe w fazie terminalnej przede wszystkim obejmuje [7,14,42]:

- złagodzenie bólu u chorego;
- opiekę psychologiczną i socjalną;
- psychologiczne wsparcie dla rodziny i w bezpośrednim czasie po śmierci chorego.

Światowa Organizacja Zdrowia, za Twycross [43], zainicjowała program pod nazwą *Comprehensive Cancer Control Programme* obejmujący:

- zapobieganie,
- wczesne wykrywanie i leczenie
- zwalczanie bólu nowotworowego i opiekę paliatywną.

„Opieka paliatywna jest aktywną i całościową opieką nad chorymi i ich rodzinami sprawowaną przez wielospecjalistyczny zespół w okresie, gdy nie oczekuje się już wyleczenia i przedłużanie życia przestaje być najważniejszym celem postępowania, i obejmuje [43]:

- leczenie objawowe i wsparcie psychosocjalne
 - dokładna ocena objawów
 - wyjaśnienie choremu przyczyny lub przyczyny występowania objawu
 - zastosowanie metod nefarmakologicznych i farmakologicznych, zmierzających do złagodzenia fizycznych i psychicznych elementów objawu
- wsparcie psychosocjalne
- opieka zespołowa
 - zintegrowana praktyka
 - koordynacja wysiłków
 - posiadanie wspólnego planu
 - twórcza praca zespołowa, rozwijana w etapach formowania, ścierania, normowania i spełniania się.
- akceptacja i afirmacja wartości pacjenta jako osoby
- elastyczność w podejściu do chorego
- szacunek wobec pacjenta
- zwiększanie poczucia własnej godności pacjentów, pomagając im być twórczymi w odpowiedni sposób
- zapewnienie pięknego otoczenia, bowiem wywiera ono duży wpływ na życie duchowe, „np. porcelanowe filiżanki są w hospicjum elementem opieki i uderzająco kontrastują z jednorazowymi kubkami z plastyku. Rzeczywiście, podniesienie na duchu można osiągnąć przy pomocy piękna obecnego w obrazach, wierszach, książkach, muzyce, kwiatkach, w szczególnym krajobrazie i całej przyrodzie”.

Piśmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
2. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, data pobrania 25.11.2016
3. Ciałkowska-Rysz A.: Opieka paliatywna – definicja, zalecenia organizacyjne, Medycyna Paliatywna, 2011, 10, 7–8.
4. Krajnik M., Rogiewicz M.: Opieka paliatywna, Wyd. Uczelniane Akademii Medycznej w Bydgoszczy, Bydgoszcz, 1998.
5. De Walden-Gałuszko K.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 20005.
6. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania, Księgarnia św. Jacka, Katowice, 2000.
7. Łuczak J. (red.): Medycyna Paliatywna, Materiały dla studentów, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej A.M., Poznań, 2005.
8. Hebanowski M., Walden-Gałuszko de K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
9. Ciałkowska-Rysz A.: Wskazania do objęcia opieką paliatywną, Medycyna Paliatywna, 2010, 1, 6–8.
10. Sykes N.: Zagadnienia związane ze schyłkowym okresem życia. Z komentarzem J. Łuczaka, Medycyna Praktyczna Onkologia, 2009, 45-54.
11. de Walden – Gałuszko K.: U kresu, Wyd. Medyczne MAK-med., Gdańsk, 1996.
12. Tassinari D, Maltoni M.: Opieka nad chorym umierającym [w:] Postępowanie w zaawansowanej chorobie nowotworowej, Catane R., Cherny NI, Kloke M., Tanneberger S., Schrijvers D (red.), ESMO, United Kingdom, 2006, 213–218.
13. Travers E, Mitchel D.: Zagadnienia strategiczne i ogólne w opiece paliatywnej [w:] Opieka paliatywna, Kinghorn S, Gaines S (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2012, 1–8.
14. Richardson E.: Opieka paliatywna dla pielęgniarek, Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków, 1997.
15. Górna K., Jaracz K.: Jakość życia osób starszych [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008, 343–345.
16. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierającym, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, 2000.

17. Raszeja S., Markiewicz J., Nasiłowski W.: Medycyna sądowa. Podręcznik dla studentów, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1993.
18. De Walden-Gałuszko K.: Jakość życia – rozważania ogólne [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej, de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.), Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1994, 13-39.
19. Sęk H., Pasikowski T.: Jakość życia i zdrowia a sens koherencji w kontekście społecznym [w:] Jakość życia w naukach medycznych, Wołowicka L. (red.), Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2001, 17-29.
20. De Walden-Gałuszko K.: Wykorzystywanie badania jakości życia w psychiatrii. Pamiętnik VII Gdańskich Dni Leczenia Psychiatrycznego, Jurata, 24-25 IX 1993. Gdańsk 1993.
21. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Akademia Medyczna, Gdańsk, 2000.
22. Krukowski J., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A.: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w hospicjum stacjonarnym, Problemy Pielęgniarstwa, 2010, 18, 299–303.
23. De Walden – Gałuszko K., Trzebiatowska I.: Psychoonkologia, Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, Gdańsk, 2000.
24. World Health Organization. <http://www.who.int/publications/en/>, data pobrania 26.11.2016.
25. Farrer K.: Kontrola bólu [w:] Opieka paliatywna, Kinghorn S, Gaines S (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2012, 23–41.
26. Skale oceny bólu <http://www.mp.pl/bol/bol/ostry/72858,skale-oceny-bolu>, data pobrania 13.01.2017.
27. Stiefel F., Stagno D.: Problemy psychiatryczne [w:] Postępowanie w zaawansowanej chorobie nowotworowej, Catane R., Cherny NI, Kloke M., Tanneberger S., Schrijvers D. (red.), ESMO, United Kingdom, 2006, 142–144.
28. Keirse M.: Psychologiczne aspekty opieki paliatywnej, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2007.
29. Krasuska M., Turowski K. (red.): Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym, NEUROCENTRUM, Lublin, 1996.
30. Leppert W., Forycka M., de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Buss T.: Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej, Psychoonkologia, 2014, 1, 17–29.

31. Majkowicz M., Czuszyńska Z., Leppert W. i wsp.: Praktyczne wykorzystanie skali ESAS (Edmonton Symptom Assessment, System) w opiece paliatywnej, *Nowotwory*, 1998, 48, 847-857.
32. Karnofsky D.A., Burchenal J.M.: Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer [in:] *Evaluation of chemotherapeutic agents*, Macleod CM (ed.), Columbia University Press, New York, 1949, 191-205.
33. Spitzer W.O., Dobson A.J., Hall J., Chesterman E., Levi J., Shepherd R., Battista R.N., Catchlove B.R.: Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL – index for use by physicians, *Journal of Chronic Diseases*, 1981, 34, 585-597.
34. de Haes J.C., van Knippenberg F.C., Neijt J.P.: Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist, *British Journal Of Cancer*, 1990, 62, 1034-1038.
35. Zigmond A.S., Snaith R.P.: The hospital anxiety and depression (HAD) scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67, 361-370.
36. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M.A.G.: Modułowe postępowanie Europejskiej Organizacji do Badań i Leczenia Raka (EORTC) do oceny jakości życia chorych na nowotwory. Modyfikacja [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Meyza J (red.), Centrum Onkologii, Warszawa, 1997, 13-36.
37. Groenvold M., Petersen M.A., Aaronson N.K., Bjorner J.B.: The development of the for the EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care, *European Journal of Cancer*, 2006, 42, 55-64.
38. Leppert W., Majkowicz M.: Validation of the Polish version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 15 – Palliative Care (EORTC QLQ-C15-PAL) in patients with advanced cancer, *Palliative Medicine*, 2013, 27, 470-477.
39. Spitzer W.O., Dobson A.J., Hall J., Chesterman E., Levi J., Shepherd R., Battista R.N., Catchlove B.R.: Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL – index for use by physicians, *Journal of Chronic Diseases*, 1981, 34, 585-597.
40. Herdman M., Gudex C., Lloyd A., Janssen M., Kind P., Parkin D., Bonsel G., Badia X.: Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L), *Quality of Life Research*, 2011, 20, 1727-1736.
41. Cohen S.R., Mount B.M., Strobel M.G., Bui F.: The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced

- disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 1995, 9, 207-219.
42. Łuczak J.: Co to jest leczenie objawowe/paliatywne, opieka paliatywno – hospicyjna oraz opieka długoterminowa i dlaczego warto z nich korzystać, *Przegląd Terapeutyczny*, 2007, 3, <http://www.ptt-terapia.pl/wp-content/uploads/2011/06/Luczak.pdf>, data pobrania 26.11.2016
43. Twycross R.G.: Care of the terminally ill patient, *Triangle*, 1992, 31, 1, 1-7.

Emocjonalny kontekst diagnozy i leczenia choroby nowotworowej

Konarska Jagoda¹, Janiszewska Mariola², Barańska Agnieszka³, Drop Bartłomiej³, Blicharski Tomasz⁴

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Katedra i Klinika Rehabilitacji i Ortopedii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej wiąże się wystąpieniem ogromnego obciążenia fizycznego, psychicznego i społecznego. Przyczynami takiego stanu są zmiany biologiczne zachodzące w organizmie oraz czynniki społeczne. Osoby chorujące na nowotwory odczuwają wiele fizycznych objawów choroby i jej leczenia, ale zdecydowana większość doświadcza również objawów emocjonalnych. Zdiagnozowanie, leczenie i okres pochorobowy są trudnym czasem. Mogą spowodować poważny uszczerbek psychiczny na całe dalsze życie [1]. Na to, jak pacjent zareaguje na chorobę nowotworową ma wpływ wiele czynników, są to między innymi wiek, stopień odczuwania bólu, stadium choroby, status społeczno-ekonomiczny, stopień wsparcia ze strony najbliższych. Reakcje emocjonalne zmieniają się pod wpływem nowych informacji, nasilających się odczuć fizycznych i stosowanych metod leczenia i skuteczności ich powodzenia [2]. Choroba stanowi dla jednostki wyzwanie, które obejmuje zmiany w różnych obszarach funkcjonowania, radzenia sobie z występującymi ograniczeniami, pociąga za sobą skutki w postaci reakcji emocjonalnych [3]. Proces diagnozy i leczenia choroby nowotworowej wyzwała w pacjencie wiele emocji, które przyczyniają się do obniżenia jakości życia. Zatem emocje towarzyszące pacjentowi onkologicznemu są ważnym tematem, ponieważ uświadomienie sobie ich istnienia pozwala w najbardziej optymalny sposób je minimalizować. Obserwowane są

wzrostowe tendencje występowania nowotworów w polskim społeczeństwie, dlatego kwestia zajmowania się stroną związaną z emocjami staje się niezwykle zasadna.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie emocji, jakie towarzyszą pacjentowi podczas diagnozy i leczenia choroby nowotworowej. Do przedstawienia emocji, jakie towarzyszą pacjentowi podczas diagnozy i leczenia choroby nowotworowej zastosowano analizę literatury naukowej z zakresu tematycznego.

Geneza chorób nowotworowych

Nowotwór (łac. Neoplasma - nowy wytwór) powstaje, gdy komórki organizmu zaczynają się dzielić w niekontrolowany przez organizm sposób, a nowo powstające komórki nowotworowe nie różnicują się w typowe komórki tkanki. Komórki nowotworowe różnią się tym od prawidłowych komórek, że nie przestają rosnąć i dzielić się. Rozwijają się na skutek uszkodzenia powstałego jako mutacja genów, które kodują białka pełniące rolę w cyklu komórkowym, są to protoonkogeny i antyonkogeny. Nowotwory dzielą się na nowotwory łagodne (niezłośliwe) i złośliwe. Łagodne występują znacznie częściej niż złośliwe i cechują się bardzo dużym stopniem zróżnicowania. Nowotwory złośliwe od łagodnych różnią się kilkoma cechami. Cechy charakterystyczne nowotworu złośliwego to możliwość naciekania okolicznych tkanek i zdolność dawania przerzutów do węzłów chłonnych bądź narządów odległych [4,5].

Przyczyny nowotworów są bardzo zróżnicowane. Większość tych chorób powstaje poprzez szkodliwy wpływ czynników składających się na styl życia. Czynniki rakotwórcze to między innymi [6,7]:

- palenie tytoniu
- nadużywanie alkoholu
- niewłaściwa dieta
- otyłość
- spaliny
- zanieczyszczenie środowiska przez przemysł
- nadmierne opalanie

- promieniowanie.

Mniejsze znaczenie odgrywają zakażenia, czynniki zawodowe i zachowania seksualne. O wielkości zagrożenia zachorowania na dany nowotwór w głównej mierze decyduje stopień ekspozycji na konkretny czynnik ryzyka [6,7].

Epidemiologia w Polsce

Choroby nowotworowe są problemem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym wstępującym w polskim społeczeństwie. Stanowią poważne zagrożenie dla polskiego społeczeństwa, stwarzają bowiem problemy na poziomie jednostki, jak i państwa. Choroby nowotworowe stanowią drugą, po chorobach układu krążenia, przyczynę zgonów w Polsce, odpowiadającą za 27% zgonów wśród mężczyzn i 24% zgonów u kobiet. Wynika to głównie z faktu późnego ich wykrywania oraz niskiej skuteczności leczenia [8].

W przeciągu ostatnich 50. lat liczba zachorowań i zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi gwałtownie wzrosła. Wśród mężczyzn doszło do wzrostu zachorowań o ponad 64,5 tysiąca, natomiast wśród kobiet o ponad 61 tysięcy zachorowań. To oznacza, że liczba zachorowań wzrosła ponad czterokrotnie. Liczba zgonów również uległa wzrostowi, we wspomnianym zakresie czasu o ponad 61,6 tysiąca w całej populacji. Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce wynika głównie ze zmian w strukturze wieku, a przede wszystkim w wyniku zwiększania się ludności powyżej 65. roku życia. Do przyczyn wzrostu śmiertelności zalicza się także nieodpowiedni styl życia, ukazujący się w postaci nieprawidłowego odżywiania się, niskiej aktywności fizycznej, braku świadomości zagrożenia chorobami nowotworowymi, to prowadzi do niechęci wykonywania badań przesiewowych oraz do późnego zgłaszania się do lekarza w przypadku zauważenia potencjalnych zmian chorobowych [9].

Skalę problemu w Polsce obrazują dane dotyczące zachorowalności i umieralności na nowotwory. Opracowanie Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie oraz Krajowego Rejestru Nowotworów (2017) ukazuje dane pochodzące z 2015 roku. Występowanie zachorowań bądź zgonów powodowanych nowotworami jest uzależnione od wieku osób składających się na społeczeństwo. Współczynniki zachorowalności i umieralności wzrastają 10-krotnie co 20-30 lat życia. U mężczyzn najwięcej zachorowań przypada na wiek między 55. a 79. rokiem życia. Z kolei u kobiet już od 50. roku występuje dużo zachorowań aż do 79. roku życia. Warto zauważyć, że występuje prawie dwukrotnie wyższa liczba zachorowań wśród młodych dorosłych kobiet (20-44 lat) i kobiet w średnim

wieku niż u mężczyzn w tym samym przedziale wiekowym. Choroby nowotworowe wśród dzieci (0-19 lat) są stosunkowo rzadką przyczyną zgonu (6,8% zgonów wśród chłopców i 7,2% wśród dziewcząt), z roku na rok odsetek zgonów spada przy utrzymującej się liczbie zachorowalności, a to może wskazywać na postęp w leczeniu nowotworów u dzieci. Wśród kobiet w średnim wieku nowotwory są przyczyną prawie co drugiego zgonu (49% zgonów). Jednak i tak najwięcej zgonów przypada na siódmą i ósmą dekadę życia.

Struktury zachorowań i zgonów są podobne, lecz w przypadku zgonów większy udział mają nowotwory o złym rokowaniu. W 2015 roku nowotworami złośliwymi najczęściej rejestrowanymi u mężczyzn były nowotwory złośliwe płuca (17,7%), gruczołu krokowego (17,4%), okrężnicy (7%), pęcherza moczowego (6,5%), odbytnicy (4,4%) i żołądka (4,3%). Z kolei u kobiet najczęściej rejestrowano zachorowanie na nowotwór złośliwy piersi (22,2%), płuca (9,2%), trzonu macicy (7,6%), okrężnicy (6,2%), jajnika (4,6%), tarczycy (3,6%) i szyjki macicy (3,3%). U mężczyzn największy odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych stanowiły rak płuca (29,2%), gruczołu krokowego (8,8%), okrężnicy (7,6%) oraz żołądka (6,1%). Natomiast wśród kobiet były to rak płuca (16,6%), nowotwór złośliwy sutka (14,1%), nowotwór złośliwy okrężnicy (7,9%) oraz jajnika (6,2%) [10].

Emocjonalny odbiór diagnozy

Każdy człowiek ma w pewien sposób ukształtowany system postrzegania choroby nowotworowej. Każdy ma przekonania, opinie i poglądy związane z tą chorobą, poparte bardziej bądź mniej rzetelną wiedzą. Jest to tak zwana reprezentacja poznawcza choroby. Jednak wykrycie choroby nowotworowej powoduje zwiększone procesy poszukiwania i weryfikacji stwierdzeń dotyczących jej objawów, ich identyfikacji, potencjalnych przyczyn, które wywołały tę chorobę, możliwego przebiegu, skutków oraz informacji na temat leczenia i możliwości wyleczenia. Przekonanie dotyczące nowotworów, jakie podziela większość społeczeństwa często mocno oddziałuje na psychologiczne przystosowanie się jednostki do swojej choroby [11]. Czynnikiem wzmagającym pojawienie się obaw są wcześniejsze doświadczenia pacjenta z tą chorobą. Najczęściej rezerwuarem tychże doświadczeń są wspólne przeżycia rodzinne - nowotwory, które wystąpiły wśród najbliższego otoczenia w przeszłości. Ma to szczególne znaczenie, gdy występują nowotwory uwarunkowane genetycznie. Wtedy wiele w nastawieniu obecnego pacjenta zależy od tego, jak przebiegała choroba bliskiej osoby w przeszłości. Gdy bliski zmarł na nowotwór, pacjent może czuć jeszcze większe przygnębienie i lęk przed dalszym losem. Natomiast, gdy

nastąpiło wyleczenie bliskiego, w chorym może pojawić się nadzieja na wyjście z choroby [12]. Emocje związane z otrzymaniem diagnozy są wyjątkowo silne i zwykle nacechowane negatywnie. Często pierwsze odczucia mają wpływ na dalsze losy podjęcia leczenia. W społeczeństwie funkcjonuje lęk przed nowotworem jako chorobą nieuleczalną i śmiertelną. Ten społeczny lęk silnie oddziałuje na postrzeganie własnej choroby. Początkowo dominuje poczucie zagrożenia i strach przed śmiercią [3]. Samo podejrzenie choroby nowotworowej wywołuje silny lęk, natomiast właściwe rozpoznanie choroby łączy się nawet z nasileniem objawów depresyjnych [13]. Lęk jest emocjonalnym stanem powiązany z przewidywaniem pochodzącego ze środka organizmu lub nadchodzącego z zewnątrz niebezpieczeństwa. Lęk jest swoistą odpowiedzią na zagrożenie [14]. Może się on pojawić na początku postępowania diagnostycznego, w czasie wdrożenia leczenia i kontynuowania działań terapeutycznych oraz po zakończeniu leczenia [15]. Mity i półprawdy rozpowszechniane między ludźmi powodują większy lęk przed tym, co ma nastąpić. Po postawieniu diagnozy należy wszelkimi sposobami zmniejszać poczucie lęku u pacjenta, gdyż wdrożenie leczenia spotęguje odczuwanie tych negatywnych uczuć [16].

Na skutek ogromnego lęku u pacjentów onkologicznych często dochodzi do zaburzeń lękowych. Według niektórych badaczy zaburzenia mogą dotyczyć nawet blisko 30% tej grupy.

W momencie wykrycia choroby nowotworowej krtani większość chorych odczuwała lęk (94%), smutek (84%) i rozpacz (78%) [17].

Oprócz lęku równie często występuje przygnębienie spowodowane utraconą wartością, jaką jest zdrowie. Może objawiać się płaczem, skargami, narzekaniem lub w sposób niewerbalny poprzez apatię, przygarbioną postawę czy bezsenność. Pomoc psychologiczna w stresie, przygnębieniu i smutku oraz nauka zasad higieny powinny choć częściowo poprawić komfort życia [18].

Niemalże zawsze choroba nowotworowa wiąże się z występowaniem stresu, a dokładniej dystresu, czyli negatywnego stresu. Większość z badanych pacjentów onkologicznych powinna być objęta szczególną pomocą psychologiczną ze względu na chwiejny stan emocjonalny [19].

Gdy pacjent traktuje chorobę jako wroga i przeszkodę w dążeniu do wyznaczonych celów, to zazwyczaj wyzwala w sobie gniew i w aktywny sposób pragnie przezwyciężyć tę niekomfortową sytuację. Takie nastawienie może sprzyjać wyjściu z choroby, ponieważ nastraja do walki i chroni przed wystąpieniem depresji. Jednakże niekontrolowany gniew może się nawarstwiać i zacząć eksponować jako agresja [20].

Taka choroba jest szczególnym wydarzeniem w życiu człowieka i wiąże się ze zmianami w jego codziennym funkcjonowaniu. Czasem wymusza rezygnację z pewnych form aktywności, wtedy też musi nastąpić adaptacja nie tylko ukierunkowana na czynności związane z leczeniem, ale też na zmaganie się z konsekwencjami jej wystąpienia. Na stopień przystosowania psychicznego do choroby ma wpływ obszar występowania pierwotnej zmiany nowotworowej u pacjentów [21].

Rola emocji w procesie leczenia

Proces leczenia powoduje kontynuację wzburzonych emocji. Powodowane jest to uciążliwością związaną z nieznaną procedurą i rodzajem leczenia, możliwością wystąpienia działań niepożądanych, kolejnymi wizytami w szpitalu i związanym z tym przystosowaniem fizycznym i psychicznym. Chorzy, którzy często nie mogą skorzystać z profesjonalnego wsparcia decydują się na pozbawione medycznego uzasadnienia metody lecznicze. Jest to w pewnym stopniu zrozumiałe, gdyż w obliczu choroby nowotworowej każdy próbuje ratować swoje życie w mniej lub bardziej konwencjonalny sposób. Jednak kluczem do walki jest zrozumienie przebiegu choroby, jej skutków i aktywne uczestnictwo w procesie leczenia [22]. To wskazuje na istotność współpracy między onkologiem, psychologiem czy psychiatrą. Dzięki temu onkolog może umocnić swoją relację z pacjentem i w lepszy sposób przedstawić plan leczenia, co może korzystnie wpłynąć na rokowanie [20].

W trakcie trwania leczenia modyfikuje się obraz postrzegania choroby oraz stan emocjonalny. Pacjent tworząc ten obraz analizuje werbalne i niewerbalne przekazy płynące z wielu źródeł. Mają na to wpływ sam chory, personel medyczny, inni pacjenci, rodzina, przyjaciele, literatura i media. Warto uświadomić pacjenta na temat tego, jak będzie przebiegać proces leczenia, gdyż posiadanie rzetelnej wiedzy pozwoli na zmniejszenie kreowania niepotrzebnych wyobrażeń, tym samym może zmniejszyć odczuwanie niepokoju i lęku. Ogólne obalanie mitów i dostarczanie wiedzy jest dobrym sposobem na ochronę przed niepokojem związanym z chorobą [16]. Niestety mity, jakie narosły wokół tematu nowotworów są silniejsze od merytorycznej wiedzy medycznej [23]. Rola komunikacji jest niezwykle ważna w procesie leczenia, ponieważ pozwala ona na zmniejszenie poczucia niepewności, podtrzymanie nadziei oraz pomoc pacjentowi w odzyskaniu sensu życia [24]. W fazie leczenia również może występować gniew. Objawia się on, gdy pacjent jest przeświadczony o zbyt późnym rozpoznaniu nowotworu albo o późno podjętym leczeniu. Chory odczuwa gniew widząc nieskuteczność podejmowanych wysiłków w celu

przywrócenia mu zdrowia [25]. Jednak gniew niektórych może motywować do działania. Aktywne zmaganie się z chorobą wpływa na lepszą jakość życia, dłuższe przeżycie oraz występowanie łagodniejszych skutków [26].

Podczas leczenia może występować lęk przed bólem związanym z chorobą i leczeniem, lęk przed skutkami terapii oraz lęk przed byciem niesamodzielnym i wynikającą z tego koniecznością proszenia o pomoc. W badaniach przeprowadzonych w 2011/2012 roku wśród pacjentów z różnymi rodzajami choroby nowotworowej okazało się, że prawie wszyscy doświadczali lęku. U połowy respondentów występował on na poziomie umiarkowanym, natomiast średnio u co 6 badanego występował poważny poziom lęku. Najczęstszymi objawami jego występowania były: odczuwanie napięcia przejawianego zmęczeniem, gwałtowne reakcje, skłonność do płaczu, drżenie ciała i brak zdolności do odpoczynku [27]. Pacjenci w trakcie leczenia onkologicznego wykazują istotnie wyższy poziom lęku i depresji niż osoby po zakończonym leczeniu [28].

Depresja w chorobie nowotworowej występuje stosunkowo często. Jest stanem, który może przyczynić się do wystąpienia nowotworu, ale może także wystąpić w efekcie zachorowania. U połowy respondentów chorujących na nowotwory stwierdzono objawy depresji, średnio u co 10 badanego stwierdzono ciężką depresję. Najczęstsze objawy, jakie sugerowały wystąpienie depresji, to: sypianie gorzej niż dawniej oraz częstszy niż zwykle płacz [27]. W większości przypadków objawia się przede wszystkim obniżonym nastrojem. Wśród respondentek chorujących na nowotwór piersi, 34% cierpiało na przemęczenie nawet po 5–10 latach od zdiagnozowania, natomiast problemy ze snem dotyczyły 30-50% badanych [29]. Współwystępowanie depresji i choroby nowotworowej wiąże się z cierpieniem chorego oraz ma duże znaczenie dla leczenia. Chory ma wtedy osłabiony proces motywacji wewnętrznej i staje się bierny w trakcie leczenia, odmawia współpracy z lekarzem. Depresja wpływa na gorsze wyniki leczenia i powoduje większe ryzyko zgonu [30]. Większość kobiet (73,9%) po wykonaniu mastektomii w chwili przeprowadzenia badania wykazywało akceptację choroby. Na poziom akceptacji nie miał wpływu wiek badanych, miejsce zamieszkania czy stopień wykształcenia. Natomiast upływ czasu miał wyraźny wpływ na zaakceptowanie obecnej sytuacji, ponieważ wysoki poziom akceptacji miały kobiety, które pogodziły się z chorobą do 2 lat po operacji [31]. W innym badaniu blisko połowa respondentek uzyskała wysoki poziom akceptacji choroby. Akceptacja jest ważnym elementem w procesie przystosowania się do wystąpienia choroby nowotworowej, jest to swoista zgoda na zmiany w życiu. Obniża negatywne emocje i stwarza poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem [32].

Zakończenie

Choroba nowotworowa stanowi dla chorego i jego najbliższych sytuację szczególnie stresującą i wywołuje reakcje, które pogarszają jakość życia pacjenta [2]. Pacjent odczuwając wiele skrajnych emocji, nie potrafi pogodzić się z wystąpieniem choroby w swoim życiu. Przez cały okres trwania choroby występuje lęk o różnym nasileniu. Poczucie niepokoju przebiega od wykrycia objawów, zgłoszenia się do specjalisty, wykonania odpowiednich badań, wyczekiwania diagnozy, usłyszenia ostatecznej diagnozy poprzez proces leczenia, hospitalizację oraz okres po wyleczeniu, kiedy to występują obawy związane z nawrotem choroby [33]. Występowanie w chorobie nowotworowej lęku, gniewu, depresji, poczucia niesprawiedliwości jest częstym stanem. Współistnienie nowotworu i depresji różni się w zależności od takich czynników, jak umiejscowienie nowotworu czy faza rozwoju choroby [34]. Ważne jest badanie poziomu dystresu doświadczanego przez pacjentów onkologicznych. Zastosowanie odpowiednich narzędzi badawczych (na przykład kwestionariusz DT-Termometr Dystresu) umożliwia zidentyfikowanie osób, którym potrzebne jest wsparcie psychologiczne bądź inny rodzaj terapii. Prognozuje się wzrost problemów związanych z chorobą nowotworową. Rosnący odsetek osób w starszym wieku i zależność ryzyka zachorowania od wieku sprawiają, że można spodziewać się wzrostu zachorowań na nowotwory w Polsce. Wiek to niezależny czynnik ryzyka w większości nowotworów zarówno pod względem długości ekspozycji na czynniki kancerogenne, jak też na zaburzenia procesów odnowy i naprawy w komórce. Do 2025 roku zapowiadany jest wzrost nowych zachorowań na nowotwory złośliwe. Tworzenie takich prognoz jest bardzo ważne, ponieważ pozwala na planowanie i wdrażanie działań, które w przyszłości mogą w możliwie wysokim stopniu ograniczyć negatywne skutki tego zjawiska, pozwalają więc też odpowiednio zaplanować działania wspomagające pacjentów pod względem emocji [35].

Choroba nowotworowa to nie tylko objawy somatyczne. Mnogość emocji występujących u pacjentów z chorobą nowotworową wskazuje na konieczność włączenia do leczenia onkologicznego, wspomagania psychiki pacjenta. Trzeba uświadamiać zarówno personel medyczny, jak i zwykłych ludzi o istotności wsparcia emocjonalnego w leczeniu onkologicznym. Pomoc taką pacjent może uzyskać od odpowiednio wykwalifikowanych psychologów i psychiatrów, ale też duże znaczenie ma wsparcie ze strony najbliższej rodziny czy przyjaciół [36]. Pacjenci wymagają wtedy interdyscyplinarnej opieki. Obecność psychologa w procesie leczenia pomaga w opanowaniu objawów psychicznych, może przyczynić się do poprawy relacji lekarz - pacjent, lepszej współpracy między nimi, większej

dyscypliny pacjenta w przestrzeganiu zaleceń, a przez to może wzrosnąć efektywność leczenia onkologicznego [37]. Zatem zasadne jest interdyscyplinarne podejście do leczenia onkologicznego oraz podnoszenie kwalifikacji onkologów w zakresie budowania pozytywnej relacji z pacjentem. Istotność takich działań zostaje zauważona, m.in. w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024, zaplanowano szkolenia z psychoonkologii dla lekarzy, pielęgniarek, położnych, psychologów i fizjoterapeutów w zakresie komunikacji z pacjentem i redukcji napięć [38].

Piśmiennictwo

1. Małyszczak K., Wróbel T., Mazur G., Lindner K., Pyszel A., Kiejna A., Kulczkowski K., Andrzejak R.: Objawy lękowe i depresyjne u pacjentów leczonych na nowotwory hematologiczne, *Psychiatria Polska*, 2005, 39, 33–40.
2. Lelonek B., Cieślik A., Kamusińska E.: Problematyka stresu w chorobie nowotworowej, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21, 1, 128-136.
3. Lelonek B., Kossak D., Kowalczyk-Sroka B.: Lęk towarzyszący chorobom somatycznym i nabytej niepełnosprawności ruchowej jako wyzwanie współczesnej medycyny. [w:] XV Celoslovenská Konferencia Sestier Pracujúcich V Psychiatrii S Medzinárodnou Účasťou, Oľga Lukačovičová (red.), Pezinok, 2013, 84-93.
4. <https://onkologia.mp.pl/informacje/61208,nowotwor>, data pobrania 10.02.2018.
5. Olszewski W.: Podstawy patologii nowotworów. [w:] Podstawy onkologii klinicznej. Meder J. (red.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011, 29-40.
6. <https://www.zwrotnikraka.pl/przyczyny-powstawania-raka/> dostęp z dnia 10 lutego 2018 roku.
7. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J. T.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce–główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94, 2, 166-171.
8. <https://www.gov.pl/zdrowie/epidemiologia>, data pobrania 10.02.2018
9. Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”.
10. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr

- Nowotworów, Warszawa 2016.<http://onkologia.org.pl/publikacje/>, data pobrania 10.02.2018
11. Bolewska A.: Rola czynników psychospołecznych w rehabilitacji neuropsychologicznej. [w:] Wybrane zagadnienia rehabilitacji neuropsychologicznej, Łojek E., Bolewska A. (red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 2008, 26-55.
 12. de Walden-Gałaszko K.: Problemy psychoonkologiczne rodziny. [w:] Psychoonkologia. de Walden-Gałaszko K. (red.), Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000, 83–101.
 13. de Walden-Gałaszko K., Majkowicz M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1994.
 14. Bilikiewicz A.: Psychiatria, PZWL, Warszawa, 2006.
 15. Szwat B., Słupski W., Krzyżanowski D.: Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1, 1, 35-41.
 16. Porębiak M. I.: Fakty i mity dotyczące chorób nowotworowych, Psychoonkologia, 2008, 2, 12, 52-57.
 17. Zaborowska A., Pasek M.: Jakość życia chorych z nowotworem krtani leczonych napromienianiem. [w:] Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową, Pasek M., Dębska G. (red.), Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Kraków, 2010, 69-82.
 18. Kasperczyk J., Joško J., Kasperczyk J.: Ocena rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń snu u pacjentów leczonych paliatywnie z powodu chorób nowotworowych, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010, 91, 4, 667-671.
 19. Car J., Życińska J., Lasota W.: Ocena dystresu i depresji u osób chorych na nowotwory złośliwe, Przegląd Epidemiologiczny, 2012, 66, 4, 689-695.
 20. Sesiuk A., Rzepiela L.: Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych, Psychiatria Psychologia Kliniczna, 2016, 16, 1, 21-26.
 21. Leksowska A., Jaworska I., Gorczyca P.: Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka, Folia Cardiologica, 2011, 6, 4, 244-248.
 22. Krzakowski M.: Program edukacji onkologicznej, Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2016, 2, 3-5.
 23. Mazurkiewicz A.: Lepiej raka nie ruszać, bo dostanie powietrza—czyli mity, metaforyka i symbolika wokół raka, Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2010, 6, 28-33.

24. Świrydowicz T.: Psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. [w:] O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji, Obrębska M. (red.), Wyd. Naukowe WNS, Poznań, 2011, 175-206.
25. Chrzęstowska M.: Fenomen dobra w perspektywie opieki hospicyjnej, Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. Edyty Stein, 2015, 13/14, 377-386.
26. Bussel V, Naus M.: A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors, *Journal of Psychosocial Oncology*, 2010, 28, 61-78.
27. Baczewska B., Kropornicka B., Drozd C., Olszak C.: Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2013, 14,10, 7-21.
28. Osmańska M., Borkowska A., Makarewicz R.: Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym, *Psychiatria Polska*, 2013, 44, 543-556.
29. Fagundes C., LeRoy A., Karuga M.: Behavioral symptoms after breast cancer treatment: a biobehavioral approach, *Journal of Personalized Medicine*, 2015, 5, 280–295.
30. Kryszkowski W., Bobińska K., Florkowski A., Pluta P., Gottwald L., Gałęcki P.: Wpływ farmakoterapii przeciwdepresyjnej na przebieg choroby nowotworowej, *Psychiatria Polska*, 2012, 46, 85-94.
31. Pawlik M., Karczmarek-Borowska B.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii, *Medical Review*, 2013, 2, 203-211.
32. Lewandowska-Abucewicz T., Kęcka K., Brodowski J.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim– badania wstępne, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2016, 2, 143-148.
33. Pasek M.: Medyczne sposoby poprawy jakości życia chorych na raka szyjki macicy. [w:] Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową, Pasek M., Dębska G. (red.), Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Kraków, 2011, 81-94.
34. Murawiec S.: Depresja u osób z chorobą nowotworową. Rozpoznawanie i leczenie– aspekty praktyczne, *OncoReview*, 2012, 2, 3, 201-208.
35. Didkowska J.: Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce. [w:] Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski,

- Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J. (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, 2014, 147-163.
36. Zielazny P., Zarzeczna-Baran M., Wojtecka A.: System rodzinny a nowotwór–wybrane zagadnienia, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19, 4, 439-444.
37. Kieszkowska-Grudny A.: Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory–podejście kliniczne, *OncoReview*, 2013, 3, 2, 119-128.
38. Warszawa, dnia 1 grudnia 2015 r. Poz. 1165 Uchwała Nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”.

Chłoniaki limfoblastyczne jako problem terapeutyczny

Aniśko Paulina¹, Krajewska-Kułak Elżbieta², Olejnik Beata³

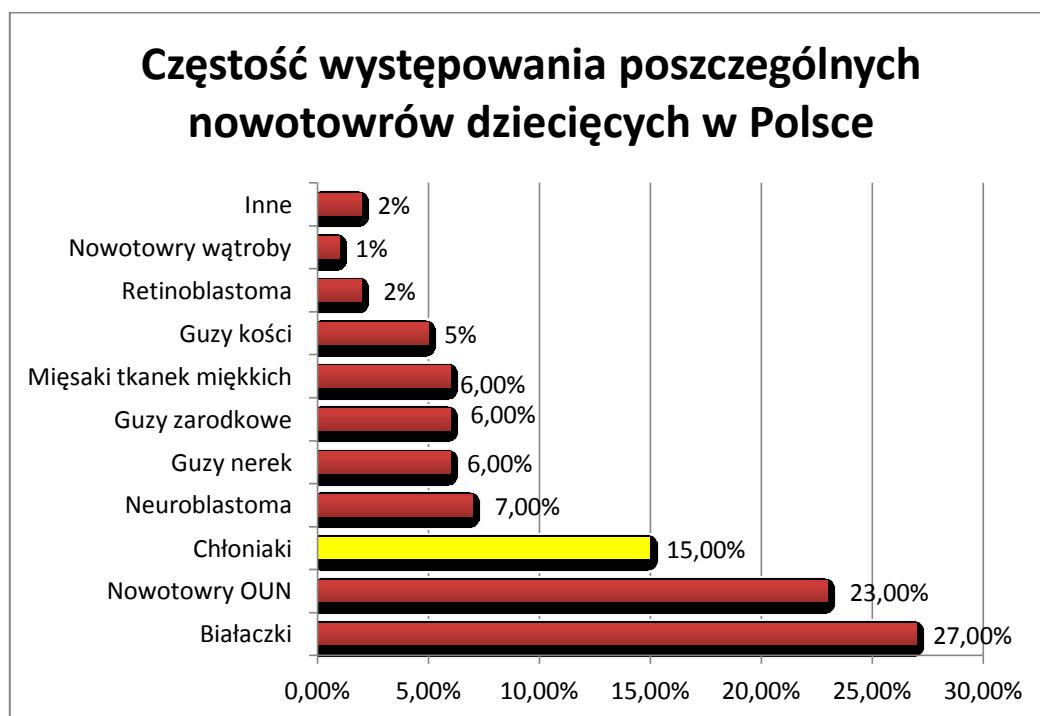
1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dopóki walczysz jesteś zwycięzcą

Św. Augustyn z Hippo

Epidemiologia chłoniaków limfo blastycznych

Choroby onkologiczne występujące w populacji dziecięcej stanowią około 1-3% wszystkich zachorowań na nowotwory [1,2].



Ryc. 1 Częstość występowania poszczególnych nowotworów dziecięcych w Polsce, źródło [4].

Polisce co roku stawia się około 1100-1200 nowych diagnoz chorób nowotworowych u dzieci i młodzieży (Ryc. 1). Analizując dane dotyczące częstości występowania poszczególnych typów nowotworów dziecięcych, na pierwszym miejscu lokalizują się białaczki (28,7%), a chłoniaki klasyfikują się na trzecim miejscu (15%) [1,2].

W populacji dziecięcej w większości przypadków występują cztery grupy chłoniaków [1,2]:

- pochodzące z dorosłej komórki B, typ Burkitta, około 40%
- wywodzące się z komórek prekursorowych, około 30-40%
- olbrzymiokomórkowe anaplastyczne, 15 do 20%
- z dużych limfocytów B, około 8%.

Etiopatogeneza chłoniaków limfo blastycznych

Pojawienie się chłoniaka jest efektem mutacji występujących w początkowych stadiach różnicowania limfoblastów (komórek linii limfoidalnej), a wynikiem jest zaprzestanie dojrzewania i nadmierny rozrost tych komórek [3].

O obrazie klinicznym decyduje pochodzenie limfocytów z linii B lub T. Fizjologicznym miejscem dojrzewania limfocytów B jest szpik kostny, natomiast grasica może być pierwotnym miejscem rozwoju choroby związanej z dojrzewającymi w niej limfocytami z linii T [3].

Przyczyna opisanej transformacji nowotworowej w chłoniaka limfoblastycznego nie jest poznana, a do czynników podwyższających ryzyko zachorowania zalicza się [1,4,5]:

- wrodzone niedobory odporności:
 - Zespół Wiscotta-Aldricha,
 - Zespół nadmiernej łamliwości chromosomów,
 - ciężki, wrodzony niedobór odporności;
- nabyte niedobory odporności:
 - zakażenie EBV,
 - HIV/AIDS,
 - leczenie immunosupresyjne;
- czynniki mutagenne:
 - promieniowanie jonizujące,
 - leki cytostatyczne,

- hydantoina,
- phenobarbital;
- czynniki genetyczne,
- płeć męska.

Obraz kliniczny chłoniaków limfo blastycznych

Obraz kliniczny chłoniaków jest ściśle związany z umiejscowieniem ogniska pierwotnego i stopniem klinicznego zaawansowania choroby [4,6].

Tab. I. Lokalizacja powstania chłoniaka, na podstawie [1]

LOKALIZACJA	ZAJĘTA OKOLICA
Jama brzuszna	Węzły chłonne nerki, wątroby, śledziony, wyrostka robaczkowego, jelito kręte, kątnica, jajniki, aorta.
Śródpiersie	Masa w śródpiersiu przednio-górnym, węzły chłonne tchawicy, wnęk płuc.
Obwodowe węzły chłonne	Każdy węzeł chłonny może ulec zajęciu przez proces nowotworowy.
Głowa i szyja	Pierścień Waldeyera, migdałki podniebienne, nosogardło, podstawa języka, szczęka, żuchwa, jamy nosa, zatoki przynosowe, ślinianki podżuchwowe, oczodół, węzły chłonne nadobojczykowe i szyi.
Inne	Tkanka podskórna, tarczyca, kości, jądra.

Wyniki badań wskazują na występowanie czterech głównych lokalizacji chłoniaków (Tab. I) [1,4-7]:

- **lokalizacja brzuszna występująca u największej grupy pacjentów (35%)** - postać brzuszna występuje najczęściej w przebiegu chłoniaka wywodzącego się z limfocytów B. Do głównych objawów związanych z tą lokalizacją można zaliczyć: bóle brzucha i wzdęcia z widocznym powiększeniem jego obwodu, utratę apetytu, niechęć do spożywania posiłków, nudności oraz wymioty, objawy dyspeptyczne, zaburzenia perystaltyki jelit. W nielicznych przypadkach może dojść do niedrożności i perforacji jelita, co jest wynikiem ucisku powiększonych węzłów chłonnych na jelita z zewnątrz bądź zamknięcia światła jelita rozrastającymi się wewnątrz masami węzłowymi,
- **zajęcie śródpiersia (26%)** - umiejscowienie choroby w śródpiersiu dotyczy chłoniaka T-komórkowego. Symptomatologia, jaką można zaobserwować zawiera masywne zmiany w śródpiersiu przednio-górnym, wysięk w jamach opłucnowych oraz

osierdziu. Występują również objawy wynikające z ucisku na żyłę główną górną: zespół żyły głównej górnej (ZZGG) oraz występujący rzadziej zespół górnego śródpiersia (ZGŚ),

- **zmiany chorobowe w obwodowych węzłach chłonnych (15%),**
- **ognisko chorobowe umiejscowione w głowie i szyi (13%)** - zajęcie głowy i szyi przez chłoniaka manifestuje się limfadenopatią szyjną występującą u 59,5% pacjentów. Specyficznym objawem jest nagłe powiększenie wielkości migdałka podniebiennego, bardzo rzadko dwóch migdałków jednocześnie. Często stwierdza się utrudnienie w przemieszczaniu się pokarmu z jamy ustnej do żołądka (dysfagia). Jeśli chłoniak rozwija się w regionie nosogardła możemy zaobserwować mowę nosową, przewlekły nieżyt nosa, chrapanie, a także bezdechy.

Kryteria rozpoznania i różnicowanie chłoniaków limfo blastycznych

Diagnoza histopatologiczna chłoniaka wymaga zastosowania specjalistycznych technik diagnostycznych, które dostępne są jedynie w ośrodkach o najwyższym stopniu referencyjności, a co wynika z wysokiego stopnia zróżnicowania tego rodzaju nowotworu, spowodowanego olbrzymią liczbą procesów nieprzerwanie toczących się w układzie chłonnym [5,8].

Oprócz patomorfologii stosowane są metody cytogenetyczne, immuno-histochemiczne, molekularne oraz badanie cytometrii przepływowej. Doniesienia z wielu badań naukowych przeprowadzonych w ciągu ostatnich lat wskazują na coraz większe znaczenie zastosowania klasyfikacji molekularnej nad tradycyjną [5,8].

Do ustalenia typu nowotworu niezbędne jest wykonanie badania histopatologicznego zmienionej chorobowo tkanki, najczęściej węzła chłonnego [5,9]. Węzeł chłonny należy pobrać w całości, z torebką oraz gdy istnieje taka możliwość, powinno się wybrać węzeł nadobojczykowy bądź szyjny. Metoda cytometrii przepływowej ustala rodzaj immunofenotypu komórek, co pozwala na zróżnicowanie chłoniaków z białaczkami [5,9].

Materiał pobrany podczas biopsji powinien zostać przekazany do zakładu patomorfologii w stanie świeżym, tj. nieutralizowanym, ponieważ badania wykonane jedynie na takiej tkance w ciągu kilku godzin mogą dostarczyć wiarygodnego i precyzyjnego rozpoznania choroby [5].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), w roku 2000, opublikowała klasyfikację nowotworów nieziarniczych, która uwzględnia obraz kliniczny, morfologiczny,

immunohistochemiczny oraz badanie antygenów i dzieli nieziarnicze nowotwory układu chłonnego na pochodzące z linii B oraz NK/T (Tab. II) [8].

Tabela II. Porównanie klasyfikacji tradycyjnej i molekularnej, na podstawie [9]

KLASYFIKACJA	
TRADYCYJNA	MOLEKULARNA
• Oparta na tradycyjnej charakterystyce histologicznej. • Nie pozwala na odróżnienie guzów podobnych histologicznie, które mogą różnić się przebiegiem oraz odpowiedzią na leczenie. • Zazwyczaj wymagają zastosowania kilku analiz: -morfologicznej -histochemicznej -immunofenotypowej -cytogenetycznej • Uważa się, iż wciąż jest niewystarczająco dokładna i obarczona dużym błędem.	• Oparta na analizie ekspresji tysięcy genów. • Umożliwia subklasyfikację nowotworów o zbliżonej budowie histologicznej. • Jeden test umożliwia zarówno wyodrębnienie nowych typów nowotworów, jak i precyzyjne przepisywanie aktualnie badanych do już istniejących. • Bez standaryzacji protokołów przygotowania próbek i analizy danych stanowi raczej uzupełnienie, niż alternatywę dla bieżących metod diagnostycznych.

Oprócz klasyfikacji opracowanej przez WHO można, za Kumar i wsp. [10], wyróżnić zróżnicowanie chłoniaków opierając się na przebiegu choroby:

1. Chłoniaki o wolnym przebiegu, np. chłoniak wywodzący się z komórek płaszczka, chłoniak grudkowy, chłoniak strefy brzeżnej.
2. Chłoniaki o agresywnym przebiegu, np. rozlany chłoniak wielokomórkowy linii B.
3. Chłoniak o bardzo agresywnym przebiegu, np. chłoniak limfoblastyczny.

Po zdefiniowaniu typu nowotworu, lekarz onkolog ocenia stan zaawansowania choroby, co ma istotne znaczenie m. in. dla planowania schematu leczenia i odpowiedzi na nie, określenia rokowania, a także decyzji terapeutycznych po uzyskaniu remisji choroby (leczenie uzupełniające, podtrzymujące, przeszczep komórek krwiotwórczych) [5].

Istnieje wiele klasyfikacji stopnia zaawansowania chłoniaków, jednak najczęściej używa się dwóch rodzajów skal (Tab. III) [11]:

1. Klasyfikacji stadiów zaawansowania NHL wg St. Jude
2. Stopień zaawansowania klinicznego chłoniaków nieziarniczych wg skali Ann Arbour.
3. Według klasyfikacji Ann Arbour stopień klinicznego zaawansowania choroby można podzielić na dwie kategorie A i B - pacjentów, u których objawy ogólne są nieobecne - należy zakwalifikować do kategorii A. U drugiej grupy chorych występują objawy takie jak: utrata masy ciała o >10% w ciągu ostatnich 6 miesięcy, niewyjaśniona gorączka (>38°C) trwająca >2 tygodnie czy zlewne poty nocne (Tab. IV) [11].

Tabela III. Skrócona klasyfikacja nowotworów nieziarnicznych wg WHO 2000, na podstawie [3].

NOWOTWORY KOMÓREK LINII B	
Nowotwór komórki prekursorowej linii B:	
♦	chłoniak/ białaczka limfoblastyczna prekursorowa B.
Nowotwór obwodowych(dojrzałych) komórek linii B:	
	• szpiczak, • przewlekła białaczka limfocytarna linii B/ chłoniak limfocytarny drobnokomórkowy, • chłoniak pozawęzłowy strefy brzeżnej linii B typu MALT, • chłoniak węzłowy strefy brzeżnej linii B z komórkami monocytoidalnymi lub bez nich, • chłoniak grudkowy, • chłoniak z komórek płaszcza, • chłoniak rozlany wielokomórkowy linii B, • chłoniak Burkitta/ białaczka z komórek Burkitta.
Nowotwory z komórek linii T/ NK.	
Nowotwór komórki prekursorowej linii T(chłoniak/białaczka limfoblastyczna prekursorowa T).	
Nowotwory obwodowych(dojrzałych) komórek linii T:	
	• ziarniak grzybiasty, • chłoniak obwodowy T-komórkowy, • chłoniak angioimmunoblastyczny T-komórkowy, • chłoniak anaplastyczny wielkokomórkowy linii T.

Tabela IV. Stopień klinicznego zaawansowania chłoniaków nieziarnicznych wg skali Ann Arbour, na podstawie [11]

Stopień	Charakterystyka
CS I	Zajęcie 1 grupy węzłów chłonnych lub narządu limfatycznego (I) lub jednego narządu pozalimfatycznego (IE).
CS II	Zajęcie ≥ 2 grup węzłów chłonnych lub narządów limfatycznych po jednej stronie przepony (II), ewentualnie z dodatkowym zajęciem jednego narządu pozalimfatycznego po tej samej stronie przepony (IIE).
CS III	Zajęcie dwóch lub więcej węzłów chłonnych lub narządów limfatycznych po obu stronach przepony (III), któremu może towarzyszyć zajęcie jednego narządu pozalimfatycznego (IIIE).
CS IV	Rozsiane zajęcie kilku narządów pozalimfatycznych, z lub bez zajęcia węzłów chłonnych i narządów limfatycznych.

Tabela V. Klasyfikacja zaawansowania nowotworów nieziarnicznych wg St. Jude, na podstawie [7]

Stopień	Charakterystyka
I	Pojedynczy guz pozawęzłowy lub pojedyncze umiejscowienie węzłowe (bez lokalizacji śródpiersiowej i brzusznej)
II	Pojedynczy guz pozawęzłowy z zajęciem regionalnych węzłów chłonnych; 2 lub więcej umiejscowień węzłowych po tej samej stronie przepony; 2 pojedyncze guzy pozawęzłowe po tej samej stronie przepony z zajęciem lub bez zajęcia regionalnych węzłów chłonnych; pierwotny guz przewodu pokarmowego z zajęciem lub bez zajęcia regionalnych węzłów chłonnych krezkowych –możliwy do radykalnego usunięcia
III	2 pojedyncze guzy pozawęzłowe po obu stronach przepony; 2 lub więcej lokalizacji węzłowych po obu stronach przepony; wszystkie pierwotne guzy w klatce piersiowej; wszystkie rozległe lokalizacje brzuszne; wszystkie guzy okołordzeniowe
IV	Każde z powyższych umiejscowień, jeśli współistnieje z zajęciem OUN i/lub szpiku kostnego

Terapia chłoniaków limfoblastycznych oraz powikłania leczenia przeciwnowotworowego

Poprawnym postępowaniem w procesie diagnozowania pacjenta w kierunku wystąpienia choroby nowotworowej jest dokładne sprawdzenie prawdopodobieństwa obecności innych schorzeń mogących wywołać podobny obraz kliniczny u chorego [8,12,13]. Zaniechanie tej czynności jest niezwykle niebezpieczne, ponieważ zakwalifikowanie osoby, która nie choruje na nowotwór do leczenia przeciwnowotworowego może się okazać tragiczne w skutkach. NHL różnicuje się przede wszystkim z chorobami przebiegającymi z powiększeniem węzłów chłonnych, np. zakażenia bakteryjne, wirusowe, czy stany zapalne. Należy również wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia innej choroby rozrostowej - Chłoniaka Hodgkina lub już zaawansowanej postaci schorzenia, które zdołało wykształcić przerzuty np. w węzłach chłonnych [8,12,13].

Metody leczenia chłoniaków limfoblastycznych u dzieci są zaliczane do klasycznego schematu leczenia stosowanego także w innych rodzajach nowotworów, tj. chemioterapia, radioterapia, chirurgiczne resekcje guzów oraz immunoterapia, która w przeciągu ostatnich lat jest coraz częściej stosowaną metodą [6,8,14]. Udział każdej z wymienionych terapii jest inny, w zależności od lokalizacji zmiany nowotworowej, stopnia zaawansowania choroby oraz immunofenotypu komórek nowotworowych [6,8,14].

Wielolekowa chemioterapia dostosowana do odpowiednich grup ryzyka stwarza wysokie prawdopodobieństwo osiągnięcia zamierzonego celu terapeutycznego [6,8,15,16,17].

Leczenie, w zależności od zastosowanego protokołu, obejmuje zazwyczaj zastosowanie kolejnych faz: cytoredukcji → indukcji → konsolidacji → reindukcji → leczenia podtrzymującego, trwającego od 18.-24. miesiąca od początku zastosowanego leczenia [6,8,15,16,17].

Zadaniem terapii jest uzyskanie wysokiej aktywności cytotoksycznej chemioterapeutyków o odmiennych mechanizmach działania oraz różnym stopniu toksyczności. Główne cytostatyki stosowane w terapii chłoniaków, to [17]:

- Winkrystyna (VCR)
grupa: alkaloid pochodzenia roślinnego
specyficzność: Faza M
mechanizm działania: uszkodzenie wiązania kariokinetycznego, hamuje mitozę
objawy niepożądane: polineuropatia, zaparcia, niedrożność porażenna jelit, Zespół Schwartz-Barttera
- Doksorubicyna (ADM)

grupa: Antybiotyk z grupy antracyklin

specyficzność: Faza S i M

mechanizm działania: Hamuje biosyntezę kwasów nukleinowych

objawy niepożądane: Mielosupresja, uszkodzenie śluzówek, kardiotoxyczność, wyłysienie

- Cyklofosfamid (CTX)

grupa: Lek alkilujący, pochodna iperytu azotowego

specyficzność: niezależne od cyklu

mechanizm działania: Hamuje podziały komórki poprzez łączenie z grupami karboksylowymi, sulfhydrylowymi i aminowymi DNA, RNA i białek

objawy niepożądane: Mielosupresja, wyłysienie, krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego, niepłodność

- Metotreksat (MTX)

grupa: antymetabolit

specyficzność: Faza S

mechanizm działania: Inhibitor tetrahydrogenazy folianowej

objawy niepożądane: Mielotoksyczność, uszkodzenie śluzówek, wyłysienie

- Etopozyd (VP-16)

grupa: Półsyntetyczna pochodna podofilotoksyny

specyficzność: Późna faza S i wczesna faza G2

mechanizm działania: Hamuje mitozę poprzez interakcję z topoizomerazą II

objawy niepożądane: Mielosupresja, anafilaksja, wtórne nowotwory

- Cytarabina (ARA-C)

grupa: Antymetabolit pirymidynowy

specyficzność: Faza S

mechanizm działania: Wbudowuje się w strukturę DNA jako fałszywy budulec

objawy niepożądane: Mielosupresja

- L-Asparaginaza (L-Asp)

grupa: Enzym

specyficzność: Faza S

mechanizm działania: Rozkłada asparaginę, upośledza biosyntezę białek i DNA

objawy niepożądane: powikłania zakrzepowe

- Cisplatyna (CDDP)

grupa: Związek nieorganiczny

specyficzność: niezależnie od cyklu

mechanizm działania: tworzy trwałe połączenia z kwasami nukleinowymi

objawy niepożądane: Neurotoksyczność, mielosupresja, uszkodzenie słuchu

- Ifosfamid (IF)

grupa: lek alkilujący

specyficzność: niezależnie od cyklu

mechanizm działania: Hamuje podziały komórki poprzez łączenie z grupami

karboksylowymi,

sulfhydrylowymi i aminowymi DNA,

RNA i białek

objawy niepożądane: Mielosupresja, neurotoksyczność

Radioterapia jest stosowana głównie do naświetlania guzów umiejscowionych w śródpiersiu, które powodują wysokie ryzyko wystąpienia zagrażającego życiu stanu spowodowanego uciskiem na tchawicę oraz drogi oddechowe [6,8,18]. Chirurgiczna rola w leczeniu chłoniaków polega na pobraniu materiałów do badań histopatologicznych, jak również wycięciu guzów [6,8,18].

W leczeniu nowotworów nową terapią zyskującą coraz więcej zwolenników jest immunoterapia [19]. Stosując tę metodę leczenia próbuje się osiągnąć zlikwidowanie mechanizmów blokujących odpowiedź przeciwnowotworową oraz zwiększenie intensywności odpowiedzi ze strony układu immunologicznego przeciw nowotworowi. Jest również stosowana forma terapii polegająca na intensyfikowaniu krwiotworzenia po chemioterapii, przez stosowanie czynników ograniczających toksyczność po tej formie leczenia [19]. Generalnie istnieją trzy rodzaje klasycznej immunoterapii nowotworów [19]: czynna (zastosowanie preparatów mających na celu wzmocnić odpowiedź przeciwnowotworową, np. tzw. szczepionki przeciwnowotworowe), bierna (stosowanie leków biologicznych) i adoptywna (zastosowanie zmodyfikowanych limfocytów).

W przypadku użycia technik immunologicznych w leczeniu chłoniaków najbardziej popularne jest zastosowanie przeciwciał anti-CD20, z których najczęściej stosowany jest rutuksymab [19,20,21]. Przeciwciało to uwrażliwia komórki nowotworowe na zastosowanie chemioterapii oraz działa jak szczepionka przeciwnowotworowa, tzn. indukuje odpowiedź limfocytów T poprzez prezentację antygenów z komórek nowotworowych, które zostały zniszczone [19,20,21]. Leczenie przeciwnowotworowe to forma terapii, która w bardzo dużym stopniu wpływa na funkcjonowanie całego organizmu [17,22,23,24].

Powikłania występujące w poszczególnych układach przedstawia tabela VI [26-29].

Tabela VI. Powikłania występujące po leczeniu przeciwnowotworowym w dzieciństwie, na podstawie [26-29]

MIEJSCE POWSTANIA POWIKŁAŃ	RODZAJ POWSTAŁYCH POWIKŁAŃ
Układ krążenia	• zapalenie oraz włóknienie osierdzia • zapalenie serca • uszkodzenie zastawek serca • zaburzenia przewodnictwa w obrębie serca • kardiomiopatia
Układ oddechowy	• choroba restrykcyjna płuc • włóknienie płuc
Układ moczowy	• niewydolność nerek • włóknienie pęcherza moczowego • krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego • hipoplazja nerek • zespół nerczycowy • uszkodzenie naczyń nerkowych
Przewód pokarmowy	• utrata zębów • dysfagia • zespół złego wchłaniania • zwłóknienia jelit i przełyku • niedrożność jelit • zwłóknienie/ marskość wątroby
Układ nerwowy i narządy zmysłów	• zaburzenia neuropoznawcze, np. obniżenia IQ, zaburzenia rozwoju psychomotorycznego, nauki, pamięci • neuropatie - parestezje, opadanie stopy/ stóp, osłabienie odruchów • martwica istoty białej • uszkodzenie naczyń mózgowych • zespół Moyamoya • depresja • zaburzenia osobowości
Układ wydzielniczy i rozrodczy	• osteoporoza • zaburzenia wydzielania hormonów • niedoczynność/ nadczynność tarczycy • choroba Hashimoto • wola, guzki tarczycy • zahamowanie rozwoju płciowego • brak miesiączki • przedwczesna menopauza • niepłodność • uszkodzenie czynności gonad • otyłość • zespół metaboliczny
Drugie nowotwory	Ryzyko rozwoju kolejnej choroby nowotworowej jest około 3 do 10 razy większe niż u osób, które nie zmagaly się z nowotworem w przeszłości.

Niektóre skutki uboczne/powikłania można zaobserwować już w kilka dni po włączeniu leczenia, natomiast niektóre występują dopiero po wielu latach od zakończenia leczenia [17,22,23,24]. Najpoważniejszym powikłaniem pojawiającym się po włączeniu leczenia jest tzw. zespół lizy guza. Ilość składników komórkowych, które dostały się do układu krążenia jest zbyt duża, co obciąża w znaczący sposób nerki prowadząc do powstania objawów niewydolności tego narządu [17,22,23,24].

W późniejszych fazach leczenia może dochodzić do powstania [17,24,25]: supresji szpiku, pancytopenii, neutropenii, ciężkich infekcji wskutek braku odporności, nadżerek w przewodzie pokarmowym i zapalenia jelita grubego

Do najpoważniejszych późnych następstw leczenia nowotworów w dzieciństwie należą [26-29]: choroba wieńcowa, zastoinowa niewydolność serca, niewydolność nerek, udar mózgu i zaburzenia mineralizacji kości.

Piśmiennictwo

1. Perek D: Onkologia dziecięca [w:] Pediatria. Podręcznik do Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, Dobrzańska A., Ryżko J. (red.). Elsevier, Wrocław, 2014, 769-816.
2. Balcerska A.: Epidemiologia chorób nowotworowych u dzieci, Forum Medycyny Rodzinnej, 2009, 3, 61-63.
3. Giebel S.: Ostre białaczki limfoblastyczne i chłoniaki limfoblastyczne [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Tom II. Krzakowski M., Warzocha K. (red.), Via Medica, Gdańsk, 2013, 813-822.
4. Perek D.: Choroby nowotworowe u dzieci [w:] Pediatria. Tom I. Kwalec W., Grenda R., Ziółkowska H. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2013, 599-657.
5. Walewski J.: Nowotwory układu chłonnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011.
6. Krawczuk-Rybak M.: Kompendium Onkologii Dziecięcej, Białystok 2011.
7. Ryczek T., Zawadzka-Głos L.: Chłoniaki głowy i szyi u dzieci, Nowa Pediatria, 2015, 2, 46-49.
8. Aniśko P., Łagoda K.: Chłoniaki nieziarnicze w populacji dzieci i młodzieży [w:] Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku. Tom I. Kowalczyk K., Krajewska-Kulak E., Cybulski M. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2016, 251-263.

9. Szczepanek J., Styczyński J., Haus O., Tretyn A., Wysocki M.: Postępy w kierunku molekularnej klasyfikacji nowotworów u dzieci, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2008, 62, 222-240.
10. Kumar V., Abbas A. K., Aster J. C.: Układ krwiotwórczy i limfatyczny [w:] *Patologia Robbins*. Kumar V., Abbas A. K., Aster J. C. (red.), Elsevier, Wrocław, 2014, 468-483.
11. Warzocha K., Lech-Marańda E.: Diagnostyka i leczenie chłoniaków nieziarniczych, *Postępy Nauk Medycznych*, 2011, 24, 567-576.
12. Pawelec K., Wiechecka J., Boruckowski D.: Diagnostyka różnicowa powiększonych węzłów chłonnych u dzieci, *Nowa Pediatria*, 2012, 3, 55-60.
13. Meder J.: Aktualne zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w onkologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011, 121-134.
14. Mazur G., Wróbel T., Jurczak W., Butrym A.: Nowe kierunki leczenia chłoniaków nieziarniczych, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2006, 60, 707-721.
15. Wróbel G., Kazanowska B., Chybicka A., Jeleń M. i wsp.: Raport Polskiej Pediatricznej Grupy ds. Leczenia Białaczek i Chłoniaków Złośliwych u Dzieci. Część I. Wyniki leczenia nieziarniczych chłoniaków limfoblastycznych linii T-komórkowej u dzieci na podstawie wieloośrodkowych badań klinicznych, *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2014, 13, 915-920.
16. Wróbel G., Kazanowska B., Chybicka A., Jeleń M. i wsp.: Raport Polskiej Pediatricznej Grupy ds. Leczenia Białaczek i Chłoniaków Złośliwych u Dzieci. Część II. Wyniki leczenia nieziarniczych chłoniaków limfoblastycznych linii T-komórkowej u dzieci na podstawie wieloośrodkowych badań klinicznych, *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2014, 13, 921-925.
17. Wakulińska A.: Ocena postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w chłoniakach u pacjentów z zespołem Nijmegen, rozprawa doktorska, Klinika Onkologii, Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka", Warszawa, 2010, http://archiwum.czd.pl/pliki/New%20Folder/doktorata_wakulinska.pdf, data pobrania 28.03.2018.
18. Wróbel M., Grabińska K., Dziewidek A., Spychałowicz W.: Ocena częstości zajęcia oczodołu oraz skuteczność stosowanego leczenia (chemioterapii) w przebiegu zaawansowanych *non-Hodgkin lymphoma*, *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2011, 65, 49-53.
19. Wysocki P.: *Immuno-onkologia*. Via Medica, Gdańsk, 2016.
20. Maloney D.: Przeciwciała anti-CD20 w leczeniu chorych na chłoniaki z komórek B, *Onkologia po Dyplomie*, 2012, 9, 23-32.

21. Wróbel T., Mazur G., Kulickowski K.: Zastosowanie przeciwciała monoklonalnego anty-CD20 (rituksimab) w leczeniu chłoniaków nieziarniczych B-komórkowych - doświadczenia własne, *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2003, 12, 589-594.
22. Binkowska P., Zaucha J.: Niskie dawki rasbirykazy w zapobieganiu zespołowi lizy guza u chorej z chłoniakiem z dużych komórek B - opis przypadku, *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2008, 6, 228-231.
23. Lewis M., Hendrickson A., Monynihan T.: Stany nagłe w onkologii: patofizjologia, objawy, rozpoznawanie i leczenie, *Onkologia po Dyplomie*, 2012, 9, 5-33.
24. Krajnik M., Malec-Milewska M., Wordliczak J.: Chory na nowotwór. Kompendium postępowania w wybranych sytuacjach klinicznych, *Medical Education*, Warszawa, 2016.
25. Dorfmueller M., Dietzfelbinger H.: Psychoonkologia. Diagnostyka - metody terapeutyczne, Elsevier, Wrocław, 2011.
26. Kowalczyk J.: Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej. Skrypt dla lekarzy specjalizujących się w onkologii i hematologii dziecięcej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011.
27. Muszyńska-Roslan K.: Wpływ choroby nowotworowej i jej leczenia w dzieciństwie na rozwój fizyczny, układ kostny i układ nerwowy, praca habilitacyjna, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok, 2009.
28. Krawczuk-Rybak M.: Odległe następstwa leczenia przeciwnowotworowego w dzieciństwie-na podstawie przeglądu piśmiennictwa i doświadczeń własnych, *Developmental Period Medicine*, 2013, 12, 130-136.
29. Stachowicz-Stencel T., Stefanowicz J., Bień E., Balcerska A.: Odległe następstwa leczenia nowotworów złośliwych u dzieci, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2009, 3, 485-493.

Problem i terapia bezsenności u osób cierpiących na choroby nowotworowe

Wala Kamila¹, Kuczyńska Martyna¹, Makarewicz Olga¹, Drewniak Maciej¹, Kurzelewska-Sobczak Anna², Dorna Krzysztof³, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Odpoczynek organizmu daje gwarancję na jego prawidłowe funkcjonowanie, umożliwia pełną koncentrację i skupienie uwagi. Pozwala także zregenerować nasz organizm i zachować prawidłową homeostazę [1,2]. To właśnie sen, który stanowi niemal jedną trzecią naszego życia sprawia, że mamy energię na wykonywanie pracy fizycznej, jak i umysłowej. Prawidłowy sen trwa od 6 do 9 godzin na dobę i właśnie w tym czasie zachodzą procesy tworzenia nowych komórek odpornościowych, regulacji oraz regeneracji naszego układu immunologicznego, co z kolei determinuje skuteczną walkę z czynnikami chorobotwórczymi [3,4,5,6]. Nie bez przyczyny powszechne jest stwierdzenie, że jest on najlepszym lekarstwem. Dlatego niewątpliwie jednym z podstawowych problemów prawidłowego funkcjonowania naszego organizmu są zaburzenia snu, określane jako bezsenność.

Według Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem z Instytutu Psychiatrii i Neurologii bezsenność jest jednym z dominujących schorzeń we współczesnym społeczeństwie. W krajach rozwiniętych może dotyczyć nawet do 15% ludności. Termin bezsenność zawiera w swojej definicji nie tylko trudności w zasypianiu czy całkowite skrócenie całkowitego czasu wypoczynku, ale także zmniejszenie jakości snu poprzez zaburzenia jego rytmu i głębokości [3]. Dodatkowo w definicję omawianego zaburzenia wpisują się dolegliwości nękające nas w dzień, wynikające z niedostatecznego odpoczynku naszego organizmu. Tylko przy jednoczesnym występowaniu takich schorzeń można w pełni rozpoznać bezsenność [7]. Do wspomnianych następstw należą m.in. gorsze samopoczucie, stałe zmęczenie, drażliwość i zmienność nastroju, trudności w skupianiu uwagi i koncentracji [8]. Ponadto, aby postawić diagnozę bezsenności problem z zaśnięciem lub utrzymaniem snu musi występować przez co

najmniej trzy noce w ciągu tygodnia, przez okres dłuższy niż jeden miesiąc [3]. Podstawowe kryteria diagnozowania bezsenności przedstawione zostały w tabeli I.

Tab. 1. Kryteria rozpoznania bezsenności [3]

Kryteria	Przykłady zaburzeń
Zaburzenia snu	trudności w zasypianiu; skrócenie całkowitego czasu snu; zmniejszona jakość snu - częste wybudzenia
Następstwa zaburzeń	stałe zmęczenie w ciągu dnia; gorsze samopoczucie; drażliwość i zmienność nastroju; trudności w skupianiu uwagi i koncentracji
Czas trwania zaburzeń	min. 3 noce w ciągu tygodnia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc

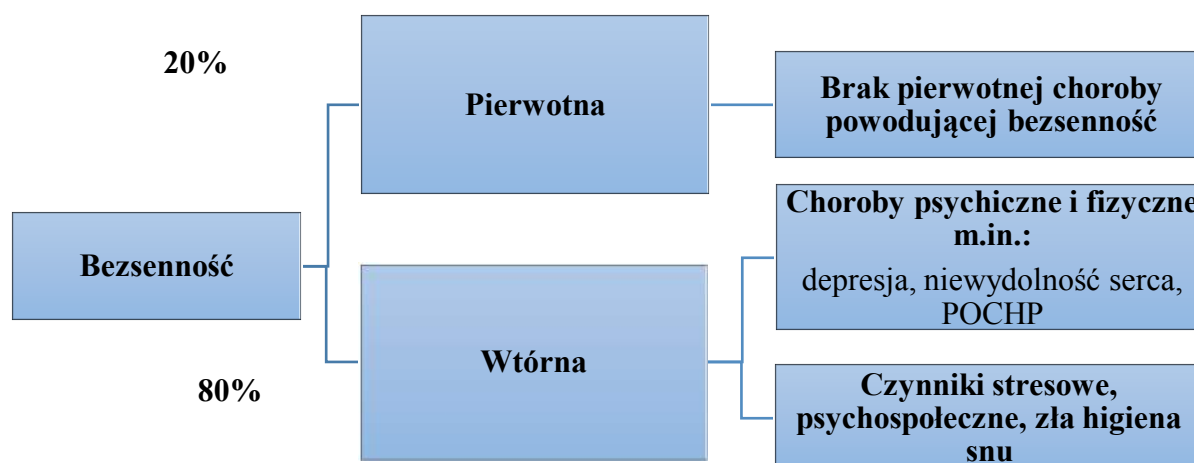
Geneza zaburzenia jest wieloczynnikowa, najczęściej nie udaje się trafnie określić jednej, konkretnej przyczyny. Częstość występowania problemu bezsenności zwiększa się wraz z wiekiem, nie dziwi więc fakt, że bezsenność dotyka najczęściej ludzi starszych [9,10]. Oprócz nich na bezsenność cierpią grupy osób borykające się z ciężkimi, układowymi chorobami, niezależnie od wieku. Do tej grupy należą pacjenci onkologiczni, u których nakładające się choroby psychiczne, takie jak depresja oraz leki stosowane w leczeniu onkologicznym tylko potęgują ryzyko wystąpienia zaburzeń snu [11]. Jednym z licznych działań niepożądanych chemioterapii jest zespół przewlekłego zmęczenia, który nakładając się na występujące następstwa bezsenności, prowadzi do wyczerpania organizmu [12]. Taki obraz kliniczny pacjentów z chorobą nowotworową pokazuje, jak dużym wyzwaniem terapeutycznym są oni dla lekarza oraz całego personelu medycznego [13,14].

Cel pracy

Celem pracy jest omówienie, poprzez analizę dostępnych publikacji, problemu bezsenności u pacjentów z chorobą nowotworową, podkreślenie jego skali i powszechności na oddziałach onkologicznych, przede wszystkim wśród osób w starszym wieku, a także wskazanie prawdopodobnych przyczyn opisywanych zaburzeń snu, jak i możliwych sposobów leczenia, skupiając się zarówno na metodach farmakologicznych, jak i nefarmakologicznych.

Etiologia i podział bezsenności

Przyczyn zaburzeń związanych ze snem jest wiele. Można je podzielić na pierwotne – bez istniejącego schorzenia prowadzącego do pogorszenia jakości i czasu trwania snu oraz wtórne, spowodowane konkretnym czynnikiem zaburzającym prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Druga grupa stanowi niemal 80% wszystkich przypadków [4]. Do czynników powodujących wtórną bezsenność zaliczamy choroby psychiczne, takie jak depresja, psychozy czy zespoły otępienne, ale także choroby somatyczne dotyczące m.in. układu sercowo-naczyniowego i oddechowego czy pokarmowego. W tych przypadkach możemy mówić o bezsenności jako jednym z objawów choroby. Ponadto zła higiena snu, czynniki stresowe i psychospołeczne, odczuwanie stałego bólu oraz niektóre leki także zaliczane są do przyczyn mogących wtórnie spowodować zaburzenia snu [2,4]. Podział bezsenności z uwzględnieniem najczęstszych przyczyn przedstawia ryc. 1.



Ryc. 1. Podział bezsenności

Biorąc pod uwagę czas trwania objawów możemy wyróżnić bezsenność [15]:

- przygodną, trwającą kilka dni
- krótkotrwałą, utrzymującą się maksymalnie do miesiąca
- przewlekłą, trwającą co najmniej miesiąc

W zależności od tego, na jaki rodzaj bezsenności pacjent cierpi, można dobrać najbardziej optymalną dla niego terapię.

Występowanie zaburzeń snu u poszczególnych grup pacjentów

Zaburzenia snu dotyczą zwłaszcza ludzi starszych, gdzie częstość sięga nawet 50% i wraz z wiekiem stale rośnie. Jest to związane ze zmieniającym się profilem hormonalnym u tych osób, częstym występowaniem wielu nakładających się na siebie chorób przewlekłych, w tym nowotworowych oraz otępienia [9]. Dodatkowo ta grupa społeczna często boryka się z problemami psychospołecznymi, takimi jak osamotnienie, hospitalizacje czy brak aktywności fizycznej, a przez to także towarzyskiej [9].

Kolejną dużą grupą osób mających problem ze snem są pacjenci onkologiczni. Choroba nowotworowa wpływa destrukcyjnie na organizm, prowadzi do wyczerpania. Pacjenci skarżą się na dolegliwości bólowe, nudności, wymioty, brak apetytu oraz spadek masy ciała. Często towarzyszy temu także niedokrwistość, zawroty głowy, znaczne osłabienie i zmęczenie [12]. Pacjenci z tej grupy są skazani na długotrwałe leczenie, nierzadko z zastosowaniem wielu środków. Wspomniane leki mają swoje skutki uboczne, co dodatkowo niekorzystnie oddziałuje na zachowanie homeostazy organizmu. Do takich leków należą przede wszystkim leki stosowane w chemioterapii - cytostatyki, ale także antydepresanty, leki przeciwszczepające, przeciwbólowe, diuretyki i beta blokery, a nawet niektóre specyfiki ziołowe [9]. Do najczęstszych działań niepożądanych chemioterapii należą nudności, wymioty, wypadanie włosów, zmiany skórne oraz hematologiczne [16]. Z kolei w badaniach z zakresu psychoonkologii autorstwa A. Pietrzyk z Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego podkreślone zostały objawy psychiczne jako skutek zastosowanego leczenia przeciwnowotworowego [17]. Do tych objawów zaliczono nie tylko stany depresyjne, ale także lękowe, zaburzenia poznawcze oraz ubytki pamięci.

Niemniej istotny wydaje się być fakt, że obecność nowotworu, w omawianej grupie chorych, jest ogromnym czynnikiem stresowym. Według pracy dr n. med. B. Lelonek i in. stres jest „nieswoistą reakcją organizmu na stawiane przed nim wyzwania”, stanowi więc w pewien sposób przystosowanie do występujących niekorzystnych bodźców [18]. Jednak przewlekły stres ma głównie działanie destrukcyjne. W reakcji stresowej możemy wyróżnić trzy fazy: alarmową, odporności i wyczerpania, które stają się nieodłącznym elementem życia pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową [18]. Niewątpliwie u takich pacjentów wysoki poziom stresu jest spowodowany zarówno dolegliwościami somatycznymi, takimi jak stałe odczuwanie bólu, skutków ubocznych terapii przeciwnowotworowej, jak i psychogennymi. Drugą przyczyną jest bardziej złożona. Tryb życia pacjentów onkologicznych istotnie się zmienia, często rezygnują oni z aktywności zawodowej. Stały lęk

przed nawrotem choroby i niepowodzeniem leczenia, a także ten związany z kosztami terapii dodatkowo przyczynia się do obciążenia stanu psychicznego [14,19].

Odnosząc się do wcześniej omawianych przyczyn bezsenności możemy zauważyć istotny wpływ choroby nowotworowej na zwiększoną częstość zaburzeń snu, a idąc dalej, na obniżenie szeroko pojmowanej jakości życia [20,21]. Zależność między występowaniem objawów nowotworu a jakością życia z uwzględnieniem nastawienia tych pacjentów do choroby jest rozpatrywana m.in. w badaniach Kulpa i in. [22]. Wskazują one na znaczącą korelację między przystosowaniem psychicznym do obecności choroby nowotworowej a jakością życia prezentowaną przez poszczególnych badanych pacjentów, w tym także jakością snu. Im większą wolę walki, intensywność pozytywnego myślenia wykazywali pacjenci tym lepiej funkcjonowali oni na obszarach zdolności poznawczych oraz relacji społecznych, a ich ogólna jakość życia była wyższa [22]. To stwarza nadzieję na pozytywne wyniki terapii behawioralnych czy psychoterapii w celu obniżenia poziomu stresu oraz nabycia prawidłowych nawyków, a tym samym przyczynienia się do zredukowania zaburzeń snu i poprawienia jakości życia.

Zaburzenia snu a depresja

Z powodu zwiększonego narażenia pacjentów onkologicznych zarówno na pojawienie się depresji, jak i bezsenności uzasadniona wydaje się być próba identyfikacji związku przyczynowo-skutkowego obu tych schorzeń. Zależność między jednoczesnym występowaniem zaburzeń snu i depresji jest nie do końca poznana. Omawiając temat bezsenności nie możemy zapominać, że może to być zaburzenie będące nie tylko skutkiem danej choroby, ale także czynnikiem warunkującym powstanie innych schorzeń, właśnie takich jak depresja, schorzenia afektywne czy też zaburzenia odporności [23].

Pamiętajmy jednak, że jedynie 15-20% przypadków bezsenności nie jest wtórne do innych schorzeń [7]. Biorąc pod uwagę ten fakt, w sytuacji podejrzenia zaburzeń snu, jako pierwsze należy wykluczyć istnienie innych chorób psychicznych i somatycznych, a w przypadku ich braku stwierdzić bezsenność pierwotną i szukać skutecznej metody terapeutycznej w celu uniknięcia następstw choroby [2,23].

Brak dokładnej znajomości etiologii zaburzeń snu budzi pytanie, czy bezsenność prowadzi do wystąpienia zaburzeń psychicznych, w tym depresji, czy może jednak to depresja występująca pierwotnie powoduje bezsenność. Odpowiedzi na to pytanie szukał m.in. Haeitzman J. i in. [23]. W swojej pracy podkreśla on, że u 80% pacjentów z depresją

występują również objawy bezsenności, te dwa zaburzenia są więc ze sobą ściśle skorelowane. Ponadto zaznacza, że pacjenci mają tendencję do ukrywania zaburzeń psychicznych pod maską różnych dolegliwości związanych z zaburzonym snem, takich jak problemy z zasypianiem, nocne wybudzanie czy wczesne zakończenie snu. Częściej są wtedy rozpoznawane zaburzenia snu kosztem prawidłowej diagnozy właściwego zaburzenia psychicznego [23]. Może to być spowodowane negatywnym odbiorem wszystkich chorób psychicznych zarówno przez społeczeństwo, jak i samego pacjenta, przez co łatwiej choremu mówić o objawach związanych bezpośrednio z jego stanem fizycznym, a nie psychicznym [23,24].

Wielu badaczy przyjmuje, że zaburzenia snu są znaczącym wskaźnikiem oceny ryzyka wystąpienia depresji, co potwierdzają inne badania [20,25,26,27].

Zaburzenia związane ze snem występują zazwyczaj wcześniej, poprzedzając pojawienie się obniżonego nastroju, upośledzonego funkcjonowania w codziennym życiu czy pełnoobjawowej depresji [23,28].

Warto zauważyć, że objawy takie jak zmęczenie, zaburzenia koncentracji, uwagi, sprawności poznawczej są charakterystyczne dla następstw bezsenności, ale są także symptomami wskaźnikowymi depresji. Tworzą wspólne spektrum objawów utwierdzające nas w przekonaniu, że powinniśmy rozpatrywać obie choroby jako nakładające się na siebie schorzenia mające wzajemny wpływ na siebie i wymagające odpowiednio dostosowanej łączonej terapii [23,28].

Mimo tego, że nie można przyjąć bezsenności jako bezpośredniej przyczyny zaburzeń depresyjnych, jest ona istotnym parametrem diagnostycznym, nie tylko wystąpienia, ale także ryzyka nawrotu epizodów depresji.

U pacjentów z chorobą nowotworową zaburzenia depresyjne, podobnie jak bezsenność, stają się nieodzowną częścią ich życia. W swoich badaniach Lelonek podaje, że nawet do 53% pacjentów onkologicznych ma objawy depresji [18].

Także inne badania wskazują na zwiększoną częstość występowania zaburzeń snu z jednoczesnym występowaniem zaburzeń psychicznych w tej grupie chorych, z czego zaburzenia depresyjne zostały wymienione jako najczęściej występujące [11].

Ponadto stopień nasilenia objawów depresji determinuje sposób przystosowania i radzenia sobie z chorobą nowotworową. Badani pacjenci z bardziej pogłębionymi objawami depresji oznaczają się gorszą odpowiedzią na stosowane leczenie przeciwnowotworowe [21,29].

Leczenie bezsenności

Biorąc pod uwagę częstość występowania u pacjentów onkologicznych zaburzeń snu, a także ich wpływ na stan psychiczny i fizyczny chorych istotne jest szybkie wdrożenie skutecznego leczenia [30]. Najważniejszą kwestią przed rozpoczęciem terapii jest określenie, czy mamy do czynienia z bezsennością pierwotną, czy wtórną, a w przypadku tej drugiej dokładne poznanie etiologii występujących zaburzeń snu i próba jej eliminacji. Przykładami działań eliminujących przyczynę mogą być: próba odstawienia niektórych używek pobudzających organizm, w tym alkoholu i środków psychoaktywnych, zwalczanie bólu, leczenie zaburzeń psychicznych oraz eliminacja dolegliwości ze strony układu oddechowego (astma, POCHP), pokarmowego (choroba refluksowa przełyku) czy krążenia [9]. Terapia bezsenności obejmuje zarówno leczenie farmakologiczne, jak i szeroko pojęte metody nefarmakologiczne. W planowaniu leczenia ważne jest uwzględnienie całego obrazu klinicznego, występowania chorób towarzyszących, a także przyjmowanych leków. Według standardów leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem metody farmakologiczne są przeznaczone przede wszystkim dla osób cierpiących na bezsenność przygodną i krótkotrwałą (do miesiąca trwania) [31]. Maksymalny czas stosowania agonistów receptora benzodiazepinowego jest określone na 2, a samych benzodiazepin na 4 tygodnie [4]. Jest to związane głównie z ryzykiem uzależnienia się od środków farmakologicznych, tak jak to występuje między innymi w sytuacji przedłużonego stosowania benzodiazepin [31]. Natychmiastowym wdrożeniem leczenia staramy się zapobiec rozwinięciu bezsenności przewlekłej, która stwarza większe problemy w farmakoterapii. W tym przypadku, według pracy Izabeli Grabskiej-Kobyłeckiej i in., należy stosować leki z tych grup nie więcej niż 2-3 razy tygodniowo lub 10 razy w ciągu miesiąca [4]. Leczenie przewlekłych zaburzeń snu wymaga skojarzenia leczenia farmakologicznego z innymi metodami terapii, co pozwala ograniczyć dawkę stosowanych leków, daje lepsze wyniki i zapobiega powstaniu uzależnienia [31]. W leczeniu farmakologicznym bezsenności obecnie stosowanych jest kilka grup leków: benzodiazepiny i ich pochodne, leki nasenne II generacji oraz leki wspomagające sen, najczęściej stosowane jednak w leczeniu chorób innych niż bezsenność. Do ostatniej grupy zaliczymy niektóre leki przeciwhistaminowe, przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne [31]. Zestawienie poszczególnych grup leków z przykładami przedstawia tabela II.

Tab. II. Podstawowe grupy leków nasennych wraz z przykładami [31]

Grupy leków stosowane w bezsenności				
Benzodiazepiny	Leki II generacji	Przeciwdepresyjne	Przeciwpowietrzne	Przeciwhistaminowe
Diazepam	Zolpidem	Doksepina	Promazyna	Hydroksyzyna
Lorazepam	Zaleplon	Mirtazapina	Prometazyna	
Oksazepam	Zopiklon	Mianseryna	Lewomepromazyna	

Benzodiazepiny były niegdyś szeroko stosowanymi lekami nasennymi. Mają działanie ułatwiające zasypianie oraz utrzymanie snu, jednak poprzez receptor GABA wpływają także na proces zapamiętywania, powodują amnezję następczą [31]. Dodatkowo ich kilkunastogodzinne działanie przyczynia się do wystąpienia skutków ubocznych następnego dnia po zażyciu, w postaci zmniejszenia zdolności poznawczej [32]. Leki nasenne II generacji oznaczają się mniejszą liczbą działań niepożądanych, przez co w bezsenności przygodnej i krótkotrwałej stanowią obecnie terapię z wyboru. Jednak zarówno w przypadku benzodiazepin, jak i leków II generacji problemem jest ryzyko uzależnienia, co w istotnym stopniu ogranicza ich stosowanie w bezsenności przewlekłej, pełni wtedy jedynie funkcję leczenia uzupełniającego.

Neuroleptyki, czyli leki przeciwpowietrzne, mimo tego, iż mogą posiadać działanie sedatywne, a tym samym ułatwiać sen, ze względu na złą tolerancję przez pacjentów z izolowaną bezsennością, są niechętnie stosowane w jej leczeniu. Zastosowanie znajdują jednak przy jednoczesnym współistnieniu objawów powietrznych, a także uzależnienia od alkoholu i leków nasennych [31,33]. Leki przeciwddepresyjne najczęściej są stosowane w leczeniu bezsenności przewlekłej, jednak ich dawki są zredukowane w porównaniu do dawek zażywanych w zaburzeniach depresyjnych. Dużą zaletą tych środków jest brak uzależnienia, niestety leki przeciwddepresyjne wiążą się z występowaniem niebezpiecznych interakcji z innymi terapeutykami, co wymaga dużej ostrożności w ustalaniu politerapii dla pacjenta z licznymi chorobami towarzyszącymi [34]. Ostatnia grupa, czyli leki przeciwhistaminowe, mają niezbyt silne i prawdopodobnie przemijające działanie [31]. Niedawno w fazie badań klinicznych znajdowały się nowe substancje mające działanie antagonistyczne, to znaczy hamujące, na receptory oreksynowe podwzgórza [35]. Obecnie zarejestrowany jest tylko jeden lek z tej grupy – suworeksant, dostępny wyłącznie w Japonii i USA. Chociaż leki te niosą potencjalną możliwość leczenia bezsenności z mniejszym ryzykiem wystąpienia

objawów niepożądanych, z powodu wciąż małej ilości informacji na temat ich działania i skutków ubocznych, nie są one aktualnie dopuszczone do stosowania w Europie [35].

Zupełnie odmienną strategią leczenia bezsenności są metody nefarmakologiczne. Wśród tych metod należy wyróżnić techniki behawioralne, które dzielą się na: metodę kontroli bodźców, metodę redukcji czasu snu, trening relaksacyjny oraz poznanie i przestrzeganie zasad higieny snu. Kolejną grupą są techniki poznawcze, takie jak: terapia poznawcza, terapia zatrzymania myśli, myślenia paradoksalnego i uruchomienia wyobraźni. Wymienione techniki mogą być skutecznie ze sobą kojarzone, co daje najlepsze efekty [9,36]. Przewaga metod nefarmakologicznych leczenia bezsenności przejawia się przede wszystkim w braku objawów niepożądanych, jakie wywołują środki farmakologiczne oraz braku interakcji z lekami zażywanyymi przez pacjenta. Ponadto skupiają się one nie tylko na niwelowaniu samych objawów, ale także eliminacji przyczyn zaburzeń snu. Podstawą ich działania jest dążenie do przerwania tzw. błędnego koła bezsenności, czyli kolejno następujących po sobie zdarzeń, które prowadzą do ciągłego pogłębiania się problemu bezsenności [37]. Przykład wspomnianego błędnego koła przedstawiony został na ryc.2.



Ryc.2. Przykładowe zdarzenia prowadzące do powstania błędnego koła bezsenności

Obawy przed trudnością w zasypianiu prowadzą do frustracji i niepokoju związanego z nadchodzącą nocą, co nasila u pacjentów występowanie objawów bezsenności. Metoda kontroli bodźców polega na skojarzeniu pory wieczornej i łóżka tylko z bezproblemowym, przyjemnym snem, co z kolei ułatwia zasypianie, a tym samym obniża poziom stresu wywołany strachem przed kolejną nieprzespaną nocą [37,38]. Do wskazań tej metody należą m.in. przebywanie w łóżku jedynie podczas snu lub aktywności seksualnej, unikanie jedzenia czy oglądania telewizji w łóżku, rezygnacja z drzemek w ciągu dnia, chodzenie spać w godzinach wieczornych, gdy odczuwa się senność, a nie tylko zmęczenie [38].

Kolejną wyżej wymienioną metodą jest redukcja czasu snu. Podczas występowania objawów bezsenności pacjenci najczęściej mają skłonność do wydłużonego czasu spędzanego w łóżku, czasem nawet zmuszają się do zaśnięcia. Metoda ta nie dopuszcza do zachowania wspomnianych niezdrowych nawyków, gdyż wszystkie te działania prowadzą tylko do obniżenia jakości snu i zwiększenia częstości wybudzeń nocnych [38]. Według specjalistów z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu Medycznego w Warszawie czas poświęcony na sen powinien być ściśle określony, nie może jednak wynieść mniej niż 4,5 godziny [31]. W wyniku zmian dotyczących rytmu okołodobowego, wprowadzonych przez pacjentów w oparciu o wyżej wymienioną metodę, dochodzi do zwiększenia jakości snu: jego pogłębienia i ograniczenia epizodów przebudzeni w nocy [31].

W ograniczaniu poziomu odczuwanego stresu, także tego związanego z chorobą nowotworową, skuteczna jest terapia poznawcza, polegająca na dokładnym poznaniu swoich obaw i źródła stresu, a także odrzucenie nieprawidłowych przekonań dotyczących snu. Przykładem takich zmian w podejściu do snu jest przekonanie pacjenta, że jedna nieprzespana noc nie stanowi jeszcze zagrożenia dla jego zdrowia oraz nie wszystkie następstwa w ciągu dnia są konsekwencją problemów ze snem [39]. Także dąży się do wyeliminowania nierealnych oczekiwań pacjenta, na przykład zmuszania się do przespania co najmniej 8 godzin w ciągu jednej nocy [40,41]. Adam Wichniak i in. w swojej pracy na temat zasad rozpoznawania i leczenia bezsenności zaznacza jednak, że terapia poznawcza może dać konkretne efekty tylko w połączeniu z innymi technikami behawioralno-poznawczymi, jak na przykład opisana wcześniej metoda kontroli bodźców [7]. Ponadto wskazuje on na terapię behawioralno-poznawczą jako metodę, która, po wyeliminowaniu czynnika sprawczego, może pozwolić na całkowitą utratę problemów ze snem. Trzeba jednak wziąć pod uwagę sytuację, w której samo pozbycie się przyczyny bezsenności, na przykład depresji, nie zawsze eliminuje problem, ponieważ organizm już zdołał przystosować się do warunków zwiększonego zmęczenia i wyczerpania. Oznacza to, że pacjent zdążył wprowadzić zmiany w

zachowaniu, jak na przykład codzienne drzemki, które zaburzają naturalny rytm okołodobowy oraz zmniejszają zapotrzebowanie na sen w nocy, co w konsekwencji powoduje problemy ze snem [7].

Metody nefarmakologiczne leczenia bezsenności wymagają przede wszystkim zebrania dokładnego wywiadu od pacjenta w celu określenia etiologii bezsenności, poznania jego nawyków i ustaleniu odpowiedniej metody leczenia na podstawie tych informacji. Techniki te są polecane dla osób cierpiących na bezsenność przewlekłą, w celu usunięcia czynników utrwalających zaburzenia snu, gdzie leczenie farmakologiczne stanowi jedynie uzupełnienie terapii [9,31]. Skuteczność technik behawioralnych potwierdzają także badania Małgorzaty Fornal-Pawłowskiej [19]. Według Standardów Leczenia Bezsenności najskuteczniejszą metodą jest kontrola bodźców oraz redukcja czasu trwania snu [31]. Z kolei z pracy pogładowej Ewy Walacik-Ufnal wynika, że najlepsze wyniki wykazuje terapia łączona, składająca się z kilku metod behawioralno-poznawczych [37].

Odrębnym sposobem leczenia bezsenności, stanowiącym połączenie metody farmakologicznej i nefarmakologicznej, jest stosowanie środków będących ekstraktami z ziół. Z jednej strony są to substancje o określonej aktywności biologicznej, jednak o nieporównywalnie mniejszej sile działania niż omówione wcześniej leki nasenne. Z drugiej strony mogą one działać na psychikę pacjenta, czyli wywoływać tak zwany efekt placebo. Do naturalnych specyfików nasennych należą m.in. ekstrakt z kozłka lekarskiego, chmielu, czy też, ostatnio wprowadzona do użytku w zaburzeniach snu, wiśnia pospolita. W literaturze wspomina się także o stosowaniu dziurawca zwyczajnego, rumianku pospolitego czy melisy lekarskiej, jednak ich działanie jest często bardziej uspokajające niż nasenne [4]. Praca Grabskiej-Kobyłeckiej wykazuje wątpliwe działanie farmakologiczne ekstraktów ziołowych, jednak nie można im zarzucić bezpodstawnego ich wykorzystania jako środków nasennych. Stosowanie ziół najczęściej wywołuje u pacjentów wcześniej wspomniany efekt placebo lub ułatwia zasypianie poprzez redukcję poziomu stresu, czyli dzięki swojemu działaniu uspokajającemu [4,31].

Problem leczenia bezsenności u pacjentów z chorobą nowotworową

Ustalenie właściwego leczenia bezsenności zawsze stanowi wyzwanie, wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta. Na oddziałach onkologicznych dodatkowo trzeba wziąć pod uwagę, poza chorobą podstawową, nakładające się liczne schorzenia psychiczne i fizyczne. Nie tylko choroba nowotworowa wpływa negatywnie na jakość snu, ale także

problemy ze snem działają destrukcyjnie na organizm, prowadząc do obniżenia odporności, gorszych wyników terapii przeciwnowotworowych i osłabienia kondycji psychicznej [5,6,12]. Także w badaniach Fornal-Pawłowskiej zaznaczono fakt, że nieleczone zaburzenia snu zwiększają ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych u osób, u których to ryzyko i tak już jest zwiększone z powodu obecności samego nowotworu [19].

Często pacjenci onkologiczni stosują złożone leczenie wymagające ciągłego podawania wielu środków farmakologicznych. Stanowi to istotny problem w planowaniu politerapii u tych pacjentów ze względu na duże ryzyko interakcji. Przykładem może być jednoczesne stosowanie leków przeciwdepresyjnych i benzodiazepin, gdzie antydepresanty powodują zmniejszony metabolizm leków nasennych i w konsekwencji ich zwiększone stężenie oraz nieoczekiwane, zbyt intensywne działanie [31]. We wspomnianym przypadku współistnienia u pacjentów onkologicznych zarówno zaburzeń snu, jak i depresji korzystnym rozwiązaniem w tej grupie chorych wydaje się być przyjmowanie tylko antydepresanta, na przykład amitryptyliny, jako leku przyczynowego w depresji, jednocześnie ułatwiającego sen poprzez swoje działanie uspokajające [31]. Takie rozwiązanie pozwala na eliminację lub zmniejszenie problemu bezsenności oraz ryzyka interakcji.

Jak już wcześniej wspomniano, w celu leczenia bezsenności przewlekłej zaleca się stosowanie nefarmakologicznych sposobów leczenia lub łączenia terapii nefarmakologicznej ze środkami nasennymi. U pacjentów z chorobą nowotworową zaburzenia snu są wynikiem długotrwałej choroby, przez co już w momencie zdiagnozowania są najczęściej kwalifikowane jako przewlekłe. Biorąc pod uwagę trudności w politerapii działaniem z wyboru powinno być stosowanie metod nefarmakologicznych w tej grupie pacjentów. Potwierdzają to badania Morin i in., w których pacjenci z długotrwałą bezsennością znacznie lepiej znoszą terapię nefarmakologiczną [42].

Wnioski

Bezsennosci u pacjentów onkologicznych stanowi duże wyzwanie dla personelu medycznego. Jednoczesne stosowanie przez tych chorych wielu leków znacznie utrudnia dobór odpowiedniej terapii bezsenności. Ze względu na możliwe interakcje między lekami w wielu pracach podkreśla się zalety terapii nefarmakologicznej w tej grupie pacjentów [30,42,43]. Osoby cierpiące na choroby nowotworowe muszą być pod stałą obserwacją zarówno pod względem zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Ważne jest zastosowanie kompleksowej opieki polegającej na zapewnieniu komfortu psychicznego, poprzez wsparcie

emocjonalne oraz psychoterapię, przy jednoczesnym leczeniu przyczynowym chorób podstawowych, jak i eliminacji objawów towarzyszących, na przykład bólu. Tylko w przypadku współpracy specjalistów z różnych dziedzin zapewniona zostaje odpowiednia terapia dla pacjentów z chorobą nowotworową, co może w znacznym stopniu poprawić ich jakość życia.

Piśmiennictwo

1. Meijer A.M., Habekothé H.T., Van Den Wittenboer G.L.: Time in bed, quality of sleep and school functioning of children, *Journal of Sleep Research*, 2000, 9, 2, 145-154.
2. Ostrowska, A., Żmijewska-Jędrzejczyk, T.: Bezsenność w Europie. [w:] Polska-Europa. Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego 2002-2015, Sztabiński P. (red.), IFiS PAN, Warszawa, 2016, 91.
3. Wichniak A.: Bezsenność, <https://psychiatria.mp.pl/bezsennosc/70349,bezsennosc>, data pobrania 14.04.2018.
4. Grabska-Kobyłecka I., Nowak D.: Sen, bezsenność i jej leczenie-krótki przegląd aktualnej wiedzy ze szczególnym uwzględnieniem ziołolecznictwa, *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 2014, 3,10, 270-277.
5. Irwin M.R., Olmstead R., Carroll J.E.: Sleep disturbance, sleep duration, and inflammation: a systematic review and meta-analysis of cohort studies and experimental sleep deprivation, *Biological Psychiatry*, 2016, 80, 1, 40-52.
6. Faraut B., Boudjeltia K.Z., Vanhamme L., Kerkhofs M.: Immune, inflammatory and cardiovascular consequences of sleep restriction and recovery, *Sleep Medicine Reviews*, 2012, 16, 2, 137-149.
7. Wichniak A., Wierzbicka A., Jernarczyk W.: Zasady rozpoznawania i leczenia bezsenności, *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2008, 1, 1, 30-39.
8. Sateia M.J., Nowell P.D.: Insomnia, *Lancet*, 2004, 364, 1959– 1973.
9. Kańtoch A., Gryglewska B.: Bezsenność w starszym wieku–przyczyny i możliwości leczenia nefarmakologicznego, *Gerontologia Polska*, 2016, 2, 133-141.
10. Foley D.J., Monjan A.A., Brown S.L., Simonsick E.M., Wallace R.B., Blazer D.G.: Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*, 1995, 18, 6, 425-432.

11. Redeker N.S., Lev E.L., Ruggiero J.: Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy, *Scholarly inquiry for nursing practice*, 2000, 14, 4, 275-290.
12. Wojtukiewicz M.Z., Sawicki Z., Sierko E., Kieszkowska-Grudny A.: Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory poddawanych chemioterapii, *Nowotwory, Journal of Oncology*, 2007, 57, 6, 695-695.
13. Pyszora A.: Efektywność fizjoterapii stosowanej u pacjentów cierpiących z powodu zmęczenia związanego z chorobą nowotworową, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2008, 2, 4, 164-168.
14. Rolińska A., Furmaga O., Kwaśniewski W., Makara-Studzińska M.: Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej, *Current Problems of Psychiatry*, 2011, 12, 4 546-549.
15. Bernstein M. J.: Drugs and insomnia. The use of medications to promote sleep, *Jama*, 1984, 251, 18, 2410–2414.
16. Hemperek M., Rak A.: Skutki uboczne chemioterapii i sposoby ich łagodzenia, <https://hematoonkologia.pl/chemioterapia/index/id/10-skutki-uboczne-chemioterapii-i-sposoby-ich-lagodzenia/>, data pobrania 14.04.2018.
17. Pietrzyk A.: Poznawcze funkcjonowanie pacjenta onkologicznego przed chemioterapią i po chemioterapii. Kierunki pomocy medycznej i pozamedycznej w odzyskiwaniu sprawności umysłowej. Analizy przypadków dwojga studentów – kobiety i mężczyzny, *Psychoonkologia*, 2010, 1, 29-35.
18. Lelonek B., Cieślik A., Kamusińska E.: Problematyka stresu w chorobie nowotworowej, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21, 1, 128-136.
19. Fornal-Pawłowska M., Szelenberger W.: Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia, *Psychiatria Polska*, 2013, 47, 2, 269-279.
20. Eaton W.W., Badawi M., Melton B.: Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorder with slow onset, *The American Journal of Psychiatry*, 1995, 152, 967-972.
21. Liu L., Fiorentino L., Natarajan L., Parker B.A., Mills P.J., Sadler G.R., Dimsdale J., Rissling M., He F., Ancoli-Israel S.: Pre-treatment symptom cluster in breast cancer patients is associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy, *Psycho-Oncology*, 2009, 18, 2, 187-194.

22. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B.: Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych, *Medycyna Paliatywna*, 2013, 5, 3, 106-113.
23. Haeitzman J.: Zaburzenia snu-przyczyna czy skutek depresji? *Psychiatria Polska*, 2009, 43, 5, 491-511.
24. Świtaj P.: Piętno choroby psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005, 2, 137-144.
25. Breslau N., Roth T., Rosenthal L., Andreski P.: Sleep disturbances and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 1996, 39, 411-418.
26. Fava M.: Daytime sleepiness and insomnia as correlates of depression, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65, 16, 27-32.
27. Vihang N. V.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *Indian Journal of Psychiatry*, 2013, 55, 3, 220–223.
28. Albiński R., Kleszczewska-Albińska A., Bedyńska S.: Geriatryczna Skala Depresji. Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia–przegląd badań, *Psychiatria Polska*, 2011, 45, 4, 555-562.
29. Malicka I., Szczepańska J., Anioł K., Rymaszewska J., Woźniewski M.: Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych, *Współczesna Onkologia*, 2009, 13, 1, 41-46.
30. Savard J., Morin C.M.: Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem, *Journal of Clinical Oncology*, 2001, 19, 3, 895–908.
31. Szelenberger W.: Standardy leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem, *Sen*, 2006, 10, 1-10.
32. Vgontzas A.N., Kales A., Bixler E.O.: Benzodiazepine side effects: role of pharmacokinetics and pharmacodynamics, *Pharmacology*, 1995, 51, 4, 205-223.
33. Mintzer J., Burns A.: Anticholinergic side-effects of drugs in elderly people, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2000, 93, 9, 457-462.
34. Ereshefsky L., Dugan D.: Review of the pharmacokinetics, pharmacogenetics, and drug interaction potential of antidepressants: focus on venlafaxine, *Depression and anxiety*, 2000, 12, 1, 30-44.

35. Tampi R., Balachandran S., Manikkara G., Piyush T.: Suvorexant for insomnia in older adults: A systematic review, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2017, 25, 3, 147.
36. Morin C.M., Bootzin R.R., Buysse D.J., Edinger J.D., Espie C.A., Lichstein K.L.: Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004), *Sleep*, 2006, 29, 1398–1414.
37. Walacik-Ufnal E.: Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności, *Psychiatria*, 2015, 12, 2, 90-98.
38. Skalski M.: Bezsenność – patogeneza i leczenie, *Problemy Nauk Biologicznych*, 2014, 63, 2, 233-43.
39. Morin C.M., Hauri P.J., Espie C.A., Spielman A.J., Buysse D.J., Bootzin R.R.: Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia, *Sleep*, 1999, 22, 8, 1134-1156.
40. Edinger J.D., et al.: Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial, *Jama*, 2001, 285, 14, 1856-1864.
41. Morgenthaler T., Edinger J.D., Wohlgemuth W.K., Radtke R.A., Marsh G.R., Quillian R.E.: Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report, *Sleep*, 2006, 29, 11, 1415-1419.
42. Morin C.M., Colecchi C., Stone J., Sood R., Brink D.: Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial, *Jama*, 1999, 281, 11, 991-999.
43. Induru R.R., Walsh D.: Cancer-related insomnia, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2014, 31, 7, 777-785.

Wybrane aspekty funkcjonowania kobiet po mastektomii

Wysocka Sylwia¹, Krajewska-Kułak Elżbieta², Okurowska-Zawada Bożena³

1. absolwentka kierunku Fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę"

Wstęp

Rak sutka jest najczęściej występującym złośliwym nowotworem u kobiet w Polsce, jak również w krajach europejskich oraz jedną z najpoważniejszych chorób kobiecych, biorąc pod uwagę ciężki przebieg i częste występowanie spowodowane ciągłym niepokojem zdrowych kobiet [1].

W Polsce na tę chorobę zapada jedna na 12 kobiet, a ryzyko powstania choroby jest dwukrotnie wyższe, jeśli w rodzinie chorowała na nią siostra lub matka [1].

Wczesne rozpoznanie i leczenie (bardziej skuteczne, mniej okaleczające - około 80-90% wyleczeń) ma duże znaczenie, gdyż jeszcze nie znaleziono odpowiednich środków w zapobieganiu wystąpienia raka piersi [1].

Czynnikiem mającym wpływ na wystąpienie raka piersi może być stan hormonalny kobiety, np. wiek pokwitania i przekwitania, stosowanie leków hormonalnych i inne [1]. Od 4 do 8% raków sutka może być wynikiem dziedzicznych mutacji lub rzadziej występujących mutacji w komórkach somatycznych [2]. Masowość zachorowania u kobiet na nowotwory złośliwe wzrasta po 35. roku życia, przy czym 70% dotyczy kobiet w wieku pomenopauzalnym, 30% kobiet w wieku przedmenopauzalnym [2].

W Polsce rak piersi stanowi 1/5 zachorowań na nowotwory złośliwe i jest główną przyczyną 1/8 zgonów [2].

W zależności od stadium rozwoju ogniska choroby pacjentki poddawane są leczeniu chirurgicznemu, radioterapii, chemioterapii, terapii hormonalnej.

Główną mobilizację chorego do funkcjonowania w życiu codziennym stanowi jego styl życia [2]. Warunki środowiskowe i wzorce zachowań kształtowane są indywidualnie do

potrzeb pacjenta przez czynniki społeczno- kulturowe i inne jednostki. W powrocie do zdrowia szczególne miejsce zajmuje aktywność ruchowa, która zmniejsza ryzyko zachorowalności na choroby, wpływa pozytywnie na samopoczucie chorej oraz daje możliwość do kreatywnego spędzenia czasu wolnego i inne spojrzenie na problem powstający z choroby nowotworowej. Także uczestnictwo w klubach Amazonek pozwala odzyskać pacjentkom wiarę w samą siebie oraz sprzyja poprawie stanu zdrowia.

Podkreślić więc należy, iż niezależnie od skutecznego wyleczenia pacjentki, ważną rolą jest przywrócenie jej sprawności fizycznej w jak największym stopniu. W związku z tym rehabilitacja po mastektomii jest nieodłącznym elementem na odzyskanie właściwej sprawności fizycznej, jak również równowagi psychicznej. Celem prowadzonej terapii będzie poprawa nie tylko kondycji chorego, ale także ogólnego samopoczucia pacjentki. Prowadzone formy zajęć (np. masaże, gimnastyka korekcyjna), a także systematyczne rozmowy z psychologiem (wsparcie kobiet) mają za zadanie pomóc we wzmocnieniu sprawności fizycznej i psychicznej kobiet po usunięciu piersi.

Osoby chore i świadome nowotworu powinny mieć możliwość poznania objawów, przyczyn, rozpoznawania i sposobu leczenia raka sutka. Wiedza oraz świadomość wyleczenia pozwala im bowiem na poczucie bezpieczeństwa, racjonalne podejście do choroby oraz zmniejszy strach przed nieznaną przyszłością. Każda kobieta w wieku dojrzałym, a także osoby z podwyższonym ryzykiem zachorowania powinny mieć świadomość o potrzebie częstszego, kompleksowego badania się, gdyż takie działanie może przyczynić się do zmniejszenia umieralności o nawet 40% [1].

Celem badań będzie przedstawienie zadań rehabilitacji w percepcji czynnie pracujących fizjoterapeutów u kobiet po usunięciu raka piersi.

Epidemiologia i wybrane aspekty patogenezy chorób nowotworowych w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem raka piersi

Nowotwory są schorzeniem trapiącym ludzką populację od dawna, a w ostatnim stuleciu coraz bardziej ujawniają się czynniki, które do tego doprowadziły. Jednocześnie widać, iż opanowanie standardów higienicznych i sanitarnych, a także wprowadzenie antybiotyków, doprowadziły do zmniejszenia nie tylko epidemii chorób zakaźnych, ale także spadku umieralności z powodu takich chorób, jak gruźlica, ospa, choroby weneryczne, odra i inne zakaźne wśród dzieci i młodzieży.

W Polsce, zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów [3] notuje się 155

tysięcy zachorowań i 93 tysiące zgonów rocznie.

Według badań Międzynarodowej Agencji nad Rakiem, w roku 2008 na świecie na choroby nowotworowe zachorowało prawie 12,7 miliona osób, a zmarło prawie 7,5 miliona osób [4].

W Europie chorobę nowotworową rozpoznaje się u 1,7 mln osób, a prawie 962 000 z nich umiera [5]. W Polsce, w ciągu ostatnich dwóch dekad, liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wrosła ponad dwukrotnie, osiągając w 2010 roku ponad 140,5 tys. zachorowań, z czego około 70 tys. u mężczyzn i 70,5 tys. u kobiet [3]. U mężczyzn, tzw. surowe współczynniki zachorowalności wzrosły z $197/10^5$ w 1980 roku do $376/10^5$ w 2010 roku, a wśród kobiet - w 1980 roku z $182/10^5$ do $355/10^5$ w 2010 roku [3].

W ciągu ostatnich pięciu dekad liczba zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce, według danych Krajowego Rejestru Nowotworów [3], wzrosła prawie 2,4-krotnie. W 2010 roku było ich prawie 93 tys., w tym ok. 41 tys. u mężczyzn i ok. 52 tys. zgonów wystąpiło u kobiet [3].

Według Krajowego Rejestru Nowotworów [3] większość zachorowania na nowotwory złośliwe (70% zachorowań u mężczyzn i 60% zachorowań u kobiet) występuje po 60. roku życia, przy czym ryzyko zachorowania na nowotwór wzrasta wraz z wiekiem, osiągając szczyt w ósmej dekadzie życia.

W Polsce zachorowalność na nowotwory złośliwe jest u obu płci niższa, niż średnia dla krajów Unii Europejskiej, w tym w populacji mężczyzn o około 20%, a kobiet - o około 10% [3].

W populacji mężczyzn najczęściej występującymi nowotworami są nowotwory płuc (około 1/5 zachorowań na nowotwory), a w dalszej kolejności znajduje się rak gruczołu krokowego (13%), jelita grubego (12%) oraz pęcherza moczowego (7%) [3].

W populacji kobiet dominującym nowotworem jest rak piersi (ponad 1/5 zachorowań na nowotwory), a następnie nowotwory jelita grubego (10%), rak płuc (9%), nowotwory trzonu macicy (7%), jajnika (5%) [3].

Nowotwory piersi, zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów [3], są nie tylko największym problemem onkologicznym w krajach rozwiniętych, ale także narastającym problemem w krajach rozwijających się. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych występuje połowa zachorowań, natomiast większość zgonów odnotowuje się w krajach słabiej rozwiniętych (60%) [3].

W roku 2008, w krajach członkowskich Unii Europejskiej, raka piersi zdiagnozowano u ponad 330 tysięcy kobiet, a około 89 tysięcy zmarło z tego powodu [3]. Z diagnozą raka piersi postawioną w ciągu poprzedzających 5 lat żyje ok. 1,33 mln kobiet [3].

Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów [3], po 50. roku życia występuje 80% zachorowań na raka piersi, przy czym między 50. a 69. rokiem życia diagnozuje się prawie 50% zachorowań. Ryzyko zachorowania raka piersi wzrasta z wiekiem, aż do połowy 7. dekady życia (ponad $200/10^5$), po czym zmniejsza się.

Najwyższy wzrost ryzyka zachorowania dotyczy kobiet w wieku od 50 do 69 lat, a największy wzrost zachorowalności - ostatnich dwóch dekad (1990-2010).

W ciągu ostatnich trzech dekad zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi wzrosła ponad 2-krotnie, w tym u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (od 20. do 49. roku życia) wzrosła ciągu ostatnich 3 dekad około 1,7 razy [3].

W 2010 roku, w Polsce, częstość zachorowań na nowotwory piersi była o 35% niższa, niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (dane z 2009 roku) [3].

U młodych kobiet charakterystyczny jest spadek umieralności przy wrastającej zapadalności na chorobę, wśród kobiet w średnim wieku widoczny jest gwałtowny wzrost zachorowalności, przy stałej równowadze umieralności, a w najstarszej grupie wiekowej (po 70. roku życia) charakterystyczny jest bardzo powolny wzrost umieralności [2].

Rozbieżność pomiędzy umieralnością a zachorowalnością świadczy o efektywności wczesnego rozpoznania choroby, jak również stosowanego leczenia, co dotyczy zarówno kobiet młodych, jak i w średnim wieku [2].

W obniżeniu zachorowalności znaczenie wydaje się mieć wprowadzenie badań przesiewowych, którymi od początku XXI wieku są objęte grupy wiekowe od 50 do 69 lat [2]. Program wykrywający raka piersi rozpoczął się w Polsce w 2006 roku [2].

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów [3], w latach 2000-2002 wśród kobiet, u których zdiagnozowano nowotwory piersi, jednoroczne wskaźniki przeżyć wynosiły 92,8%, natomiast w latach 2003-2005 - 93,2%. Przeżycia 5-letnie w ciągu pierwszej dekady XXI nieznacznie wzrosły: z 75,0% w latach 2000-2002 do 77,2% w latach 2003-2005 [3].

Nowotwory złośliwe piersi odpowiedzialne są za 13% zgonów nowotworowych u kobiet, a liczba zgonów z ich powodu, np. w roku 2010 wynosiła ponad 5.000 [3]. Większość zgonów występuje u kobiet po 50. roku życia. Ryzyko zgonu systematycznie wzrasta wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych, a odsetek zgonów w kolejnych 5-letnich grupach wiekowych utrzymuje się na podobnym poziomie (około 10% zgonów) [3].

W populacji kobiet przed menopauzą (w wieku od 20 do 49 lat), po okresie nieznacznego wzrostu umieralności w ciągu ostatnich 15 lat, obserwuje się spadek ryzyka zgonu ($9,9/10^5$ w 1994 roku wobec $6,3/10^5$ w 2010 roku) [3]. W grupie kobiet w wieku od 50 do 69 lat w latach 1965-1982 i w kolejnej dekadzie utrzymywał się wzrost umieralności i od początku lat 90. XX wieku można zaobserwować tendencję malejącą. U kobiet powyżej 70. roku życia wzrost umieralności utrzymywał się do połowy lat 90. ubiegłego wieku i od tego czasu utrzymuje się na poziomie około $90/10^5$).

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów [3], umieralność z powodu nowotworów piersi w Polsce jest niecałe 20% niższa, niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej.

W literaturze przedmiotu [6] podkreśla się, że na całym świecie identyczne są przyczyny raka piersi, przebieg biologiczny i odpowiedź na leczenie. Wcześniej był to głównie problem białych, zamożnych kobiet w uprzemysłowionych regionach Ameryki Północnej i Europy Zachodniej, ale obecnie rozpoznawana wszędzie, przy czym w Azji, Afryce, Europie Wschodniej oraz Ameryce Łacińskiej widoczny jest skokowy wzrost liczby zachorowania [6]. Należy brać pod uwagę takie czynniki ryzyka, jak [6]:

- płeć – 99% przypadków dotyczy kobiet i 1% mężczyzn.
- wiek – wraz z wiekiem ryzyko rozwoju raka się zwiększa
- predyspozycje genetyczne
- rasa – bardziej narażone są kobiety rasy białej
- dieta – nadmierne spożywanie tłuszczów (głównie zwierzęcych) bogatych w cholesterol
- aktywność fizyczna – siedzący tryb życia i mała aktywność fizyczna
- nadmierne spożycie alkoholu
- ciąża – bardziej (około dwa razy) narażone są kobiety, które nie rodziły w ogóle lub rodziły w późnym wieku
- choroby gruczołu piersiowego – ryzyko zachorowania zwiększają atypowy rozrost sutka oraz gwiazdzista blizna (choroby rozrostowe sutka)
- rak drugiej piersi
- promieniowanie jonizujące
- zastępcza terapia hormonalna (HTZ).

Szacuje się [6], że do 2020 roku 70% wszystkich przypadków raka piersi na całym świecie będzie dotyczyło krajów rozwijających się.

Uważa się [6], że szansa wyleczenia raka o średnicy 5 cm wynosi 50%, a raka o średnicy 1 cm ponad 80%.

W tych krajach, gdzie są dostępne nowoczesne metody diagnostyczne, przeżycia chorych na raka piersi przekraczają 80% i sięgają 90%, a gdy są one niedostępne - nie więcej niż 50% [6].

U około 20-30% osób rozwój raka piersi może być spowodowany występowaniem różnych czynników ryzyka, przy czym rodzinna predyspozycja jest tym najważniejszym [6]. Za większość przypadków dziedzicznych zachorowań na raka piersi i/lub jajnika odpowiedzialność ponosi mutacja genów podatności na raka piersi (*BRCA1* i *BRCA2*) [7]. Uważa się [8], że ryzyko zachorowania na raka piersi u dziecka z mutacją *BRCA1* wynosi 70-80%, w przypadku *BRCA2* - prawie 60%. Pamiętać jednak należy, że tylko od 5 do 10% przypadków raka piersi jest wynikiem mutacji genów [8,9].

Iwasaki i wsp. [10] zwracają uwagę, że badania migracji i doświadczalne badania na zwierzętach pozwoliły na stwierdzenie, że ryzyko zachorowania na raka piersi jest silnie związane ze sposobem odżywiania (np. alkohol), stosowaniem leków hormonalnych i praktykami prokreacyjnymi. Pawlicki [11], także zwraca uwagę na fakt, iż nawet niewielkie ilości spożywanych substancji alkoholowych może prowadzić do rozwoju raka piersi.

Kolejnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi raka jest otyłość, często występująca łącznie z zaburzeniami równowagi hormonalnej [12]. Zagrożenie zachorowania wiąże się także ze zbyt wczesnym miesiączkowaniem (poniżej 12. r.ż.), późnym przekwitaniem i późną pierwszą donoszona ciążą (*first full-term pregnancy*, FFTP) [12].

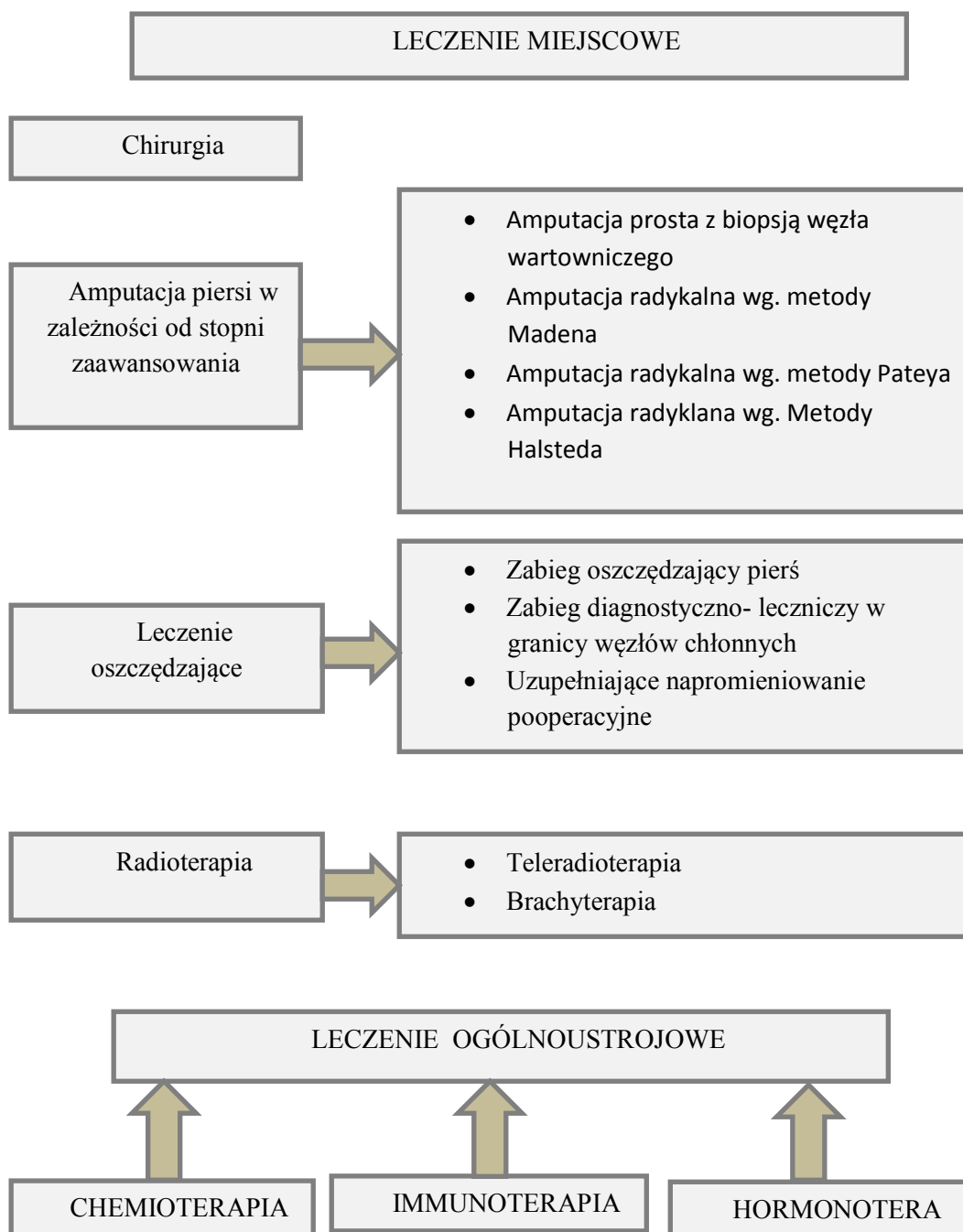
Uważa się, że do wzrostu zachorowania prowadzi także stosowanie hormonalnej terapii zastępczej [12], co potwierdziły badania prowadzone przez Pawlickiego Marka [11] w grupie 16.000 kobiet.

Wybrane metody leczenia raka piersi

Leczenie raka piersi stanowi terapię skojarzoną, przy czym pierwsze miejsce w postępowaniu z chorymi na raka piersi zajmuje chirurgia oraz chemioterapia, radioterapia i hormonoterapia (Ryc.1) [13].

Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Specjalistów Raka Piersi (EUSOMA), za Jassem i Krzakowski [2] „kompleksowa opieka nad chorymi na raka piersi powinna się odbywać w ramach specjalistycznych jednostek zajmujących się rozpoznawaniem i leczeniem raka piersi”, a za najlepsze rozwiązanie uważa się wielospecjalistyczne zespoły

(tzw. *breast cancer units*) - specjalista chirurgii onkologicznej i chirurgii plastycznej, radioterapeuta, onkolog kliniczny, radiolog, patolog, rehabilitant, psychoonkolog.



Rycina 1. Leczenie raka piersi, na podstawie [13]

W IV edycji Klasyfikacji Nowotworów Piersi WHO z 2012 rok, za Jassem i Krzakowski [2] „zrezygnowano (w przypadku naciekających raków) z określania najczęstszego z nich mianem raka przewodowego (ductal carcinoma), a zamiast tego wprowadzono określenie „rak naciekający bez specjalnego typu”. Postać ta stanowi około

70–80% naciekających raków piersi, a drugim pod względem częstości naciekającym rakiem (około 10%) jest rak zrazikowy [2].

Jedyną zalecaną obecnie, w tym przez WHO i Amerykańskie Towarzystwo do Walki z Rakiem — AJCC, za Jassem i Krzakowski [2] jest klasyfikacja Blooma-Richardsona-Scarffa, zmodyfikowana przez Elstona i Ellisa, która uwzględnia następujące mikroskopowe cechy nowotworu:

- tworzenie cewek (wyraźne > 75%; umiarkowane 10–75%; nieznaczne < 10%)
- wielkość jąder komórkowych i ich polimorfizm (niewielki, umiarkowany, znaczny)
- wskaźnik mitotyczny zależny od wielkości pola widzenia w mikroskopie.

Na podstawie sumy punktów wyróżnia się 3 stopnie złośliwości raka: I (3–5), II (6–7) i III (8–9) [2].

Według klasyfikacji AJCC, w odniesieniu do raków niezróżnicowanych, stosuje się określenie G4 (IV stopień złośliwości) [2]. Wśród naciekających raków piersi postaciami histologicznymi o lepszym rokowaniu są: rak cewkowy, sitowaty śluzowy i rdzeniasty, które rozpoznaje się jednak wyłącznie wówczas, kiedy w obrazie mikroskopowym charakterystyczne dla tych nowotworów struktury stanowią ponad 90% utkania [2]. Istnieje ponadto, za Jassem i Krzakowski [2], kilkanaście innych typów pierwotnego raka piersi, jednak stanowią one łącznie mniej niż 1% wszystkich raków piersi.

Leczenie raków przedinwazyjnych (stopień 0)

Jassem i Krzakowski [2] podkreślają, że postępowanie terapeutyczne u chorych z przedinwazyjnym rakiem piersi ma na celu uzyskanie miejscowego wyleczenia (DCIS) oraz zapobieganie wystąpieniu raka inwazyjnego (DCIS i LCIS) i jest zależne od histologicznego typu raka. W przypadku wykrycia w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego inwazyjnego komponentu postępowanie powinno być takie, jak w naciekającym raku [2]. Do raków przedinwazyjnych (stopień 0) zalicza się:

- raka zrazikowego (LCIS) - w przypadku jego rozpoznania zaleca się jedynie obserwację kliniczną co 6–12 miesięcy przez 5 lat, a następnie co 12 miesięcy oraz wykonywanie MMG co 12 miesięcy. U chorych z rozpoznaniem LCIS obarczonych dodatkowymi czynnikami ryzyka (np. nosicielstwo mutacji *BRCA1/2*, obciążający wywiad rodzinny raka piersi), należy rozważyć wykonanie obustronnej profilaktycznej mastektomii z rekonstrukcją piersi. Z kolei przypadkowe wykrycie LCIS, który towarzyszy usuniętym zmianom łagodnym jest wskazaniem do

wykonania obustronnej MMG, o ile nie zrobiono tego wcześniej. W przypadku, gdy LCIS rozpoznano na podstawie biopsji gruboigłowej, powinno się rozważyć usunięcie w całości zmiany poddanej biopsji gruboigłowej, celem wykluczenia DCIS lub naciekającego raka w pobliżu LCIS [2,14].

- rak przewodowy *in situ* (DCIS, *ductal carcinoma in situ*), może mieć różny stopień zróżnicowania (niski, pośredni i wysoki) i jest to coraz częściej wykrywana postać raka piersi, co wynika z upowszechniania się przesiewowych badań MMG. Pierwotne leczenie DCIS polega na usunięciu zmiany widocznej w MMG lub wyczuwalnego palpacyjnie guza [2,15]. W przypadku, gdy w badaniu histopatologicznym usuniętych tkanek oprócz DCIS zostaną wykryte ogniska naciekającego raka (w tym mikroinwazji w obrębie DCIS), leczenie prowadzi się zgodnie z zasadami dla naciekającego raka piersi. Jeżeli w usuniętych tkankach rozpoznano wyłącznie DCIS, za najważniejsze kryterium wyboru sposobu leczenia uznawany jest tak zwany indeks Van Nuys (VNPI, *Van Nuys Prognostic Index*), w którym bierze się pod uwagę wielkość guza, szerokość marginesów wycięcia, stopień złośliwości komórek raka, obecność martwicy oraz wiek chorej. Suma punktów w skali VNPI 4–10 pozwala na przeprowadzenie doszczętnego wycięcia miejscowego DCIS z uzupełniającą RTH, najczęściej w dawce 50 Gy w 25 frakcjach (uzupełniająca RTH w DCIS zmniejsza o połowę ryzyko wznowy). Jeśli u chorych poddanych oszczędzającemu leczeniu doszczętność wycięcia jest wątpliwa, należy wykonać MMG usuniętej zmiany (*specimen mammography*). Suma punktów VNPI powyżej 10 lub istnienie innych przeciwwskazań do leczenia oszczędzającego piersi jest wskazaniem do wykonania prostej amputacji z biopsją węzła wartowniczego [2,15,16,17].

Za ogólną zasadę postępowania terapeutycznego w przypadkach przedinwazyjnego raka przewodowego (DCIS) i inwazyjnego raka piersi o wczesnym zaawansowaniu uważa się [2] pierwotne leczenie chirurgiczne, ewentualnie w skojarzeniu z RTH i/lub leczeniem systemowym. W przypadkach dużego zaawansowania miejscowo-regionalnego, leczenie chirurgiczne i/lub napromienianie jest poprzedzone leczeniem systemowym (CTH i/lub HTH, u chorych z cechą HER2+ skojarzone z leczeniem przeciwciałem monoklonalnym trastuzumabem), w chorobie uogólnionej natomiast stosuje się przede wszystkim leczenie systemowe [2].

Amputację prostą z biopsją węzła wartowniczego przeprowadza się u pacjentów, u których „nie uzyskano zgody na leczenie oszczędzające, zmiany są bardzo rozległe, istnieją przeciwwskazania do pooperacyjnej RTH oraz wielkość zmian nowotworowych w stosunku

do wielkości piersi nie pozwala na uzyskanie zadowalającego estetycznego efektu po oszczędzającym leczeniu” [16,17]. Wykonanie biopsji węzła wartowniczego [16,17] powinno być rozważone u chorych na DCIS o dużej średnicy, u których planuje się przeprowadzenie amputacji bez usunięcia pachowych węzłów chłonnych, w przypadku guzów zlokalizowanych w ogonie Spence’a, a także dodatkowo w sytuacji, kiedy guz jest wyczuwalny klinicznie lub w MMG średnica zmian przekracza 4 cm. „*U takich chorych, ze względu na rozległość zmian, istnieje zwiększone ryzyko przeoczenia w badaniu histopatologicznym ognisk mikroinwazji lub naciekania w obrębie DCIS*” [16,17]. Takie leczenie zmniejsza ryzyko zachorowalności na raka drugiej piersi u pacjentów, u których przeprowadzono amputację prostą i zabieg oszczędzający pierś. Badanie kliniczne po leczeniu wykonuje się przez 5 lat, co 6 miesięcy, a później co 12 miesięcy, zaś badanie MMG przez 12 miesięcy okresu obserwacji [16,17].

Leczenie raków naciekających (stopień zaawansowania I, IIA, IIB)

Leczenie chirurgiczne za Jassem i Krzakowski [2].

- a) zabieg oszczędzający oraz biopsja węzła wartowniczego
- b) zabieg oszczędzający i limfadenektomia pachowa
- c) amputacja piersi oraz biopsja węzła wartowniczego
- d) amputacja piersi i limfadenektomia pachowa

Zabieg oszczędzający oraz biopsja węzła wartowniczego powinny być zaproponowane każdej chorej, u której nie ma do niego przeciwwskazań i obejmuje zabieg oszczędzający pierś, zabieg diagnostyczno-leczniczy w obrębie pachowych węzłów chłonnych oraz pooperacyjną RTH (szerokie wycięcie guza, kwadrantektomie, stożkowe wycięcie kompleksu otoczka–brodawka) (Tab. I) [2].

Amputację, za Jassem i Krzakowski [2] wykonuje się u wszystkich chorych na raka piersi w stopniu zaawansowania I, IIA i IIB, nie kwalifikujących się ze względów medycznych do leczenia oszczędzającego lub u osób nie wyrażających na nie zgody. Zabieg polega na usunięciu całej piersi wraz ze skórą pokrywającą gruczoł (nie dotyczy to tylko amputacji podskórnej). Możliwe jest wykonanie amputacji prostej, podskórnej, zmodyfikowanej radykalnej według metody Maddena i radykalnej według metody Halsteda [2].

Biopsja węzła wartowniczego uznawana jest za standardową procedurę diagnostyczną „*u chorych na raka piersi, u których w badaniu klinicznym stwierdza się wolne od przerzutów pachowe węzły chłonne (cecha N0)*”, pozwalającą na wiarygodną ocenę stanu pachowych wę-

złów chłonnych [2]. W przypadku, gdy w węźle wartowniczym nie stwierdza się przerzutów, można spokojnie odstąpić od limfadenektomii pachowej, a gdy stwierdzi się przerzuty w węźle wartowniczym (z wyjątkiem obecności w węźle pojedynczych komórek raka lub mikroprzerzutów) - powinno się wykonać limfadenektomię pachową [2].

Tabela I. Wskazania i przeciwwskazania, które obejmują leczenie oszczędzające [2]

Wskazania	Przeciwwskazania
• Zgoda chorej • Brak przeciwwskazań • Możliwość dobrego uzyskania elastycznego efektu • Możliwość uzyskania całkowitego wycięcia guza piersi • Stopień klinicznego zaawansowania T1N0M0 lub T1N1M0 oraz T2N0M0 lub T2N1M0, jeśli największy wymiar guza nie przekracza 3 cm1 [wymiar guza określa się na podstawie przedoperacyjnego badania obrazowego (MMG lub USG)]	bezwzględne • Brak zgody chorej • Brak możliwości doszczętnego usunięcia guza piersi • Rak wieloogniskowy • Rak wielośrodkowy • Brak zgody chorej • Przebyta wcześniej RTH piersi • Brak uzyskania dobrego efektu estetycznego • Kolagenozy • Stwierdzenie w marginesie poszerzonego wycięcia guza ognisk raka naciekającego lub przedinwazyjnego względne • Wiek poniżej 35 lat • Rozległe mikrozwapnienia w MMG • Guz zlokalizowany w pobliżu brodawki

Jassem i Krzakowski [2] zwracają uwagę, że limfadenektomia pachowa „wiąże się z ryzykiem nieodwracalnych powikłań czynnościowych i powinna być wykonywana jedynie w przypadku znalezienia przerzutów w węzłach chłonnych oraz u chorych z przeciwwskazaniami do biopsji węzła wartowniczego. W takiej sytuacji należy wykonać usunięcie pachowych węzłów chłonnych I i II piętra. Usunięcie węzłów chłonnych III piętra jest wskazane jedynie w przypadku klinicznych cech przerzutów w węzłach chłonnych I lub II piętra pachy”.

Zabieg rekonstrukcyjny piersi, inaczej chirurgiczne leczenie odtwórcze, to nowoczesna metoda dotycząca nie tylko chorych poddanych amputacji piersi, ale także zabiegom oszczędzającym, gdy efekt estetyczny jest niezadowalający [2,18,19,20].

Pooperacyjna RTH stanowi zasadniczy element składowy leczenia wszystkich chorych poddanych zabiegowi oszczędzającemu, kilkakrotnie zmniejszając ryzyko wystąpienia wznowy [2,21].

Na całą pierś podaje się dawkę 50 Gy (25 frakcji po 2 Gy w ciągu 5 tygodni) lub (obecnie preferowana metoda) 40 Gy w 15 frakcjach. „*Zalecane są fotony o energii 4–6 MeV. W większości przypadków na łóżę po wyciętym guzie z marginesem 1–2 cm należy podać dodatkową dawkę (boost) 10–15 Gy (wiązka elektronowa, fotonowa lub brachyterapia)*” [2,21]. Coraz częściej stosuje się napromienianie piersi metodą modulacji intensywności wiązki (IMRT, *intensity modulated radiotherapy*) z jednoczasowym dodatkiem na łóżę guza (SIB, *simultaneous integrated boost*). W wybranych sytuacjach można rozważyć zastosowanie RTH obejmujące wyłącznie łóżę po usuniętym guzie (*partial breast irradiation*) [2,21].

Uzupełniające leczenie systemowe stosuje się po „*ocenie prawdopodobieństwa korzyści związanych z poszczególnymi metodami terapii i indywidualnego ryzyka nawrotu (określonego na podstawie znanych czynników rokowniczych)*”, z uwzględnieniem przewidywanych niepożądanych działań systemowego leczenia, stanu sprawności, współistniejących chorób i preferencji chorych [2,21].

Według zaleceń konferencji z St. Gallen z 2013 roku decyzja o zastosowaniu pooperacyjnego leczenia systemowego i jego rodzaju powinna zależeć od biologicznego podtypu określonego na podstawie oznaczeń IHC. Leczenie należy rozpocząć w ciągu 3 miesięcy od zabiegu operacyjnego, przy czym zaleca się jego podjęcie w ciągu 2–4 tygodni [2,21].

Stosuje się także pooperacyjną hormonoterapię zastępczą (HTH) kilkoma lekami, których wybór zależy przede wszystkim od stanu menopauzalnego chorej - u pacjentek przed menopauzą stosuje się głównie tamoksyfen, a po menopauzie — tamoksyfen lub inhibitory aromatazy (anastrozol, letrozol, eksemestan) [2,21,22].

Do pooperacyjnej chemioterapii (CTH) przez 3–6 miesięcy, od 4 do 8 cykli, kwalifikuje się prawie wszystkie chore na raka „potrójnie ujemnego” lub z cechą HER2+ - podgrupa o niskim ryzyku nawrotu, a także część chorych z guzami luminalnymi, tj. wykazującymi ekspresję ER i PgR, bez cechy HER2+ [2,21,22].

Z reguły stosuje się wielolekowe schematy CTH oparte na antracyklinach, a u chorych z wyższym ryzykiem nawrotu - zawierające dodatkowo taksoidy [2,21,22].

Immunoterapia, leczenie przeciwciałami monoklonalnymi, z wykorzystaniem swoistych szczepionek oraz wprowadzeniem obcych genów do komórek, za Nawrocki i wsp. [23], opiera się na naturalnym zastosowaniu związków znajdujących się w naszym układzie osobniczym. Charakter tej metody jest nadzieją w leczeniu raka piersi, bazującą na fazie badań klinicznych (przeciwciało monoklonalne - trastuzumab - Herceptin) [23,24,25].

Wybrane aspekty jakości życia kobiet po mastektomii

Jakość życia w medycynie, za Schipper i wsp. [26] odnosi się do jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia/zdrowiem (HRQL - *Health Related Quality of Life*) i jest to pojęcie subiektywne oraz wielowymiarowe, a próby jej pomiaru ściśle związane są z oceną zdrowotnych i pozazdrowotnych konsekwencji stanów chorobowych, a także medycznych i pozamedycznych efektów opieki zdrowotnej i interwencji terapeutycznych [26].

Pojęcie jakości życia związanej ze stanem zdrowia (HRQOL - *Health Related Quality of Life*), zostało za Wołowicka [27], wprowadzone na początku lat 90-tych. WHO zmieniło definicję jakości życia i opracowało w 1991 roku nowe narzędzie do jego badań. WHOQOL pozwala na ocenę funkcjonowania w różnych dziedzinach życia, satysfakcji, poczucia szczęścia, spełnienia własnych celów i oczekiwań w określonych warunkach kulturowych [26].

W opinii Herbanowskiego [cyt. za 27], ocenę jakości życia można porównać do *”soczewki, w której skupiają się i integrują wzajemnie różne dziedziny poznania pacjenta i jego potrzeb oraz wyboru posterowania”*.

Poszczególne choroby/dolegliwości, zależnie od ich lokalizacji, nakładanych ograniczeń, czy nasilenia objawów, ograniczają poszczególne aspekty jakości życia i w różnym stopniu mogą ją pogarszać.

Jakość życia to, za Wachowiak [28], satysfakcja z życia, mierzona za pomocą oceny emocji i uczuć, a jej miarą jest różnica między sumą emocji i uczuć pozytywnych minus suma emocji i uczuć negatywnych.

Według Schalock [cyt. za 27], na jakość życia składają się: ogólne samopoczucie, warunki sprzyjające samorealizacji i pozytywne zaangażowanie społeczne odczuwane przez jednostkę. Wyróżnia się co najmniej cztery dziedziny ważne z punktu widzenia jakości życia: stan fizyczny i sprawność ruchowa, stan psychiczny, sytuacja społeczna i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne [28].

W literaturze przedmiotu [29] podkreśla się, że w ocenie jakości życia zależnej od stanu zdrowia istotne znaczenie mają takie wymiary, jak:

- dobrostan fizyczny, w tym odczuwane dolegliwości, takie jak np. ból i nudności.
- dobrostan funkcjonalny, na który składa się zdolność do uczestnictwa w codziennej aktywności związanej z pracą i wypoczynkiem.
- dobrostan emocjonalny, obejmujące pozytywne i negatywne stany uczuciowe.

- dobrostan rodzinny albo inaczej zdolność do podtrzymywania relacji i kontaktów rodzinnych.
- funkcjonowanie społeczne, które oznacza zdolność uczestnictwa w aktywności społecznej i sprawowania ról oraz czerpania z tego radości.
- satysfakcja z leczenia, w tym też kłopoty finansowe.
- strefa seksu i intymności, włączywszy w nią problemy związane z obrazem własnego ciała.

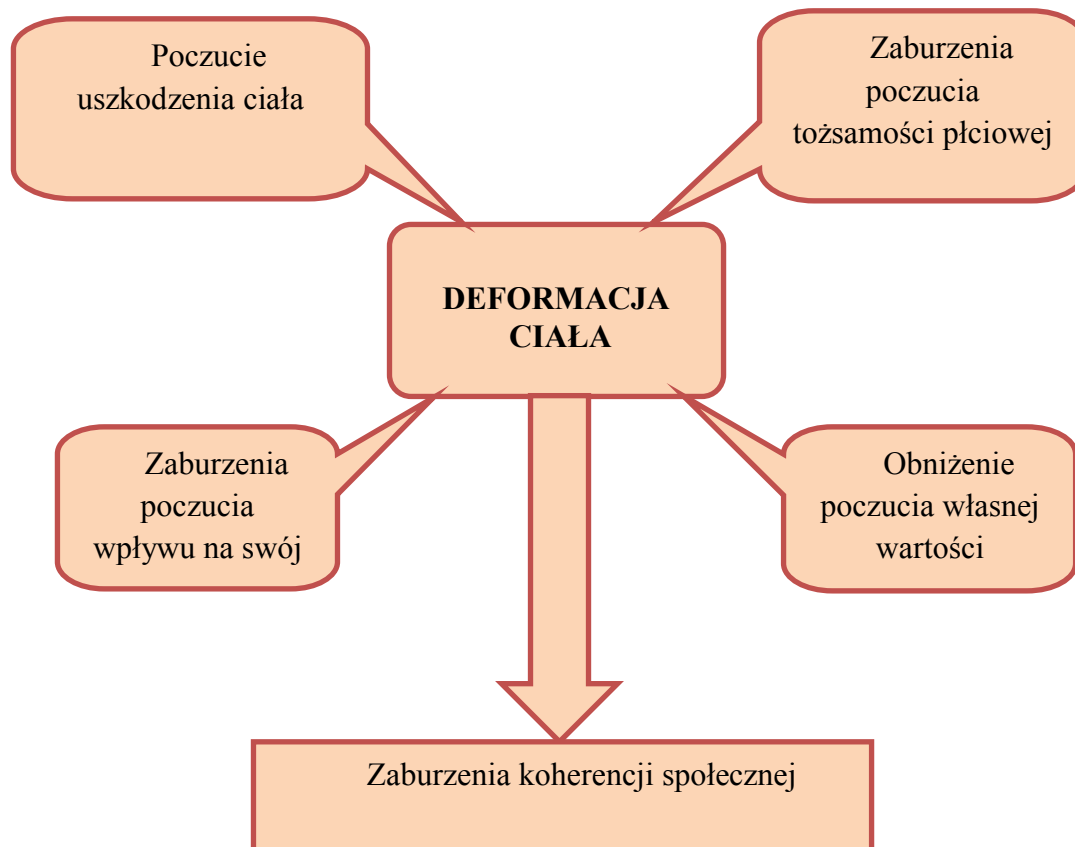
Mastektomia, to zabieg polegający na całkowitym usunięciu piersi, powodujący okaleczenie fizyczne (ograniczenie w funkcjonowaniu w życiu codziennym) oraz okaleczenie psychiczne (obniżenie poczucia własnej wartości oraz zaakceptowanie wizerunku własnego ciała) [30].

W tym miejscu należy podkreślić, że piersi w sferze społecznej traktuje się jako atrybut kobiecości i macierzyństwa [31]. Przyciągają one uwagę płci męskiej, są uważane za symbol pożądania i uwielbienia, stąd utrata piersi wywołuje u kobiet wstyd przed partnerem, środowiskiem oraz rodziną. Pacjentki czują się mniej atrakcyjne, niż przed operacją, mniej wartościowe, zmienia się także u nich obraz ich ciała. Idealny obraz własnego wizerunku, w aspekcie urody i piękna, jest dla młodej kobiety atrybutem szczęścia. Po mastektomii kobiety muszą zmagać się ze stanami napięć emocjonalnych (źle wpływającymi na ich psychikę) i stopniowo przystosowywać się do swojego nowego wyglądu zewnętrznego (Ryc. 2).

W związku z tym poprawa jakości życia w opiece onkologicznej jest nadrzędnym działaniem [30]. Poza tym mogą pojawić się problemy związane z ograniczeniem ruchomości w kończynie górnej związane z wystąpieniem wtórnego obrzęku chłonnego po stronie operowanej (obrzęk limfatyczny) [32,33].

Zabieg chirurgiczny niesie za sobą zdeformowanie ciała, a także trwałe kalectwo, co narusza własność cielesną pacjentki [33]. Wycięcie całego gruczołu piersiowego jest silnym, bardzo traumatycznym przeżyciem dla kobiety. U takich pacjentek dochodzi do zmian w psychice, pojawia się lęk przed kontaktami intymnymi, góruje u nich świadomość o nieatrakcyjności i bezzadności w wywoływaniu pożądania, co potwierdzają słowa Hollendra: *„im mniej bezpieczna czuje się kobieta w swojej kobiecości, tym bardziej zaburzające będzie dla niej to przeżycie”* [34].

Generalnie utrata piersi powoduje obniżenie samooceny i przygnębienie, a także obniżenie sprawności kończyny górnej oraz pojawienie się kłopotów w funkcjonowaniu w życiu codziennym, w tym trudności w wykonywaniu prac domowych [34].



Ryc.2. Zaburzenie koherencji społecznej spowodowanej deformacją ciała [13].

Kobieta po amputacji inaczej zaczyna postrzegać swój świat, mimo że zabieg nie skreśla dla takiej osoby możliwości realizacji celów w pracy zawodowej, domowych [34]. Chore boją się braku akceptacji przez społeczeństwo (ze względu na deformację ciała i obniżoną atrakcyjność), co niesie za sobą konsekwencje psychiczne oraz narusza tożsamość kobiet poprzez odrzucenie przez otoczenie. To z kolei powoduje wycofanie się ich z relacji międzyludzkich oraz narastającą samotność. Często ze względu na konieczność podjęcia leczenia kobiety muszą zrezygnować z pracy, która dawała im poczucie spełnienia i czuły się potrzebne, wówczas jest to złożony problem psychiczny oraz społeczny związany z traumatycznym przeżyciem [35].

Zaakceptowanie choroby nowotworowej jest trudnym procesem, na które nakładają się różne czynniki związane z samooceną oraz relacjami międzyludzkimi w społeczeństwie, w tym konieczność pogodzenia się z nową sytuacją, czy sprostanie problemom z funkcjonowaniem w życiu codziennym i zachwianiem poczucia własnego bezpieczeństwa [36]. Pacjentki muszą podejmować nowe decyzje w życiu. Zostają zaburzone relacje interpersonalne. Nie zwierają się swoim partnerom, a ich współżycie seksualne jest

ograniczone. Wszystko powyższe, a zwłaszcza brak komunikacji w rodzinie powoduje, że problemy chorych stają się być problemami dotyczącymi wszystkich najbliższych. Najbliższe osoby powinny więc zadbać o to, żeby wspierać kobiety i pomóc im przystosować się do nowej sytuacji życiowej, dać im do zrozumienia, że są potrzebne i ważne [36].

Zaobserwowano, iż kobiety mające świadomość choroby i włączające mechanizm adaptacji żyły krócej od kobiet, które odrzucały obecność choroby [37]. Stan psychiczny kobiety po amputowanej piersi dobrze odzwierciedla stwierdzenie „*kompleks połowy kobiety*”.

Wygląd zewnętrzny, zwłaszcza u płci żeńskiej odgrywa szczególną rolę, która ciągle dąży się do doskonałości i atrakcyjności, wierząc że osoby atrakcyjne fizycznie są lepiej traktowane i postrzegane przez innych [37].

W związku z powyższym, dla kobiet po odjęciu piersi i przebytej ciężkiej chorobie nowotworowej uważających, iż straciły swoją atrakcyjność, ważna jest rehabilitacja psychiczna [36]. Takie postępowanie ma uświadomić kobiecie, że usunięcie gruczołu piersiowego jest nieodwracalnym zjawiskiem, ale powrót do normalnego funkcjonowania w życiu, jak i społeczeństwie jest możliwy. Prowadzona terapia powinna przebiegać w przyjaznej atmosferze oraz nadawać sensu życiu i chęci do niego [37].

We wczesnym okresie po zabiegu prowadzone są spotkania terapeuty z pacjentem, a w późniejszym etapie wprowadzane są zajęcia grupowe, które mają na celu wsparcie i wzajemną mobilizację dla całej grupy [37,38].

Zakładane są różnego rodzaju kluby oraz prowadzone spotkania przez grupę ochotniczek, których zadaniem jest dbanie o sprawność fizyczną i ruch po amputacji piersi, organizowanie spotkań psychoterapeutycznych (indywidualnie, grupowo), udzielanie informacji w postępowaniu po mastektomii, zapoznavanie społeczeństwa z problemami dotyczącymi kobiety po amputacji, pokazanie wczesnych sposobów zapobiegania i wykrycia choroby, jak również leczenia i rehabilitacji [34].

Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki” jako pierwszy powstał w latach 70. tych przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie [34,38]. Działalność takich klubów umożliwia niesienie wsparcia psychicznego oraz pomocy innym kobietom w procesie rehabilitacji, stwarzając im możliwości korzystania z różnych form ruchu. Osoby działające w Klubie to z reguły ochotniczki po przebytej chorobie i doświadczone przykrymi przeżyciami, które przekazują bezinteresownie swoje cenne wskazówki chcąc, aby powrót do zdrowia i normalnego funkcjonowania pacjentek z podobnymi problemami był łatwiejszy i krótszy. W sposób efektywny Amazonki ujawniły swoje twarze oraz nazwiska i dowiodły, że

rak to choroba, której nie należy się wstydzić i walczyć do końca, chociaż czasami nie udaje się z nim wygrać. W takich klubach prowadzone są różne formy zajęć ogólnokondycyjnych, w celu utrzymania sprawności psychicznej i fizycznej. Są to placówki w różnych miejscach Polski, w których pracuje wykwalifikowana kadra pracowników (fizjoterapeutów, psychologów). Dzięki funkcjonującym Klubom kobiety mają np. możliwość doksztalcenia się na temat swojej choroby oraz samodzielnej rehabilitacji w domu. Kluby „Amazonki” są zrzeszone w Federacji Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”, a główną siedzibą jest aktualnie Poznań. W Polsce takich Klubów i filii jest ponad 110 [34,38].

Piśmiennictwo

1. Baum M., Saunders Ch., Meredith S.: Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy, Springer PWN, Warszawa, 1995.
2. Jassem J., Krzakowski M.: Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy, wydanie II, VM Media Sp z o.o, Gdańsk, 2014.
3. <http://onkologia.org.pl/>, data pobrania 4.01.2017.
4. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Centrum Onkologii- Instytut, Warszawa, 2013.
5. Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D., Mathers C. and Parkin D.M.: GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, data pobrania 4.01.2017.
6. Janssens J., Vandeloo M.: Breast cancer: a life-time disease direct and indirect age-related lifestyle risk factors, *Journal of Oncology*, 2009, 59, 3, 159–167;
7. Miller A.B.: Early detection of breast cancer in the emerging world. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 2006, 128,4, 191-195.
8. Kushel B., Betz B., Niederacher D., Beckmann M.W.: Hereditary breast cancer: molecular and chemical differences from sporadic breast cancer, *The Journal of Women's Cancer*, 2000, 2, 93-100.
9. Liechtenstein P., Holm N.V., Verkasalo P.K., Iliadou A., Kaprio J., Koskenvuo M., Pukkala E., Skytthe A., Hemminki K.: Environmental and heritable factors in the causation of cancer, *The New England Journal of Medicine*, 2000, 343, 78-85.
10. Iwasaki M., Otani T., Inoue M., Sasazuki S., Tsugane S.: Role and impact of menstrual and reproductive factors on breast cancer risk in Japan, *The European Journal of Cancer Prevention (England)*, 2007, 16, 2, 116-123.

11. Pawlicki M.: Rak piersi- nowe nadzieje i możliwość leczenia. Wydanie 2, Afa Medica Press, Bielsko Biała, 2011.
12. Korenman S.G.: The endocrinology of breast cancer. *Cancer*, 1980, 15, 46, 4, 874-878.
13. Malicka I., Pawłowska K.: Fizjoterapia chorych z obrzękami chłonnymi po leczeniu nowotworów złośliwych. [W:] Fizjoterapia w onkologii, Woźniwski M. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012.
14. Tchórzewska-Korba H.: Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie. Miejsce fizjoterapii we współczesnej ginekologii. Fizjoterapia w leczeniu chorych na raka piersi, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012, 160-172.
15. van der Groep P., van Diest P.J., Menko F., Bart J, de Vries EG, van der Wall E.: Molecular profile of ductal carcinoma in situ of the breast in BRCA1 and BRCA2 germline mutation carries, *Journal of Clinical Pathology*, 2009, 62, 10, 936-930.
16. Gilleard O., Goodman A., Cooper M., Davies M., Dunn J.: The significance of the Van Nuys prognostic index in the management of ductal carcinoma in situ, *World Journal of Surgical Oncology*, 2008, 6, 61, doi: 10.1186/1477-7819-6-61.
17. Fisher B., Dignam J., Bryant J., Wolmark N.: Five versus more than five years of tamoxifen for lymph node-negative breast cancer: updated findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-14 randomized trial, *The Journal of the National Cancer Institute*, 2001, 2, 93, 9, 684-690.
18. Peto R., Davies C., ATLAS (Adjuvant Tamoxifen, Longer Against Shorter): international randomized trial of 10vs 5 years of adjuvant tamoxifen among 11500 women: preliminary results, San Antonio Breast Cancer Symposium 2007; Abstr 48.
19. Medina-Franco H., Vasconez L.O., Fix R.J. i wsp.: Factors associated with local recurrence after skin- sparing mastectomy and immediate breast reconstruction for invasive breast cancer, *Ann. Surg.* 2002, 235, 814-819.
20. Muhlbauer W., Olbrisch R.: The latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction, *Chirurgia Plastyczna*, 1997, 4, 27-34.
21. Meder J.: Podstawy onkologii klinicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011.
22. Pieńkowski T.: Rak piersi. Leczenie ogólnoustrojowe, Medipage, Warszawa, 2011.
23. Nawrocki S, Mackiewicz A.: Terapia biologiczna nowotworów – pierwsze sukcesy kliniczne i perspektywy na przyszłość, *Nowa Medycyna – Onkologia*, 2000, 10, 39-44.

24. Untch M., Ditsch N., Hermelink K.: Immunotherapy: new options in breast cancer treatment, *Expert Review of Anticancer Therapy*, 2003, 3, 3, 403-408.
25. Pietras R.J., Fendly B.M., Chazin V.R., Pegram M.D., Howell S.B., Slamon D.J.: Antibody to HER-2/neu receptor blocks DNA repair after cisplatin in human breast and ovarian cancer cells, *Oncogene*, 1994, 9, 7, 1829-1838.
26. Schipper H., Clinch J., Powell V.: Quality of life studies: definitions and conceptual issues. [W:] *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Spilker B. (ed.), Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996, 11.
27. Wołowicka L., Karacz K., Kalfoss M., Hamrin E.: Wybrane problemy metodologii badań jakości życia związanego ze stanem zdrowia. [W:] *Jakość życia w naukach medycznych*, Wołowicka L. (red), Dział Wydawnictw Uczelnianych AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2001.
28. Wachowiak A.: Jak żyć – wybrane problemy jakości życia, FUNDACJA HUMANIORA, Poznań, 2001.
29. Siciński A.: Styl życia – przemiany we współczesnej Polsce, Wyd. PWN, Warszawa, 1987.
30. Kruska M., Stanisławek A., Tomczykowski J.: Zaburzenia funkcjonowania pacjentów onkologicznych leczonych cytostatykami, *Psychoonkologia*, 2001, 8, 19-23.
31. Janiszewska J.: Wpływ przewlekłej choroby somatycznej na percepcję własnej osoby, samoocenę młodzieży i sposoby radzenia sobie w trudnej sytuacji, *Psychoonkologia*, 2001, 8, 47-49.
32. Macek P., Terek M., Głuszek S., Motyka M., Góźdz S.: Metody redukcji obrzęku limfatycznego na podstawie piśmiennictwa- przegląd systematyczny, *Studia medyczne*, 2014, 30, 1, 43-47.
33. Tiwari P., Coriddi M., Salani R., Povoski S.P.: Breast and gynecologic cancer- related extremitylympedema: a review of diagnostic modalitiesand management options, *World Journal of Surgical Oncology*, 2013, 22, 11, 237.
34. Meza J.: Jakość życia w chorobie nowotworowej, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 1997.
35. Adamczak M.: Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii, Wyd. Naukowe UAM, Poznań, 1988.
36. Wysocka - Bobryk T., Procner M., Tchórewska H.: Hierarchia wartości i obraz płci psychologicznej w grupach kobiet chorych na nowotwory złośliwe piersi i układu chłonnego, *Psychoonkologia*, 2001, 9, 41-48.

37. Wałęcka K., Rostoska T.: Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi, *Psychoonkologia*, 2002, 26, 6, 37-40.
38. Mika A.K.: Po odjęciu piersi, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.

Wybrane aspekty jakości życia kobiet po zabiegu mastektomii

Grzybowska Angelika¹, Kowalczuk Krystyna²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Studia II stopnia kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Niejednolitość definicji jakości życia powoduje istnienie różnych narzędzi pomiarowych do badań nad jakością życia. Narzędzia te należy podzielić na skale globalne, niespecyficzne i specyficzne [1-7] *Skale globalne* (ang. *global*) – pomagają oceniać globalną jakość życia w sposób ogólny, pomijają szczegółową ocenę jakości życia w różnych jego dziedzinach. Skale niespecyficzne (ang. *generic*) – zwykle preferują kilka wymiarów jakości życia, a służą do oceny i porównania jakości życia dużych populacji i różnych grup badanych. Funkcjonalnością tych narzędzi pomiarowych jest ujęcie szerokiego obszaru życia osób badanych, natomiast wadą jest niezbyt wysoka czułość na zmiany specyficzne dla danej jednostki chorobowej. Skale specyficzne (ang. *diseasespecific*) – prowadzą do oceny jakości życia chorych z konkretnym rozpoznaniem klinicznym, są skupione na typowych objawach w danej jednostce chorobowej. Wykorzystywane są do monitorowania reakcji pacjenta na leczenie, jak i do oceny korzyści stosowania różnych, awangardowych form terapii, oceny zmian jakości życia u tych samych osób na przestrzeni lat [8-11].

Okres przedoperacyjny

Opieka pielęgniarska wiąże się z niesieniem wsparcia chorej, udzielaniu odpowiedzi na nurtujące pytania oraz rozwiązywaniu problemów wynikających z choroby nowotworowej [11-16]. Pielęgniarka powinna stwarzać poczucie bezpieczeństwa oraz zaspokajać podstawowe potrzeby bio-psycho-społeczne wynikające z ograniczenia samodzielności w wyniku operacji. Działanie pielęgniarskie ma na celu wyjaśnienie chorej przebiegu zabiegu oraz wytłumaczenie powikłań pooperacyjnych, które mogą wystąpić w trakcie zabiegu, jak i po nim. Ważnym elementem przed operacją jest zadbanie o przyjazne relacje na tle

pielęgniarka - pacjent, by chora miała poczucie, iż nie jest sama oraz, że pielęgniarka udzieli odpowiedzi na wszelkie pytania związane z procesem leczenia [17-22].

Przygotowanie pacjentki do zabiegu operacyjnego wiąże się ze stopniem zaawansowania choroby i sposobem leczenia. W okresie przedoperacyjnym głównym działaniem jest wyrównanie stanu zdrowia chorej, który pozwoli na przeprowadzenie bezpiecznego znieczulenia ogólnego i wykonanie zabiegu amputacji piersi. Działania pielęgniarskie wiążą się z kontrolą podstawowych parametrów życiowych pacjentki, zaobserwowaniu jakichkolwiek deficytów żywieniowych i ich eliminacji. Ważnym elementem przygotowawczym przed zabiegiem jest edukacja chorej odnośnie rehabilitacji oddechowej, która zapobiega wystąpieniu powikłań pooperacyjnych na tle płucnym. Pielęgniarka ma za zadanie nauczenie pacjentki oddychania właściwym torem, jak i zmniejszenie deficytu wiedzy w wykonywaniu skutecznego kaszlu. Zaleca się pacjentkom palącym, by zaniechały tego procesu, ponieważ to może powodować większe ryzyko powstania powikłań płucnych i krążeniowych po operacji [17,21,23].

U osób chorych na nowotwory zaobserwowano większe powinowactwo do zakażeń, dlatego wieczorem przed zabiegiem lub rano pacjentka powinna zażyć kąpiel z zastosowaniem środka antyseptycznego, jak i poleca się pacjentce ogolić okolice pola operacyjnego. W przypadku, gdy pacjentka zażywa aspirynę, leki przeciwzapalne bądź leki obniżające krzepliwość krwi, np. warfaryna, kłopidogrel poleca się odstawieni leków na okres tygodniowy przed zabiegiem. Ważnym elementem w przeddzień zabiegu jest poinformowanie pacjentki, iż powinna zjeść lekką kolację, a rano powinna pozostać na czczo [18,21,22,23].

W dniu zabiegu pielęgniarka ma za zadanie poinformowanie chorej co do zdjęcia biżuterii, pozostaniu na czczo, usunięciu protez czy aparatów słuchowych oraz zmyciu lakieru z paznokci. Końcowym działaniem przedoperacyjnym jest podanie pacjentce premedykacji, która ma na celu uspokojenie, usunięcie lęku, bólu, wyeliminowanie napięcia mięśniowego oraz osłabienie odruchów [24-30].

Okres pooperacyjny

Po wykonanym zabiegu chirurgicznym stan pacjentki wymaga systematycznej oceny klinicznej, monitorowania parametrów życiowych, kontrolowania wartości morfotycznych krwi, utrzymania odpowiedniego bilansu płynów, kontroli stężenia elektrolitów oraz wskaźników równowagi kwasowo-zasadowej [21,22,23].

Podstawowym działaniem pielęgniarskim po zabiegu jest obserwacja stanu świadomości według skali Glasgow, która obejmuje otwieranie oczu, kontakt słowny oraz reakcję ruchową. Na tym poziomie określa się jakiegokolwiek zaburzeni, jak np.: przymglenie, senność, splątanie, zawroty głowy, niepokój. Kolejnym ważnym elementem jest obserwowanie zabarwienia skóry i błon śluzowych chorej, monitorowanie parametrów życiowych oraz kontrola diurezy. Parametry życiowe chorej stanowią podstawowy element kontroli pielęgniarskiej. Tętno, ciśnienie tętnicze oraz oddechy powinny być mierzone co 15, 30, 60 min., a następnie co 2 godziny po zabiegu. Temperatura pacjentki powinna być mierzona 2 razy dziennie zarówno rano, jak i po południu oraz gdy zachodzi potrzeba [22-26].

W okresie pooperacyjnym ważnym elementem jest kontrola zabarwienia skóry i błon śluzowych pacjentki, by uniemożliwić powstanie niedotlenienia na skutek niewydolności oddechowej. Zadaniem pielęgniarki jest ciągła ocena opatrunków i drenaży z ran pooperacyjnych. Kontroluje się je co 60 min. zarówno po wykonanej czynności fizycznej, kaszlu bądź wymiotach. Zwraca się szczególną uwagę na wystąpienie przesięków, krwawienia i zaczerwienienia. Kolejnym zadaniem personelu pielęgniarskiego jest kontrolowanie diurezy. W przypadku zatrzymania moczu przez 8-10 godzin po zabiegu pielęgniarka powinna założyć jednorazowo cewnik do pęcherza moczowego [24,25].

Zwalczanie bólu pooperacyjnego jest podstawowym działaniem mającym na celu poprawę komfortu chorej po zabiegu. Pielęgniarka za pomocą skali numerycznej, wzrokowo-analogowej oraz słownej może stwierdzić stopień nasilenia bólu w różnych punktach czasowych oraz może zaobserwować skuteczność stosowanego leczenia przeciwbólowego. Do kolejnych działań pielęgniarskich można zaliczyć: zapobieganie wymiotom i ich powikłaniom, nawodnienie i odżywienie człowieka, monitorowanie perystaltyki jelit, zapobieganie zakrzepowemu zapaleniu żył oraz prawidłowe ułożenie po zabiegu operacyjnym [31-35].

Bazowym działaniem pielęgniarskim jest troskliwa pielęgnacja skóry, regularna zmiana pozycji ciała, odciążenie miejsc narażonych na ucisk oraz unikanie urazów [27,28].

Głównymi działaniami pielęgniarskimi mającymi na celu niedopuszczenie do obrzęku limfatycznego są [27,28,30]:

- odpowiednie ułożenie osoby chorej; ramię uniesione na przygotowanym klinie ku górze, ważne by całe ramię było podparte;
- wykonywanie pomiarów obwodów kończyny górnej po stronie zabiegu;
- przeprowadzanie ćwiczeń usprawniających trwających ok. 30 minut

- wykonywanie masażu limfatycznego mającego na celu przemieszczenia chłonniki z miejsc zalegających

Po zabiegu chirurgicznym mogą wystąpić ograniczenia ruchomości w kończynie górnej, dlatego wskazane jest wykonywanie przez pacjentkę ćwiczeń usprawniających. We wczesnym okresie od 1. do 3. doby po zabiegu, należy wykonywać ćwiczenia zaciskania dłoni, odwodzenia i łączenia palców. Kolejno wykonywane jest zginanie i prostowanie kończyny górnej w stawie łokciowym, unoszenie kończyn górnych do góry, chwyt rękami za łokcie. Każde z tych ćwiczeń należy powtarzać po 15 do 30 razy, 2-3 razy dziennie. W kolejnych dniach od 4. do 6. doby po zabiegu chirurgicznym ćwiczenia stają się coraz bardziej wymagające i osoba chora wykonuje je w pozycji siedzącej z oparciem stóp o podłogę. Fizjoterapeuta proponuje unoszenie barków do góry, chwyt rękami za łokcie, krążenie barków w tył, równomierne unoszenie kończyn na szerokość barków oraz unoszenie kończyn górnych bokiem w górę [30-33].

W kolejnych dobach po zabiegu chirurgicznym pielęgniarka edukuje kobietę o dalszym procesie rekonwalescencji po zabiegu. Jej działanie opiera się na wprowadzeniu świadomości konieczności dalszego usprawniania i samopielęgnacji, co może uchronić przed powikłaniami. Osoba chora wychodząc ze szpitala powinna znać program ćwiczeń i pamiętać, by je wykonywać systematycznie i naprzemiennie z wysokim ułożeniem kończyny górnej. Ważnym aspektem jest prawidłowa pielęgnację skóry, unikanie podrażnień oraz stanów zapalnych [32-36].

Na podstawie literatury wyróżnia się następujące czynności, które chora powinna unikać w życiu codziennym [37,38,39]:

- podnoszenia i noszenia ciężkich przedmiotów, siatek z zakupami;
- noszenia uciskającej biżuterii bądź ubrań, które powodują zły stan kończyny górnej;
- kąpieli w wysokiej temperaturze;
- spaniu na kończynie górnej po stronie operowanej;
- opalaniu się;
- długim moczeniu kończyny,
- używaniu drażniących detergentów, środków higienicznych i kosmetycznych;
- mierzeniu ciśnienia tętniczego, wykonywaniu wstrzyknień, pobrań krwi oraz wlewów kroplowych w obrębie kończyny górnej po stronie operowanej;
- noszeniu ubrań szorstkich mogących uszkodzić skórę;
- noszeniu ciasnej bielizny.

Opieka psychologiczna u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego

Choroba nowotworowa, poza aspektem biologicznym, ma zakres społeczny, duchowy oraz psychologiczny. Wystąpienie choroby wiąże się ze zmianami nie tylko u chorej, ale też u jej rodzinny i przyjaciół. Choroba nowotworowa powoduje stres, stan emocjonalny jest zachwiany oraz powoduje dezorganizację całego życia osoby chorej [40,41,42].

Pomoc psychologiczna opiera się na dążeniu do opanowania stresu spowodowanego chorobą oraz jej wyleczeniu, wyjaśnieniu, motywowaniu, zachęcaniu, doradzeniu oraz psychoedukacji. Dostosowuje się te działania do potrzeb osoby chorej w różnych stadiach choroby. Po rozpoznaniu choroby częstym zjawiskiem psychologicznym jest szok emocjonalny, który opisywany jest jako poczucie nierealności sytuacji bądź samego siebie, trudnością w koncentracji, rozpacz, lękiem o utratę kontroli [43,44,45,46].

Na podstawie wielu badań można stwierdzić, iż występuje ok 50% zaburzeń psychicznych pod wpływem choroby nowotworowej. Do najczęstszych objawów można zaliczyć depresję, zaburzenia adaptacyjne do sytuacji, zaburzenia osobowości oraz zaburzenia lękowe. Kobiety chore mogą przeżyć tzw. stres traumatyczny, który charakteryzuje się nawracaniem natrętnych obrazów i przykrych chwil podczas przekazywania diagnozy chorobowej. Pacjentki utrzymują stan zwiększonego pobudzenia oraz posiadają skłonność do unikania myśli, uczuć i miejsc, które kojarzą im się z stresującym wydarzeniem [46,47,48].

Peter Salmon wyróżnił 5 celów pomocniczej terapii psychologicznej [45]:

- złagodzenie depresji i lęku dzięki zmianie negatywnych przekonań odnośnie rokowania;
- wzmocnienie ducha walki,
- poprawienie komunikacji partnerskiej;
- rozwijanie osobistej kontroli nad własnym życiem;
- wzmacnianie ekspresji emocjonalnej.

Częstym zjawiskiem po mastektomii u kobiet są zaburzenia własnej seksualności. Kobiety chore czują się niepewnie i są przekonane o swojej nieatrakcyjności seksualnej i fizycznej [45,49,50].

Rehabilitacja seksualna polega na przekonaniu chorej, że można nadal być atrakcyjną, a choroba nowotworowa nie stanowi żadnej przeszkody do bycia piękną, szczęśliwą i mającą życie seksualne [45,49,50].

Cel badań

Za cel postawiono sobie:

- sprawdzenie, czy wiek kobiet ma wpływ na sprawowanie opieki i samopielęgnacji po zabiegu mastektomii
- określenie subiektywnych odczuć kobiet po zabiegu mastektomii w funkcjonowaniu organizmu
- próba określenia reakcji kobiet po uzyskaniu informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej.
- określenie subiektywnej oceny respondentek na temat życia seksualnego po zabiegu mastektomii.

Materiał i metody badań

Badaniem zostało objętych 116 kobiet po przebytej mastektomii zrzeszonych w Klubie Amazonek w Białymstoku oraz wśród kobiet, u których prowadzona jest rehabilitacja w Zakładzie Rehabilitacji Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB R-I-002/195/2016.

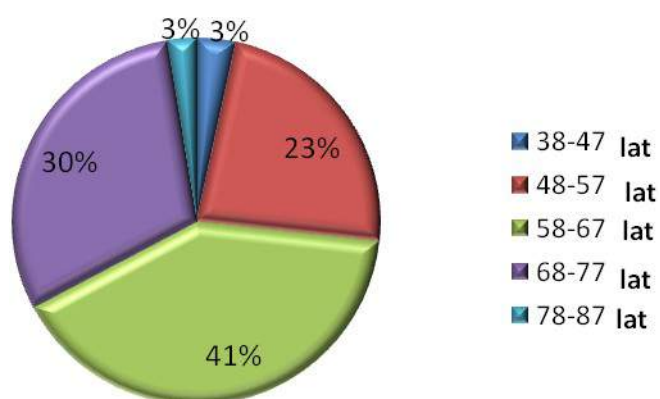
Badania przeprowadzone zostały metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety skonstruowanego do potrzeb pracy. Kwestionariusz ankiety zawierał 40 pytań zarówno jednokrotnego, jak i wielokrotnego wyboru. Został podzielony na trzy części: pierwsza część składa się z danych socjo-demograficznych, druga dotyczyła stanu fizycznego osoby badanej, zaś trzecia część składała się z pytań zasadniczych poruszających tematy związane z zabiegiem mastektomii.

Przeprowadzone badania nie stwarzały żadnego ryzyka dla respondentów. Na każdym etapie badania respondent mógł zrezygnować z uczestnictwa w powyższych badaniach. Została zachowana pełna anonimowość osób i informacji o respondentach, którzy podjęli się udziału w badaniu.

Wyniki zostały opracowane w programie Microsoft Office Excel 2011 oraz analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA 12. Przyjęty poziom istotności wynosił $p < 0,5$.

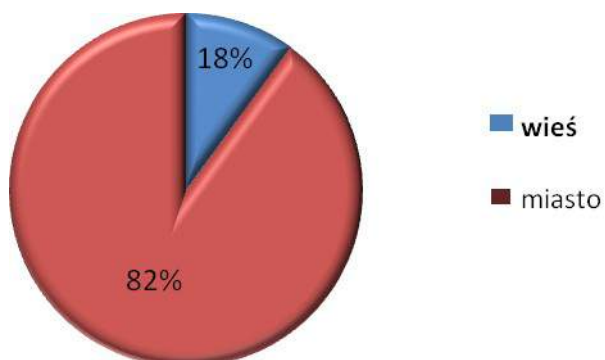
Wyniki

Badaniem zostało objętych 116 kobiet po przebytej mastektomii zrzeszonych w Klubie Amazonek w Białymstoku oraz wśród kobiet, u których prowadzona jest rehabilitacja w Zakładzie Rehabilitacji Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 1 wynika, iż do najliczniejszej grupy wiekowej należały kobiety w przedziale 58-67 lat (41%), zaś najmniej liczną grupą stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 38-47 lat oraz 78-87 lat (3%).



Ryc.1. Struktura wieku badanych respondentów

Jak wynika z Ryciny 2 zdecydowaną większość stanowiły kobiety mieszkające w mieście 82% niż na wsi 18%.



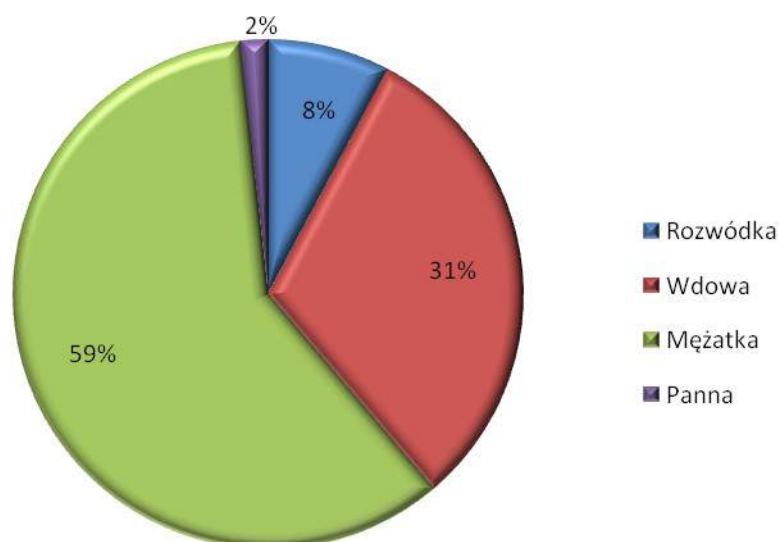
Ryc. 2. Struktura miejsca zamieszkania

W badanej populacji kobiet po mastektomii ponad połowa (54%) respondentek posiadała wykształcenie średnie, a zaledwie 17% podstawowe (Tab. I).

W badanej grupie zdecydowaną większość 59% stanowiły respondentki w związku małżeńskim, kolejną grupą stanowiły wdowy 31%, zaś najmniej liczną grupą kobiet stanowiły panny 2% (Ryc.3) .

Tab. I. Struktura wykształcenia

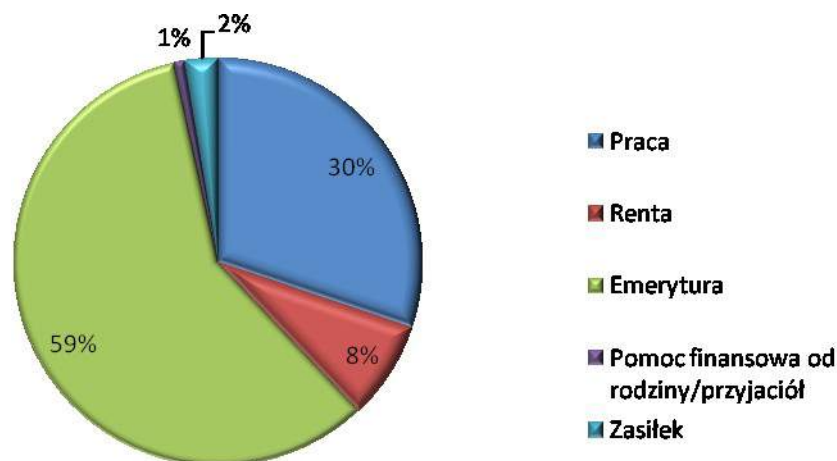
Wykształcenie	Ilość kobiet	Procenty
Podstawowe	20	17%
Średnie	63	54%
Wyższe	33	29%



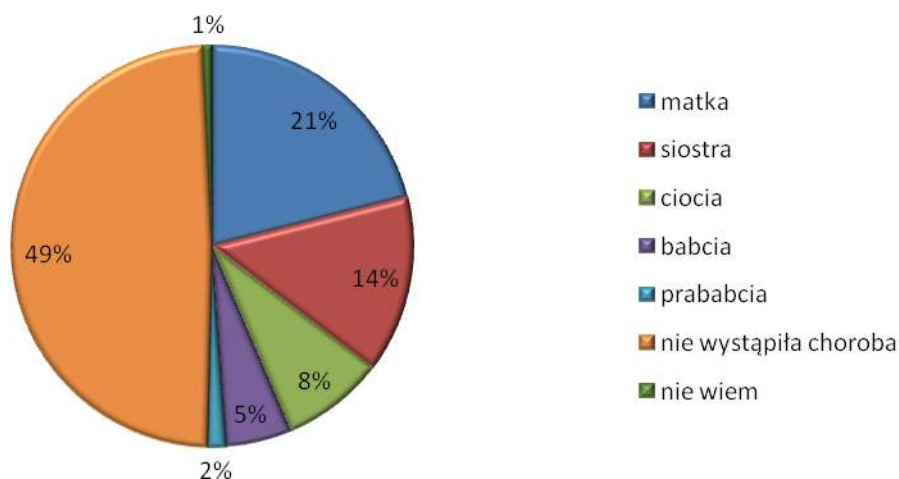
Ryc. 3. Struktura stanu cywilnego

Najliczniejszą grupą respondentek były kobiety utrzymujące się z emerytury 59%, następnie kobiety pracujące 30%, zaś zasiłek oraz pomoc finansowa od rodziny i przyjaciół stanowiła najmniejszą formę źródła utrzymania (Ryc.4).

Najliczniejszą grupą badanych stanowiły kobiety, u których w rodzinie nie wystąpiła choroba nowotworowa piersi 49%. Tylko 1% kobiet nie posiadała wiedzy czy w rodzinie wystąpił nowotwór piersi (Ryc.5).



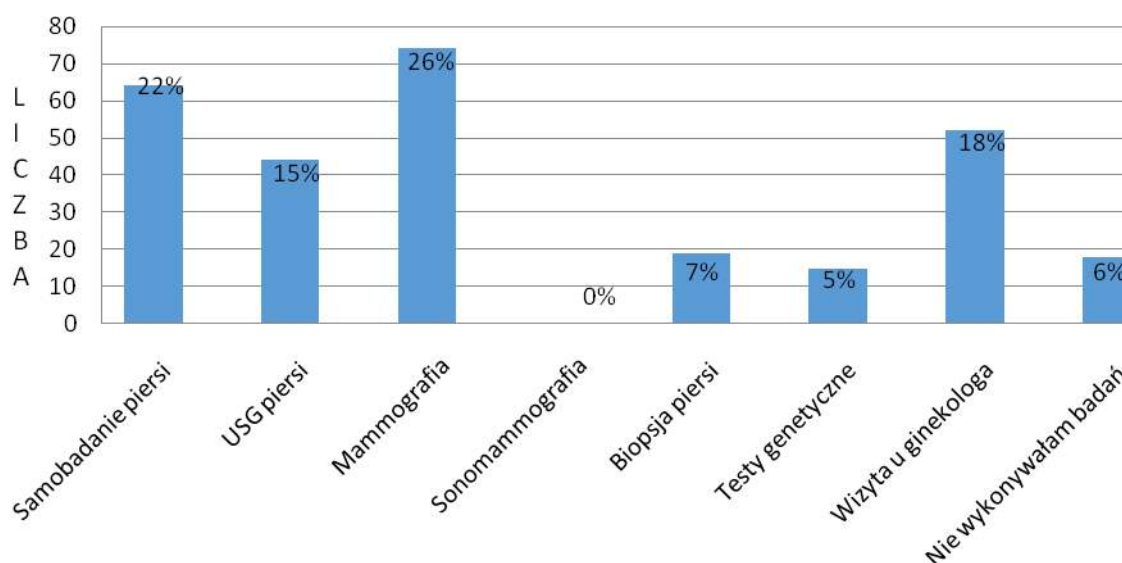
Ryc. 4. Struktura źródła utrzymania



Ryc. 5. Wystąpienie nowotworu piersi w rodzinie

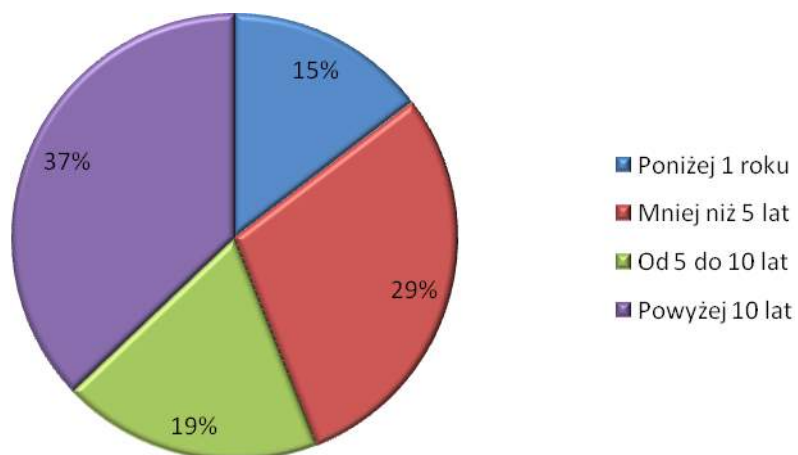
Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 6 wynika, że najliczniejszą grupą badaną (74) stanowiły kobiety, które wykonały badanie profilaktyczne, takie jak mammografia, następnym badaniem było samobadanie piersi (64 kobiety), zaś żadna z respondentek nie wykonała sonomammografii.

W badanej populacji u 37% kobiet okres po przebyciu mastektomii sięgał powyżej 10 lat, natomiast u 15% respondentek wynosił poniżej 1 roku (Ryc.7).



* Liczby nie sumują się do 100% respondentek, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

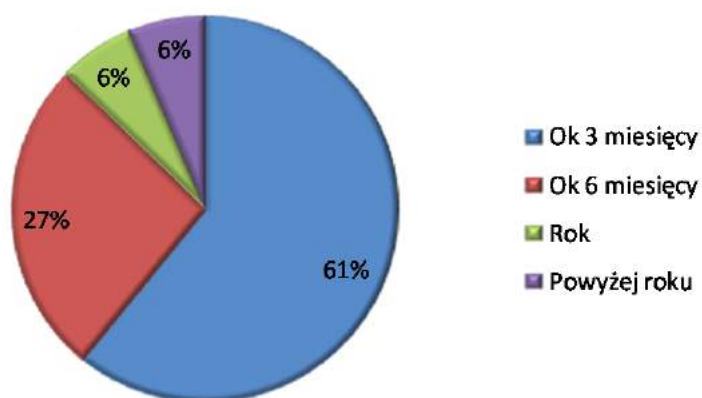
Ryc. 6. Rodzaj badania profilaktycznego w kierunku nowotworu piersi



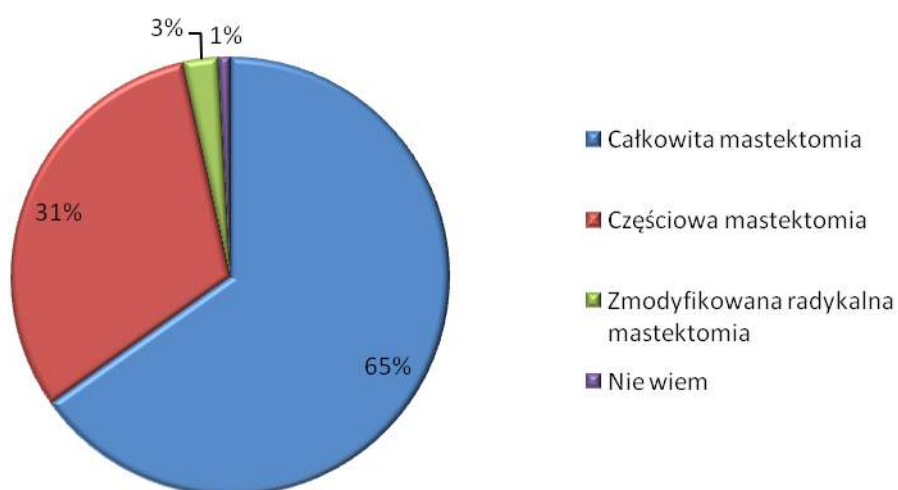
Ryc. 7. Okres po przebyciu mastektomii

Ponad połowa badanych kobiet (61%) stwierdziła, że czas od rozpoznania choroby do wykonania mastektomii mieścił się w 3 miesiącach, zaś najmniej liczną grupą (6%) były kobiety, u których czas sięgał 12 miesięcy, jak i ponad roku (Ryc.8).

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 9 wynika, iż u 65% respondentek został przeprowadzony zabieg całkowitej mastektomii, zaś u zaledwie 3% wystąpiła zmodyfikowana radykalna mastektomia.



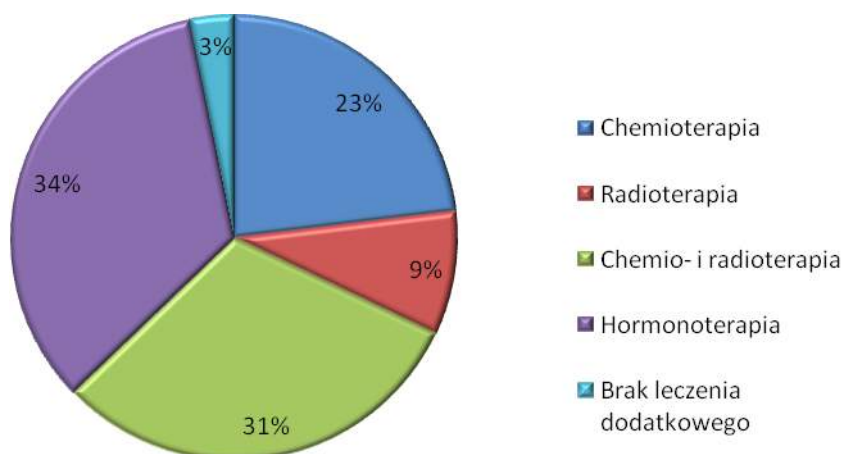
Ryc. 8. Czas od rozpoznania choroby do przeprowadzenia zabiegu mastektomii



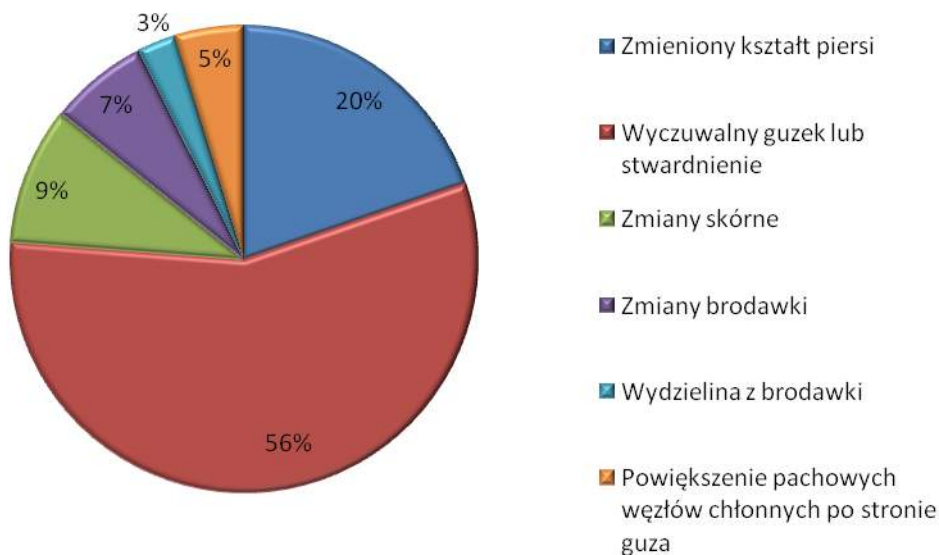
Ryc. 9. Rodzaj wykonanego zabiegu

W badanej grupie u 34% respondentek zastosowanym leczeniem dodatkowym była hormonoterapia, a u zaledwie 3% kobiet nie zastosowano żadnego leczenia dodatkowego (Ryc.10).

Wśród respondentek zdecydowaną większością stanowiły kobiety, u których pojawił się guzek lub stwardnienie 56%, natomiast u 3% respondentek zanotowano pojawienie się wydzieliny z brodawki (Ryc.11).



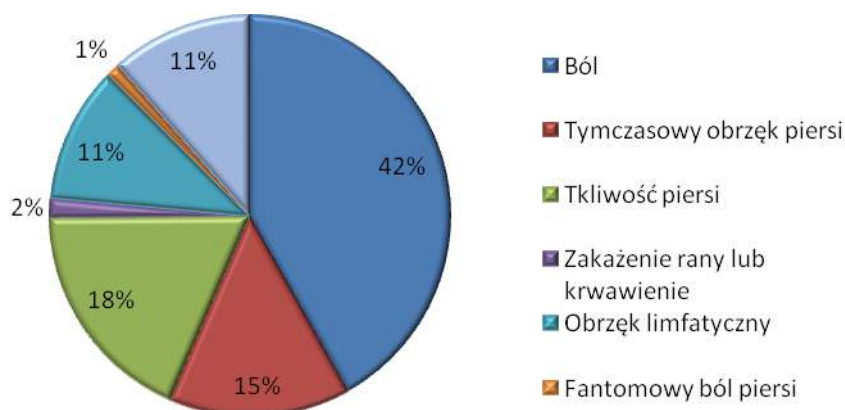
Ryc. 10. Zastosowanie leczenia dodatkowego w opinii respondentek



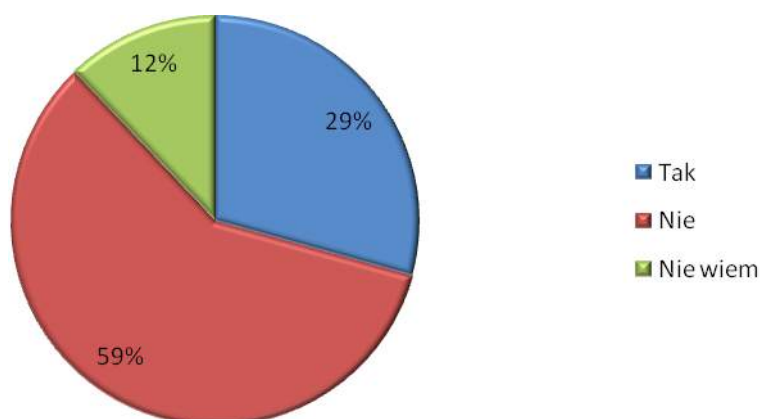
Ryc. 11. Objawy przed mastektomią w opinii respondentek

U prawie połowy badanych kobiet - 42% wykazano, że najczęstszym objawem niepożądanym był ból, a zaledwie u 1% kobiet był to fantomowy ból piersi oraz zakażenie rany lub krwawienie 2% (Ryc.12).

Na podstawie danych zawartych na Rycinie 13 wynika, że u ponad 59% respondentek dolegliwości po operacji nie utrudniły samopielęgnacji i samoopieki. Zaledwie 12% kobiet nie posiada wiedzy, czy dolegliwości miały jakikolwiek wpływ na funkcjonowanie w życiu. Analiza statystyczna wykazała, że nie ma istotnej zależności ($p=0,65$) pomiędzy wiekiem a dolegliwościami uniemożliwiającymi samoopiekę i samopielęgnację w opinii respondentek.



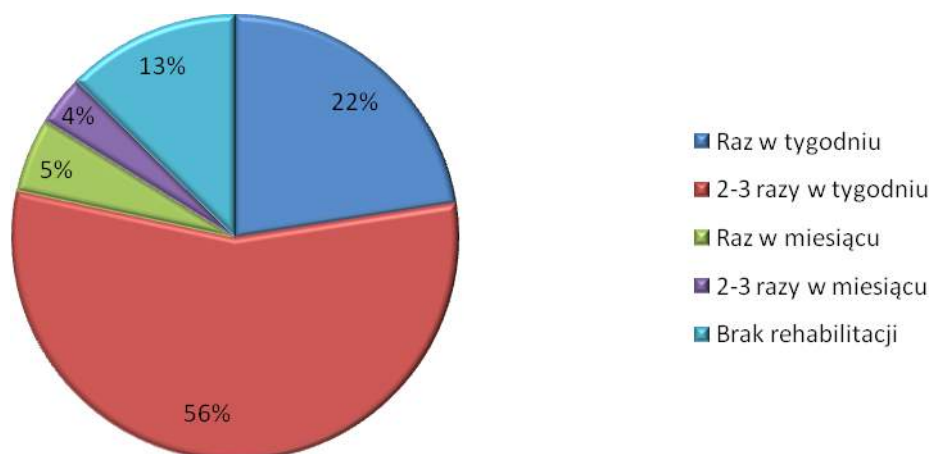
Ryc. 12. Dolegliwości po przebytym zabiegu mastektomii w opinii respondentek



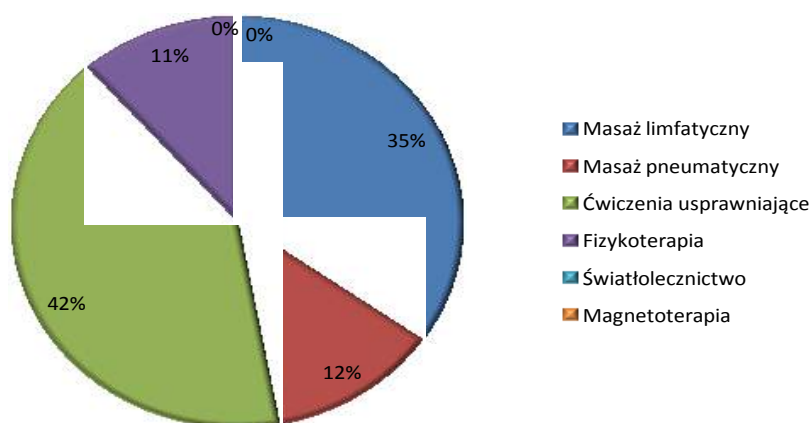
Ryc. 13. Struktura dolegliwości uniemożliwiająca samoopiekę i samopielęgnację w opinii respondentek

W badanej populacji 56% kobiet uczęszczało na zabiegi rehabilitacyjne 2-3 razy w miesiącu, a najmniejszą grupę stanowiły kobiety, u których przeprowadzano rehabilitację 2-3 razy w miesiącu (4%) (Ryc.14).

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 15 wynika, iż u 42% kobiet zastosowanym rodzajem rehabilitacji były ćwiczenia usprawniające, zaś światłolecznictwo i magnetoterapia nie była przeprowadzana.

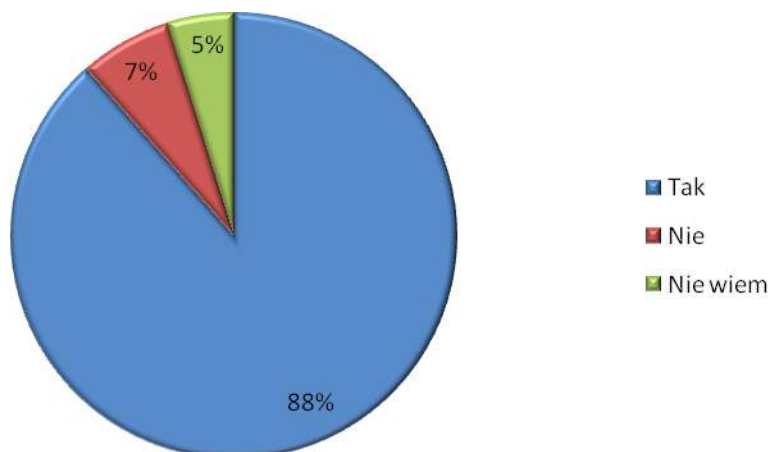


Ryc. 14. Częstość uczęszczanie na rehabilitację po mastektomii w opinii respondentek



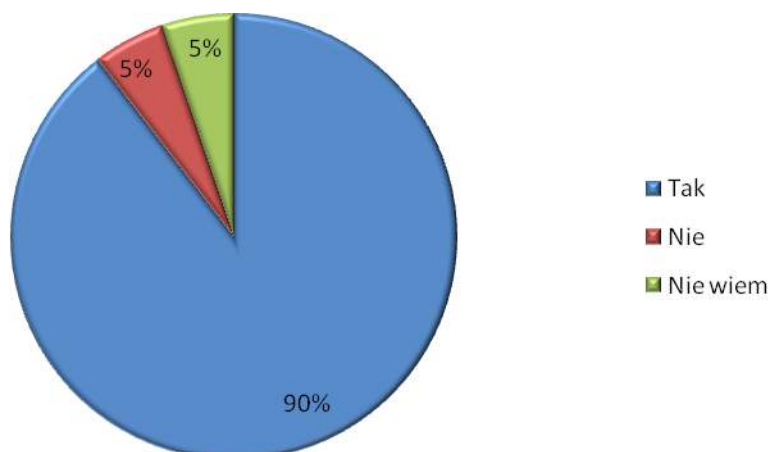
Ryc. 15. Rodzaj rehabilitacji po zabiegu mastektomii w opinii respondentek

Największą grupą (88%) respondentek stanowiły kobiety, u których rehabilitacja znacznie poprawiła samopoczucie i możliwości wykonywania prac życia codziennego. Najmniejszą grupę stanowiły kobiety, które nie wiedziały, czy różnica w samopoczuciu po rehabilitacji wpłynęła na wykonywanie prac życia codziennego (5%) (Ryc.16).



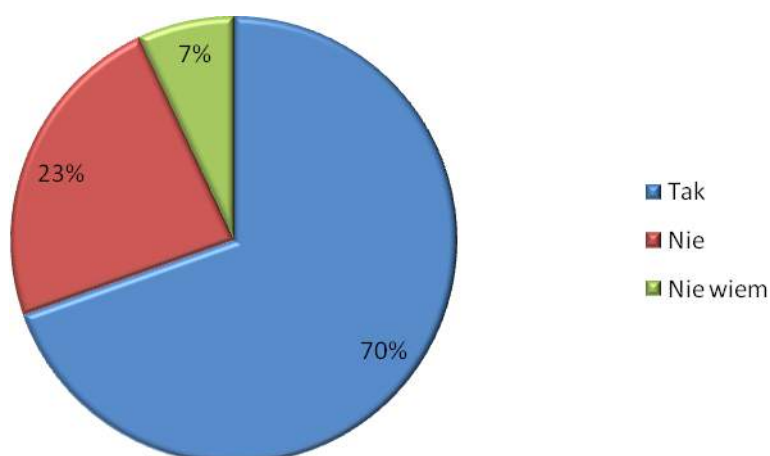
Ryc. 16. Różnica w samopoczuciu po rehabilitacji w stosunku do wykonywania prac codziennych

W badanej grupie zdecydowana większość kobiet 90% otrzymała informacje na temat czynności, które nie są wskazane po zabiegu mastektomii (Ryc.17).



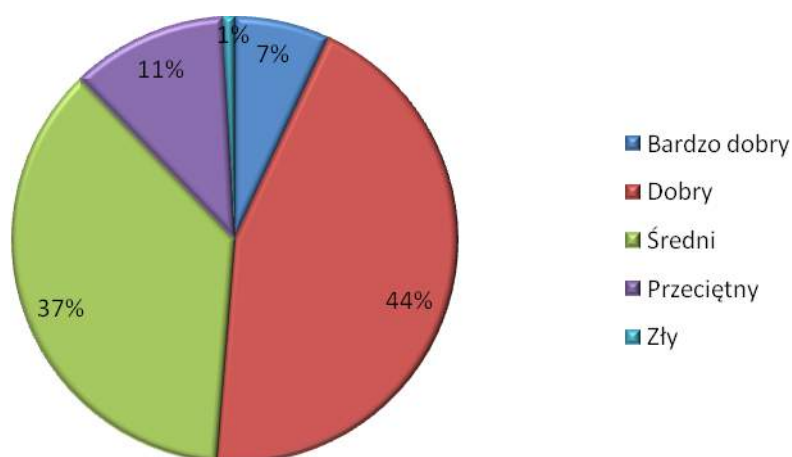
Ryc. 17. Przekazanie informacji przez personel medyczny o czynnościach, które są zakazane po zabiegu mastektomii w opinii respondentek

W badanej populacji 70% respondentek stwierdziło, że odczuwało bezsilność z mniejszej funkcjonalności organizmu po operacji (Ryc.18).



Ryc. 18. Odczucie bezsilności z niskiej funkcjonalności organizmu po operacji w opinii respondentek

Zdecydowaną większość 44% stanowiły kobiety, które stan zdrowia po mastektomii oceniały jako dobry, a jedynie 1% ankietowanych samopoczucie określała jako złe (Ryc.19).



Ryc. 19. Subiektywna ocena respondentek na temat stanu zdrowia po zabiegu mastektomii

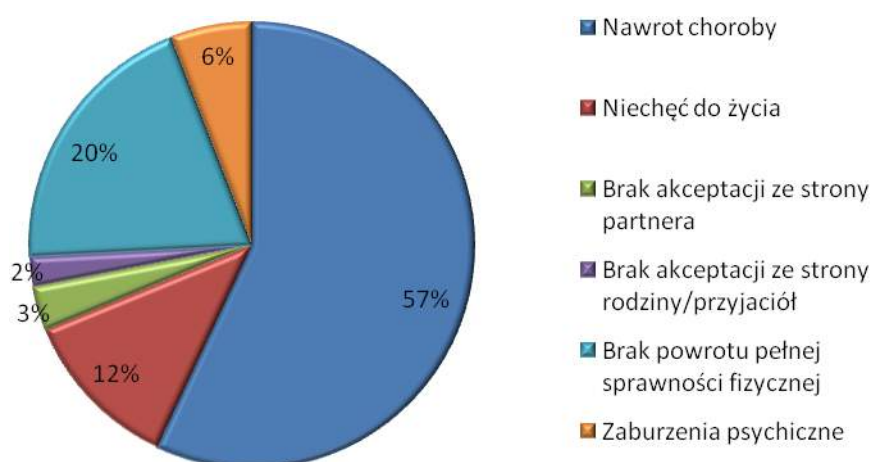
W badanej populacji respondentek najczęstszą reakcją na informację o nowotworze był strach 21% i szok 19%, zaś najrzadszym odczuciem u kobiet był brak nadziei na dalszy los 3% (Tab. II).

Tab. II. Reakcja na informację o chorobie nowotworowej

Odczucia	Strach	Szok	Złość i gniew	Rozpacz	Żal	Poczucie niesprawiedliwości	Lęk	Brak nadziei
N	71	65	27	42	34	30	60	9
%	21%	19%	8%	12%	10%	9%	18%	3%

* Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Z Ryciny 20 wynika, że kobiety po zabiegu mastektomii najbardziej obawiały się nawrotu choroby 57%, a najmniejszą obawą był brak akceptacji ze strony rodziny i przyjaciół 2%.



Ryc. 20. Obawy po zabiegu mastektomii w opinii respondentek

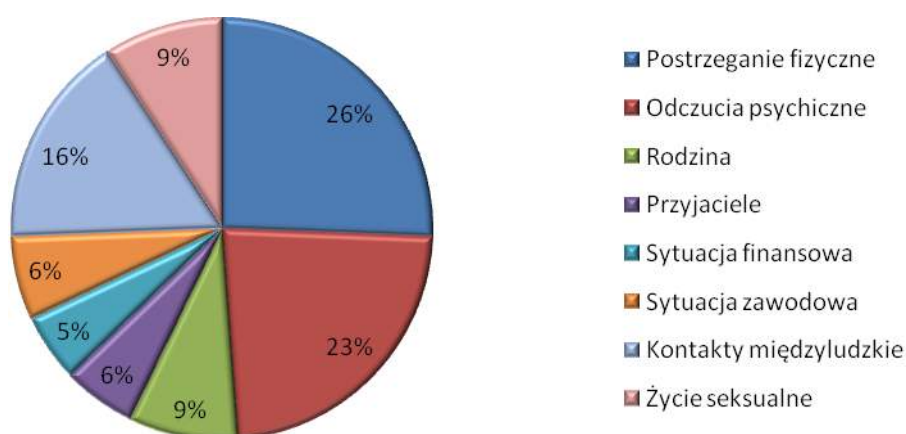
Z analizy wyników w Tabeli III wynika, że 38% respondentek oceniło swoją sytuację finansową na dość dobrą. Kolejnym aspektem oceny życia była sytuacja zawodowa i 37% kobiet oceniło ją na dość dobrą, zaś tylko 3% na bardzo dobrą. 29% respondentek stwierdziło, że życie seksualne po mastektomii jest przeciętne, a zaledwie 3%, że bardzo dobre.

W badanej grupie zdecydowana większość respondentek stwierdziła, że zachorowanie miało wpływ na postrzeganie fizyczne obrazu swego ciała 26%, natomiast najmniej liczną okazała się grupa 5% kobiet, która stwierdziła, iż zachorowanie ma najmniejszy wpływ na kontakty międzyludzkie (Ryc.21).

Tab. III. Ocena życia po zabiegu mastektomii

Ocena	Sytuacja finansowa		Sytuacja zawodowa		Sytuacja rodzinna		Kontakty z przyjaciółmi		Samoobsługa		Życie seksualne	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo źle	0	0%	5	4%	0	0%	1	1%	2	2%	15	13%
Źle	5	4%	15	13%	2	2%	3	3%	2	2%	22	19%
Przeciętnie	25	22%	24	21%	20	17%	19	16%	20	17%	34	29%
Dość dobrze	44	38%	37	32%	22	19%	35	30%	40	34%	24	21%
Dobrze	39	34%	32	28%	48	41%	42	36%	44	38%	17	15%
Bardzo dobrze	3	3%	3	3%	24	21%	16	14%	8	7%	4	3%

* Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi



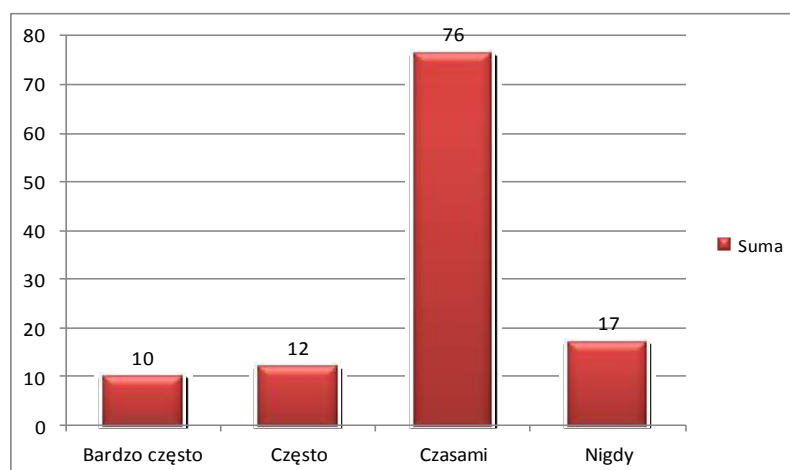
Ryc. 21. Opinie respondentek na postrzeganie obrazu własnego ciała po rozpoznaniu nowotworu

Największą grupę 66% respondentek stanowiły kobiety, które stwierdziły, że czasami problemy zdrowotne bądź emocjonalne mają wpływ na czynności życia codziennego, zaś tylko 9% było zdania, że ma to bardzo duży wpływ (Ryc.22).

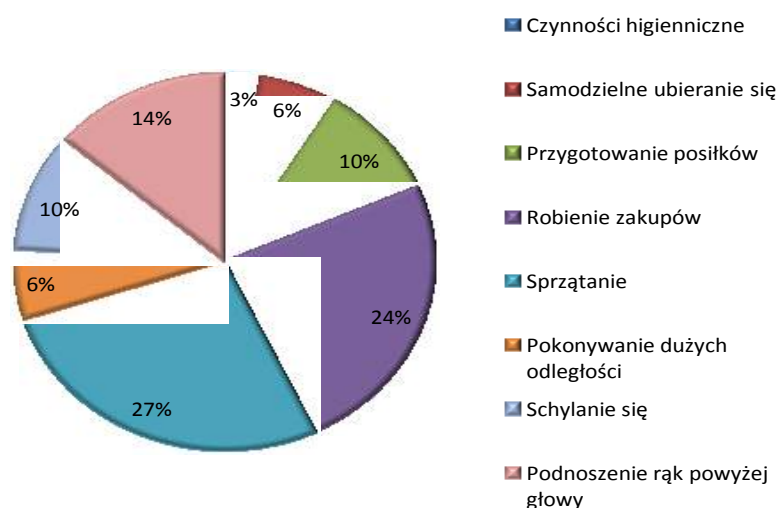
W badanej grupie zdecydowaną większość kobiet 27% stwierdziła, iż sprzątanie sprawia im największą trudność, zaś zaledwie 3% respondentek odpowiedziało, że czynności higieniczne (Ryc.23).

Zdecydowana większość kobiet 48% oceniła swoją sprawność fizyczną przed operacją jako bardzo dobrą, a 14% jako średnią (Ryc.24).

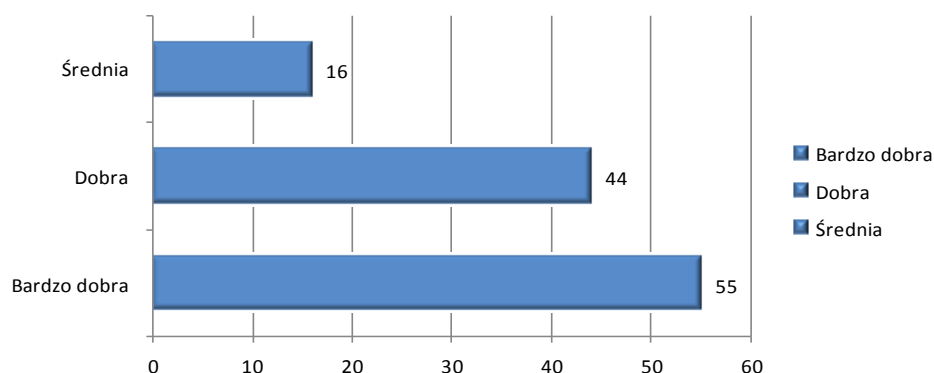
Zdecydowana większość kobiet 57% oceniła swoją sprawność fizyczną po operacji jako średnią, a zaledwie 4% jako bardzo dobrą (Ryc.25).



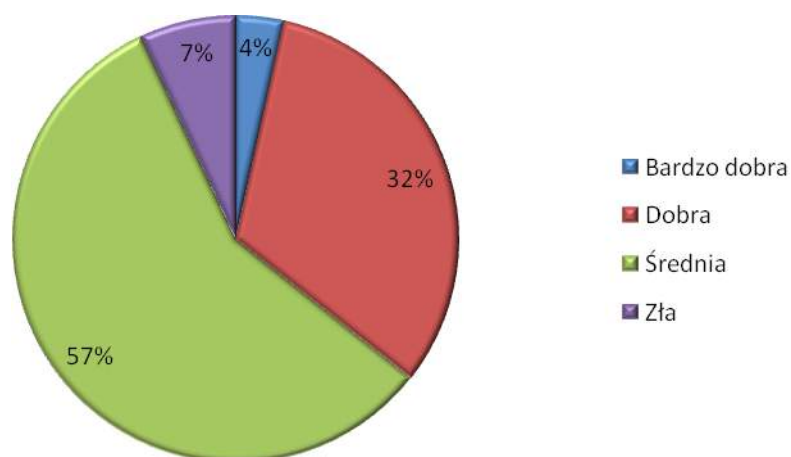
Ryc. 22. Opinie respondentek na temat wpływu problemów zdrowotnych bądź emocjonalnych na czynności życia codziennego w przeciągu 3 miesięcy



Ryc. 23. Opinie respondentek na temat ograniczeń wykonywania czynności dnia codziennego po zabiegu mastektomii



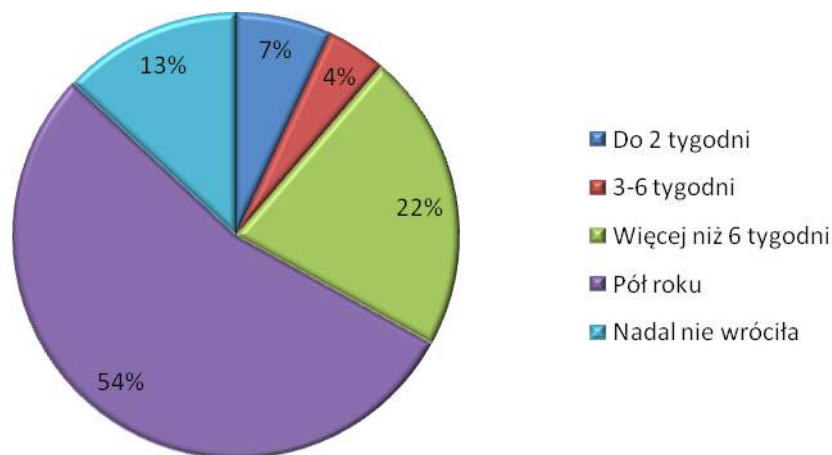
Ryc. 24. Subiektywna ocena respondentek na temat sprawności fizycznej przed operacją



Ryc. 25. Subiektywna ocena respondentek na temat sprawności fizycznej po operacji

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 26 wynika, że 54% kobiet stwierdziła, że czas powrotu do sprawności fizycznej osiągał pół roku, a 4% opowiedziało się za 3-6 tygodniami.

W badanej grupie 36% kobiet stwierdziło, że po zabiegu mastektomii unikała kontaktów seksualnych z partnerem, a 30% nie posiadała wiedzy w powyższym temacie. Zdecydowana większość kobiet 49% uważała, że nie zauważyła różnicy w kontaktach seksualnych, a 19% respondentek unikała kontaktów seksualnych (Tab. IV).



Ryc. 26. Czas powrotu sprawności fizycznej umożliwiający wykonywanie czynności życia codziennego

Tab. IV. Opinie respondentek na temat unikania oraz zmiany kontaktów seksualnych po zabiegu mastektomii

Unikanie kontaktów seksualnych po zabiegu mastektomii			Zmiany w kontaktach seksualnych po zabiegu mastektomii		
	N	%		N	%
Nie	43	34%	Tak na gorsze	49	42%
Tak	39	36%	Nie zauważyłam różnicy	51	44%
Nie wiem	34	30%	Unikam kontaktów seksualnych	16	14%

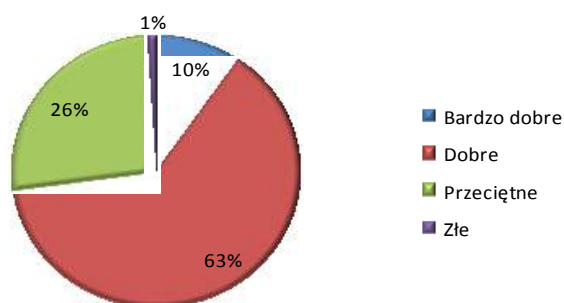
* Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Ponad połowa respondentek 63% ocenia swoje życie towarzyskie jako dobre, a zaledwie 1% na złe (Ryc.27).

Na podstawie Tabeli V można stwierdzić, że respondentki częściej spędzały aktywnie czas przed zabiegiem mastektomii niż po zabiegu. Zaś po zabiegu usunięcia piersi częściej spędzały czas w domu przy telewizorze, czytaniu książek bądź słuchaniu muzyki.

Zdaniem 44% kobiet lęk przed przyszłością był największą dolegliwością sfery psychicznej, natomiast zaledwie 2% uważała izolację od rodziny i przyjaciół i agresję (Ryc.28).

W badanej grupie kobiet zdecydowaną większością 49% stanowiły kobiety, który nie potrzebowały pomocy psychologa, natomiast 9% respondentek nadal korzysta bądź korzystała i była zadowolona z porad psychologa (Ryc.29).

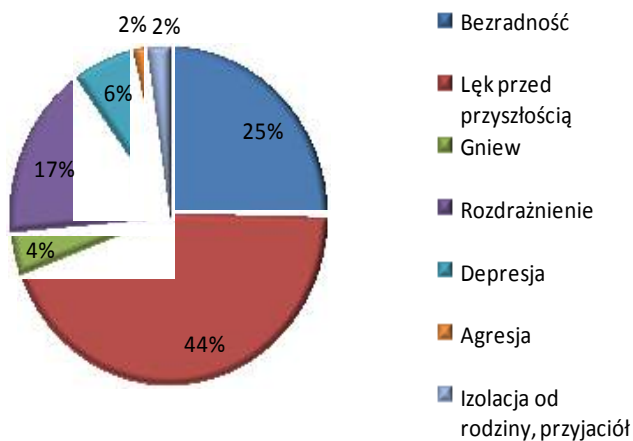


Ryc. 27. Opinie respondentek na temat swojego życia towarzyskiego

Tab. V. Forma spędzania czasu przez respondentki przed i po zabiegu mastektomii

Czynności	Przed zabiegiem		Po zabiegu	
	N	%	N	%
Wycieczki zagraniczne	21	5%	13	3%
Aktywne spędzanie czasu	81	21%	71	16%
Kino, Teatr, Opera	50	13%	53	12%
Basen	21	5%	40	9%
Telewizja, Radio, Internet	71	18%	122	28%
Gry planszowe, Karty	8	2%	11	3%
Czytanie książek	79	20%	87	20%
Słuchanie muzyki	58	15%	73	17%

* Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnej odpowiedzi

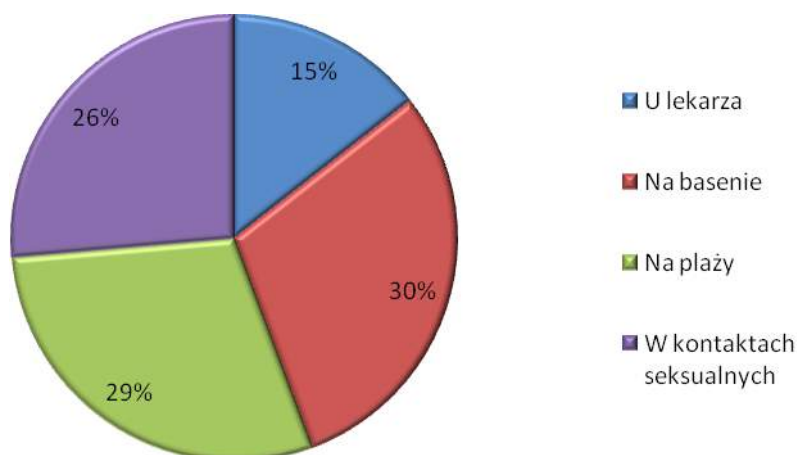


Ryc. 28. Dolegliwości sfery psychicznej po przebytym zabiegu mastektomii w opinii respondentek



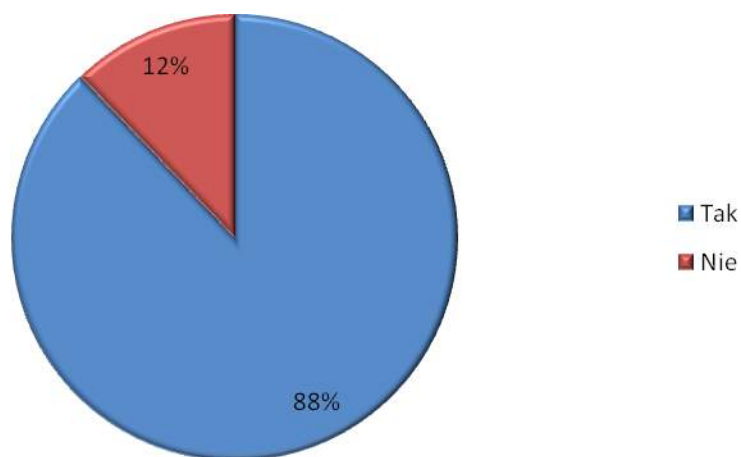
Ryc. 29. Opinie respondentek na temat korzyści pomocy psychologa

Wśród badanych respondentek 30% określiło, że ma problem z eksponowaniem swojego ciała na basenie, zaś najmniejszym problemem była wizyta u lekarza 15% (Ryc.30). Zdecydowana grupa badanych kobiet przynależała do Klubu Amazonek - 88% (Ryc.31).

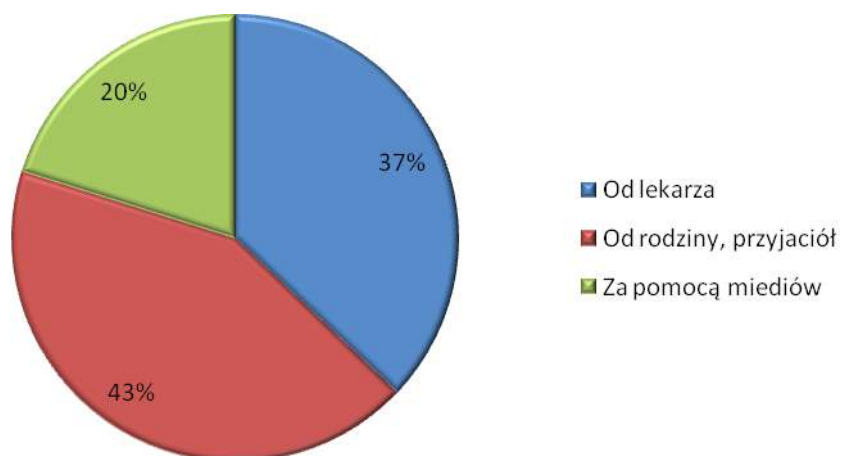


Ryc. 30. Opinie respondentek na temat problemu eksponowania ciała w określonych sytuacjach

Zdaniem 43% kobiet najczęstszym sposobem uzyskania wiedzy na temat Klubu Amazonek jest rodzina i przyjaciele, a najmniejsza formą informacji są media 20% (Ryc.32).



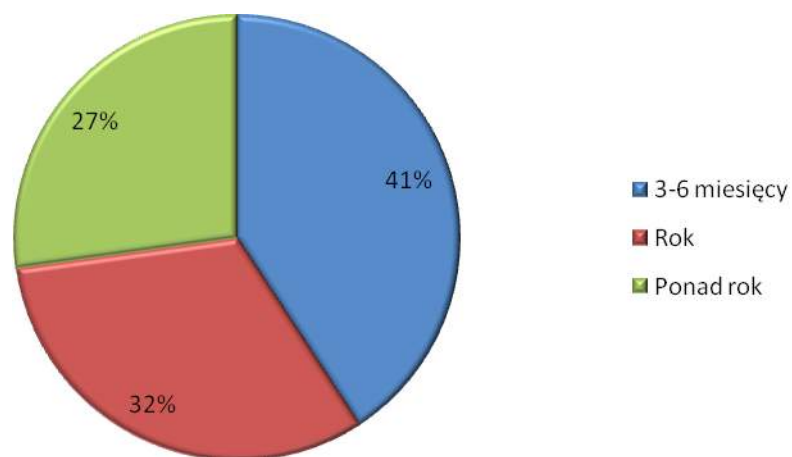
Ryc. 31. Przynależność do Klubu Amazonek w opinii respondentek



Ryc. 32. Sposób uzyskania informacji przez respondentki o Klubie Amazonek

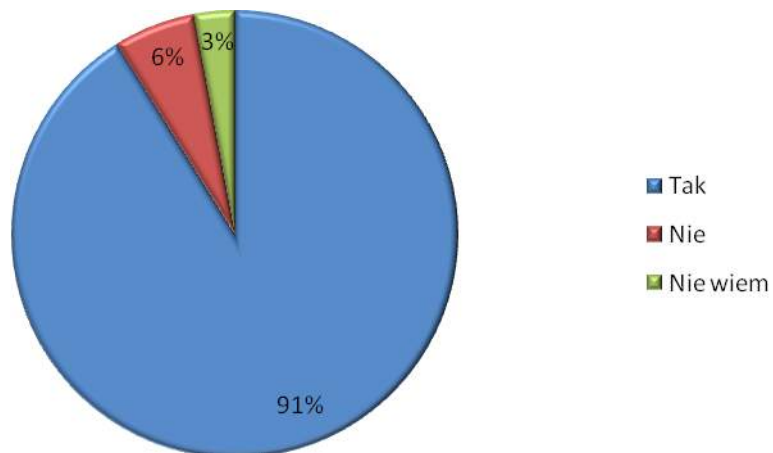
Z analizy danych wynika, że 41% kobiet wstąpiło do Klubu Amazonek po 3-6 miesiącach od upłynięcia operacji, natomiast 27% kobiet potrzebowała na tą decyzję ponad roku (Ryc.33).

Z analizy danych wynika, że 41% kobiet wstąpiło do Klubu Amazonek po 3-6 miesiącach od upłynięcia operacji, natomiast 27% kobiet potrzebowała na tą decyzję ponad roku (Ryc.33).



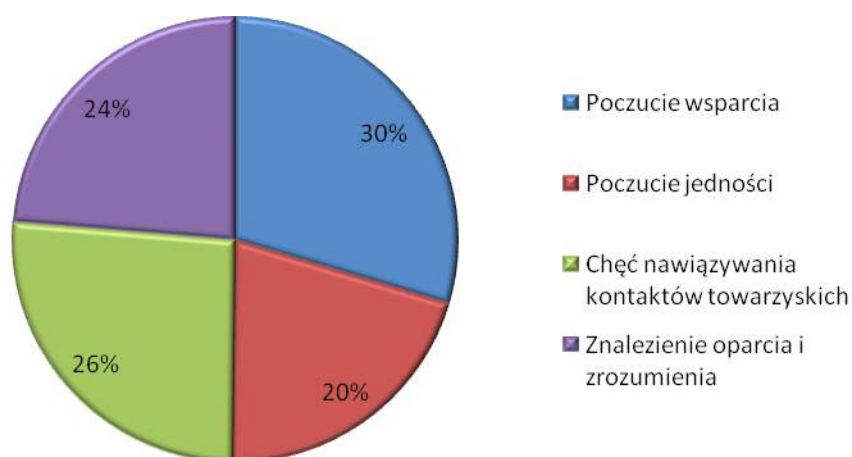
Ryc. 33. Czas od wstąpienia do Klubu Amazonek po zabiegu mastektomii w opinii respondentek

Zdecydowana większość 91% kobiet uważała, że przynależność do Klubu Amazonek ma korzystny wpływ na ich samopoczucie (Ryc.34).



Ryc. 34. Wpływ przynależności do Klubu Amazonek na samopoczucie w opinii respondentek

Z danych przedstawionych na Rycinie 35 wynika, że 30% kobiet odczuwa poczucie wsparcia będąc w Klubie Amazonek, a 20% odczuwa poczucie jedności płynące od działaczek Klubu.



Ryc. 35. Opinia respondentek na temat przynależności do Klubu Amazonek

Dyskusja

Jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Polsce jest nowotwór piersi. Zachorowalność szacuje się na ok 17%, która stale wzrasta. Kobiety w wieku okołomenopauzalnym są najbardziej narażone na zachorowanie. Główną metodą leczenia nowotworu piersi jest mastektomia. Po utracie piersi kobieta może odczuwać niską samoocenę, brak akceptacji swojego ciała oraz lęk przed relacjami seksualnymi z partnerem. Dlatego głównym działaniem profilaktycznym mającym na celu poprawę samooceny jest wsparcie psychiczne oraz społeczne [1,2,3,50- 54].

Badanie własne zostało przeprowadzone w populacji 116 kobiet po przebytej mastektomii zrzeszonych w Klubie Amazonek w Białymstoku oraz wśród kobiet, u których prowadzona jest rehabilitacja w Zakładzie Rehabilitacji Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Na podstawie badań własnych wykazano, że w badanej populacji kobiet po mastektomii ponad połowa 54% respondentek posiadała wykształcenie średnie, zaś zaledwie 17% skończyła szkołę podstawową.

Leczenie nowotworu piersi jest bardzo złożone i długotrwałe, dlatego ogromną rolę odrywa czas rozpoznania choroby. Wykrycie raka piersi we wczesnym stadium jest możliwe za pomocą wielu badań przesiewowych, które są prowadzone w całej Polsce i na świecie. Z analizy własnych badań wynika, że najlicniejszą grupą badawczą 26% stanowiły kobiety,

które wykonały badanie profilaktyczne takie jak mammografia, następnym badaniem było samobadanie piersi 22%, zaś żadna z respondentek nie wykonała sonomammografii.

Stadnicka i współautorzy wykazali, że kobiety początkowe zmiany w gruczole piersiowym zaobserwowały podczas samobadania piersi 42,15%, zaś co u piątej kobiety badanej za pomocą mammografii 20,66%. Dość wysoki odsetek stanowiły kobiety, u których nowotwór piersi rozpoznano przypadkowo 29,75%, lub podczas badania ginekologicznego 7,44% kobiet dowiedziało się o nowotworze [1,34].

Z przeprowadzonych badań Musiał i współautorów stwierdzono, iż najczęstszym wykonywanym badaniem profilaktycznym raka piersi było samobadanie piersi 60,0%, zaś niepokojącym faktem jest to, że mammografia wykazała jedynie 11,4% nowotworów [52].

Z analizy badań własnych wynika, że ponad połowa badanych kobiet 61% stwierdziła, że czas od rozpoznania choroby do wykonania mastektomii mieścił się w zakresie 3 miesięcy, zaś najmniej liczną grupą 6% były kobiety, u których czas sięgał 12 miesięcy, jak i ponad rok.

Na podstawie badań zorganizowanych przez Kalinowskiego i współautorów w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej oraz w Stowarzyszeniu Amazonki w Lublinie wykazano, że u 40% kobiet badanych zabieg chirurgicznego usunięcia gruczołu piersiowego został wykonany na pograniczu 6 miesięcy od rozpoznania choroby do przeprowadzenia zabiegu, kolejną grupą były kobiety, u których zabieg mastektomii wykonano w przeciągu tygodnia 11% [37].

W badaniach własnych można stwierdzić, że w badanej populacji u 37% kobiet okres po przebyciu mastektomii sięgał powyżej 10 lat, natomiast u 15% respondentek wynosił poniżej 1 roku.

Pawlik i współautorzy stwierdzili, że u 32,08% kobiet zabieg mastektomii był wykonany w przeciągu 6 miesięcy, u 30,62% kobiet w ciągu 12 miesięcy. Natomiast 32,87% respondentek zadeklarowało, że jest po okresie 2 lat od zabiegu, zaś 28,25% powyżej 5 lat [40].

Własne wyniki badań wykazały, iż u 65% respondentek został przeprowadzony zabieg całkowitej mastektomii, zaś u zaledwie 3% wystąpiła zmodyfikowana radykalna mastektomia.

Na podstawie badań Zdończyk i współautorów można ocenić, że najczęstszym wykonywanym zabiegiem chirurgicznym była mastektomia z rekonstrukcją piersi 63,4%, zaś u jedynie 14,2% kobiet zastosowano operację oszczędzającą [11].

Mroczek i współautorzy stwierdzili na podstawie badań, iż zabieg mastektomii został wykonany u 78,6% badanych kobiet, natomiast operację oszczędzającą wykonano u 17%

respondentek, a jedynie u prawie 3% badanych wykonano mastektomię z rekonstrukcją piersi [49].

Z analizy badań Musiał i współautorów można określić, że u 95,7% kobiet najczęściej wykonywanym zabiegiem była mastektomia radykalna przeprowadzana w przedziale wiekowym 45-54 lat [52].

Badania Wierzbickiej i współautorów wykazały, że mastektomię z usunięciem węzłów chłonnych pachowych wykonano u ponad 54,3% kobiet, natomiast zabieg chirurgiczny oszczędzającego usunięcia nowotworu wykonano u 22,9% respondentek [35].

Z analizy badań Cichońskiej i współautorów przeprowadzonych na oddziale Chirurgii Onkologicznej, Radioterapii i Chemioterapii w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach stwierdzono, że u 54% u respondentek został przeprowadzony zabieg oszczędzający, kolejną formą leczenia było wykonanie radykalnej mastektomii u 18% kobiet, a jedynie u 8% zastosowano modyfikowaną radykalną mastektomię [34].

Z własnych badań wynika, iż w grupie 34% respondentek zastosowanym leczeniem dodatkowym była hormonoterapia, a u 31% kobiet zastosowano zarówno chemioterapię, jak i radioterapię. Załedwie u 3% kobiet nie zastosowano żadnego leczenia dodatkowego.

W badaniach Cichońskiej i współautorów stwierdzono, że kobiety wymagały zastosowania terapii wspomagającej. Leczeniem dodatkowym u 60% kobiet była chemioterapia, u 46% respondentek radioterapia, zaś terapię hormonalną zastosowano u 30% kobiet [34].

Łepecka-Klusek i współautorzy z opracowanych badań w Oddziale Radioterapii z Pododdziałem Chemioterapii w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, w Lubelskim Stowarzyszeniu Amazonek oraz w Stowarzyszeniu Kobiet po Leczeniu Raka Piersi „Amazonki” w Zamościu wykazali, iż w najczęstszą metodą leczenia była chemioterapia 34,5%, następnie radioterapia 29%, a najmniej stosowaną metodą leczenia była hormonoterapia załedwie w 14,5% [54].

Na podstawie własnej analizy badań można stwierdzić, iż u prawie połowy badanych kobiet 42% najczęstszym objawem niepożądanym po zabiegu mastektomii był ból, a załedwie u 1% kobiet był to fantomowy ból piersi oraz zakażenie rany bądź krwawienie 2%.

Na podstawie badań Cichońskiej i współautorów można stwierdzić, że u 28% badanych kobiet, najbardziej odczuwalnym powikłaniem było mrowienie i drętwienie kończyny po stronie operowanej. Kolejnymi objawami niepożądanym po zabiegu było w 16% brak siły fizycznej, w 22% ból z obrzękiem ręki [34].

Z analizy wyników badań Musiał i współautorów wynika, że do najczęstszych objawów po zabiegu mastektomii można zaliczyć ból, który stanowił problem u ponad 68,6% kobiet. Następnym objawem zdaniem respondentek w 60% był obrzęk kończyny operowanej oraz upośledzona sprawność ręki po stronie nowotworu w 52,9% [52].

Rehabilitacja kobiet po mastektomii jest kluczowym elementem w dziedzinie onkologii. Mastektomia wywołuje wiele niekorzystnych zmian w ciele i funkcjonowaniu organizmu. Celem rehabilitacji jest poprawa jakości życia kobiet po mastektomii, poprzez usprawnienie kobiet po zabiegu za pomocą wielu ćwiczeń ruchowych [37].

Na podstawie analizy badań własnych można stwierdzić, że w badanej populacji 56% kobiet uczęszczało na zabiegi rehabilitacyjne 2-3 razy w miesiącu, a najmniejszą grupą kobiet stanowiły te, u których przeprowadzano rehabilitację 2-3 razy w miesiącu, co stanowiło 4% i raz w miesiącu 5%.

Z analizy wyników badań przeprowadzonych przez Kalinowskiego i współautorów wykazano, że u 65% kobiet rehabilitację rozpoczęto tuż po zabiegu operacyjnym, a jedynie u 14% tydzień po zabiegu chirurgicznym [37].

Z badań Wierzbickiej i współautorów wynika, że ponad 92,9% kobiet po zabiegu mastektomii została poinformowana o konieczności rehabilitacji, w tym 85,7% kobiet stosuje się do zaleceń i wykonuje codziennie ćwiczenia usprawniające, a jedynie 14,3% nie stosuje się do nich [35].

W badaniach własnych analizowano także rodzaje wykonywanej rehabilitacji po zabiegu. Stwierdzono, iż u 42% kobiet zastosowanym rodzajem rehabilitacji były ćwiczenia usprawniające, masaż limfatyczny 35%, zaś światłolecznictwo i magnetoterapia nie była przeprowadzana.

Kalinowski i współautorzy w badaniach przeanalizowali wpływ rodzaju rehabilitacji na efekty w samoobsłudze po zabiegu mastektomii. Z badań wynika, że 81% kobiet wykonywała ćwiczenia fizyczne, 64% masaże, a żadna z kobiet nie odczuwała potrzeby w zastosowaniu terapii elektrolecznictwa. U ponad 29% respondentek zastosowano psychoterapię razem z rehabilitacją [37].

Z badań własnych wynika, iż największą grupą 88% respondentek stanowiły kobiety, u których rehabilitacja znacznie poprawiała samopoczucie i możliwości wykonywania prac życia codziennego. Najmniej liczną grupą stanowiły kobiety, które nie wiedziały czy różnica w samopoczuciu po rehabilitacji w konkretnym stopniu wpłynęła na wykonywanie prac życia codziennego (5%).

Według badań Kalinowskiego i współautorów stwierdzono, że 87% kobiet zdecydowanie uważa, że rehabilitacja jest potrzebną, nieodzowną metodą leczenia i usprawniania kobiet po przebytym zabiegu usunięcia piersi, a jedynie 13% kobiet uważa, że raczej jest potrzebna, by odczuwać korzyści w samoopiece i samopielęgnacji [37].

Z analizy własnych badań zdecydowana większość kobiet 90% otrzymała informacje na temat czynności, które nie są wskazane po zabiegu mastektomii, natomiast 5% stanowiły respondentki, które nie wiedziały bądź personel medyczny nie udzielił im żadnych informacji.

Na podstawie badań Cichońskiej i współautorów można stwierdzić, że personel medyczny informował respondentki o wszelkich zaleceniach dotyczących dalszego funkcjonowania w życiu codziennym. U 88% kobiet personel medyczny poinformował respondentki o prawidłowym układaniu kończyny operowanej, by zminimalizować możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego, w tym 86% badanych kobiet oznajmiła, że posiada wiedzę dotyczącą wykonania automasażu oraz 88% respondentek uzyskała informację o czynnościach, których nie należy wykonywać po operacji np. dźwiganie, wykonywanie wkluc dożylnych po stronie operowanej, opalanie się, przeciążanie [34].

Z analizy wyników własnych stwierdzono, że u 54% kobiet czas powrotu do sprawności fizycznej osiągał pół roku, a 4% 3-6 tygodni.

Na podstawie analizy wyników badań Musiał i współautorów można stwierdzić, że ponad połowa respondentek nie wróciła do pracy zawodowej po mastektomii (57,1%). Sprawność fizyczna kobiet w 55,7% została zmniejszona poprzez zabieg chirurgicznego usunięcia gruczołu piersiowego, dlatego respondentki nie były w stanie wrócić do pracy zawodowej po zabiegu mastektomii, co wiąże się z gorszą sytuacją finansową [52].

Analiza wyników badań własnych wykazała, że 44% respondentek oceniła własny stan zdrowia po zabiegu mastektomii jako dobry, a jedynie 1% ankietowanych samopoczucie określała jako złe.

Cichońska i współautorzy stwierdzili że 38% kobiet oceniła swój stan zdrowia po zabiegu mastektomii jako gorszy, a 20% jako lepszy, zaledwie 8% jako dużo lepszy niż przed zabiegiem [34].

Nowotwór piersi dla kobiety jest ogromnym przeżyciem i lękiem o własne zdrowie i życie. Utrata piersi jest równoznaczna z utratą atrybutu kobiecości, co może stać się bardzo bolesne dla wielu kobiet. Z badań własnych wynika, że najczęstszą reakcją na informację o rozpoznaniu nowotworu był strach 21% i lęk 18%, zaś najrzadszym odczuciem u kobiet zaobserwowano brak nadziei na dalszy los. Z kolei najczęstszą obawą kobiet po wykonanym

zabiegu mastektomii był nawrót choroby 57%, a najmniejszą obawą brak akceptacji wyglądu ze strony rodziny bądź przyjaciół 2%.

Z analizy badań Musiał i współautorów wynika, że kobiety po mastektomii odczuwają wiele emocji. W największym stopniu odczuwały lęk, strach oraz zagubienie 67,1%, następnymi dolegliwościami była depresja i obniżenie nastroju 42,9%, zaś wrogość do społeczeństwa i żal stanowił 21,4%, najmniejszą obawą kobiet było podjęcie życia seksualnego zaledwie 8,6% [52].

Mroczek i współautorzy wykazali, że najczęstszą reakcją kobiet na informację o chorobie nowotworowej było przerażenie 38%, następnie lęk 24,3%. Kobiety w 18,4% odczuwały złość, zaś w 14,6% odczuwały przygnębienie i w 13,6% gniew [49].

Z badań przeprowadzonych przez Łepecka-Kłusek i współautorów wykazano, że najczęstszą reakcją na informacje o chorobie nowotworowej u kobiety z wysokim i niskim poczuciem koherencji był lęk w 66,7 %, zaś rozpacz u kobiet pojawiła się w 68,2% z niskim poczuciem koherencji, a depresja w 84,6% [54].

Stadnicka i współautorzy wykazali, iż lęk był najczęstszym uczuciem pojawiającym się u kobiet w czasie diagnozy. Stwierdzono, że do najważniejszych przyczyn lęku należy: 20,32% długotrwała i uciążliwa walka z chorobą, 16,86% śmierć oraz 10,16% nawrót choroby. Najmniej liczną grupą kobiet były te, które uważały, że lęk może spowodować komplikacje w życiu osobistym, rozbiecie rodziny oraz pojawienie się niepełnosprawności 1,62% [1].

Z analizy wyników własnych wynika, że 38% respondentek oceniła własną sytuację finansową po zabiegu mastektomii na dość dobrą, a żadna osoba nie potwierdziła bardzo złej sytuacji. Kolejnym aspektem oceny jakości życia kobiet po mastektomii była sytuacja zawodowa, 32% kobiet oceniła ją na dość dobrą, zaś tylko 3% na bardzo dobrą. Stwierdzono, że życie seksualne kobiet po mastektomii w 29% jest przeciętne, a zaledwie 3%, że bardzo dobre.

Na podstawie badań Musiał i współautorów uzyskano profil w trzech dziedzinach życia środowiskowego, fizycznego i społecznego, co wpływa na jakość życia kobiet po mastektomii. Najliczniejszą grupą badanych były kobiety, które stwierdziły, że ból w 58,6% trochę je ogranicza, a jedynie 2,8% ból opanowuje je bardzo mocno, co ogranicza je w życiu codziennym. Kobiety po mastektomii wykazały, że w relacjach społecznych i osobistych w 54,3% jest zadowolona, a jedynie w 10% niezadowolona. W sferze seksualnej wykazano, iż kobiety w 51,5% ani nie są zadowolone, ani nie są niezadowolone ze swego życia seksualnego, a 1,4% jest bardzo niezadowolona z życia erotycznego. U prawie połowy

respondentek sytuacja finansowa jest wystarczająca, by zadowolić swoje potrzeby, a jedynie 1,4% ma całkowicie wystarczająco środków finansowych, by godnie żyć [52].

Z analizy badań własnych wykazano, że 36% kobiet po zabiegu mastektomii unikała kontaktów seksualnych z partnerem, a 30% nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie. Zdecydowana większość kobiet 49% uważała, że nie zauważyła różnicy w kontaktach seksualnych, a 19% respondentek unikała kontaktów seksualnych.

Z badań przeprowadzonych przez Stadnicką i współautorów wynika, że u 38,02% kobiet aktywność seksualna nie uległa zmianie z okresem sprzed choroby. Co trzecia kobieta przyznaje się, że kontakty seksualne z partnerem są bardzo złe, natomiast 26,45% kobiet nie prowadzi życia seksualnego [1].

Mroczek i współautorzy wykazali, że bez względu na wiek kobiety po mastektomii odczuwają w 33% uczucie przyjemności z życia seksualnego, 29% kobiet odczuwa czułość do swojego partnera, zaś co piąta kobieta czuje ciepło i bliskość w kontaktach seksualnych. 18% respondentek twierdzi, że nadal odczuwa pożądanie i atrakcyjność u swoich partnerów, a jedynie 9,2% czuje wstyd, lek i ból w kontaktach seksualnych [49].

Z analizy własnych badań wynika, że zdecydowaną większość 49% kobiet stanowiły te, które nie potrzebowały pomocy psychologa, natomiast 9% respondentek nadal korzysta bądź korzystała i była zadowolona z porad psychologa.

Analiza wyników Wierzbickiej i współautorów wykazała, że kobiety po mastektomii w (71,4%) nie korzystały z pomocy psychologicznej, a zaledwie 28,6% respondentek stwierdziła, że udzielono im porady psychologa [35].

Analiza własnych wyników wykazała, iż wśród badanych respondentek 30% określiło, że ma problem z ekspozycją własnego ciała na basenie, zaś najmniejszym problemem była wizyta u lekarza 15%.

Mroczek i współautorzy wykazali, że 48,5% kobiet ma problem oglądania własnego nagiego ciała, w tym 37,9% kobiet odczuwało zdecydowane skrępowanie w towarzystwie partnera, a jedynie 25,24% nie miała z tym problemu [49].

Akceptacja wyglądu swojego ciała po mastektomii jest bardzo ważnym elementem w życiu kobiety. W większości przypadkach kobiety po usunięciu piersi akceptują ten fakt. Musiał i współautorzy stwierdzili, że 71,4% kobiet zaakceptowało utratę piersi, co za tym idzie swój wygląd fizyczny (40%). Jedynie 28,6% kobiet nadal nie akceptuje choroby i utraty piersi [52].

Na podstawie badań Mroczek i współautorów można stwierdzić, że 57% kobiet przyzwyczała się do życia z nowotworem piersi, a 13% nie pogodziła się z sytuacją, że są chore na nowotwór [49].

Pawlik i współautorzy stwierdzili, że kobiety w momencie rozpoznania nowotworu w 92,59% nie zaakceptowały choroby. Po upływie 6 miesięcy od zabiegu mastektomii 22% kobiet zmieniło zadanie dotyczące akceptacji choroby, tłumacząc się potrzebą czasu [35].

Ta decyzja wymaga czasu, dlatego respondentki w 22% zaakceptowały tę chorobę po 6 miesiącach od upływu operacji [40].

Z analizy badań własnych wynika, iż zdecydowana grupa respondentek przynależała do Klubu Amazonek 88%, zaś zaledwie 12% kobiet nie uznała tego za konieczność. W tym 43% kobiet dowiedziało się o istnieniu Klubu Amazonek od rodziny i przyjaciół, a zaledwie 20% respondentek uzyskało informację od mediów. Przynależność do Klubu Amazonek w 30% daje poczucie wsparcia, a 20% poczucie jedności płynące od działaczek Klubu.

Kobiety po przebytym zabiegu mastektomii oczekują wsparcia, pomocy ze strony innych w szczególności w sytuacjach stresowych oraz pomocy w obniżeniu lęku, który towarzyszy im przez cały czas choroby. Kluby Amazonek oferują kobietom wiele pozytywnych emocji oraz wszelkich informacji na temat ich jednostki chorobowej. Często kobiety wstydzą się rozmawiać o swoich problemach z rodziną i przyjaciółmi, a w Klubie odblokowują się i mogą znaleźć oparcie i zrozumienie [34].

Według Stadnickiej i współautorów prawie trzy czwarte (69,15%) badanych kobiet jest zrzeszonych w Klubach Amazonek, a 27,77% nie przynależała do grup wsparcia oraz nie współdziałała na rzecz pomocy kobietom po zabiegu mastektomii [1].

Jakość życia każdej z chorych kobiet decyduje o możliwości przewartościowania celów życiowych, przekonań i dążeń do zaspokajania podstawowych potrzeb w życiu człowieka. Umiejętność radzenia sobie ze stresem, jak i funkcjonowanie w zupełnie innych warunkach zależy od psychiki kobiety. Choroba nowotworowa oraz zmiany w poszczególnych narządach w tym przypadku w piersiach, mogą naruszyć aspekt atrakcyjności kobiety. Osoby chore na nowotwór piersi dużą wagę przywiązują do swojego wyglądu, a także do tego, jak inni je oceniają oraz postrzegają [28].

Wnioski

1. W badanej grupie respondentek stwierdzono, że wiek nie wpływa na prowadzenie samoopieki oraz samopielęgnacji po zabiegu mastektomii;

2. Zdecydowana większość kobiet po zabiegu mastektomii odczuwała bezsilność z powodu mniejszej funkcjonalności organizmu;
3. Najczęstszą reakcją na informację o nowatorze piersi u kobiet był strach oraz szok, który znacząco wpływa na stan psychiczny kobiet;
4. U większości kobiet po zabiegu mastektomii nie zaobserwowano różnicy w kontaktach seksualnych, co ma wpływ na jakość życia

Piśmiennictwo

1. Stadnicka G., Pawłowska-Muc A., Bańkowska B., Sadowska M.: Jakość życia kobiet po amputacji piersi, *European Journal of Medical Technologies*, 2014, 4, 5, 8-14.
2. Murawa D., Dyzmann-Sroka A., Kycler W., Lamch K., Kubiak A., Jędrzejczak A., Trojanowski M., Szczepański Ł. (red.): ABC Raka piersi. Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.
3. Bartczak A., Dziedziczak-Buczyńska M.: Wybrane zagadnienie z epidemiologii, anatomii i terapii raka piersi, *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2012, 2, 36-40.
4. Piekarski J.H.: Szczególne postacie kliniczne nowotworów złośliwych piersi, *Current Gynecologic Oncology*, 2012, 10, 4, 326-336.
5. Pietrzyńska T., Podwińska E., Olejek A., Turek S., Mazur J.: Rys historyczny leczenia raka piersi, *Gazeta Ginekologia*, 2007, 5, 4, 208- 217.
6. Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B. (red.): Rak piersi w Polsce- leczenie to inwestycja, Polskie Towarzystwo Do Badań Nad Rakiem Piersi, Warszawa, 2014.
7. Winczura P., Senkus-Konefka E., Jassem J.: Polskie i międzynarodowe zalecenia dotyczące leczenia raka piersi, *Nowotwory Journal of Oncology*, 2013, 63, 1, 58-65.
8. Ridan T., Ślęzkowska J., Sobota M., Ochałek K.: Ocena profilaktyki raka piersi oraz jakości życia w opinii kobiet po jednostronnej mastektomii zrzeszonych w klubach amazonek, *Zdrowie Publiczne*, 2011, 121, 1, 32-36.
9. Jeznach M., Jordan P., Akoulitchew A.: Rak piersi- rozwój wczesnej diagnostyki nieinwazyjnej w celu ograniczenia umieralności i złagodzenia konsekwencji psychologicznych choroby, *Psychoonkologia*, 2013, 2, 35-49.

10. Ziółkowska E., Łożyńska-Podhrebela D., Zarzycka M., Małkowska B.: Badanie PET/CT w kompleksowej ocenie pacjentki po leczeniu raka piersi- opis przypadku, *Współczesna Onkologia*, 2007, 11, 2, 89- 91.
11. Zdończyk S.A., Rynkiewicz M.: Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 5, 56, 153- 158.
12. Ryś J., Wysocki W.M., Chmielik E., Olszewski W.P.: Rodzaje operacji wykonywanych u chorych na raka piersi ,*Polish Journal of Pathology*, 2009, 3(S1), S20-S25.
13. Wysocki W.M., Herman K.: Postępowanie chirurgiczne w przypadku nowotworu miejscowego po leczeniu oszczędzającym raka piersi- mastektomia czy ponowne miejscowe wycięcie., *Nowotwory Journal of Oncology*, 2014, 64, 2, 163-168.
14. Stępień R.B.: Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym para piersi- mastektomii, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2007, 15, 1, 20- 25.
15. Bąk M., Cieśla S.: Ocena zaburzeń postawy ciała kobiet po radykalnej amputacji z jednoczasową rekonstrukcją piersi, *Fizjoterapia*, 2009, 17, 1, 30-37.
16. Połom K., Murawa D.: Nowe wyzwania w leczeniu lokoregionalnym raka gruczołu piersiowego- część II, *Farmacja Współczesna*, 2010, 3, 135- 138.
17. Mazurek E.: Amazońskie dylematy. Powody rezygnacji kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi z zabiegu rekonstrukcji piersi, *Psychoonkologia*, 2014, 3, 97-105.
18. Pieńkowski T. (red): Rak piersi leczenie ogólnoustrojowe, Wydawnictwo Medmedia, Warszawa, 2011.
19. Pieńkowski T.: Rak piersi- wybrane aspekty leczenia systemowego, *Polish Journal of Pathology*, 2014, 65, 4, S1-S8.
20. Mituś J., Wysocki W.M., Wojewoda T., Kojos Z.: Rzadkie nowotwory złośliwe gruczołu piersiowego, *Current Gynecologic Oncology*, 2011, 9, 1, 38-46.
21. Koper A. (red.): Pielęgniarstwo Onkologiczne. Podręcznik dla studentów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
22. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
23. Nowicki A. (red): Pielęgniarstwo Onkologiczne, Wydawnictwo Medyczne terMedia, Poznań, 2009.

24. Kołodziejczyk A., Zegarski W., Kopeć M.: Ocena postawy ciała i sprawności kończyny górnej u kobiet po zabiegu chirurgicznym w obrębie gruczołu piersiowego, *Postępy Nauk Medycznych*, 2015, 28, 7, 509-514.
25. Karczmarek-Borowska B., Czaja E., Golon K.: Aktywność fizyczna kobiet po mastektomii, *Wydawnictwo UR*, 2015, 13 ,3, 223-231.
26. Ridan T., Zdebska S., Ogrodzka K., Opuchlik A.: Ocena poziomu aktywności fizycznej kobiety po zabiegu jednostronnej mastektomii, *Problemy Higieny Epidemiologicznej*, 2015, 96 ,1, 181-186.
27. Madetko R., Ćwiertnia B.: Rehabilitacja po mastektomii, *Problemy pielęgniarstwa* 2008, 16, 4, 397-400.
28. Tasiemski T., Kujawa M., Pokaczajło J.: Jakość życia kobiet po mastektomii, *Fizjoterapia*, 2009, 17 ,4, 48-58.
29. Rzepka K., Nowicki A.: Rola pielęgniarki w postępowaniu z zespołem zmęczenia u chorych na raka piersi, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012, 20 1, 133-136.
30. Lis K., Rębak D.: Aktywność fizyczna kobiet po mastektomii z Klubu „Amazonki” w Kielcach, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 3, 57, 262-266.
31. Drzał-Grabiec J., Rachwał M., Walicka-Cupryś K.: Postawa ciała kobiet po mastektomii, *Onkologia Polska*, 2013, 16, 1, 11-15.
32. Kurowska K., Adamczyk I.: Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi, *Current Gynecologic Oncology*, 2014, 12, 4, 278- 289.
33. Kaźmierczak U., Bułatowicz I., RadziwińskaA., Strojek K., Żukow W.: Zaburzenia psychofizyczne występujące u kobiet po mastektomii, *Journal of Health Sciences*, 2013, 3, 10, 337-346.
34. Cichońska M., Maciąg D., Zdyb D.: Poziom i zakres wsparcia udzielanego przez personel pielęgniarstwa kobietom z nowotworem piersi po mastektomii, *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, 2013, 1, 37-69.
35. Wierzbicka B., Urban J.: Analiza wczesnych powikłań u kobiet poddanych leczeniu chirurgicznemu i rehabilitacji raka piersi, *Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży*, 2013, 52, 91-102.
36. Kozak D., Smoczyńska M.: Psychofizyczna rehabilitacja pacjentek w wieku podeszłym leczonych operacyjnie z powodu raka piersi, *Hygeia Public Health*, 2012, 47, 2, 139-144.
37. Kalinowski P., Krawulska A.: Rola fizjoterapii po mastektomii w opinii pacjentek, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, 18, 4, 291-296.

38. Pytka D., Spych M.: Jakość życia pacjentek po zabiegu mastektomii, *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2012, 4, 42-49.
39. Milik A.: Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu, *Psychoonkologia*, 2013, 2, 50-55.
40. Pawlik M., Karczmarek-Borowska B.: Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2013, 7, 203-211.
41. Kurowska K., Balas E.: Poczucie koherencji a przystosowanie się do życia u kobiet po mastektomii, *Current Gynecologic Oncology*, 2013, 11, 3, 191-201.
42. Kurowska K., Kaławska H.: Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u kobiet, *Current Gynecologic Oncology*, 2013, 11, 2, 115–124.
43. Ogińska-Bulik N.: Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej- rola prężności, *Polskie Forum Psychologiczne*, 2010, 15, 2, 125-139.
44. Olszewski J.K., Szczukiewicz P.: Osobowościowe korelaty radzenia sobie ze stresem u osób dotkniętych chorobą nowotworową na tle grupy porównawczej, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2014, 14, 3, 188-195.
45. Papuć E.: Jakość życia- definicja i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 2011, 12, 2, 141-145.
46. Zegarski W., Głowacka I., Ostrowska Ż.: Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23, *Nowotwory Journal of Oncology*, 2010, 60, 6, 532-535.
47. Ślubowska M., Ślubowski T.: Problemy psychosocjalne w raku piersi, *Psychoonkologia*, 2008, 1, 14-25.
48. Pacian A., Pakuła E., Gomółka S., Krackowski J.J.: Przegląd populacji kobiet zrzeszonych klubach amateurek oraz analiza ich sytuacji zawodowej i finansowej przed i po przebytym zabiegu mastektomii, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19, 3, 356- 361.
49. Mroczek B., Kurpas D., Grochans E., Kuszmar G., Rotter I., Żułka- Bączkowska K., Karkiewicz B.: Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka, *Psychiatria Polska*, 2012, 46, 1, 51-61.
50. Skrzypczyk-Ostaszewicz A., Jagielska B., Śpiewankiewicz B., Osuch B.: Rak piersi współistniejący z ciążą, *Current Gynecologic Oncology*, 2014, 12, 1, 14-24.

51. Wybraniec- Lewicka B., Szpringer M., Czerwiak G., Michalska M., Ciura E.: Styl życia kobiet po mastektomii, *Studia Medyczne*, 2008,10, 27-30.
52. Musiał Z., Sendeczka W., Zalewska-Puchała J.: Jakość życia kobiet po mastektomii, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21, 1, 38-46.
53. Chałubińska J., Łuniewska-Bury J., Spych M., Fijuth J.: Jakość życia kobiet ze szczególnym uwzględnieniem życia seksualnego w trakcie leczenia i po leczeniu z powodu raka piersi- przegląd piśmiennictwa, *Przegląd Menopauzalny*, 2010, 3, 178-183.
54. Łepecka-Klusek C., Pileska-Kozak A.B., Szyszkowska B., Kozak Ł.A., Surdyka D., Skwarek E.: Poczucie koherencji u kobiet leczonych z powodu patologii gruczołu piersiowego, *Hygeia Public Health*, 2014, 49, 1, 107-112.

Wybrane aspekty leczenia kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi

Grzybowska Angelika¹, Kowalczuk Krystyna²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Studia II stopnia kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Z literatury wynika, że nowotwory złośliwe (łac. *cancer*, gr. καρκινος – „rak, krab morski”) w wielu krajach świata stanowią czołowy problem epidemiologiczny jak i społeczny. Międzynarodowa Agencja do Badań nad Rakiem (IARC- *International Agency for Research on Cancer*) w 1965 roku zdefiniowała raka piersi jako chorobę współczesną, typową dla stylu życia wysoko rozwiniętych krajów Europy Zachodniej. W dzisiejszych czasach połowa zachorowań na nowotwór piersi oraz 2/3 zgonów z powodu tej choroby jest dostrzegalna w krajach średnio i nisko rozwiniętych [1].

Głównym problemem niskiej skuteczności leczenia jest niechęć kobiet do badań profilaktycznych. Znaczna liczba kobiet decyduje się na wizytę u lekarza w zaawansowanej chorobie, co determinuje szanse na całkowite wyjście z choroby. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2008 r. na świecie odnotowano 1380000 zachorowań oraz 458 000 zgonów. Najwyższy współczynnik zachorowalności na raka piersi dotyczy Ameryki Północnej, Europy Zachodniej i Północnej, regionów Ameryki Południowej oraz Australii [2].

Nowotwór złośliwy piersi jest jednym z najczęściej występujących nowotworów u kobiet w Polsce. Zachorowalność na tę chorobę stanowi ok 17% i cały czas rośnie. Wiek okołomenopauzalny stanowi większe ryzyko wystąpienia choroby u kobiet. Rokrocznie u ponad 14 000 Polek rozpoznawany jest nowotwór, z czego ponad 5 000 kobiet przegrywa walkę z nim [1,2,3].

Zapadalność na raka piersi u kobiet w Polsce jest zróżnicowana co do miejsca zamieszkania. Najczęściej chorują kobiety z województwa wielkopolskiego i dolnośląskiego, ok. 56/100 000 kobiet. Natomiast niższy współczynnik zachorowalności występuje w województwie podkarpackim - ok. 38/100 000 i świętokrzyskim 41/100 000 kobiet. Wyższe współczynniki zachorowalności mogą być spowodowane stylem życia przyjętym z krajów

Europy Zachodniej. Kobiety z województwa wielkopolskiego rodzą mniej dzieci, decydują się na dziecko w późnym wieku, jak i przywiązują mniejszą uwagę do karmienia piersią. Ich życie skupia się na pracy i karierze, niż na stworzeniu rodziny, co może się wiązać z nieodpowiednim stylem życia i ryzykiem wystąpienia choroby [1,2,3].

Rozwinięcie

Etiologia nowotworu piersi najczęściej nie jest możliwa do ustalenia. Aktualny stan wiedzy sygnalizuje, iż na powstanie raka piersi u kobiet ma wpływ wiele czynników ryzyka. Na podstawie licznych badań można stwierdzić następujące czynniki ryzyka [3,4]:

- **Wiek** - ryzyko zachorowań nasila się wraz z wiekiem, dlatego kobiety po 50. roku życia mają większe prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór piersi. W oparciu o liczne badania można zauważyć, że 32% wszystkich chorych na raka piersi stanowią kobiety w wieku 50-59 lat.
- **Czynniki dziedziczne** - na podstawie badań genetycznych stwierdza się, iż ok 5-10% przypadków raka piersi spowodowane jest mutacją odziedziczoną. Bazowymi genami związanymi z procesem dziedziczenia raka piersi są BRCA1 i BRCA2. Stwierdzenie mutacji genu nie jest równoznaczne z wystąpieniem choroby nowotworowej, ale informuje, iż organizm nosiciela mutacji ma większe prawdopodobieństwo zachorowania na ten nowotwór.

Testy genetyczne powinny być wykonane u kobiet, które zachorowały na jakikolwiek nowotwór oraz posiadające w rodzinie co najmniej 2 osoby chore na nowotwór. Następnym czynnikiem są kobiety, które posiadają w rodzinie osoby poniżej 60. roku życia ze strony jednego z rodziców chorujących na raka piersi. Kobiety planujące hormonalne leczenie zastępcze po menopauzie lub już leczone są narażone na zachorowanie na nowotwór. Kolejną grupą są kobiety, które planują decyzję o stosowaniu hormonów (np. przy antykoncepcji) lub stosujące hormony [2,3,4,5].

- **Obciążenie rodzinne** - zagrożenie zachorowania zwiększa się u kobiet, które posiadają krewnych pierwszego stopnia chorych na nowotwór piersi. Pojawienie się nowotworu w rodzinie u kobiet przed menopauzą stwarza ryzyko trzykrotnego wystąpienia choroby. Ogólnie można stwierdzić, iż ryzyko choroby wzrasta proporcjonalnie do liczby chorych krewnych [3,6].
- **Nowotwór piersi w wywiadzie** - przebyty nowotwór jednej piersi zwiększa ryzyko na rozwój nowotworu drugiej piersi. Zagrożenie to wynosi ok 4,2 do 7% w okresie 10 lat.

Do dodatkowych czynników ryzyka można zaliczyć: czynniki hormonalne, promieniowanie jonizujące, nieodpowiedni styl życia, łagodne choroby gruczołu piersiowego, spożywanie alkoholu, późne macierzyństwo bądź bezdzietność oraz wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki i menopauzy [3,4,5,6].

Klasyfikacja i stopnie zaawansowania nowotworu piersi

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła histopatologiczną (cechy budowy komórek widoczne w badaniach mikroskopowych) klasyfikację raka piersi, która dzieli nowotwory na dwie grupy przedinwazyjne (*nienaciekające, in situ*) oraz inwazyjne (*naciekające*). Wykrycie nowotworu w stadium przedinwazyjnym powoduje, że chorobę można całkowicie wyleczyć. W przypadku drugiej grupy nowotworów inwazyjnych wyleczenie zależy od stopnia zaawansowania raka [5,6].

Najczęściej wykorzystywanym systemem oceny stopnia zaawansowania i rozprzestrzeniania się nowotworu piersi jest międzynarodowy system TNM (T-Tumor, N-Nodes, M- Metastases). Klasyfikacja TNM zawiera informacje o pierwotnej zmianie nowotworowej, stanie węzłów chłonnych, jak i przerzutów do innych części ciała [5,6].

Rokowanie i szanse przeżycia kobiet chorych na raka piersi determinuje stopień zaawansowania nowotworu. Dostosowanie odpowiedniej techniki diagnostyki oraz indywidualnego planu leczenia może powodować większe szanse całkowitego wyleczenia, gdy zostanie on wykryty we wczesnej fazie choroby [5,6].

Rozpoznanie nowotworu piersi

Bazowym elementem oceny nieprawidłowości w piersi jest badanie podmiotowe, czyli szczegółowy wywiad z pacjentką oraz badanie przedmiotowe charakteryzujące się badaniami obrazowymi i dodatkowymi. Badanie podmiotowe polega na uzyskaniu dokładnych informacji na temat dolegliwości, widocznych zmian w obrębie piersi, umiejscowieniu zmian, czynników związanych z rozrodczością, innych przebytych chorób, czynników nasilających dolegliwości, jak i wystąpienie nowotworów w rodzinie [3,7,8].

Badanie przedmiotowe polega na ocenie stanu ogólnego chorego, stanu innych narządów, badania piersi, jak też badania regionalnych węzłów chłonnych. Badanie gruczołu piersiowego należy wykonać w pełnej intymności, aby osoba badana miała jak największy komfort. Pierwszym elementem badania jest oglądanie. Poprzez oglądanie dokonuje się oceny

wielkości, zarysu oraz symetrii gruczołu piersiowego. Podczas badania należy zwrócić uwagę na powstanie uwypukleń bądź zagłębień. Ważnym elementem jest wygląd skóry piersi, lekarz ma na uwadze kolor, ucieplenie, poszerzenie podskórnych naczyń żylnych, owrzodzenie skóry, jej pofałdowanie, wystąpienie tzw. skórki pomarańczowej piersi. Kolejną składową badania jest ocena wyglądu brodawki sutkowej. Dokonywana jest ocena kształtu, koloru i wielkości brodawki. Zwraca się uwagę na wciągnięcie bądź odwrócenie brodawki, pojawienie się owrzodzeń i wycieków z przewodów wyprowadzających [3,7,8].

Drugim elementem badanie jest badanie palpacyjne gruczołu piersiowego. Wykonywane powinno być w pozycji siedzącej i leżącej. Badanie jest przeprowadzone na wszystkich czterech kwadrantach piersi, ogonie Spence'a oraz otoczki brodawki sutkowej. W sytuacji wykrycia guza piersi określone jest położenie guza, kształt, rozmiar, konsystencja, tkliwość oraz ruchomość [7,8].

Charakterystycznym rozpoznaniem nowotworu piersi jest pojawienie się twardego pojedynczego guzka wyczuwalnego dotykiem. Natomiast guzy mnogie są najczęściej prognozą zwyrodnienia torbielowatego bądź odrębnego procesu degeneracyjnego. Guzki twarde są nieregularne kształtem, niebolesne oraz idealnie wpasowane w gruczoł. Guz piersi najczęściej znajdują się w centralnym lub boczno-górnym kwadrancie piersi. Na podstawie licznych badań można stwierdzić, że 15-25% kobiet nie jest w stanie wyczuć guza. Częściej kobiety zaobserwują wyciek z brodawki oraz powiększenie węzłów chłonnych pachowych, niż guzek. Tabela I przedstawia metody służące do rozpoznania nowotworu piersi w grupach wysokiego ryzyka [7,8].

Na podstawie literatury można wyróżnić następujące objawy nowotworu piersi [7,8]:

- wciąganie lub sterczenie brodawki;
- zmiany skórne wokół brodawki;
- obrzęk piersi;
- wciągnięcie trudno przesuwalnego fragmentu skóry- tzw. „pępek rakowy”;
- zmiana wielkości lub kształtu piersi;
- wyciek z brodawki (zwłaszcza krwisty);
- różne zachowanie się piersi podczas unoszenia ramion;
- zaczerwienienie, stwardnienie i zgrubienie skóry;
- owrzodzenie skóry piersi;
- „skórka pomarańczowa”- sygnał nacieczenia włókien sprężystych zdążających do skóry właściwej jest dowodem złośliwości guza;

- powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym;
- poszerzenie żył skóry piersi;
- obrzęk ramion;
- bóle spowodowane przerzutami odległymi;
- płaskie zaczerwienienie skóry w przypadku zaawansowanego tzw. zapalnego raka sutka.

Tabela I. Metody służące do rozpoznania nowotworu piersi w grupach wysokiego ryzyka, Źródło: [2]

Rodzaj badania	Mutacja genu BRAC1/2 nie wystąpiła		Mutacja genu BRAC 1/2 wystąpiła	
	Wiek rozpoczęcia badania	Częstość badania	Wiek rozpoczęcia badania	Częstość badania
Samodzielne samobadanie piersi	25 rok życia	1x w miesiącu	25 rok życia	1x w miesiącu
Badanie lekarskie	25 rok życia	Co 6 miesięcy	25 rok życia	Co 6 miesięcy
Mammografia bądź USG	30 rok życia lub od 5-10 lat przed najwcześniejszym zachorowaniem w rodzinie	1x w roku	25 rok życia	1x w roku
Obrazowanie magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR)	-	-	25 rok życia	1x w roku

Badania obrazowe mają na celu rozpoznanie nowotworu. Ten dział diagnostyki medycznej angażuje się w tworzenie obrazów zmian fizjologicznych oraz patologicznych występujących w ciele ludzkim [3].

Na podstawie licznych badań można stwierdzić, że głównymi badaniami służącymi do diagnostyki nowotworu piersi jest [8,9]:

Mammografia, charakteryzuje się wysoką swoistością, czułością oraz niską dawkę promieniowania, dlatego jest czołowym badaniem przesiewowym. W tym badaniu zaobserwowanie zmian jest wysokie, wynosi około 95-98%. Mammografia umożliwia uwidocznienie raka o średnicy mniejszej niż 0,5 cm, jak i niewyczuwalnych zmian w badaniu palpacyjnym. Badanie realizowane jest między 8. a 9. dniem cyklu menstruacyjnego. W mammografii głównym celem jest ucisk dwóch piersi równoległymi dwiema płytkami, co obrazuje korzystniejsze uwidocznienie obrazu radiologicznego. Zdjęcie wykonywane jest w

dwóch projekcjach - pionowej i skośnej. Za pomocą tego badania możliwe jest ukazanie zmian złośliwych i łagodnych oraz ich rozróżnienie. Mammografia określa rozległość, umiejscowienie raka, wieloogniskowość, obustronność zmian, jak i ocenę leczenia chemioterapią bądź napromienianiem. Badanie przesiewowe zalecane jest u kobiet po 40. roku życia raz na 2 lata, za to u kobiet po 50. roku życia raz na rok. Ciąża i laktacja są głównymi przeciwwskazaniami do przeprowadzenia badania [7,8,9].

Ultrasonografia (USG) to badanie, które pozwala odróżnić zmiany lite od torbieli. USG nie jest tak czułe jak mammografia, dlatego nie jest wykonywana w badaniach przesiewowych. Jest to bardzo dobre narzędzie diagnostyczne u kobiet, które posiadają gęste utkanie gruczołu piersiowego. Zaletą tego badania jest możliwość przeprowadzania go u kobiet w ciąży, gdyż to badanie nie wykorzystuje promieniowania rentgenowskiego. Głównymi wskazaniami do tego narzędzia diagnostycznego są zmiany wyczuwalne w badaniu palpacyjnym, które są niewidoczne w RTG bądź guzek, który ukazuje się w mammografii, ale jest trudny do interpretacji [7,8,9].

Duktografia (galaktografia) jest to mammografia kontrastowa, która za pomocą środka kontrastującego uwidacznia przewody mleczne piersi. Do brodawki sutkowej wprowadza się ok 0,1-0,3 ml środka cieniującego poprzez igłę lub sondę galaktograficzną, a następnie realizowane jest klasyczne badanie mammograficzne. Galaktografia pozwala poznać lokalizację, jak i wielkość niewidocznego w klasycznej mammografii patologicznego rozrostu wewnątrzprzewodowego. Stosunkowo rzadko jest wykorzystywane to badanie, wskazaniem jest wyciek krwisty z brodawki sutkowej [8,9].

Tomografia rezonansu magnetycznego (TRM) jest wykonywana, gdy inne metody diagnostyczne zawiodą lub gdy wyniki badań są niejasne. W TRM wykorzystywany jest środek cieniujący. Podczas badania kobieta leży na plecach na ruchomej platformie i przemieszcza się do wnętrza aparatu. Występują wiele przeciwwskazań do tego zabiegu, takich jak: sztuczna zastawka, rozrusznik serca, metalowa proteza. Główną zaletą tego badania jest brak narażenia kobiet na promieniowanie jonizujące [7,8].

Biopsje diagnostyczne formułują prawidłowe rozpoznanie i leczenie raka tkanek miękkich. Podczas badania uzyskiwany jest materiał histopatologiczny oraz oceniany jest stopień zaawansowania guza. Wyróżnia się wiele rodzajów biopsji, takich jak cienkoigłowa, gruboigłowa, próżniowa stereotaktyczna, mammotomiczna oraz biopsja chirurgiczna tzw. otwarta [9].

Biopsja cienkoigłowa (BAC) polega na wprowadzeniu cienkiej igły ok 0,6-0,7 mm w tkankę miękką gruczołu piersiowego w znieczuleniu miejscowym. Nakłucie wykonywane jest

pod kontrolą USG bądź mammografu. Badanie biopsyjne gruboigłowe (BG) najczęściej wykonywane jest, gdy wyniki biopsji cienkoigłowej nie są jednoznaczne. Badanie BG polega na pobraniu z gruczołu przy pomocy igły od 3 do 6 cienkich wycinków tkankowych o długości 1,5-2 cm [9,10].

Pozytonowa emisyjna tomografia (PET) jest nowoczesną metodą diagnostyki obrazowej realizowaną w medycynie nuklearnej. Technika PET umożliwia efektywne oraz dokładne zróżnicowanie między nowotworami złośliwymi i łagodnymi oraz jest wykorzystywana w rozpoznaniu nawrotu choroby po zastosowaniu radykalnego leczenia w przypadku, gdy inne badania obrazowe są wątpliwe, dlatego mogą pomóc ustalić inną strategię leczenia. Badanie ujawnia także bezobjawowe ogniska przerzutów w narządach [10].

Leczenie kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi

W zależności od typu nowotworu oraz stadium jego rozwoju leczenie jest skojarzone. Dotyczy ono metod miejscowych, czyli chirurgii i radioterapii, jak i metod ogólnoustrojowych: hormonoterapii, chemioterapii i metod biologicznych. Leczenie skojarzone powoduje pełne wyleczenie choroby nowotworowej bądź zwolnienie jej postępu. Wybór rodzaju i metody leczenia nowotworu piersi jest uzależniony od stopnia zaawansowania choroby, od ogólnej sprawności osoby chorej, wieku, chorób współistniejących, stanu hormonalnego, jak i przebytego poprzednio leczenia przeciwnowotworowego [11].

Leczenie nowotworów przedinwazyjnych, czyli nowotworu przewodowego *in situ* (DCIS- *ductal carcinoma in situ*) wiąże się z zabiegiem chirurgicznego usunięcia guza z marginesem zdrowych tkanek. DCIS jest wczesnym stadium nowotworu, dlatego nie pojawiają się w nim przerzuty do chłonnicy i krwi. W tym stadium rokowanie jest bardzo dobre i przeprowadzone zabiegi są mniej okaleczające. Głównym wskaźnikiem rodzaju wykonania zabiegu jest wynik histopatologiczny. Wykonywanie zabiegu chirurgicznego ma na celu uzyskanie miejscowego wyleczenia oraz profilaktykę wystąpienia raka inwazyjnego. Sposób postępowania w przypadku tego nowotworu ustala się za pomocą tzw. indeksu Van Nuys. Suma punktów nie przekraczająca 10 pozwala na leczenie ograniczające się do miejscowego usunięcia guza oraz leczenie radioterapią. Indeks powyżej 10 informuje o wykonaniu prostej mastektomii z biopsją węzła wartowniczego. W przypadku rozpoznania raka zrazikowego in

situ (LCIS) poleca się jedynie przeprowadzenie badań klinicznych co 6-12 miesięcy oraz wykonanie MMG co 12 miesięcy [12].

Leczenie nowotworów inwazyjnych stopnia I, IIA oraz IIB (raki przewodowe, rdzeniaste, brodawkowe, zrazikowe, celuzowotwórcze) polega głównie na wykonaniu zabiegu operacyjnego. Metodami leczenia w tej grupie są zabiegi wykonane na samym gruczole piersiowym, jak i układzie chłonnym. Zabieg chirurgiczny dzieli się na usunięcie całej piersi lub jej części, czyli zabieg oszczędzający (BCT). Leczenie oszczędzające należy zasugerować każdej kobiecie, u której nie ma przeciwwskazań, takich jak: wiek poniżej 35 lat, nosicielstwo mutacji BRCA1/2, nowotwór wieloogniskowy (przenikający jeden kwadrant) i wieloośrodkowy (obejmujący więcej niż jeden kwadrant), wcześniejsza radioterapia (RTH) piersi, rozległe mikrozwapnienia widoczne w MMG, kolagenozy oraz guz umiejscowiony w pobliżu brodawki. Wskazaniem do tego leczenia jest zaobserwowanie guza o średnicy mniejszej niż 3 cm w badaniu mammograficznym oraz brak przerzutów lub możliwe pojedyncze w ruchomych pachowych węzłach chłonnych [13,14].

Względny przeciwwskazaniem do oszczędzającego leczenia jest powstanie potwierdzonego nosicielstwa mutacji genu BRCA1/2 przed menopauzą zwykle u kobiet przed 35. rokiem życia lub nawet i młodszych. Zachorowanie na raka drugiej piersi u kobiet młodych jest wysokie przy leczeniu oszczędzającym [13,14].

Mastektomia

Jeżeli nowotwór piersi ma więcej niż 3 cm następnym sposobem leczenia jest przeprowadzenie amputacji gruczołu piersiowego, czyli mastektomii. W przypadku, gdy pacjentka nie wyraża zgody na zabieg mastektomii, stosowana jest chemioterapia przedoperacyjna. a po niej, gdy guz się zmniejszy. wykonywana jest operacja oszczędzająca.

Gdy zaawansowanie nowotworu jest zbyt wysokie na leczenie oszczędzające stosuje się amputację prostą, czyli usunięcie całej piersi z powięzi mięśnia piersiowego większego wraz z brodawką i otoczką. Kolejnym rodzajem amputacji jest amputacja podskórna, która pozostawia skórę, otoczkę i brodawkę. Wykonanie zmodyfikowanej radykalnej amputacji piersi według Maddena jest możliwe, gdy nowotwór jest w I lub II stopniu zaawansowania, oraz gdy nie został zakwalifikowany do oszczędzającego leczenia [12,13,14].

Zabieg według Pateya wykonywany jest obecnie w bardzo niewielu przypadkach. Wskazaniem do zabiegu jest obecność przerzutów w węzłach chłonnych drogi Rottera oraz wystąpienie nacieku na mięsień piersiowy mniejszy. Zabieg amputacji według Halsteda

przeprowadzany jest, gdy nowotwór nacieka na mięsień piersiowy większy. Po amputacji piersi kobiety po zabiegu koniecznie przechodzą badania kontrolne mające na celu zobrazowanie stanu ogólnego pacjentki. Wykonywane jest samobadanie piersi co miesiąc, badanie fizykalne w przeciągu pierwszych dwóch lat po zabiegu co 3 miesiące, po 2- 5 latach po zabiegu co 6 miesiące, a powyżej 5 lat po mastektomii co rok. Wykonywanie mammografii, badań ginekologicznych powinna odbywać się systematycznie co rok [12,13].

Na podstawie literatury wyróżnia się zabiegi operacyjne w obrębie regionalnych węzłów chłonnych, takie jak limfadenektomia pachowa oraz biopsja węzła wartowniczego. Limfadenektomię wykonuje się, gdy przerzuty nowotworu objęły pachowe węzły chłonne na poziomie pierwszego i drugiego piętra. Głównymi powikłaniami tego zabiegu jest obrzęk i drętwienie ramienia. Biopsja węzła wartowniczego pozwala na autentyczną ocenę stanu pachowych węzłów chłonnych w stadium N0 nowotworu [13,15,16,17].

Zabiegi rekonstrukcyjne piersi

Odtwórczy zabieg po operacji piersi ma kolosalny wpływ na jakość życia kobiet po mastektomii. Głównym wskazaniem do wykonania zabiegu jest sfera psychologiczna, jak i natura fizyczna wiążąca się z wyrównaniem obciążenia kręgosłupa oraz polepszenia odpływu chłonki z kończyny górnej w wyniku usunięcia pachowych węzłów chłonnych [15].

Występuje wiele technik rekonstrukcji piersi, dlatego kobiety są pełnoprawnym uczestnikiem zespołu medycznego i mogą współdecydować o sposobie wykonania rekonstrukcji. Chora może wybrać metodę z użyciem protez piersiowych, ekspanderoprotez z wykorzystaniem skóry i mięśni pozostałych po mastektomii. Kolejną metodą jest zastosowanie własnych tkanek w postaci płatów mięśniowych bądź mięśniowo-tłuszczowo-skórnych pozyskanych z powłok brzucha, grzbietu i pośladków. Decydujące znaczenie przy wybraniu rodzaju rekonstrukcji odgrywa stan miejscowy: zastosowane cięcia i rodzaj techniki mastektomii, stan tkanek okolicznych, jak i wygląd drugiej piersi. Rekonstrukcję można wykonać w dwóch trybach: natychmiastowym i odroczonym. Rekonstrukcje natychmiastową można wykonać, gdy chora jest silnie na to zdecydowana, a zaawansowanie nowotworu nie osiąga stopnia T2N0M0, nie prognozuje się zastosowania pooperacyjnej RTH. Przeprowadzenie rekonstrukcji odroczonej, która wykonywana jest po co najmniej 6 miesiącach od zakończenia RTH i/lub CTH oraz gdy u chorej nie stwierdza się nawrotu raka, chora zgadza się na zabieg jak i nie ma przeciwwskazań ogólnych do zabiegu operacyjnego [15,16].

Radioterapia uzupełniająca (RTH)

RTH jest częścią leczenia skojarzonego w nowotworze piersi i wykonywana jest we wszystkich stadiach nowotworu. Głównymi wskazaniami do radioterapii jest wystąpienie: raka przewodowego przedinwazyjnego (DCIS), wczesnego raka inwazyjnego po operacji oszczędzającej, nowotworu piersi po pierwotnej mastektomii, raka piersi w stadium zaawansowania miejscowego po chemioterapii i mastektomii. Napromienianie po operacji oszczędzającej zmniejsza ryzyko wznowy miejscowej od 20% do 25% zarówno wzrasta przeżycie do ok. 10%. Miejscem napromieniania po operacji oszczędzającej jest gruczoł piersiowy, zaś gdy po badaniu histopatologicznym stwierdzono wystąpienie przerzutów, w co najmniej 4 pachowych węzłach chłonnych obręb napromieniania zwiększa się o obszary węzłów chłonnych pachowych, nad i podobojczykowych oraz przymostkowych. Dzięki indywidualnemu systemowi planowania komputerowego leczenie można dopasować do anatomii chorego, wielkości i kształtu obszaru napromieniowania. Dlatego dawka napromieniowania dostarczana jest do tkanek nowotworowych przy ochronie innych narządów wewnętrznych [17,18,19].

Standard postępowania stanowi napromieniowanie piersi dawką 50 Gy (25 frakcji po 2 Gy w ciągu 5 tygodni) bądź 40 Gy w 15 frakcjach. Po wycięciu guza z marginesem od 1 do 2 cm na łóżę należy podać dodatkową dawkę 10-15Gy. Napromieniowanie jest bezdyskusyjne u kobiet posiadających guz o średnicy większej od 5 cm i cechą T3, T4, jak i przerzutów w węzłach chłonnych. U kobiet z przerzutami do węzłów chłonnych RTH powinno zawsze obejmować ścianę klatki piersiowej i przyśrodkową część okolicy nadobojczykowej [18,19].

Do najczęstszych wznów nowotworowych można zaliczyć obszar okolicy blizny po mastektomii. Jako standardem napromieniowania przyjęto dawkę całkowitą od 46 Gy do 50 Gy od 23 do 25 frakcji po 2 Gy na dobę przez 5 tygodni [18,19].

Po radioterapii uzupełniającej mogą wystąpić wczesne powikłania pojawiające się zwykle do 3 miesięcy od zakończenia napromieniowania. Głównymi powikłaniami wczesnymi jest ból piersi, zaczerwienienie skóry, popromienne śródmiąższowe zapalenie płuc. Do późnych powikłań można zaliczyć zwłóknienie skóry i tkanki podskórnej, retrakcja piersi, obrzęk kończyny górnej, zwłóknienie płuc, niedokrwienie serca oraz trwałe rozszerzenie naczyń w okolicach napromieniania. Wymienione powikłania pojawiają się w czasie od 1 do 6 miesięcy od zakończenia leczenia RTH [18,19].

Chemioterapia i hormonoterapia

Chemioterapia podzielona jest na przedoperacyjną i pooperacyjną. Chemioterapię przedoperacyjną stosuje się w przypadkach nowotworów miejscowo zaawansowanych, w efekcie nie można zastosować radykalnej operacji. Głównym celem leczniczym jest zmniejszenie masy guza. Drugi rodzaj chemioterapii wykonywany jest u kobiet z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi. Do zakwalifikowania do leczenia chemioterapią służy badanie histopatologiczne guza. Standardowym schematem leczenia jest zastosowanie CMF, czyli cyklofosfamid, metotreksat, 5-fluorouracyl bądź AC, czyli 5-fluorouracyl, doksorubicyna i cyklofosfamid. Leczenie hormonalne przeprowadzone jest, gdy nowotwór piersi rozwija się w tkance wykazując zdolność do reagowania na bodźce hormonalne, zwykle dotyczy to bodźców estrogenowych. Działanie hormonów opiera się na wiązaniu się z receptorami w komórkach raka pobudzając je do rozrostu oraz podziału. Lekami stosowanymi w leczeniu hormonalnym są leki antyestrogenowe czyli tamoksifen i inhibitory aromatazy, czyli anastrozol, letrozol, egzemeston. Podczas leczenia chemioterapią mogą wystąpić różne działania niepożądane. Często występują nudności, wymioty, zwiększone ryzyko zakażenia, alopecia, zwiększenie masy ciała i zapalenie błony śluzowej i jamy ustnej [18,20].

Profilaktyka raka piersi

Na podstawie piśmiennictwa wyróżnia się profilaktykę pierwotną i wtórną. Profilaktyka pierwotna ma na celu zapobieganie zachorowaniu poprzez ogólne działania mające zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu, jak i wtórna, czyli wczesne wykrywanie chorób poprzez badania profilaktyczne. Za pomocą profilaktyki pierwotnej podnosi się świadomość prozdrowotną mającą na celu zmniejszenie zachorowania na nowotwór piersi poprzez popularyzowanie wczesnego macierzyństwa, utrzymanie odpowiedniej masy ciała, karmienie piersią co najmniej 6 miesięcy, zwiększenie spożywania ryb, a ograniczenie nasyconych kwasów tłuszczowych, ograniczenie spożycia alkoholu, wprowadzenie do diety warzyw i owoców, jak i zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej tylko ze wskazań i pod kontrolą lekarza [21,22, 23].

Profilaktyka pierwotna ma na celu przekazanie właściwych zachowań prozdrowotnych, przekazaniu wiedzy na temat danych epidemiologicznych, wystąpieniu czynników ryzyka powstania nowotworu piersi oraz wyjaśnienie zagrożeń płynących z postępu cywilizacyjnego. Działania w sferze profilaktyki pierwotnej powinny być prowadzone metodycznie, zaplanowane oraz ciągle. Celem profilaktyki onkologicznej jest

podnoszenie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa w wytworzeniu odpowiednich rutynowych nawyków prozdrowotnych mających na celu zapobieganiu nowotworom złośliwym, edukacji na podstawie obserwacji niepokojących objawów świadczących o nowotworze oraz eliminacji lęku przed nowotworem [3,24,25].

Profilaktyka wtórna składa się przede wszystkim z badań skriningowych, które mają za zadanie wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium, co przyczyni się do wyleczenia. Badanie to przeprowadzane jest w populacji, czyli grupie osób o określonej płci, wieku i miejscu zamieszkania. Przewodnym badaniem przesiewowym jest badanie mammograficzne w kierunku raka piersi [3].

Na podstawie literatury w Polsce od 2005r. prowadzony jest *Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi*, który składa się z dwóch etapów [3]:

- podstawowego, mającego na celu wykonanie mammografii u kobiet w kategorii wiekowej -50-69 lat raz do roku;
- pogłębionej diagnostyki u kobiet, u których za pomocą badania mammograficznego wykryto zmianę patologiczną.

Kolejnym działaniem profilaktycznym u kobiet jest nauka samobadania piersi, która powinna być wykonywana regularnie raz w miesiącu, ponieważ może to przyczynić się do wykrycia guza o wielkości około 1 cm. Idealnym momentem do wykonania badania piersi jest 2. lub 3. dzień po miesiączce. Kobieta po menopauzie powinna wybrać sobie jeden zawsze ten sam dzień w miesiącu, aby wykonać to badanie. Kobiety od 20. roku życia powinny systematycznie badać piersi. Objawem niepokojącym dla kobiety powinien być zmieniony wygląd piersi, inna niż zwykle struktura mięszu, brodawki, otoczki, jak i skóry [2,3].

Samobadanie gruczołu piersiowego składa się z dwóch etapów: oglądania i badania palpacyjnego. Etap oglądania rozpoczyna się od wizualnej struktury piersi. Najlepszym sposobem, by dokładnie obejrzeć pierś jest wykorzystanie lustra. Kobieta powinna stać naprzeciwko lustra rozebrana z rękami wzdłuż ciała. Oglądając pierś kobieta powinna zwrócić uwagę na zmieniony kształt lub symetrię gruczołu, jej kolor, ocieplenie skóry oraz czy nie pojawiły się poszerzone naczynia żyłne podskórne. Nadal stojąc przed lustrem kobieta w drugim etapie powinna założyć ręce na tył głowy i powinna obserwować piersi w celu zobaczenia zagłębień lub zaciągnięć gruczołu piersiowego. Kolejnym etapem jest założenie rąk na biodrach i przesuwaniu rąk do przodu i do tyłu mające na celu uwidocznienie zmian w symetrii lub wystąpieniu zagłębień [2,3,25,26].

Badanie palpacyjne odbywa się w pozycji stojącej unosząc np. lewe ramię do góry, następnie za pomocą trzech lub czterech palców prawej ręki ruchem okrężnym bada się lewą pierś. Ruchy ręki badającej powinny być delikatne, lekko uciskające i okrężne. Po zbadaniu piersi należy przejść do brodawki. Należy zwrócić uwagę na wystąpienie owrzodzeń, pęknięć naskórka, wystąpienie wydzieliny. Ostatnim etapem jest wykonanie badania palpacyjnego w pozycji leżącej [27,28,29].

Podsumowanie

Opieka pielęgniarska nad kobietą z nowotworem jest holistyczna, długoterminowa oraz skomplikowana. W celu zapewnienia chorej jak najlepszej opieki pielęgniarka musi posiadać odpowiednią wiedzę na temat jednostki chorobowej, udzielać wyczerpujących informacji oraz działać antystresowo na pacjentkę. W przypadku mastektomii dla wielu kobiet jest to wielkie przeżycie wiążące się z bólem, uzależnieniem od personelu medycznego, rodziny i znajomych. Głównym działaniem pielęgniarki jest rozmowa z kobietą na temat jej lęku, zapewnienie komfortu psychicznego i emocjonalnego, wyjaśnienie chorych działań pielęgniarskich wykonywanych przed i po operacji, ma to na celu poprawę warunków psychicznych kobiet [18, 21,22,23].

Piśmiennictwo

1. Stadnicka G., Pawłowska-Muc A., Bańkowska B., Sadowska M.: Jakość życia kobiet po amputacji piersi, *European Journal of Medical Technologies*, 2014, 4, 5, 8-14.
2. Murawa D., Dyzmann-Sroka A., Kycler W., Lamch K., Kubiak A., Jędrzejczak A., Trojanowski M., Szczepański Ł. (red.): ABC Raka piersi. Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2010.
3. Bartczak A., Dziedziczak-Buczyńska M.: Wybrane zagadnienie z epidemiologii, anatomii i terapii raka piersi, *Journal of PublicHealth, Nursing and Medical Rescue*, 2012, 2, 36-40.
4. Piekarski J.H.: Szczególne postacie kliniczne nowotworów złośliwych piersi, *Current Gynecologic Oncology*, 2012, 10, 4, 326-336.
5. Pietrzyńska T., Podwińska E., Olejek A., Turek S., Mazur J.: Rys historyczny leczenia raka piersi, *Gazeta Ginekologia*, 2007, 5, 4, 208- 217.

6. Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B. (red.): Rak piersi w Polsce- leczenie to inwestycja. Polskie Towarzystwo Do Badań Nad Rakiem Piersi Warszawa, 2014.
7. Winczura P., Senkus-Konefka E., Jassem J.: Polskie i międzynarodowe zalecenia dotyczące leczenia raka piersi, *Nowotwory Journal of Oncology*, 2013, 63, 1, 58-65.
8. Ridan T., Ślęczkowska J., Sobota M., Ochalek K.: Ocena profilaktyki raka piersi oraz jakości życia w opinii kobiet po jednostronnej mastektomii zrzeszonych w klubach amazońek, *Zdrowie Publiczne*, 2011, 121, 1, 32-36.
9. Jeznach M., Jordan P., Akoulitchew A.: Rak piersi- rozwój wczesnej diagnostyki nieinwazyjnej w celu ograniczenia umieralności i złagodzenia konsekwencji psychologicznych choroby, *Psychoonkologia*, 2013, 2, 35-49.
10. Ziółkowska E., Łożyńska-Podhrebela D., Zarzycka M., Małkowska B.: Badanie PET/CT w kompleksowej ocenie pacjentki po leczeniu raka piersi- opis przypadku, *Współczesna Onkologia*, 2007, 11, 2, 89- 91.
11. Zdończyk S.A., Rynkiewicz M.: Jakość życia kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 5, 56, 153- 158.
12. Ryś J., Wysocki W.M., Chmielik E., Olszewski W.P.: Rodzaje operacji wykonywanych u chorych na raka piersi i zasady zabezpieczania materiału tkankowego do badania histopatologicznego, *Polish Journal of Pathology*, 2009, 3(S1), S20-S25.
13. Wysocki W.M., Herman K.: Postępowanie chirurgiczne w przypadku nowotworu miejscowego po leczeniu oszczędzającym raka piersi - mastektomia czy ponowne miejscowe wycięcie, *Nowotwory Journal of Oncology*, 2014, 64, 2, 163-168.
14. Stępień R.B.: Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym para piersi- mastektomii, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2007, 15, 1, 20- 25.
15. Bąk M., Cieśla S.: Ocena zaburzeń postawy ciała kobiet po radykalnej amputacji z jednoczasową rekonstrukcją piersi, *Fizjoterapia*, 2009, 17, 1, 30-37.
16. Połom K., Murawa D.: Nowe wyzwania w leczeniu lokoregionalnym raka gruczołu piersiowego - część II, *Farmacja Współczesna*, 2010, 3, 135- 138.
17. Mazurek E.: Amazońskie dylematy. Powody rezygnacji kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi z zabiegu rekonstrukcji piersi. *Psychoonkologia*, 2014, 3, 97-105.
18. Pieńkowski T. (red): Rak piersi leczenie ogólnoustrojowe, Wydawnictwo medmedia, Warszawa, 2011.

19. Pieńkowski T.: Rak piersi- wybrane aspekty leczenia systemowego, Polish Journal of Pathology, 2014, 65,4,S1-S8.
20. Mituś J., Wysocki W.M., Wojewoda T., Kojos Z.: Rzadkie nowotwory złośliwe gruczołu piersiowego, Current Gynecologic Oncology, 2011, 9, 1, 38-46.
21. Koper A. (red.): Pielęgniarstwo Onkologiczne. Podręcznik dla studentów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
22. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
23. Nowicki A. (red): Pielęgniarstwo Onkologiczne, Wydawnictwo Medyczne terMedia, Poznań, 2009.
24. Kołodziejczyk A., Zegarski W., Kopec M.: Ocena postawy ciała i sprawności kończyny górnej u kobiet po zabiegu chirurgicznym w obrębie gruczołu piersiowego, Postępy Nauk Medycznych, 2015, 28, 7, 509-514.
25. Karczmarek-Borowska B., Czaja E., Golon K.: Aktywność fizyczna kobiet po mastektomii, Wydawnictwo UR, 2015,13,3, 223-231.
26. Ridan T., Zdebska S., Ogrodzka K., Opuchlik A.: Ocena poziomu aktywności fizycznej kobiety po zabiegu jednostronnej mastektomii, Problemy Higieny Epidemiologicznej, 2015, 96, 1, 181-186.
27. Madetko R., Ćwiertnia B.: Rehabilitacja po mastektomii. Problemy pielęgniarstwa 2008, 16,4, 397-400.
28. Tasiemski T., Kujawa M., Pokaczajło J.: Jakość życia kobiet po mastektomii, Fizjoterapia, 2009, 17, 4, 48-58.
29. Rzepka K., Nowicki A.: Rola pielęgniarki w postępowaniu z zespołem zmęczenia u chorych na raka piersi, Problemy Pielęgniarstwa, 2012, 20, 1, 133-136.

Nowotwory mózgu – epidemiologia, diagnostyka i leczenie

Chludzińska Sylwia¹, Modzelewska Patrycja¹, Lewko Jolanta²

1. Doktorant Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Adiunkt Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Nowotwory mózgu są ważną przyczyną zachorowalności i umieralności zarówno dorosłych, jak i dzieci, stając się przyczyną niepełnosprawności i powodując duże obciążenie w rodzinach pacjentów, a także w systemach opieki zdrowotnej. Diagnostyka i leczenie nowotworów ośrodkowego układu nerwowego są wciąż aktualnym i prężnie rozwijającym się zagadnieniem współczesnej medycyny [1,2]. Celem pracy jest omówienie najnowszych informacji związanych z epidemiologią, diagnostyką i leczeniem nowotworów mózgu.

Epidemiologia nowotworów mózgu– w Polsce i na świecie

Pierwotne guzy mózgu stanowią 1,7% wszystkich nowych nowotworów na świecie oraz są przyczyną 2,1% wszystkich zgonów z powodu raka [3,4]. Średnia częstość występowania pierwotnych guzów mózgu u dorosłych (niezłośliwych lub złośliwych) w Europie w 2012 r. wynosiła 6,6 (7,8 u mężczyzn i 5,6 u kobiet) na 100 000 osób, a około połowa z nich stanowiła złośliwe nowotwory mózgu [5].

Według Krajowego Rejestru Nowotworów nowotwory mózgu stanowią 2% zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce. W 2010 liczba zachorowań wynosiła ponad 2700 przypadków. W ciągu ostatnich trzech dekad liczba zachorowań na nowotwór mózgu wzrosła około 2-krotnie. Najwięcej zachorowań notuje się między 50. a 64. rokiem życia. Nowotwory mózgu stanowią 3% zgonów nowotworowych u obu płci [6].

Dominującymi typami nowotworów (OUN) u dorosłych są nowotwory glejowe i oponiaki. Glejaki pochodzą z komórek glejowych, z reguły są złośliwe histologicznie, natomiast oponiaki wywodzą się z komórek nabłonka pokrywającego pajęczynówkę i są zazwyczaj histologicznie łagodne [7]. Najczęstszą postacią złośliwego guza mózgu są glejaki, które stanowią od 30% do 40% wszystkich guzów wewnątrzczaszkowych. Około połowę

wszystkich glejaków u dorosłych stanowi glejak wielopostaciowy. Rokowania pacjentów z rozpoznaniem glejakiem wielopostaciowym są złe – w najlepszym wypadku jedynie 5% chorych przeżywa do 3 lat od momentu postawienia diagnozy, a stosowane jest głównie leczenie o charakterze paliatywnym [8]. Obecne wskaźniki zachorowalności w Stanach Zjednoczonych i innych krajach rozwiniętych wynoszą od 5 do 7 przypadków na 105 osób rocznie i stanowią około 80% wszystkich złośliwych nowotworów mózgu [9]. Glejaki są najczęściej diagnozowane u pacjentów w szóstej lub siódmej dekadzie życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet [10]. Z kolei oponiaki stanowią największą grupę pierwotnych guzów wewnątrzczaszkowych. Około 80% z nich ma powolny wzrost, łagodną histologię i częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn (2: 1) [11]. Dane z Centralnego Rejestru Guzów Mózgu w Stanach Zjednoczonych (CBTRUS) wykazują ponad dwukrotnie wyższą zapadalność u kobiet (częstość występowania skorygowana względem wieku (na 100 000 osób) odpowiednio 8,36 dla kobiet i 3,61 dla mężczyzn). Występowanie histopatologicznie potwierdzonego oponiaka szacuje się na około 97,5/100 000 osób w Stanach Zjednoczonych [12].

Klasyfikacja nowotworów mózgu

Guzy ośrodkowego układu nerwowego (OUN) stanowią złożoną, heterogenną grupę patologicznych jednostek obejmujących szerokie zakresy cech histologicznych, anatomicznych, klinicznych i prognostycznych [1]. Według klasyfikacji histopatologicznej pierwotnych nowotworów ośrodkowego układu nerwowego Światowej Organizacji Zdrowia, opartej na histologii i cechach molekularnych, guzy mózgu dzielą się na trzy szerokie kategorie: nowotwory łagodne, guzy pośrednie o niepewnej etiologii i zachowaniu oraz nowotwory złośliwe. Wyróżnia się [13]:

1. Nowotwory neuroepitelialne:

- astrocytarne,
- skąpowypustkowe,
- wyściółkowe,
- glejowe mieszane,
- pochodzące ze spłotu naczyńkowego,
- inne nowotwory glejowe,
- neuronalne i mieszane neuronalno-glejowe,
- pochodzące z miększu szyszynki,

- zarodkowe z tkanki neuroepitelialnej;
- 2. Nowotwory nerwów czaszkowych i rdzeniowych:
 - nerwiaki osłonowe,
 - nerwiakowłókniaki,
 - onerwiaki,
 - złośliwe nowotwory osłonek nerwów obwodowych;
- 3. Nowotwory opon;
- 4. Chłoniaki i nowotwory układu krwiotwórczego;
- 5. Nowotwory pochodzące z pierwotnych komórek rozrodczych:
 - zarodczaki,
 - raki zarodkowe,
 - guzy zatoki endodermalnej,
 - raki kosmówkowe,
 - potworniaki,
 - mieszane nowotwory z pierwotnych komórek rozrodczych;
- 6. Nowotwory okolicy siodła tureckiego:
 - czaszkogardlaki,
 - nowotwory przysadki;
- 7. Nowotwory przerzutowe

Środowiskowe czynniki ryzyka nowotworów mózgu

Czynniki ryzyka dla guzów mózgu są słabo poznane i wciąż trwa wiele badań w celu wskazania mechanizmów predysponujących do ich rozwoju. Jednym z lepiej poznanych czynników ryzyka nowotworów OUN jest promieniowanie jonizujące: zarówno w wysokich (dane dla osób, które przeżyły bombę atomową), jak i w niskich dawkach. Stanowi główny środowiskowy czynnik ryzyka zidentyfikowany dla oponiaka. Radioterapia w przypadku guzów śródczaszkowych została również powiązana z ryzykiem wystąpienia oponiaka [1, 14]. W przypadku wpływu promieniowania jonizującego na rozwój glejaków efekt ten jest rzadziej opisywany. Dane w populacjach pediatrycznych po terapeutycznym promieniowaniu wewnątrzczaszkowym wykazują wyraźnie zwiększone ryzyko zachorowalności na glejaka, które zależy zarówno od wieku pacjenta, jak i od dawki promieniowania. Badania dotyczące dorosłych są bardziej ograniczone, ale wykazują podwyższone ryzyko w niektórych grupach

narażonych na promieniowanie [15]. Znacząca jest również ekspozycja zawodowa, ponieważ glejak związany jest z narażeniem na działanie arsenu, rtęci i produktów ropopochodnych. Ryzyko wystąpienia oponiaka jest związane z narażeniem na żelazo i ołów [16]. W badaniach zaobserwowano wyraźny pozytywny związek między narażeniem zawodowym na żelazo a oponiakami, szczególnie wśród kobiet [17]. Kolejny dyskutowany czynnik ryzyka guzów mózgu dotyczy potencjalnego wpływu pól elektromagnetycznych na rozwój guzów mózgu zarówno w warunkach domowych, jak i zawodowych. Pola o bardzo niskiej częstotliwości zostały sklasyfikowane jako możliwe czynniki rakotwórcze przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem. Międzynarodowe badanie INTEROCC wykazało pozytywny związek między narażeniem zawodowym na pola o niskiej częstotliwości a ryzykiem glejaka. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem zaklasyfikowała jako możliwe czynniki rakotwórcze również pola elektromagnetyczne o częstotliwościach radiowych, w tym generowane przez telefony komórkowe. Wieloośrodkowe badanie kliniczno-kontrolne przeprowadzone we Francji (CERENAT) wykazało, że użytkownicy telefonów komórkowych, którzy wykazywali skumulowany czas trwania połączeń (≥ 896 godzin) i liczbę połączeń (≥ 18.360 połączeń), mieli zwiększone ryzyko wystąpienia glejaka. W przypadku oponiaka stwierdzono słabsze powiązanie tylko w odniesieniu do łącznego czasu trwania połączeń. Niemniej jednak związek między używaniem telefonu komórkowego a ryzykiem nowotworu mózgu pozostaje wciąż nierozstrzygnięty [1]. Innym wymienianym czynnikiem ryzyka są urazy głowy, które mogą powodować najwyżej niewielki wzrost ogólnego ryzyka guzów mózgu. W badaniach z udziałem 228 055 duńskich mieszkańców hospitalizowanych z powodu wstrząsu mózgu, złamania czaszki lub innych urazów głowy w latach 1977-1992, a następnie obserwowanych przez średnio osiem lat, standaryzowany wskaźnik zapadalności dla oponiaka po pierwszym roku wynosił 1,2 [12]. Związek pomiędzy wpływem hormonów a oponiakami został zasugerowany przez szereg doniesień, w tym zwiększoną częstość występowania oponiaka u kobiet po menopauzie, a także obecności receptorów estrogenów, progesteronu i receptorów androgenowych w niektórych oponiakach. W badaniach odnotowano pozytywne skojarzenia ryzyka wystąpienia oponiaka z hormonalną terapią zastępczą, mięśniakami macicy i endometriozą. Około 70% oponiaków wyraża receptory progesteronu, a mniej niż 31% ekspresjonuje receptory estrogenów. Te obserwacje sugerują, że progesteron wpływa na wzrost guza. Ryzyko wystąpienia oponiaka zwiększa się u kobiet narażonych na endogenne lub egzogenne hormony płciowe. Przeprowadzono badania dotyczące stosowania hormonów egzogennych, takich jak doustne środki antykoncepcyjne i/ lub hormonalna terapia zastępcza (HTZ) oraz ich związek ze zwiększonym ryzykiem

oponiaka. W badaniu względne ryzyko wystąpienia oponiaka związanego ze stosowaniem hormonów u kobiet przed menopauzą wyniosło 2,48 w porównaniu z kobietami po menopauzie, które nigdy nie stosowały hormonów. W przypadku kobiet po menopauzie, które były użytkownikami hormonów, ryzyko względne wyniosło 1,86 [12]. W przypadku rozwoju glejaka dane na temat wpływu hormonów są ograniczone. Mimo prowadzenia badań nad wyżej wymienionymi czynnikami ryzyka rozwoju guzów mózgu, doniesienia te są niepełne i stawiają szereg nowych pytań. Cały czas trwają dalsze badania nad poszukiwaniem i rolą nowych czynników ryzyka guzów mózgu [1].

Obrazowanie nowotworów mózgu

Przez lata opracowano różne techniki diagnostycznego obrazowania guzów mózgu, takie jak tomografia komputerowa (CT), rezonans magnetyczny (MRI) wraz z jego licznymi odmianami, takimi jak: spektroskopia MR (*MRS magnetic resonance spectroscopy*), mapowanie czynności mózgowia — funkcjonalny MR, obrazowanie tensora dyfuzji (DTI) oraz metody izotopowe — tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (SPECT, *single photon emission-computed tomography*) i pozytronowa tomografia emisyjna (PET, *positron emission tomography*) są rutynowo stosowane w obrazowaniu nowotworów. Metody te charakteryzują się wysoką rozdzielczością liniową i kontrastową, zdolnością oceny charakteru tkanki (wysoka specyfika tkankowa), jej unaczynienia, metabolizmu oraz innych cech złośliwości [18]. Szczególnie ważną rolę w diagnostyce neuroonkologicznej odgrywa PET — technika umożliwiająca śledzenie aktywności metabolicznej tkanek, perfuzji oraz badanie układów receptorowych.

W precyzyjnej diagnostyce obrazowej wykorzystuje się techniki strukturalne i funkcjonalne, co w znacznym stopniu decyduje o wczesnym rozpoznaniu oraz umożliwia planowanie i monitorowanie leczenia [18,19].

Rezonans magnetyczny

Rezonans magnetyczny głowy (MRI) z zastosowaniem kontrastu o właściwościach paramagnetycznych jest badaniem z wyboru w większości nowotworów centralnego układu nerwowego. W diagnostyce onkologicznej metodę MRI uznaje się za referencyjną w ocenie nowotworów mózgu i rdzenia. Wieloparametryczne badanie MR w przypadkach guzów mózgu powinno obejmować: obrazy T1-zależne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (najlepiej oddające wizualnie strukturę anatomiczną mózgu, gdzie istota biała jest ukazywana

w jasnych kolorach, zaś istota szara w ciemnych, płyn mózgowo-rdzeniowy, ropień i guz na ciemno), T2-zależne (na których istota biała ukazywana jest w ciemniejszych barwach, zaś istota szara w jaśniejszych, płyn mózgowo-rdzeniowy, guz, ropień na jasno), FLAIR (modyfikacja sekwencji T2-zależnej, gdzie obszary z małą ilością wody ukazywane są w ciemniejszych barwach, zaś obszary z dużą ilością wody w jaśniejszych), obrazowanie dyfuzyjne: DTI obrazowanie tensora dyfuzji (ang. diffusion tensor imaging), DWI obrazowanie zależne od dyfuzji (ang. diffusion-weighted imaging) oraz obrazowanie perfuzji PWI (ang. perfusion weighted imaging). Wykonanie sekwencji obrazujących dyfuzję i perfuzję zajmuje łącznie nie więcej niż 4 minuty, a dostarcza wielu bardzo cennych informacji. Uzupełnieniem techniki MR jest spektroskopia rezonansu magnetycznego [18,20].

Spektroskopia MR (MRS Magnetic Resonance Spectroscopy) – ocena składu chemicznego guza

Duże znaczenie w diagnostyce różnicowej zmian wewnątrzczaszkowych mają spektroskopia protonowa (1HMRS) — szerzej stosowana — i spektroskopia fosforowa (PMRS). Aktualnie w praktyce klinicznej stosuje się dwie techniki spektroskopii protonowej MR: metodę pojedynczego woksela (SVS, *single voxel spectroscopy*) oraz technikę wielu wokseli (MVS, *multi voxel spectroscopy*), zwaną także techniką przesunięcia chemicznego (CSI, *chemical shift imaging*) [19,21].

Obecna rozdzielczość spektroskopii MR in vivo i związane z tą metodą doświadczenia kliniczne nie pozwalają jeszcze na jednoznaczne ustalenie histologicznej budowy guzów, ale można zróżnicować guz o utkaniu glejowym od mezenchymalnego, zróżnicować stopnie złośliwości guzów oraz, co ma szczególne znaczenie praktyczne, odróżnić guz od malacji lub blizny naczyniopochodnej [9,21].

W spektroskopii protonowej guzów pochodzenia glejowego zazwyczaj obserwuje się obniżone stężenie N-acetyloasparginianu (Naa, N-acetyl aspartate) i zmniejszony wskaźnik Naa/Cr oraz zwiększone stężenia związków cholinowych (Cho, choline), mleczanów (lac, lactate) lipidów (lip), mioinozytolu (ml), glicyny (Gly, glycine), glutaminy i kwasu glutaminowego (w paśmie Glx -glutamic acid) oraz podwyższenie stosunku tych metabolitów do Cr i do sumy wszystkich metabolitów [9,21]. Stężenie Naa to wskaźnik obecności neuronów w badanej tkance nerwowej. W przypadku guzów glejopochodnych mózgu obserwuje się spadek intensywności sygnału Naa, co jest wynikiem ubytku neuronów w ich obrębie oraz niższą wartością współczynnika Naa/Cr. Sygnał związków cholinowych uważa się za wskaźnik intensywności proliferacji komórek, a więc tkanki guzów o wysokiej

złośliwości powinny wykazywać silniejszy sygnał Cho i wyższą wartość Cho/Cr niż tkanki guzów o niskiej złośliwości. Rozpoznawanie stopnia złośliwości heterogennych guzów glejowych na podstawie widm HMRS wydaje się możliwe, chociaż wymaga odpowiedniej metodyki badań i dobrego oprogramowania [19,21].

Mapowanie czynności mózgowia — funkcjonalny MR

Rozwój neurochirurgii wymaga od technik neuroradiologicznych wyjątkowej precyzji, niezbędnej między innymi do wykonywania zabiegów oszczędzających ośrodki korowe. Przykładem techniki ułatwiającej planowanie zabiegu resekcji guza jest funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMR, ang. functional magnetic resonance). W technice obrazowania czynnościowego wykorzystuje się różnicę podatności magnetycznej krwi o różnym stopniu jej utlenowania. Do uzyskania odpowiednio silnego sygnału wymagane są szybkie i silne gradienty oraz odpowiednie oprogramowanie systemu. Obrazy aktywności korowej poszczególnych funkcji uzyskuje się, stosując metodę odejmowania sygnałów uzyskiwanych w stanie kontrolnym od sygnałów w uzyskiwanych stanie zadaniowym po określonej stymulacji czuciowej bądź ruchowej. Funkcjonalne badanie MR jest coraz szerzej stosowane przed planowanymi zabiegami resekcji guza, w celu lokalizacji osobniczo zmiennych pól czuciowych albo ruchowych. Tę technikę można wykorzystać do mapowania korowych ośrodków elokwentnych, w ramach przygotowania do zabiegu operacyjnego i minimalizacji defektu pooperacyjnego [22].

Obrazowanie tensora dyfuzji (DTI)

Obrazowanie tensora dyfuzji (DTI, *diffusion tensor imaging*) w MR to odmiana obrazowania dyfuzyjnego (DWI, *diffusion-weighted imaging*). Dyfuzja protonów cząsteczek wody w mózgowiu ma charakter anizotropowy, ograniczony przez różne bariery, jakimi są osłonki mielinowe lub błony komórkowe. Z tego powodu ruch dyfuzyjny jest znacznie łatwiejszy wzdłuż włókien nerwowych niż w osi poprzecznej. W celu wyliczenia tensora dyfuzji konieczne jest dokonanie pomiarów dyfuzji przynajmniej w sześciu różnych kierunkach. Technika 3D-DTI pozwala na mapowanie przebiegu włókien nerwowych w obrazie trójwymiarowym 3D (traktografia). Obrazowanie tensora dyfuzji stosuje się coraz szerzej w diagnostyce przedoperacyjnej do lokalizowania przebiegu włókien nerwowych w stosunku do guza oraz do obrazowania ich ewentualnego nacieku [18,19].

Leczenie nowotworów mózgu

Leczenie złośliwych nowotworów mózgu zwykle polega na połączeniu metod zachowawczych i zabiegowych. W najczęstszych pierwotnych złośliwych nowotworach OUN, czyli w złośliwych glejakach, dostępne metody leczenia skojarzonego umożliwiają jedynie wydłużenie przeżycia. Trwałe wyleczenie uzyskuje się bardzo rzadko [19].

Niemniej jednak resekcja chirurgiczna pozostaje pierwszym krokiem w leczeniu złośliwych nowotworów OUN. Podstawowymi czynnikami uwzględnianymi przy ustalaniu wskazań do zabiegu operacyjnego są: położenie, wielkość oraz charakter zmiany (wpływ na objawy podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, zagrożenie wkliniowaniem wynikające z przemieszczenia mózgu przez guz i obrzęk oraz narastający deficyt neurologiczny spowodowany uciskiem i naciekaniem nowotworu). Szybka interwencja chirurgiczna zmniejsza zagrożenie życia i zwykle zapobiega dalszemu pogarszaniu stanu neurologicznego, a nawet go poprawia i pozwala na zastosowanie leczenia uzupełniającego. Celem leczenia chirurgicznego może być, w zależności od obrazu klinicznego: radykalne usunięcie makroskopowe guza z pozostawieniem prawidłowej tkanki nerwowej i glejowej lub częściowe usunięcie guza oraz uzyskanie efektu cytoredukcyjnego i zmniejszenie ciasnoty wewnątrzczaszkowej. W obrębie ośrodkowego układu nerwowego rzadko możliwe jest usunięcie nowotworu zgodnie z obowiązującą w chirurgii onkologicznej zasadą resekcji guza z marginesem zdrowej tkanki, co jest skutkiem rozległego naciekania mózgu (glejaki) lub sąsiedztwa ważnych czynnościowo struktur. Od doszczętności usunięcia guza zależy czas przeżycia chorych [23]. W wielu badaniach Keles i wsp. [24]; Lacroix i wsp. [25], Mukherjee i Quiñones-Hinojosa [26], Stummer i wsp. [27]) wykazano, że radykalna resekcja guza przyczynia się do lepszych wyników leczenia i istotnie statystycznie przedłuża czas do wystąpienia wznowy guza i całkowity czas przeżycia pacjenta. Zakres resekcji jest jednak ograniczony przez ryzyko wystąpienia powikłań — przede wszystkim znacznego deficytu neurologicznego. Ryzyko to można znacznie zmniejszyć przez dokładne mapowanie ważnych czynnościowo struktur, monitorowanie elektrofizjologiczne podczas zabiegu i stosowanie metod orientacji w polu operacyjnym (neuronawigacja). Udoskonalenia technik mapowania chirurgicznego i przedoperacyjnego umożliwiają przeprowadzenie bardziej rozległych resekcji przy zminimalizowaniu uszkodzeń różnych obszarów mózgu, odpowiadających za poszczególne funkcje np. motoryczne, zmysłowe czy mowy oraz zachowaniu lepszej jakości życia pacjenta [26]. Znacznym ułatwieniem resekcji nisko zróżnicowanych glejaków w obszarach mózgu, przy możliwej rozległej resekcji, jest

fluoryzacja mas guza widoczna w mikroskopie operacyjnym po wybarwieniu kwasem aminolewulinowym (5-ALA), który powinien być podany doustnie 6 godzin przed zabiegiem operacyjnym. Obrazowe techniki chirurgiczne pomagają w bezpiecznym przeprowadzeniu radykalnej operacji neurochirurgicznej w ryzykownych obszarach korowych mózgu, gdzie wcześniej resekcja była często niemożliwa z powodu występowania deficytów neurologicznych [19,23].

W nowotworach łagodnych standardowym postępowaniem jest leczenie chirurgiczne, ale w miarę coraz lepszej dostępności metod radiochirurgicznych i radioterapii stereotaktycznej część guzów może być równie skutecznie leczona tymi technikami. Powszechne stosowanie diagnostyki obrazowej sprawia, że coraz częściej guzy wykrywa się przypadkowo. Zasady postępowania w takich przypadkach są ciągle przedmiotem dyskusji, ponieważ część przypadkowo wykrytych nowotworów nie powoduje objawów i nie wymaga leczenia [19].

Chemioterapia nowotworów mózgu

Po optymalnej resekcji chirurgicznej pacjent zwykle czeka cztery tygodnie na wyleczenie rany kraniotomicznej przed rozpoczęciem leczenia uzupełniającego. Chemioterapia w nowotworach OUN ma ograniczone zastosowanie, co wiąże się z niską chemiowrażliwością pierwotną (wyjątek stanowią zarodczaki, PNET, chłoniaki, skąpodrzewiaki anaplastyczne), wczesną chemioopornością wtórną i obecnością bariery krew–mózg oraz neurotoksycznością niektórych leków cytotoksycznych i ich niekorzystnymi interakcjami z innymi lekami (np. leki przeciwdrgawkowe) i/lub radioterapią [28,29]. Do grupy leków przenikających we względnie wysokim stopniu przez barierę krew–mózg należą pochodne nitrozomocznika (karmustyna, lomustyna, nimustyna), prokarbazyna i temozolomid. W przypadku złośliwych glejaków radioterapia pooperacyjna była standardowym leczeniem do 2005 r., kiedy wyniki kluczowego badania III fazy zmieniły standard opieki nad pacjentami z rozpoznaniem glejaka. Badanie to potwierdziło, że radioterapia z towarzyszącą chemioterapią temozolomidem (TMZ) była bardziej skuteczna niż sama radioterapia (Stupp i wsp. [30]). Pacjenci otrzymujący chemioterapię TMZ z radioterapią mieli medianę przeżycia wynoszącą 14,6 miesiąca w porównaniu do wcześniej 12,1 miesiąca z samą radioterapią. Dwuletnie przeżycie pacjentów poddanych chemioradioterapii wzrosło z 11% do 27%, a w przypadku przeżyć pięcioletnich z 2% do 10% w porównaniu z pacjentami z samą radioterapią [31].

W leczeniu skąpodrzewiaków wykorzystywany jest schemat PCV zawierający lomustynę, prokarbazynę i winkrystynę. Skojarzenie radiochemioterapii według schematu PCV u chorych na skąpodrzewiaki anaplastyczne wydłuża czas przeżycia wolnego od progresji choroby, ale nie wpływa znamienne na czas przeżycia całkowitego. Stosowanie chemioterapii według schematu PCV ograniczają działania niepożądane (mielosupresja i neuropatia). W pierwotnych chłoniakach OUN i niektórych nowotworach z pierwotnych komórek rozrodczych chemioterapia jest zasadniczą częścią leczenia skojarzonego, a w skąpodrzewiakach i niektórych nowotworach zarodkowych może być elementem leczenia radykalnego [19].

Nową, obiecującą metodą w leczeniu nowotworów OUN jest doguzowa lub przetętnicza chemioterapia mająca charakter doświadczalny. Pierwszy na świecie nowatorski zabieg wewnątrznaczyniowego podania leku do złośliwego guza mózgu pod kontrolą rezonansu magnetycznego przeprowadzili w listopadzie 2017 specjaliści Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. Zabieg ten wykonano przez wprowadzenie cewnika poprzez nakłucie tętnicy udowej pod kontrolą angiografu RTG do tętnic mózgu zaopatrujących guz. Po podaniu mannitolu rozszerzającego barierę krew - mózg wprowadzono bewacyzumab, czyli przeciwciało monoklonalne o działaniu antyangiogennym. W kontrolnym badaniu rezonansu już po trzech dniach guz zmniejszył się o 5 mm [19].

Radioterapia nowotworów mózgu

Podstawową techniką radioterapii w nowotworach OUN jest frakcjonowana teleradioterapia z zastosowaniem dziennej dawki 1,8–2 Gy. Dawka całkowita zależy od typu histologicznego. W radioterapii paliatywnej najczęściej stosuje się 5 lub 10 frakcji po, odpowiednio, 4 lub 3 Gy na frakcję. Prawidłowa tkanka nerwowa reaguje na napromienianie odczynem późnym, co ogranicza możliwość stosowania w leczeniu radykalnym dawek frakcyjnych powyżej 2 Gy. Dodatkowo, w guzach łagodnych lub o niskim stopniu złośliwości (wysokie prawdopodobieństwo wieloletniego przeżycia) należy dążyć do ograniczenia napromieniania prawidłowej tkanki nerwowej [32].

W przypadkach dobrego odgraniczenia guza od tkanki prawidłowej zaleca się radioterapię konformalną lub stereotaktyczną. Frakcjonowana radioterapia stereotaktyczna jest techniką napromieniania kilkoma lub kilkadziesiątoma dawkami frakcyjnymi z wykorzystaniem technik stereotaktycznych. Na procedurę tę składa się precyzyjne unieruchomienie głowy pacjenta, dokładne uwidocznienie w dostępnych badaniach obrazowych ogniska chorobowego z możliwością komputerowej fuzji obrazu,

zakonturowanie w systemie planowania, w warunkach stereotaktycznych ogniska chorobowego oraz struktur krytycznych — gałek ocznych, nerwów wzrokowych, skrzyżowania nerwów wzrokowych, pnia mózgu, obliczenie dawki w planowanej objętości tarczowej, a następnie precyzyjne przeprowadzenie napromienienia z dokładnością do 1–2 mm [19,33]. Radiochirurgia stereotaktyczna (SRS, stereotactic radiosurgery) jest to podanie pojedynczej wysokiej dawki promieniowania jonizującego w obszarze wewnątrzczaszkowej zmiany chorobowej, zlokalizowanej za pomocą techniki stereotaktycznej przy jednoczesnej maksymalnej ochronie zdrowych tkanek. W radiochirurgii stereotaktycznej przy użyciu akceleratorów liniowych wiązka promieniowania jonizującego kształtowana jest poprzez kolimatory stożkowe lub mikrokolimator wielolistkowy. Ruchome przesłony przesuwają się i ściśle dopasowują do kształtu ogniska chorobowego. Ich precyzyjną pozycję nadającą kształt wiązce promieniowania jonizującego definiuje fizyk medyczny w komputerowym systemie planowania. W złośliwych glejakach mózgu wykazano, że dawki za pomocą radiochirurgii stereotaktycznej mogłyby poprawić indeks terapeutyczny. Badania pokazały, że w wyselekcjonowanej grupie chorych podwyższenie dawki w obszarze resztkowej zmiany może zwiększyć odsetek przeżyć. W grupie 78 chorych leczonych chirurgicznie, napromienionych w sposób konwencjonalny do dawki około 60 Gy i następnie poddanych zabiegowi radiochirurgii stereotaktycznej odsetek rocznych i 2-letnich przeżyć wyniósł odpowiednio 88,5% i 35,9% [33].

Klasycznymi wskazaniami do radiochirurgii lub frakcjonowanej radioterapii stereotaktycznej w oponiakach są nawroty po leczeniu operacyjnym, niecałkowita resekcja guza lub zmiany nieoperacyjne. Przeprowadzono badania, w których porównano odsetek miejscowych wyleczeń w grupie 198 pacjentów. U 136 pacjentów dokonano resekcji guza, a u 62 zastosowano radiochirurgię jako leczenie pierwotne. Odsetek wznów i progresji był wyższy w grupie pacjentów poddanych resekcji (12%) niż w grupie chorych leczonych za pomocą radiochirurgii (2%, $p = 0,04$). Wydaje się, że radiochirurgia stereotaktyczna jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia w wyselekcjonowanej grupie chorych z oponiakami, których poddano zabiegowi operacyjnemu i u których wystąpiła wznowa [34].

Metody wspomagające leczenie nowotworów mózgu

Na świecie wciąż trwają badania nad nowymi możliwościami wspomagającymi leczenie nowotworów OUN. Badania Borawskiej i wsp. wskazują, że produkty pszczele: propolis, miody, mleczko pszczele i pierzga pozytywnie wpływają na leczenie glejaków mózgu. Wykazano, że propolis hamuje wzrost i ogranicza proliferację komórek

nowotworowych glejaka wielopostaciowego. Dodatkowo produkty pszczele pogłębiają efekty leczenia chemioradioterapeutycznego, wspierając działanie temozolomidu [35].

Badania Pathak i wsp. oraz Gentile i wsp. wskazują na możliwe zastosowanie rośliny *Ruta graveolens* L. w terapii guzów wewnątrzczaszkowych. Stwierdzono, że ekstrakt z ruty zwyczajnej indukuje śmierć w różnych liniach komórek glioblastoma, hamując wzrost guza [36].

Podsumowanie

Epidemiologia nowotworów mózgu wskazuje, że jest to ważny i rosnący problem. W dziedzinie neuroobrazowania i neurochirurgii pojawiają się wciąż nowe techniki i metody, które mają na celu wydłużenie i poprawę jakości życia pacjenta. Mimo zaawansowanej diagnostyki i wciąż rozwijających się nowych metod leczenia śmiertelność pacjentów z powodu raka mózgu utrzymuje się na wysokim poziomie, dlatego tak ważna jest ciągła praca nad wdrażaniem i udoskonalaniem kolejnych, innowacyjnych rozwiązań diagnostycznych i leczniczych [1,28].

Piśmiennictwo

1. Pouchieu C., Baldi I., Gruber A., Berteaud E., Carles C., Loisseau H.: Descriptive epidemiology and risk factors of primary central nervous system tumors: Current knowledge, *Revue Neurologique*, 2016, 1, 46-55.
2. de Robles P., Fiest K.M., Frolkis A.D., Pringsheim T., Atta C., St Germaine-Smith C., Day L., Lam D., Jette N.: The worldwide incidence and prevalence of primary brain tumors: a systematic review and meta-analysis, *Neuro-Oncology*, 2015, 17, 6, 776 – 783.
3. Caldarella A., Crocetti E., Paci E.: Is the incidence of brain tumors really increasing? A population-based analysis from a cancer registry, *Journal of Neuro-Oncology*, 2011, 104, 2, 589-594.
4. Arora R.S., Alston R.D., Eden T.O., Estlin E.J., Moran A., Geraci M., Birch J.M.: Are reported increases in incidence of primary CNS tumours real? An analysis of longitudinal trends in England, 1979-2003, *European Journal of Cancer*, 2010, 46, 9, 1607-1616.
5. Andersen ZJ., Pedersen M., Weinmayr G., Stafoggia M., Galassi C., Jørgensen JT., Sommar JN., Forsberg B., Olsson D., Oftedal B., Aasvang GM., Schwarze P., Pyko

- A., Pershagen G., Korek M., De Faire U., Östenson C.G., Fratiglioni L., Eriksen K.T., Poulse Long-term Exposure to Ambient Air Pollution and Incidence of Brain Tumor: the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Neuro-Oncology*, 2017.
6. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), 2010.
7. Thambi R. Kandamuthan S., Sainulabdeen S., Vilasiniamma L., Abraham T.R., Balakrishnan P.K.: Histopathological Analysis of Brain Tumours- A Seven Year Study from a Tertiary Care Centre in South India, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2017, 11, 6, EC05-EC08. doi: 10.7860/JCDR/2017/25623.9990.
8. Schneider T. Mawrin Ch., Scherlach C., Skalej M., Firsching R.: Gliomas in adults, *Deutsches Ärzteblatt International*, 2010, 107, 45, 799-807.
9. Benke G. Turner M.C., Fleming S., Figuerola J., Kincl L., Richardson L., Blettner M., Hours M., Krewski D., McLean D., Parent M.E., Sadetzki S., Schlaefel K., Schlehofer B., Siemiatycki J., van Tongeren M., Cardis E.: Occupational solvent exposure and risk of glioma in the INTEROCC study, *British Journal of Cancer*, 2017, 117, 8, 1246–1254.
10. Stark A.M., van de Bergh, J., Hedderich J., Mehdorn H.M., Nabavi A.: Glioblastoma: clinical characteristics, prognostic factors and survival in 492 patients, *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 2012, 114, 7, 840–845.
11. Kessel K.A., Fischer H., Oechner M., Zimmer C., Meyer B., Combs S.E.: High-precision radiotherapy for meningiomas: Long-term results and patient-reported outcome (PRO), *Strahlentherapie und Onkologie*, 2017, 193, 11, 921–930.
12. Wiemels J., Wrensch M., Claus E.B.: Epidemiology and etiology of meningioma, *Journal of Neuro-Oncology*, 2010, 99, 3, 307-314.
13. Louis D. N., Perry A., Reifenberger G. von Deimling A., Figarella-Branger D., Cavenee W. K., Ohgaki H., Wiestler O.D., Kleihues P., Ellison D.W.: The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary, *Acta Neuropathologica*, 2016, 131, 6, 803–820.
14. Umansky F., Shoshan Y., Rosenthal G., Fraifeld S., Spektor S.: Radiation-induced meningioma, *Neurosurgical focus*, 2008, 24, 5, E7.
15. Prasad G., Haas-Kogan D.A.: Radiation-induced gliomas, *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2009, 9, 10, 1511-1517.

16. Navas-Acién A., Pollán M., Gustavsson P., Plato N.: Occupation, exposure to chemicals and risk of gliomas and meningiomas in Sweden, *American Journal of Industrial Medicine*, 2002, 42, 3, 214-227.
17. Sadetzki S., Chetrit A., Turner M.C., van Tongeren M., Benke G., Figuerola J., Fleming S., Hours M., Kincl L., Krewski D., McLean D., Parent M.E., Richardson L., Schlehofer B., Schläefer K., Blettner M., Schüz J., Siemiatycki J., Cardis E.: Occupational exposure to metals and risk of meningioma: a multinational case-control study, *Journal of Neuro-Oncology*, 2016, 130, 3, 505–515.
18. Borof N., Marcinkowska A., Sabisz A., Szurowska E.: Nowoczesne techniki rezonansu magnetycznego w obrazowaniu guzów mózgu, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2017, 11, 5, 116-224.
19. Fijuth J., Dziadziuszko R. (red.): Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego, http://www.onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_02_Nowotwory%20OUN.pdf, data pobrania 24.04.2015.
20. Tymowski M., Majchrzak K., Bobek-Billewicz B., Ładziński P., Majchrzak H.: The use of functional magnetic resonance imaging in reducing a risk of postoperative neurological deficits in the patients with brain tumour, *Neurologia Neurochirurgia Polska*, 2013, 47, 6, 547-554.
21. Szuflitowska B.: Zastosowanie spektroskopii rezonansu magnetycznego w diagnostyce guzów mózgu, *Acta Bio-Optica et Informatica Medica, Inżynieria Biomedyczna*, 2016, 22, 2, 47-55.
22. Belyaev A.S., Peck K.K., Brennan N.M., Holodny A.I.: Clinical applications of functional MR imaging, *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America*, 2013, 21, 2, 269-78.
23. Davis M.E.: Glioblastoma: Overview of Disease and Treatment, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2016, 20, 5, S2–S8.
24. Keles G.E., Anderson B., Berger M.S.: The effect of extent of resection on time to tumor progression and survival in patients with glioblastoma multiforme of the cerebral hemisphere, *Surgical Neurology*, 1999, 52, 371–379.
25. Lacroix M., Abi-Said D., Fournay D.R., Gokaslan Z.L., Shi W., DeMonte F., Sawaya R.: A multivariate analysis of 416 patients with glioblastoma multiforme: Prognosis, extent of resection, and survival, *Journal Neurosurgery*, 2001, 95, 190–198.

26. Mukherjee D., Quiñones-Hinojosa A.: Impact of extent of resection on outcomes in patients with high-grade gliomas. In: Hayat MA, ed. Tumors of the central nervous system. Vol. 2. Springer; San Francisco, CA: 2011, 173–179.
27. Stummer W., Pichlmeier U., Meinel T., Wiestler O.D., Zanella F., Reulen H.: Fluorescence-guided surgery with 5-aminolevulinic acid for resection of malignant glioma: A randomised controlled multicentre phase III trial, *Lancet Oncology*, 2006, 7, 392–401.
28. Hottinger A.F., Stupp R., Homicsko K.: Standards of care and novel approaches in the management of glioblastoma multiforme, *Chinese Journal of Cancer*, 2014, 33, 1, 32–39.
29. Szczepanek D., Marchel A., Moskała M., Krupa M., Kunert P., Trojanowski T.: Skuteczność skojarzonego i wspomagającego leczenia temozolomidem u chorych z glejakiem wielopostaciowym. Wieloośrodkowe badanie z randomizacją, *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2013, 47, 2, 101-108.
30. Stupp R., Mason W.P., van den Bent M.J., Weller M., Fisher B., Taphoorn M.J., Mirimanoff R.O.: Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma, *New England Journal of Medicine*, 2005, 352, 987–996.
31. Stupp R., Hegi M.E., Mason W.P., van den Bent M.J., Taphoorn M.J., Janzer R.C., Mirimanoff R.O.: Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III study: 5-year analysis of the EORTCNCIC trial, *Lancet Oncology*, 2009, 10, 459–466.
32. Barani I.J., Larson D.A.: Radiation therapy of glioblastoma, *Cancer Treatment and Research*, 2015, 163, 49-73.
33. Nawrocki S., Rucińska M.: Radiochirurgia i radioterapia stereotaktyczna, *Onkologia po Dyplomie*, 2017, 14,1, 30-36.
34. Pollock B.E., Stafford S.L., Utter A., Giannini C., Schreiner S.A.: Stereotactic radiosurgery provides equivalent tumor control to simpson grade 1 resection for patients with small - to medium-size meningiomas, *International Journal of Radiation Oncology*, 2003, 55, 1000–1005.
35. Moskwa J., Borawska M.H., Markiewicz-Zukowska R., Puscion-Jakubik A., Naliwajko S.K., Socha K., Soroczynska J.: Polish natural bee honeys are anti-proliferative and anti-metastatic agents in human glioblastoma multiforme U87MG cell line. *PLoS One*, 2014, 9,3, e90533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone>.

36. Gentile M.T., Ciniglia C., Reccia M.G., Volpicelli F., Gatti M., Thellung S., Florio T., Melone M.A., Colucci-D'Amato L.: *Ruta graveolens* L. induces death of glioblastoma cells and neural progenitors, but not of neurons, via ERK 1/2 and AKT activation. PLoS One, 2015, 10,3, e0118864. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118864>.

Praktyki zdrowotne realizowane przez chorych z rozpoznaną chorobą nowotworową

Humeniuk Ewa¹, Dąbska Olga¹, Pawlikowska-Łagód Katarzyna², Gierszon Patrycja⁴,
Matuska Małgorzata¹

1. Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania

Wstęp

Nowotwory stały się na początku XXI w. największym wyzwaniem dla ochrony zdrowia w Polsce. Z roku na rok obserwuje się zwiększenie odsetka zachorowań na choroby nowotworowe, co spowodowane jest m.in. starzeniem się społeczeństwa, rozpowszechnieniem zachowań ryzykownych i wzrostem ekspozycji na czynniki kancerogenne [1].

W związku z rosnącym rozpowszechnieniem chorób cywilizacyjnych i przewlekłych, jak choroby nowotworowe coraz częściej podejmowanym przez badaczy zagadnieniem wielu dziedzin nauki są praktyki zdrowotne, świadczące o stylu życia ludności [2].

Jednym z najczęściej wymienianych elementów prozdrowotnego stylu życia jest aktywność fizyczna, wykazująca dodatnią korelację z pozytywnymi nawykami zdrowotnymi. Dowiedziono, że osoby aktywne fizycznie częściej zwracają uwagę na pozostałe czynniki prozdrowotnego stylu życia, jak prawidłowe odżywianie, regularny odpoczynek, unikanie używek [3-4]. Ponadto wykazują większy optymizm i poczucie szczęścia niż osoby o biernym stylu życia [5].

Osoby chore powinny realizować styl życia i praktyki zdrowotne sprzyjające powrotowi do zdrowia [6]. Za zachowania prozdrowotne uważa się świadome działania ukierunkowane na podnoszenie potencjału zdrowotnego, wśród nich wymienia się zwłaszcza te związane ze zdrowiem fizycznym (aktywność ruchowa, racjonalne odżywianie, jakościowy

sen) i zdrowiem psychospołecznym (wsparcie społeczne, radzenie sobie ze stresem i problematycznymi sytuacjami). Ważną rolę odgrywają ponadto zachowania prewencyjne (samokontrola, samobadanie, korzystanie ze screeningu) i unikanie zachowań ryzykownych (ograniczona konsumpcja używek, medykamentów, substancji psychoaktywnych) [7]. „(...) *profilaktyka jest punktem wyjścia dla polepszenia stanu zdrowia ludności i to oni są odpowiedzialni za jej stosowanie*” [8].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena wybranych praktyk zdrowotnych chorych na nowotwór. Szczególną uwagę poświęcono aktywności fizycznej.

Material i metody

Grupę badaną stanowiło 100 osób chorych na nowotwór. Respondenci byli w wieku 21-72 lat, przy czym średnia wieku wyniosła $46,22 \pm 12,80$ lat. Zdecydowaną większość analizowanej próby (69%) stanowiły kobiety i mieszkańcy miast (66%). Prawie połowa ankietowanych chorowała na nowotwór złośliwy (48%). Średni czas trwania choroby wynosił $2,17 \pm 1,81$ lat (zakres od 2 miesięcy do 10 lat). U przeważającej większości badanych (85%) nowotwór rozpoznano po raz pierwszy i nie towarzyszyły mu choroby współistniejące (79%). Ankietowani przeważnie nie byli obciążeni chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym (72%). Badani chorowali na nowotwór piersi (34%), płuc (13%), macicy (11%), jelita grubego (8%), odbytu (7%), tarczycy (6%), jądra (5%), jajnika (3%), jelita cienkiego (3%), nerek (3%), układu chłonnego (3%) i inne. Niespełna połowa badanych była w związku małżeńskim (45%). W badanej grupie dominowały osoby ze średnim (49%) i zawodowym wykształceniem (31%). W samoocenie badanych ich sytuacja materialna była dobra (57%), przeciętna (30%), zła (7%), bardzo dobra (6%).

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym była autorska ankieta, badająca częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej wśród pacjentów onkologicznych. Narzędzie składało się z pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Wykorzystano także wybrane pytania *Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ)* autorstwa Zygryda Juczyńskiego, zaliczane do kategorii *Praktyki Zdrowotne (PZ)*. Skala *Praktyk Zdrowotnych* została zbudowana w oparciu o niniejsze wskaźniki: wystarczająca ilość/długość odpoczynku, unikanie przepracowania, kontrola

swojej masy ciała, wystarczająca ilość snu, ograniczanie palenia tytoniu, unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego. Twierdzenia opatrzone 5-stopniową skalą Likerta, przybierającą wartości od 1 (prawie nigdy) do 5 (zawsze). Badany może uzyskać 6-30 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [9]. Badania miały charakter dobrowolny, indywidualny, anonimowy. Zostały przeprowadzone zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej. Badanych poinformowano o celu i przebiegu badań. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego *STATISTICA 12* i programu *Microsoft Office Excel*. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności.

Wyniki

Niemalże wszyscy ankietowani wskazali na podejmowanie aktywności fizycznej (91%). Częstotliwość uprawiania sportu była następująca: kilka razy miesiącu (53%), kilka razy tygodniowo (29%), codziennie (18%). Wśród podejmowanych form ruchu wymieniono spacer (38%), jazdę na rowerze (28%), aerobik (9%), bieganie (8%), pływanie (7%), jazdę na rolkach (1%). Przeprowadzone badania wykazały, że najmłodszy badani najrzadziej uprawiali aktywność fizyczną, zwłaszcza w porównaniu z respondentami powyżej 50. r.ż., którzy byli grupą w największym stopniu deklarującą codzienną aktywność ruchową (27,5%). Stwierdzone różnice były bliskie istotności statystycznej ($p = 0,06$). Czynnikiem, który istotnie determinował podejmowanie aktywności ruchowej wśród badanych była płeć ($p = 0,04$) i miejsce zamieszkania ($p = 0,03$). Przedstawiciele płci męskiej i mieszkańcy wsi wykazywali najmniejszą częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej, gdyż odpowiednio 71% i 70% deklarowało tylko pojedyncze przypadki aktywności fizycznej miesięcznie. Za to kobiety (23%) i badani z miasta (20%) znacznie częściej wskazywali na codzienną aktywność fizyczną. Na częstotliwość uprawiania ruchu nie rzutował stan cywilny ($p = 0,12$) i poziom wykształcenia ($p = 0,09$). Jednakże zauważono, że osoby będące w związku (27%) i ankietowani z wykształceniem wyższym (25%) nieznacznie częściej wykazywali codzienną aktywność fizyczną w porównaniu z respondentami stanu wolnego i o niższym wykształceniu. Wysoce istotną zależność statystyczną uzyskano między sytuacją materialną a podejmowaniem aktywności ruchowej ($p = 0,001$). Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani z przeciętną lub złą sytuacją finansową częściej byli aktywni fizycznie niż badani z lepszą kondycją materialną [Tabela 1].

Tabela 1. Podejmowanie aktywności fizycznej w zależności od zmiennych socjo-demograficznych

Zmienna	Podejmowanie aktywności fizycznej					
	kilka razy w miesiącu		kilka razy w tygodniu		codziennie	
	n	%	n	%	n	%
Wiek						
do 40 lat	23	70	8	24	2	6
41-50 lat	11	41	11	41	5	18
powyżej 50 lat	19	47,5	10	25	11	27,5
Analiza statystyczna: $\chi^2=9,11$; $p=0,06$						
Płeć						
Kobiety	31	45	22	32	16	23
Mężczyźni	22	71	7	23	2	6
Analiza statystyczna: $\chi^2=6,70$; $p=0,04$						
Stan cywilny						
Wolny	31	56	18	33	6	11
w związku	22	49	11	24	12	27
Analiza statystyczna: $\chi^2=4,26$; $p=0,12$						
Miejsce zamieszkania						
Miasto	29	44	24	36	13	20
Wieś	24	70	5	15	5	15
Analiza statystyczna: $\chi^2=6,95$; $p=0,03$						
Wykształcenie						
podstawowe/zawodowe	24	69	5	14	6	17
Średnie	21	43	20	41	8	16
Wyższe	8	50	4	25	4	25
Analiza statystyczna: $\chi^2=8,17$; $p=0,09$						
Sytuacja materialna						
dobra/bardzo dobra	42	67	14	22	7	11
przeciętna/zła	11	30	15	40	11	30
Analiza statystyczna: $\chi^2=13,19$; $p=0,001$						
n – liczebność, % - odsetek, p - poziom istotności, χ^2 - wynik testu chi-kwadrat						

Ankietowani chorujący na nowotwór miejscowo złośliwy wskazali w największym stopniu na codzienne podejmowanie aktywności fizycznej w porównaniu z pozostałymi ankietowanymi. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p=0,01$). Intensywności uprawiania ruchu nie determinowały czas trwania ($p=0,10$) i rozpoznania ($p=0,87$) choroby. Aczkolwiek zaobserwowano, że respondenci chorujący najdłużej, częściej uprawiali ruch. Badani, u których nastąpiła wznova choroby byli nieznacznie częściej aktywni fizycznie niż osoby z pierwotnym rozpoznaniem [Tabela 2].

Przeprowadzone badania wykazały, że połowa badanej grupy sporadycznie unikała pracowności, kontrolowała masę ciała, wystarczająco dużo spała i odpoczywała. Ze znacznie większą intensywnością ankietowani ograniczali palenie tytoniu. Najrzadziej zaś skupiali się na unikaniu nadmiernego wysiłku fizycznego. W ogólnej ocenie analizowana

próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii *Praktyki Zdrowotne* (3,12). Ankietowani osiągnęli najwyższą punktację w twierdzeniach dotyczących ograniczenia palenia tytoniu (3,59) i odpowiedniego snu (3,11), najniższą natomiast w przypadku unikania nadmiernego wysiłku fizycznego (2,71) [Tabela 3].

Tabela 2. Podejmowanie aktywności fizycznej w zależności od charakteru nowotworu

Zmienna	Podejmowanie aktywności fizycznej					
	kilka razy w miesiącu		kilka razy w tygodniu		codziennie	
	n	%	n	%	n	%
Typ nowotworu						
nowotwór miejscowo złośliwy	4	33	2	17	6	50
nowotwór łagodny	26	65	9	22,5	5	12,5
nowotwór złośliwy	23	48	18	38	7	15
Analiza statystyczna: $\chi^2=12,41$; $p=0,01$						
Czas trwania choroby						
do roku	13	59	8	36	1	5
1-2 lata	11	50	9	41	2	9
2-3 lata	22	58	6	16	10	23
ponad 3 lata	7	39	6	33	5	28
Analiza statystyczna: $\chi^2=10,53$; $p=0,10$						
Czas rozpoznania						
pierwszy raz rozpoznany	46	54	24	28	15	18
wznowa	7	47	5	33	3	20
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,29$; $p=0,87$						
n – liczebność, % - odsetek, p - poziom istotności, χ^2- wynik testu chi-kwadrat						

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi na twierdzenia podskali *Praktyki Zdrowotne*

Twierdzenie	prawie nigdy	rzadko	od czasu do czasu	prawie zawsze	zawsze	średnia
	n	n	n	n	n	
Wystarczająco dużo odpoczywam.	5	17	50	21	7	3,08
Unikam przepracowania.	6	20	50	19	5	2,97
Kontroluję swoją wagę ciała.	3	13	52	17	15	3,28
Wystarczająco dużo śpię.	3	19	51	18	9	3,11
Ograniczam palenie tytoniu.	11	17	21	4	47	3,59
Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego.	22	28	17	23	10	2,71
Ogółem Praktyki Zdrowotne (PZ)	M=3,12; Me=3,00; Q1=2,67; Q3=3,67; SD=0,67					
M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Q ₁ – dolny kwartył, Q ₃ – górny kwartył, n - liczebność						

Dyskusja

Aktywność fizyczna uważana jest za niezbędny element zdrowego stylu życia. Pozytywne znaczenie ruchu w odniesieniu do chorób nowotworowych wykazano szczególnie w przypadku raka przełyku, płuca, wątroby, jelita grubego, endometrium, trzustki, pęcherza żółciowego, nerek, skóry, prostaty [10-11]. Kruk informuje, że rola ruchu w etiologii nowotworu piersi stanowi przedmiot wielu analiz, które w większości wskazały na znacznie mniejsze ryzyko rozwoju choroby wśród kobiet aktywnych fizycznie, w porównaniu z tymi prowadzącymi bierny tryb życia. Średnią wartość ograniczenia ryzyka oszacowano na 30%-40% [12]. Kobiety wykonujące ćwiczenia regularnie, z co najmniej umiarkowaną intensywnością w wieku młodzieńczym, miały obniżone prawdopodobieństwo choroby nowotworowej nawet o 54% w porównaniu z kobietami nieaktywnymi i mało aktywnymi. Dowiedziono nie tylko pozytywnego znaczenia zwiększonej rekreacyjnej aktywności fizycznej, ale i aktywności związanej z zajęciami domowymi [13]. „Ostatnio jednak pojawiły się doniesienia wskazujące, że aktywność fizyczna jest ważna nie tylko w prewencji, ale również w przypadku zachorowania na nowotwór, może bowiem zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby, poprawić tolerancję leczenia i jakość życia w terminalnej fazie choroby” [14]. Ponadto poprawia samopoczucie psycho-fizyczne, ułatwia zasypianie, zmniejsza zmęczenie chorobą, zwiększa samodzielność i mobilność [15]. Na skutek uprawiania ruchu dochodzi do spalania kalorii, a w konsekwencji redukcji nadmiaru tkanki tłuszczowej. Toteż aktywność fizyczna zmniejsza prawdopodobieństwo nowotworów, których wystąpienie uwarunkowane jest ponadnormatywną wartością współczynnika BMI. Dowiedziono, że ryzyko rozwoju nowotworu jest wprost proporcjonalne do stopnia podejmowania aktywności fizycznej [10, 16]. „Obecnie nie jest znana jeszcze optymalna intensywność oraz czas trwania wysiłku i jego częstotliwość w celu zapobiegania nowotworom, ale liczne badania potwierdzają, że ryzyko zachorowania można zmniejszyć przy umiarkowanym lub intensywnym wysiłku trwającym co najmniej 30 minut dziennie” [17]. Podobne wytyczne przedstawiono w zaleceniach American Cancer Society, według których najkorzystniejsza jest aktywność o natężeniu umiarkowanym, trwająca przynajmniej 30 min., powtarzana przez 5 dni w tygodniu [18].

Braam i wsp. oceniali wpływ ćwiczeń fizycznych w ciągu pierwszych pięciu lat od rozpoznania nowotworu wśród dzieci na ich jakość życia. Stwierdzono, że regularnie podejmowany ruch przynosi pozytywne efekty dla składu i elastyczności ciała, sprawności krążenia, siły mięśni i związanej ze zdrowiem jakości życia. Z kolei nie stwierdzono istotnego

wpływu aktywności fizycznej na ograniczenie zmęczenia, czy pojawienia się niepożądanych powikłań chorobowych [19]. Z kolei Cramer i wsp. zalecają jogę, która łączy w sobie wskazówki etycznego życia, praktyki duchowej, aktywności fizycznej, ćwiczeń oddechowych i medytacji. To terapia uzupełniająca, która jest zwykle zalecana dla zaburzeń związanych z rakiem piersi, jednakże wykazano, że poprawia stan zdrowia fizycznego i umysłowego u osób z różnymi rodzajami raka. Badacze zalecają jogę, jako formę poprawy jakości zdrowia i życia, zmniejszającą zmęczenie, redukującą zaburzenia snu, zapobiegającą depresji i zaburzeniom lękowym. Sugerują, że joga może być równie skuteczna i używana jako alternatywa dla innych programów ćwiczeń [20]. Furmaniak i wsp. analizowali wpływ ćwiczeń tlenowych na proces leczenia raka piersi, zwłaszcza na wystąpienie skutków niepożądanych, jak pogorszenie kondycji fizycznej, jakości życia, czynności poznawczych, zmęczenie, depresję. Ćwiczenia w istotnym stopniu prowadziły do zmniejszenia poczucia zmęczenia i depresji, poprawy sprawności fizycznej, jakości życia. Badacze są zdania, iż konieczne jest dogłębne zbadanie wpływu ruchu na chorych onkologicznie w celu określenia optymalnego rodzaju, częstotliwości, intensywności i czasu ćwiczeń [21]. Mishara i wsp. donoszą, że ćwiczenia fizyczne mogą mieć korzystny wpływ na ogólną jakość życia pacjentów z nowotworem, w tym wyobrażenie o własnym wyglądzie zewnętrznym, samoocenę, samopoczucie, seksualność, zaburzenia snu, funkcjonowanie społeczne, niepokój, zmęczenie i ból [22]. Wśród ankietowanych przez Malicką i wsp. chorych onkologicznie, aż 82% po operacji poświęcało więcej czasu na rekreację ruchową niż przed zabiegiem. Do najchętniej podejmowanych form ruchu należały spacer, jazda na rowerze, gimnastyka, wycieczki turystyczne, pływanie, taniec. Aktywność podejmowana była najczęściej raz tygodniowo o średniej intensywności [23]. Malicka i wsp. oceniali uczestnictwo młodzieży z chorobą nowotworową w ćwiczeniach fizycznych. Wśród badanych zaobserwowano istotny wzrost zainteresowania udziałem w różnych formach ruchu. Dyscyplinami cieszącymi się największą popularnością były pływanie, badminton, tenis stołowy. Zdaniem badaczy aktywność ruchowa stanowi podstawę prewencji, zapobiegając wielu schorzeniom [24]. Szkiela i wsp. oceniali tryb życia osób z nowotworem przed i po rozpoznaniu choroby. Wśród ankietowanych aktywny tryb życia prowadziło 57% przed i 48% po wykryciu raka. Najczęściej podejmowanymi dyscyplinami sportowymi zarówno przed, jak i po zachorowaniu było spacerowanie, jazda na rowerze, nordic walking, pływanie. W obu analizowanych grupach przeważały osoby podejmujące ćwiczenia o przeciętnej intensywności, trwające średnio 30 minut, 2-3 razy tygodniowo [25]. Niemalże wszyscy ankietowani w autorskiej analizie wskazali na podejmowanie aktywności fizycznej (91%), którą realizowano

przeważnie kilka razy miesiącu (53%). W badaniach autorskich wśród podejmowanych form ruchu wymieniono spacer, jazdę na rowerze, aerobik, bieganie, pływanie, jazdę na rolkach. Na częstotliwość uprawiania ruchu wpływały płeć, miejsce zamieszkania, sytuacja finansowa. Kobiety, badani z miasta, ankietowani z przeciętną lub złą sytuacją finansową znacznie częściej wskazywali na codzienną aktywność fizyczną. Aktywności ruchowej nie determinowały zmienne, jak stan cywilny, poziom wykształcenia, typ nowotworu, czas trwania i rozpoznania choroby. Stwierdzono bliskie istotności statystycznej różnice między wiekiem a podejmowaniem ruchu. Grupą w największym stopniu deklarującą codzienną aktywność ruchową byli respondenci powyżej 50. r.ż.

Arendt i wsp. oceniali zachowania zdrowotne mężczyzn po 40. r.ż. Badani uzyskali przeciętne wartości w obrębie *Praktyk Zdrowotnych* (3,10). Ankietowani najbardziej dbali o wystarczającą ilość snu (3,61) i odpoczynku (3,24), najmniej zaś unikali przepracowania (2,75). Na podejmowanie praktyk zdrowotnych nie wpływał wiek, stan cywilny. Mężczyźni z miasta, o wyższym wykształceniu, będący na emeryturze lub rencie mieli istotnie statystycznie wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych [26]. Respondentki w badaniach Kurowskiej i Kalawskiej prezentowały przeciętny poziom *Praktyk Zdrowotnych*. Najlepiej oceniono badane z zakresu ograniczenia palenia tytoniu (4,15), wystarczającej długości snu (3,68). Najrzadziej deklarowano unikanie przepracowania (3,28), kontrolowanie masy ciała (3,15) [27]. Kurowska i Białasik zaobserwowali, że chorzy przewlekłe podejmowali najczęściej *Praktyki Zdrowotne* związane z odpoczynkiem, regularnym snem, kontrolą masy ciała [6]. W badaniach Muszalik i wsp. osoby starsze charakteryzowały się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych (3,52), który był istotnie wyższy u osób z wyższym wykształceniem oraz niepracujących w porównaniu z pozostałymi badanymi [28]. Grupa badanych przez Kurowską i Adamczyk wykazywała wysoki poziom *Praktyk Zdrowotnych*. Najwyższe wyniki osiągnięto w przypadku ograniczenia palenia tytoniu (4,58) i wystarczającej długości odpoczynku (3,95). Z kolei najniższe z zakresu unikania przepracowania (3,66) i kontroli masy ciała (3,47). Najwyższe rezultaty *Praktyk Zdrowotnych* osiągnęły najstarsze badane, mieszkanki wsi, z wyższym wykształceniem, chorujące dłużej niż rok, obciążone chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym [29]. Andruszkiewicz i Ożmińska porównały zachowania zdrowotne kobiety po mastektomii ze zdrowymi. Pacjentki po operacji zdecydowanie częściej realizowały zachowania zdrowotne w obrębie *Praktyk Zdrowotnych* w porównaniu ze zdrowymi badanymi [30]. Do podobnych wniosków doszli Bojakowska i wsp., którzy porównywali *Praktyki Zdrowotne* chorych na raka przed i po zdiagnozowaniu choroby. Przed rozpoznaniem nowotworu badane uzyskały niskie

wyniki w kategorii *Praktyki Zdrowotne* (2,65). Po diagnozie badane zdecydowanie częściej realizowały zachowania zdrowotne i osiągnęły znacznie wyższe wyniki (4,38) [31]. W badaniach autorskich respondenci uzyskali przeciętne rezultaty w kategorii *Praktyki Zdrowotne* (3,12). Ankietowani osiągnęli najwyższą punktację w twierdzeniach dotyczących ograniczenia palenia tytoniu (3,59) i snu (3,11), najniższą natomiast w przypadku unikania nadmiernego wysiłku fizycznego (2,71), co pokrywa się z przedstawionymi wyżej doniesieniami z badań innych autorów.

Wnioski

1. Aktywność fizyczna i praktyki zdrowotne w badanej grupie chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej znajdują się na poziomie przeciętnym.
2. Na częstotliwość podejmowania aktywności ruchowej wpływały płeć, miejsce zamieszkania, sytuacja finansowa. Stwierdzono bliskie istotności statystycznej różnice między wiekiem a podejmowaniem ruchu.
3. Aktywności fizycznej nie determinowały zmienne, jak stan cywilny, poziom wykształcenia, typ nowotworu, czas trwania i rozpoznania choroby.
4. Respondenci uzyskali przeciętne rezultaty w kategorii *Praktyki Zdrowotne*. Osiągnęli najwyższą punktację w twierdzeniach dotyczących ograniczenia palenia tytoniu i odpowiedniej ilości snu, najniższą natomiast w przypadku unikania nadmiernego wysiłku fizycznego.
5. Zachowania zdrowotne stanowią główne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych, a ich znajomość jest niezbędna do tworzenia programów edukacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Charzyńska-Gula M., Bartosiewicz A.M., Bogusz R., Szadowska-Szlachetka Z., Muzyczka K., Deluga A., Kocka K.: Opinia społeczna na temat chorób nowotworowych – badanie retrospektywne, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20, 3, 223–228.
2. Jacennik B. Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko, Wyd. Vizja Press & IT, Warszawa, 2008.
3. Delisle T., Werch C., Wong A., Bian H., Weiler R.: Relationship Between Frequency and Intensity of Physical Activity and Health Behaviours of Adolescents, *Journal of School Health*, 2010, 80, 3, 134–140.

4. Litwic-Kamińska K., Izdebski P.: Pojęcie i samoocena zdrowia oraz zachowania zdrowotne a poziom aktywności fizycznej w okresie wczesnej dorosłości, *Medycyna Sportowa*, 2012, 3, 4, 167-178.
5. Lipowski M. Level of optimism and health behavior in athletes, *Medical Science Monitor*, 2012, 18, 1, 39-43.
6. Kurowska K., Białasik B.: Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), *Nowiny Lekarskie*, 2009, 78, 2, 113–122.
7. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna, PWN, Warszawa, 2007.
8. Nowakowska I., Kubara K.: We mnie jest moc! Czy społeczeństwo ma wiedzę na temat korzyści płynących z profilaktyki zdrowotnej? *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 2, 56, 149-152.
9. Juczyński Z.: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. W: Juczyński Z. (red.): Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2012.
10. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, Washington: AICR, 2007.
11. Na H.K., Oliynyk S.: Effects of physical activity on cancer prevention, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2011, 1229, 176-183.
12. Szkiela M., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.T.: Nowotwór złośliwy piersi – epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95, 2, 292-302.
13. Kruk J.: Deklarowana aktywność fizyczna a ryzyko raka piersi, *Nowotwory*, 2007, 57, 6, 677–684.
14. Litwiniuk M., Kara I.: Aktywność fizyczna a nowotwory, *Onco Reviews*, 2012, 2, 4, 228-233.
15. Donnelly C.M., Blaney J.M., Lowe-Strong A., Rankin J.P., Campbell A., McCrum-Gardner E., Gracey J.H.: A randomised controlled trial testing the feasibility and efficacy of a physical activity behavioural change intervention in managing fatigue with gynaecological cancer survivors, *Gynecologic Oncology*, 2011, 122, 618-624.
16. Jarosz M.: Nowotwory złośliwe. Jak zmniejszyć ryzyko zachorowania? Wyd. PZWL, Warszawa, 2008.

17. Malczyk E, Majkrzak Ż. Wybrane elementy stylu życia a ryzyko rozwoju raka piersi, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95, 4, 827-830.
18. Brown J.K., Byers T., Doyle C., Courneya K.S., Demark-Wahnefrie W., Kushi L.H., McTieman A., Rock C.L., Aziz N., Bloch A.S., Eldridge B., Hamilton K., Katzin C., Koonce A., Main J., Mobley C., Morra M.E., Pierce M.S., Sawyer K.A., American Cancer Society: Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society Guide for informed choices, *Cancer Journal for Clinicians*, 2003, 53, 268-291.
19. Braam K.I., van der Torre P., Takken T., Veening M.A., van Dulmen-den Broeder E., Kaspers G.J.: Physical exercise training interventions for children and young adults during and after treatment for childhood cancer, *Cochrane Database Syst Rev* 2016, 3, CD008796.
20. [20] Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos GJ. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 1, CD010802.
21. Furmaniak A.C., Menig M., Markes M.H.: Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, 9, CD005001.
22. Mishra S.I., Scherer R.W., Geigle P.M., Berlanstein D.R., Topaloglu O., Gotay C.C., Snyder C.: Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, 8, CD007566.
23. Malicka I., Szczepańska-Gieracha J., Jankowska E., Woźniewski M., Rymaszewska J.: Aktywność fizyczna, satysfakcja z życia oraz przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej u kobiet po leczeniu raka piersi, *Współczesna Onkologia*, 2011, 15, 180–185.
24. Malicka I., Pawłowska K., Woźniewski M.: Zawody sportowe jako forma aktywizacji dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej, *Pediatrics Polska*, 2011, 86, 5, 492–497.
25. Szkiela M., Stobnicka M., Krakowiak J., Bąk-Romaniszyn L., Szatko F., Kaleta D.: Health behaviors of cancer patient, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2015, 16, 10, 115-129.

26. Arendt A., Laszczyńska M., Bażydło M., Kotwas A., Karakiewicz B.: Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40. roku życia, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95, 3, 659-666.
27. Kurowska K., Kalawska H.: Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u kobiet po mastektomii, *Current Gynecologic Oncology*, 2013, 11, 2, 115–124.
28. Muszalik M., Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T.: Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94, 3, 509-513.
29. Kurowska K., Adamczyk I.: Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi, *Current Gynecologic Oncology*, 2014, 12, 4, 278–289.
30. Andruszkiewicz A., Oźmińska A.: Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii, *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2005, 59, 298–301.
31. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M.E.: Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przez i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego – badanie wstępne, *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6, 5, 29-37.

Ocena wybranych zachowań zdrowotnych wśród chorych na nowotwór.

Część 1. Palenie tytoniu i spożywanie alkoholu

Humeniuk Ewa¹, Dąbska Olga¹, Pawlikowska-Łagód Katarzyna², Zabłocka Ewa³, Matuska Małgorzata¹

1. Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Koło Naukowe Medyków Weterynaryjnych, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią drugą przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych. Poziom wiedzy w społeczeństwie polskim z zakresu chorób nowotworowych jest niski. Zdaniem Adamowicz i wsp. niedostateczna znajomość informacji o chorobie współlistnieje zazwyczaj z niepodejmowaniem zachowań sprzyjających zdrowiu [1].

Rozpowszechnienie nowotworów spowodowane jest wzmożoną ekspozycją na czynniki rakotwórcze, a przede wszystkim dym tytoniowy, nieodpowiednią dietę, alkohol, ryzykowne zachowania seksualne, zanieczyszczenie środowiska [2].

Światowa Organizacja Zdrowia uznała palenie tytoniu za globalną epidemię i jeden z najważniejszych problemów z zakresu zdrowia publicznego [3]. Czynne, jak i bierne palenie skutkować może poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, w obrębie których wyróżnia się zwłaszcza rozwój nowotworów złośliwych [4].

W ostatnich latach szerszej analizie poddano także zależność między spożyciem alkoholu a rozwojem chorób nowotworowych. Dowiedziono, że wielkość owego ryzyka zróżnicowana jest w zależności od ilości i rodzaju spożywanego alkoholu [5].

Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem wśród najczęściej występujących nowotworów alkoholozależnych wymienia te zlokalizowane w obrębie przewodu pokarmowego i górnych dróg oddechowych, jak rak jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, wątroby, okrężnicy, odbytnicy [6].

Według Malaka i wsp. edukacja zdrowotna odgrywa bardzo ważną rolę w zapobieganiu chorobom nowotworowym, podnosi poziom wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych oraz może przyczynić się do zmiany stylu życia. Podkreślają, iż zaprzestanie

palenia papierosów, jak i spożywania alkoholu zmniejsza prawdopodobieństwo rozwoju raka [7]. Głowska i wsp. zaznaczają, iż należy motywować osoby chore do unikania używek, zwłaszcza zaś palenia tytoniu, nadużywania leków i innych substancji psychoaktywnych, czy spożywania alkoholu [8].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena wybranych zachowań zdrowotnych chorych na nowotwór w odniesieniu do czynników socjalnych i demograficznych. Szczególną uwagę poświęcono paleniu tytoniu i spożyciu alkoholu.

Materiał i metoda

Grupę badaną stanowiło 100 osób chorych na nowotwór. Respondenci byli w wieku 21-72 lat, przy czym średnia wieku wyniosła $46,22 \pm 12,80$ lat. Zdecydowaną większość analizowanej próby (69%) stanowiły kobiety i mieszkańcy miast (66%). Niespełna połowa ankietowanych chorowała na nowotwór złośliwy (48%). Średni czas trwania choroby wynosił $2,17 \pm 1,81$ lat (zakres od 2 miesięcy do 10 lat). U większości badanych (85%) nowotwór rozpoznano po raz pierwszy i nie występowały choroby współistniejące (79%). Ankietowani nie byli przeważnie obciążeni chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym (72%). Badani chorowali na nowotwór piersi (34%), płuc (13%), macicy (11%), jelita grubego (8%), odbytu (7%), tarczycy (6%), jądra (5%), jajnika (3%), jelita cienkiego (3%), nerek (3%), układu chłonnego (3%), miednicy małej (1%), sromu (1%), ślinianek (1%), trzustki (1%). Niespełna połowa badanych była w związku małżeńskim (45%). W badanej grupie dominowały osoby z średnim (49%) i zawodowym wykształceniem (31%). W samoocenie badanych sytuacja materialna została oceniona zazwyczaj jako dobra (57%).

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym była autorska ankieta, badająca spożycie używek, jak alkohol i nikotyna wśród pacjentów onkologicznych. Narzędzie składało się z pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru i półotwartych z możliwością wyrażenia własnej opinii. Do narzędzia dołączono metryczkę z pytaniami o czynniki socjo-demograficzne. Badania miały charakter dobrowolny, indywidualny, anonimowy. Zostały przeprowadzone zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej. Ankietowanych poinformowano o celu i przebiegu badań. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego *STATISTICA 12* i programu

Microsoft Office Excel. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności.

Wyniki

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani najczęściej nie spożywali alkoholu (61%).

Tabela I. Spożywanie alkoholu w zależności od zmiennych socjo-demograficznych

Zmienna	Spożywanie alkoholu			
	tak		Nie	
	n	%	n	%
Wiek				
do 40 lat	13	39	20	61
41-50 lat	10	37	17	63
powyżej 50 lat	16	40	24	60
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,06$; $p=0,97$				
Płeć				
kobiety	25	36	44	64
mężczyźni	14	45	17	55
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,72$; $p=0,40$				
Stan cywilny				
wolny	21	38	34	62
w związku	18	40	27	60
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,03$; $p=0,85$				
Miejsce zamieszkania				
miasto	27	41	39	59
wieś	12	35	22	65
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,30$; $p=0,59$				
Wykształcenie				
podstawowe/zawodowe	8	23	27	77
średnie	20	41	29	59
wyższe	11	69	5	31
Analiza statystyczna: $\chi^2=9,85$; $p=0,007$				
Sytuacja materialna				
dobra/bardzo dobra	20	32	43	68
przeciętna/zła	19	51	18	49
Analiza statystyczna: $\chi^2=3,77$; $p=0,05$				
n – liczebność, % - odsetek, p - poziom istotności, χ^2 - wynik testu chi-kwadrat				

Pozostałe 39% respondentów przyznało się do jego konsumpcji, przy czym spożywali go najczęściej raz w miesiącu (28%, $n=11$), raz w tygodniu (28%, $n=11$), kilka razy tygodniowo (28%, $n=11$), raz na parę miesięcy (16%, $n=6$). Uzyskane dane wskazują, iż

badani po 50. r.ż. nieznacznie częściej spożywali alkohol w porównaniu z młodszymi ankietowanymi, przy czym stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,97$). Nie wykazano także, aby płeć ($p=0,40$), stan cywilny ($p=0,85$), miejsce zamieszkania ($p=0,59$) znacząco determinowały spożywanie alkoholu u pacjentów onkologicznych. Jednakże zaobserwowano, że mężczyźni (45%), respondenci będący w związku (40%), mieszkańcy miast (41%) nieznacznie częściej konsumowali alkohol w porównaniu z kobietami (36%), osobami stanu wolnego (38%) i pochodzącymi ze wsi (35%). Wykazano istotny statystycznie związek między spożywaniem alkoholu a poziomem wykształcenia ($p=0,007$). Ankietowani z wyższym wykształceniem częściej konsumowali alkohol (69%) niżeli respondenci o niższym wykształceniu. Ponadto stwierdzono, iż spożywanie alkoholu determinowała sytuacja materialna ($p=0,05$). Ankietowani o przeciętnej lub złej sytuacji finansowej częściej spożywali alkohol (51%) niż badani z dobrą lub bardzo dobrą kondycją materialną (32%) Wyniki obrazuje Tabela I.

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani zmagający się z nowotworem złośliwym częściej spożywali alkohol (56%) w porównaniu z badanymi z łagodniejszą formą choroby. Uzyskane różnice były istotne statystycznie ($p=0,003$). Nie stwierdzono, aby czas trwania ($p=0,25$) i rozpoznania choroby ($p=0,29$) rzutowały na spożywanie alkoholu u pacjentów onkologicznych (Tabela 2).

Tabela II. Spożywanie alkoholu w zależności od charakteru nowotworu

Zmienna	Spożywanie alkoholu			
	tak		nie	
	n	%	n	%
Typ nowotworu				
nowotwór miejscowo złośliwy	3	25	9	75
nowotwór łagodny	9	22,5	31	77,5
nowotwór złośliwy	21	44	27	56
Analiza statystyczna: $\chi^2=11,57$; $p=0,003$				
Czas trwania choroby				
do roku	8	36	14	64
1-2 lata	12	55	10	45
2-3 lata	11	29	27	71
ponad 3 lata	8	44	10	56
Analiza statystyczna: $\chi^2=4,14$; $p=0,25$				
Czas rozpoznania				
pierwszy raz rozpoznany	35	41	50	59
wznowa	4	27	11	73
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,14$; $p=0,29$				
n – liczebność, % - odsetek, p - poziom istotności, χ^2 - wynik testu chi-kwadrat				

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani przeważnie nie palili papierosów (66%).

Tabela III. Palenie papierosów w zależności od zmiennych socjo-demograficznych

Zmienna	Palenie papierosów			
	tak		Nie	
	n	%	n	%
Wiek				
do 40 lat	18	55	15	45
41-50 lat	6	22	21	78
powyżej 50 lat	10	25	30	75
Analiza statystyczna: $\chi^2=9,32$; $p=0,009$				
Płeć				
kobiety	21	30	48	70
mężczyźni	13	42	18	58
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,26$; $p=0,26$				
Stan cywilny				
wolny	23	42	32	58
w związku	11	24	34	76
Analiza statystyczna: $\chi^2=3,33$; $p=0,07$				
Miejsce zamieszkania				
miasto	20	30	46	70
wieś	14	41	20	59
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,18$; $p=0,28$				
Wykształcenie				
podstawowe/zawodowe	8	23	27	77
średnie	19	39	30	61
wyższe	7	44	9	56
Analiza statystyczna: $\chi^2=3,11$; $p=0,21$				
Sytuacja materialna				
dobra/bardzo dobra	19	30	44	70
przeciętna/zła	15	41	22	59
Analiza statystyczna: $\chi^2=1,12$; $p=0,29$				
n – liczebność, % - odsetek, p - poziom istotności, χ^2 - wynik testu chi-kwadrat				

Pozostała część grupy (34%) była aktywnymi palaczami, wypalając paczkę dziennie (38%, $n=13$) lub tygodniowo (26%, $n=9$), kilka papierosów w miesiącu (18%, $n=6$), więcej niż paczkę dziennie (15%, $n=5$), kilka papierosów w roku (3%, $n=1$).

Wykazano, że palenie papierosów było odwrotnie proporcjonalne do wieku. Toteż badani po 41. r.ż. znacznie rzadziej palili papierosy w porównaniu z pacjentami młodszymi. Uzyskane różnice były istotne statystycznie ($p=0,009$).

Nie stwierdzono, aby płeć ($p=0,26$), stan cywilny ($p=0,07$), czy miejsce zamieszkania ($p=0,28$) determinowały palenie papierosów u pacjentów onkologicznych. Jednakże

zauważono, że mężczyźni (42%), badani stanu wolnego (42%) i pochodzący ze wsi (44%) nieznacznie częściej palili papierosy w porównaniu z kobietami (30%), osobami będącymi w związku (24%) i mieszkańcami miast (30%).

Nie stwierdzono także istotnej statystycznie zależności między paleniem papierosów a poziomem wykształcenia ($p=0,21$) i sytuacją materialną ($p=0,29$). Mimo to ankietowani o wyższym wykształceniu (44%), z przeciętną lub złą sytuacją materialną (41%) nieznacznie częściej palili papierosy w porównaniu z badanymi o niższym wykształceniu, dobrą lub bardzo dobrą sytuacją finansową (30%). Wyniki obrazuje Tabela III.

Wykazano, że ankietowani z nowotworem miejscowo złośliwym (50%) częściej palili papierosy niż badani z nowotworem łagodnym (27%) lub złośliwym (35%), przy czym stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,34$).

Zaobserwowano, że palenia papierosów nie determinował czas trwania ($p=0,22$) i rozpoznania choroby ($p=0,59$). Jednakże ankietowani, chorujący najkrócej i mający wznowę choroby nieznacznie częściej palili papierosy w porównaniu z osobami dłużej zmagającymi się z nowotworem i u których rozpoznano chorobę po raz pierwszy (Tabela IV).

Tabela IV. Palenie papierosów w zależności od charakteru choroby

Zmienna	Palenie papierosów			
	tak		nie	
	n	%	n	%
Typ nowotworu				
nowotwór miejscowo złośliwy	6	50	6	50
nowotwór łagodny	11	27,5	29	72,5
nowotwór złośliwy	17	35	31	65
Analiza statystyczna: $\chi^2=2,17$; $p=0,34$				
Czas trwania choroby				
do roku	11	50	11	50
1-2 lata	8	36	14	64
2-3 lata	9	24	29	76
ponad 3 lata	6	33	12	67
Analiza statystyczna: $\chi^2=4,37$; $p=0,22$				
Czas rozpoznania				
pierwszy raz rozpoznany	28	33	57	67
wznowa	6	40	9	60
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,28$; $p=0,59$				
n – liczebność, % - odsetek, p - poziom istotności, χ^2 - wynik testu chi-kwadrat				

Dyskusja

Liczba regularnych palaczy w Polsce szacowana jest blisko na 8,7 miliona, w tym około 5,2 miliona mężczyzn i około 3,5 miliona kobiet. Odnotowano także blisko 1 milion okazjonalnych palaczy. Polacy uplasowali się na trzeciej pozycji wśród krajów europejskich względem konsumpcji tytoniu przypadającej na jedną osobę [3]. Kaleta i wsp. określali rozpowszechnienie palenia papierosów wśród osób aktywnych zawodowo. Regularnie aktywnymi palaczami było 37,3% mężczyzn i 28,2% kobiet. Palenie tytoniu było związane z poziomem wykształcenia, wiekiem, brakiem świadomości szkodliwości palenia [9]. Aż 69% badanych przez Kiciak i wsp. pacjentów onkologicznych paliło papierosy, w tym 39% kobiet i 30% mężczyzn [10]. W ramach autorskich badań w analizowanej próbie blisko $\frac{1}{3}$ badanych było aktywnymi palaczami. Do palenia tytoniu przyznało się 30% kobiet i 42% mężczyzn.

Ryzyko rozwoju nowotworów odtytoniowych determinują liczba wypalanych dziennie papierosów, czas trwania nałogu wyrażony w tzw. paczkoletach [11], dodatkowo sposób wdychania dymu tytoniowego oraz cechy demograficzne i genetyczne, warunkujące metabolizm nikotyny [12]. Zdaniem Doll i Peto wypalanie do 4 papierosów w ciągu dnia podnosi prawdopodobieństwo rozwoju raka płuca wśród mężczyzn 3-krotnie, u kobiet nawet 5-krotnie [13]. Zaś około 30% przypadków nowotworu płuca wiąże się wyłącznie z biernym paleniem [14]. W badaniach Kiciak i wsp. ankietowani deklarowali głównie wypalanie 6-10 (27% kobiet, 28% mężczyzn) lub 11-15 sztuk papierosów dziennie (26% kobiet, 24% mężczyzn) [10]. Niestety autorskie badania donoszą, że respondenci w większości wypalali paczkę papierosów dziennie (38%) lub tygodniowo (26%), przyczyniając się tym samymi do wzrostu narażenia na choroby odtytoniowe.

Adamowicz badał poziom nasilenia zachowań zdrowotnych wśród chorych na raka płuca, który uznano za niski. Badani nie przykładali należytej staranności względem realizacji praktyk zdrowotnych oraz działań profilaktycznych, które obniżają ryzyko rozwoju nowotworu. Zachowania zdrowotne były istotnie częściej podejmowane przez osoby z wyższym wykształceniem, niepalące, o większej wiedzy onkologicznej i kobiety. Niepokojące jest, że aż 90% pacjentów paliło papierosy, mimo iż są one głównym czynnikiem ryzyka chorób nowotworowych [15]. Krukowska i Olejniczak donoszą, że blisko 90% przypadków raka płuca uwarunkowanych jest kancerogennym działaniem dymu tytoniowego. Badaczki oceniały poziom wiedzy studentów kierunków medycznych na temat raka płuca. Ankietowani w znacznej większości uznali za największy czynnik ryzyka zachorowania na raka płuc palenie tytoniu, znali kancerogenne składniki dymu tytoniowego i

antyzdrowotne działanie palenia biernego [16]. Niemalże wszyscy ankietowani przez Szczęch i wsp. byli świadomi szkodliwego wpływu papierosów na organizm i ich udziału w postaniu chorób odtytoniowych, jak nowotwory, choroby układu krążenia czy oddechowego. Na palenie tytoniu w ankietowanej grupie nie wpływała płeć, zaś było ono wprost proporcjonalne do poziomu wykształcenia. Respondenci w większości (45%) palili do 10 papierosów dziennie [17]. Zerwanie z nałogiem pozwala na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka, jakkolwiek proces ten trwa kilkanaście lat [18]. Ankietowani w autorskiej analizie chorzy na nowotwór przeważnie nie palili papierosów (66%). Wykazano, że palenie papierosów było odwrotnie proporcjonalne do wieku. Nie stwierdzono, aby płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, sytuacja materialna, typ nowotworu, czas trwania i rozpoznania choroby determinowały palenie papierosów u pacjentów onkologicznych.

Napoje alkoholowe zostały zaklasyfikowane przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem do karcynogenów klasy I [19]. Alkohol zawiera substancje o działaniu karcenogennym, jak fenole, ketony, aldehydy, związki aromatyczne. Ponadto podczas jego metabolizmu powstają wolne rodniki, osłabiające odpowiedź immunologiczną organizmu na docierające ze środowiska czynniki rakotwórcze [20]. Nie ustalono jak dotąd tzw. bezpiecznej ilości alkoholu, która nie zwiększałaby ryzyka rozwoju nowotworu [21], jednakże zauważono, że wzrasta ono istotnie przy spożyciu powyżej 2 porcji alkoholu w ciągu dnia. Ponadto jednoczesne palenie tytoniu i spożywanie alkoholu znacząco zwiększa ryzyko rozwoju niżeli indywidualne działanie tych czynników [22]. Pelucchi i wsp. badali związek między spożywaniem alkoholu, tytoniu a ryzykiem rozwoju nowotworów górnego odcinka przewodu pokarmowego i dróg oddechowych, tj. jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, wątroby. Dowiedli, iż picie alkoholu i palenie tytoniu to główne czynniki ryzyka nowotworów, powodujące około $\frac{3}{4}$ przypadków tych chorób w krajach rozwiniętych [23]. Każdego roku we Włoszech notuje się około 14000 nowych zachorowań i 7000 zgonów, wskutek złośliwych nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani czy przełyku, których główne czynniki etiologiczne to tytoń i alkohol [24]. Alkohol, zwłaszcza w połączeniu z paleniem tytoniu, jest dobrze znanym czynnikiem ryzyka rozwoju raka jamy ustnej i gardła, przełyku, krtani. Częstość tych nowotworów w Stanach Zjednoczonych zmniejsza się w ostatnich latach, prawdopodobnie ze względu na ograniczenia w paleniu papierosów i konsumpcji alkoholu [25]. Ferraroni i wsp. dowiedli, że spożycie ponad 6 alkoholowych drinków dziennie o 35% podnosi ryzyko rozwoju nowotworu wątroby w porównaniu z abstynentami [26]. Narod donosi, iż ryzyko rozwoju raka piersi u kobiet, pijących ≥ 2 porcji alkoholu dziennie jest nawet 1,5 razy większe niżeli wśród kobiet niespożywających alkoholu [27].

W badaniach Kiciak i wsp. aż 81% pacjentów konsumowało alkohol, w tym 49% kobiet i 32% mężczyzn. Większość respondentów deklarowało okazjonalne spożywanie alkoholu. Pozostali pili go raz w tygodniu (11%), częściej niż raz w tygodniu (7%), codzienne (4%) [10]. Niestety ponad $\frac{1}{3}$ ankietowanych w ramach autorskiej analizy wskazała na spożywanie alkoholu, konsumując go przeważnie raz w miesiącu lub tygodniu bądź kilka razy tygodniowo (odpowiednio po 28%).

Udowodniono, że kancerogenne działanie alkoholu może być różne w zależności od jego rodzajów. Ryzyko zachorowania na raka wiąże się znacznie częściej ze spożyciem wysokoprocentowych alkoholi niżeli wina, w przypadku, którego niektórzy autorzy wskazują nawet efekt ochronny [28]. Potwierdzają to wyniki badań Gronbaek i wsp., według których prawdopodobieństwo rozwoju raka przełyku wśród duńskiej populacji konsumującej napoje wysokoprocentowe było znacznie większe w porównaniu do konsumentów wina [29]. Podobnie twierdzi Chao, który uważa, że rakotwórcze właściwości alkoholu na rozwój raka płuc mogą być różne w zależności od rodzaju spożywanych trunków. Wyniki sugerują, że wysokie spożycie mocnych alkoholi i piwa wiąże się ze zwiększonym ryzykiem rozwoju raka płuc, a umiarkowana konsumpcja wina wykazuje działanie odwrotne [30]. Do tych samych wniosków doszli Cook i wsp., którzy dowiedli, że spożycie czerwonego wina wiąże się z istotnie mniejszym ryzykiem choroby nowotworowej w stosunku do piwa i spirytusu [31]. Z kolei zdaniem Wozniak i wsp. umiarkowane spożycie niskoprocentowego alkoholu wiąże się z niższym ryzykiem raka nerek [32]. Czynnikiem istotnie rzutującym na kancerogenne działanie alkoholu stanowi spożycie go w jednostce czasu. Skonsumowanie dużej dawki w krótkim czasie ma bardziej negatywne działanie w porównaniu ze spożyciem takiej samej ilości przez dłuższy okres [33]. Prócz nowotworów dróg oddechowych, m. in. jamy ustnej, gardła, krtani, zatok, płuc, nosa, przełyku, spożycie alkoholu uważane jest za przyczynę raka piersi, okrężnicy, odbytnicy [22], trzustki, wątroby, jelita grubego, żołądka [20]. Istnieje coraz więcej dowodów, że konsumpcja alkoholu jest związana z nowotworami prostaty i czerniakiem [34]. Nie jest więc zaskoczeniem, że to właśnie te nowotwory były jednymi z częściej diagnozowanych wśród analizowanej próby. Zdaniem Markowskiej i wsp. wyniki analiz dotyczących wpływu alkoholu na rozwój raków ginekologicznych są rozbieżne [35]. Mayadev i wsp. donoszą, że nadużywające alkoholu kobiety z zaawansowanym rakiem szyjki macicy miały znacząco krótszy czas przeżycia, zwiększone ryzyko nawrotu choroby i śmierci [36]. W badaniach własnych spożycia alkoholu przez pacjentów onkologicznych nie determinowały wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, czas trwania i rozpoznania choroby. Wykazano istotny statystycznie związek między spożywaniem alkoholu

a poziomem wykształcenia, sytuacją materialną, typem nowotworu. Ankietowani z wyższym wykształceniem i o przeciętnej lub złej sytuacji finansowej częściej spożywali alkohol niżeli respondenci o niższym wykształceniu i z dobrą lub bardzo dobrą kondycją materialną. Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani zmagający się z nowotworem złośliwym częściej spożywali alkohol (56%) w porównaniu z badanymi z łagodniejszą formą choroby.

Wnioski

1. Alkohol i palenie tytoniu to obecnie dobrze udokumentowane i niepodważalne czynniki ryzyka chorób nowotworowych.
2. Ankietowani pacjenci onkologiczni przeważnie nie palili papierosów (66%). Wykazano, że palenie papierosów było odwrotnie proporcjonalne do wieku. Nie stwierdzono, aby płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, sytuacja materialna, typ nowotworu, czas trwania i rozpoznania choroby determinowały palenie papierosów u pacjentów onkologicznych.
3. Do konsumpcji alkoholu przyznało się 39% respondentów. Spożycia alkoholu przez pacjentów onkologicznych nie determinowały wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, czas trwania i rozpoznania choroby. Wykazano istotny statystycznie związek między konsumpcją alkoholu a poziomem wykształcenia, sytuacją materialną, typem nowotworu.

Piśmiennictwo

1. Adamowicz K., Zaucha J.M., Majkowicz M.: Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych, Nowotwory, 2011, 61, 449-456.
2. Adamowicz K., Zalewska M., Majkowicz M., Zaucha J.M.: Ocena gotowości do zmian postaw i zachowań prozdrowotnych młodzieży do lat 18 pod wpływem edukacji zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych, Onkologia Polska, 2012, 15, 4, 157-165.
3. Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Centers for Disease Control and Prevention. Globalny Sondaż Dotyczący Używania Tytoniu Przez Osoby Dorosłe (GATS) Polska 2009-2010, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2010, 9-14.

4. Oberg M., Jaakkola M.S., Woodward A., Peruga A., Prüss-Ustün A.: Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries, *Lancet*, 2011, 377, 139–146.
5. Bury P., Godlewski D., Wojtyś P.: Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej, *Współczesna Onkologia*, 2000, 1, 13–15.
6. Testino G., Ancarani O., Scafato E.: Alcohol consumption and cancer risk, *Recenti Progressi in Medicina*, 2011, 102, 10, 399-406.
7. Malak A.T., Yilmaz D., Tuna A., Gumus A.B., Turgay A.S.: Relations between breast and cervical cancer prevention behaviour of female students at a school of health and their healthy life style, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2010, 11, 53–56.
8. Głowacka M.D., Kwapisz U., Frankowska A.: Wybrane elementy stylu życia i problemy zdrowotne osób po 50. roku życia, *Zdrowie Publiczne*, 2011, 121, 135-140.
9. Kaleta D., Korytkowski P., Makowiec-Dąbrowska T.: Palenie papierosów w populacji osób czynnych zawodowo, *Medycyna Pracy*, 2013, 64, 3, 359-371.
10. Kiciak A., Całyniuk B., Grochowska-Niedworok E., Szczepańska E. Wybrane zachowania żywieniowe osób z chorobą nowotworową, *Hygeia Public Health*, 2012, 47, 3, 354-359.
11. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I.: Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, *BMJ*, 2004, 26, 1519.
12. Lubin J.H., Caporaso N.E.: Cigarette smoking and lung cancer: modeling total exposure and intensity, *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 2006, 15, 517–523.
13. Doll R., Peto R.: Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British doctors, *BMJ*, 1976, 2, 1525-1536.
14. Bach P.B., Elkin E.B., Pastorino U., Kattan M.W., Mushlin A.I., Begg C.B., Parkin D.M.: Benchmarking lung cancer mortality rates in current and former smokers, *Chest* 2004, 126, 1742-1749.
15. Adamowicz K.: Ocena wiedzy w zakresie chorób nowotworowych oraz wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród chorych na zaawansowanego, przerzutowego raka płuca w trakcie chemioterapii, *Psychoonkologia*, 2016, 20, 2, 84–89.
16. Krukowska M., Olejniczak D.: Ocena wiedzy studentów na temat czynników ryzyka i profilaktyki nowotworów płuc, *Medycyna Rodzinna*, 2013, 4, 143-148.

17. Szczęch B., Dyzmann-Sroka A., Kubiak A., Trojanowski M., Malicki J.: Analiza świadomości zdrowotnych skutków palenia tytoniu wśród wybranych grup społecznych, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95, 4, 871-879.
18. Jassem E., Szymanowska A., Siemińska A., Jassem J.: Palenie tytoniu a rak płuca, *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2009, 77, 469–473.
19. Secretan B., Straif K., Baan R., Grosse Y., El Ghissassi F., Bouvard V., Benbrahim-Tallaa L., Guha N., Freeman C., Galichet L., Coglianò V.; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group: A review of human carcinogens – Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish, *The Lancet Oncology*, 2009, 10, 1033–1034.
20. de Menezes R.F., Bergmann A., de Aquiar S.S., Thuler L.C.: Alcohol consumption and the risk of cancer in Brazil: a study involving 203,506 cancer patients, *Alcohol*, 2015, 49, 747–751.
21. Jarosz M.: Nowotwory złośliwe. Jak zmniejszyć ryzyko zachorowania. Porady lekarzy i dietetyków, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008, 38-42.
22. Divisi D., Di Tommaso S., Salvemini S., Garramone M., Crisci R.: Diet and cancer, *Acta Biomedica*, 2006, 77,2, 118-123.
23. Pelucchi C., Gallus S., Garavello W., Bosetti C., La Vecchia C.: Alcohol and tobacco use, and cancer risk for upper aerodigestive tract and liver, *European Journal of Cancer Prevention*, 2008, 17, 4, 340-344.
24. Canova C., Richiardi L., Merletti F., Pentenero M., Gervasio C., Tanturri G., Garzino-Demo P., Pecorari G., Talamini R., Barzan L., Sulfaro S., Franchini G., Muzzolini C., Bordin S., Pugliese G.N., Macri E., Simonato L.: Alcohol, tobacco and genetic susceptibility in relation to cancers of the upper aerodigestive tract in northern Italy, *Tumori*, 2010, 96, 1, 1-10.
25. Brown L.M. Epidemiology of alcohol-associated cancers, *Alcohol*, 2005, 35, 3, 161-168.
26. Ferraroni M., Negri E., La Vecchia C., D'Avanzo B., Franceschi S.: Socioeconomic indicators, tobacco and alcohol in the aetiology of digestive tract neoplasms, *The International Journal of Epidemiology*, 1989, 18, 556-562.
27. Narod S.A.: Alcohol and Risk of Breast Cancer, *JAMA*, 2011, 306, 17, 1920-1921.
28. Gammon M.D., Schoenberg J.B., Ahsan H., Risch H.A., Vaughan T.L., Chow W.H., Rotterdam H., West A.B., Dubrow R., Stanford J.L., Mayne S.T., Farrow D.C., Niwa S., Blot W.J., Fraumeni J.F. Jr: Tobacco, alcohol and socioeconomic status and

- adenocarcinomas of the esophagus and gastric cardia, *The Journal of the National Cancer Institute*, 1997, 89, 1277-1284.
29. Gronbaek M., Becker U., Johansen D., Tønnesen H., Jensen G., Sørensen T.I.: Population based cohort study of the association between alcohol intake and cancer of the upper digestive tract, *BMJ*, 1998, 317, 844-847.
30. Chao C.: Associations between beer, wine, and liquor consumption and lung cancer risk: a meta-analysis, *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 2007, 16, 11, 2436-2447.
31. Cook L.S., Leung A.C., Swenerton K., Gallagher R.P., Magliocco A., Steed H., Koebel M., Nation J., Eshragh S., Brooks-Wilson A., Le N.D.: Adult lifetime alcohol consumption and invasive epithelial ovarian cancer risk in a population-based case-control study, *Journal of Gynecologic Oncology*, 2016, 140, 2, 277-284.
32. Wozniak M.B., Brennan P., Brenner D.R., Overvad K., Olsen A., Tjønneland A., Boutron-Ruault M.C., Clavel-Chapelon F., Fagherazzi G., Katzke V., Kühn T., Boeing H., Bergmann M.M., Steffen A., Naska A.: Alcohol consumption and the risk of renal cancers in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC), *Urologic Oncology*, 2017, 35, 3, 117.
33. Launoy G., Milan C., Faivre J., Pienkowski P., Milan C.I., Gignoux M.: Alcohol, tobacco and oesophageal cancer: effects of the duration of consumption, mean intake and current and former consumption, *The British Journal of Cancer*, 1997, 75, 1389-1396.
34. Bagnardi V., Rota M., Botteri E., Tramacere I., Islami F., Fedirko V., Scotti L., Jenab M., Turati F., Pasquali E.: Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response metaanalysis, *The British Journal of Cancer*, 2015, 112, 580–593.
35. Markowska A., Kaysiewicz J., Makówka A., Staszewski R., Markowska J., Pawałowska M.: Wpływ używek na rozwój nowotworów ginekologicznych, *Current Gynecologic Oncology*, 2016, 14,2, 109–116.
36. Mayadev J., Li C.S., Lim J., Valicenti R., Alvarez E.A.: Alcohol abuse decreases pelvic control and survival in cervical cancer: an opportunity of lifestyle intervention for outcome improvement, *American Journal of Clinical Oncology*, 2015; DOI: 10.1097/COC.0000000000000187.

Śmierć współmałżonka jako patogen – wpływ utraty najbliższej osoby na kondycję człowieka po 50. roku życia

Długosz Paulina¹, Turniak Michał¹, Makarewicz Olga¹, Rygiel Klaudia¹, Dorna Krzysztof³,
Ferenc Stanisław^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

*Wspomnienia ogrzewają człowieka od środka.
Ale jednocześnie siekają go gwałtownie na kawałki.
~ Haruki Murakami [1]*

Wstęp

Śmierć jest nieodzownym elementem życia – tak samo zakończy się nasz żywot, jak i żywot osób, które kochamy.

Ludzie mają świadomość, że śmierć kiedyś nastąpi, a mimo to często nie są przygotowani na odejście bliskiej osoby, z którą dzielili większość życia – tak jest w przypadku śmierci współmałżonka. Tej sytuacji towarzyszy żałoba.

Strata ukochanej osoby wpływa gwałtownie na wiele płaszczyzn – przekłada się na zaburzenie codziennego funkcjonowania, na sposób, w jaki postrzegamy nasze otoczenie, a to z kolei na jakość życia. Należy więc przyjrzeć się temu istotnej dla społeczeństwa kwestii.

Cel

Celem pracy jest analiza i dyskusja nad doświadczeniem żałoby po stracie współmałżonka u osób powyżej 50. roku życia oraz wpływem tego wydarzenia na jakość i długość życia owdowiałych. Autorzy stawiają sobie za cel dyskusję nad uwarunkowaniami przeżywania utraty partnera życiowego, jak i możliwości korzystania z różnych form

wsparcia społecznego, zauważając jednocześnie konieczność poświęcenia uwagi temu problemowi społecznemu.

Material i metoda

W badaniu zastosowano analizę publikacji (raportów z badań, artykułów, doniesień naukowych, danych epidemiologicznych i demograficznych) dotyczących żałoby przeżywanej po stracie współmałżonka.

Rozwinięcie

Przywiązanie a żałoba

Najprostsza definicja żałoby mówi o tym, iż jest to uczucie smutku, osamotnienia po śmierci kogoś bliskiego [2]. Należy jednak szerzej przyjrzeć się temu zagadnieniu jako na proces złożony, mający negatywny wpływ nie tylko strefę psychiczną i społeczną, ale i somatyczną człowieka, w jednym momencie dochodzi do bardzo wielu zmian w życiu żałobnika [3]. Należy zaznaczyć, że żałoba to proces mający charakter adaptacyjny, nie jest chorobą i jako taka nie wymaga szczególnego podejścia terapeutycznego [4].

Geneza żałoby sięga początków naszego życia – dzieciństwa, kiedy to budujemy pierwsze relacje z matką, uczymy się przywiązania do drugiego człowieka. Na podobnej zasadzie, dzięki zakorzenieniu w psychice i emocjach, działa budowanie przywiązania w życiu dorosłym. Oczywiście zmienia się forma i dynamika tworzenia tej relacji (przybiera postać relacji romantycznej) jednak jest ona zawsze obecna i bardzo istotna w życiu człowieka. To właśnie przez to, że wcześniej przywiązaliśmy się do innej osoby, przeżywamy żałobę po jego stracie [5,6]. Miłość, więź oraz przywiązanie są bardzo ważnymi elementami w rozwoju. Dzięki psychoanalizie powstawania więzi można wyjaśnić różne formy stresu, jako odpowiedź na niechciane jej zerwanie [7]. Objawy, jakie występują w wyniku żałoby często korespondują z tymi, które wyróżniamy przy pojawieniu się epizodu depresyjnego. Są to przede wszystkim lęk, poczucie winy i niesprawiedliwości, dezorientacja, smutek, a nawet gniew. Pomędzy tymi stanami istnieją jednak różnice – podczas opłakiwania utraconej osoby nie występują wyłącznie „negatywne”, ale również „pozytywne” uczucia. Z czasem te pierwsze zaczynają ustępować, natomiast w przebiegu depresji objawy mają całościowy charakter, a przeżywanie „pozytywnych” emocji jest niejako odgórnie upośledzone [8].

Oprócz opłakiwania osoby zmarłej występuje niejako opłakiwanie siebie samego. Zjawisko to można wytłumaczyć poczuciem utracenia części własnego „ja” i tożsamości, którą wspólnie ze współmałżonkiem wytworzono na bazie silnej relacji, o której mowa wyżej.

Żałoba wiąże się ze stresem, definiowanym przez Hansa Selye jako reakcja organizmu człowieka na dany czynnik – w tym przypadku na śmierć osoby bliskiej. W pierwszej fazie tego stanu możemy mówić o reakcji obronnej, czyli mobilizacji sił organizmu. Silny stresor lub przedłużające się uczucie stresu może prowadzić jednak do zaburzeń – w szczególności stanu zdrowotnego [9]. Wytwarzany jest wtedy kortyzol – hormon stresu. Obniża on poziom białych krwinek, które odpowiedzialne są za odporność organizmu. Zwiększa się zatem podatność na choroby zarówno ze środowiska zewnętrznego, jak i wewnętrznego. Badania przeprowadzone w 1988r. m.in. przez Irwina, Danielsa i Rischa potwierdzają tę teorię. Wykazali oni, że osoby po śmierci małżonka mieli obniżoną liczbę komórek NK, które są naszą pierwszą linią obrony przeciwko nowotworom [10]. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w 1967r. przez T. Holmesa i R. Rahe’a utrata współmałżonka była właśnie dominującą przyczyną wysokiego poziomu stresu, spośród innych stresogennych wydarzeń. W niechlubnym rankingu najsilniejszych stresorów wyprzedziła m.in. rozwód, separację małżeńską, czy pobyt w więzieniu [11].

Nic więc dziwnego, że u osób owdowiałych obserwuje się zmiany w kondycji zdrowotnej, mianowicie zwiększony wskaźnik zachorowań i śmiertelności, nie zapominając jednocześnie przy tym o problemach psychologicznych i psychiatrycznych [12].

Singularyzacja, czyli pozostawanie w jednoosobowym gospodarstwie domowym, u osób w wieku starszym staje się sytuacją przymusową, do której dochodzi na skutek śmierci współmałżonka [13].

Stan żałoby po śmierci żony lub męża może być zatem bardzo niebezpieczny – dlatego tak ważna jest umiejętność radzenia sobie z tego rodzaju stresem. W szczególności sytuacja ta dotyczy ludzi powyżej 50. roku życia. Tracąc współmałżonka, z którym często spędzili ponad połowę życia, nie wyobrażają sobie funkcjonowania bez najbliższej osoby, która była często jedyną osobą w ich otoczeniu – domownikiem, przyjacielem. ale i wsparciem w zwyczajnych codziennych czynnościach.

Co więcej, przez przyjęty kulturowo podział obowiązków w rodzinie nie potrafią poradzić sobie z czynnościami życiowymi. W przypadku wdowy - problem ten jest wynikiem pogorszenia sytuacji materialnej, emerytury kobiet są przeciętnie niższe niż mężczyzn. Strata współmałżonka jest związana także z prozaicznymi kłopotami dnia codziennego, takimi jak

np. realizowanie zadań finansowych i administracyjnych, którymi dotychczas zajmował się mąż. Podobnie wdowiec staje w obliczu konieczności prowadzenia gospodarstwa domowego bez wcześniejszego przygotowania [14].

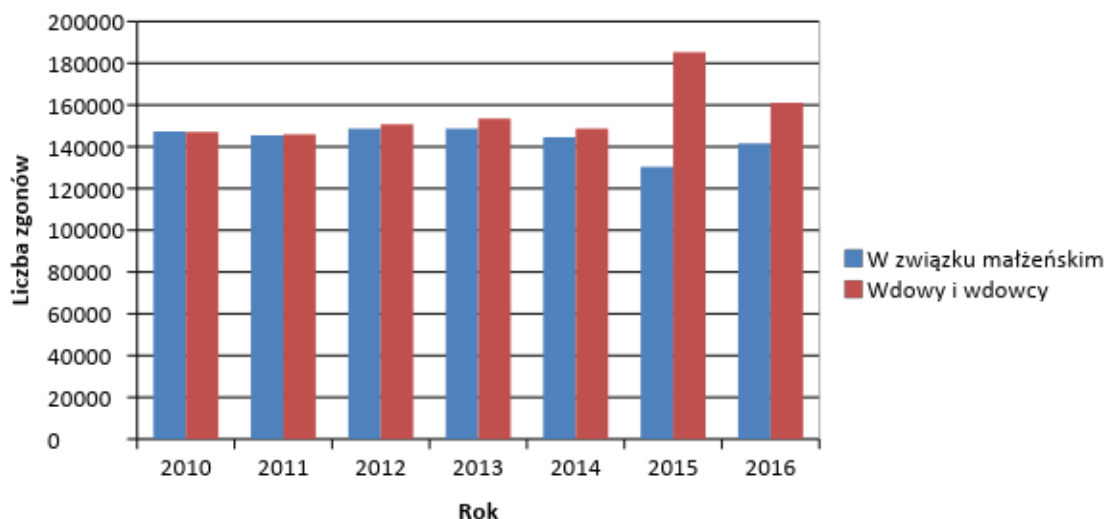
Sytuacja wdów i wdowców w Polsce

Z prognoz GUS wynika, że w 2030 roku 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzone przez seniorów w wieku > 65 lat, przy czym 17,3% stanowić będą osoby powyżej 80. roku życia [15]. Jak już wspomniano, utrata współmałżonka wpływa na pogorszenie stanu zdrowia, a w konsekwencji na zwiększenie wskaźnika śmiertelności u wdów i wdowców. W Polsce w 2011 r., zgodnie z danymi zgromadzonymi podczas Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań, grupa wdów i wdowców powyżej 50. roku życia była prawie trzykrotnie niższa, niż osób w związku małżeńskim w tymże wieku [16]. Jednak liczba zgonów w poszczególnych grupach wykazała, że wskaźnik śmiertelności w przypadku wdów i wdowców jest prawie trzykrotnie większy, niż w grupie osób pozostających w związku małżeńskim! Szczegółowe dane pokazuje tabela I. Fakt ten zastanawia i zachęca do dalszych badań na temat wpływu straty współmałżonka stan zdrowia.

Tab. I. Porównanie liczby ludności i śmiertelności osób w grupie wiekowej 50 lat i więcej w zależności od stanu cywilnego

	W związku małżeńskim	Wdowy i wdowcy
Ludność	8708272	2986368
Liczba zgonów	145569	145855
Śmiertelność (w procentach)	1,671618	4,884026

Warto też zwrócić uwagę na zależność między stanem cywilnym a stanem zdrowia ludzi. Badania donoszą, że status cywilny ma wpływ na długość życia – mianowicie osoby żyjące w związku małżeńskim charakteryzują się niższym współczynnikiem umieralności od osób, które żyją samotnie. Jak mówi jedna z teorii, wynikać to może przede wszystkim z większego przykładania uwagi do prowadzenia zdrowego, bezpiecznego trybu życia i zwracania uwagi na profilaktykę prozdrowotną [17]. Doniesienia te mogą wskazywać, że po stracie współmałżonka (niezależnie od grupy wiekowej) już sam fakt życia w pojedynkę niekorzystnie wpływa na stan zdrowia ludzi. Ciekawe są również dane, które pochodzą z Głównego Urzędu Statystycznego, a zostały zilustrowane na poniższym wykresie (Ryc. 1)[18].



Ryc.1. Liczba zgonów w latach 2010-2016 w grupie wiekowej 50 lat i więcej w zależności od stanu cywilnego

Przyglądając się tym danym statystycznym dotyczącym interesującej nas grupy wiekowej zauważamy, że na przestrzeni lat utrzymuje się tendencja zwiększonej liczby zgonów osób owdowiałych w stosunku do osób pozostających w związku małżeńskim. Sumarycznie liczba zgonów jest podobna, ale należy wziąć pod uwagę, że osób owdowiałych jest około trzykrotnie mniej. Pokazuje nam to, że tendencja ta utrzymuje się, czyli stanowi realny problem, z którym jako społeczeństwo powinniśmy się zmierzyć, szczególnie, że Polska jest tzw. krajem starzejącym się. Według informacji GUS, od początku lat 90. ubiegłego wieku przeciętny mieszkaniec Polski postarzał się o ponad 7 lat.

Wnioski

Na podstawie analizy powyższych danych można wysunąć następujące wnioski. Śmierć współmałżonka wpływa w sposób negatywny na życie człowieka, przyczyniając się w sposób znaczący do zmniejszenia długości jego życia. Starsze osoby często nie są w stanie funkcjonować bez opieki współmałżonka, nie mają z kim porozmawiać, czują się samotne i przestają widzieć sens życia. Dlatego tak ważne jest, żeby być psychicznie przygotowanym na ten okres. Na ogół ludzie wolą odpędzać od siebie myśli o niej i cieszyć się życiem, ale jedno jest pewne - nie powinniśmy unikać tego tematu. Wręcz odwrotnie. Ważne jest, żeby o niej rozmawiać w sposób naturalny i przygotować bliskich, a także siebie samych na tę okoliczność, która przecież spotkać nas może w każdym, nawet najmniej oczekiwanym

momencie. Podjęcie działania w sprawie zwiększonej śmiertelności osób w badanej grupie wiekowej jest konieczna.

Pomoc dla owdowiałych

W jaki sposób zminimalizować negatywne skutki straty współmałżonka? Niewątpliwie wszystko zaczyna się w głowie – najważniejsze jest zaopiekować się osobami osamotnionymi, rozmawiać i uświadomić, że ich życie wciąż jest wartościowe, a bagaż bezcennego doświadczenia i wiedzy niezwykle cenny dla młodszych pokoleń. Pokazanie im, że nawet po stracie małżonka mogą się rozwijać i brać udział w życiu społecznym jest tutaj kluczowe. Osoby owdowiałe muszą chcieć wyjść z domu, ale to ze strony społeczeństwa, władz, organizacji społecznych wyjść musi inicjatywa stworzenia przestrzeni publicznej, która zaabsorbuje takie osamotnione osoby. Społeczeństwo zdaje się zapominać o osobach starszych, schorowanych i samotnych. Jeżeli taki człowiek zostałby objęty odpowiednią opieką – na pewno dużo łatwiej byłoby mu przejść przez okres żałobny. Nie ulega wątpliwości, że kluczowe jest to, żeby osoba taka nie pozostała sama sobie, żeby miała kogoś, z kim można by najzwyczajniej w świecie porozmawiać. Być może za mało jest takich miejsc w sferze publicznej, gdzie starsi ludzie mogą się po prostu spotkać. Ponadto, należałoby zapłacić czas takiej osobie – przecież starszy wiek nie musi oznaczać wykluczenia społecznego i braku możliwości rozwoju. Niestety często oni sami tak o sobie myślą i nie wychodzą z do miejsc publicznych obawiając się ostracyzmu.

Żałoba to naturalny proces psychologiczny, w ramach którego profesjonalną opieką powinny być objęte osoby doświadczające tzw. patologicznej żałoby – traumatycznej, występującej ze znacznym pogorszeniem stanu zdrowia, funkcjonowania społecznego i fizycznego. Opieka nad osobami osieroconymi należy do zadań opieki paliatywnej – jest to tzw. *breavement service*. [4]. Współcześnie dobrym przykładem pomocy dla osób z interesującą nas grupy wiekowej jest zakładanie tzw. Uniwersytetów III wieku, gdzie starsi ludzie mogą uczyć się interesujących ich dziedzin, wykorzystywać swój przecież wciąż ogromny potencjał, ale i po prostu spotkać rówieśników. Ciekawym i stosunkowo łatwym sposobem na aktywizację wdowców i wdów po 50. roku życia jest również zakładanie portali społecznościowych dla danej grupy wiekowej. Przykładem takiego serwisu jest portal 50plus50. [19] Dzięki takim witrynom, starsze i samotne osoby mogą skontaktować się lub spotkać z rówieśnikami w podobnej sytuacji życiowej. Jednakże w tym przypadku

czynnikiem ograniczającym kontakt jest umiejętność korzystania z Internetu. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez CBOS w 2017 roku mniej niż połowa ludności w grupie wiekowej 55-64 lat korzysta z tego medium, a tylko 23% osób w wieku 65 lat i starszych jest użytkownikami Internetu [20].

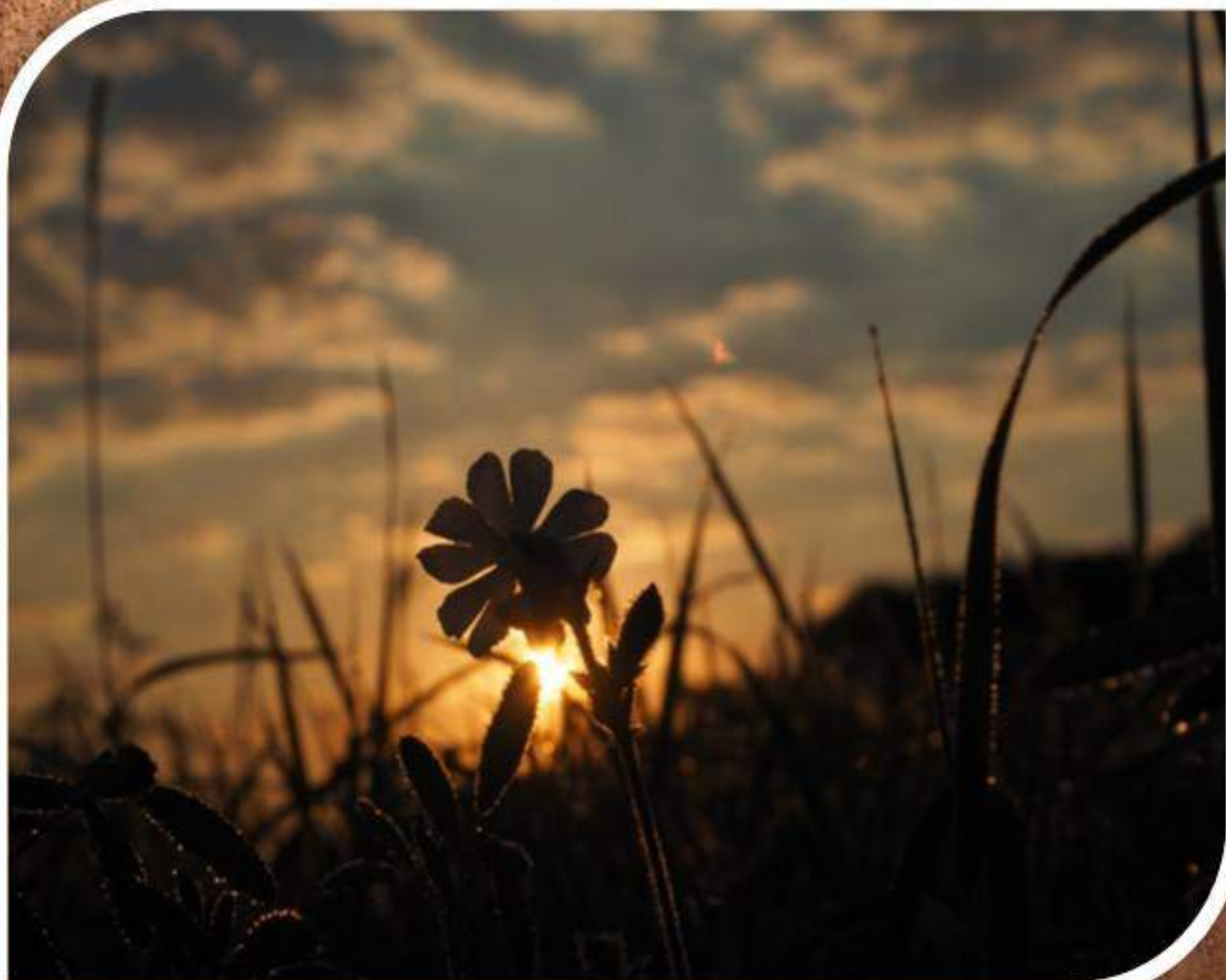
Poprzez skupienie większej uwagi na problemie osamotnionych, starszych osób i dzięki wdrożeniu działań prospołecznych, których przykłady zostały wymienione, możliwe będzie zmniejszenie negatywnych skutków śmierci współmałżonka oraz poprawa jakości życia ludzi dotkniętych tym precedensem życiowym.

Piśmiennictwo

1. Murakami H.: Kafka nad morzem. Wyd. 1, przeł. Anna Zielińska-Elliott, Wyd. Muza, Łódź, 2007.
2. Drabik L.: Słownik Języka Polskiego PWN. Wyd. 3, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2015.
3. Steuden S., Tucholska S.: Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby, Wyd. KUL, Lublin, 2009, 11.
4. Hartman J., Szabat M.: Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2016, 138.
5. Bowlby J.: Przywiązanie. wyd.1, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
6. Parkes C.M., Weiss R.S.: Recovery from bereavement, Basic Books, New York, 1983.
7. Stelcer B.: Gorzka cena miłości, czyli o bólu żałoby, Paedagogia Christiana, Toruń, 2006, 111-122.
8. Dodziuk A.: Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 2007.
9. Okoń W.: Nowy słownik pedagogiczny. Wyd. 3, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa, 2001.
10. Irwin M., Daniels M., Risch S.C., Bloom E., Weiner H.: Plasma cortisol and natural killer cell activity during bereavement, Biol Psychiatry, San Diego, 1988, 173-178.
11. Holmes T. H., Rahe R. H.: The Social Readjustment Rating Scale, Journal of Psychosomatic Research, San Diego, 1967, 213-218.
12. Parkes C.M., Laungini P., Young B.: Przemijanie w Kulturach, obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie, Wyd. Astrum, Wrocław, 2001.

13. Grzeszek I.: Stereotyp starości. [w:] Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna, Kuchcińska M. (red.), Akademia Bydgoska. Bydgoszcz, 2004, 117-121.
14. Bosacka M., Bączyk G., Ulatowska A.: Aspekty psychospołeczne życia osób w wieku podeszłym a możliwości opieki, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016, 61, 439-447
15. Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Warszawa, 2012.
16. Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa, 2013.
17. Inez J., Alcida M.: Marital status and health - Descriptive and explanatory studies, Offsetdrukkerij Haveka, Alblasterdam, 1996.
18. Internetowa baza danych GUS – Baza Demografia, <http://demografia.stat.gov.pl>, data pobrania: 01.04.2018.
19. <https://www.50plus50.com/pl/>, data pobrania 10.04.2018.
20. Feliksiak M.: Komunikat z badań CBOS: Korzystanie z Internetu., 2017, 49.

PROBLEMY OPIEKI PERINATALNEJ



Wiedza studentów Wydziału Lekarskiego na temat hospicjów perinatalnych w Polsce

Gworys Martyna¹, Kolasa Wojciech¹, Gibasiewicz Marcin¹, Wala Kamila¹, Dorna Krzysztof³, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Dziecko w łonie matki obserwowane jest na każdym etapie rozwoju. Kobiety w ciąży przechodzą znaczną ilość przesiewowych badań prenatalnych, takich jak: badanie USG, cytologia, badanie moczu czy morfologia krwi. Jeżeli badania przesiewowe sugerują jakiegokolwiek wady płodu, wykonuje się badania diagnostyczne, np. amniopunkcję czy biopsję kosmówki [1], co z dużym prawdopodobieństwem pozwala na potwierdzenie lub wykluczenie wady letalnej płodu. Wada letalna to ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu lub nieuleczalna choroba zagrażająca jego życiu [2].

Dla wielu rodzin informacja o nieuleczalnej chorobie dziecka w łonie matki okazuje się ciężka do zaakceptowania. Część z nich nie potrafi odnaleźć się w tej sytuacji. Szukają pomocy, korzystając z różnych źródeł. Na tym etapie, w kwestii lekarza jest poinformować rodziców poczętego dziecka o wszystkich możliwościach dalszego postępowania, w tym o wyborze opieki paliatywnej lub aborcji. Jeżeli rodzice zdecydują się na kontynuację ciąży dziecko może urodzić się żywe, niestety może również dojść do zgonu wewnątrzmacicznego.

Jeżeli dziecko będzie zdolne do życia, bez koniecznej pomocy medycznej lub dzięki pewnym zabiegom m.in. chirurgicznych, które mu to umożliwią, może być ono wypisane do domu. Może się jednak zdarzyć, że dziecko nie będzie zdolne do przeżycia. Wówczas możliwe jest wdrożenie procedur, które to życie przedłużą, takich jak resuscytacja czy intensywna terapia. Jednakże powstaje wtedy ryzyko uporczywej terapii, która jedynie wydłuża cierpienie noworodka i niepotrzebne sprawia mu ból (liczne wkłucia, zabiegi, podawanie leków). Istnieje jednak alternatywa dla tych działań – jest to zaprzestanie przedłużania życia i podjęcie opieki paliatywnej [3].

W Polsce w dalszym ciągu mało rozpowszechnione są informacje na temat hospicjów perinatalnych i przez to wiele rodzin decyduje się na terminację ciąży. Tylko w 2016 roku dokonano 1098 zabiegów aborcji, z czego aż 1042 ze względu na duże prawdopodobieństwo wady letalnej płodu [4]. Liczba aborcji w Polsce wciąż rośnie, ale rośnie również liczba kobiet, które decydują się urodzić dziecko obciążone nieodwracalną wadą lub nieuleczalną chorobą z pomocą hospicjum perinatalnego. Polski model perinatalnej opieki paliatywnej został zapoczątkowany przez małżeństwo lekarzy – dr hab. n. med. Tomasza Dangla oraz prof. dr hab. n. med. Joannę Szymkiewicz-Dangel, która przedstawiła koncepcję hospicjum perinatalnego po raz pierwszy podczas Europejskiego Kursu Opieki Paliatywnej nad Dziećmi w Budapeszcie w 1999r [5]. Liczba dzieci leczonych przez hospicja domowe, z przyczyny wrodzonej wady rozwojowej, zniekształcenia i aberracji chromosomowej w Polsce w latach 2005-2013, wzrosła z 83 do 412 [6]. Z 593 konsultacji psychologicznych w latach 2009-2016, które odbyły się przed 24. tygodniem ciąży w ramach Warszawskiego Hospicjum Perinatalnego, aż 393 skończyło się postanowieniem kontynuacji ciąży i urodzeniu dziecka z wadą letalną [7] .

Hospicja perinatalne to miejsca, do których dostęp mają wszystkie kobiety, u których jeszcze nienarodzonych dzieci zdiagnozowano wadę letalną oraz ich rodziny. Te miejsca są stworzone w celu zapewnienia noworodkowi godnych warunków odejścia - bez niepotrzebnego bólu oraz przygnębiającej atmosfery szpitala. Rodzinie daje to również możliwość pożegnania się z dzieckiem.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena poziomu wiedzy studentów Wydziału Lekarskiego na temat hospicjów perinatalnych w Polsce oraz ich zdania odnoszącego się do potrzeb edukacji w tym temacie.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone wśród 156 studentów Wydziału Lekarskiego trzech Uniwersytetów Medycznych (Uniwersytet im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz Śląski Uniwersytet Medyczny z oddziałem w Zabrze). W zależności od roku studiów liczba osób badanych przedstawiona jest w tabeli I.

Tabela 1. Liczba studentów w grupie ankietowanych w zależności od roku studiów

Rok studiów	Liczba osób	Procent grupy badanej
I	13	8,3%
II	44	28,2%
III	54	34,6%
IV	34	21,8%
V	9	5,8%
VI	2	1,3%

Wśród grupy badanych studentów, 34,6% jest zainteresowana tematyką pediatrii, neonatologii, ginekologii lub perinatologii, natomiast 46,3% z grupy zainteresowanych osób należy do kół naukowych o wskazanej tematyce.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, zawierający 17 pytań (otwartych i zamkniętych). Badanie zostało przeprowadzone w marcu 2018 roku.

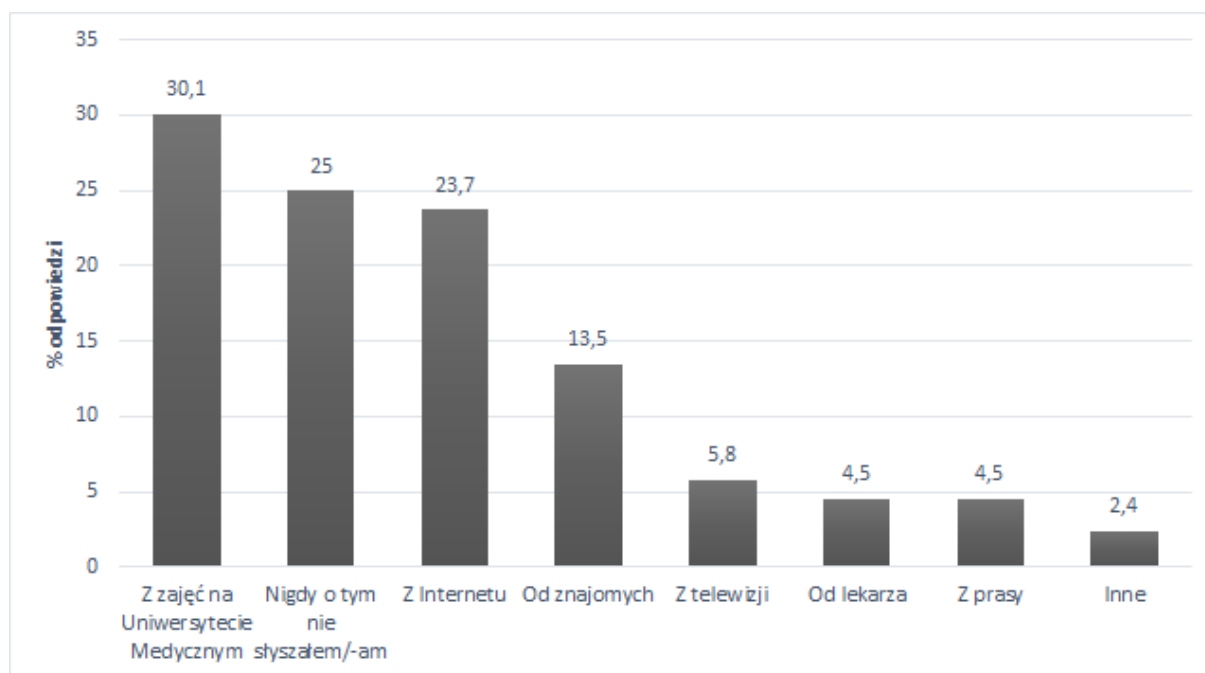
Wyniki badań i ich omówienie

Na pytanie o źródło wiedzy na temat hospicjów perinatalnych 30,1% studentów z grupy badanej udzieliło odpowiedzi, że dowiedziało się o tych placówkach w ramach zajęć na Uniwersytecie Medycznym, natomiast aż ¼ ankietowanych nigdy o nich nie słyszała. Pozostałe odpowiedzi to: z Internetu - 37 osoby (23,7%), od znajomych – 21 osób (13,5%), z telewizji – 9 osób (5,8%), od lekarza -7 osób (4,5%), z prasy – 7 osób (4,5%) oraz inne – 4 osoby (2,4%). Wyniki przedstawia rycina 1.

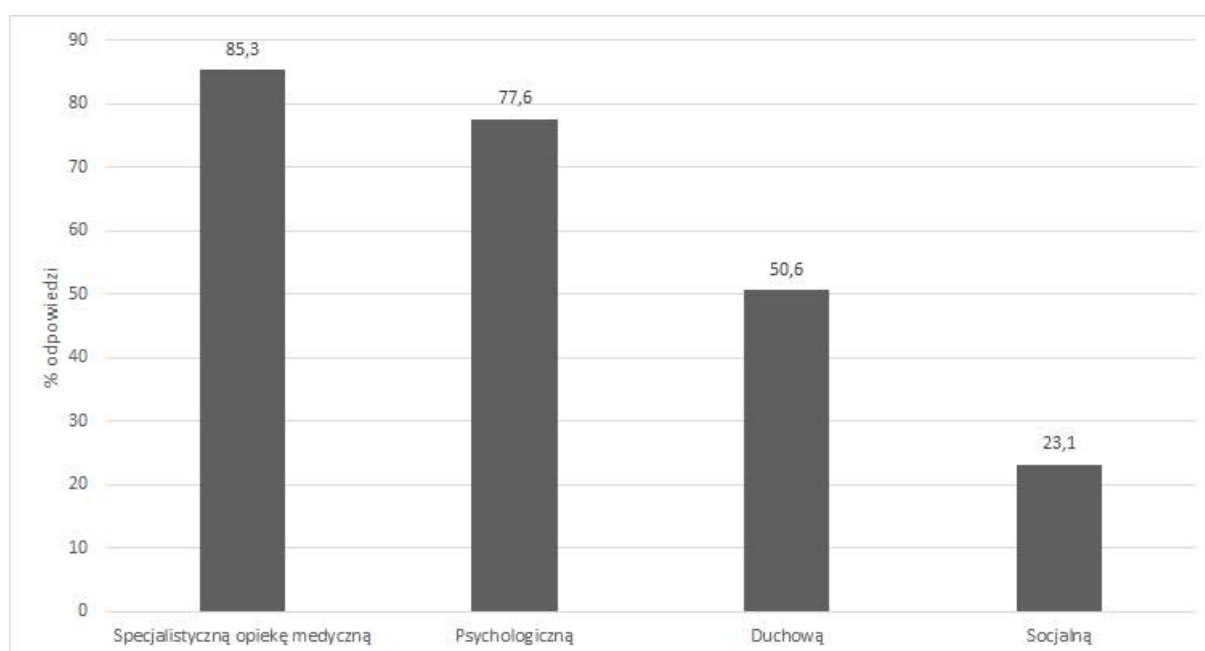
Większość badanych studentów kojarzy hospicjum perinatalne ze wspieraniem rodziny i najbliższych pacjenta (60,9%) oraz z miejscem otrzymania pomocy medycznej (52,6%). Według raportu XV „Pediatria domowa opieka paliatywna w Polsce” rocznie umiera średnio zaledwie 12% wszystkich pacjentów hospicjów pediatrycznych [6]. Pomimo tak niskiej liczby zgonów w tej grupie chorych, 56 osób (35,9%) odpowiedziało, że instytucja ta kojarzy im się z umieraniem.

W Polsce hospicja perinatalne zapewniają opiekę specjalistyczną, m.in. opiekę ginekologiczną, neonatologiczną lub lekarza genetyka, a także pomoc psychologiczną dla rodzin, które znalazły się w tak trudnej sytuacji. Wiedziała o tym zdecydowana większość ankietowanych, odpowiednio: 85,3% oraz 77,6%. Zaledwie 36 osób (23,1%) jest świadoma,

że hospicjum perinatalne oferuje także pomoc socjalną. Odpowiedzi na to pytanie obrazuje rycina 2.



Rycina 1. Źródło wiedzy studentów Wydziału Lekarskiego na temat hospicjum perinatalnego (pytanie wielokrotnego wyboru)



Rycina 2. Wiedza studentów Wydziału Lekarskiego na temat rodzajów pomocy oferowanych przez hospicjum perinatalne (pytanie wielokrotnego wyboru)

Zapytani o miejsce, w którym kobiety ciężarne oraz dzieci mogą być objęte opieką, 121 osób (77,6%) ankietowanych odpowiedziało poprawnie, to znaczy: w szpitalu, a jeżeli

stan zdrowia dziecka pozwala na wypisanie go ze szpitala - w domu. Pozostali udzielili nieprawidłowych odpowiedzi, w tym 17,3 % ankietowanych, którzy zaznaczyli, że hospicjum perinatalne funkcjonuje wyłącznie w obrębie szpitala, natomiast 4,5% - wyłącznie w domu z obowiązkiem zgłaszania się do lekarza specjalisty na badania kontrolne co drugi dzień.

Na pytanie, kto ma dostęp do opieki w ramach hospicjum perinatalnego zdecydowana większość ankietowanych (96,2%) odpowiedziała, że opieka hospicjum obejmuje rodziny w okresie ciąży oraz do śmierci dziecka, natomiast już tylko 92 osoby (59%) udzieliły odpowiedzi, że także po jego śmierci.

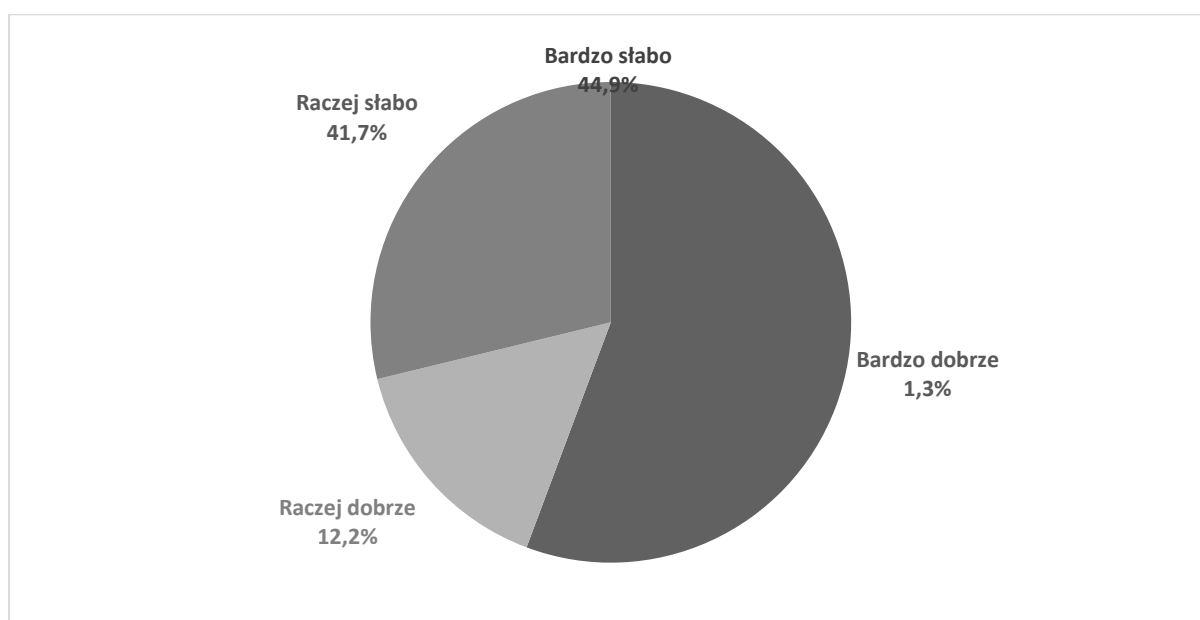
Większość ankietowanych zdaje sobie sprawę z celu funkcjonowania hospicjum perinatalnego, wymieniając jako cel m.in. zapewnienie możliwości godnej śmierci dziecka (77,6%), czy wsparcie rodziny po utracie dziecka (60,9%). Niewielka część grupy badanej (3,8%) błędnie wiąże hospicjum perinatalne z prowadzeniem uporczywej terapii.

Od 31 stycznia 2017r. opieka perinatalna została wprowadzona przez Ministra Zdrowia w zakres świadczeń gwarantowanych i obejmuje m.in. ważne dla kobiet w tej trudnej sytuacji porady psychologiczne [4]. Ponad 70% ankietowanych nie jest świadoma, że hospicjum perinatalne jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do 28. dnia po porodzie i rodziny nie ponoszą żadnych kosztów związanych z otrzymaną pomocą [8].

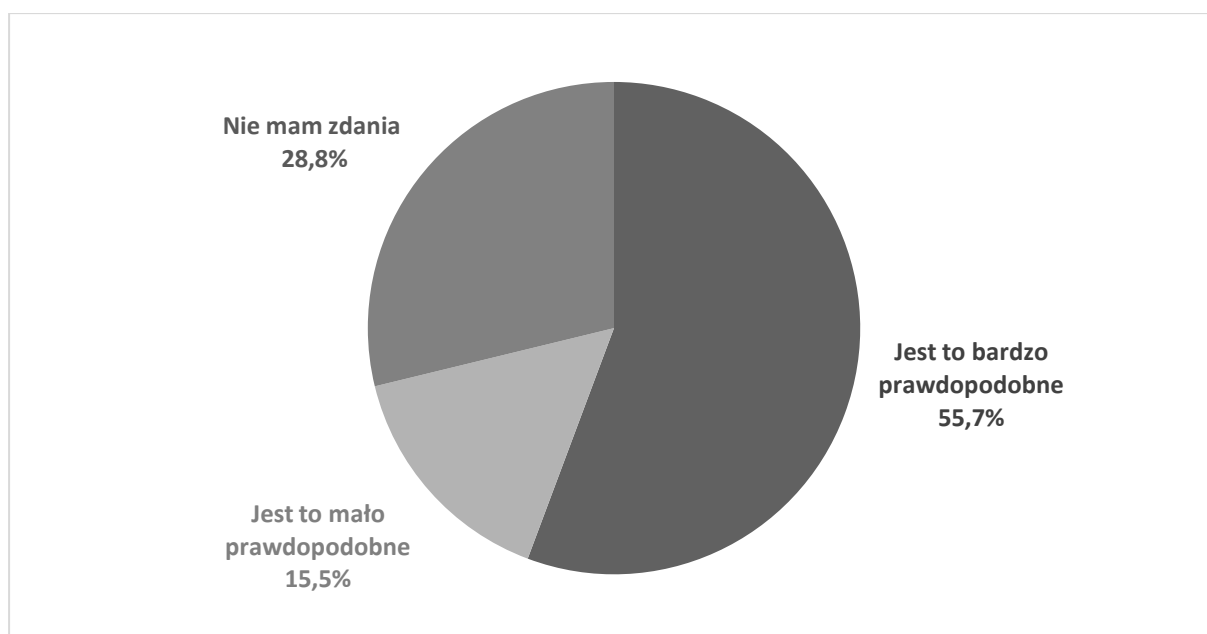
Do hospicjum perinatalnego potrzebne jest skierowanie wydane przez lekarza zatrudnionego w ośrodku diagnostyki prenatalnej, ośrodku kardiologii prenatalnej lub zakładzie genetyki posiadającym kontrakt na świadczenie usług zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia [8]. Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że wie o tym zaledwie 32 ankietowanych (20,5%).

Spośród 156 studentów, 86,6% oceniło swoją wiedzę na temat hospicjów perinatalnych „bardzo słabo” lub „raczej słabo”. Tylko 2 osoby (1,3 %) spośród badanych uważają, że ich wiedza w tym zakresie jest „bardzo dobra”. Odpowiedzi do tego pytania obrazuje rycina 3.

Ponad 80% ankietowanych zgadza się ze zdaniem, że wiedzę na temat hospicjów perinatalnych powinien posiadać każdy lekarz, a 75,6% grupy badanych uważa, że wiedza na ten temat powinna być przekazywana już w okresie kształcenia, szczególnie na studiach o tematyce medycznej. Grupa ekspertów już w 2008 roku zgodziła się z tymi postulatami i zgłosiła projekt umiejętności „pediatryczna medycyna paliatywna” do Ministerstwa Zdrowia, mający na celu wprowadzenie szkolenia podyplomowego z tej dyscypliny dla wszystkich lekarzy, których specjalizacje dotyczą opieki nad dziećmi. Do tej pory projekt nie został zrealizowany [9].



Rycina 3. Samooceena wiedzy studentów Wydziału Lekarskiego na temat hospicjów perinatalnych w Polsce



Rycina 4. Ocena prawdopodobieństwa zmniejszenia odsetka aborcji przeprowadzonych z powodu chorób letalnych płodów przez lepszy dostęp i świadomość Polaków w zakresie hospicjów perinatalnych według studentów Wydziału Lekarskiego

Aktualnie na terenie Polski funkcjonuje 14 hospicjów perinatalnych. Znajdują się one w: Łodzi, Białymstoku, Gdańsku, Katowicach, Krakowie (3 placówki), Lublinie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Tychach, Warszawie i Wrocławiu [10]. Na pytanie o lokalizację najbliższego hospicjum perinatalnego, aż 62,2% ankietowanych nie potrafiło udzielić

prawidłowej odpowiedzi i wskazać najbliższego miasta od danego Uniwersytetu Medycznego, w którym znajduje się ośrodek świadczący takie usługi.

Lepszy dostęp i świadomość Polaków w zakresie hospicjów perinatalnych w Polsce mógłby zmniejszyć odsetek aborcji przeprowadzanych z powodu chorób letalnych płodów. Ankietowani w liczbie 87 osób (55,7%) zgadzają się z tym stwierdzeniem, a 45 osób (28,8%) nie ma zdania. Odpowiedzi na to pytanie obrazuje rycina 4.

Na 8 pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety, dotyczących szczegółowej wiedzy na temat hospicjów perinatalnych, studenci zainteresowani tematyką pediatrii, neonatologii, ginekologii lub perinatologii uzyskali średnio 4,38 punktów, natomiast osoby niezainteresowane – 3,96.

Wnioski

1. Wiedza studentów Wydziału Lekarskiego na temat hospicjum perinatalnego jest zróżnicowana. Ankietowani nie posiadają dogłębnej wiedzy szczegółowej na dany temat, szczególnie na praktyczne zagadnienia kwalifikacji i kierowania pacjentów do hospicjum.
2. Niezbędne i oczekiwane przez studentów jest wprowadzenie szkoleń i zajęć na Uniwersytetach Medycznych o tematyce perinatalnej opieki paliatywnej.
3. Działania promocyjne i uświadamianie społeczeństwa na temat hospicjów perinatalnych mogłyby zmniejszyć odsetek wykonywania terminacji ciąży z powodu wykrycia wad letalnych płodu w Polsce i przyczynić się do lepszego życia dzieci z wadami wrodzonymi oraz ich rodzin.

Piśmiennictwo

1. Węgrzyn P., Borowski D., Wielgoś M.: Diagnostyka prenatalna w praktyce, wyd.1, Wyd. PZWL, Warszawa 2015.
2. Art.4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. nr 17, poz.78, z późn. zm.)
3. Dangel T.: Decyzje dotyczące dzieci z nieuleczalnymi chorobami prowadzącymi do przedwczesnej śmierci w perinatologii, <http://www.ptb.org.pl/pdf/dangelneonatalna.pdf>, data pobrania 08.04.2018.

4. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2016 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. poz. 78, z późn. zm.)
5. Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J.: Hospicjum perinatalne - polski model, http://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1040_hospicjum-perinatalne-polski-model.pdf, data pobrania 08.04.2018r..
6. Kozera K., Wojciechowska U., Marciniak W., Tokarska E., Dangel T.: Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce (2013). Raport XV, http://www.hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1109_pediatryczna-domowa-opieka-paliatywna-w-polsce-2013.pdf, data pobrania 08.04.2018.
7. www.perinatalne.pl, data dostępu do strony 08.04.2018.
8. Zarządzenie nr 83/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 września 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.
9. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy, pod red. dr hab. n. med. Dangla T., Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa, 2011, 123-128.
10. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydział Taryfikacji.: Świadczenie gwarantowane obejmujące perinatalną opiekę paliatywną realizowaną w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.4.2017, http://www.aotm.gov.pl/www/wp-content/uploads/taryfikacja/2017/projekty_taryf/raporty/011/WT.541.4.2017_perinatalna_opieka_paliatywna_raport.pdf, data pobrania 08.04.2018.

Choroba dziecka, chorobą całej rodziny – hospicja domowe dla dzieci jako niedoceniona i słabo poznana forma opieki

Boryczka Katarzyna¹, Bardowska Klaudia¹, Łoś Anna¹, Biały Michał¹, Dorna Krzysztof³, Kurzelewska-Sobczak Anna², Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

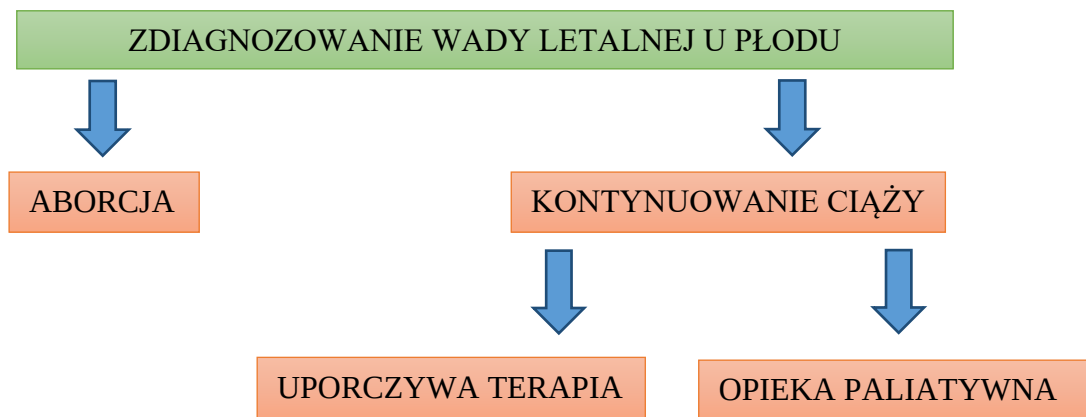
W trakcie badań prenatalnych rodzice niekiedy dowiadują się, że ich dziecko obciążone jest wadą letalną (wada letalna to zaburzenie rozwojowe, które prowadzi do zgonu wewnątrzmacicznego płodu lub śmierci dziecka po urodzeniu lub we wczesnym okresie niemowlęcym bez względu na zastosowane leczenie) [1].

Świadomość ta jest dla nich ogromnym obciążeniem i często wiąże się z poczuciem zagubienia, potęgowanym niewiedzą na temat choroby i konsekwencji, z jakimi ona się wiąże.

W przypadku zdiagnozowania ciężkiego uszkodzenia płodu polskie prawo dopuszcza możliwość aborcji [2].

Należy jednak zaznaczyć, że nie dokonuje się jej po 24. tygodniu ciąży, kiedy to płód zdolny jest do życia poza organizmem matki. Stąd, w zależności od czasu postawienia rozpoznania, kobieta ciężarna może zdecydować się na kontynuację ciąży lub na jej przerwanie. W przypadku kontynuowania ciąży rodzice mogą obrać różne ścieżki postępowania (Ryc. 1).

Z pomocą w podjęciu właściwej decyzji może przyjść działalność hospicjum perinatalnego, w skład którego wchodzi między innymi wyspecjalizowani lekarze, pielęgniarki, psycholodzy. Ich zadaniem jest rzetelne poinformowanie pacjentki o wszystkich możliwych drogach postępowania i ich skutkach. Ważne jest, aby lekarze nie kierowali się własnym światopoglądem, ale starali się przekazać obiektywne i rzetelne informacje [2].



Ryc. 1. Diagnozowanie wady letalnej u płodu

Rodzice jeszcze przed porodem mogą zdecydować się na odstąpienie od uporczywej terapii (uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta) [3] i poddanie dziecka opiece paliatywnej.

W celu powstrzymania się od resuscytacji należy wcześniej podpisać stosowny dokument, tzw. protokół DNR (ang. *Do not resuscitate*). Jednakże ostateczna decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie zasad działania pediatrycznej opieki hospicyjnej w Polsce na podstawie analizy dostępnych źródeł oraz rozpowszechnienie wiedzy na ten temat.

Metodyka

Dane wykorzystane w naszej pracy zostały uzyskane z publikacji naukowych, a także na podstawie rozmów z pracownikami Wrocławskiego Hospicjum dla Dzieci.

Hospicjum perinatalne

Według definicji zaproponowanej przez prof. dr. hab. n. med. Joannę Szymkiewicz-Dangel i dr hab. n. med. Tomasza Dangła hospicjum perinatalne to „*model medycyny perinatalnej oparty na szacunku dla życia i godności nieuleczalnie chorego dziecka (płodu i noworodka)*.” Pierwszym ośrodkiem, który zintegrował perinatologię z pediatryczną opieką paliatywną było Warszawskie Hospicjum dla Dzieci [4].

W Polsce istnieje jedynie 14 takich placówek, które stopniowo poszerzają zakres swojej działalności. Przykładem może być hospicjum perinatalne, które działa w ramach Wrocławskiego Hospicjum dla Dzieci. Oferuje ono pomoc medyczną, psychologiczną, duchową oraz socjalną. Zadaniem zespołu specjalistów jest oswojenie rodziny ze śmiercią dziecka, rozwianie ich wątpliwości i odpowiedzenie na wszystkie pytania. Gdy stan dziecka pozwala na wypisanie go ze szpitala, wtedy za zgodą rodziców może zostać objęte opieką hospicjum domowego.

Wymogi przyjęcia do hospicjum domowego

Hospicja domowe dla dzieci zapewniają opiekę nieuleczalnie chorym dzieciom. Celem jest poprawa zarówno ich stanu fizycznego, jak i psychicznego, zmniejszenie dolegliwości związanych z chorobą, rehabilitacja oraz wsparcie ich rodzin. Zaletą tej formy opieki jest obecność dziecka w domu, w znanym mu otoczeniu wśród ludzi, którzy je kochają. Dzięki temu dziecko nie jest narażone na stres związany z pobytem w szpitalu, zabiegami medycznymi, widokiem nieznanego mu twarzą czy sprzętów.

Do przyjęcia do hospicjum domowego dla dzieci kwalifikują się dzieci poniżej 18. roku życia, w schyłkowym okresie choroby nieuleczalnej (Tabela 1), pozostające pod opieką przynajmniej jednego opiekuna, który może nad nimi sprawować całodobową opiekę [5].

Opiekun, który ubiega się o przyjęcie dziecka do hospicjum musi otrzymać skierowanie od lekarza POZ lub lekarza prowadzącego. W skierowaniu tym powinna znaleźć się informacja o diagnozie postawionej dziecku ze stwierdzeniem, że choroba jest nieuleczalna i możliwości leczenia przyczynowego zostały wyczerpane. Opiekun musi wyrazić zgodę na przebywanie dziecka pod opieką hospicjum i zobowiązać się do wykonywania zaleceń lekarskich oraz wyrazić zgodę na odstąpienie od uporczywej terapii [6].

LISTA CHORÓB KWALIFIKUJĄCYCH DO PRZYJĘCIA DO HOSPICJUM DOMOWEGO*:

- choroby nowotworowe
- choroby zakaźne i ich następstwa
- uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego spowodowane niedotlenieniem, krwotokami, zakrzepicą żylną, urazami lub zatruciami
- choroby metaboliczne
- choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego oraz demielinizacyjne
- genetycznie uwarunkowane choroby nerwowo-mięśniowe
- aberracje chromosomowe
- zespoły ciężkich złożonych wad wrodzonych i powikłania ich przebiegu
- zespoły przebiegające z krańcową niewydolnością wielonarządową
- niewydolność narządowa w okresie oczekiwania na przeszczep lub w sytuacji wystąpienia powikłań po przeszczepie
- choroby uwarunkowane genetycznie o postępującym charakterze przebiegające z wydatnym skróceniem okresu przeżycia
- przewlekła niewydolność oddechowa lub krążeniowa w schorzeniach takich jak dysplazja oskrzelowo-płucna, kardiomiopatie, nadciśnienie płucne
- inne rzadkie i wyjątkowo rzadkie zespoły chorobowe oraz niezdiagnozowane postępujące stany chorobowe o niepewnym lub nieznanym rokowaniu.

*Pełen wykaz chorób nieuleczalnych można znaleźć w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. [7].

Zasady działania hospicjum na przykładzie Wrocławskiego Hospicjum dla Dzieci

Hospicjum oferuje swoją pomoc rodzinom na terenie całego województwa. Organizacja ma swoje filie w Lubiniu, Zgorzelcu, Kłodzku, Lubaniu i Bolesławcu. Podopiecznymi fundacji są się dzieci do 26. roku życia (przyjmowane są jedynie osoby niepełnoletnie), a opieka nad nimi może trwać kilka dni do kilkunastu lat. W skład kadry wchodzi lekarze, pielęgniarki, psycholodzy, rehabilitanci, kapelan, pracownicy socjalni oraz wolontariusze. Członkowie zespołu opracowują indywidualny program opieki nad chorym

dzieckiem i jego rodziną, zwracając uwagę na problemy nie tylko natury medycznej, ale także psychologicznej i duchowej. Dzieci leczone są w domu i to do nich przyjeżdżają członkowie zespołu. Stosowane przez nich metody mają przynosić pacjentowi ulgę, a nie dodatkowe cierpienie. Rezygnuje się więc z prób sztucznego przedłużania życia chorego przez stosowanie reanimacji, używanie respiratora, tlenoterapii czy kardiowersji elektrycznej. Mowa tu o uporczywej terapii, na którą wciąż decyduje się wielu rodziców rozpaczliwie szukających ratunku dla swoich dzieci. Zadaniem hospicjum nie jest bowiem wyleczenie chorego, ale umożliwienie, poprzez pielęgnację i towarzyszenie choremu i jego rodzinie, godnego i komfortowego przeżycia końcowego stadium choroby. W zakres świadczeń gwarantowanych przez hospicjum wchodzi nie tylko opieka lekarza i pielęgniarki, ale także leczenie farmakologiczne, opieka psychologiczna, rehabilitacja, zapobieganie powikłaniom, zaopatrzenie rodziny w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum. Personel stara się udzielać informacji na liczne trudne pytania chorego i jego opiekunów, edukuje rodzinę w kwestiach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, pomaga w uzyskaniu należnych świadczeń. Kiedy stan dziecka ulega stabilizacji, a rodzina nabiera samodzielności w opiece, są one wypisywane z hospicjum pod opiekę lekarza pierwszego kontaktu i ewentualnie zespołu pielęgniarskiego opieki długoterminowej. Rodzinom zmarłych dzieci proponuje się program wsparcia w żałobie realizowany przez hospicjum.

Niestety, brak standardów dla hospicjów perinatalnych i pediatrycznych zdecydowanie obniża jakość świadczonych usług w niektórych placówkach i nie pokrywa całego zapotrzebowania. Według dr hab. n. med. Tomasza Dangła zapisy w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. dotyczące sprzętu, który powinien znaleźć się w hospicjach pediatrycznych i liczby zatrudnionych pielęgniarek są niedostosowane do rzeczywistości [8]. Marginalizacja tych placówek, a zwłaszcza hospicjów perinatalnych przyczynia się też do braku świadomości społecznej na temat ich istnienia.

Poza tym brak jednolitych wytycznych w zakresie opieki perinatalnej i postępowania w przypadku zdiagnozowania wady letalnej powoduje, że lekarze nie zawsze informują rodziców o hospicjach perinatalnych. Stąd wśród rodziców, którzy dowiadują się o chorobie swojego nienarodzonego dziecka panuje poczucie zagubienia. Informację o formie wsparcia jaką są hospicja, którą powinni uzyskać w szpitalu dostają niekiedy od znajomych lub znajdują ją w Internecie. Ponadto należy też zwrócić uwagę na perspektywę lekarzy pracujących w dziedzinie perinatologii i na oddziałach neonatologicznych, którzy nie mogą

działać według określonych schematów, muszą sami mierzyć się z dylematami etycznymi i moralnymi [1].

Opieka medyczna

Standardowe wizyty lekarskie odbywają się w domu chorego. Lekarz odwiedza pacjenta minimum dwa razy w miesiącu. Pielęgniarka minimum dwa razy w tygodniu. Liczba odwiedzin jest dostosowywana do indywidualnych potrzeb i może zostać odpowiednio zwiększona. Opieka medyczna jest zapewniana także w przypadkach nagłych, w których lekarz bądź pielęgniarka pełniąca dyżur telefoniczny dojeżdża do domu pacjenta.

Kadra lekarska hospicjum nie jest przypadkowa. Obejmuje ona specjalistów z różnych dziedzin, mianowicie: pediatrów, neonatologów, neurologów dziecięcych, onkologów, hematologów dziecięcych, anestezjologów, chirurgów dziecięcych, specjalistów medycyny paliatywnej i medycyny rodzinnej. Dzięki Pediatrycznej Poradni Konsultacyjnej dla Dzieci Nieuleczalnie i Przewlekłe Chorych we Wrocławiu dziecko z przewlekłą, ciężką chorobą w jednym miejscu może skorzystać z pomocy wielu doświadczonych specjalistów, np. neurologa dziecięcego, kardiologa, ortopedy czy genetyka klinicznego. Zapewnia to chorym dzieciom dostęp do specjalistycznej porady lekarskiej bez czekania w uciążliwych kolejkach. Pielęgniarki także są odpowiednio wyszkolone w dziedzinie opieki paliatywnej i pielęgniarstwa pediatrycznego. Wykonują wszystkie zlecone przez lekarza zabiegi, edukując przy tym rodzinę w sferze pielęgnacji i opieki ciężko chorego pacjenta.

Opieka psychologiczna

Opieką psychologiczną obejmowana jest cała rodzina. Pierwsza konsultacja może mieć miejsce jeszcze przed porodem. Psycholog objaśnia rodzinie, z czym wiąże się choroba ich dziecka i z jakimi konsekwencjami wiązać się ich decyzje np. przymusowa rezygnacja z pracy na rzecz opieki nad chorym. Następnie, w zależności od indywidualnej potrzeby, psychologa można zaprosić do domu lub spotkać się z nim w hospicjum.

Każdy z pacjentów i jego rodzina mierzą się z innymi problemami i potrzebami. Zadaniem psychologa jest dokładna analiza sytuacji i dostosowanie odpowiednich metod terapeutycznych. Współpraca z pacjentem polega między innymi na psychoedukacji, czyli rozmowie o chorobie i jej wpływie na stan psychiczny i emocje chorego, treningu relaksacyjnym i pracy z oddechem. Zadaniem psychologa jest także wysłuchanie trapiących

pacjenta emocji, dzielenie z chorym jego zainteresowań i motywacja do podejmowania aktywności na miarę możliwości chorego.

Psycholog współpracuje także z rodziną chorego. Oprócz przekazania informacji na temat choroby, jego zadaniem jest między innymi nauka dbania o siebie i zwrócenia uwagi także na własne potrzeby, wysłuchanie trudnych emocji, nauka rozmowy z rodzeństwem pacjenta na temat choroby, a także towarzyszenie w chwili agonii.

Grupy wsparcia

Rodzina po stracie dziecka nadal może być objęta opieką hospicjum. W tym celu organizuje się specjalne grupy wsparcia, których celem jest pomoc w przejściu przez okres żałoby. W miejscach tych ludzie mogą podzielić się swoimi emocjami z innymi rodzinami, znaleźć akceptację i zrozumienie. Uczestnicy grup wsparcia znajdują się na różnych etapach żałoby, co jest szczególnie cenne dla tych, którzy straty doświadczyli niedawno. Umożliwia to bowiem także odnalezienie własnego sposobu na poradzenie sobie ze stratą oraz znalezienie swojego miejsca na dalszej drodze życiowej. Istnieje również możliwość skorzystania ze wsparcia w trakcie indywidualnych spotkań z psychologiem. Spotkania odbywają się bezpłatnie w domach pacjentów lub w siedzibie Fundacji.

Wolontariusze

W Fundacji Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci wolontariat działa kilkoma torami. Każdy chętny może zaangażować się w jedną z form pomocy, a mianowicie: wolontariat akcyjny, rodzinny lub szkolny.

Wolontariat akcyjny przyczynia się do poprawy jakości życia podopiecznych nie mając z nimi bezpośredniego kontaktu. Kieruje się hasłem: jest akcja - jest reakcja. Zajmuje się więc organizowaniem imprez sportowych, kulturalnych, społecznych oraz imprez dla rodzin podopiecznych (np. Dzień Matki, Mikołajki), organizowaniem koncertów charytatywnych, zbiórek pieniężnych itp. Pomagać mogą osoby mające ukończony 18. rok życia.

Wolontariat rodzinny polega na towarzyszeniu podopiecznemu i wspieraniu jego rodziny. Wybór wolontariusza wkraczającego do rodziny nie jest przypadkowy. Osoba taka

musi mieć ukończone 21 lat i przez co najmniej 6 miesięcy działać w ramach wolontariatu akcyjnego. Następnie przechodzi odpowiednie przeszkolenie medyczne i psychologiczne.

Zadaniem wolontariusza jest wspieranie podopiecznych i ich rodzin w codziennych sprawach. Osoby takie zajmują się także zdrowym rodzeństwem podopiecznych, np. udzielając korepetycji, organizując wyjazdy wakacyjne, starają się spełniać marzenia podopiecznych.

W wolontariat szkolny mogą zaangażować się osoby poniżej 18. roku życia, które bardzo często zgłaszają się do pomocy. Prawo nie pozwala osobom niepełnoletnim być wolontariuszami przy placówkach zdrowotnych. Współpraca ze szkołami jest szansą na pozyskiwanie wolontariuszy i sposobem realizacji misji edukacyjnej i wychowawczej. Działania polegają na organizowaniu pogadanek i prelekcji o wolontariacie, pomaganiu, szerzeniu idei "Hospicjum to też życie", przebywaniu z osobami nieuleczalnie chorymi, poruszaniu tematyki "Życia z chorobą".

Wolontariusze pomagają w organizowaniu wielu akcji charytatywnych, które są okazją do zebrania środków finansowych, ale także wyrazem jedności z podopiecznymi Fundacji. Przykładem jest akcja „Pola nadziei”, podczas której w ramach solidarności z podopiecznymi sadzi się żonkile. Obsadzone są małe lub większe ogródki, a nawet całe pola. Jednym ze stałych elementów akcji jest Żółty Marsz Życia – pokojowa, optymistyczna demonstracja, która chce pokazać, że osoby nieuleczalnie chore są tuż obok nas, że żyją i mają podobne, jak zdrowi ludzie, marzenia i pragnienia.

Pozostałe akcje to m.in.:

- Koncert noworoczny, podczas którego utalentowani artystycznie ludzie dają radość i wytchnienie podopiecznym i ich rodzinom;
- Akcja "Zamiast bukietu"- młode pary do zaproszeń ślubnych mogą dołączyć bilecik z prośbą o przeznaczenie środków na rzecz Fundacji zamiast zakupu kwiatów;
- Tchnienie życia - druga sobota października jest Światowym Dniem Hospicjów i Opieki Paliatywnej. Coroczne świętowanie odbywa się zazwyczaj na wrocławskim Rynku.
- Promyk nadziei – pismo, na łamach którego swoimi doświadczeniami dzielą się rodziny pacjentów i ich opiekunowie. Jest otwarte dla wszystkich, którzy chcieliby podzielić się swoimi przeżyciami lub refleksjami.
- Kup pan książkę - to jesienny charytatywny kiermasz książek i płyt tradycyjnie odbywający się w Kinie Nowe Horyzonty.

Inne formy pomocy

Z podopiecznymi hospicjum pracują także liczni rehabilitanci i logopedzi. Zadaniem rehabilitantów jest uśmierzenie bólu związanego z ruchem i prowadzenie kinezyterapii. Organizowane są także turnusy rehabilitacyjne. Logopedzi pracują nad aparatem mowy i połykania, aby poprawić jakość życia i ułatwić komunikację z otoczeniem.

Fundacja Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci posiada sprzęt rehabilitacyjny, który można bezpłatnie wypożyczyć. Są to m.in. pulsoksymetry, ssaki, koncentratory tlenu, glukometry, inhalatory, pompy infuzyjne, gorsety korekcyjne, materace przeciwoleżynowe, kule, laski, chodziki, wózki inwalidzkie, łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości, wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem.

Podopieczni fundacji mają także możliwość kontaktu z osobą duchowną. Posługę kapelańską we wrocławskim hospicjum niesie ojciec franciszkanin Piotr Kwoczała. Jego zadaniem jest udzielenie chrztu i przeprowadzenie innych obrzędów religijnych zgodnie z prośbą rodziny. Z jego pomocy korzystają między innymi rodzice, którzy chcą, aby ich dziecko przystąpiło do sakramentu Komunii Świętej. Ojciec służy radą i pociechą każdemu, kto o to poprosi.

Do innych form wsparcia należy refundacja leków, pomoc socjalna, organizacja wyjazdów wakacyjnych dla zdrowego rodzeństwa. Liczne atrakcje dla całej rodziny w postaci koncertów charytatywnych, imprez okolicznościowych oraz wspólnego świętowania urodzin podopiecznych także pozytywnie wpływają na ich kondycję psychiczną.

Wnioski

Mimo ogromnego wsparcia, jakie hospicja perinatalne i dziecięce zapewniają rodzicom i ich dzieciom, pediatryczna opieka paliatywna pozostaje w Polsce niedoceniona. Wiele rodzin dowiaduje się o niej zbyt późno lub wcale. Tym samym zostają oni bez pomocy, co potęguje i tak już wielki ból związany ze świadomością, że ich dziecko nie urodzi się zdrowe.

Koniecznym jest uświadomienie lekarzy wypisujących nieuleczalnie chore dziecko ze szpitala do domu o obowiązku wystawienia skierowania do hospicjum.

Jak wynika z raportu „Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce” rozporządzenie Ministra Zdrowia [7] nie uwzględnia rzeczywistych potrzeb hospicjów

dziecięcych. Liczba pacjentów przypadających na pielęgniarkę jest zdecydowanie za duża i wymaga korekty. Uniemożliwia to dotarcie do wszystkich dzieci i ich rodzin, które wymagają pomocy [9].

Jako studentki zwracamy uwagę na brak zajęć przygotowujących nas do przekazywania złych informacji. Obawiamy się, że na początku pracy może to skutkować nieporozumieniami i dyskomfortem pacjenta.

Opieka paliatywna powinna odgrywać ważną rolę w zapobieganiu uporczywej terapii. Należy ją wprowadzić już we wczesnym stadium choroby i w odniesieniu do wszystkich schorzeń, nie tylko w chorobie nowotworowej. Specjaliści w zakresie opieki paliatywnej powinni zaangażować się we wspieranie oraz edukację lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, członków rodzin i całego społeczeństwa. Podejście holistyczne, uwzględniające zagadnienia natury egzystencjalnej może wzbudzić nową nadzieję oraz powstrzymać pacjenta i jego rodzinę przed domaganiem się dalszego leczenia, które może przynieść więcej szkody niż pożytku [10].

Opieka paliatywna może być także pomocna dla rodzin, które ze względów etycznych odrzucają aborcję.

Piśmiennictwo

1. Szmyd K., Śmigiel R., Królak-Olejniki B.: Propozycje postępowania z noworodkiem w przypadku rozpoznania wady letalnej w okresie prenatalnym, *Pediatrica Polska*, 2014, 89, 389-394.
2. Dangel T.: Decyzje dotyczące dzieci z nieuleczalnymi chorobami prowadzącymi do przedwczesnej śmierci w perinatologii, http://www.ptb.org.pl/pdf/dangel_neonatalna.pdf, data pobrania 28.03.2018.
3. Polskie Towarzystwo Pediatryczne: Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci, Wytyczne dla lekarzy, 2011.
4. Dangel T., Szymkiewicz-Dangel J.: Hospicjum perinatalne - polski model, http://perinatalne.pl/pliki/Artykul/1040_hospicjum-perinatalne-polski-model.pdf, data pobrania 26.03.2018.
5. Zarządzenie Nr 79/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia->

prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-792011dsoz,4666.html, data pobrania 8.04.2018.

6. Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci: Standardy postępowania i procedury medyczne w hospicjach domowych dla dzieci, http://www.hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1111_standardy-2015.pdf, data pobrania 11.04.2018.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej i Załącznik nr 1 do rozporządzenia, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001347>, data pobrania 11.04.2018.
8. Dangel T.: Standardy – zamach na hospicja? http://www.hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1350_1112-standardy-wywiad-tomasz-dangel.pdf, data pobrania 11.04.2018.
9. Kozera K., Murawska M., Marciniak W., Dangel T.: Pediatria domowa opieka paliatywna w Polsce (2012) Raport XIV, http://www.hospicjum.waw.pl/phocadownload/Epidemiologia-Polityka_Zdrowotna/Pediatria-Domowa-Opieka-Paliatywna-w-Polsce-2012.pdf, data pobrania 12.04.2018.
10. Murray S.: W jaki sposób uniknąć uporczywej terapii w opiece paliatywnej? *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2010, 4, 2, 86–91.

Poronienie - problematyka utraty dziecka

Tabor Monika¹, Trybuła Agnieszka¹, Kudła Tobiasz¹, Wyderkowska Aleksandra¹, Dorna Krzysztof³, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2},

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

Wstęp

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia poronieniem określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha, ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni) [1]. Wewnątrzmaciczną śmierć płodu poczynawszy od 22. tygodnia ciąży określamy mianem "urodzenie martwe". Należy zwrócić również uwagę na pewne aspekty językowe. Słowo "*abortus*" w języku łacińskim oznacza poronienie [2]. Z kolei w języku polskim słowo "aborcja" odnosi się do świadomej, przedwczesnej terminacji ciąży w wyniku interwencji zewnętrznej. Różnice te mogą być niekiedy powodem wątpliwości i błędnych interpretacji.

Jak szeroko rozpowszechniony jest problem poronienia? Około 25% kobiet przynajmniej raz w życiu straciła dziecko w jego wyniku. Dla większości kobiet jest to zdarzenie epizodyczne. Niestety jednak ok. 0,4% kobiet dotyka problem poronień nawracających, o których mówimy, jeżeli do straty ciąży doszło co najmniej 3 razy z rzędu [3].

Etiologia jest wieloczynnikowa. Najczęstszymi przyczynami są czynniki genetyczne, anatomiczne, immunologiczne oraz infekcyjne. Powodów części poronień niestety nie można jednoznacznie zidentyfikować i określamy je mianem idiopatycznych. Do głównych objawów procesu poronnego, charakteryzujących się różnym stopniem nasilenia, należą krwawienia lub jedynie plamienia z jamy macicy, a także bóle podbrzusza z towarzyszącymi często dolegliwościami odcinka lędźwiowego. Najczęściej są to bóle o charakterze napadowym. Cały proces może trwać od kilku minut do kilkunastu godzin, zwykle jednak nie przekracza

doby [4]. Dolegliwości somatyczne schodzą jednak na dalszy plan, a rolę dominującą odgrywa żal i poczucie straty.

„Tracąc rodziców, tracimy naszą przeszłość. Wraz z utratą małżonka tracimy naszą teraźniejszość. Gdy tracimy dziecko, tracimy naszą przyszłość” [5]. To zdanie ks. Piotra Krakowiaka doskonale opisuje, jak ogromną tragedią może być poronienie, zwłaszcza jeśli dotyczy ono rodziców, którzy długo oczekiwali potomstwa. Między nienarodzonym dzieckiem a rodzicami od pierwszych dni wytwarza się pewnego rodzaju zażyłość. Charakter tej relacji uzależniony jest w dużej mierze od kulturowych wzorców w określonym społeczeństwie. Model człowieka nienarodzonego wpływa na siłę poczucia prenatalnego macierzyństwa i ojcostwa. Uznanie odrębności płodu, pomimo pełnej zależności od kobiety ciężarnej, umożliwia kształtowanie się więzi emocjonalnej. Rodzice stopniowo tworzą swoje wyobrażenie dziecka, przypisując mu indywidualne cechy i właściwości. W ten sposób bezosobowy płód staje się członkiem wspólnoty rodzinnej, a zarazem i społecznej. Jakość więzi prenatalnej jest główną determinantą postawy, jaką przyjmą rodzice w chwili poronienia samoistnego [6].

Żałoba

Niewątpliwie śmierć nienarodzonego dziecka pociąga za sobą szereg bolesnych doznań, którym każdy rodzic musi stawić czoło. Naturalnym następstwem utraty bliskiej osoby jest żałoba, która umożliwia rodzinom zmierzenie się z tym niezwykle trudnym doświadczeniem i powrót do normalnego życia w społeczeństwie. Nasilenie żalu ściśle koreluje ze stopniem przywiązania do utraconej osoby – im bardziej zaawansowana ciąża tym silniejsze przeżycie tej osobistej tragedii. Zjawisko żałoby jest procesem dynamicznym, w którym możemy wyróżnić 5 etapów [7].

Etap pierwszy - szok

Szok wywołany śmiercią dziecka może trwać od kilku dni do nawet kilku lat. Początkowo rodzice wypierają stratę dziecka ze swojej świadomości. Chcąc uchronić się przed cierpieniem, utrzymują dystans w stosunku do zaistniałej sytuacji. Mogą oni przyjąć dwie skrajne postawy, lecz obie wynikają z ogromnej rozpaczy. Jedni zachowują się jakby byli nieobecni i obojętni, często nie pozwalają sobie na płacz w obecności bliskich. Natomiast drudzy wykazują złość w stosunku do innych. Szukają winnych, których mogliby obarczyć

odpowiedzialnością za to, co się wydarzyło. Kiedy działający ochronnie szok ustępuje, na pierwszy plan wysuwa się ból i pustka. Tu następuje przejście do drugiego etapu.

Etap drugi - uświadomienie sobie straty

Do emocji, które odczuwają rodzice w drugiej fazie żałoby należą poczucie winy, lęk, pustka i rozpacz. Szczególne znaczenie ma tutaj pogłębiające się poczucie winy. Rodzice sądzą, że to oni powinni zapewnić swojemu dziecku ochronę. Po stracie obarczają się odpowiedzialnością, starają się dociec co takiego zrobili źle, co przeoczyli lub czego nie dopilnowali. Pojawia się strach przed kolejną ciążą, a konkretniej przed stratą, która ponownie może ich zranić. Wszystkie emocje targające rodzicami prowadzą do skrajnego wyczerpania fizycznego oraz psychicznego, co naturalnie powoduje przejście w trzeci etap żałoby.

Etap trzeci - chronienie siebie/wycofanie

Fazę tą można pomylić z depresją. Charakterystyczne dla tego etapu jest wycofanie się z życia społecznego. Ma to na celu przeżycie głębokiego smutku w odosobnieniu i odbudowania swojego wewnętrznego świata. Dominuje tu uczucie rozpacz, żalu, pustki i zmęczenia. Wśród bliskich obawę wzbudza fakt silnej potrzeby odpoczynku, która wbrew pozorom jest niezbędna osobie pokrzywdzonej do odbudowania swojej duchowej stabilizacji. W momencie, kiedy rodzice podejmują rozmowy o zmarłym dziecku i wspominają okoliczności straty, śmierć dziecka staje się dla nich faktem i zaczynają akceptować jego odejście.

Etap czwarty - powracanie do zdrowia

Jest to etap gojenia się ran psychicznych oraz czas, kiedy rodzice odzyskują wewnętrzną równowagę. Po wyjściu z biernego stanu egzystencji uczą się żyć na nowo oraz przypisują sobie nowe role. Najtrudniejszą pracą, którą muszą wykonać jest przebaczenie samemu sobie. Mimo że ciągle pamiętają o utracie dziecka to powoli zaczynają godzić się z jego odejściem.

Etap piąty - odnowa

Rodzice po wielu trudach powracają do życia społecznego oraz codziennych obowiązków. Zaczynają skupiać się na swoich potrzebach. Nigdy nie będą już takimi samymi

ludźmi jak przed śmiercią swojego dziecka, ale z pewnością przeżyta tragedia da im siłę do pokonywania przeciwności losu.

Przeżycie każdego z etapów pozwala na pokonanie rozpacz i stanowi "drzwi" do normalnego funkcjonowania w życiu społecznym.

Trudności związane z pochówkiem

Należy pamiętać, że prawidłowy przebieg żałoby uzależniony jest od wielu czynników. Niezwykle ważny element tego procesu stanowią urzeczywistnienie straty i pożegnanie z dzieckiem. Może ono przybierać różne formy, a jednym z nich jest możliwość pochówku potomka. To symboliczne rozstanie w pewnym stopniu pomaga w procesie akceptacji tego bolesnego wydarzenia. W Polsce osobami uprawnionymi do organizacji pochówku są nie tylko rodzice, ale i członkowie najbliższej rodziny, a także każda osoba, która z dobrej woli się tego podejmie [8]. Stanowi to duże ułatwienie dla rodziców, gdyż często nie są oni w stanie zajmować się formalnościami.

Możliwe są dwie drogi organizacji pochówku dziecka poronionego, w zależności od tego czy znana jest jego płeć. Znajomość płci jest konieczna do uzyskania przez rodziców karty martwego urodzenia, która jest wydawana przez szpital. Na jej podstawie urząd stanu cywilnego sporządza akt urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu [9]. Rodzice lub inne osoby przejmujące od nich ten obowiązek, powinny zgłosić urodzenie dziecka w ciągu trzech dni od dnia sporządzenia karty martwego dziecka [10]. W przypadku dzieci poronionych akt urodzenia zastępuje akt zgonu i uprawnia do ubiegania się o zasiłek pogrzebowy, zasiłek macierzyński w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, a także o ośmioletni urlop macierzyński w zakładzie pracy matki. To znaczy, że rodzic posiadający akt urodzenia dziecka otrzymuje pełną opiekę socjalną przysługującą po śmierci członka rodziny. Jednak, mimo że zazwyczaj płeć dziecka można określić w USG już na przełomie 13-14 tygodnia, to w przypadku, gdy u dziecka występują wady genetyczne lub liczne deformacje, identyfikacja jego płci nawet po 14. tygodniu może być niemożliwa. Jeśli więc nie da się w sposób jednoznaczny określić płci dziecka bez badań genetycznych, a rodzice zrezygnują z ich wykonania (czy to ze względu na długi czas oczekiwania czy też ze względów finansowych) pozostaje druga, mniej korzystna możliwość pochówku. Ze względu na brak identyfikacji płci dziecka poronionego szpital nie może wystawić karty martwego urodzenia. W związku z tym, martwe urodzenie nie może zostać zgłoszone do urzędu stanu cywilnego i nie jest możliwa jego rejestracja, a co za tym idzie rodzice, którzy rezygnują z przeprowadzania badań

genetycznych jednocześnie rezygnują z możliwości otrzymania zasiłku pogrzebowego, zasiłku macierzyńskiego, a także nie mają możliwości o ubieganie się o urlop macierzyński. W takim przypadku ich sytuacja socjalna wydaje się dużo trudniejsza. Dodatkowo, rodzice muszą we własnym zakresie ponieść koszty pogrzebu, a jego organizacja w tej sytuacji wiąże się z większymi trudnościami formalnymi. Trzeba uzyskać od pracowników szpitala kartę zgonu w części przeznaczoną dla administracji cmentarza bez adnotacji urzędu stanu cywilnego o rejestracji martwego dziecka [11]. Niestety, szpital nie jest zobligowany w takim przypadku do wydania karty zgonu, więc to rodzice muszą złożyć odpowiedni wniosek z prośbą o wydanie dokumentu. Formalności w tym wariancie organizacji pogrzebu dotyczą tylko administracji cmentarza i kancelarii parafialnej. Czasami niestety dochodzi do sytuacji, w których szpitale proponują rodzicom wydanie ciała dziecka bez wcześniejszego sporządzenia karty zgonu. Często nieświadomi rodzice akceptują taką praktykę co ciągnie za sobą nieprzyjemne dla nich konsekwencje. Znający procedury i regulacje prawne pracownicy administracji cmentarza lub kancelarii parafialnej mogą podejrzewać takich rodziców o wykonanie nielegalnej aborcji i próbę zatuszowania dowodów. Często w takiej sytuacji zostaje zawiadomiona policja i zostaje wszczęte postępowanie. Ma to silnie negatywny wpływ na psychikę rodziców. Jak widać obowiązujące prawo dyskryminuje rodziców, których warunki finansowe nie pozwalają na wykonanie badań genetycznych, gdy jest to jedyna możliwość identyfikacji płci ich dziecka. Brak wsparcia ze strony urzędników, skomplikowane procedury prawne i ich nieznajomość utrudniają znacząco i tak już ciężki czas po utracie dziecka [12].

Rola personelu medycznego

Żałoba jest zjawiskiem powszechnym, jednak przeżywanie jej uzależnione jest od okoliczności, a przede wszystkim od osoby, której dotyczy. Kobieta i mężczyzna przeżyją utratę dziecka w nieco inny sposób. Wynika to przede wszystkim z biologicznych pobudek - dziecko rozwija się w łonie matki i to właśnie ona jako pierwsza nawiązuje relacje z potomkiem. W związku z tym żal i smutek po poronieniu zazwyczaj będą bardziej nasilone u kobiety. Przed mężczyzną zostaje zatem postawione ważne zadanie – udzielenie niezbędnego oparcia matce dziecka. Nie bez znaczenia pozostaje tutaj wsparcie otrzymane od otoczenia zewnętrznego, zwłaszcza personelu medycznego [13]. To właśnie pracownicy oddziału położniczo-ginekologicznego jako pierwsi mają kontakt z rodzicami po śmierci ich dziecka. To oni ich informują o wynikach badań diagnostycznych, które potwierdzają jego zgon oraz

przeprowadzają zabiegi kończące proces poronienia. Ponadto to położne i lekarze mają bezpośredni kontakt ze zwłokami dziecka i to od ich przekonań oraz wrażliwości zależy możliwość pożegnania się z potomkiem.

Najczęściej popełniane błędy

Personel medyczny powinien informować rodziców o prawach im przysługujących, możliwości pożegnania się z ciałem dziecka i w końcu o formalnościach związanych z organizacją pogrzebu. Nierzadko zdarza się jednak, że pracownicy podchodzą lekceważąco do problemu, nie zapewniając rodzicom należytej im uwagi. To z kolei prowadzi do nasilenia reakcji destruktywnych, tj. tłumienia złych emocji i nasilenia rozpoczynającej się żałoby. Między pracownikami służby zdrowia a rodzicami dochodzi do wzajemnych oskarżeń i niepotrzebnych konfliktów, których przy odpowiednim podejściu udałoby się uniknąć.

"Miałam wrażenie, że oszaleję. Czułam się fatalnie, płakałam, gdy ktoś się do mnie odezwał. Odczuwałam w środku bezmierny smutek. A tu lekarz i pielęgniarka byli roześmiani i szczebiotliwi, jak myślę starali się mnie rozweselić. Myślę, że nie zachowywałam się tak źle, by musieli mnie tak traktować. Jeżeliby choć jedno z nich powiedziało: "musi Ci być bardzo źle po stracie tego dziecka"- poczułabym się znacznie lepiej" [14].

Na wielu forach internetowych można przeczytać podobne historie. Do najczęstszych zarzutów wobec pracowników oddziałów położniczo-ginekologicznych należy niedostateczne informowanie pacjentek o stanie płodu, rodzaju wykonywanych badań oraz wdrożonym leczeniu. Długotrwałe oczekiwanie na jakiekolwiek informacje, ból somatyczny towarzyszący poronieniu oraz stres związany z samym jego faktem może stać się przyczyną traumy. Frustrację pogłębia fakt, iż niejednokrotnie kobieta z zagrażającym poronieniem leży na jednej sali z kobietami, których ciąży przebiegają prawidłowo. Są zmuszone do wysłuchiwania zachwytów nad pociechami współtowarzyszek, oglądania szczęśliwych twarzy ich gości i wsłuchiwania się w płacz noworodków [15].

Drugim zarzutem jest samo podejście do położnicy, często oschłe i pozbawione empatii. Ciężarna kobieta jest traktowana jako przypadek kliniczny, który należy leczyć, natomiast zmarłe dziecko jako kolejne poronienie, które należy uwzględnić w statystykach. Personel skupia się na kolejności przeprowadzanych procedur medycznych i biurokracji, natomiast zupełnie nie zauważa cierpienia rodziców. W przypadku, kiedy pacjentka domaga się dodatkowych badań lub prosi o dokładniejszy opis stanu płodu lekarze niecierpliwiają się. Tłumaczą się brakiem czasu oraz koniecznością opieki nad innymi pacjentkami. Ojcom, z

kolei odmawia się udziału w badaniach, tym samym odbierając ciężarnym ich jedyne oparcie psychiczne.

Powszechnym zjawiskiem, nie tylko w odniesieniu do personelu medycznego, jest używanie nietaktownych i krzywdzących sformułowań. Kobiетom, które roniły we wczesnych etapach ciąży wmawia się, że to był tylko 5., 7., 9. tydzień ciąży podkreślając, że w takim czasie nie można się do nikogo przyzwyczaić. Próbuяąc pocieszyć matkę używają słów: nie ty pierwsza, nie ostatnia; będziesz mieć inne lub Bóg tak chciał. Równie bolesne są porady typu: postarajcie się szybko o następne, idź do fryzjera - to Ci pomoże. Położne czasem sugerują, że śmierć dziecka jest lepszym losem niż urodzenie chorego. W wypowiedziach matek często pada zarzut unikania nadawania dziecku cech człowieczeństwa i nazywania go obumarłą tkanką, materiałem biologicznym, wyskrobinami doczesnej, czy płodem. Godzi to w światopogląd i religijność położnic.

Kolejnym aspektem, na który skarżą się rodzice jest kwestia związana z pożegnaniem dziecka i jego pochówkiem. Personel nie informuje rodziców o przysługujących im prawach, możliwości odebrania dziecka z prosektorium i organizacji pochówku. Nie dość, że pracownicy oddziału nie próbują pomóc w dopełnieniu formalności, to wręcz wykorzystują niewiedzę rodziców, przeżywany szok i dezorientację, aby szybko rozliczyć kolejny przypadek i zakończyć dzień bez problemów [16].

Powyższe przykłady nie mają na celu potępienia pracowników służby zdrowia, a jedynie pokazują zachowania, które w odczuciu rodziców są niewłaściwe, a przez samych pracowników często niedostrzegane.

Trudności w opiece nad kobietą po poronieniu

W tym miejscu należy spojrzeć na problem poronienia okiem lekarzy położników i nieco rozjaśnić ich sposób myślenia. Podczas leczenia każdego pacjenta lekarz rozważa wiele opcji terapeutycznych, analizuje, co mógłby poprawić, a czego uniknąć podczas terapii. Szczególnie analizuje przypadek, podczas którego dochodzi do śmierci pacjenta, w tym wypadku płodu. Nie dość, że sam odczuwa ciężar nieskutecznej terapii, to często jest obwiniany przez zrozpaczonych rodziców. Z obawy o własną wytrzymałość psychiczną, próbuje zachować dystans, przekazując jedynie suche fakty dotyczące śmierci dziecka. Również niewiedza co do konkretnej przyczyny poronienia, którego etiologia, jak już wspomniano jest często wieloczynnikowa, budzi w nim obawy co do konfrontacji z rodzicami. Niepewność i strach powodują, że położnik próbuje ochłonać i ułożyć sobie w

głowie tę trudną rozmowę. Potrzebny na to czas rodzice traktują jako postawę lekceważącą wobec ich tragedii. Staje się to zarzewiem późniejszego konfliktu na linii lekarz- rodzic, oskarżeń względem personelu medycznego oraz pogłębianiem braku wzajemnego zaufania [16].

Regulacje prawne

Jak widać problemy z komunikacją z cierpiącymi po stracie rodziców są ogromne. Wzbudziły one potrzebę utworzenia ujednoliconych standardów postępowania. I tak w lipcu 2015 roku został ogłoszony przez wojewodę mazowieckiego dokument: "Niekorzystne zakończenie ciąży - Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego." Powstał on w wyniku wspólnej pracy wojewódzkich konsultantów w dziedzinie perinatologii, położnictwa i ginekologii oraz zdrowia publicznego, reprezentantów urzędu wojewódzkiego, kapłana katolickiego oraz psychologa. Udział tak wielu osób obrazuje, jak interdyscyplinarny jest to problem. Rekomendacje zostały skierowane głównie do personelu medycznego. Zawierają wskazówki dotyczące pożegnania ze zmarłym dzieckiem, takie jak: intymna atmosfera, odpowiednio długi czas, obecność rodziny, odpowiednie przygotowanie potomka i pomoc w zebraniu pamiątek po zmarłym. Ważną kwestią jest określenie płci dziecka, które można określić ok. 15. tygodnia ciąży. Jeżeli matka chce poznać płeć przed tym czasem, należy ją poinformować o możliwości przeprowadzenia badań genetycznych na jej koszt. Znajomość płci jest o tyle ważna, ponieważ umożliwia szpitalowi wypełnienie karty martwego urodzenia, a na jego podstawie Urząd Stanu Cywilnego sporządza akt urodzenia z adnotacją, że dziecko przyszło na świat martwe. Akt urodzenia z kolei jest niezbędny do otrzymania zasiłku pogrzebowego. Rekomendacje zawierają również informacje dotyczące świadczeń, które przysługują matce, np. urlop macierzyński. Ważną kwestią jest pomoc psychologiczna, którą należy zapewnić nie tylko kobiecie, ale też jej bliskim. Pacjentka powinna otrzymać informacje na temat grup wsparcia dla rodziców w żałobie. W dokumencie zawarty jest krótki opis etapów żałoby oraz spis aktów prawnych regulujących sytuację rodziców po stracie [13]. Przedstawione standardy postępowania określają również konkretne zasady kontaktu personelu medycznego z rodzicami w niepowodzeniu położniczym:

- *" Pozwól im na wyrażanie uczuć, słuchaj i nie osądzaj.*
- *Bądź obecny i pamiętaj, że towarzyszenie w milczeniu często jest cenniejsze niż słowa pociechy, które w sytuacji śmierci dziecka wydają się blahe.*

- *Podziel się swoimi uczuciami, ale nie umniejszaj ich przeżyć, opowiadając o swoich lub cudzych doświadczeniach związanych ze śmiercią.*
- *Nie udzielaj rad, nie zacieraj śladów istnienia dziecka (nie chowaj ubranek, dziecięcych sprzętów itp.), nie odwracaj uwagi od śmierci dziecka.*
- *Bądź pomocny przy czynnościach dnia codziennego (przygotuj jedzenie, posprzątaj, pomóż załatwić formalności urzędowe), ale nie wyręczaj całkowicie.*
- *Szanuj decyzje matki/rodziców co do sposobu pożegnania dziecka (również symbolicznego).*
- *Nie krytykuj woli matki/rodziców" [17].*

Druga część rekomendacji zawiera informacje dla pacjentki i jej bliskich, gdzie zawarte są wskazówki co do uzyskania odpowiednich świadczeń.

Opisane wyżej standardy postępowania zostały wprowadzone w woj. mazowieckim. Na szczeblu ogólnopolskim dopiero w czerwcu 2016 r. zaczęło obowiązywać rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku, gdzie cały rozdział siódmy jest poświęcony opiece nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych. Definiuje się je jako *"sytuację, w której pacjentka w wyniku ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu:*

- *poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami;*
- *jako niepowodzenie położnicze należy traktować także sytuację, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi".*

Rozporządzenie nakłada obowiązek na pracowników ochrony zdrowia do informowania matki o stanie zdrowia dziecka bądź o jego śmierci, zapewnienia jej czasu na oswojenie się z tą myślą, a także umożliwienie jej wsparcia bliskich i pomocy psychologicznej. Istotnym prawem, które nadaje kobiecie w obliczu niepowodzenia położniczego jest izolacja od matek, które urodziły zdrowe dzieci. Jak już wspomniano wcześniej, do tej pory była to jedna z rzeczy, na którą często skarżyły się położnice. Innym ważnym poruszonym problemem jest sposób komunikacji z cierpiącą matką. Ustawa wprost mówi o traktowaniu jej z szacunkiem, używania odpowiednio dobranych słów oraz nie mniej ważnym tonie rozmowy. Ponadto rozdział siódmy nakłada obowiązek na opiekunów położnicy informowania jej o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, organizacjach, które udzielają wsparcia osobom będącym w podobnej sytuacji, a także o przysługujących jej prawach [18].

Podsumowanie

Problem poronienia nawet przy obecnie rozwiniętej opiece medycznej jest wciąż aktualny i powszechny. Tragedia ta pozostawia ogromny ślad w psychice zarówno rodziców, jak i najbliższej rodziny. Z tego względu wsparcie psychiczne i kompleksowa pomoc ze strony pracowników służby zdrowia mają kluczowe znaczenie w procesie powrotu do życia w społeczeństwie i uporania się z procesem żałoby. Krokiem milowym w poprawie opieki nad kobietą po poronieniu stało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2015r., które wprowadziło ujednolicone standardy postępowania. Najważniejsze jest jednak wsparcie najbliższych osób i chęć ze strony cierpiących rodziców do podjęcia prób powrotu do normalnego życia. Chociaż, jak wiadomo, nigdy nie będzie ono takie samo jak przed tragedią.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, załącznik nr 1, pkt 2.
2. Abortus [w:] Podręczny słownik lekarski łacińsko-polski i polsko łaciński, Karwowska K., Wyd.3 popr. i uzup., PWN, Warszawa, 1985, 17.
3. Bręborowicz G. H.: Położnictwo i ginekologia, Tom 1 Położnictwo, Warszawa, 2018, 85.
4. Bręborowicz G. H.: Położnictwo i ginekologia, Tom 1 Położnictwo, Warszawa, 2018, 85-91.
5. Krakowiak P.: Strata, osierocenie i żałoba, Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie, Wyd. Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk, 2007.
6. Gruzdek P.: Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzec o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie, Wyd.1, Wyd. Scriptum, Kraków, 2017.
7. Sanders C. M.: Jak przeżyć stratę dziecka, GWP, Gdańsk, 2001.
8. Por.art.10 pkt. 1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz. U. 1959 nr 11 poz.62.
9. Por.art. 52 pkt. 2, art. 53 pkt. 1 Ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o aktach stanu cywilnego, Dz. U. 2014 poz. 1741.
10. Por.art. 55 Ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o aktach stanu cywilnego, Dz. U. 2014 poz. 1741.

11. Por. art. 1 Ustawy z dnia 26 maja 2011 r. o zmianie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz. U. 2011 nr 144 poz. 853.
12. Gruzdek P.: Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzec o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie, Wyd.1, Wyd. Scriptum, Kraków, 2017, 355-361.
13. Miernik B.: Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne - psychopedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym, <http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/2017-20Miernik.pdf>, data pobrania: 12.03.2018r.
14. Stonehouse A., Sutherland B.: Po poronieniu, PZWL, Warszawa, 1992.
15. Nietrafione pocieszenia, <http://www.poronienie.pl/psychologia/nietrafione-slowa/nietrafione-pocieszenia/>, data pobrania 30.03.2018.
16. Gruzdek P.: Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzec o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie, Wyd.1, Kraków, 2017, 280-288.
17. Niekorzystne zakończenie ciąży - Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego, Warszawa, 2016, Wyd. II, https://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/Niekorzystne%20zako%c5%84czenie%20ci%c4%85%c%bcy%20-%20Rekomendacje%20post%c4%99powania%20z%20pacjentkami%20dla%20personelu%20medycznego%20oddzia%c5%82%c3%b3w%20po%c5%82o%c5%bcnicz-o-ginekologicznych%20wojew%c3%b3dztwa%20lubelskiego_1.pdf, data pobrania 30.03.2018.
18. Rozdział VII pkt. 1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej , sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, Dz. U. 2015 poz. 2007

Utrata niespodziewanej ciąży związana ze stosowaniem leków – błąd pacjentki czy lekarza? Opis przypadku medycznego

Szewczyk Alina ¹, Rogoziński Tomasz¹, Długosz Paulina ¹, Jaszczak Jakub ¹, Ferenc Stanisław^{1,2}, Paprocka-Borowicz Małgorzata ^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Przemysł farmaceutyczny od lat nie zwalnia tempa w swoim rozwoju. Pomimo tego, do dnia dzisiejszego niewiele leków pozostaje zarejestrowanych dla kobiet w ciąży, co stanowi problem zarówno dla pacjentek, jak i lekarzy [1]. Na przestrzeni ostatniego stulecia, Amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA - *Food and Drug Administration*) stworzyła klasyfikację mającą na celu określenie ryzyka dla płodu w wyniku działania przyjmowanego leku, która do dnia dzisiejszego stanowi podstawę podczas podejmowania decyzji odnośnie zastosowania konkretnej terapii [2,3,4]. W ostatnich latach obserwuje się coraz większą tendencję lekarzy do staranności w tej kwestii. Najczęściej pytanie o możliwość ciąży zostaje zadane przez ginekologów, lekarzy rodzinnych oraz radiologów [5]. Niestety, zaniedbania w tej sprawie wciąż mają miejsce, a używanie leków przez kobiety w wieku rozrodczym może przyczynić się do nieświadomej utraty bądź niepełnosprawności nienarodzonego dziecka. Utrata dziecka pozostaje jednym z najbardziej trudnych przeżyć, jakich może doświadczyć człowiek [6]. Wiadomość o stracie dziecka, którego młodzi rodzice się nie spodziewali, może przyczynić się do całego szeregu problemów, uwzględniając przede wszystkim następstwa na tle psychicznym i emocjonalnym, co wymaga pomocy specjalisty [7-11].

Założenia i cel pracy

W dzisiejszych czasach rynek farmaceutyczny oferuje całą gamę nowych substancji uznawanych za leki oraz suplementy diety. Jako lekarze, czyli osoby, których elementem pracy pozostaje znajomość medykamentów, mamy bardzo duży wpływ na to, jakie środki

stosują pacjenci. Powszechny dostęp do internetu oraz duża ilość farmaceutyków dostępnych bez recepty sprawia, że środowisko osób wykształconych medycznie nie jest w stanie utrzymać kontroli nad lekami, które mogą przyłożyć się do nieświadomej terminacji ciąży. Celem pracy jest zwrócenie uwagi zarówno przez środowisko medyczne – szczególnie lekarzy wszystkich specjalności i farmaceutów - jak i pacjentki będące w wieku rozrodczym na stosowanie substancji wszelkiego rodzaju, które mogą doprowadzić do niekorzystnych zdarzeń.

Rys historyczny

Każdy z nas pamięta tragedię związaną z talidomidem, lekiem ”o dwóch obliczach”, sprzedawanym w latach pięćdziesiątych w Niemczech jako środek uspokajający, nie powodujący poważnych efektów ubocznych. Szczególnie często podawano go kobietom, celem zapobiegania porannym nudnościom. Niewiele skutków ubocznych talidomidu obserwowano do 1960 r. Efekty teratogenne stały się znane w 1961 r, dzięki doktorowi Widukindowi Lenz'owi, który zgłosił swoje obawy do Chemie Grünenthal [11]. Następnie, w wyniku kolejnych przypadków wychodzących na jaw oraz raportów o obawach firm farmaceutycznych, Dr Frances Kelsey z Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA) odmówiła licencjonowania talidomidu w Stanach Zjednoczonych. Ostatecznie lek został wycofany w listopadzie 1961 roku [9].

O tym, jak duży wpływ miało to wydarzenie na współczesną medycynę świadczy spotkanie ekspertów WHO, którzy dyskutowali o „Embriopatii talidomidowej” w 2014 roku w Genewie [9]. Na konferencji profesorowie dogłębnie omawiali temat talidomidu, starając się zdefiniować pojęcie określane jako „Zespół talidomidowy”. Zjazd rozpoczął się od rozważań przyczynowo-skutkowych doktora Ralpha Edwards'a, który przedstawił kwestię przyczynowości w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii wskazując, że narażenie na lek jest bezwzględnie konieczne. W przypadku talidomidu pojawiają się dodatkowe pytania - Czy czas ekspozycji ma wpływ? Czy talidomid musi być przyjmowany w określonym czasie w trakcie ciąży, aby mieć szkodliwy wpływ i czy wiadomo, ile kobiet przyjmowało talidomid bez efektu teratogennego?

Kolejna sesja była prowadzona przez Prof. dr hab. med. Annę Latos-Bieleńską, przewodniczącą Centralnego Zespołu ds. Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, który w 2001 roku został włączony do EUROCAT - sieci rejestrów europejskich [10]. Jednym z zadań EUROCAT jest nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii mającym na celu

zapewnienie bezpieczeństwa leków stosowanych w czasie ciąży. Pani profesor przedstawiła klasyfikację wad kończyn, natomiast kolejna część prowadzona przez dr Malcolma Logana skupiała się na mechanizmie rozwoju kończyn i zarodka, uwzględniając cały szereg cząstek sygnałowych i zdarzeń molekularnych, które muszą mieć miejsce na początku rozwoju, aby zbudować organizm. Zakłócenia pojawiające się już na starcie, mogą mieć przykre konsekwencje.

Jedno z następnych spotkań dotyczyło algorytmu diagnostycznego embriopatii talidomidowej, zaproponowanego przez St George's, University of Londyn. Algorytm był dopracowywany na spotkaniu, dzięki współpracy klinicystów z kilku krajów, którzy przedstawili kliniczne przypadki. Prezentowane informacje zostały wprowadzone do algorytmu w celu dostarczenia informacji i określenia punktacji.

Cała konferencja obfitowała w warsztaty i liczne dyskusje skupiające się na mechanizmach działania talidomidu na rozwijający się zarodek oraz dopracowywania algorytmu kryteriów diagnostycznych „Embriopatii talidomidowej. Nie zapominajmy, że do dzisiejszego dnia talidomid jest stosowany w wielu krajach do walki z trądem, więc należy mieć na uwadze wszystkie następstwa, jakie może on spowodować. Ostatecznie całe spotkanie zostało uznane za początek owocnej współpracy ekspertów nad tym zagadnieniem [9].

Przypadek medyczny

Do gabinetu lekarza rodzinnego zgłosiła się 30-letnia pacjentka. Historia jej choroby rozpoczyna się w sierpniu 2002 roku, kiedy to jako 15-latka, po epizodach częstych bólów głowy, nawracających nudności oraz omdleń trafiła do Oddziału Neurochirurgii celem leczenia operacyjnego zobrazowanej torbieli pajęczynówki. Wykonano wtedy połączenie torbieli pajęczynówki okolicy potylicznej międzypółkulowej ze zbiornikami podstawy. Ze względu na nieustępliwe objawy oraz kontrolne badanie TK głowy, które wykazało utrzymywanie się torbieli, podjęto decyzję o założeniu w listopadzie 2002r. układu zastawkowego komorowo – przedsionkowego. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, zalecono przyjmowanie na stałe okskarbazepiny – pochodnej dibenzoazepiny - 2 razy dziennie. W 2007 roku objawy neurologiczne nawróciły i pacjentka z rozpoznaniem wodogłowia wewnętrznego, niedrożności powyższego układu oraz migracji drenu przedsionkowego do tętnic płucnych, przeszła zabieg operacyjny usunięcia cewnika układu z tętnicy płucnej i implantacji układu zastawkowego komorowo-otrzewnowego. Po tym zabiegu pacjentka była hospitalizowana jeszcze kilkakrotnie w trybie pilnym w 2009 i w

2010 roku z powodu niedrożności oraz stanu zapalnego układu. Ostatecznie w 2011 roku wykonano endoskopową fenestrację torbieli do wodociągu, zbiornika okalającego, komory III i do lewej komory bocznej, jednocześnie usunięto cały układ zastawkowy. Pomimo zastosowanego leczenia, pacjentka borykała się z silnymi bólami głowy. W zaleceniach poszpitalnych w większości wypisów podano stosowanie leków przeciwbólowych, kontrolę obrazową głowy co pół roku oraz kontrolę w poradni POZ i neurochirurgicznej. W międzyczasie pacjentka dojrzewała, w latach najczęstszych hospitalizacji stała się młodą kobietą, która rozpoczęła regularne współżycie seksualne. Z wywiadu wynika, że właśnie w tym czasie spotkała ją ogromna tragedia – poród martwego dziecka, którego się nie spodziewała. Sytuacja nie została dogłębniej zbadana, m.in. ze względu na stan psychiczny pacjentki, dla której była to z pewnością zaskakująca i przykra sytuacja. Kobieta przyznaje, że nie zna dokładnej przyczyny poronienia, ale pamięta, że w tamtym czasie miała podawane w trakcie hospitalizacji oraz po bardzo duże ilości leków przeciwbólowych, a pytanie o możliwość ciąży nie zostało zadane przez żadnego leczącego ją lekarza. Obecnie pacjentka jest mamą rocznej córeczki, znajduje się pod kontrolą poradni neurochirurgicznej oraz lekarza rodzinnego i zachowuje szczególną ostrożność podczas stosowania jakichkolwiek leków.

Dyskusja

Spotkanie ekspertów omawiających dogłębnie temat „embriopatii talidomidowej” może skłonić do zastanowienia nad tym, czy podobne rozważania nie powinny dotyczyć każdej nowej substancji leczniczej wprowadzanej na rynek. Tematy poruszane na spotkaniu profesorów, dotyczące w pierwszej kolejności przyczynowości i narażenia na daną substancję oraz pytania zastosowane bezpośrednio do talidomidu (m. in. Czy czas ekspozycji ma wpływ? Czy talidomid musi być przyjmowany w określonym czasie w trakcie ciąży, aby mieć szkodliwy wpływ?) należy zadać już podczas produkcji każdego nowego medykamentu dostępnego na rynku.

Na spotkaniu ekspertów, dokładnie analizowano mechanizmy i momenty w trakcie rozwoju zarodka, na które talidomid ma szczególny wpływ, przez co przyczynia się do powstawania zaburzeń, a w konsekwencji niepełnosprawności lub nawet śmierci organizmu.

W dzisiejszych czasach mamy zapewniony coraz większy dostęp do metod molekularnych i genetycznych, dzięki którym już przed wprowadzeniem leków na rynek można określić z dużym prawdopodobieństwem, czy lek jest lekiem bezpiecznym dla kobiet w ciąży.

Próba utworzenia algorytmu diagnostycznego embriopatii talidomidowej, powinna zostać przeprowadzona również w stosunku do innych środków leczniczych, szczególnie często stosowanych u kobiet w wieku reprodukcyjnym.

Dzięki stworzeniu Agencji Żywności i Leków (FDA) oraz jej klasyfikacji zarówno lekarze, jak i same pacjentki mogą ocenić z dużym prawdopodobieństwem korzyści i ryzyko, jakie może nieść za sobą stosowanie danej substancji.

W przedstawionym przypadku medycznym, nigdy nie została wskazana jednoznaczna przyczyna śmierci nienarodzonego dziecka. Jednak pewnym pozostaje fakt, że ani lekarze, ani pacjentka nie zachowali szczególnej ostrożności podczas stosowania terapii przeciwbólowej.

Nie można jednoznacznie określić czyja wina w tym przypadku jest większa. W trakcie hospitalizacji to obowiązkiem lekarza pozostaje dostosowywanie leków do profilu pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w wieku rozrodczym. Pytanie o możliwość ciąży powinno zostać bezwzględnie zadane przez każdego lekarza, niezależnie od specjalizacji oraz choroby pacjenta. Nie zapominajmy o tym, że niezależnie od stanu zdrowia, każdy pacjent może być aktywny seksualnie, co może skutkować nieplanowaną ciążą [7].

Inaczej natomiast należy rozpatrywać okres poza hospitalizacjami, kiedy to pacjent sam ma dostęp do wielu wyrobów medycznych.

Kobieta, która jest zdyscyplinowana, z całą pewnością będzie kierowała się zaleceniami lekarskimi.

Pozostaje niestety cała grupa pacjentek w wieku rozrodczym, przyjmujących środki medyczne, które pomimo przeczytania informacji mówiącej o zachowaniu ostrożności podczas stosowania w trakcie ciąży, nie zdaje sobie sprawy z tego, że jest w ciąży. Częstsze zadawanie tego pytania przez lekarzy wszystkich specjalności może skłonić pacjentki do zastanowienia się nad taką możliwością.

Należy rozważyć również, jakie mogą być konsekwencje nieświadomej utraty nieplanowanej ciąży. Poronienie pozostaje wydarzeniem tragicznym, bardzo często jest zdarzeniem niespodziewanym. Istnieje szereg książek i poradników, duże znaczenie ma również pomoc psychologiczna, pomagająca doprowadzić pacjentów do równowagi emocjonalnej [12].

Śmierć dziecka, o którego istnieniu nie miało się pojęcia, to sytuacja szokująca, która może w przyszłości przyczynić się do narastających zaburzeń stanu psychicznego wymagających specjalistycznego leczenia. Utrata ciąży wiąże się również ze strachem przed posiadaniem kolejnego potomstwa.

Wnioski

Analiza zarówno historycznych, jak i współczesnych przypadków medycznych świadczy o dużym zainteresowaniu tematem substancji leczniczych, które mogą mieć wpływ na rozwój płodu. W obecnych czasach istnieje szeroki dostęp do informacji, które przestrzegają przed zażyciem danego leku i jego możliwym wpływem na rozwijający się zarodek. Dzięki coraz bardziej zaawansowanym metodom molekularnym istnieje szansa na bardziej precyzyjne określenie momentu, w którym lek może uszkodzić płód. Mamy do czynienia z istnieniem oraz powstawaniem nowych organizacji i programów czuwających nad bezpieczeństwem stosowania leków. Niestety, mimo tak dużego zaawansowania tematu, podstawowy błąd następuje na poziomie relacji z pacjentką. Pytanie o możliwość ciąży powinno być jednym z podstawowych pytań zadawanych przez lekarzy wszystkich specjalności.

Piśmiennictwo

1. Weiner C. P., Buhimschi C.: Drugs For Pregnant And Lactating Women, Elsevier - Health Sciences Division, United States, 2009.
2. Mospan C.: New Prescription Labeling Requirements for the Use of Medications in Pregnancy and Lactation. CE for Pharmacists. Alaska Pharmacists Association. 2016, http://www.alaskapharmacy.org/files/CE_Activities/0416_State_CE_Lesson.pdf, data pobrania 04.05.201=8.
3. FDA Consumer Articles. Pregnant? Breastfeeding? Better Drug Information Is Coming, 2016, <https://www.drugs.com/fda-consumer/pregnant-breastfeeding-better-drug-information-is-coming-334.html>, data pobrania 04.05.201=8.
4. Food and Drug Administration. Pregnancy and Lactation Labeling Final Rule, 2017.
5. Pregnancy - The First Nine Months of Our Life Explained for Children and Parents, New Generation Publishing, Mueller Werner A. , 2013
6. Pisula A.: Mam dziecko w niebie. Poronienie. Jak przyjąć i uwolnić ból po stracie dziecka, Wyda. Odnowy w Duchu Świętym w Łodzi, Łódź, 2016.
7. Katz. A.: Sex when you're Sick: Reclaiming Sexual Health after Illness or Injury. Greenwood. New York, 2009.
8. Jędrzejewska A.B.: Opuszczeni rodzice. Nagła śmierć dziecka. Jak dalej żyć? Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2015.

9. World Health Organisation (WHO), Thalidomide Embryopathy, Report of a meeting of experts, Geneva, 2014, http://www.who.int/medicines/news/thalidomide_embryopathy_meeting_report.pdf, data pobrania 04.05.2018.
10. PPWR Polski Rejestr Wad Rozwojowych, <http://www.rejestrwad.pl/str.php?23>, data pobrania 04.05.2018.
11. Vargesson N.: Thalidomide induced teratogenesis: History and mechanisms, Birth Defects Research Part C Embryo Today, 2015, 105, 2, 140-156.
12. Zimon M., Zimon M.: Poronienie. Ukoić ból, Wyd. Inspiracje, Bielsko-Biała, 2017.

TANATOEDUKACJA



Kulturotwórcza rola niedokończonej żałoby Nadieždy Jakowlewny Mandelsztam

Pucko Zygmunt

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

W wielu kulturach żałoba była i wciąż jest postrzegana nie tylko w kategoriach *theatrum* obezwładniającego cierpienia, lecz także jako tragiczny interwał, który wydarza się w kontinuum życia. Ma on swój początek w czasie. W czasie się rozwija. W czasie dokonuje się jego wygasanie i domknięcie. Jedną z głównych cech żałoby stanowi zrywanie wszystkich więzów z utraconym bezpowrotnie podmiotem. Bez tego odcięcia się *libido* osieroconego człowieka raczej nie odzyska wolności i nie ma możliwości uczuciowego zaangażowania się w nowe relacje ani właściwego wypełniania ról społecznych [1]. Według specjalistów niedokończenie żałoby paraliżuje w człowieku energię niezbędną mu do życia i wtrąca w stan nieustannego wpatrywania się tylko we własną zgryzotę. Trwanie w okowach smutku żałoby może nawet prowadzić na skraj egzystencjalnej przepaści.

Zdarzają się jednakże wyjątki od reguły. Jednym z nich jest przypadek Nadieždy Jakowlewny Mandelsztam. Jej żałoba w przeciwieństwie do modelowego przebiegu utraty znamionowała się otwartym horyzontem temporalnym. Wbrew wewnętrznej logice standardowego przeżywania żałoby Nadieżda Jakowlewna nie odcięła również żadnego połączenia ze zmarłym. Wręcz odwrotnie, konsekwentnie je zacieśniała i zmieniała ich postać. To nietypowe zachowanie osieroconej wcale nie doprowadziło do ontycznego zmarnienia jej istnienia. Na przekór wiedzy o skutkach niekonwencjonalnego przeżywania żałoby stało się ono fundamentem wewnętrznej siły, motywacją do odwetu za uśmiercenie najbliższego człowieka i źródłem twórczych inspiracji.

Aby zbliżyć się do uchwycenia osobliwości „dziania się” żałoby Nadieždy Jakowlewny trzeba najpierw wspomnieć kim był jej partner i jaką rolę pełniła ona u jego boku podczas kilkunastu lat wspólnego życia. Osip Mandelsztam należał do wąskiego grona najwybitniejszych indywidualności poezji rosyjskiej ubiegłego stulecia [2]. Obok Anny Achmatowej był głównym przedstawicielem nowego kierunku w literaturze, zwanego akmeizmem. Za wiersz dezawuuujący Stalina stał się osobistym wrogiem tyrana. Odtąd zaczęła się epopeja prześladowania poety. W następstwie zemsty arcymistrza terroru Mandelsztam został pozbawiony możliwości publikowania. Planowo był wymazywany

z historii literatury. Pomijano go w leksykonach oraz antologiach. Nigdzie nie było o Mandelsztamie jakiegokolwiek wzmianki. Stróże prawa dbali, aby żadne jego słowo nie dostało się nawet do „drugiego obiegu”. Z tego powodu nieomal stale znajdował się pod czujnym nadzorem różnej maści agentów i kilkakrotnie był izolowany w więzieniu [3]. Wreszcie zesłano poetę do Gułagu i tam go fizycznie unicestwiono. Na koniec jego ciało pogrzebano w odwiecznej zmarzlinie, w której miał zamilknąć na zawsze i ostatecznie zniknąć ze świadomości zbiorowej epoki.

Nadieżda Jakowlewna z domu Chazin po maturze studiowała prawo w Uniwersytecie Kijowskim [4]. Wydział Prawa porzuciła jednakże dla malarstwa. Pierwsze szlify w tej dziedzinie zdobywała na kursach prowadzonych przez znaną malarkę Aleksandrę Ekster. Sporo podróżowała z rodzicami po krajach Europy Zachodniej. Wyróżniała się inteligencją, urodą, zmysłowością i niecierpliwą energią typową dla młodej kobiety [5]. Nadieżda Jakowlewna poznała Osipa Mandelsztama na poetyckim spotkaniu kijowskiej bohemy. Po pewnym czasie znajomości stworzyła z nim intymny związek słowa, myśli oraz ciała [6]. Stała się jego nieodłączną towarzyszką w dobie upokorzenia. Dzieliła z poetą nędzę i razem z nim przymierała głodem. Poszła za nim na zsyłkę po pierwszym wyroku. Umacniała w poecie przekonanie o sensie własnej sztuki. Powstrzymywała go przed popełnieniem samobójstwa. Pełniła funkcję prywatnej sekretarki oraz doradczyni. Poeta konsultował z Nadieżdą Jakowlewną nieomal każde słowo w wierszach, które na bieżąco zapisywała własną ręką. Jako wdowa po wrogu ludu *przez dziesiątki lat żyła w nieustannej ucieczce, przemierzając zapadłe kąty i prowincjonalne miasteczka wielkiego imperium, osiedlając się w coraz to nowych miejscach, by na pierwszy sygnał niebezpieczeństwa znowu się poderwać. Status osoby wyjętej spod prawa stawał się stopniowo drugą jej naturą. Niewielkiego wzrostu i drobnej budowy, z biegiem lat jeszcze bardziej kurczyła się i wysychała, jak gdyby próbując zmienić się w coś nieważkiego, coś, co w chwili ucieczki dałoby się łatwo ukryć w kieszeni* [7].

Gdziekolwiek trafiła nigdy, nawet w geście samoobrony, nie unieważniała pamięci o Mandelsztamie żeby było łatwiej się przystosować do rzeczywistości albo żeby mniej bolało. W miejscach najbardziej jałowych, odczłowieczonych, w szczelinach i otwartych ranach o tę pamięć nieustępliwie walczyła. Toczyła bój pomimo tragizmu sytuacji oraz momentów egzystencjalnej rozpacz. Żywiła głęboką nadzieję, że „wskrzesi” poetę z niebytu i przywróci go światu kultury. Po śmierci Mandelsztama Nadieżda Jakowlewna żyła jeszcze przez czterdzieści lat. Osoby blisko z nią zaprzyjaźnione odnosiły wrażenie, jakby nigdy nie rozstała się z Osipem i zawsze miała go obok siebie [8]. Tęskniła za nim do tego stopnia, że

ułożyła nawet własną „Modlitwę dla dwojga”, w której błagała Stwórcę o łaskę ponownego spotkania [6].

Zrządzeniem losu tak się złożyło, że rosyjskie imię Nadieżda nawiązuje do nadziei, która współtworzy kanon kardynalnych cnót aksjologii chrześcijańskiej. Jak wiadomo, zaproponował go Paweł z Tarsu i on podał zwięzłą jego wykładnię. W świetle listów apostoła narodów nadzieja nie ma nic wspólnego z biernym oczekiwaniem na coś, co się kiedyś może wydarzyć, lecz raczej jest sytuacją graniczną, w której egzystencja doświadczana bywa jako mroczna niewola. Jej jarzmo jednakże nie odbiera człowiekowi całkowitej zdolności do stawienia czoła sile, która próbuje nad nim zapanować. Można wnosić, że dla świętego Pawła nadzieja jest warunkiem koniecznym egzystencji i tę egzystencję w ogóle umożliwia. Rezygnacja z nadziei równa się zrujnowaniu egzystencji. Święty Paweł kwintesencję swojego rozumienia nadziei streścił w sentencji, której łacińska wersja przyjęła postać: *Contra spem spero*. W polskim przekładzie tę maksymę można zapisać: *Wbrew nadziei zachowuję nadzieję*. Zaryzykuję stwierdzenie, że ów Pawłowy paradoks to ewokacja jestestwa Nadieżdy Jakowlewny i zarazem *credo* jej żałoby.

Funeralna dewiza konkretyzowała się w ciągłym powtarzaniu określonej reakcji intelektualno-emocjonalnej, sprowadzającej się do odtwarzania przeszłości w teraźniejszości. Repetycje odciskały ślady w pamięci na tyle wyraźnie, że działały one z biegiem dni jak Platońska anamneza. Dzięki nim Nadieżda Jakowlewna mogła z pewnymi detalami odtworzyć sylwetkę poety, zdarzenia z jego udziałem oraz ich konteksty nieomal po trzech dekadach. Dowodem na to są jej „Wspomnienia”, które przelała na papier w wieku sześćdziesięciu pięciu lat. Każde z nich ma własny tytuł i przypomina literacką miniaturę poświęconą Mandelsztamowi. Niekiedy autorka „Wspomnień” przywołuje go pełnym imieniem lub jego zdrobnieniem [3]. Zazwyczaj jednakże w fabule zbioru „Wspomnień” zmarły występuje pod inicjałami własnego imienia i nazwiska. Wielokrotne zapisywanie monogramu służyło potwierdzeniu jego realnego istnienia w czasie i stanowiło swego rodzaju kontakt z nim.

W małych formach literackich Nadieżda Jakowlewna unaoczniała niepowtarzalność poety. Z zapisków wyłania się osoba o bogatej gamie przymiotów często pozostających ze sobą w sprzeczności. Raz mamy do czynienia z człowiekiem pewnie stąpającym po ziemi, a kiedy indziej z osobnikiem łatwowiernym. *O.M. (...) był człowiekiem otwartym i niezdolnym do żadnych chytrych kombinacji. Nie miał ani za grosz przemysłowości* [3]. W przekazie Nadieżdy Jakowlewny Mandelsztam jawi się też jednostką łatwo ulegającą zmienności nastrojów. Pod wpływem irytacji bywał agresywny werbalnie, a niekiedy nawet fizycznie [3].

Umiał równocześnie być wyrozumiały i współczujący dla potrzebujących pomocy, aż do granic ryzyka utraty wolności włącznie [3]. Emanował powagą, lecz nie obce było mu wysublimowane poczucie humoru [3]. Portret poety nakreślony ręką Nadieżdy Jakowlewny uderza przywiązaniem mistrza do uniwersalnych zasad moralnych i równocześnie buntem wobec odgórnie narzuconego wszystkim obywatelom nowego ładu normatywno-aksjologicznego.

„Wspomnienia” przedstawiają Osipa podczas pracy oraz w chwilach wytchnienia po wysiłku. Wiersze układał w skupieniu i napięciu. Kiedy jego koncentracja osiągała apogeum wówczas *wiersze płynęły jak ogromna ławica, jeden za drugim. Szła jednoczesna praca nad kilkoma wierszami. Często prosił mnie o pierwszy zapis dwóch-trzech wierszy naraz, które w myślach zakończył. Nie potrafiłam go zatrzymać. (...) Rezultatem pośpiechu była coraz bardziej dojmująca zadyszka, przerywanie pulsu, posiniące wargi* [3]. Gdy rodził się wiersz poeta zwykle był pobudzony motorycznie i odczuwał potrzebę ruchu. Wówczas przechadzał się po pokoju i poruszał wargami. Wyczerpany aktem twórczym kładł się na łóżku lub szedł na spacer.

Piórem sporządzony wizerunek odsłania typ zainteresowań Mandelsztama oraz oświetla skalę jego kultury umysłowej. Składały się na nią biologia, literatura i filozofia. Mandelsztama fascynowali poeci łacińscy, tacy jak Owidiusz, Horacy, Tibullius. Wysoko cenił włoskie dzieła Boccaccia, Vasariego czy Vico. Duchowej pożywki dostarczali mu romantycy niemieccy. Wśród nich zwłaszcza Bürger Eichendorf, Kleist, Herder, Klopstock. Uwagę Mandelsztama przyciągały utwory pisarzy francuskich. Urzekła go literatura starorusyjska. Poeta łapczywie pochłaniał rosyjskich filozofów, między innymi rozprawy Czaadajewa i teorie słowianofilów [3].

Nadieżda Jakowlewna wierna scenom powściągliwie bez idealizowania oraz natręctw oddała klimat intelektualny dialogów prowadzonych niegdyś z Mandelsztamem. Ewokowała też emocjonalną temperaturę wzajemnego przekomarzania się z nim. Ujawniała ponadto rozmaite odcienie zwrotów językowych stosowanych na przykład do wyrażania prośb lub sugestii [3].

Na podstawie prozy wspomnieniowej Nadieżdy Jakowlewny da się ogarnąć skutki wielokrotnego doświadczenia sytuacji trudnych. W następstwie przeżycia silnych traum poeta miewał epizody załamania zdrowia psychicznego. Objawy rozpadu psychiki przypominały psychozę maniakalno-depresyjną. Ich główną dominantą były stany lękowe o różnej tonacji, od niepokoju po trwogę. Towarzyszyły im urojenia, halucynacje słuchowe oraz tendencje autodestrukcyjne [3].

Nadieżda Jakowlewna „urzeczywistnianie” Mandelsztama uzupełniła jeszcze opisem niektórych aspektów jego *physis*. Fizyczna prezencja poety, choć nie grzeszyła nadmierną okazałością, to jednak intrygowała zamyśloną twarzą, płonącą kością czołową i blaskiem oczu. Rozczulały nawet chude żebra w ciepłym ciele. We fragmentach „Wspomnień” znajdują się nawet wtrącenia o barwie głosu Mandelsztama, jego gestach, kolorze skóry czy rytmie kroków. Natknąć się w nich można również na charakterystykę przypadkowo zestawionego przyrodziewku, który stanem jakości upodabniał koryfeusza poezji do żebraka. Nadieżda Jakowlewna przez długie lata dążyła do wyjaśnienia ostatnich dni życia poety. Zbierała informacje na temat okoliczności jego śmierci i daty zgonu. Odbyla dziesiątki rozmów z rzekomymi świadkami kresu istnienia Osipa. Weryfikowała wiarygodność uzyskanych wiadomości. Oddzielała opowieści „realistyczne” od legend łagrowych [3]. Mimo usilnych starań do prawdy nigdy nie dotarła [8].

Sekwencję zdarzeń zgodnych z faktami ujawniono dopiero w czasach rządów Gorbaczowa. *Przed Nowym Rokiem*, jak podaje Alexandra Popoff – więźniów zaprowadzono do łaźni. Nie było wody, stali więc rozebrani i marzli do chwili, gdy Mandelsztam i jeden z jego towarzyszy stracili przytomność. Ciało Mandelsztama z zawieszka zawierającą nazwisko i wyrok rzucono na stos, następnie pochowano we wspólnym płytkim grobie, wykopanym w wiecznej zmarzlinie [8].

Nader mylne byłoby przypuszczenie jakoby niedokończona żałoba Nadieżdy Jakowlewny ograniczała się tylko do przywoływania osoby poety. Lektura jej pamiętników mówi o objęciu zakresem zapamiętywania także jego dorobku [3]. Wyrazem tych poczynań było stworzenie podwójnego archiwum. Jedno zawierało dziesiątki kopii własnoręcznie przepisywanych utworów i artykułów, które następnie Nadieżda Jakowlewna rozdała zaufanym ludziom. Drugie z kolei „zbudowała” w swojej pamięci. Zabezpieczenie tego imaginacyjnego zasobu traktowała jako najważniejsze życiowe zadanie. *Tej majowej nocy pojawiło się przede mną jeszcze jedno zadanie, cel dla którego żyłam i żyję; nie byłam już w stanie zmienić losu O.M., ale część rękopisów ocalała, wiele utrwaliła pamięć – tylko ja mogłam to ocalić i dla takiego celu warto było oszczędzać siły* [3].

Każdy zatem kolejny dzień zaczynała od powtarzania wybranej partii tekstu oraz uważnego sprawdzania, czy w jej pamięci nie rozmywa się treść i forma wierszy. W miarę możliwości usiłowała zrobić przegląd archiwum kilka razy dziennie. Nawet podczas pracy wracała myślą do utworów Mandelsztama [3]. Regularnym spełnianiem obrzędu utrwalania zachowała wszystkie wiersze. Po odwilży politycznej Nadieżda Jakowlewna podjęła starania

o wydanie drukiem spuścizny Mandelsztama. Ich owocem było zamieszczenie w ważnym czasopiśmie literackim „Nowyj Mir” pierwszej relacji o życiu Mandelsztama [6].

Kilka lat później światło dzienne ujrzał mały wybór jego wierszy. Pierwszego maja 1965 roku na Uniwersytecie Moskiewskim odbył się wieczór literacki poświęcony Mandelsztamowi (datę wybrała sama Nadieżda Jakowlewna, jako że 1 maja poznała poetę, a aresztowano go o świcie 2 maja). W międzyczasie opracowała też najpełniejszą wersję dzieł poetyckich i przekazała ją na Zachód [8].

W oparciu o ten materiał ukazało się w Ameryce pod koniec lat sześćdziesiątych pełne wydanie dorobku Mandelsztama. Dwie dekady później Nadieżda Jakowlewna zwróciła się z prośbą do władz Uniwersytetu Princeton o utworzenie ośrodka badań nad twórczością poety [8]. Powstałe centrum zawierające przeniesione z Paryża archiwum Mandelsztama szybko stało się Mekką uczonych z całego świata.

Nadieżda Jakowlewna w obawie przed zawłaszczeniem dorobku Mandelsztama oraz instrumentalnym zarządzaniem pamięcią o poecie sporządziła testament. Jego wykonawcą uczyniła Przyszłość.

Z uwagi na wymiar uniwersalny i ponadczasowość ostatniej woli Nadzieży Jakowlewny warto przytoczyć nieco obszerniejszy passus z „Mojego testamentu”. *Proszę Przyszłość, aby zawsze – to znaczy, póki wydaje się książki i są czytelnicy tych wierszy – potwierdziła prawo do tego dziedzictwa dla tych ludzi, których wymienię w specjalnym dokumencie. Niech będzie to zawsze jedenastu ludzi przez pamięć dla jedenastozwrotnych wierszy Mandelsztama, a na miejsce tych, co ubędą niechaj pozostali sami wybiorą następców. Owey komisji spadkowej powierzam niekontrolowane rozporządzanie resztkami archiwum, wydawanie książek, przedruk wierszy, publikacje niewydanych materiałów... Lecz proszę tę komisję by broniła tego spadku przed państwem i nie uległa jego groźbom, ni uprzejmości. (...) Proszę członków owej komisji, aby nigdy nie zapomnieli, że w nas, ludziach tkwi wartość samoistna, że to nie my jesteśmy zobowiązani służyć państwu, lecz państwo nam i że poezja jest skierowana do ludzi, ku ich żywym duszom i nie ma nic wspólnego z państwem, prócz tych przypadków, gdy poeta broniąc swego narodu lub swej sztuki sam zwraca się do państwa, jak się to czasem zdarza w czas wrażego najazdu, z wezwaniem lub wyrzutem. Wolność myśli, wolność sztuki, wolność słowa – to pojęcia święte, niezaprzeczalne, jak pojęcia dobra i zła, jak swoboda wiary i wyznania. Jeśli poeta żyje jak wszyscy, myśli, cierpi, weseli się, rozmawia z ludźmi i czuje, że jego los nie da się oddzielić od losu wszystkich ludzi, któż ośmieli się żądać, by jego wiersze przyniosły „korzyść” państwu. Czemu państwo śmie ogłaszać się spadkobiercą wolnego człowieka?* [9].

Zakończenie

Nadieżda Jakowlewna swą niedokończoną żałobą wykreowała własny kod pamięci o Mandelsztamie. Poeta stał się tym, co o nim opowiedziała i tym, jak o nim pamiętają inni. Ona wprowadziła Mandelsztama do panteonu literatury. Sprawiała, że to, co miało ulec zniszczeniu i zetleć w oddechu zagłady potrafi istnieć samodzielnie. Za pośrednictwem niedomkniętej utraty Nadieżdy Jakowlewny niemożliwe stało się możliwe i geniusz poety nadal przemawia do świata. Żałobę Nadieżdy Jakowlewny zarygłowała dopiero śmierć. Wdowa po Mandelsztamie zmarła 29 grudnia 1980 roku nieomal tego samego dnia, co on. W trumnie jej ciało okryto skrawkiem narzuty, którą ocaliła i przechowała z pietyzmem jak relikwię. Żałobnicy pożegnali Nadieżdę Jakowlewną nabożeństwem w cerkwi i odprowadzili na cmentarz. Na jej grobie ustawili krzyż z inskrypcją nazwiska, a obok wzniesli nagrobek dla Mandelsztama. Tym sposobem poeta doczekał się symbolicznego grobu, a Nadieżda swojego wyczekiwanego *requiem aeternam*. Potomni zaś otrzymali lekcję niezłomnej nadziei opierającej się największej ze wszystkich ludzkich nędz, którą jest zapomnienie [10].

Piśmiennictwo

1. Freud Z.: Żałoba i melancholia. [w:] Freud Z., Psychologia nieświadomości, Warszawa, 2007.
2. Sadkowski W.: Posłowie [w:] Nadzieja w beznadziei, Mandelsztam N., Wyd. Wiedza i Życie, Warszawa, 1997, 369.
3. Mandelsztam M.: Nadzieja w beznadziei, Wydawnictwo Wiedza i Życie, Warszawa, 1997, 9, 15, 18, 21, 40, 42, 64, 71, 100, 176, 177, 223, 334, 335.
4. https://pl.wikipedia.org/wiki/Nadieżda_Mandelsztam, data pobrania 19 lutego 2018.
5. Przybylski R.: Przypisy [w:] Mandelsztam N., Mozart i Salieri oraz inne szkice i listy, Wyd. Sic!, Warszawa, 2000, 187.
6. Romaniuk R.: One, Wyd. Twój Styl, Warszawa, 2005, 20, 23.
7. Brodski J.: Wstęp. Na śmierć Nadieżdy Mandelsztam [w:] Wspomnienia, Mandelsztam N., Wyd. AGORA, Warszawa, 2015, 6, 7.
8. Popoff A.: Żony w cieniu mistrzów literatury rosyjskiej, Świat Książki, Warszawa, 2015, 199, 204, 218, 226, 245.
9. Mandelsztam N.: Wspomnienia, Wyd. AGORA, Warszawa, 2015, 490.
10. Mandelsztam N.: Mój testament, Wyd. KRAĞ, Warszawa, 1981, 16.

Życie przed śmiercią – służba chorym umierającym

Michalczuk Teresa¹, Piszcz Paweł², Ślifirczyk Anna², Zalewski Rafał², Krajewska – Kułak Elżbieta⁴

1. Zakład Ratownictwa, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
2. Zakład Ratownictwa Medycznego, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

*Ci, którzy mają dość sił i miłości, żeby siedzieć z umierającym pacjentem
w ciszy wykraczającej poza słowa, wiedzą, że ta chwila nie jest ani
przerażająca, ani bolesna – to tylko spokojne ustanie funkcjonowania ciała.*

Elisabeth Kübler-Ross

Śmierć jest faktem niezmiennym. Wyzwalała i nadal wyzwala wiele pytań i emocji, wiąże i dzieli. Na przestrzeni lat nastąpiły jednak wielkie zmiany w postrzeganiu śmierci i warunków, które jej towarzyszą. Medycyna różnicuje dwa typy śmierci na śmierć biologiczną oraz kliniczną. Powszechnie uznaje się za potwierdzenie śmierci biologicznej fakt stwierdzenia zaniku funkcji mózgu, czego odzwierciedleniem jest płaski zapis elektroencefalografu. Śmierć kliniczna zaś jest stanem częściowego zaprzestania funkcjonowania podstawowych organów z zachowaniem w niewielkim stopniu ich żywotności [1].

Śmierć nie jest zjawiskiem jednoczasowym, lecz procesem długotrwałym i przebiegającym wieloetapowo.

Najbardziej znaną i klasyczną propozycją modelowego ujęcia procesu umierania jest koncepcja etapów umierania Elisabeth Kübler-Ross, która wyróżnia pięć etapów, takich jak: zaprzeczanie, gniew, negocjacja, depresja i akceptacja. Według autorki powyższe etapy stanowią normalne i przewidywalne metody radzenia sobie z perspektywą śmierci, jednak sposób ich doświadczania jest sprawą indywidualną [2].

Problemy dotyczące umierania i śmierci są bardzo złożone i trudne do jednoznacznej interpretacji. Człowiek umierający wymaga indywidualnego i elastycznego podejścia, uwzględniającego jego potrzeby. Zdrowy człowiek nie jest w stanie poznać i zrozumieć co przeżywa osoba, która wie, że jej życie dobiega kresu.

Towarzystwo śmiertelnie choremu w ostatniej drodze życia jest szczególnym doświadczeniem, które daje okazję do przeżycia bliskości z drugim człowiekiem w wymiarze emocjonalnym i duchowym. To przeżycie staje się zbyt trudne, bolesne fizycznie, jak i psychicznie. Taki stan rzeczy powoduje u bliskich chorego wycofanie się z procesu opieki. Szczerość oraz uczciwość w tym wyjątkowo trudnym czasie, bez uciekania się do kłamstw i niedomówień wymagają siły i osobistej odwagi. Okres dla wszystkich osób z otoczenia chorego u kresu życia przed śmiercią jest szczególnego wysiłku, delikatności, wyrozumiałości i cierpliwości. Informacja o zakończeniu leczenia onkologicznego może brzmieć dla pacjenta jak kolejny wyrok, jak egzekucja. Co się ze mną stanie?, Co się będzie ze mną działo, gdy będę umierał?, Zostawią mnie samego?, ...a ból? – takie i podobne pytania mogą się pojawić w głowie pacjenta [3].

Chory człowiek potrzebuje pomocy drugiego człowieka [1], nadziei na przyszłość, rozumienia jego sytuacji, życzliwości otoczenia, przyjaźni i pewności jej do końca w każdej sytuacji. W grę również wchodzi potrzeby w sferze życia religijnego, skłaniające człowieka do refleksji nad stanem sumienia oraz wiecznością. Nasuwają się choremu pytania dotyczące sensu ludzkiego życia, odpowiedzialności przed Bogiem, życia wiecznego oraz cierpienia. Stan cierpienia trafnie oddaje poetyckie wyznanie, za Bołoz (Słowo. Magazyn, 1995): *„Cierpię, bom człowiek w żalu i tęsknocie, biedny wygnaniec... Cierpię, bo kocham! Życie bez cierpienia to stok bezwodny, chmura bez jasności, twarda opoka, serce bez natchnienia, to grób, co martwe przechowuje kości”* [cyt. za 4]. Choroba, okaleczenie, niesprawność umysłowa czy fizyczna, starość i związana z nią mniejsza sprawność – różnorodnie się przejawiająca – nie pomniejszają człowieczeństwa i nie pozbawiają podmiotowości człowieka nimi doświadczonego [1].

Ważnym wydarzeniem łączącym prawa człowieka z prawem umierającego do godnej śmierci była książka Davida Kesslera, ucznia Elizabeth Kübler-Ross i kontynuatora jej dzieła [4]. Treścią książki jest przesłanie, iż chory umierający i w stanie terminalnym nie przestaje być człowiekiem, posiada on przynależną każdemu człowiekowi godność osobistą oraz wypływające z niej prawa ludzkie, które chronią go [4]. Umierający człowiek ma prawo do niedyskryminacji, do autonomii i prawdy. Prawa człowieka u schyłku jego życia jawią się zatem jako prawa gwarantujące respektowanie godności jego aż do śmierci. Jednym z

głównych praw jest prawo do należytego traktowania osoby do kresu jego drogi. W każdym człowieku należy dostrzegać cechy duchowo – cielesne posiadające status osobowy i prawo do życia, niezależnie od jakości jego funkcji życiowych. Podmiotem prawa do życia staje się istota ludzka w każdej fazie swojego rozwoju, od poczęcia aż do naturalnej śmierci; oraz w każdej kondycji, w zdrowiu i w chorobie, w sprawności i w upośledzeniu, w bogactwie i w ubóstwie [5]. Człowiek w stanie terminalnym i umierającym ma mieć zagwarantowane prawa do statusu osobowego aż do śmierci.

Współczesna etyka lekarska i pielęgnarska oraz prawodawstwo medyczne podkreślają prawo pacjenta do informacji o stanie jego zdrowia i podejmowania decyzji o nim. Akcentując to prawo, należy pamiętać o przekazywaniu informacji z życzliwością. Sposób informowania chorego ma bowiem wielkie znaczenie.

Według obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej *"lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie"* (art. 16) [6].

W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. *"Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji"* (art. 17) [6].

Zbliżające się odejście jest zbyt ważnym wydarzeniem osobowym, by zatajać przed chorym jej nadejście, gdyż człowiek umierający ma nie tylko prawa, ale też i obowiązki. *"Dla każdego człowieka zbliżanie się śmierci niesie z sobą odpowiedzialność za wypełnienie określonych obowiązków, dotyczących stosunków z rodziną, uporządkowania ewentualnych spraw zawodowych, aktualizacji swoich rachunków, swych długów itp."* [7].

Mimo wielu istniejących trudności nie należy odmawiać informacji pacjentowi terminalnie choremu, ponieważ szacunek dla człowieka wymaga, aby przekazać mu dane pozwalające orientować się w stanie swojego zdrowia. Chory pośrednio lub bezpośrednio, wcześniej czy później dowie się prawdy o swoim zdrowiu, ale wtedy będzie musiał pozostać z nią sam, bez fachowej pomocy. Współpraca w fazie terminalnej jest ważna i chory dobrze poinformowany może być do niej bardziej motywowany. Chory powinien mieć możliwość uporządkowania swoich spraw religijnych, rodzinnych oraz prawnych, będzie czuł się bezpieczniej, jeżeli w trudnym okresie umierania będzie mógł być otwarty w stosunku do otoczenia, a zatajanie prawdy obniża autorytet i zaufanie do lekarza i jego współpracowników [8].

"Perspektywa śmierci utrudnia i dramatyzuje przekazywanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdomówności. Komunikacja między umierającym i tymi którzy mu asystują, nie może opierać się na udawaniu. Nigdy nie jest godne umierającego i nie przyczynia się do humanizacji śmierci" [9].

Według Europejskiej Konwencji Bioetycznej każda medyczna interwencja powinna być dokonywana na zasadzie zgody osoby zainteresowanej. *"Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę" [10].*

Dominującym i częstym doświadczeniem umierającego jest ból, który stanowi nieodłączny element procesu umierania. Ogranicza on zdolność sprawowania kontroli nad swoim życiem i kształtowania relacji z innym oraz ogranicza psychofizyczną integralność osoby. Lekarz opiekujący się chorym powinien ograniczać jego ból w sposób farmakologiczny, aby przywrócić mu panowanie nad sobą i humanizować jego cierpienie. Ważne jest, by bez poważnej przyczyny nie pozbawiać umierającego świadomości [6].

Medycyna współczesna posiada olbrzymie możliwości leczenia i przedłużenia ludzkiego życia. Kolejnym prawem pacjenta jest prawo do odmowy terapii przedłużających proces umierania. Zaprzestanie ryzykownych, kosztownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów zabiegów medycznych może być uprawnione. Jest to odmowa tzw. uporczywej terapii, która polega na stosowaniu nadzwyczajnych procedur medycznych w celu sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych chorego dotkniętego nieuleczalną chorobą i opóźnienia jego śmierci. Uporczywa terapia jest nieskuteczna leczniczo, przedłuża umieranie chorego w ograniczony sposób oraz pociąga za sobą nadzwyczajnie duże koszty materialne. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych (karmienie i nawadnianie, łagodzenie bólu i innych objawów). Decyzję o rezygnacji z niej podejmuje w sposób wolny i dobrze poinformowany sam chory po wysłuchaniu uzasadnionej medycznie opinii kompetentnego lekarza, zgodnej z jego wiedzą i sumieniem [6].

Pomoc psychologiczna i wsparcia duchowego, zgodnie ze światopoglądem to kolejne prawo człowieka umierającego, który w fazie terminalnej zмага się z perspektywą utraty życia [12].

Reakcja na sytuację terminalną zależy od poglądów chorego powstałych w ciągu całego życia wobec procesu umierania i śmierci. Dawniej przykładem idealnej śmierci było

takie zakończenie ziemskiej egzystencji zapewniające życie w wiecznej szczęśliwości dzięki pojednaniu z Bogiem, ludźmi oraz właściwe przygotowanie się do procesu odchodzenia, czego przykładem mogą być słowa modlitwy katolickiej „*od nagłej i niespodziewanej śmierci zachowaj nas Panie*„.

Warunkiem dobrej śmierci jest otoczenie osoby umierającej ciepłą obecnością bliskich jej osób oraz jako bardzo ważne pojednanie z Bogiem lub czyste sumienie. Umierania powinno być pozbawione dolegliwości fizycznych, zwłaszcza bólu. Ideałem dobrej śmierci staje się ponadto śmierć nagła, najchętniej podczas snu, występująca u osób do końca sprawnych fizycznie. Ważnym elementem godnej śmierci są nieustające relacje z rodziną, środowiskiem, religią. Chory w fazie terminalnej dzięki bliskim sobie osobom ma poczucie większego bezpieczeństwa, chroni przed osamotnieniem oraz opuszczeniem w godzinie śmierci, a dogłębna i poprawna więź rodzinna pomaga bliskim członkom rodziny przetrzymać okres cierpienia najbliższej osoby, ale też wspiera ich w chorobie terminalnej. Przyjazne gesty, życzliwość, bezinteresowność, ciepły uśmiech, duchowe wsparcie, miłość umacniają chorego. Trwały kontakt z człowiekiem w terminalnej fazie choroby zapewniają powstające hospicja, które są miejscami, gdzie przywraca się choremu utraconą godność i bezpieczeństwo, gdzie zmniejsza się poczucie opuszczenia i osamotnienia, lęku oraz bólu.

Zasada akceptacji i nieuchronności śmierci osób znajdujących się u kresu życia, to główny cel opieki paliatywnej, jakim jest dobra jakość życia chorego. Uznanie dobrej jakości życia jako wartości priorytetowej oznacza próbę zaspokojenia w sposób zindywidualizowany głównych jego potrzeb [11,12].

Głowacka pisze: „*Niezwykle istotne jest uświadomienie sobie, że wiedza i doświadczenie, jakie posiada personel (i jakie ciągle poszerza) pomaga ludziom umierać w sposób godny – bez cierpienia. Fakt bliskiego kontaktu z ludzkim cierpieniem, z umieraniem, przewartościowuje nasze życie. Każdy chory jest dla opiekujących się nim skarbnicą wiedzy. Chorzy sporo mogą nas nauczyć. To od nich można się dowiedzieć co było dobre, a co złe. To dzięki nim uczymy się jak żyć, jak się cieszyć, jak płakać, jak być pokornym*”[13].

Ostatnie 24 godziny....

Również umieranie jest jednym z naszych życiowych zadań
Marek Aureliusz [14]

Każdy człowiek, za Kłoda-Krajewską [13] „nosi w sobie inny obraz i własną wizję „dobrej“ śmierci” i „pomoc w poznaniu życzeń pacjenta związanych ze śmiercią i umieraniem powinna pojawić się, zanim nadejdą ostatnie 24 godziny życia (objawy śmierci)”.

Terapeuta David Bedrick twierdzi, że „nie chodzi o to, by patrzeć na śmierć jako na wroga, którego należy pokonać”, bowiem świadome zbliżenie się do tematu śmierci może być „jednym z najbardziej dogłębnie transformujących i intymnych życiowych doświadczeń, ułatwiających nam akceptację i pogodzenie się z umieraniem” [cyt. za 15].

Ten ostatni czas trzeba wykorzystać na odkrycie, czym (oprócz „umierania samego w sobie”) pacjent najbardziej się martwi. To także czas pożegnania się, przebaczenia, pobycia razem. Czas poznania jego ostatnich życzeń [13].

Niektóre z tych życzeń mogą dotyczyć np. preferowanego miejsca śmierci, pochówku, jego formy (tradycyjna, kremacja), kwestii niedokończonych spraw osobistych i zawodowych [13].

To również czas rozmowy o umieraniu, co jest szczególnie trudne i bolesne, dla bliskich. Często najlepszym rozwiązaniem okazuje się możliwość „porozmawiania o śmierci z psychologiem, opowiedzenia mu o swoich lękach, wątpliwościach” [13].

Nie można zapominać, że „hierarchia tych potrzeb może być zupełnie inna dla pacjenta i jego opiekunów” [13], dlatego, jak sugeruje Kłoda-Krajewska [13], warto:

- „spytać chorego, co dla niego w tym momencie jest ważne;
- być, towarzyszyć;
- zatroszczyć się, aby do dyspozycji chorego zawsze była życzliwa mu osoba;
- warto powiedzieć mu, że się go kocha;
- dobrze jest opowiadać o czynnościach pielęgnacyjnych, które przy chorym wykonujemy, gdyż nawet pacjenci nieświadomi często słyszą to, co się do nich mówi;
- należy zadbać o wsparcie duchowe i kontakt z osobą duchowną, jeśli chory tego potrzebuje;
- współpracując z hospicjum bądź lekarzem, należy ustalić postępowanie przeciwbólowe i na wypadek nagłego pogorszenia stanu chorego;
- pomóc bliskiemu w uregulowaniu spraw ludzkich (spotkania, pożegnania, pojednania) i urzędowych (sprawy spadkowe, majątkowe, opieka nad dziećmi);
- pomóc umierającemu w pozostawieniu czegoś po sobie (testament, dzieło, utwór).

Nie można także zapominać o rodzinie i opiekunach umierającego, bowiem śmierć najbliższych to chwile traumatyczne, dostarczające wiele bólu i cierpienia, stąd warto także [13]:

- proponować im wsparcie psychologa
- proponować zaznajomienie się przez nich z doświadczeniami ludzi, którzy przeżyli już bliskość śmierci, a które opisywali jako spokojne i łagodne
- przygotować ich na odejście chorego, rozmawiając z nią wcześniej o objawach, o tym, co się może wydarzyć
- „uczulić rodzinę, aby „nie zabraniała“ choremu odchodzić, bo może to zaburzyć i zakłócić proces umierania”
- porozmawiać z nimi o roli dotyku
- omówić wzorce kulturowe procesu umierania
- uczulić na zapewnienie ciszy, intymności i godnej sytuacji w tych ostatnich chwilach, by zapewnić pacjentowi komfort fizyczny, emocjonalny i duchowy

Oprócz pomocy psychologa można skorzystać z pomocy grup wsparcia osób towarzyszących w chorobie/osób w żałobie, które ułatwią przeżycie straty, a także zrozumienie uczuć i emocji towarzyszących w tej trudnej sytuacji [13].

Ważne w kontekście przeżyć rodziny pacjenta umierającego wydają się być słowa Renaty Dziurdzikowskiej *„Relacje ludzi, którzy nagle stracili bliskich są źródłem bezcennej wiedzy o nas samych. Są wyzwaniem - każą ryzykować miłość w każdej chwili życia. Nie czekać, ponieważ nie ma chwili do stracenia, gdy każda może być ostaną. Z perspektywy śmierci okazuje się, że niewiele poza naszymi relacjami z ludźmi wytrzymuje próbę czasu. To, co wydaje się banalne i nadużywane, że najważniejsza jest miłość, dociera do serca rozdieranego rozpacza po stracie”* [16].

Jak się pożegnać?

*Ze wszystkich okropnych rzeczy w życiu
najokropniejsze jest pożegnanie
Jane Austen, Emma, [17]*

Fundacja Hospicyjna [18], na podstawie - Callanan M., *Final Journeys: A Practical Guide for Bringing Care and Comfort at the End of Life*, Bantam 2009. I. Byock, *The Four*

Things That Matter Most: A Book About Living, Atria Books 2004 oraz doświadczeń bliskich i przyjaciół chorych, opracowała zestaw ośmiu porad zgromadzonych, który może być pomocny w przeżyciu trudnego czasu pożegnania z umierającym:

1. Nie czekaj do ostatniej chwili [18] <i>„Pożegnanie jest zawsze doświadczeniem trudnym. Pamiętaj jednak, osoby, które po śmierci bliskiego mówią: „Żałuję, że...” najczęściej wskazują na nieprzeprowadzone rozmowy, niewypowiedziane myśli, niewyjaśnione wątpliwości. Nie oczekuj na informację, np. z hospicjum, że ten czas nadchodzi, ponieważ wszystko się może zdarzyć: Twój bliski może odejść szybciej niż zakładano, możesz utracić z nim logiczny kontakt, może nie być w stanie z Tobą rozmawiać. Wykorzystaj więc ten czas, który pozostał, świadomie. Dr Ira Byock, specjalista medycyny paliatywnej uważa, że dla umierających kluczowe jest, by usłyszeli od swoich bliskich i sami mieli możliwość wypowiedzenia czterech zdań: „Proszę, wybac mi”, „Wybaczam Ci”, „Dziękuję”, „Kocham Cię”. Zadać sobie pytanie, czy są jeszcze jakieś szczególnie istotne kwestie, o których chciałbyś porozmawiać z Twoim bliskim. Czy pozostały jakieś niewypowiedziane słowa, które powinny paść między Wami? Pamiętaj, że niezależnie od tego, ile czasu pozostało, słowa te nie będą stracone”.</i>
<u>2.</u> <u>Nie bój się rozmawiać o śmierci [18]</u> <i>„Osoby umierające zwykle zdają sobie sprawę z tego, co się dzieje. Tę samą świadomość mają również otaczający je bliscy i przyjaciele. Często jednak nikt nie porusza tego tematu, mimo że w tym konkretnym momencie nie ma ważniejszych kwestii. Jeśli bliscy chorego nie chcą rozmawiać o jego umieraniu, on sam zaczyna zastanawiać się nad tym, czy osoby wokół niego są świadome faktu jego odchodzenia. To potęguje stres i poczucie opuszczenia w tym doświadczeniu, a także sprawia, że zamiast skupiać się na sobie, martwi się on o uczucia i odczucia innych. Pamiętaj, że chorym zwykle pomaga świadomość, że ich bliscy rozumieją, co się dzieje, i są gotowi na to, co nieuniknione”.</i>
<u>3.</u> <u>Podążaj za potrzebami chorego [18]</u>

„Jeśli Twój bliski chce rozmawiać o śmierci, wprost lub metaforycznie, pozwól mu na to i podążaj za nim. Nie zaprzeczaj jego uczuciom, używając stwierdzeń: „Nie mów tak. Przecież Ty nie umierasz”. W ten sposób odbierasz mu prawo do czucia tego, co czuje, a sobie szansę na szczerą rozmowę. Lepiej, jeśli w takich sytuacjach powiesz: „Proszę, powiedz mi więcej”. Jeśli Twój bliski zapyta: „Czy ja umieram?”, nie baw się w Boga, odpowiadając „Tak” lub „Nie”. Często to pytanie nie jest skierowane do Ciebie, jego adresatem jest sam chory. Możesz wówczas odpowiedzieć: „Nie wiem. A jak Ty uważasz”?

Pamiętaj, że niektórzy chorzy nie będą chcieli rozmawiać o śmierci wprost. Mogą natomiast chcieć spotkać się z bliskimi, by omówić istotne sprawy, przekazać im ważne dla siebie przedmioty, doprecyzować wytyczne dotyczące na przykład opieki nad ich pupilem. Wsłuchaj się w ten głos i nie ignoruj go. Być może w ten sposób Twój bliski żegna się z Tobą

4.

Pozwól na pojednanie [18]

„Umierającym chorym często zależy na tym, by naprawić wszystko, co możliwe, wyprostować to, co dotychczas było skomplikowane, mieć poczucie, że mimo że odchodzą, udało im się najważniejsze sprawy poukładać. Ważne staje się dla nich pojednanie zarówno ich samych ze zwaśnionymi osobami, jak i pogodzenie skłóconych między sobą bliskich. Jeśli jednak z jakiś przyczyn nie będzie ono możliwe, nie odzieraj bliskiego ze złudzeń: prawda jest ważna, jednak w tej sytuacji możesz ją spróbować ominąć. Zapytany przez bliskiego, czy udało Ci się pogodzić z innym członkiem Twojej rodziny, zawsze możesz odpowiedzieć: „Pracujemy nad tym”.

5.

Mów, nawet jeśli nie masz pewności, że jesteś słyszalny [18]

„W wielu badaniach wykazano, że gdy ciało umiera, słuch opuszcza je jako jeden z ostatnich zmysłów. Zawsze trzeba założyć, że chory słyszy, co do niego mówimy. Jeśli nie zdążyłeś więc powiedzieć o ważnych dla Was sprawach, kiedy był przytomny, zrób to teraz. Nigdy nie jest za późno, a czasami może się zdarzyć, że otrzymasz odpowiedź, na przykład w postaci ściśnięcia dłoni czy łez wypływających spod zamkniętych powiek”

6.

Zaufaj intuicji, nie zasadom [18]

„W powszechnym mniemaniu, czy kodzie kulturowym, pożegnania z osobą umierającą powinny być smutne. Problem polega na tym, że nie w każdej sytuacji można i trzeba do tego kodu się dostosować. Jeśli umiera Twój bliski, nie pozwól nikomu wmówić sobie, jak należy się zachowywać. Podążaj za swoją intuicją. Jeśli czujesz, że zamiast zalewać się łzami chcesz bliskiemu opowiedzieć o zabawnej sytuacji, jaka wydarzyła się u Ciebie w pracy/szkole – po prostu zrób to”.

7.

Nie żegnaj się za każdym razem, gdy opuszczasz pokój/dom chorego [18]

„Koniec każdego spotkania z umierającym chorym nieuchronnie wiąże się z refleksją i obawami, że może to być ostatnia już wizyta. Warto więc pamiętać o tym, by odpowiednio wcześniej wypowiedzieć to, co powinno zostać wypowiedziane. Na co dzień lepiej jednak będzie, gdy na do wiedzenia powiesz zwykle „Kocham Cię. Śpij dobrze”.

8.

Możesz „mówić” nie wypowiedziawszy ani jednego słowa [18]

„Pamiętaj, że nie musisz mówić niczego, jeśli tego nie chcesz. Ważniejsza od słów jest Twoja obecność i towarzyszenie bliskiemu. Uśmiech, przytulenie, pogłaskanie po dłoniach mogą być bardziej wymowne niż słowa. Niezależnie od tego, czy użyjesz słów, gestów, czy obu jednocześnie, finalnie liczy się to, że jesteś. Dzięki temu masz szansę na pożegnanie z osobą, która jest Ci bliska”

Wnioski

Bać się śmierci jest tym samym, co mieć się za mądrego, nim nie będąc.

Sokrates [19]

Przyszłość medycyny końca życia, to zapewnienie chorym prawdziwie holistycznej opieki, mającej na celu podtrzymanie humanistycznego wymiaru sztuki medycznej, która jest skoncentrowana na cierpieniu pacjenta. Każdy człowiek ma prawo do ludzkiej, czyli naturalnej i godnej śmierci. Zmuszanie umierającego do uporczywej terapii narusza jego prawa. Śmierć jest ostatnim życiowym zadaniem człowieka i z tego zadania nikt nie może go zwolnić. Można jednak, a nawet trzeba pomóc człowiekowi w jego wypełnieniu. Pomoc ta może przyjmować różne formy. Najważniejszą z nich jest opieka. Trzeba jednak zauważyć,

że obok specjalistycznej opieki medycznej i pielęgnacyjnej wielkie znaczenie ma szacunek dla chorego i postawa życzliwości wobec niego. Ważna jest też niesiona mu pomoc w odnajdywaniu odpowiedzi na pytania dotyczące sensu życia, które pomogą uwolnić się od lęku przed śmiercią.

Konflikt interesów

Brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Woronowski F., Kortowski Z.: Człowiek chory, Wyższe Seminarium Duchowne, Łomża, 1999, 3.55.
2. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa, PAN, Warszawa, 1997
3. Krakowiak P.: Zdążyć z prawdą, Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2006
4. Zabielski J.: Eschatologiczny wymiar ludzkiego cierpienia i śmierci, Rocznik Teologii Katolickiej, 2013, 12, 2, 119-230.
5. Jan Paweł II: Adhortacja Christifideles laici, Watykan, 1988, 38.
6. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2009.
7. Papieska Rada Cor Unum: Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających. [W:] W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej, Tarnów, Biblos, 1998, 446.
8. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierającym, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, 2000.
9. De Walden-Gałuszko K.: Zasady komunikacji w opiece paliatywnej. [w:] Choroby wewnętrzne, Szczeklik A. (red.), Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2006.
10. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w Kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie (z dnia 4.04.1997 r.), Art. 5
11. Orońska A.: Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata, Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2009, 3, 82–85.
12. Głowacka A.: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej, Nowa Medycyna, 2000, 12.

13. Kłoda-Krajewska O.: Jak towarzyszyć umierającemu na raka? 2013, 11, <https://www.zwrotnikraka.pl/jak-towarzyszy-c-umierajacemu-na-raka/>, data pobrania 7.05.2018.
14. <https://www.imperiumromanum.edu.pl/kultura/zlote-mysli-rzymian/cytaty-marka-aureliusza/>, data pobrania 7.05.2018.
15. Rotberg I.: Opowieść o szlachetnym umieraniu, <https://igorrotberg.com/2014/11/04/opowiesc-o-szlachetnym-umieraniu/>, data pobrania 7.05.2018.
16. Dziurdzikowska R.: Możesz odejść, bo cię kocham. O śmierci, pożegnaniach i nowym życiu, Wyd. Zwierciadło, 2017.
17. Austen J.: Emma, Wyd. Prószyński i Sp., Warszawa, 1996.
18. Jak się pożegnać?, <http://www.hospicja.pl/dla-opiekunow/towarzyszenie-umierajacemu-choremu/jak-sie-pozegnac#faqnoanchor>, data pobrania 7.05.2018.
19. <http://pl.wikiquote.org/wiki/Sokrates>, data pobrania 7.05.2018.

Komunikacja w opiece paliatywnej – nieoczywista oczywistość?

Sobczuk Joachim¹, Kazienko Maria¹, Ferenc Stanisław^{1,2}, Kurzelewska-Sobczak Anna²,
Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Dorna Krzysztof³, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Komunikacja jest jednym z najważniejszych aspektów życia człowieka. Jak powiedział Thomas Merton „*nikt nie jest samotną wyspą*”. To stwierdzenie nabiera szczególnego znaczenia w kontekście opieki paliatywnej. Pacjent w stanie terminalnym przeżywa wiele rozterek. Podczas najtrudniejszych chwil swojego życia nie powinien pozostać osamotniony. Niepewność i strach pacjenta dodatkowo wzmacnia brak informacji o własnym stanie zdrowia oraz media dostarczające wielu, często nieprawdziwych, informacji. Problem ten zaobserwować można zarówno wśród młodych pacjentów, jak i u osób starszych. Często dezinformacje powoduje również rodzina i bliscy pacjenta, którzy z desperacją poszukują alternatywnych metod leczenia porzucając lub zaniedbując medycynę konwencjonalną. Komunikacja zachodzi pomiędzy pacjentem a lekarzem oraz między zespołem medycznym oraz wolontariuszami.

Różne aspekty komunikacji

Komunikacja może zachodzić na wielu płaszczyznach. W tym artykule omówiliśmy przygotowanie do rozmowy z pacjentem. Przyjazną atmosferę rozmowy tworzy odpowiednio dobrana przestrzeń. Ten sam komunikat może być odebrany w różny sposób, w zależności od czasu i stanu emocjonalnego obu stron.

Zwróciliśmy również uwagę na przebieg rozmowy, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji niewerbalnej. Większość ludzi zwraca uwagę na dobór słów. Niewiele osób zdaje sobie sprawę z różnych płaszczyzn, na których zachodzi komunikacja. Już w latach

pięćdziesiątych Albert Mehrabian odkrył, że na odbiór komunikatu zaledwie w 7% wpływają słowa. Pozostałą część przekazu stanowi mowa ciała oraz sygnały głosowe (modulacja, ton głosu, szybkość wypowiedzania zdań).

Następnie przyjrzelśmy się możliwościom, które daje pielęgniarcom system COMFORT oraz teoria przywiązania. Według niej odbiór przekazu może być zaburzony przez skomplikowane relacje rodzinne pacjenta. Umiejętność zdefiniowania tych relacji daje możliwość rozwiązania sytuacji konfliktowych i zapewnienia choremu komfortu.

Pod koniec artykułu omówiliśmy definicję „dobrej śmierci” oraz system przekazywania trudnych informacji SPIKES.

Przygotowanie do rozmowy z pacjentem

Przygotowując się do rozmowy z pacjentem należy wyznaczyć na nią konkretny czas. Rozmowy prowadzone w pośpiechu mogą skutkować nieporozumieniami i zamknięciem się pacjenta na przekazywane informacje. Planując spotkanie z chorym należy uwzględnić czas na zadawanie pytań i wyrażenie wątpliwości.

Różnice w charakterze komunikacji mogą także wynikać z pory dnia, a nawet pory roku. Wieczne i zimowe rozmowy przybierają często szczególny wymiar.

Rozmowę usprawnia wcześniejsze przygotowanie bloków tematycznych. Ułatwiają one wzajemne zrozumienie. Warto również wcześniej poinformować pacjenta o planowanej rozmowie, żeby mógł zapisać pytania lub wątpliwości w postaci notatek. Po każdym bloku należy zrobić podsumowanie, żeby przekazywane informacje były lepiej zapamiętane [1].

Edukacja pacjenta

Sprawując opiekę paliatywną personel medyczny zobowiązany jest do udzielania wszelkich potrzebnych informacji zarówno pacjentowi, jak i jego bliskim. Ważne jest również edukowanie zainteresowanych w zakresie leczenia terminalnego [1].

Przygotowując się do rozmowy warto zrobić spis wiarygodnych źródeł informacji, z których chory będzie mógł czerpać wiedzę. Pacjent, który może uzyskać wiarygodne i sprawdzone przez lekarza informacje na stronie internetowej lub w książce, rzadziej będzie sięgał po niekonwencjonalne metody leczenia [1].

Proksemika w opiece paliatywnej

Przed spotkaniem z pacjentem warto zwrócić uwagę na przestrzeń, w której odbywać się będzie rozmowa. Na odbiór otoczenia wpływa wiele czynników. Należy do nich kształt pomieszczeń, ich wysokość, przedmioty ruchome i nieruchome, temperatura, zapach, dźwięk oraz obecność innych ludzi. Tworząc przestrzeń przyjazną rozmowie z pacjentem trzeba uwzględnić powyższe czynniki. W zależności od kultury, w której się wychował, pacjent będzie potrzebował więcej lub mniej przestrzeni [2].

Jak stworzyć przyjazną przestrzeń?

Wybierając pomieszczenie do rozmowy należy przede wszystkim zwrócić uwagę na stan (fizyczny i psychiczny) pacjenta oraz liczbę osób uczestniczących w rozmowie. Spotkanie lekarz – pacjent nie może się odbywać w obecności osób postronnych nie tylko ze względu na tajemnicę lekarską, ale także na komfort chorego i jego rodziny.

Spotkanie mogą utrudniać zapachy leków, środków dezynfekujących, czy papierosów. W miarę możliwości, przed rozmową pokój powinien być wietrzony.

Przeszkodą podczas rozmowy mogą być także charakterystyczne dla szpitala dźwięki (np. pracującej aparatury). W sytuacji idealnej spotkania powinny się więc odbywać w wyciszonym pomieszczeniu.

Tworzenie barier między rozmówcami może objawiać się na wiele sposobów. Stojący między lekarzem a pacjentem laptop, czy kubek z kawą mogą zaburzać odbiór komunikatu. Zachowanie odpowiedniej odległości do pacjenta jest podstawą stworzenia przyjaznej przestrzeni. Według Halla istnieją 4 rodzaje przestrzeni interpersonalnej – dystans intymny, osobisty, społeczny i publiczny. Odległość między rozmówcami powinna być dostosowana do aktualnego stanu emocjonalnego pacjenta oraz jego relacji z lekarzem.

Podczas rozmowy ważny jest też układ krzeseł. Jeśli pacjent i lekarz siedzą naprzeciwko siebie, może tworzyć się atmosfera napięcia i konfrontacji. Najkorzystniejsza jest „pozycja narożna” (rozmówcy siedzą po stronie boków przylegających do siebie). Pozwala ona zachować dobry kontakt wzrokowy i umożliwia gestykulację obu stron.

Jeśli rozmowa odbywa się w sali chorych, lekarz powinien usiąść na łóżku i podwyższyć pacjentowi część głowową łóżka. Pomoże to zmniejszyć asymetrię relacji lekarz – pacjent [1,2].

Rola mowy ciała w komunikacji z pacjentem

Personel medyczny powinien zwracać uwagę nie tylko na dobór słów i przestrzeni, ale także na wysyłane sygnały niewerbalne [3].

Podczas rozmowy z pacjentem mowa ciała może być bardzo pomocna w odczytaniu potrzeb pacjenta w stanie terminalnym. Służy ona także wzajemnemu zrozumieniu i lepszemu zapamiętywaniu informacji [3].

Kontakt wzrokowy

Udzielając informacji, personel medyczny powinien utrzymywać kontakt wzrokowy z pacjentem i jego bliskimi. Dzięki temu uwiarygadnia swój przekaz i daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Jednocześnie sygnalizuje poświęcaną mu uwagę [3].

Wzrok jest najbardziej precyzyjnym ze wszystkich sygnałów komunikacji [3]. Umiejętnie odczytywany, pomoże rozpoznać prawdziwe potrzeby pacjenta i stan emocjonalny, w którym chory się znajduje. Podczas przekazywania szczególnie trudnych informacji lekarz nie powinien jednak utrzymywać stałego kontaktu wzrokowego z chorym. Ciągła uwaga może krępować pacjenta. Nie pozwoli mu swobodnie wyrazić emocji ani dogłębnie przemyśleć usłyszanych informacji [3].

Postawa

Wewnętrzna nastawienie lekarza objawia się w tak zwanej zamkniętej lub otwartej postawie ciała [3]. Widoczne wnętrze dłoni i lekko przechylona głowa sygnalizują otwarcie na potrzeby pacjenta. Delikatne kiwanie głową oznacza zainteresowanie. Zamknięta postawa ciała objawia się skrzyżowaniem rąk i nóg oraz zgarbioną sylwetką. Lekarz lub pacjent przyjmujący taką postawę nie tylko nie wzbudza zaufania, ale także gorzej zapamiętuje informacje przekazywane przez drugą stronę [3].

Według badań Geoffrey Beattie i Niny McLoughlin pamięć poprawia również gestykulacja. Ważne informacje powinny być podkreślane ruchem rąk. Poważne rozmowy nie powinny być przeprowadzane w postawie stojącej. Sygnalizuje ona pośpiech i dominację lekarza stojącego nad pacjentem, który nie będzie się czuł komfortowo [3].

Odzwierciedlanie gestów

Jednym z oznak zaufania i przyjaźni jest odzwierciedlanie gestów rozmówcy. Pojawia się ono naturalnie, gdy obie strony czują się dobrze w swoim towarzystwie. Odzwierciedlanie może więc wprawiać rozmówców w stan odprężenia. Ludzie odczuwający podobne emocje dopasowują do siebie ruchy ciała. Wiedza o tym mechanizmie może pomóc w wytworzeniu porozumienia i zniwelowaniu asymetrii relacji lekarz – pacjent [3].

Dotyk

Dotyk jest wejściem w strefę komfortu drugiej osoby. Używając go należy uwzględnić stan emocjonalny pacjenta, omówione w poprzednich akapitach wzory przywiązania oraz kulturę, z której pacjent się wywodzi. Umiejętnie użyty dotyk pozwala na tworzenie głębokich więzi. Jest wyrazem wsparcia i empatii wobec rozmówcy [3].

Proaktywność w opiece paliatywnej

W 2014 roku opublikowano wynik małego badania przeprowadzonego w Danii [4]. W ankiecie sprawdzono przekonania pielęgniarek dotyczące inicjowania kontaktu z pacjentem i rodziną na wczesnym etapie jego terminalnej choroby. Okazało się, że personel pielęgniarski odczuwał lęk i niechęć do nawiązywania wczesnego kontaktu z chorym. Trudność sprawiało używanie słowa „paliatywny” wobec osób przechodzących terapię, szczególnie jeśli miały one jeszcze nikłą nadzieję na wyleczenie. Pielęgniarki miały świadomość, że wczesne nawiązanie kontaktu z chorym i jego rodziną jest pomocne w lepszym przygotowaniu się do momentu śmierci pacjenta. Mimo to rozmowy wokół tematów związanych z opieką paliatywną przychodziły niełatwo i często były unikane. Dodatkowo zwrócono uwagę na trudność w rozgraniczeniu komunikacji z pacjentem „zwykłym” a pacjentem poddanym opiece paliatywnej. Rozróżnienie to jest ważne ze względu na odmienne podejście do obu grup pacjentów [4].

Zgodnie z wynikami badań, podczas szkoleń dotyczących komunikacji w opiece paliatywnej należy więc zwracać uwagę na okres, kiedy ciężko dokonać opisanego wyżej rozgraniczenia. Warto wprowadzić konkretne warunki, które przyporządkują pacjenta do jednej bądź drugiej grupy [4].

Komunikacja w opiece pielęgniarskiej

Pielęgniarki spędzają przy pacjencie najwięcej czasu. Przytłoczeni rozwijającą się biurokracją lekarze często nie mają możliwości poświęcenia nawet kilkunastu minut dziennie na rozmowę z chorym. Przy łóżku pacjenta o wiele częściej stoi pielęgniarka. To właśnie na jej barki spada główny ciężar zapewnienia wsparcia psychicznego zarówno pacjentowi, jak i jego rodzinie.

Podczas wykonywania czynności pielęgniarskich występuje dużo okazji do nawiązania kontaktu z pacjentem i rozpoczęcia z nim dialogu. Jeśli personel medyczny ma odpowiednie podejście do chorego, dialog ten w znacznym stopniu ułatwia rozpoznawanie potrzeb pacjenta.

Metoda COMFORT

Jest wiele systemów nauczania, których celem jest podniesienie kwalifikacji w obszarze komunikacji. Goldsmith i Wittenberg-Lyles wymyślili system nauczania personelu pielęgniarskiego o nazwie COMFORT. Jest to akronim, którego kolejne litery oznaczają różne aspekty komunikacji i opieki nad pacjentem [5,6,7].

C (*ang. communication*) - Komunikacja

Każdy komunikat ma dwa konteksty – zadaniowy i relacyjny. Kontekstem zadaniowym jest na przykład udzielenie informacji, poparcia czy konsultacja konkretnego aspektu. Kontekstem relacyjnym jest okazanie troski, współczucia i zrozumienia. Chory i jego rodzina potrzebują informacji o stanie zdrowia. Jeśli jej nie otrzymają, pojawi się u nich niepokój lub frustracja. Bycie w kontakcie z personelem medycznym stwarza poczucie bezpieczeństwa. Pacjent i jego rodzina są otoczeni opieką, która minimalizuje lęk. Pielęgniarki powinny zwracać uwagę nie tylko na informacje, ale też sposób, w który je przekazują [5].

O (*ang. orientation and opportunity*) - Zbieżność z kulturą

Dla pacjenta placówka służby zdrowia, w której się znalazł, jest obcym miejscem. Chory może być przedstawicielem odmiennej kultury lub posiadać inny niż przedstawiciele personelu światopogląd. Od pielęgniarek i lekarzy może się także różnić spojrzeniem na metody leczenia (np. różnego rodzaju metody alternatywne). Pielęgniarki powinny być

wyczulone na istnienie tych różnic. Zachowanie szczególnej delikatności i rozwagi pozwoli uniknąć niepotrzebnych konfliktów. Spory mogą warunkować pogorszenie komfortu pacjenta i rodziny. W miarę możliwości, personel medyczny nie powinien zakładać istnienia konkretnych i niepodważalnych kulturowych aksjomatów, ponieważ każdy pacjent może mieć inny światopogląd [5].

M (*ang. mindful presence*) - Aktywna obecność

Poprzez okazywanie uwagi można zapewnić pacjentowi i jego rodzinie większy komfort. Personel medyczny powinien okazywać zainteresowanie i akceptację słów pacjenta zarówno na poziomie werbalnym, jak i niewerbalnym. Każdy pacjent jest inny. Aktywna obecność zapewnia większy spokój cierpiącym osobom. Nie mają one przeświadczenia, że są tylko jednym z wielu „numerków” w placówce. Okazywanie uwagi pozwala także zwiększyć poziom zaufania. Dzięki temu można dotrzeć do większej ilości problemów i konfliktów, którym można przeciwdziałać [5].

F (*ang. family*) - Rodzina

Zrozumienie dotychczasowych relacji panujących w rodzinie umożliwia wychwycenie problemów narastających w okresie opieki paliatywnej. W odpowiedzi na nie, można odpowiednio szybko wdrożyć procedury zwiększające komfort pacjenta lub osób mu bliskich. W miarę możliwości, warto wniknąć w zależności istniejące między pacjentem i jego rodziną. Zapewni to kompleksową opiekę nad pacjentem. W zrozumieniu relacji panujących na linii pacjent – rodzina mogą być pomocne wzory przywiązania, opisane na kolejnych stronach. Czas umierania to czas podsumowania życia. Często idzie ono w parze z powrotem do różnych spraw z przeszłości. Może to komplikować sytuację rodzinną pacjenta. Bardzo pomocna w takich sytuacjach jest pielęgniarka, która jako niezależny obserwator, subtelnie reaguje na potrzeby chorego [5].

O (*ang. openings*) - Sytuacje stwarzające okazję do interwencji

Metoda COMFORT uczy pielęgniarki wchodzenia w interakcję z rodziną i pacjentem w sytuacjach konfliktowych. Kłótnie i nieporozumienia wywodzą się często z trudnej sytuacji materialnej chorego. Pielęgniarka, korzystając z rozwiązań metody COMFORT, uczy się zauważać sytuacje konfliktowe i odpowiednio szybko na nie reagować [5].

R (*ang. relating and the physical aspects of care*) - Odnoszenie się do fizycznych aspektów opieki

Pacjenci poddani opiece paliatywnej mogą mieć trudności w mówieniu o bólu, cierpieniu, czy umieraniu. Rozmowy na te tematy są jednak nieuniknione. W modelu COMFORT pielęgniarki są szkolone, aby z odpowiednią delikatnością ułatwiać rodzinom rozmawianie na trudne tematy. Pielęgniarki są zobowiązane do zachowania dyskrecji oraz delikatności w wywoływaniu powyższych tematów [5].

T (*ang. team structure and processes of care*) - Struktura zespołowa wpływająca na proces opieki

Proces opieki nad osobą terminalnie chorą nie spoczywa na barkach jednej osoby. Opiekę sprawuje cały zespół. Istotna jest więc rola komunikacji pomiędzy członkami tego zespołu. Mogą oni uzyskiwać informacje niezależnie od siebie. Wzajemne uzupełnianie otrzymanych informacji może wpływać na zwiększenie komfortu pacjenta. Powtarzanie nieprawdziwych lub krzywdzących informacji może jednak negatywnie wpłynąć na leczenie chorego.

Szczególną uwagę zwrócić należy na piętnowanie przez personel medyczny pacjenta jako „trudnego”. Często rozmowy pielęgniarek obfitują w pochopne opinie o pacjentach lub ich rodzinach. Zaburza to wzajemne relacje i utrudnia komunikację. Oceniając pacjenta trzeba wziąć pod uwagę emocje, które nim kierują. Powtarzalne schematy powinny być na bieżąco weryfikowane przez personel medyczny [5].

Teoria przywiązania

Zgodnie z metodą COMFORT ważne jest, aby w komunikacji nie pominąć roli rodziny i bliskich chorego. To często od ich opinii zależy decyzja o podjęciu lub zaniechaniu leczenia. Według teorii przywiązania, rozbudowanej przez Ainsworth, istnieją cztery różne wzory przywiązania pacjenta do rodziny (bezpieczny, ambiwalentny, zdezorganizowany, unikający). Świadomość istnienia powyższych może pomóc personelowi medycznemu rozpoznać potrzeby pacjenta i odpowiednio na nie zareagować [1].

Bezpieczny wzór przywiązania

Wzory przywiązania tworzą się zazwyczaj w dzieciństwie przez powtarzalne interakcje z rodzicami. Gdy osoba bliska, na przykład matka, z czułością reaguje na sygnały

wysyłane przez dziecko, tworzy się bezpieczny wzór przywiązania. Chory w dorosłym życiu może zupełnie otwarcie rozmawiać z bliskimi. Nie ma problemów z wyrażaniem uczuć, takich jak smutek czy gniew. Jego rodzina jest gotowa do współpracy i chętnie pomaga personelowi medycznemu. W bezpiecznym wzorze przywiązania rola lekarzy i pielęgniarek ogranicza się do informowania i czynności medyczno-pielęgniacyjnych. Chory często objęty są leczeniem ambulatoryjnym i pozostaje pod opieką lekarza rodzinnego w domu [1].

Wzór przywiązania unikający uczuć

Kiedy w dzieciństwie matka na potrzeby dziecka reaguje ze złością i odrzuceniem, tworzy się wzór przywiązania unikający uczuć. W dorosłym życiu chory tworzy zdystansowane i pozbawione emocji relacje. Podczas rodzinnych odwiedzin jest wycofany. Zaprzecza istnieniu choroby. Ani on, ani jego bliscy nie potrafią w pełni wyrazić smutku czy gniewu. Skrywane emocje objawiają się przez rozbiegane oczy i unikanie kontaktu wzrokowego. Zdobycie zaufania pacjenta nie jest łatwym zadaniem i wymaga stałej i przewidywalnej obecności personelu medycznego. Tworzenie stabilnej relacji opartej na zaufaniu pomaga choremu wyrazić emocje i je przeżyć. W trudnych momentach może on znaleźć pocieszenie [1].

Ambiwalentny wzór przywiązania

Nieprzewidywalność reakcji matki skutkuje wytworzeniem ambiwalentnego wzoru przywiązania. Chory, który w dzieciństwie nie miał dostatecznej stabilności, reaguje wycofaniem i rezygnacją. Odwiedziny bliskich charakteryzują się nadmierną bliskością i nadopiekuńczością. Pacjent jest często dotykany i głaskany. Podczas takich odwiedzin trudno się na nim skupić, ponieważ bliscy przerywają rozmowy i próbują opowiadać o chorobie ze swojego punktu widzenia. Opieka zespołu paliatywnego obejmuje wzmocnienie autonomii pacjenta przy jednoczesnym docenieniu zaangażowania rodziny. Ważne jest umieszczenie chorego w centrum wydarzeń i odgadywanie jego potrzeb w ostatnich chwilach życia [1].

Zdezorganizowany wzór przywiązania

Ostatni, zdezorganizowany wzór przywiązania, tworzy się po traumatycznych przeżyciach z okresu dzieciństwa. Utrata bliskiej osoby, przemoc fizyczna lub psychiczna wpływają na postawy chorego w dorosłym życiu. Pacjent jest ekscentryczny i chaotyczny w przekazywaniu informacji. Często pojawiają się przeskoki myślowe. Silne emocje powodują

zachowania depresyjne lub nawet agresywne. Stosunki rodzinne są skomplikowane i objawiają się kłótniami oraz nierzadko występującymi chorobami psychicznymi. Opieka paliatywna obejmuje propozycje rozmowy z bliskimi oraz udzielenie potrzebnej pomocy. Może ona wiązać się ze skierowaniem do psychiatry lub pomocą socjalną. Pielęgniarki są dla chorego zastępstwem nieobecnej lub nieczulej matki. Wyznaczenie jasnych granic i konsekwentność personelu medycznego może zapewnić pacjentowi poczucie bezpieczeństwa [1].

Dobra śmierć

Zadaniem opieki paliatywnej jest zapewnienie jak największego komfortu terminalnie chorym pacjentom. Aby jednak pojęcie komfortu usystematyzować, warto na początku zastanowić się, czym jest dobra śmierć, jakie warunki muszą zostać spełnione, aby móc śmierć pacjenta nazwać „dobrą”. Hockley w 2002 roku zaproponował kryteria, według których powinno się rozpatrywać „dobrą śmierć”. Poniżej wymieniono jego propozycje.

1. Rozpoznanie czasu nadchodzącej śmierci, aby chory oraz rodzina mieli czas przygotować się na ten fakt;
2. Skuteczne leczenie bólu i innych objawów związanych z procesem umierania;
3. Pacjent może wybrać miejsce śmierci: dom, szpital lub hospicjum;
4. Pacjent może wybrać, czy chce umrzeć w samotności czy w otoczeniu innych osób;
5. Pacjent ma możliwość otrzymania informacji i profesjonalnej porady
6. Pacjent ma możliwość otrzymania wsparcia duchowego i emocjonalnego;
7. Pacjent ma zapewnioną godność i prywatność;
8. Pacjent ma możliwość wyrażenia ostatniej woli oraz pewność, że zostanie ona wypełniona;
9. Pacjent ma czas na pożegnanie się z bliskimi;
10. Agonia pacjenta przebiega naturalnie, bez sztucznego przedłużania [1].

Warto więc znać powyższe kryteria i zwracać na nie uwagę podczas nawiązywania kontaktu z pacjentem.

Medykalizacja śmierci

Ostatnim kryterium Hockley’a jest stwierdzenie, że agonia pacjenta przebiega naturalnie, bez sztucznego przedłużania. Zaprzeczeniem tego może być tak zwana

medykalizacja śmierci. Wiąże się ona z próbą przesunięcia w czasie naturalnego procesu umierania za wszelką cenę. Doprowadza to do stosowania tak zwanej „uporczywej terapii”. W artykule pt. „Medykalizacja śmierci a prawa i godność dziecka u kresu życia” Agnieszka Kruszecka-Krówka i Grażyna Cepuch wspominają o niepokojących badaniach. Według nich członkowie zespołu medycznego nie potrafią zaakceptować śmierci i popierają walkę do końca życia chorego bez względu na wszystko. Według badań, personel medyczny popiera też stwierdzenie, że śmierć powinna dotyczyć ludzi w podeszłym wieku [8].

Takie podejście jest przeszkodą w ofiarowaniu odpowiedniej opieki pacjentowi oraz zaprzeczeniem fundamentalnych praw pacjenta. Jest on poddawany ciągłym zabiegom mającym sztucznie przedłużyć jego życie, co uniemożliwia choremu „dobrą śmierć”.

Przekazywanie niepomysłnych informacji - protokół SPIKES

Informowanie o śmierci bądź chorobie powodującej jej nieuchronne nadejście jest zadaniem trudnym i obciążającym psychicznie. Pod wpływem stresu i silnych emocji może dojść do różnych błędów komunikacyjnych. Zalicza się do nich nieporozumienie, błędne zinterpretowanie przekazywanego komunikatu, czy też nieprawidłową ocenę sytuacji. Aby zapobiec tym błędom i ułatwić członkom personelu medycznego przekazanie trudnej informacji, opracowano protokół SPIKES. Jest to akronim, którego litery oznaczają różne aspekty komunikacji.

S (*ang. setting*) - Otoczenie

Niezmiernie ważne jest stworzenie warunków do przeprowadzenia trudnej rozmowy. Należy się do niej przygotować organizując odpowiednie miejsce, które zapewni spokój i prywatność pacjentowi. Osoba przekazująca informacje powinna mieć przy sobie dokumentację medyczną chorego. Członek personelu medycznego powinien się przedstawić i wyjaśnić swoją rolę w tej sytuacji. Osoba otrzymująca informację musi mieć możliwość wyboru uczestników rozmowy. Więcej aspektów, na które trzeba zwrócić uwagę podczas dobierania przestrzeni do rozmowy, zostało omówionych w podpunktach „Proksemika w opiece paliatywnej” i „Jak stworzyć przyjazną przestrzeń?” [9].

P (*ang. perception*) - Zapoznanie się z poziomem poinformowania osoby otrzymującej informację

W tej fazie rozmowy należy ustalić, co osoba otrzymująca informację wie na temat pacjenta oraz aktualnego stanu jego choroby. Podczas rozmowy powinno się dostosować język do poziomu rozmówcy, aby komunikaty były dla niego jak najbardziej klarowne i zrozumiałe. Wiąże się to na przykład z ograniczeniem specjalistycznego medycznego słownictwa. W tym etapie weryfikuje się również, na którym z pięciu etapów (zaprzeczenie, gniew, targowanie, depresja, akceptacja) znajduje się rozmówca [9].

I (*ang. invitation*) - Zaproszenie do rozmowy

W tej fazie należy zweryfikować, jak szczegółowe informacje rozmówca jest gotów usłyszeć. Trzeba wziąć pod uwagę stan psychiczny i fizyczny rozmówcy. Na tym etapie warto również przekazać informację o okolicznościach zdarzenia (jeśli rozmowa dotyczy śmierci). Może to posłużyć za wstęp do przekazania informacji będącej sednem rozmowy [9].

K (*ang. knowledge*) - Przekazanie niepomyślnej informacji

Na tym etapie następuje przekazanie informacji, będącej sednem rozmowy. Należy rozpocząć ją od stwierdzenia wstępnego, jak np. „Mam dla Pani złą wiadomość”. Następnie następuje przekazanie samej wiadomości. Należy zrobić to konkretnie, aby nie pozostawić żadnych niedopowiedzeń. Nie należy więc używać słów zmiękczających przekaz. Konieczne jest upewnienie się, że odbiorca zrozumiał komunikat poprawnie. Rozmowę można kontynuować dopiero wtedy, kiedy rozmówca jest na to gotowy. Niektóre osoby na tym etapie rozmowy potrzebują więcej czasu. Należy więc tutaj zachować niebywałe wyczucie i dostosować się do stanu psychicznego rozmówcy [9].

E (*ang. emotions and empathy*) - Emocje i Empatia

W tej fazie należy poczekać na reakcję rozmówcy, a następnie zareagować adekwatnie do niej. Nie należy pocieszać rozmówcy. Nie powinno się również umniejszać ani hiperbolizować zaistniałej sytuacji w celu pocieszenia rozmówcy. Wskazane jest natomiast okazanie zrozumienia dla odbiorcy przekazu [9]. Przykładowo, użycie stwierdzenia „Rozumiem, że jest to dla Pani wstrząs” jest lepszym rozwiązaniem niż wypowiedzenie zdania „To straszne, że pani mąż umarł”.

S (*ang. strategy and summary*) - Dalsze postępowanie

Ta faza rozmowy dotyczy przekazania możliwych sposobów postępowania terapeutycznego w przypadku informacji o chorobie lub toku postępowania w przypadku

informacji o śmierci. Należy upewnić się, że dotychczasowe informacje zostały przez rozmówcę zrozumiane. Na koniec można jeszcze raz poinformować o różnych możliwościach wsparcia, jakie rozmówca może uzyskać [9].

Podsumowanie

Komunikacja jest jednym z najważniejszych aspektów opieki paliatywnej. Zachodzi ona nie tylko na linii pacjent – lekarz, ale również między personelem medycznym. Prawidłowy proces komunikacyjny umożliwia wychwycenie potrzeb pacjenta i otaczających go osób. Pomaga w rozwiązywaniu napięć i konfliktów pomiędzy bliskimi a chorym. Komunikacja ułatwia również pracę personelowi medycznemu [10].

Na kontakt z pacjentem może wpływać wiele aspektów, takich jak przygotowanie do rozmowy, czas i miejsce, mowa ciała czy relacje rodzinne. W przekazywaniu informacji szczególnie wrażliwych pomocny może być protokół SPIKES. Jakość komunikacji zawsze wpływa jednak z nastawienia do chorego.

Piśmiennictwo

1. Dorfmueller M., Dietzfelbinger H., Abbrederis K.: Psychoonkologia, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2011
2. Hall E.T.: Ukryty wymiar, Wyd. Muza, Warszawa, 1997
3. Pease A., Pease B.: Mowa ciała, Wyd. Rebis, Poznań, 2014.
4. Els M.L., Ver Goldsmith J., Ferrell B., Faan B.A., Wittenberg-Lyles E., Ragan S.L.: Palliative Care Communication in Oncology Nursing, Clinical Journal of Oncology Nursing, 2013, 17, 2, 163-167.
5. Goldsmith J., Ferrell B., Faan B.A., Wittenberg-Lyles E., Ragan S.L.: Palliative Care Communication in Oncology Nursing, Clinical Journal of Oncology Nursing, 2013, 17, 2, 163-167.
6. Beernaert K., Deliens L., Vleminck A. D., Devroey D., Pardon K., Block, L. V. D., Cohen J.: Living with dignity, a palliative approach to care at the end of life, Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients, Palliative Medicine, 2014, 28,6, 480-490.
7. Czerska I.: Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny, Handel Wewnętrzny, 2016, 5, 364,37-45.

8. Kruszecka-Krówka A., Cepuch G.: Medykalizacja śmierci a prawa i godność dziecka u kresu życia, *Psychoonkologia*, 2016, 20, 4 197–202.
9. Baghdari N., Rad M., Sabzevari M.T.: Effect of SPIKES-based Education by Role Playing and Multimedia Approaches on Breaking Bad NewsSkills in Midwifery Students (a Comparison), *Acta facultatis medicae Naissensis*, 2017, 34, 2, 137-146.
10. Życzkowska J. M.: „Dobra śmierć”, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2016, 10, 2, 48–53.

Komunikacja z chorym umierającym

Graf Lucyna

Zakład Historii Medycyny i Farmacji Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych,
Wydział Nauki o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny Katowice

Wstęp

Personel medyczny pracujący zarówno w opiece paliatywnej, jak i innych placówkach medycznych, aby zapewnić dobre leczenie i opiekę w czasie choroby, a także godne przeżywanie ostatnich chwil, powinien rozumieć cierpienie człowieka, które jest bólem duchowym. W kontaktach z chorymi ból duchowy jest często pomijany, jednak odczuwa go każdy chory niezależnie od wykształcenia i światopoglądu. Zatem istnieje potrzeba dużej wrażliwości ze strony personelu medycznego, ale także odpowiedniego przygotowania, aby otoczyć chorego całościową opieką, poprzez łagodzenie bólu fizycznego i duchowego. W takich sytuacjach konieczne jest poruszanie tematu śmierci i komunikacji z chorym umierającym.

Często zastanawiamy się, czy w ogóle rozmawiać na temat śmiertelnej choroby, w jaki sposób, czy mówić o zbliżającej się śmierci? Odpowiedź brzmi – tak. Chory potrzebuje rozmowy i zapewnienia, że nie jest i nie będzie sam, aż do końca swych dni. Rozmowa pomaga choremu oswoić się ze śmiercią, pomaga pozbyć się myśli, że śmierć jest przerażającą tajemnicą, która źle się kojarzy. Zaś brak rozmowy z chorym powoduje poczucie osamotnienia, co wzmacnia jego lęk.

Rozmowy na temat śmierci są trudne zarówno dla pielęgniarek i lekarzy, jak i dla pacjentów i ich rodzin. Pomimo rozwoju medycyny zauważa się, że personel medyczny ma problemy w komunikowaniu się z ciężko chorym i jego rodziną, prawdopodobnie z powodu niedostatecznej wiedzy i umiejętności w tym zakresie.

Cel

Celem pracy było zebranie opinii pielęgniarek i lekarzy na temat umiejętności i trudności komunikacji z chorym nieuleczalnie i umierającym. Drugim celem było wskazanie właściwych postaw wobec osób nieuleczalnie chorych, ze szczególnym naciskiem na

komunikację oraz kształtowanie właściwych postaw zachowań na zagadnienia umierania i śmierci.

Materiał i metodyka

Dla rozstrzygnięcia problemów dotyczących komunikacji personelu medycznego z chorym nieuleczalnie i umierającym posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano technikę ankiety, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Badania zostały przeprowadzone w 2016 roku. Do badanej grupy włączono pielęgniarki i lekarzy czynnie pracujących, którzy wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniu. Badaniami objęto 200 osób, do opracowania wyników nadawało się 195 kwestionariuszy ankiet, 5 kwestionariuszy nie było wypełnionych w całości.

Praktyczne wskazówki przydatne do rozmów z pacjentem umierającym

Na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji przypuszczam, że personel medyczny ma trudności w prowadzeniu rozmów na tematy dotyczące umierania i śmierci z chorym i jego rodziną, unika trudnych pytań i wyznań zastępując je działaniami medycznymi lub tłumacząc się brakiem czasu. Przykładem są zachowania, takie jak: unikanie wzroku, „chowanie się” za dokumentacją medyczną, posługiwanie się żargonem medycznym, koncentrowanie się na wynikach badań, zdawkowe uspokajanie, daremne pocieszanie i pomijanie problemów psychologicznych. Należy pamiętać, że ucieczka przed trudnymi i niewygodnymi pytaniami odbiera pacjentowi szansę na zwierzenia i przekazanie swoich obaw czy też prośb. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze odczuwają zakłopotanie w czasie rozmów, brak jest dostatecznej wiedzy oraz warsztatu w zakresie trudnych rozmów z chorym nieuleczalnie i umierającym oraz jego rodziną. Nie ma gotowej recepty na technikę rozmowy z umierającym, natomiast pomocne mogą być zasady i praktyczne wskazówki oparte na doświadczeniach innych, które są niezbędne podczas rozmowy z ciężko chorym pacjentem. Ks. Pawlak Z. pisał: *„Ponieważ niektórych ludzi w spotkaniu z ciężko chorymi ogarnia onieśmielenie, lęk, a nawet strach przynaglający do ucieczki, tak ważną sprawą jest najpierw opanowanie własnych emocji, zachowanie pogody ducha i okazanie przyjaznej naturalności”* [1].

Najważniejszą zasadą jest poświęcenie czasu na rozmowę z chorym i poszanowanie jego godności. Ważnym zadaniem osoby przeprowadzającej rozmowę z chorym umierającym

jest uświadomienie mu jego wartości. Rozmowę należy zacząć od przedstawienia się i uzyskania zgody na prowadzenie rozmowy, pozycję ciała dopasować tak, by zachować stały kontakt wzrokowy z pacjentem, być w relacji partnerskiej. Od osoby prowadzącej rozmowę wymaga się taktu, zrozumienia, cierpliwości i empatii. Empatia jest umiejętnością przekazania zrozumienia i podjęcia odpowiednich działań w celu udzielenia pomocy [2].

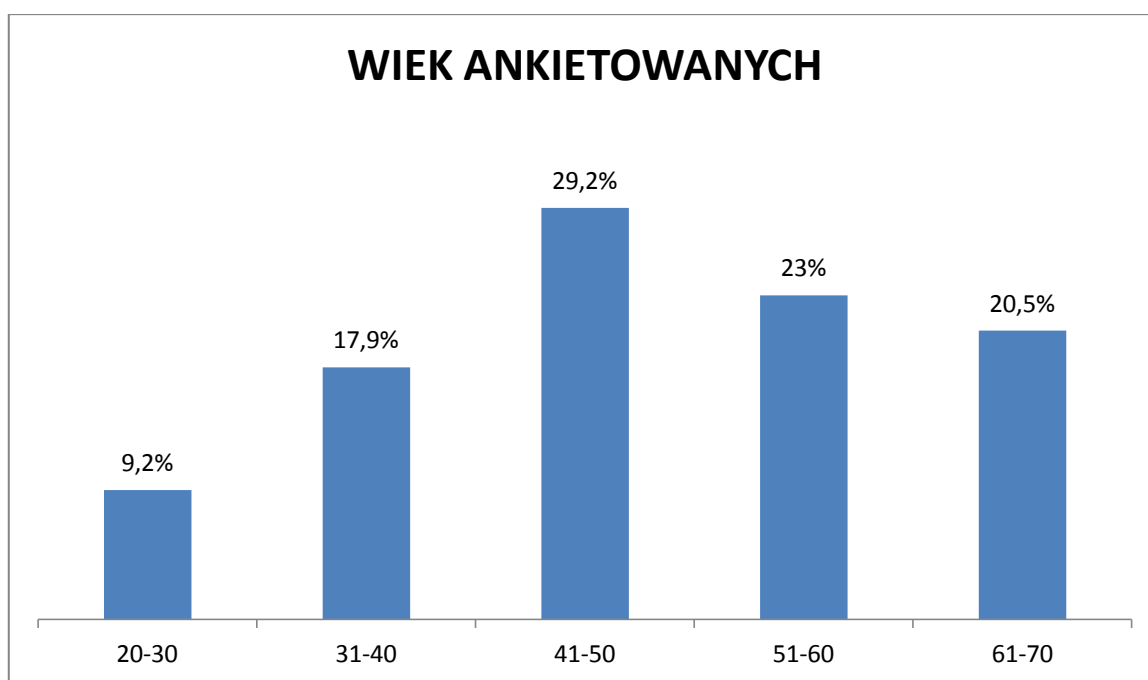
W relacji z pacjentem niezastąpiona jest umiejętność uważnego słuchania. *„Nieumiejętność aktywnego słuchania jest najczęstszym błędem w porozumiewaniu się i może prowadzić do wielu nieporozumień”* [3,4].

Należy unikać niepotrzebnych słów, osądów, przerywania wypowiedzi. Warto dowiedzieć się, czego chory się obawia, gdyż informacje te mogą pomóc poprowadzić merytoryczną rozmowę, a próba racjonalizacji tych lęków przyczyni się do uniknięcia banalnego pocieszania. W czasie rozmowy istotne jest zadawanie pytań otwartych, by chory czy też jego rodzina mogli swobodnie się wypowiedzieć, należy unikać pytań zamkniętych. Należy wybrać miejsce i sposób przekazania informacji, ustalić, co i jak dużo pacjent chce wiedzieć, wyjaśnić wszelkie wątpliwości, pozwolić na to, by chory wyraził swoje emocje. Należy wykazać się spokojem, troską, życzliwością, pokorą. Warto wyjaśnić tok dalszego postępowania terapeutycznego, ustalić rodzaj pomocy, jakiej chory oczekuje. Należy ustalić, czy pacjent zrozumiał przekazane treści [5].

Stan fizyczny i psychiczny pacjenta chorego nieuleczalnie czy też umierającego nie pozwala na rozmowę, dlatego jedyną formą porozumienia się jest komunikacja pozawerbalna. Zarówno dla pielęgniarek, jak i lekarzy istotne znaczenie ma umiejętność właściwego rozumienia mowy ciała, gdyż nawet najmniejsze gesty mogą powiedzieć o uczuciach, emocjach i postawach pacjentów [6].

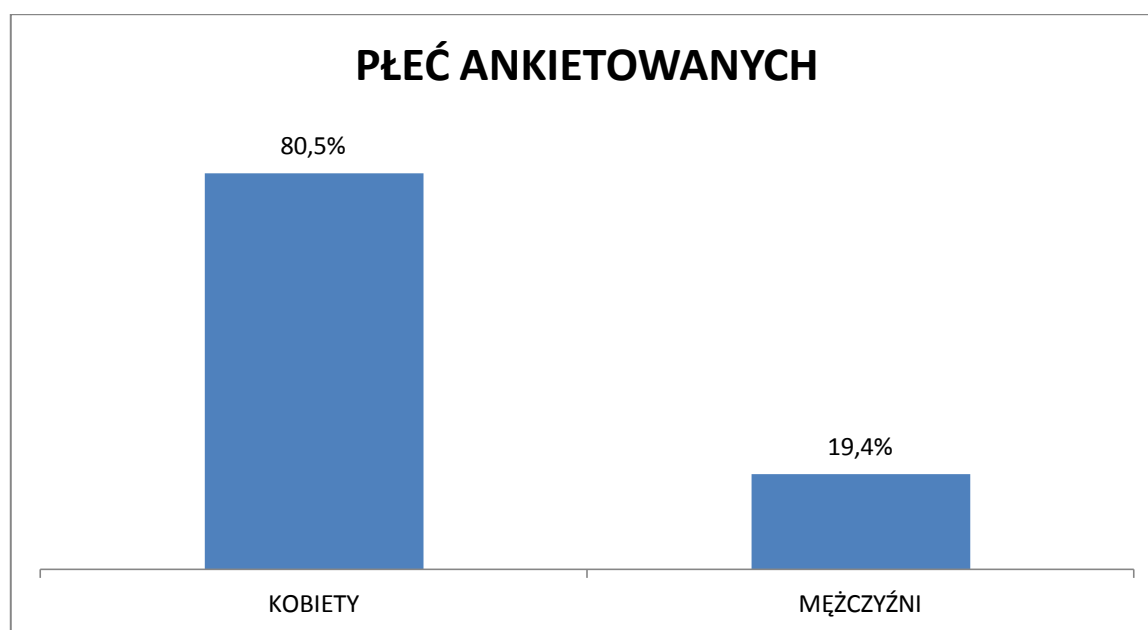
Wyniki

W analizowanej grupie badawczej było 100 pielęgniarek i 95 lekarzy. W opracowaniu przedstawiam wyniki, które dotyczą odpowiedzi na pytania: czy istnieje potrzeba prowadzenia rozmów na temat przygotowywania do śmierci, kto powinien przeprowadzać takie rozmowy, kiedy (w jakim okresie życia) rozmowy te powinny być przeprowadzane, czy pielęgniarki i lekarze posiadają umiejętności w zakresie prowadzenia rozmów z chorym nieuleczalnie i umierającym, jakie występują bariery w komunikacji z chorym i umierającym, jak powinno się niwelować występujące bariery w komunikacji, jakie są oczekiwania personelu medycznego dotyczące umiejętności komunikacji z chorym i umierającym?



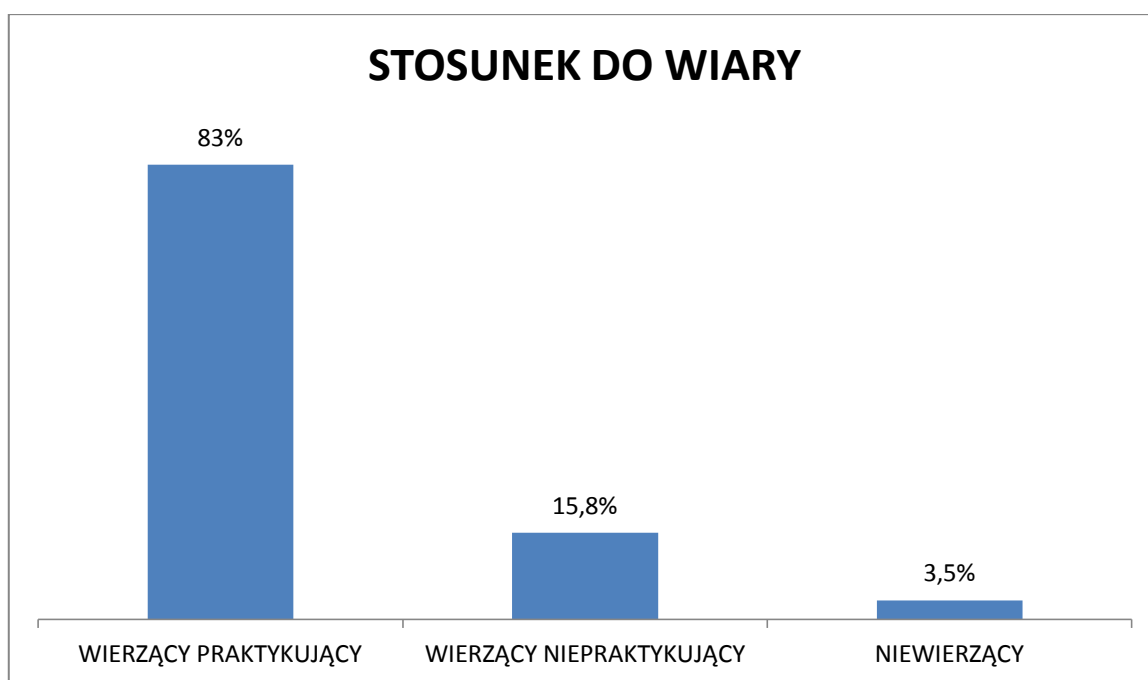
Rycina 1. Wiek ankietowanych

Największą grupę stanowiły osoby będące w przedziale wieku 41 -50 lat zarówno wśród pielęgniarek, jak i lekarzy (Ryc. 1).

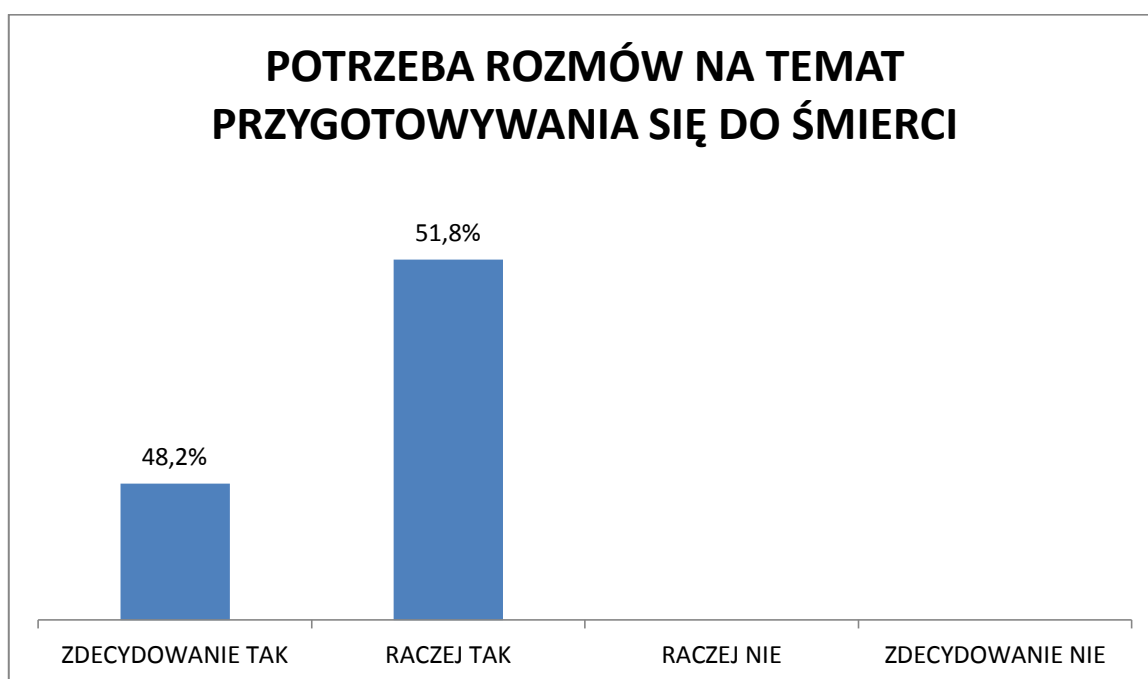


Rycina 2. Płeć ankietowanych

W analizowanej zbiorowości największą grupę stanowiły kobiety, przy czym wśród pielęgniarek 73%, natomiast wśród lekarzy 88,4% (Ryc. 2).

**Rycina 3. Stosunek do wiary**

Największą grupę badanych stanowiły osoby wierzące praktykujące (83%), wśród pielęgniarek było 85%, a wśród lekarzy 80%. Wszystkie osoby wierzące praktykujące deklarowały, że są wyznania katolickiego. W analizowanej grupie 1,2% stanowiły osoby deklarujące brak wiary (Ryc. 3).

**Rycina 4. Potrzeba prowadzenia rozmów na temat przygotowywania się do śmierci**

Większość pielęgniarek i lekarzy (51,8%) uważa, że raczej istnieje potrzeba prowadzenia rozmów na temat przygotowywania się do śmierci, niewiele mniej (48,2%) zdecydowanie uważa, że takie rozmowy są konieczne. Nikt z ankietowanych nie zaznaczył przeczącej odpowiedzi (Ryc. 4).

Tabela 1. Odpowiedź na pytanie: kto powinien rozmawiać z chorym na temat przygotowywania się do śmierci?

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
LEKARZ	49,2%	46,6%	3,6%	-
PIELĘGNIARKA	42,6%	48,2%	9,2%	-
PSYCHOLOG	43,6%	43,6%	2,6%	-
DUSZPASTERZ	47,7%	50,2%	2,05%	-
OSOBY NAJBLIŻSZE	45,1%	47,7%	7,2%	-

Blisko połowa ankietowanych (49,2%) zdecydowanie wskazało, że lekarz jest odpowiednią osobą, która powinna prowadzić rozmowy z chorym na temat przygotowywania się do śmierci, natomiast 50,2% ankietowanych uważa, że raczej powinien być to duszpasterz (Tab. 1).

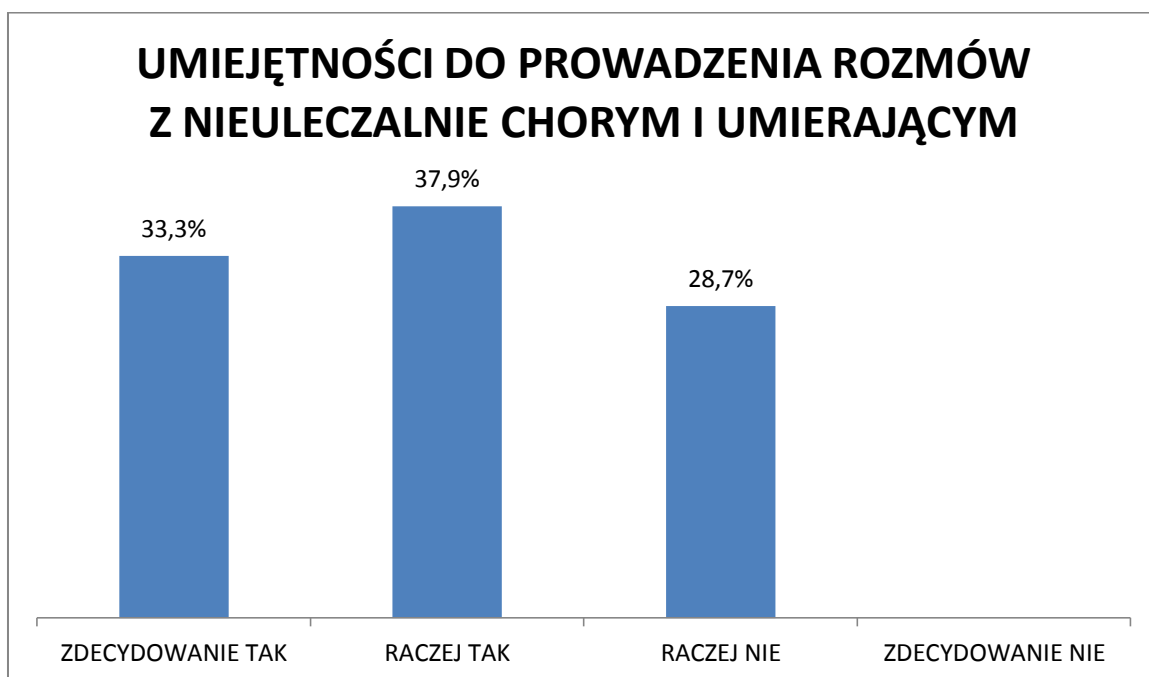
Tabela 2. Odpowiedź na pytanie: kiedy powinno się przygotowywać do śmierci?

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
OD WCZESNEGO DZIECIŃSTWA	10,2%	9,7%	43,6%	36,4%
W WIEKU SZKOLNYM	31,8%	42,05%	21,5%	9%
W ŻYCIU DOJRZAŁYM	50,8%	46,6%	5%	-
W STAROŚCI	49,7%	48,2%	2,05%	-
W CZASIE CHOROBY	41%	47,7%	11,3%	-

Według ankietowanych rozmowy na temat przygotowywania się do śmierci zdecydowanie powinny odbywać się w okresie życia dojrzałego i w starości, najmniej ankietowanych uważało, że wczesne dzieciństwo jest odpowiednim momentem życia na przygotowywanie się do śmierci (Tab. 2).

Według większości ankietowanych (37,9%) raczej posiadają umiejętności do prowadzenia rozmów z chorym nieuleczalnie i umierającym, pewnych swoich umiejętności

było 33,3% ankietowanych, natomiast 28,7% badanych uważa, że raczej nie posiada umiejętności w tym zakresie (Ryc. 5).



Rycina 5. Posiadanie umiejętności do prowadzenia rozmów z nieuleczalnie chorym i umierającym

Dyskusja

Komunikacja interpersonalna jest bardzo ważnym elementem leczenia i pielęgnowania. Pacjenci wyrażając opinię na temat zadowolenia z leczenia i opieki najczęściej wskazują na jakość i styl komunikacji. Należy mieć na uwadze, że chory znajdujący się w szpitalu, w nieznanym mu środowisku czuje się zagubiony, ma problemy w zrozumieniu przekazywanych mu informacji medycznych. Odczuwa stres związany z niewiedzą w zakresie postępu choroby, stosowanego leczenia i rokowania. Pacjenci chcą podejmować decyzje, które dotyczą jego życia, ciała, wykonywanych przy nim zabiegów i czynności. Prawidłowa komunikacja z pacjentem wzbudza w ich odczuciu zaufanie do kompetencji personelu medycznego, za czym idzie skrócony czas rekonwalescencji, poprzez dostosowywanie się do leczenia [7,8,9].

Poziom zadowolenia pacjentów z komunikacji z personelem medycznym w większości prowadzonych badań jest na poziomie niskim, co uzależnione jest od wielu czynników. Przykładem są inne badanie własne prowadzone w grupie pacjentów, które wykazały, że respondenci w najmniejszym stopniu zadowoleni byli z informowania o

leczeniu, a także z częstotliwości i jakości rozmów z lekarzem. Natomiast oczekiwania ankietowanych wobec personelu dotyczące rozmów na temat życia i śmierci były w najmniejszym stopniu. Wraz ze wzrostem wieku ankietowanych zwiększało się znaczenie rozmów z personelem na temat śmierci, natomiast wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia respondentów zwiększało się znaczenie rozmów z personelem dotyczących życia. Warto zwrócić uwagę, że pacjenci wyżej oceniają zadowolenie z przekazywanych informacji na temat choroby i leczenia niż z częstotliwości i jakości prowadzonych rozmów z lekarzem i pielęgniarką.

Odmienne wyniki wskazują badania Rębiałkowskiej-Stankiewicz, pokazujące jakość przekazywanych informacji przez lekarzy. Otrzymywane wiadomości od lekarza wyżej oceniają kobiety z wykształceniem wyższym i podstawowym, będące w wieku 30-40 lat, niż ze średnim, czy też zawodowym. Przypuszczalnie młode kobiety z wykształceniem wyższym potrafią lepiej wykorzystać dostarczane im informacje o chorobie lub wykazują wyższą umiejętność w ich przetwarzaniu, natomiast słabiej wykształcone doceniają każdą otrzymaną informację i poradę [9].

Komunikacja z chorym nieuleczalnym wymaga znacznie więcej niż dostarczenie tylko informacji. Niestety, w Polsce pomimo rozwoju opieki paliatywnej w dalszym ciągu edukacja w zakresie opieki paliatywnej i umiejętności komunikacji jest na niewystarczającym poziomie. Dobra komunikacja pomiędzy personelem medycznym a chorym może pomóc w weryfikacji wyobrażeń na temat choroby, może przyczynić się do zmiany myślenia stereotypowego na temat leczenia przeciwbólowego. Na prawidłową relację z chorym składają się: informowanie chorego, umiejętności interpersonalne oraz poszanowanie autonomii i godności. Niezwykle ważną umiejętnością, jaką powinien cechować się personel medyczny, jest przekazywanie informacji choremu i jego bliskim, zwłaszcza o złym stanie zdrowia. Natomiast przekazywane informacje powinny opierać się na istotnej wiedzy, a także powinny być dostosowane do indywidualnej sytuacji chorego oraz do jego percepcji. Należy również pamiętać, iż dla chorego ważne są informacje dotyczące alternatywnych sposobów leczenia dolegliwości, na które cierpi [5,10].

W niniejszej pracy przedstawiono wyniki badań w zakresie posiadania przez personel medyczny umiejętności potrzebnych do prowadzenia rozmów z chorym nieuleczalnie i umierającym. Samoocena pielęgniarek i lekarzy wskazuje, że raczej posiadają umiejętności do komunikacji z chorym (37,9%), pewnych swoich umiejętności było 33,3% badanych, natomiast prawie 29% respondentów uważało, że raczej nie posiada umiejętności w zakresie

komunikacji z chorym. Zatem badania potwierdzają, iż wzrost edukacji dotyczącej umiejętności interpersonalnych w rozmowach dotyczących życia i śmierci jest potrzebny.

Zalecenia dotyczące standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej zapisane w 2009 r. w raporcie Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC), określają cele, czyli podniesienie jakości opieki paliatywnej w krajach europejskich oraz edukacja społeczna. Oczekuje się, że skutkiem edukacji społecznej ma być zmiana postaw Europejczyków, to znaczy, że śmierć zaczną traktować jak zjawisko normalne, jak część życia społecznego [11].

Dla pacjenta nauczenie się, jak żyć ze świadomością bagażu ciężkiej choroby jest niezwykle trudne i wymaga dużo czasu. Poczucie nieuchronnej śmierci, odizolowania społecznego oraz obawa przed przyszłością jego rodziny jest dużym obciążeniem medycznym, powoduje duże obciążenie psychiczne, na skutek którego pacjenci dotknięci chorobą nowotworową tracą chęć do życia, odczuwają brak sensu życia, mają niską samoocenę i nie akceptują własnej osoby [12].

Istnieje także potrzeba edukacji o śmierci dla rodzin umierających, ponieważ zbyt często odsuwają oni myśl o śmierci, a wręcz uciekają przed nią. Lęk przed śmiercią nadal jest wszechobecny, dlatego pomocnym rozwiązaniem, aby pokonać lęk i oswoić się ze śmiercią mogą być szkoły umierania, czyli szkoły życia, bo przecież umieranie to część życia. Pierwsza szkoła umierania powstała w Holandii, utworzona została przez Holenderskie Towarzystwo Humanistyczne we współpracy z Międzynarodową Szkołą Filozoficzną w Lejdzie. Celem jej jest podnoszenie jakości życia, by było piękniejsze i pełniejsze oraz nauka umierania godnego i rozumnego. Szkoła ta otwiera przed ludźmi przestrzeń do życia, zmusza do refleksji nad celem i sensem własnej egzystencji [13].

Zapytano respondentów, czy rozmowy na temat przygotowywania się do śmierci są potrzebne? Większość pielęgniarek i lekarzy (51,8%) uważa, że raczej istnieje taka potrzeba, natomiast 48,2% zdecydowanie uważa, że takie rozmowy są konieczne. Nikt z ankietowanych nie zaznaczył przeczącej odpowiedzi. Respondenci uznali, że najbardziej odpowiednią osobą do prowadzenia takich rozmów jest lekarz i duszpasterz.

W największym stopniu ankietowani zgadzali się z opinią, że do śmierci powinno się przygotowywać w wieku dojrzałym i w starości, natomiast najmniej osób uważało, że odpowiednim momentem na przygotowywanie się do śmierci jest wczesne dzieciństwo (Tab. 2).

Uznanie realizmu śmierci jest podstawowym wymogiem wychowawczym, gdyż należy do niepodważalnych prawd egzystencji ludzkiej. Treści o cierpieniu i śmierci mogą

wykształcać właściwą postawę, oswajać się z tematem, niwelować niechęć, przerażenie i tabu. Skoro powstają szkoły rodzenia, rozmawiania, uwodzenia, bycia dobrym rodzicem, mężem, żoną itd., to również szkoły umierania mogą, a nawet powinny powstawać. Śmierć jest taką samą częścią życia jak miłość, seksualność, agresja, starość, choroba, dlatego winna znajdować się w obszarze nauk o wychowaniu. Wychowanie ku śmierci powinno odbywać się również w szkołach, jako obligatoryjny blok treści[14].

Jednak, jak już wcześniej wspomniano, prowadzenie rozmów na temat choroby nieuleczalnej, czy też śmierci jest bardzo trudne. Zadano ankietowanym pytanie: jakie widzą bariery w komunikacji z chorym nieuleczalnie i umierającym? Odpowiedzi pogrupowano według ich częstości występowania. Na pierwszym miejscu sklasyfikowano brak czasu, następnie brak wydzielonego miejsca do prowadzenia rozmów (na osobności), brak współpracy z chorym i rodziną, brak kontynuacji prowadzenia rozmowy z chorym i rodziną ze względu na pracę zmianową, obawa przed reakcją pacjenta i rodziny na otrzymaną informację, obawa przed własną reakcją (pokazanie uczuć), brak odpowiedniego przygotowania na studiach medycznych.

Zapytano także respondentów: jak powinno się niwelować bariery w komunikacji z chorym? Jakie są ich oczekiwania dotyczące umiejętności w zakresie komunikacji z chorym? Najczęstszą odpowiedzią było zmniejszenie ilości prowadzenia dokumentacji, która zabiera dużo czasu, kolejno wyznaczenie odpowiednich miejsc do rozmów, które zapewnią intymność oraz komfort, doprowadzenie, aby chory i jego rodzina rozmawiały na trudne tematy z jedną wybraną osobą z personelu, rozszerzenie programu edukacji na uczelniach w zakresie komunikacji z chorym. Analiza wykazała też, że prawie 27% pielęgniarek i lekarzy nie wiedziało, jak można rozwiązać problem, aby poprawić komunikację z chorym. Natomiast większość badanych pielęgniarek i lekarzy uznało, że oczekuje zwiększenia ilości prowadzenia szkoleń w zakresie komunikacji interpersonalnej oraz umiejętności prowadzenia rozmów na trudne tematy dotyczące choroby i śmierci, które prowadzone byłyby sukcesywnie w miejscu pracy.

Wnioski

1. W czasie rozważań nasunęły się wnioski, które potwierdzają, że rozmowy na temat śmierci są trudne dla personelu medycznego.
2. Odpowiednią osobą do prowadzenia rozmów przygotowujących do śmierci jest lekarz i duszpasterz

3. Odpowiednim momentem do prowadzenia rozmów przygotowujących do śmierci jest wiek dorosły i starość.
4. Barierą w komunikacji z chorymi jest brak czasu i odpowiednich miejsc do prowadzenia rozmów.
5. Należy niwelować bariery w komunikacji z chorym, poprzez tworzenie odpowiednich miejsc do prowadzenia rozmów, dobrą organizację pracy.
6. Większość badanych pielęgniarek i lekarzy uznało, że oczekuje zwiększenia ilości prowadzenia szkoleń w zakresie komunikacji.
7. Konieczne są szkolenia w zakresie komunikacji i rozmów na temat śmierci dla lekarzy i pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach, mających już doświadczenie zawodowe
8. Warto wprowadzać cykliczne warsztaty praktyczne zarówno dla studentów, jak i lekarzy oraz pielęgniarek z długoletnim stażem pracy, bez znaczenia na jakim oddziale pracują, ponieważ chorzy umierający znajdują się na wszystkich oddziałach szpitalnych.
9. Uczelnie medyczne powinny przygotowywać przyszły personel medyczny do rozmów z chorymi na tematy trudne, dotyczące problemów opieki nad chorymi umierającymi.
10. Istnieje potrzeba prowadzenia rozmów przygotowujących do śmierci zarówno dorosłych, jak i młodego pokolenia nie związanych z medycyną, w celu oswojenia się ze śmiercią i niwelowania strachu, aby w przyszłości potrafili poradzić sobie z prawdziwą śmiercią.

Piśmiennictwo

1. Ks. Pawlak Z.: Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby, Nowa Medycyna 2000,1.
2. Janczukowicz J.: Empatia jako zasadnicza kompetencja współczesnego lekarza, Medycyna po dyplomie, 2013, 10, 41-45
3. Wasilewski T.P.: Współczesny wymiar komunikacji interpersonalnej pielęgniarki z pacjentem. Contemporary scope of interpersonal communication of nurse with patient. Dobrostan a Edukacja Rozdział XVII. http://www.neurocentrum.pl/dcten/wp-content/uploads/wasilewski_p4p.pdf, data pobrania 23.04.2018.
4. Motyka M.: Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. The role of active listening in therapeutic communication with patient, Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 19,2, 259–265.

5. Łuczak J., Jabłońska K., Majewski J.: Sztuka dobrego umierania rozmowa, *Więź*, 1999, 2,484, http://www.wiez.pl/czasopismo/s,czasopismo_szczegoly,id,76,art,3397, data pobrania 23.04.2018.
6. Sawicka E.: Rozmowa bez słów, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2014, 3, 4-5.
7. de Walden-Gałuszko K.: Problemy komunikacji. [W:] *Psychoonkologia*, K. de Walden-Gałuszko (red.), Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków, 2000.
8. Juczyński Z., Szamburska J., Czechowicz E.: Informowanie pacjenta o chorobie nowotworowej w opinii i praktyce lekarskiej, *Nowotwory*, 1997, 47, 43–57.
9. Rębiałkowska-Stankiewicz M.: Komunikacja lekarza z pacjentem w chorobie nowotworowej, *Psychiatria*, 2015, 12, 4, 238–244.
10. Szabat M., *Elementy filozofii opieki paliatywnej a zagadnienia śmierci*, Wyd. Naukowe Semper, Warszawa, 2013.
11. Krajnik M.: Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2010, 2, 4.
12. Janecki M., Flakus J.: Zadania pielęgniarki w procesie promocji i edukacji zdrowotnej wobec chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową, *Medycyna Paliatywna*, 2014, 6, 2, 71-75.
13. Fabiś A.: Śmierć w całościowym procesie kształcenia, [www.academia.edu /9825310/](http://www.academia.edu/9825310/), data pobrania 23.04.2018
14. Graf L., Ślężona M., Stołecka G., Ptaszek G., Mruczkowska R., Gurowiec P.: Memento mori - przygotuj się do śmierci, [W:] *W Drodze Do Brzegu Życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.), Wydział Nauk o Zdrowiu, UMB, Białystok, 2015, 13, 368-376.

Żałoba jako doświadczenie nieuniknione

Makarewicz Olga¹, Kuczyńska Martyna¹, Wala Kamila¹, Cebulski Kamil¹, Dorna Krzysztof³,
Ferenc Stanisław^{1,2}, Gnus Jan^{1,2},

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

Wstęp

Żałoba, czyli smutek po utracie osoby bliskiej [1] jest rzeczą nieuniknioną, ponieważ śmierć stanowi jeden z etapów ziemskiej wędrówki każdego człowieka. Mimo że doskonale wiadomo, iż życie i śmierć są nierozzerwalnie związane, w społeczeństwie nadal obserwuje się tendencję do ignorowania tego tematu, analizowania tylko teraźniejszości. Większość woli nie myśleć o schyłku egzystencji, zaprzecza realności śmierci, reaguje złością na każdą próbę rozpoczęcia rozmowy na ten trudny temat. O. Carlo Simonton powiedział: „Śmierć jest całkowicie bezpieczna. Nie ma nic, co musimy robić, a i tak skutecznie umrzemy” [2]. Możliwe, że ta nieuchronność, fakt, iż w obliczu śmierci wszyscy są tacy sami niezależnie od wykształcenia, pochodzenia, statusu socjalno-ekonomicznego jest dla nas, ludzi XXI wieku, najbardziej bolesna i przerażająca. A jeszcze świadomość, że mimo rozwoju medycyny, nauki, techniki, nadal nie jest dopuszczalne uniknięcie najważniejszego egzaminu w życiu, jakim jest śmierć. Można próbować lekceważyć, odrzucać temat odejścia i związanej z tym żałoby, jednak, niestety, wcześniej czy później trzeba wyciągnąć ze schowka i zdobyć się na odwagę, aby dokładnie omówić, przeanalizować tę kwestię. To, że śmierć dla większości osób jest tematem tabu i źródłem lęku potwierdza fakt, iż coraz częściej rodziny rezygnują z opieki domowej i kierują krewnych w stanie agonalnym do szpitali i hospicjów, tłumacząc, że nie są w stanie zapewnić odpowiedniej opieki, mimo że czasami umierający najbardziej potrzebuje nie leków, a obecności w tej trudnej chwili przy swoim łóżku dzieci, wnuków, czyli tych, których kocha i z którymi za moment będzie musiał się rozstać [3,4]. Fakt, że społeczeństwo coraz częściej czyni śmierć czymś o czym lepiej milczeć niż otwarcie rozmawiać, znacznie utrudnia osobom pogrążonym w smutku przeżywanie tego ciężkiego

okresu.

Żałoba jest doświadczeniem znanym każdemu, aczkolwiek rzeczą jasną jest, że sposób w jaki poszczególne osoby reagują na stratę jest inny. Zależy to w dużej mierze od kultury, tradycji, religii, środowiska, w którym się wychowało, czy też siły więzi z osobą zmarłą [5]. Żałoba nie jest jedynie okresem tzw. odizolowania się od życia towarzyskiego, czy ubierania w kolor podkreślający smutek, jest to też czas, aby się nauczyć żyć bez ukochanej, ważnej osoby, moment na zastanowienie się, jak bardzo kruche jest życie ludzkie i jak bardzo cienka jest linia między żywotem a śmiercią.

Etapy żałoby

Radzenie ze smutkiem po odejściu osoby bliskiej jest rzeczą unikalną dla każdego człowieka, często odzwierciedleniem wewnętrznej siły. W literaturze podaje się umowny podział procesu żałoby na kilka faz, przedstawiony w tabeli 1 [6].

Tabela 1. Etapy żałoby [6]

Etap	Występujące reakcje
Pierwszy	Zaprzeczanie, odrętwienie, negowanie rzeczywistości, płaczliwość
Drugi	Agresja, złość, żal, czasami nieadekwatne zachowanie
Trzeci	Akceptacja nowych realiów

Pierwsza faza - tuż po śmierci bliskiego – charakteryzuje się brakiem akceptacji faktu odejścia ukochanej osoby, zaprzeczaniem oczywistości. W tym stadium najczęściej występują odrętwienie, odizolowanie się, czasami halucynacje, uczucie obecności zmarłego, ucieczka do wymyślanego świata, gdzie wszystko jest jak wcześniej [7]. W tym okresie osoby pogrążone w żałobie, czują się odrzucone na margines życia, po kilku latach nie są w stanie przypomnieć co się z nimi działo po tym przerażającym przeżyciu, jakim jest utrata bliskiego. Nasilenie uczuć zależy od tego, czy śmierć była nagła, jak grom z jasnego nieba, czy był czas na przygotowanie się i pogodzenie z nieuniknioną sytuacją. Etap ucieczki przed smutkiem, zaprzeczenia, udawania i wmawiania sobie, że nic się nie stało i wszystko jest tak jak dawniej zazwyczaj trwa kilka dni, a bodźcem sprzyjającym powrotowi do rzeczywistości, może być pogrzeb i sprawy organizacyjne z nim związane. Kolejna faza, często najbardziej bolesna, objawia się wysoce uciążliwymi, zwłaszcza dla otoczenia osoby przeżywającej stratę, emocjami, czyli gniewem, agresją, ofiarą której może paść zupełnie obcy człowiek, czasami

nieadekwatnym postępowaniem, a także rozpaczą i desperacją. Zachowania żałobnika w dużej mierze zależą od jego temperamentu i charakteru. Niektórzy głośno lamentują, jęczą, wrywają sobie włosy, odmawiają jedzenia, oskarżają siebie, Boga, społeczeństwo. Inni idealizują zmarłego, jeszcze inni mają pretensje, ponieważ czują się oszukani, okłamani przez osobę, która odeszła. Etap ten trwa od kilku do kilkunastu miesięcy i stopniowo jest zastępowany przez następną fazę, czyli akceptację nowej rzeczywistości. Żałobnik sukcesywnie się uczy funkcjonować bez osoby bliskiej zmarłej, świat przestaje wyglądać beznadziejnie i ponuro, z dnia na dzień nabiera barw. Ten powrót do „normalnego” życia nie oznacza zapomnienia, wyparcia z pamięci osoby, która odeszła do wieczności, ale świadczy o próbie nauczenia się funkcjonowania bez obecności fizycznej zmarłego, ale z obecnością duchową. Nieraz nawet po kilku, kilkunastu latach może dochodzić do chwil nawrotu fali żalu i smutku, szczególnie na przykład w święta. Przedstawiony podział jest dosyć umowny, ponieważ każdy ma swój sposób na przeżywanie straty, nie zawsze fazy następują jedna po drugiej, jednak poprawne rozpoznanie stadium żałoby jest niezwykle ważne, ponieważ decyduje o rodzaju pomocy, której osoba, pogrążona w smutku, może potrzebować.

Rodzina w obliczu żałoby po utracie osoby bliskiej

Śmierć ukochanej, znaczącej osoby jest wstrząsem dla całej rodziny. Zarazem jest to wypróbowanie, test na umiejętność wspierania się nawzajem w sytuacji stresowej, jaką bez wątpienia jest odejście do wieczności osoby bliskiej. Mimo że każdy członek rodziny w nieco innym stopniu jest dotknięty stratą i przeżywa ją na swój własny sposób, wszyscy potrzebują podpory emocjonalnej. Śmierć zakłóca funkcjonowanie rodziny jako instytucji społecznej. Związane to jest ze złamaniem dotychczasowego układu i wynikającej z tego konieczności stworzenia nowego. Niestety, czasami śmierć staje się zbyt brutalną próbą, źródłem narastającego nieporozumienia między członkami rodziny, najbliżsi stopniowo się oddalają, w konsekwencji dochodzi do destrukcji rodziny jako jednostki.

Żałoba dziecka po stracie rodzica, będącego w starszym wieku

Zgodnie z naturalnym cyklem życia rodzice umierają przed dziećmi i dlatego często otoczenie lekceważy uczucia i smutek dorosłego dziecka po utracie matki czy ojca. Jednak to, ile lat mieli dziecko i rodzic w chwili śmierci ostatniego nie jest kluczowe i nie zmniejsza pustki, związanej ze stratą, nie minimalizuje bólu i rozpacz. Simone de Beauvoir napisała po

śmierci matki: „Nie rozumiałam, że można szczerze się smucić z powodu śmierci starszej osoby, [8]. Większość ludzi nie traktuje poważnie smutku po utracie rodzica, będącego w starszym wieku. Dzieje się tak aż do momentu, gdy te osoby same muszą twarzą w twarz stanąć przed obliczem odejścia matki albo ojca.

Śmierć rodzica to nie tylko koniec jego ziemskiej wędrówki, to też koniec dzieciństwa dla syna i/lub córki zmarłego, ponieważ dopóki się ma matkę i ojca, dopóty jest dzieckiem. I fakt, że się składa do grobu nie tylko ciało rodzica, ale też uczucie „bycia dzieckiem” potęguje żal, gorycz, przygnębienie [8]. Po śmierci rodziców następuje moment uświadomienia starzenia się własnego organizmu i stopniowego zbliżania się ku końcowi życia. A więc mimo istniejącej w społeczeństwie tendencji do bagatelizowania tego typu żałoby, śmierć rodzica jest bardzo wstrząsającym przeżyciem, pozostawiającym głębokie blizny.

Warto podkreślić, że inaczej się przeżywa i przechodzi śmierć pierwszego i drugiego rodzica, czasami emocje i stan wewnętrzny dorosłego dziecka diametralnie się różnią po takich utratkach. Pochowanie pierwszego rodzica jest dużym wstrząsem, ponieważ nawet wcześniejsze doświadczenie z żałobą (jeśli dziecko owe posiada), nie jest pomocne. Jest to zupełnie nowa, nieznana dotychczas sytuacja. Czasami dziecko się boryka nie tylko z własnym smutkiem, ale i rozpaczą rodzica, który został. Nierzadko dochodzi do zmiany relacji rodzinnych, ponieważ pod wpływem złości, żalu związanego ze śmiercią matki lub ojca, na jaw wychodzą dawne pretensje do rodzica, który pozostał. Kontakty w rodzinie ulegają metamorfozom, wpływa na to nie tylko smutek, związany z utratą, ale też ewentualne pogorszenie statusu finansowego czy społecznego po śmierci głównego, a czasami jedyne go żywiciela [8]. Natomiast śmierć drugiego rodzica, nawet bez względu na posiadanie takiego typu doświadczenia, nie jest mniej bolesna, a czasami nawet bardziej przygnębiająca, ponieważ pozostaje się sierotą, czuje ogromną samotność i opuszczenie.

Przygotowanie się na stratę rodziców jest trudne, nieraz niemożliwe, można przeczytać dużo książek na ten temat, ale być zupełnie bezbronnym w obliczu nieuniknionej rzeczywistości. Warto pojąć, że śmierć to nie koniec relacji, jedynie zmiana statusu z „żywy” na „martwy”. Rodzice, nawet po swoim odejściu, mogą dalej kształcić dzieci [9].

Strata małżonka

W skali stresu Holmesa i Rahe'a utrata współmałżonka ma najwięcej, bo aż 100 punktów, czyli jest to jeden z najgroźniejszych stresorów w życiu [10]. Pomijając sytuacje,

gdy w wyniku wypadku albo klęski żywiołowej mąż i żona umierają w tym samym czasie, dla osób, będących w związku małżeńskim, stan wdowieństwa jest rzeczą nieuniknioną. Udane małżeństwo jest dużym darem i ogromnym szczęściem, więc kiedy nadchodzi moment, gdy przez śmierć jednego z partnerów ten rozdział życiowy jest zamykany, drugi czuje jakby stracił część siebie i całe życie z niego uleciało. Małżonek, niezależnie od tego ile lat się było razem, chociaż, owszem, jest to jeden z czynników mających wpływ na intensywność przeżywanego żałoby, to osoba, którą się kocha i nie wyobraża życia bez niej. Uczucie zakochania i chęć bycia razem mają kluczowy wpływ na decyzję o złożeniu przysięgi małżeńskiej w Kościele czy Urzędzie Cywilnym i ślubowaniu miłości, wierności i uczciwości małżeńskiej. Małżonek to nie tylko osoba, z którą się dzieli mieszkanie czy wychowuje dzieci, to towarzysz życiowy, przyjaciel, człowiek, z którym łączą się najlepsze wspomnienia, a więc dlatego jego utrata ma negatywny wpływ na stan psychiczny i fizyczny osoby, która zmieniła status z "żonaty/a" na "wdowiec/wdowa". Badacze są zgodni w opinii, jeśli doszło do takiej sytuacji po wielu wspólnych latach życia, osoby pogrążone w żałobie po śmierci współmałżonka są grupą najbardziej narażoną na wystąpienie wielu schorzeń na tle przeżywanego stresu [11].

Należy zwrócić uwagę, że mężczyźni i kobiety odmiennie przeżywają stratę, inaczej wygląda ich droga do zaakceptowania zaistniałej sytuacji. Mężczyźni po odejściu żony są szczególnie podatni na choroby układu sercowo-naczyniowego i urazy [8,12]. Ważnym problemem i zagrożeniem w tej grupie jest częste nadużywanie alkoholu [12], aby „znieczulić” rozrywającą się bólem ranę po śmierci bliskiej i ukochanej osoby, wdowcy szukają ucieczki w mocnych napojach, ażeby wypełnić pustkę po stracie. Depresja, zaburzenia snu i inne problemy natury psychiatryczno-psychologicznej to jeszcze jeden ważny zestaw trudności, z którymi borykają się mężczyźni, przeżywający stratę współmałżonki, szczególnie dotyczy to grupy wiekowej do lat 65 [13]. Mimo komplikacji, problemów zdrowotnych w pierwszym okresie po śmierci małżonki w perspektywie czasowej wdowiec lepiej przystosowuje się do straty niż wdowa i, próbując skompensować utratę, szybciej zakłada nowy związek, aczkolwiek fakt ten nie zawsze oznacza, że mężczyzna w pełni „odchorował” śmierć żony, nie ma bólu i zmartwień, czasami nowe małżeństwo jest próbą znalezienia lekarstwa na samotność i powrotu do równowagi emocjonalnej [8].

W okresie tuż po śmierci małżonka kobieta może doświadczyć różnych problemów, wynikających między innymi z utrwalonego w społeczeństwie wzorca rodziny, w której to mąż jest „głową” i głównym zdobywcą dóbr finansowych, a więc po jego odejściu żona napotyka kłopoty materialne. Wdowa, dla której głównym celem życia jest rodzina, strata

małżonka jest ogromnym ciosem, wytrącającym z równowagi, ponieważ wraz z nim umiera też jej sens życia, a więc okres żałoby przebiega szczególnie boleśnie, a życie wydaje się ponure i bezbarwne [8]. Kobieta, dla której zmarły małżonek, dzieci, dom są w centrum i zawsze na pierwszym miejscu często koncentruje się na przeszłości i nawet po kilku, kilkunastu latach nie jest w stanie przełamać wewnętrznej bariery i wejść w nowy związek. Natomiast kobiety samodzielne, skupiające swoje siły nie tylko na roli żony i matki, z reguły zachowują się w odmienny sposób, nie idealizują zmarłego, kierują energię na pracę i szybciej się dostosowują do nowej rzeczywistości, co nie oznacza, że strata nie pozostawia w ich życiu emocjonalnej blizny i śladu po sobie [6,8].

Doświadczenie związane ze śmiercią małżonka jest dużym wstrząsem, jednak po okresie bólu i przygnębienia stopniowo wdowiec/wdowa zaczyna krok po kroku iść w kierunku uzdrowienia i nowego życia, w którym zmarły małżonek istnieje w pamięci.

Strata dziecka

Śmierć dziecka jest niezwykle bolesnym i traumatycznym doznaniem, paraliżującym umysł, pozostawiającym spustoszenie i złamane serce. Każdy z rodziców inaczej odczuwa i przeżywa utratę dziecka, gdy jedno czuje się trochę lepiej, drugie może przechodzić najgorszy moment, tzw. kryzys wewnętrzny, jedno chce najszybciej jak to jest możliwe wrócić do pracy, natomiast drugie nie czuje się na siłach, aby zmagać z obowiązkami zawodowymi, jedno chce wyjechać jak najdalej, aby zmienić widok za oknem, natomiast drugie traktuje to jak ucieczkę i woli zostać tam, gdzie wszystko przypomina o dziecku, jedno chce jak najwięcej rozmawiać o tragedii, aby nie chować negatywnych emocji, a drugie woli przemilczeć, ukryć jak najgłębiej rozpacz i przytłaczający ból. Smutek zmienia rodziców, którzy zaczynają pod innym kątem patrzeć na rzeczywistość, na swoje małżeństwo, czują się załamani, pozbawieni sensu, nie mają odwagi otwarcie porozmawiać i przeanalizować zaistniałą sytuację, mają coraz więcej pretensji, starają się unikać swojej obecności. Czasami taka sytuacja staje się nie do zniesienia, jako skutek dochodzi do separacji i rozvodu. Jest to ponury, aczkolwiek często spotykany wśród rodziców w żałobie scenariusz. Na szczęście, nie zawsze śmierć dziecka staje się przyczyną rozstania jego rodziców, dla niektórych par taka utrata jest bodźcem, umacniającym ich więź [14].

Strata dziecka jest stratą przyszłości i smutek z tym związany towarzyszy rodzicom do końca ich życia [8]. Wiek dziecka w tej sytuacji nie ogrywa zasadniczej roli, z równą intensywnością przeżywa się śmierć noworodka, nastolatka czy dorosłego, w pełni

niezależnego dziecka. Jednak w społeczeństwie można zauważyć skłonność do minimalizowania znaczenia utraty w wyniku poronienia czy w okresie okołoporodowym, a także dzieci, które już dawno opuściły rodzinny dom [8]. Niestety, albo na szczęście wiek nie jest czynnikiem zmniejszającym lub potęgującym moc smutku po śmierci dziecka. Uważa się, że strata dziecka w okresie prenatalnym dotyczy małego odsetka ludzi [15]. Jednak nawet 10% rozpoznanych ciąż kończy się poronieniem przed 22. tygodniem trwania ciąży [16]. Bardzo mało przykłada się znaczenia do rozpaczliwych przeżyć rodziców przeżywających śmierć dziecka, w wyniku samoistnego poronienia we wczesnym okresie ciąży czy też sztucznego ze wskazań medycznych. A mimo wszystko jest to poważne przeżycie, nierzadko fatalne w skutkach dla kobiety, jej męża, czy innych członków rodziny, szczególnie gdy jest to sytuacja kilkakrotnie powtarzająca się, często oznaczająca nie tylko śmierć nienarodzonego dziecka, ale też zniszczenie planów i marzeń „bycia matką i ojcem” [8]. Rodzice czują się winni, zawiedzeni, zwłaszcza, że najczęściej nie mają możliwości pochowania dziecka. Inną wstrząsającą, często powodującą wycofanie z życia, sytuacją jest śmierć okołoporodowa, czyli urodzenie martwego płodu albo zgon noworodka w ciągu pierwszych dni życia [8]. W przypadku śmierci prenatalnej rodzice czują niedowierzanie, nie są w stanie pojąć, iż maleństwo przestało się rozwijać, stają się bezradni, często mają wyrzuty sumienia, uważają, że to ich wina i przez wiele miesięcy, a nawet lat żyją z tym przygnębiającym uczuciem. Nierzadko cała sytuacja wydaje się być nierealna, oderwana od rzeczywistości, rodzice mają wrażenie, że to tylko zły sen i gdy obudzą się będą dalej szykować do narodzin pociechy. Strata w wyniku śmierci płodu w łonie matki nie pozostawia rodzicom wspomnień związanych z dzieckiem, jedynie co zostaje w pamięci to czas ciąży, który w retrospektywie jest niezwykle bolesny, iż zakończył się utratą, a nie narodzinami. Ważne jest aby stworzyć wrażenie realności wydarzenia, mimo że jest to niezwykle trudne i męczące, jednak dzięki temu rodzice mają szansę w pełni przerobić stratę [8]. Jednym ze sposobów, aby to zrealizować jest pogrzeb, czyli szczególnie istotny i mający duże znaczenie element, zwłaszcza dla rodziców wierzących, ponieważ po pierwsze, jest to symbol jak bardzo ważne jest zmarłe dziecko, a po drugie, mogiłka może stać się miejscem „spotkania” z dzieckiem w chwili słabości i fali ogarniającej goryczy i rozpaczli [8].

Jeszcze jedną znaczącą sytuacją, godną rozpatrzenia, a często pomijaną, jest śmierć łożeczkowa, czyli zgon podczas snu pozornie zdrowego niemowlęcia. Śmierć ta ma charakter nagły i dlatego bardzo rani rodziców [8], którzy czują winę, że nie byli w stanie uchronić dziecka, wyczuwają ciężar długo prześladowanej odpowiedzialności za tę „cichą śmierć”. Matka i ojciec po tym zdarzeniu często mają uczucie niekończącego się lęku. Dodatkowym

stresorem w takiej sytuacji jest obowiązek odpowiadania na pytania lekarzy i prokuratora, którzy zobowiązani są do sprawdzenia, czy przyczyną śmierci nie był brak troski i dbałości. I mimo że najczęściej żadne z rodziców nie jest winne, zaistniała sytuacja jest nierzadko odbierana przez nich jako dodatkowy powód, aby oskarżać siebie o śmierć dziecka, zarzucać niedostateczną staranność w opiece nad nim [8].

Nieco inaczej, ale nie mniej boleśnie i przenikliwie przeżywają rodzice odejście dorosłego dziecka. Niewiele uwagi poświęca się takiej tęsknocie, a jednak dla rodziców, którzy byli przekonani, że to dziecko ich pochowa, a nie odwrotnie, bycie świadkami pogrzebu dorosłego syna lub córki jest potężnym uderzeniem i nieszczęściem. Strata jest nieraz nie do zniesienia, szczególnie gdy doszło do niej nagle, gdy rodzice są w starszym wieku, czy też potrzebują opieki, którą zmarłe dziecko sprawowało. Kiedy umiera dorosły człowiek, który ma własną rodzinę, społeczeństwo kieruje uwagę w stronę współmałżonka zmarłego i ich dzieci, a uczucia jego rodziców są marginalizowane, ponieważ zazwyczaj się uważa, że osoba starsza inaczej, mniej dotkliwie odczuwa smutek po stracie, bowiem już niejednokrotnie miała do czynienia ze śmiercią bliskich i w pewnym stopniu uodporniła się, a też fakt, że osoba starsza jest bliżej odejścia do wieczności powinien, zdaniem otoczenia, zmieniać jej odbiór i reakcje na śmierć [8]. Niekoniecznie jest to zgodne z prawdą, gdyż ilekroć przechodzi się stratę za każdym razem odczuwa odmienne emocje, inaczej postrzega problem, albowiem nie można się nauczyć nie reagować na śmierć, zwłaszcza osób bliskich, czy wyprodukować osłonę, niewrażliwą na utratę.

Śmierć dziecka jest trudnym doświadczeniem, porównywalnym do bomby, która niszczy świat rodziców. Droga do akceptacji życia bez dziecka jest długa, mroczna i bardzo ciemna, zarazem jest to dla rodzica podróż w głąb siebie, pełna refleksji i rozważania, aż do momentu pogodzenia się ze stratą, chociaż nie oznacza to całkowitego zagojenia się rany, do samego końca i matka, i ojciec odczuwają pustkę, szczególnie dotkliwą w dni świąteczne [14].

Smutek z powodu śmierci samobójczej

Samobójstwo jest przerażającym zjawiskiem, dotyka nie tylko osobę, która postanowiła zakończyć swoją ziemską wędrówkę na własne żądanie, ale też jej najbliższych i przyjaciół. Nierzadko jest to sytuacja spowodowana długotrwałą, wyniszczającą chorobą, niepowodzeniami w życiu, bezrobociem, czy brakiem wsparcia. Jednak nieraz nie da się znaleźć uchwytnej przyczyny odebrania sobie życia, wówczas śmierć taka jest szokiem, zaskoczeniem dla rodziny i przyjaciół. Statystycznie 80% ofiar samobójstw ma

zdiagnozowane schorzenie psychiczne [17], jednak nie warto zapominać, iż każda osoba, nawet bez rozpoznanego zaburzenia z kręgu psychiatrii, przeżywająca trudny okres życiowy jest w grupie ryzyka i może wymagać pomocy.

Żałoba po śmierci samobójczej radykalnie się różni od każdej innej. Na pierwszy plan wysuwa się próba znalezienia winnych, nawet jeśli owych nie było. Żałobnik po stracie bliskiego w wyniku samobójstwa ma silne wyrzuty sumienia, wątpliwości, czy mógł zrobić cokolwiek, aby uratować zmarłą osobę. To brzemie niepewności prześladowe i nie daje spokoju nieraz aż do końca życia. Innymi trudnymi emocjami są złość, gniew skierowany w stronę samobójcy, a także wstyd, bowiem wydarzenie to pozostawia ślad na całej rodzinie [17]. Osobę, przeżywającą takiego typu żałobę, nurtuje często retoryczne pytanie „Dlaczego to się wydarzyło, co jest przyczyną?”, jednak dokładną odpowiedź na nie zna jedynie zmarły.

Charakter smutku z powodu śmierci samobójczej jest specyficzny, niepodobny do innych, po pierwsze dlatego, że często jest to odejście nagłe, bliscy nierzadko nawet nie przepuszczają, że podobna sytuacja może zaistnieć, po drugie metody popełnienia samobójstwa są różne, niektóre bardzo okrutne, jak na przykład skok z wysokości, szokujący widok ciała pozostaje w pamięci do końca życia, nie pozwala w pełni przerobić smutku i straty, co jakiś czas pojawia się przed oczami i odświeża straszne wspomnienia, po trzecie w związku z czynem samobójczym uruchamiany jest proces śledczy, a więc rodzina samobójcy jest pozbawiona możliwości prywatnie, w małym gronie przeżyć ten trudny, przytłaczający okres. Brak nieoficjalności związany z obecnością policji, prokuratora wzmacnia istniejące napięcie w rodzinie i jest przyczyną dodatkowego stresu, a nagłośnienie sprawy staje się dopełniającym ciosem, wytrącającym z równowagi [8].

Raz jeszcze warto podkreślić, że śmierć samobójcza jest dużą traumą dla najbliższych, często bywa początkiem separacji, odizolowania się od otoczenia, a przyczyną takiego zachowania staje się zawstydzenie, bezradność, ale też strach, że inni nie są w stanie zrozumieć bólu, spowodowanego samobójstwem. Często rodzina samobójcy boryka się z potępieniem i niezrozumieniem ze strony innych, brakiem wsparcia i możliwości pozbawienia się ciężaru smutku.

Dziecięca żałoba

Słowa Philippe Aries „*Kiedyś tłumaczyło się dzieciom, że ich małą siostrzyczkę przyniósł bocian. Kiedyś stały przy łóżku umierającego dziadka. Teraz dzieci bardzo wcześnie dowiadują się, w jaki sposób przyszły na świat. Ale gdy umiera ich dziadek, trzyma się je z*

daleka, a potem tłumaczy, że dziadek zasnął w pięknym ogrodzie, wśród kwiatów” [8] w pełni obrazuje rzeczywistość i tendencję do oszczędzania dzieciom doświadczenia straty. Dorośli często są przekonani, iż dzieci nie są w stanie zrozumieć, czym jest śmierć i żałoba, a więc starają się na ten temat nie rozmawiać, udawać, że nic ważnego się nie wydarzyło, posługiwać się wyrazami typu „dziadek zasnął, babcia wyjechała”. Jednak jest to zachowanie błędne i może być przyczyną wielu szkód. Dziecko, o ile rodzic czy inna osoba dorosła pomaga mu w przeanalizowaniu straty, potrafi dobrze sobie poradzić z jej przeżywaniem. Owszem, ważnym czynnikiem, mającym wpływ na zdolność przerobienia żałoby i akceptacji smutnego wydarzenia jest etap rozwoju dziecka [8]. Ukrywanie przed nim bolesnego zdarzenia, jakim jest śmierć bliskiej osoby nie rozwiązuje problemu, a może być przyczyną zaburzonego rozwoju i błędnych reakcji w przyszłości. Dziecko powinno wiedzieć, że śmierć nie jest wrogiem, czy więzieniem, lecz ostatnim etapem życia, nieuniknionym doświadczeniem.

Warto podkreślić, że dzieci bardzo otwarcie wyrażają swoje emocje i czasami reagują nadmierną agresją na stratę, skierowaną w różnych kierunkach, ofiarami ich gniewu często padają osoby z najbliższego otoczenia, jednak nie wynika to z zamiaru zdenerwować rodzica, dziadków, czy kogokolwiek innego, tylko z niedostatecznych umiejętności w sztuce kontrolowania emocji. Dziecko, będące w okresie żałoby potrzebuje szczególnej uwagi i obecności bliskiej, kochanej i kochającej osoby [8].

Nie warto lekceważyć faktu, jak nieraz bardzo potrafią dzieci pomóc rodzicom pokonać smutek i wrócić do terażniejszości, a nie tkwić w przeszłości. Współpraca rodzic - dziecko w okresie żałoby jest niezwykle ważna dla obu stron, ból od straty nie jest mniejszy, ale przeżyć go jest łatwiej gdy jest towarzysz, obecność którego daje siłę iść do przodu.

Patologiczna żałoba

Czas potrzebny na pogodzenie się z odejściem osoby bliskiej jest zależny od wielu czynników, między innymi czy była to śmierć nagła czy poprzedzona długotrwałą chorobą, czy jest zgodna z naturalnym cyklem życia, czy nie. Niezwykle trudne do „odżałowania” i zaakceptowania są śmierci dzieci, osób młodych, bowiem pozostawiają one głębokie blizny i uczucie niekończącej się samotności, generują wrażenie bezradności, bezsilności i bezbronności wobec losu [18]. Smutek po stracie osoby bliskiej jest reakcją dosyć typową, a wyzwolenie całej gamy uczuć - naturalne, nie jest niczym wstydliwym, czy godnym potępienia. Czas potrzebny, aby się przystosować do nowej sytuacji i zaakceptować bolesne wydarzenie dla każdego człowieka jest inny. Warto zauważyć, że przebieg żałoby nie jest

liniowy, a właściwie falowy [7]. Na początku, bardzo silny, przeszywający ból stopniowo maleje, co, owszem, nie oznacza, że znika całkowicie, niejednokrotnie, nawet bez uchwytnej przyczyny nawraca, nieraz z większą mocą. Dezorientacja, uczucie wirowania i „zapadania się ziemi pod nogami” z biegiem czasu stają się mniej uciążliwe, a chęć wyłączyć się, przespać czas żałoby powoli zanika. Z dnia na dzień żałobnik zaczyna iść do przodu, mimo że na początku wygląda to jak procesja z Echternachu, czyli dwa kroki do przodu, jeden do tyłu [14]. Stopniowo po okresie niedowierzania, zaprzeczania, agresji, gniewu, złości i rozpacz następuje etap pogodzenia się i adaptacji do braku bliskiej osoby, powoli z powrotem zostaje uruchamiana umiejętność odczuwania radości i satysfakcji z życia [7,8,14]. Tak najczęściej przebiega niepowikłana żałoba.

Jednak ok. 10% żałobników [7], przeżywających odejście bliskiej, odgrywającej dużą rolę w ich życiu osoby prezentuje silną niemożność aprobaty utraty, mówi się w takim przypadku o żałobie patologicznej [19], aczkolwiek w piśmiennictwie definicja pojęcia „powikłana żałoba” nie jest jednoznacznie określona, a kryteria, na podstawie których się rozróżnia patologiczną żałobę od prawidłowej są często uważane za niedokładne [20]. W niektórych wypadkach „powikłana żałoba” jest związana z zahamowaniem smutku i emocji po utracie, próbą trzymania się z dala od rzeczywistości, blokowaniem procesu otworzenia umysłu na rozumienie i akceptację straty [19,20]. Takie nieraz przesadne odseparowanie jest protestem przeciw nieuniknionej konieczności uznania realności śmierci. Wewnętrzne zahamowanie przerobienia straty może stać się przyczyną zaburzeń snu, stanów lękowych i depresyjnych [7]. W innych przypadkach okres smutku się przedłuża, przybiera postać przewlekłą, a jego objawy - frustracja, strach, spadek masy ciała, osamotnienie - są takie, jak w żałobie niepowikłanej [19,21]. Bardzo intensywne przeżywanie utraty charakteryzuje się odsunięciem własnego życia na margines, idealizowaniem osoby zmarłej. Cierpienie staje się nierozłącznym towarzyszem, każda pozytywna emocja jest traktowana jako zdrada. Wzrastające napięcie wewnętrzne, związane z poczuciem winy, obsesyjne myśli, iż bez osoby zmarłej własne życie nie ma sensu, a wraz z jego ciałem złożono do grobu i pochowano marzenia i cele nieraz jest przyczyną nieadekwatnych zachowań, autoagresji i samobójstw [7,20,22].

Należy raz jeszcze podkreślić, że obie wyżej opisane sytuacje mają być traktowane jako patologiczne, a osoby w taki sposób reagujące na śmierć bliskiego ich sercu człowieka często nie są w stanie bez profesjonalnej pomocy psychologicznej wrócić do normalnego funkcjonowania [7].

Nieuznana strata

Nieuznana utrata, czyli sytuacja, w której smutek spowodowany śmiercią kogoś bliskiego jest uważany przez społeczeństwo za stygmatyzujący albo też nieistotny, a sama strata niegodna odżałowania. Pogląd taki blokuje przerobienie żałoby, która w oczach otoczenia jest niewartościowa [8]. W konsekwencji, osoba przeżywająca odejście ważnego dla niej obiektu jest pozbawiona możliwości otwarcie powiedzieć o swoim bólu, cierpieniu, a brak szansy na „odchorowanie” straty stopniowo prowadzi do izolowania się, wycofania, poczucia bycia samotnym nawet wśród najbliższych. Nadal w niektórych środowiskach za stratę nieistotną, niepotrzebnie opłakiwaną uważane są poronienia i urodzenia martwe. Mimo że przez społeczeństwo taka strata często jest traktowana jako nieznaczająca, dla rodziców, którzy przeżywają śmierć nienarodzonego dziecka, mogą to być najgorsze momenty życia, największe wyzwanie i konieczność borykania się z wieloma problemami natury psychologicznej i fizycznej [8,20]. Natomiast za utraty stygmatyzujące, w małym stopniu akceptowane albo wcale nieakceptowane przez otoczenia, uważane są - śmierć w wyniku AIDS, alkoholizmu, śmierć samobójcza [19]. Również do tej grupy „żałoby pozbawionej praw” [20] zalicza się sytuacje, gdy relacja między żałobnikiem a osobą zmarłą jest potępiana, jak w przypadku związków homoseksualnych albo pozamałżeńskich, czy też uważana za nie na tyle bliską, aby odczuwać smutek i żal, na przykład po śmierci eks-małżonka, chociaż nieraz rozwód nie oznacza zakończenia relacji i braku miłości, odejście do wieczności byłego współmałżonka jest odbierane i traktowane jako duża utrata, pozostawiająca po sobie pustkę [8,20]. Przekonanie środowiska, że straty w przypadku śmierci w związku niezgodnym z przyjętymi w społeczeństwie zasadami nie mogą być uznawane jest niedoskonałe. Są pary, które żyją bez ślubu, zdarzają się też związki pozamałżeńskie i fakt, że takie stosunki nie są zalegalizowane, nie minimalizuje poczucia rozpacz po stracie [8]. Te wyżej przedstawione i opisane powody pozbawienia prawa do smutku mają podłoże społeczne, jednak trzeba zaznaczyć, że nie tylko otoczenie może być przyczyną nieuznania straty, czasami żałobnik sam nie chce pozwolić sobie na odczuwanie smutku, ponieważ uważa go, na przykład, za wstydlivy. Przykładem sytuacji, gdy to często żałobnik czyni utratę nieuznaną jest śmierć zwierzęcia [8]. Nierzadko takie wydarzenie bywa bardzo wstrząsającym przeżyciem, zwłaszcza gdy zwierzak był traktowany jako członek rodziny, a więc z nim charakteryzowała się niezwykle siłą [23]. Pomimo to osoba przeżywająca śmierć domowego ulubieńca chowa swój ból, a oprócz wysuwającego się na pierwszy plan zawstydzienia, przyczyną takiego postępowania jest lęk przed byciem wyśmianym i niezrozumianym [8].

Podsumowując, brak uznania żałoby i pozbawienia prawa jej przeżycia może być przyczyną chronicznych zaburzeń emocjonalnych, związanych z wewnętrznym ukryciem negatywnych emocji i brakiem możliwości uruchamiania mechanizmów adaptacyjnych w przełomowym okresie po śmierci bliskiego.

Żałoba jako przyczyna chorób

Intensywne negatywne emocje, związane z utratą bliskiej osoby mogą być przyczyną rozwoju nowych, ujawnienia się wcześniej niemych klinicznie albo zaostrzenie przewlekłych schorzeń. W sferze fizycznej żałobnik może się skarżyć na bóle głowy, brzucha, uczucie ściskania, pieczenia w klatce piersiowej, duszność [22]. Osoba przeżywająca stratę i pogrążona w smutku jest szczególnie narażona na zaburzenia sercowo-naczyniowe, zwłaszcza jeśli owe już miały miejsce wcześniej, zwyżki ciśnienia tętniczego, omdlenia, zmniejszenie koncentracji, które może być przyczyną nieszczęśliwszych wypadków, a także zaburzenia pamięci, halucynacje słuchowe i/lub wzrokowe [7,22]. Uczucie opuszczenia, bycia samotnym nawet wśród ludzi, pragnienie zapomnienia o utracie nieraz staje się przyczyną coraz to częstszego zaglądania do kieliszka, przy czym można zaobserwować taką tendencję nawet wśród osób, które nigdy wcześniej nie spożywały alkoholu. Jest to próba ucieczki przed smutkiem, reakcja obronna na uczucie beznadziejności i porzucenia przez osobę zmarłą. Czasami żałobnik czuje się, jakby świat został wyludniony, nie może znaleźć źródła wsparcia, a alkohol traktuje jako środek działający znieczulająco i przeciwbólowo. Inną niebezpieczną sytuacją jest nadużywanie środków psychoaktywnych, uważanych za pogromcę stresorów [7].

Stan emocjonalny osoby przeżywającej smutek po stracie może być na tyle chwiejny, a gniew, lęk, poczucie winy bardzo pochłaniające, że pod ich wpływem zaczyna się myśleć o samobójstwie jako przepustce do osoby zmarłej. Takie zachowania raczej wskazują na rozwój epizodu depresyjnego, dotyczącego ok. 7-10% osób [7]. Jednak należy podkreślić, że rozpoznanie depresji w przebiegu żałoby bywa dosyć trudne. Sugeruje się, że o tej diagnozie należy myśleć, gdy przygnębienie i obniżenie nastroju trwają ponad dwa miesiąca, pozytywne emocje są lekceważone i traktowane jako zdrada, a także występują inne, typowe dla depresji objawy, czyli zaburzenia snu, pogorszenie funkcji poznawczych, próby i tendencje samobójcze [7,24,25]. Ważne jest odpowiednio wczesne zdemaskowanie wyżej opisanego stanu, ponieważ konsultacja psychiatryczna w danej sytuacji ma kluczowe znaczenie. Depresja w przebiegu żałoby wymaga terapii, niewłączenie której może być przyczyną przedłużonego cierpienia i trwałych następstw w przyszłości. Na pierwszym miejscu jest

psychoedukacja i wsparcie, a dopiero przy braku efektów, w ciężkich stanach, a także, gdy ryzyko samobójstwa jest szczególnie wysokie rozpoczyna się leczenie farmakologiczne [7].

Reasumując, żałoba jest doświadczeniem bardzo dotkliwym i bolesnym, nierzadko wymagającym interwencji psychologa, lekarza, a w przypadku osób wierzących też kapłana.

Wspieranie osób w żałobie

Żałoba jest czasem przemyślenia znaczenia i sensu egzystencji, nieraz korektą, a w niektórych przypadkach też diametralną zmianą priorytetów [8,14]. Nierzadko ten etap zmienia życie o 180 stopni, czyli staje się przełomowym momentem refleksji, drogą do nowego światopoglądu. Osoba przeżywająca trudne chwile po stracie szczególnie potrzebuje wsparcia ze strony bliskich. Niekiedy zwykłe dotknięcie ręki czy wspólne milczenie może stać się środkiem uśmierzającym ból utraty [8,14].

Ważnym czynnikiem, który może albo skrócić albo znacznie wydłużyć okres adaptacji do nowej rzeczywistości jest obecność kogoś, kto jest w stanie wesprzeć, pomóc w walce z negatywnymi emocjami, a także w szukaniu nowego sensu istnienia, aby po zakończeniu okresu żałoby mieć siłę wyruszyć w dalszą podróż ścieżkami życia, patrząc w przyszłość, zachować w pamięci obraz zmarłego, nie traktować przeszłości wyłącznie jako krzyż i źródło bólu, ale jako skarbnicę radosnych wspomnień, przeżytych razem z osobą, która odeszła, aby ponownie otworzyć się na życie i czerpać z niego szczęśliwe chwile [8,14]. Ten aspekt - udział podopory emocjonalnej w okresie straty - jest niezwykle ważny, ponieważ duży odsetek osób pogrążonych w żałobie odczuwa lęk przed kolejną śmiercią osoby bliskiej, też przed własnym odejściem, skarży się na niepokonowaną obawę, że coś złego powinno się wydarzyć [8,14]. Pomoc w przystosowaniu się do utraty może, a czasami musi, być wielokierunkowa - ze strony krewnych, przyjaciół, znajomych, psychologa, w przypadku osób wierzących - kapłana, a w sytuacjach szczególnie trudnych psychiatry, ale też lekarza rodzinnego czy innych specjalistów [8,19].

Idealnie by było, gdyby wszystkie, albo prawie wszystkie wyżej wymienione osoby, były w razie potrzeby do dyspozycji żałobnika, stawały się jego nicią Ariadny, pomagały w dążeniu do stanu akceptacji straty i pogodzenia przeszłości z przyszłością. Jednak projekt taki jest tylko w niektórych przypadkach możliwy do zrealizowania, ponieważ często brak czasu, chęci, doświadczenia w podobnej sytuacji wysuwa się na pierwszy plan i hamuje proces wspierania.

Rola przyjaciół i znajomych

W sytuacji, gdy prawdziwy przyjaciel osoby przeżywającej stratę, dowiaduje się o bolesnym zdarzeniu, które miało miejsce w życiu jego towarzysza, zupełnie naturalną reakcją jest chęć okazania współczucia. Jednak nieraz same pragnienie wyrażania tego uczucia nie bywa wystarczające, albowiem można nie wiedzieć, w jaki sposób to zrobić, jak znaleźć właściwe słowa, aby wesprzeć, a nie mimo dobrych chęci urazić [8].

Kupione kartki z „serdecznymi wyrazami współczucia” nie odzwierciedlają troski i smutku, a przez żałobników nierzadko są traktowane jako standardowy gest uprzejmości, a nie próbę pocieszenia i okazania uczuć. Zdaniem autorów lepszym sposobem na wyrażenia współczucia jest napisany od siebie list z kondolencjami [8]. Nadanie bólowi i smutkowi właściwych słów wymaga czasu i dużego zaangażowania, więc napisanie uprzejmego listu nie jest łatwe. Jednak dobry list, pełny empatii jest dla żałobnika źródłem pocieszeniem, wyrazem szacunku dla osoby zmarłej [8].

Oprócz okazywania słów otuchy na piśmie, ważna jest też obecność [8]. Warto zaznaczyć, że żałobnik często potrzebuje osoby słuchającej, dobrze by było, aby najbliższy przyjaciel tę rolę pełnił, jednakże słuchanie jest sztuką, nie każdy chce, może ją pojąć i jako skutek nie jest w stanie takiego typu pomocy zaoferować [8].

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż żałoba może stać się dużą próbą dla przyjaźni, a czasami przyczyną jej zakończenia. Powody zaistnienia takiej sytuacji są różne, nieraz przyjaciel osoby trwającej w smutku z powodu straty, zaczyna w jej obecności czuć dyskomfort, przestaje odwiedzać żałobnika, a każdą próbę podzielenia się zmartwieniem traktuje jako zbyt duże obciążenie i reaguje standardowymi powiedzeniami: ”Czas leczy rany”, ”Powinieneś przestać o tym myśleć” [8].

Jednakże nierzadko można zaobserwować sytuację, gdy to żałobnik prowokuje konflikt z przyjacielem, nie chce widzieć go w roli osoby wspierającej w trudnym okresie, rezygnuje z pomocy w znalezieniu nowej drogi życia. W takim przypadku, dobre chęci napotykać niezadowolenie, irytację, złość. Wynika to w dużej mierze z przekonania żałobnika, że osoba nie będąca w dokładnie takiej samej sytuacji, nie jest w stanie zrozumieć uczuć i doświadczyć smutku, który paraliżuje, przygnębia, przytłacza swoim ciężarem.

Żałoba jest trudnym egzaminem dla przyjaźni, jednak często akurat ten sprawdzian pozwala rozpoznać fałszywych przyjaciół i pozbyć się toksycznych relacji.

Rola duszpasterza

Dla osób wierzących wsparcie ze strony kapłana, wspólne rozważania sensu egzystencji, rozmowy o śmierci jako początku nowego etapu życia mogą przyspieszyć akceptację rzeczywistości, ułatwić dostosowanie się do nowej sytuacji. Towarzyszenie w żałobie jest jednym z najtrudniejszych zadań duszpasterza. Nieraz żałobnik potrzebuje cyklicznych spotkań z kapłanem, a poprzez jego otwartość i umiejętność słuchania stopniowo przezwycięża własny smutek. Często ksiądz jest pierwszą osobą, której rodzina, pogrążona w smutku, zdecyduje się opowiedzieć historię życia i umierania zmarłego [26].

Również bardzo ważnym elementem żałoby dla osób wierzących są rytuały nadające smutkowi kształt i obrzędy – pogrzeb jako potwierdzenie realności faktu śmierci [8], nabożeństwa za zmarłą osobę [26]. Jednak w niektórych środowiskach obrzędy te są traktowane jako przestarzałe i nieaktualne, w takiej sytuacji nieakceptowania ze strony otoczenia, żałobnik może potrzebować jeszcze większego wsparcia ze strony księdza [26]. Należy zaznaczyć, że przypadkami wzmożonego zapotrzebowania na udział duszpasterza w przeżywaniu żałoby, na jego troskę i opiekę są śmierć dziecka, samobójcza, a także strata nieuznana, czyli doznanie bólu odejścia przez osoby, będące w związku nieformalnym, homoseksualnym czy żyjące bez ślubu kościelnego [26]. Brak wsparcia ze strony otoczenia albo w niektórych przypadkach konieczność chowania uczuć może być bodźcem do szukania pomocy w Kościele. Tajemnica obowiązująca duszpasterza pozwala osobom w żałobie otwarcie mówić o wewnętrznym napięciu, całej gamie rozmaitych emocji, ukrytych przed wszystkimi [26]. Pomoc pastoralna nierzadko jest kluczowa dla osób dotkniętych śmiercią bliskich, które czują się samotne i pozbawione sensu, a więc nie należy o niej zapominać albo się jej bać.

Praca psychologa z rodzinami w żałobie

Żałoba po śmierci osoby bliskiej jest reorganizacją życia, aczkolwiek, aby uświadomić, a potem to zrealizować często jest potrzebna pomoc psychologa, która powinna być nakierowana na każdego członka rodziny indywidualnie, a nie tylko na rodzinę jako całość. Różne osoby inaczej przeżywają smutek, ciężar którego zależy od siły więzi ze zmarłym, od relacji z nim [19]. Nie zawsze stres, związany z odejściem do wieczności kogoś bliskiego, zachęca członków rodziny do integracji, zapomnienia o ewentualnych nieporozumieniach czy konfliktach w przeszłości. Zdarza się, że krewni są niebywale

oszołomieni, roztargnieni i pogrążeni w rozpacz, każdy z nich zamyka się we własnym pancerzu, w konsekwencji nie dochodzi do współpracy i wspierania się nawzajem. W takim przypadku istotne jest zasięgnięcie rady psychoterapeuty. Specjalista jest w stanie określić, w jakim stadium przerobienia straty jest każda z osób, przeżywająca ból rozstania, uwzględniając fakt, czy śmierć była nagła, czy poprzedzona chorobą przygotowującą do nieuniknionej konieczności odejścia, może wdrożyć odpowiednie postępowanie terapeutyczne. Z prac Walsh i McGoldrick wynika, iż psycholog powinien razem z rodziną stopniowo pokonywać kolejne fazy żałoby [18]. Ważnym, niezbędnym elementem terapii jest normalizacja kontaktów wewnątrzrodzinnych, nauka otwartego wyrażania uczuć, negatywnych i pozytywnych [19]. Istotnym celem pracy z psychologiem jest zmniejszenie poczucia winy, działającego destrukcyjnie na umysł [19], powodującego nierzadko zerwanie kontaktów rodzinnych i „zamrożenie” własnego życia. Spotkania z terapeutą, rozmowy o tym, co się wydarzyło stopniowo powodują „łagodzenie” objawów smutku, otwieranie się na nowe życie [19].

Oprócz spotkań sam na sam z psychologiem pomocne mogą się okazać grupy wsparcia, ponieważ są doskonałą szansą na poznanie ludzi, życie których również zostało zakłócone przez utratę osoby bliskiej. Takie zgromadzenie nieznajomych, ale przeżywających dużo podobnych emocji osób może przyspieszyć nastąpienie fazy akceptacji starty, pomóc w uświadomieniu, że mimo braku obecności fizycznej, nadal istnieje więź duchowa z osobą zmarłą.

Podsumowanie

Żałoba jest bardzo trudnym, wysoce zindywidualizowanym procesem, zdaniem badaczy, prowadzącym do reorganizacji życia, a nie rekonwalescencji i powrotu do stanu początkowego [20,27]. Jest to okres zadawania ciągle tych samych, często retorycznych pytań: „Dlaczego zmarł taki dobry człowiek, a nie jakiś złoczyńca?”, „Dlaczego w takim młodym wieku?”, „Dlaczego życie jest takie niesprawiedliwe?” [14].

Żałoba jest czasem bólu, przeżywania różnych emocji jednocześnie, energo- i czasochłonnym doświadczeniem smutku. Jednak stopniowo następuje moment uświadomienia, że osoba zmarła ciągle istnieje, lecz nie fizycznie, a duchowo - w myślach, wspomnieniach, snach, dokładnie wtedy nadchodzi chwila zamknięcia drzwi za tym życiowym etapem i otwarcie się na przyszłość.

Piśmiennictwo

1. Słownik Języka Polskiego. Tom 3, Szymczak M.(red.), PWN, Warszawa 1983, 1084.
2. Banout M. Żyć tak, jak chciałoby się umrzeć - czyli dlaczego warto rozmawiać o śmierci, <https://nieborak.wordpress.com/2016/10/21/zyc-tak-jak-chcialoby-sie-umrzec-czyli-dlaczego-warto-rozmawiac-o-smierci/> data pobrania 15.04.2018.
3. Arie's Ph.: Człowiek i śmierć, Wyd. PIW, Warszawa, 1989.
4. Bauman Z.: Śmierć i nieśmiertelność, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1998.
5. Ostrowska A.: Śmierć i umieranie, Wyd. Almapress, Warszawa, 1991.
6. Ogryzko-Wiewiórkowska M.: Rodzina w obliczu śmierci, Wyd. UMCS, Lublin, 1992.
7. Brudkiewicz P.: Żałoba i depresja w przebiegu żałoby, <https://psychiatria.mp.pl/choroby/91656,zaloba-i-depresja-w-przebiegu-zaloby>, data pobrania 15.04.2018.
8. Keirse M.: Smutek strata żałoba, Polskie Wydawnictwo, Radom, 2004.
9. Van der Klink J.J.L. (Red.): Psychische problemen en de werksituatie, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, Amsterdam, 1993.
10. Holmes T.H., Rahe R.H.: The social readjustment rating scale, The Journal of Psychosomatic Research. 1967, 11, 213–218.
11. Zisook S., Shuchter S., Lyons L.: Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood, The Psychiatric Clinics of North America, 1987, 19, 355–367.
12. Martikainen P., Valkonen T.: Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort, The American Journal of Public Health, 1996, 86, 1087–1093.
13. Tudiver F., Hilditch J., Permaul J.A.: A comparison of psychosocial characteristics of new widowers and married men., Family Medicine, 1991, 23, 501–505.
14. Keirse M.: Piętno smutku, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2005.
15. Sanders C.: Jak przeżyć stratę dziecka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2001.
16. Szymańska M., Chazan B.: Postawy pacjentek po niektórych niepowodzeniach prokreacyjnych, Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 2004, 40, 10–14.
17. Dudek D.: Samobójstwo, <https://psychiatria.mp.pl/choroby/76122,samobojstwo>, data pobrania 15.04.2018.
18. Walsh F., McGoldrick M. Loss and the family. A systemic perspective [in:] Living beyond loss, Walsh F., McGoldrick F., (ed.), W.W. Norton & Company. New York, London, 2004, 3–26.

19. Janusz B., Drożdżowicz L.: Śmierć i żałoba w rodzinie. Oddziaływania terapeutyczne, Psychoterapia, 2013, 2, 45-54.
20. Bielecka U.: Mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby, Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2012, 12, 62–66.
21. Starzomska M.: Patologiczna żałoba w standardowych systemach klasyfikacyjnych oraz dotyczące jej implikacje prewencyjne przy wykorzystaniu Berlińskiego Paradygmatu Mądrości, Psychiatria Polska, 2002, 36, 385–392.
22. Rogiewicz M., Buczkowski K.: Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby-rola lekarza rodzinnego, Polska Medycyna Paliatywna, 2006, 5, 21-29.
23. Walsh F.: Human-animal bonds II: The role of pets in family systems and family therapy, Family Process, 2009, 48, 481–499.
24. Borowiecka-Kluza J.: Depresja <https://psychiatria.mp.pl/choroby/69882,depresja>, data pobrania 15.04.2018.
25. Bryant R.A.: Żałoba jako zaburzenie psychiczne, Psychiatria po Dyplomie, 2013, 10, 30-32.
26. Krakowiak P.: Pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie jako zadanie duszpasterskie, Perspectiva, 2010, 2, 60-75.
27. Carnelley K.B., Wortman C.B., Bolger N., Burke C.T.: The time course of grief reactions to spousal loss: evidence from a national probability sample, Journal of personality and social psychology, 2006, 91, 476-492.

Opieka hospicyjna w Polsce i w Zambii - różnice i podobieństwa

Sarosiek Justyna¹, Kimszal Ewelina¹, Łukaszuk Cecylia²

1. Student studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wszyscy umieramy.

Świat to tylko hospicjum ze świeżym powietrzem.

- Stephen King

Wstęp

Opieka paliatywna to dziedzina zajmująca się wszechstronną i całościową opieką nad chorymi oraz leczeniem objawowym pacjentów z nieuleczalnymi schorzeniami, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie [1].

Celem objęcia chorego opieką paliatywną jest poprawa jego jakości życia, poprzez zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, a także łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych [1].

Ten rodzaj opieki jest często błędnie utożsamiany z opieką nad osobami u kresu życia i z tego powodu budzi on opór pacjentów [1]. Tymczasem „opieka paliatywna” jest pojęciem szerszym niż „opieka nad osobami u kresu życia”. Podczas gdy opieka u schyłku życia (*end of life care*) skierowana jest do osób bliskich śmierci (ostatnie tygodnie/dni życia), opieka paliatywna znajduje zastosowanie również we wcześniejszych stadiach postępujących przewlekłych chorób, równocześnie z leczeniem mającym na celu przedłużenie życia chorego [1].

Objęcie pacjenta opieką paliatywną jest właściwą decyzją bez względu na stan zaawansowania nieuleczalnej choroby działania takie, jak dążenie do poprawy jakości życia pacjenta przez leczenie objawowe oraz wielowymiarowe wsparcie dla niego i najbliższych mu osób można i powinno się podejmować w każdym momencie zmagania się z nieuleczalną chorobą [1].

Opieka hospicyjna w Zambii

W wielu częściach świata, w tym w Zambii, opieka hospicyjna i paliatywna figuruje jako nieistniejąca albo należy do rozwijającej się gałęzi medycyny. W Afryce subsaharyjskiej żyje około 5 miliardów ludzi z niedostatecznym dostępem lub bez dostępu do leków kontrolujących silny lub umiarkowany ból. Według danych z Worldwide Palliative Alliance zbyt często taka opieka po prostu nie jest dostępna, podczas gdy ponad 100 milionów osób skorzystałoby rocznie z opieki hospicyjnej i paliatywnej (w tym rodzina i opiekunowie, którzy potrzebują pomocy i pomocy w opiece) [2].

Opieka paliatywna jest pilnie potrzebna w Zambii, ponieważ liczba zachorowań na choroby niezakaźne, takie jak rak, choroby serca i cukrzyca stale wzrasta, a rozpowszechnienie wirusa HIV wynosi 13%.

Program opieki paliatywnej w Zambii ma na celu skuteczne promowanie rozwoju i świadczenia wysokiej jakości opieki paliatywnej przez podmioty świadczące opiekę zdrowotną i instytucje w celu poprawy jakości życia osób żyjących z ograniczającymi życie chorobami. Obecnie 75% kierowanych do szpitala onkologicznego jest w zaawansowanym stadium choroby. Dostęp do opieki paliatywnej stanowi ogromny problem w Afryce. W Zambii nie funkcjonuje system ubezpieczeń zdrowotnych, więc za każdą wizytę lekarską zarówno w szpitalu, jak i przychodni należy zapłacić. Nie istnieje także system ratownictwa medycznego, pacjentów bardziej wymagających wysyła się do Kenii albo Republiki Południowej Afryki.

Niestety system ten dotyczy także opieki długoterminowej oraz hospicyjnej [2].

Charakterystyka hospicjum w Zambii – Mother of Mercy Hospice

Hospicjum Matki Bożej Miłosierdzia (Mother of Mercy Hospice) powstało w 1997 roku i było pierwszym hospicjum w Zambii. Zostało ufundowane przez holenderskie małżeństwo i do dziś utrzymywane jest z datków prywatnych sponsorów. Główną misją hospicjum jest niesienie pomocy terminalnie chorym. Hospicjum znajduje się w odległości piętnastu kilometrów od Lusaki – stolicy Zambii - w małej miejscowości **Chilanga**. Chilangę i okolice zamieszkuje prawie 30.000 ludności. W tej to miejscowości znajduje się wspólnota misyjna Sióstr Boromeuszek, które poprzez prowadzenie hospicjum oraz różnorodną posługę starają się dopomóc ludziom w zmaganiu się z różnymi codziennymi problemami. Chociaż życie ludzi z Chilangi różni się od życia ludzi z innych miast, to problemy ludności są bardzo

podobne: brak dostępu do wody, brak środków materialnych do utrzymania rodziny, bezrobocie, które w konsekwencji prowadzi do głodu, braku możliwości edukacji dzieci, a także rozprzestrzeniania się różnych chorób. Większość ludzi żyje w skrajnej biedzie, której zakonnice starają się zapobiegać na ile potrafią. Tylko z pomocą ludzi dobrej woli i wsparcia z Polski, czy innych krajów siostry mogą chociaż w minimalny sposób dopomagać tamtejszej ludności.

Z powodu alarmującego wzrostu chorych na HIV/AIDS do hospicjum zaczęto przyjmować pacjentów zarażonych wirusem HIV oraz w końcowym stadium choroby, aby zmniejszyć liczbę chorych na AIDS, a tym samym zwiększyć dostępność wolnych łóżek w szpitalach. Na przestrzeni lat hospicjum stało się miejscem, gdzie przebywali pacjenci głównie chorzy na AIDS. Hospicjum działa w kraju rozwijającym się, w miejscu, którym żyją najbiedniejsi z biednych. Usługi, które są świadczone na rzecz społeczności są w zasadzie charytatywne. Hospicjum do dnia dzisiejszego funkcjonuje jako organizacja non-profit, która zależna jest wyłącznie od wsparcia donorów i osób prywatnych zarówno w kraju, jak i za granicą.

Hospicjum obecnie działa przy wsparciu ze strony:

- Ministry of Health
- Chilanga District Management Health Office
- Churches Health Association of Zambia
- Vision Zambia – United Kingdom

Struktura i organizacja pracy w hospicjum w Zambii

Hospicjum obecnie składa się z trzech sal: pierwsza- męska, druga - kobieca oraz trzecia- dziecięca. Sale są gotowe pomieścić od 8 do 10 pacjentów; w każdej z sal pacjenci mają dostęp do łazienki. Dodatkowo hospicjum posiada pokój badań, w którym dokonywane są przyjęcia pacjentów, salę opatrunkową, sekretariat, laboratorium oraz kuchnię, w której przygotowywane są dla nich posiłki. Służba zdrowia w Zambii nie jest darmowa, osoby, które chcą przebywać w hospicjum muszą ponosić koszty finansowe.

Pacjenci w momencie przyjęcia zobowiązani są do uiszczenia opłaty w wysokości 60 zł jednorazowo oraz dodatkowo za każdy tydzień pobytu - 30 zł. Większość pacjentów trafiających do hospicjum wymaga długoterminowej opieki, dlatego nie każdy decyduje się

na opiekę medyczną. Niestety, to sprawia, że ludzie chorzy umierają w trudnych warunkach, na ulicach oraz przedmieściach.

Pacjenci przebywający w hospicjum mają zapewniony stały dostęp do opieki. Mimo iż medycyna paliatywna w Zambii jest słabo rozwinięta, dziedzina ta wchodzi w skład kształcenia uczelni medycznych i jest jedną ze specjalności lekarskiej. W hospicjum odbywa się proces leczenia, który wymaga zatrudnienia wykwalifikowanego zespołu interdyscyplinarnego:

- felczer
- lekarz (kilka razy w tygodniu)
- pielęgniarki
- duchowny
- farmaceuta
- wolontariusz
- pracownik socjalny
- psycholog

Celem opieki paliatywnej w Zambii jest zapewnienie opieki medycznej, poprawa jakości życia pacjentów oraz ich rodzin, poprzez łagodzenie bólu fizycznego, psychicznego oraz społecznego od momentu postawienia diagnozy aż do śmierci i zakończenia żałoby. Kluczem postępowania terapeutycznego jest autonomia pacjenta, zespół powinien pracować w oparciu o podstawy życia socjalnego i kulturowego. Chociaż warunki socjoekonomiczne dużo odbiegają od realiów polskich hospicjów, hospicjum w Zambii stało się miejscem, gdzie pacjenci czują się bezpiecznie. Ze strony personelu medycznego mogą liczyć na pomoc i wsparcie w trudnych chwilach, zwłaszcza w końcowej fazie choroby. Trudnościami, z którymi mogą się borykać pacjenci oraz personel to: tymczasowy brak bieżącej wody, wstrzymanie dostępu do prądu elektrycznego oraz światła, niewystarczająca ilość leków na dany miesiąc.

Podstawą do korzystania z opieki paliatywnej w Zambii jest przewlekły, pogarszający się stan pacjenta, nie jest wymagane skierowanie od lekarza. Do hospicjum trafiają pacjenci, którzy w warunkach szpitalnych nie wykazują poprawy stanu zdrowia. Kwalifikowani są więc przez lekarzy do opieki paliatywno-hospicyjnej [2,3].

Opieka paliatywna w Zambii jest skierowana nie tylko do osób chorujących na nowotwory. Z powodu stałego braku wody, pożywienia i niskiej jakości życia, zachorowalność na inne jednostki chorobowe w ostatnich latach znacznie wzrosła. Obecnie w

Zambii z opieki hospicyjnej mogą skorzystać także pacjenci cierpiący z powodu innych przewlekłych, nieuleczalnych chorób, takich jak:

- AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności, wywołany wirusem HIV)
- gruźlica płuc
- mięsak Kaposiego
- zapalenie płuc
- malaria w postaci mózgowej
- kiła układu nerwowego

Opieka paliatywna podnosi wartość opieki zdrowotnej. Wpływa na podniesienie jakości życia pacjenta, tym samym oddziałując także na jakość życia jego rodziny. Z uwagi na fakt, że liczba osób zapadających na poważne i zagrażające życiu schorzenia stale rośnie, opieka paliatywna będzie odgrywała coraz większą rolę w dostarczaniu wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Wykazano przy tym, że wraz z jej dobroczynnym wpływem na dobrostan chorego i jego rodziny, jej zaangażowanie w proces terapii skutkuje znaczną redukcją kosztów leków, badań laboratoryjnych i pracy oddziałów intensywnej terapii [1,3].

Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna w Polsce – dane statystyczne

Hospicja i oddziały opieki paliatywnej zapewniają interdyscyplinarną opiekę nad pacjentem, która znajduje zastosowanie we wczesnych stadiach postępującej przewlekłej choroby z równoczesną terapią (paliatywną) mającą na celu przedłużenie życia chorego oraz ma zastosowanie w schyłkowym okresie życia chorego.

W 2016 roku funkcjonowało 80 hospicjów i 75 oddziałów opieki paliatywnej. Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponowały łącznie 34,9 tys. łóżek, czyli o 1,6% więcej niż w roku 2015. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 98,5 tys. osób, o blisko 0,1% mniej niż w 2015 r. Łącznie dysponowały one 2,9 tys. łóżek (o 6,8% więcej) i zapewniły opiekę 37,4 tys. osób (o 1,7% więcej niż w 2015 r.).

Wskaźnik wykorzystania łóżek w hospicjach wahał się od 276 dni w województwie świętokrzyskim do 351 w województwie pomorskim. Średnio dla kraju wyniósł 312 dni. Natomiast w oddziałach opieki paliatywnej wahał się od 248 w województwie lubelskim do 350 w województwie opolskim. Średnio w skali kraju wyniósł 309 dni.

Analiza struktury wieku osób przebywających w tych placówkach wykazała, że 75,9% pacjentów (25,1 tys.) to osoby w wieku 65 lat i więcej, z czego ponad połowę (58,3%) stanowiły osoby w tak zwanej późnej starości - 80-ladne i starsze. Pacjenci w wieku 41-64 lata stanowili blisko 1/5 podopiecznych, natomiast osoby do 40. roku życia niespełna 5%.

W 2016 r. w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej przebywało blisko dwa razy więcej kobiet (65,7%) niż mężczyzn, przy czym w grupie wiekowej 65 lat i więcej na jednego mężczyznę przypadały blisko 3 kobiety. Mężczyźni stanowili 34,3% ogółu pacjentów zakładów opieki długoterminowej i było ich więcej w młodszych grupach wiekowych. W wieku do 64 lat w zakładach tych przebywało 4,7 tys. mężczyzn (41,9% ogółu mężczyzn), podczas gdy kobiet było odpowiednio 3,2 tys. (15,0% ogółu kobiet do 64 lat) [4].

Struktura opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce

Opieka paliatywna ma już w Polsce prawie 30-letnią historię. Pierwsze zespoły opieki domowej w Gdańsku powstały w połowie lat 80-tych. Polska jest sklasyfikowana na 5. miejscu w Europie w zakresie rozwoju opieki hospicyjno-paliatywnej. Leczenie objawowe, leczenie paliatywne i medycyna - opieka paliatywna i hospicyjna stanowiące we współczesnej medycynie standard postępowania-są ważnymi składowymi całościowego leczenia i opieki onkologiczne, jak również powinny stanowić taki standard dla chorych z innymi ograniczającymi życie chorobami.

Polska posiada wiele ośrodków, w których sprawowana jest specjalistyczna opieka paliatywno-hospicyjna z wysoko wykwalifikowanym personelem medycznym, z dobrze wyposażonym sprzętem. Wprowadzono korzystne zmiany dotyczące szkoleń, poszerzenia dostępności zabiegów/procedur wykonywanych na oddziale medycyny paliatywnej oraz przygotowano ramy organizacyjne do wprowadzenia nowych form opieki paliatywnej (ośrodek dziennej opieki i szpitalny zespół wspierający). Mimo zastosowania tych udogodnień duże grono Polaków odczuwa swoisty lęk przed hospicjum, który utożsamia z zapowiedzią bliskiej śmierci, stanowi istotną przeszkodę w zgłaszaniu się cierpiących chorych do specjalistycznych ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej, i jest powodem umierania w nieuśmierzonych cierpieniach, w tym niepokoju, bólu i dusznościach [5].

W naszym kraju najlepiej rozwinięta jest hospicyjna opieka domowa dla dorosłych, która jest bezpłatna. Kwalifikują się do niej chorzy, których stan zdrowia ulega stałemu pogorszeniu i wymagają większego nadzoru lekarskiego oraz intensywnego leczenia objawowego ze względu na dynamikę narastających objawów. Zarządzenie z dnia 6 sierpnia

2008 roku wylicza jednostki chorobowe kwalifikujące do objęcia opieką hospicyjną dla dorosłych i dzieci. Nie rozgranicza ono procentowego udziału pacjentów z danymi jednostkami chorobowymi (jak to było robione wcześniej) [5].

Formy opieki paliatywno-hospicyjnej możliwe do zarejestrowania w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) w Polsce [6]:

- hospicja domowe dla dzieci i dorosłych
- hospicja stacjonarne dla dzieci i dorosłych
- oddziały medycyny paliatywnej
- dzienny ośrodek opieki hospicyjnej lub paliatywnej
- poradnie medycyny paliatywnej

Formy opieki związane z opieką paliatywno-hospicyjną w Polsce [6]:

- poradnia leczenia bólu
- poradnia leczenia ran
- poradnia leczenia obrzęku limfatycznego
- poradnia leczenia żywieniowego (dojelitowego).

Podstawą do korzystania z opieki paliatywno-hospicyjnej jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie wskazań medycznych, które określa sam lekarz kierujący. W przypadku potrzeby korzystania z więcej niż jednej formy opieki należy wystawić odpowiednią liczbę skierowań (do każdej jednostki oddzielnie), pamiętając o dokładnym jej scharakteryzowaniu, na przykład: hospicjum stacjonarne, hospicjum domowe czy poradnia medycyny paliatywnej. Przed wydaniem takiego skierowania należy poinformować o tym, że każdy chory musi podpisać świadomą zgodę na objęcie opieką hospicyjną. Jest to bezwzględny warunek przyjęcia do opieki paliatywno-hospicyjnej. W przypadku braku możliwości złożenia podpisu przez chorego może to uczynić jego opiekun prawny lub rodzina. Dzieci powyżej 16. roku życia również muszą wyrazić swoją pisemną zgodę na objęcie opieką paliatywno-hospicyjną [6].

Medycyna paliatywna została włączona do standardów kształcenia na różnych kierunkach studiów medycznych. Stanowi ona między innymi specjalizację lekarską, a opieka paliatywna jest jedną z wielu wśród specjalizacji pielęgniarских. Hospicja stacjonarne lub oddziały medycyny paliatywnej, hospicja domowe, a także poradnie medycyny paliatywnej

zatrudniają wielu specjalistów, w celu tworzenia interdyscyplinarnego zespołu do opieki paliatywno-hospicyjnej. W skład niego wchodzi [6,7]:

- pielęgniarka
- lekarz
- duchowny
- farmaceuta
- wolontariusz
- rehabilitant
- pracownik socjalny
- psycholog.

Rodzaje schorzeń w opiece paliatywno-hospicyjnej w Polsce

Od wczesnych lat 80. medycyna paliatywna rozwijała się głównie jako pomoc dla chorych na nowotwory, mimo że liczne i niekiedy trudne do leczenia objawy, które mogły znacznie pogarszać jakość życia pacjentów, występują równie często w przebiegu wielu innych chorób przewlekłych [8].

Chociaż katalog jednostek chorobowych kwalifikujących dorosłych pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmuje aż 7 pozycji, to w praktyce wygląda to zupełnie inaczej, ponieważ zdecydowaną większość podopiecznych hospicjów stanowią osoby z zaawansowaną chorobą nowotworową. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały zdefiniowane w polskich przepisach prawnych jako wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe osób chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące i ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Z wyżej opisanych świadczeń może korzystać wyłącznie ściśle określona i ograniczona grupa pacjentów u kresu życia, u których stwierdzono co najmniej jedną z jednostek chorobowych zawartych w wykazie, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wymienia on: nowotwory, choroby wywołane przez wirus HIV, następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatie, niewydolność oddechową niesklasyfikowaną

gdzie indziej i owrzodzenie odleżynowe. Natomiast chorzy, którzy zmagają się z bólem lub innymi objawami chorób przewlekłych, a nie spełniają wyżej opisanych kryteriów, nie są uprawnieni do korzystania ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. System ochrony zdrowia oraz standardy postępowania w zakresie poszczególnych dziedzin medycyny z reguły nie oferują tym chorym świadczeń ukierunkowanych na zwalczanie uciążliwych objawów [7].

Leczenie paliatywne jest ukierunkowane na niesienie ulgi w cierpieniu - uśmierzanie dolegliwości i jest ważną składową leczenia objawowego (np. paliatywna radioterapia u chorych z bólem kostnym w przerzutach do kości ma działanie przeciwbólowe). Zapobieganie cierpieniu można zmniejszyć poprzez wczesne rozpoznawanie objawów i ich skuteczne leczenie. Istotne znaczenie odgrywa tutaj właściwa, oparta na prawdziwej komunikacji rozmowa pomiędzy chorym i rodziną, a także zespołem opiekującym się pacjentem. Zapobiega to występowaniu sytuacji samotności emocjonalnej, a jeżeli wprowadzi się odpowiednio dostosowaną do potrzeb i możliwości chorego rehabilitację i terapię kreatywną, można pomóc zwalczyć złe chwile w życiu chorego. Istotne znaczenie w komunikowaniu się werbalnym i niewerbalnym odgrywa umiejętność empatycznego wysłuchania skarg chorego i jego bliskich, jak również dotyk, ale i milczenie osoby z personelu medycznego i wolontariuszy towarzyszących choremu [8,9].

Podsumowanie

Oba kraje: Zambia i Polska mają wspólny cel w opiece nad pacjentem, który polega na złagodzeniu, zmodyfikowaniu oznak, w tym objawów postępującej, nie poddającej się leczeniu przyczynowemu choroby przewlekłej o niekorzystnym rokowaniu, w tym również zaawansowanej choroby nowotworowej.

Różnice są widoczne natomiast w zakresie występowania skrajnie różnych warunków sanitarnych. W Polsce mamy również bezpłatną opiekę paliatywno-hospicyjną, natomiast w Afryce należy za nią zapłacić, a mimo tego Polacy boją się korzystać z proponowanej opieki, ponieważ kojarzą ją jedynie z miejscem umierania. Również kwalifikacja przyjęcia pacjenta do szpitala i rodzaje chorób znacznie różnią się od siebie.

Pozytywnym aspektem występującym w obu krajach jest możliwość korzystania ze specjalistycznych procedur, które wykonywane są przez wykwalifikowany, interdyscyplinarny zespół.

Piśmiennictwo

1. Grant L., Downing J., Luyirika E., Integrating palliative care into national health systems in Africa: a multi-country intervention study, *Journal of Global Health*, 2017, 7, 1 010419. doi: 10.7189/jogh.07.010419.
2. Mumbi A.V.: Strengthening Palliative Care in Zambia through Improved Access to Evidence-based Information Resources. Press Release, <http://www.aiha.com/wp-content/uploads/2015/07/PCAZLRCOpeningPressReleaseFINAL07-21-11.pdf>, data pobrania 24.04.2018.
3. World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care, 134th Session of the World Health Assembly, 2014.
4. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016r. Warszawa, 2017, 95-103.
5. Łuczak J.: Opieka Paliatywna. *Medycyna Paliatywna - medycyna bez bólu, Medycyna Praktyczna*, 2013, 1-19.
6. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M.: Opieka paliatywna w Polsce – od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego), *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2008, 3, 277–285.
7. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna, *Nowiny Lekarskie*, 2011, 80, 1, 3–15.
8. Wesolek E.: Dostępność opieki paliatywnej i hospicyjnej dla mieszkańców domów pomocy społecznej i placówek opieki długoterminowej - zasadność, możliwości i bariery, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2016, 10, 3, 112–118.
9. Pawłowski L.: Nowe wyzwania dla opieki paliatywnej w Polsce, *Gazeta AMG*, 2017, 1, 18-19.

Wpływ wybranych praktyk i obrzędów religijnych na zdrowie człowieka

Doskocz Aleksandra¹, Bożek Zuzanna¹, Walecko Damian¹, Litera Maja¹, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Dorna Krzysztof³, Gnus Jan^{1,2}

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

*Religia nie jest ani prawdziwa, ani fałszywa,
proponuje tylko pewien sposób życia.
Éric-Emmanuel Schmitt*

Wstęp

Religia od najdawniejszych czasów była nierozdzielnie związana z życiem człowieka. Zarówno sfera fizyczna, jak i duchowa były przez nią silnie kształtowane i niemalże żaden aspekt życia codziennego nie pozostawał wolny od jej wpływu. Postanowiliśmy zatem, świadomi niemożności zmierzenia się na łamach tak krótkiej publikacji ze złożonością tego zagadnienia, skupić się jedynie na aspektach dotyczących wybranych praktyk religijnych. Naszą pracę oparliśmy na przykładach zaczerpniętych nie tylko z kręgów kulturowych dobrze nam znanych, ale także tych odległych, które jednak w wyniku intensywnego przemieszczania się ludności mogą w niedalekiej przyszłości stanąć przed nami przybierając namacalną postać pacjenta.

Świadkowie Jehowy - gdy bezkrwawa terapia zawodzi

Istotne wyzwanie w praktyce lekarza stanowią Świadkowie Jehowy. Jest to związek wyznaniowy powstały w 1870 roku w Pensylwanii, który zrzesza obecnie ponad 8 milionów wiernych w ponad 120 tysiącach zborów znajdujących się na terenie 240 krajów [1]. Za jego założyciela uważa się Charlesa T. Rusella [2].

Założenia ugrupowania przez wielu uważane są za kontrowersyjne, a świat medyczny okazjonalnie staje do walki z przekonaniem, które ortodoksyjnego wyznawcę może kosztować życie. Mowa o zakazie przyjmowania transfuzji krwi.

Leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi uważane jest za jedno z największych osiągnięć terapeutycznych i nierzadko pozwala uratować życie chorego w stanie krytycznym, chociażby w przypadku masywnego krwotoku po przebytym wypadku komunikacyjnym, czy w wyniku powikłań okołoperacyjnych. Przetoczenie odpowiedniej ilości krwi pozwala zapobiec wystąpieniu wstrząsu hipowolemicznego jednocześnie nie prowadząc do jej rozcieńczenia.

Zdaniem Świadków Jehowy przyjęcie krwi drugiego człowieka to znieważenie źródła życia, na co, jak twierdzą, wskazują biblijne wersety. *“Bo dusza ciała jest we krwi, a ja dałem ją na ołtarz, abyście dokonywali prześlągania za swe dusze, gdyż to krew dokonuje prześlągania dzięki duszy, która w niej jest.”* (Kapłańska 17:11). Warto jednak zauważyć, że fragmenty Pisma Świętego w Przekładzie Nowego Świata, które sami zainteresowani cytują, by usprawiedliwić swój wybór, mówią jedynie o zakazie spożywania krwi, brak w nich natomiast jakiegokolwiek informacji na temat leczenia krwią niejako podarowaną im przez bliźniego [3].

W związku z zaciętrzewieniem Świadków Jehowy w przestrzeganiu wyimaginowanego zakazu służby medyczne wyszły naprzeciw problemowi, który dotyczy liczego grona wyznawców, opracowując bezkrwawe metody leczenia obecnie stosowane również u pacjentów spoza tego kręgu. Poniekąd można więc stwierdzić, że ugrupowanie to pośrednio przyczyniło się do rozwoju technik stosowanych w medycynie zabiegowej. Do najpopularniejszych należy oszczędzanie krwi podczas zabiegu oraz podanie pacjentowi przed planowaną operacją preparatu zwiększającego produkcję czerwonych krwinek - erytropoetyny oraz żelaza, które jest składnikiem hemu niezbędnego do prawidłowego produkowania czerwonych krwinek. Pierwsza z wymienionych metod polega na dokładnej koagulacji drobnych naczynek podczas każdego cięcia oraz, w niektórych przypadkach, podawaniu leków obniżających ciśnienie krwi tętniczej, co zapobiega nadmiernej utracie krwi przez chorego. W przypadku zabiegów na kończynach stosuje się również tymczasowe stazy. Druga natomiast stymuluje organizm pacjenta do zwiększonej proliferacji erytrocytów, co pozwala uzyskać kontrolowany nadmiar tych krwinek, który podczas zabiegu kompensuje w pewnym stopniu krwawienie [4,5,6]. Inne metody dożylną płynoterapii obejmują m.in. podaż płynu Ringera, płynu wieloelektrolitowego czy roztworu soli fizjologicznej, które same w

sobie nie transportują tlenu, jednak wypełniając łożysko naczyniowe zapobiegają wystąpieniu wstrząsu hipowolemicznego [4].

Niestety, wymienione techniki sprawdzają się jedynie w sytuacjach ograniczonego, łatwego do opanowania krwawienia. W przypadku urazów wielonarządowych czy powikłań okołozabiegowych, takich jak przypadkowe przecięcie przebiegającej nietypowo tętnicy, nie są one wystarczające i wówczas jedynym ratunkiem dla pacjenta jest przetoczenie krwi pełnej lub jej preparatów. W innym wypadku życie chorego jest zagrożone.

Konflikt przekonań pacjenta, które bezwzględnie należy uszanować, oraz etyki zawodu medyka sprawia, że leczenie osób należących do zgrupowania jest bardzo trudne i wymaga precyzyjnego planowania kolejnych jego etapów. Mimo jednak największych starań zespołu medycznego zdarzają się sytuacje, w których spełnienie życzenia pacjenta jest dla niego jednocześnie wyrokiem śmierci.

Obrzezanie mężczyzn - nowa broń do walki z AIDS i nie tylko

Obrzezanie mężczyzn praktykowane jest przede wszystkim w Judaizmie oraz Islamie, jednak jedynie w pierwszym z wymienionych wyznań jest całkowicie obligatoryjne, w Koranie nie ma bowiem wersetów jednoznacznie nakazujących obrzezania. Obowiązek wśród Żydów pochodzi z Tory, gdzie jest nazywane *Brit Mila*:

Potem Bóg rzekł do Abrahama: «Ty zaś, a po tobie twoje potomstwo przez wszystkie pokolenia, zachowujcie przymierze ze Mną. Przymierze, które będziecie zachowywali między Mną a wami, czyli twoim przyszłym potomstwem, polega na tym: wszyscy wasi mężczyźni mają być obrzezani; będziecie obrzezywali ciało napletka na znak przymierza waszego ze Mną. Z pokolenia w pokolenie każde wasze dziecko płci męskiej, gdy będzie miało osiem dni, ma być obrzezane - sługa urodzony w waszym domu lub nabyty za pieniądze - każdy obcy, który nie jest potomkiem twoim - ma być obrzezany; obrzezany ma być sługa urodzony w domu twoim lub nabyty za pieniądze. Przymierze moje, przymierze obrzezania, będzie przymierzem na zawsze. (Rdz 17, 9-13)

Obrzęd wykonywany jest ósmego dnia po urodzeniu chłopca zgodnie z żydowskim prawem przez ojca bądź, co jest częściej praktykowane Mohela, czyli osobę wyszkoloną zarówno w technikach chirurgicznych, jak i w żydowskim prawie i tradycji. Zabieg polegający na chirurgicznym usunięciu napletka jest symbolicznym włączeniem do religijnej społeczności żydowskiej oraz wiąże się z nadaniem chłopcu imienia [7].

Jaki jest więc wpływ tego popularnego rytuału na zdrowie? Szeroko komentowaną zaletą obrzezania mężczyzn jest profilaktyka zakażenia wirusem HIV. Po wewnętrznej stronie napletka znajdują się wyspecjalizowane komórki odpowiedzialne za prawidłowe działanie systemu odpornościowego, zwane komórkami Langerhansa. Zgodnie z obecną wiedzą medyczną odgrywają one istotną rolę w pierwotnym zakażeniu wirusem HIV. W ten sposób usunięcie wrażliwego na infekcje napletka zmniejsza ekspozycję na HIV w kontaktach seksualnych [8]. Pierwsza wzmianka na ten temat pojawiła się w 1986 r., a dopiero w 2007r. WHO i UNAIDS (Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS) zarekomendowały obrzezanie jako profilaktykę zakażenia wirusem HIV wśród heteroseksualnych mężczyzn opierając się na 3 randomizowanych badaniach przeprowadzonych w Kenii i Ugandzie [9]. Zauważono, że takie działanie zmniejsza ryzyko infekcji o 60%. Według WHO od 2007 do 2017 dokonano około 15 milionów profilaktycznych zabiegów obrzezania wśród mężczyzn w 14 krajach wschodniej i południowej Afryki, a zgodnie z wyliczeniami specjalnych modeli matematycznych w przyszłości pozwoli to na uniknięcie ponad pół miliona nowych zakażeń wirusem HIV do 2030 roku [9]. Oczywiście należy nadmienić, że nadal powinno się pamiętać o podstawowych środkach bezpieczeństwa, czyli prezerwatywach oraz unikaniu przygodnych kontaktów seksualnych, ale obrzezanie stało się narzędziem, które być może pozwoli nam na skuteczną walkę z ciągle rosnącą liczbą nowych zakażeń wirusem HIV, zwłaszcza wśród ludności Afryki Subsaharyjskiej.

Kolejnym pozytywnym aspektem obrzezania mężczyzn jest redukcja o 87% zakażeń układu moczowego (ZUM), będących bardzo ważnym czynnikiem ryzyka trwałego uszkodzenia nerek. Zauważono także 43% zmniejszenie ryzyka infekcji wirusem HPV, który wywołuje kurczaki, raka prącia, a także, co istotne, raka szyjki macicy, dzięki czemu zauważamy, że obrzezanie wpływa także pozytywnie na zdrowie partnerek seksualnych mężczyzn poddanych zabiegowi. Udokumentowano bowiem, że kobiety współżyjące z mężczyznami, którzy przeszli w przeszłości taki zabieg mają 58% mniejsze ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy niż kobiety mające partnerów nieobrzezanych. Ponadto operacja ta zmniejsza ryzyko zachorowania na raka prącia o 66%, jednak tylko wtedy, gdy została wykonana w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania. Korzyść ta zaciera się, gdy usunięcie napletka dokonano u osób dorosłych [10]. Widoczny jest więc pozytywny wpływ rytuału wykonywanego wśród Żydów i muzułmanów jeszcze w wieku noworodkowym.

Negatywnym wymiarem jest natomiast ryzyko zakażenia wirusem HSV związanego z samą procedurą. Niekiedy podczas *Brit mila* Mohel dokonuje tzw. „*metzitzah b'peh*”, co oznacza

ssanie rany na prąciu dziecka poddanego zabiegowi, sądzi się bowiem, że ma to właściwości lecznicze. Między 1988 a 2012 r. udokumentowano 30 przypadków zakażenia wirusem HSV-1 wśród obrzezanych dzieci. Jednak żadne z zakażeń nie zostało potwierdzone badaniami genetycznymi, co wskazuje, że powyższe przypadki nie są w 100% spowodowane samym zabiegiem, ale sugerują, że czynność ta może nieść ze sobą ryzyko infekcji. Autorzy opracowania wskazali także na konieczność przeprowadzania dokładniejszych badań, także genetycznych, podczas opisywania nowych przypadków, aby możliwe było bardziej dogłębne zbadanie tematu w przyszłości [11]. Naszym zdaniem należy ograniczyć częstość powyższego rytuału, gdyż pierwotne zakażenie wirusem HSV wśród niemowląt może przebiegać bardzo agresywnie prowadząc nawet do opryszczkowego zapalenia mózgu, mogącego doprowadzić do śmierci dziecka.

Należy także zwrócić uwagę na dość rzadkie powikłanie obrzezania, jakim jest zwężenie cewki moczowej, którego przyczyną może być uszkodzenie tętnicy wędzidełkowej z następowym niedokrwieniem ujścia zewnętrznego lub niespecyficzny proces zapalny wtórny do działających sił tarcia [12]. Przebieg często jest bezobjawowy, ale może wystąpić spowolnienie lub osłabienie siły strumienia moczu. Opierając się na wynikach wielu badań zauważono jednak bardzo niewielki, wynoszący zaledwie 0,7%, wzrost ryzyka w porównaniu z mężczyznami nieobrzezаныmi [13].

Analizując wady i zalety obrzezania mężczyzn, na pierwszy plan wysuwają się pozytywne aspekty, z profilaktyką zakażenia wirusem HIV na czele. Nie należy jednak zapominać, że obrzezanie, jak każda interwencja chirurgiczna, obarczone jest możliwymi powikłaniami, także tymi związanymi z zakażeniami. Dlatego powinno się dążyć do zapewnienia warunków aseptycznych podczas zabiegu, a przede wszystkim unikania rytuału *"metzitzah b'peh"* niosącego ryzyko pierwotnej infekcji wirusem HSV.

Obrzezanie kobiet – *“No health benefits, only harm”*

O ile obrzezanie mężczyzn może mieć pewne uzasadnienie w medycynie zakaźnej, o tyle zupełnie niezrozumiałym i wysoce kontrowersyjnym zjawiskiem jest obrzezanie kobiet, które jest pewnego rodzaju tabu, nawet wśród cieszących się wysokim stopniem edukacji ludzi XXI wieku. Polega ono na medycznie nieuzasadnionym okaleczeniu lub nawet całkowitym usunięciu żeńskich zewnętrznych narządów płciowych. Zabiegowi zostało poddanych około 200 milionów żyjących obecnie kobiet w 30 krajach świata. Szacuje się, że corocznie przybywa około 3 milionów poszkodowanych. Zjawisko to jest szczególnie

nasilone w krajach Afryki, Środkowego Wschodu i Azji, jednak w związku ze znaczną migracją ludności z tych terenów do Europy oraz Ameryki Północnej obserwuje się coraz więcej przypadków okaleczania narządów płciowych dziewcząt w społecznościach imigrantów z tych terenów w krajach wysoko rozwiniętych [14,15]. Osobami najbardziej narażonymi na poddanie obrzezaniu są dziewczęta do 15. roku życia [14].

Jak donosi UNICEF: „Okaleczanie narządów płciowych dziewczynek jest głęboko zakorzenionym społecznym zwyczajem, który według grup go praktykujących ma przyczynić się do podniesienia statusu społecznego kobiety. Oczekiwania społeczne związane z zabiegiem są głównym powodem przeprowadzania ich przez rodziny. Okaleczanie nie jest zalecane w żadnej religii, jakkolwiek uzasadnienie religijne jest częstym usprawiedliwieniem praktyk.” [16] Mimo to jednak obserwuje się korelację pomiędzy nasileniem zjawiska a islamizacją danego kraju, czego najlepszym przykładem jest Somalia, której aż 99,6% mieszkańców to muzułmanie [17], a odsetek obrzezanych kobiet szacuje się na 98% [18].

Powód kontynuowania tej tradycji zmienia się w zależności od regionu oraz z biegiem czasu i jest wypadkową czynników społeczno-kulturowych determinujących styl życia danych rodzin i społeczności. Głęboko zakorzeniona tradycja niesłusznie usprawiedliwiana religijnymi pobudkami prowadzi do stygmatyzacji i traumatyzacji młodych kobiet, najczęściej muzułmanek. Mimo że Koran nie wspomina bezpośrednio o konieczności przeprowadzania brutalnych okaleczeń, jego głosiciele interpretują zalecenia świętej księgi według własnych upodobań, natomiast wierni często podążają ślepo za przywódcami religijnymi bez znajomości źródeł.

Ze względu na rozległość obrzezania wyróżniamy cztery główne typy. Typ I (klitoridektomia) polega na częściowym lub całkowitym usunięciu łechtaczki lub, w rzadkich przypadkach, tylko napletka łechtaczki. Jest to najmniej radykalne postępowanie, prowadzące jednak do znacznego upośledzenia funkcji seksualnych osoby, która została mu poddana. Następnie wyróżniamy typ II (wycięcie), czyli częściowe lub całkowite usunięcie łechtaczki i warg sromowych mniejszych, sporadycznie z towarzyszącym wycięciem warg sromowych większych. Typ III (infibulacja) jest najbardziej radykalnym i zarazem najbardziej okrutnym sposobem okaleczania żeńskich genitaliów i polega na wycięciu łechtaczki i warg sromowych mniejszych oraz nacięciu i zszyciu warg sromowych większych z pozostawieniem małego otworu umożliwiającego oddawanie moczu oraz wypływ krwi menstruacyjnej [14,15]. Ponadto wyróżniamy typ IV, do którego zalicza się wszystkie działania prowadzące do uszkodzenia żeńskich genitaliów, takie jak przekłuwanie, nacinanie czy przyżeganie okolicy płciowej [14].

Należy zwrócić szczególną uwagę na powikłania związane z przeprowadzanym zabiegiem. Ze względu na jego rozległość oraz częsty brak odpowiedniego zaplecza medycznego i farmakologicznego są one zwykle bardzo poważne. Obrzezanie przeprowadzane jest przez tradycyjnych praktyków, którzy nie posiadają jednak rzetelnej, aktualnej wiedzy medycznej ani odpowiedniego zaplecza farmakologicznego i w razie wystąpienia komplikacji nie potrafią lub też nie mają narzędzi, by pomóc „pacjentce”. Wczesnymi powikłaniami obrzezania kobiet są trudne do opanowania krwotoki, często prowadzące do śmierci dziewczynki, obrzęk okolicy płciowej, gorączka, zakażenie rany (np. laseczką tężca), które również mogą okazać się letalne, problemy z mikcją, trudne gojenie rany, uszkodzenie okolicznych tkanek, wstrząs i śmierć w jego następstwie. Warto ponadto nadmienić, że silny ból towarzyszący zarówno okaleczaniu przeprowadzanemu bez analgezji, jak i okresowi gojenia rozległej rany prowadzi do traumy, która w dalszym okresie życia może skutkować wystąpieniem depresji, zaburzeń lękowych, zespołu wstrząsu pourazowego oraz niskiej samooceny. Do powikłań późnych zabiegu obrzezania należą problemy z mikcją, takie jak ból przy oddawaniu moczu czy infekcje układu moczowego, a ponadto upławy, infekcje okolicy płciowej oraz zaburzenia miesiączkowania wynikające z ograniczonego wpływu krwi menstruacyjnej [14].

Hadżdż - święta pielgrzymka do Mekki

Innym obowiązkiem narzucanym muzułmanom przez religię jest pielgrzymka do Mekki. Hadżdż każdy wyznawca Islamu winien spełnić co najmniej raz w swoim z życiu, jeśli jego stan zdrowia psychicznego i fizycznego na to pozwala. Każdego roku około 2,5 miliona ludzi z 183 krajów uczestniczy w pielgrzymce do Mekki, co mianuje ją jednym z największych tego typu wydarzeń na świecie [19]. Jak powszechnie wiadomo, przebywanie w zatłoczonych miejscach sprzyja występowaniu epidemii. Ponadto wielu pielgrzymów przybywa z krajów o niskim standardzie sanitarno-epidemiologicznym, co więcej wielu z nich obciążonych jest chorobami przewlekłym, takimi jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca. Jedną z częstszych przyczyn przyjęć do szpitala podczas pielgrzymki są infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych. Większość z nich przebiega bez komplikacji, ale u starszych osób obciążonych innymi schorzeniami mogą być przyczyną ciężkiej niewydolności oddechowej. W 2012 roku świat obiegła wiadomość o zachorowaniach w Arabii Saudyjskiej na MERS (bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej), spowodowany nowo odkrytym koronawirusem. Powstały zatem obawy o epidemie podczas corocznej pielgrzymki

do Mekki. W związku z tym saudyjski rząd wydał rozporządzenie o dokładnym nadzorze nad nowymi zachorowaniami. Co ciekawe, podczas pielgrzymki w 2012 i 2013 roku nie zaobserwowano żadnego przypadku MERS [21]. Zważając na powyższe doniesienia oraz biorąc pod uwagę stosunkowo krótki okres badań nad nowo odkrytym wirusem należy podkreślić potrzebę dalszych analiz jego epidemiologii i potencjalnych skutków na uczestników Hadżdż.

Co roku wielu pielgrzymów dotykają także infekcje przewodu pokarmowego i zatrucia. Dla starszych i schorowanych osób mogą one być niezwykle groźne, prowadząc do odwodnienia i ciężkich zaburzeń elektrolitowych. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w latach 2011-2013 główną przyczyną infekcji były bakterie (82,9%), dalej wirusy i pasożyty. Co więcej, wiele z tych bakterii wykazywało oporność na antybiotyki. Sugeruje to konieczność dokładnej diagnostyki mogącej wykryć wielolekooporne szczepy, które stają się coraz większym problemem terapeutycznym [21]. W dawnych latach częstą przyczyną zgonów podczas corocznej pielgrzymki do Mekki były zachorowania na cholere, jednakże od 1989 roku nie zanotowano żadnego przypadku [20].

Kolejnym istotnym i bardzo groźnym patogenem związanym z przebywaniem w zatłoczonych miejscach jest dwoinka *Neisseria meningitidis* powodująca m.in. zapalenie opon mózgowo rdzeniowych mogące także doprowadzić do bezpośredniego zagrożenia życia, jakim jest sepsa. W 1987 roku zanotowano 640 przypadków na 100000 uczestników pielgrzymki zakażeń meningokokami serotyp A. Po tym wydarzeniu rząd saudyjski wprowadził obowiązkowe szczepienia przeciwko *Neisseria meningitidis* A i C dla wszystkich pielgrzymów, akcję szczepień dla ludności zamieszkujących okolice Mekki oraz obowiązkową doustną profilaktykę ciprofloksacyną dla pielgrzymów z Afryki Subsaharyjskiej w celu zminimalizowania nosicielstwa. Działania te okazały się skuteczne i aż do 2000 roku odnotowano niewiele zachorowań. Dopiero w 2000 i 2001 roku wybuchła epidemia *Neisseria meningitidis* serotyp W-135, kiedy zaobserwowano 400 przypadków infekcji. W tym przypadku rząd także zareagował odpowiednio i zaordynował obowiązkowe szczepienia czterowalentną szczepionką ACYW-135. Podobnie jak wcześniej, akcja okazała się skuteczna i spowodowała znaczny spadek liczby infekcji [19]. Do dziś w celu odwiedzenia Arabii Saudyjskiej należy przedłożyć ważne szczepienie czterowalentną szczepionką [21], co można rozpatrywać jako pozytywny aspekt, gdyż prowadzi to do zwiększenia poziomu wyszczepialności na powyższy patogen.

Można wymieniać wiele przykładów zakażeń związanych z pielgrzymkami do Mekki, niewątpliwie ukazując one niebezpieczeństwa czyhające na jej uczestników, ale jednocześnie

wskazują na znakomite przygotowanie Saudyjczyków wobec groźby ewentualnej epidemii. Co roku WHO wydaje komunikat z zalecanymi i obowiązkowymi szczepieniami dla osób pragnących odwiedzić Mekkę. Jak wcześniej wspomniano, do Arabii Saudyjskiej nie wjedziemy bez dowodu aktualnego szczepienia przeciwko meningokokom, a także żółtej febrze i polio. Ponadto zaleca się szczepienie na grypę sezonową, a także stosowanie środków ochrony osobistej przeciwko komarom z rodzaju *Aedes*, przenoszących wirusa Zika i Denga. Komunikat zawiera także wskazówki, jak zabezpieczyć się przed ewentualnymi infekcjami przewodu pokarmowego [22]. Jak widać rząd saudyjski zdaje sobie sprawę ze zwiększonego ryzyka wybuchu epidemii i prowadzi odpowiednie działania zapobiegawcze, przynoszące pozytywny efekt.

Ablucja - święty obowiązek muzułmanów

Jednym z pięciu filarów islamu jest modlitwa (Salat), którą muzułmanin powinien wykonać 5 razy dziennie. Aby przystąpić do tej modlitwy musi dokonać aktu ablucji (wudu), czyli dokładnego obmycia poszczególnych części ciała. *“O wy którzy wierzycie! Kiedy stajecie do modlitwy, to obmywajcie wasze Twarze i ręce aż do łokci; przetrzyjcie lekko wasze głowy, a nogi myjcie – aż do kostek.” (Koran, 5:6).* Jednym z etapów ablucji jest trzykrotne wciąganie i wypuszczanie wody przez nozdrza. Stanowi to możliwe wrota inwazji do zakażenia płazakami wolnożyjącymi. Jednym z nich jest ameba *Naegleria fowleri* żyjąca przede wszystkim w naturalnych źródłach ciepłych wód, a także zbiornikach wodnych skażonych termicznie. Ww. patogen odpowiada za bardzo rzadkie, ale niezwykle groźne pierwotne płazkowe zapalenie mózgu (PAM). Jego niebezpieczeństwo jest związane z tym, że dotychczas nie wynaleziono na niego leku, a prawie wszystkie przypadki kończą się śmiercią.

W ostatnich latach Szpital Uniwersytecki Aga Khan w Karaczi (Pakistan) opublikował 13 przypadków PAM w latach 2008-2009 oraz 19 przypadków w latach 2014-2015. Należy jednak zaznaczyć, że szpital ten jest jednym z wiodących prywatnych placówek w Pakistanie, zapewne więc liczba zachorowań jest niedoszacowana [23]. 21 listopada 2012 roku opublikowano natomiast pierwszy taki przypadek w USA. 47-letni pacjent został przyjęty do szpitala z objawami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Zgodnie z wytycznymi wykonano punkcję lędźwiową i wdrożono antybiotykoterapię, lecz stan pacjenta stale się pogarszał. Badanie mikrobiologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego pobranego podczas drugiej punkcji wykazało obecność trofozoitów *Naegleria fowleri*. W 5. dobie hospitalizacji pacjent zmarł. W wywiadzie zaprzeczał rekreacyjnych kąpiei w zbiornikach wodnych,

przyznał natomiast, że dokonywał rytualnej ablucji przed modlitwą. Z próbek pobranych z meczetu, do którego pacjent uczęszczał, nie wyizolowano pełzaków, wykazano natomiast obecność *N. fowleri* w 3 z 17 próbek pobranych z przydomowych zbiorników wody, z których korzystał zmarły [24]. Chociaż pierwotne pełzakowe zapalenie mózgu to bardzo rzadka jednostka chorobowa, to wzrastająca w ostatnich latach liczba zakażeń, także tych związanych z rytualną ablucją wskazuje, iż należy dokładniej zbadać źródła wody używane do wudu.

Ganges – święta rzeka czy źródło chorób?

W hinduizmie Ganges cieszy się statusem najświętszej spośród wszystkich rzek. Utożsamiany jest z boginią Gangą, będącą jego personifikacją i stanowi jej namacalną postać, umożliwiającą wiernym kontakt z bóstwem. Znajduje to wyrażenie m.in. w określaniu rzeki mianem *Ma Ganga*, co dosłownie znaczy Matka Ganga [25]. Według mitologii hinduistycznej bogini ta miała przebywać w niebiosach, jednak modlitwy legendarnego króla Bhagiratha sprawiły, iż zstąpiła na Ziemię przeobrażając się w rzekę dysponującą mocą oczyszczenia z wszelkich grzechów osoby, która zanurzy się w jej wodach. Zgodnie z wierzeniami hindusów jest ona jedyną rzeką płynącą jednocześnie z trzech światów – *Swarga* (nieba), *Prithvi* (Ziemi) oraz *Patala* (piekła). Nazywają ją *Tripathagā*, czyli wędrująca po trzech światach lub potrójnie płynąca [26].

Wody Gangesu mają mieć także właściwości lecznicze, a nawet zdolność ułatwienia osiągnięcia *Moksha*, czyli zbawienia, całkowitego wyzwolenie z cyklu sansary, nieustannego kręgu narodzin i śmierci oraz osiągnięcie stanu doskonałości. To właśnie dlatego każdego dnia tysiące pobożnych hindusów przybywa na brzeg świętej rzeki, by dokonać rytualnej ablucji i zaczerpnąć łyk życiodajnej wody. Równie istotna jest rola, jaką Ganges odgrywa w obrzędach pogrzebowych. W Waranasi, najświętszym mieście hinduizmu, każdego dnia płoną liczne stosy, na których kremacji ulegają ciała pobożnych hindusów. Rozsypanie prochów zmarłego w Gangesie ma pomóc jego duszy w osiągnięciu zbawienia [25].

Niestety, jak dowodzą badania, rzeczywisty stan rzeki diametralnie odbiega od wizerunku kreowanego przez religię. Stopień zanieczyszczenia wód Gangesu jest zatrważający. Codziennie do rzeki wpada ok. 500 mln litrów ścieków, co sprawia, że poziomy stężenia zarówno wielu metali ciężkich, jak również toksycznych związków chemicznych i miana bakterii znacznie przekraczają dopuszczalne normy [27]. Głównym źródłem zanieczyszczeń są ośrodki przemysłu zlokalizowane wzdłuż biegu rzeki, na drugim miejscu

znajdują się ścieki bytowe, które zasilają strumień Gangesu w ilości 300 mln litrów każdego dnia. Badanie jakości wody w okolicy Waranasi przeprowadzone przez Sankat Mochan Foundation (SMF) ujawniły poziomy bakterii grupy Coli 35-krotnie przewyższające maksymalną wartość ustaloną przez National River Conservation Directorate, 175-krotnie poziom pożądany i 440-krotnie maksymalny poziom zalecany dla kąpielisk w Stanach Zjednoczonych [28]. Badania wykazały także obecność innych potencjalnie zagrażających zdrowiu bakterii, co wyraźnie wskazuje, iż woda Gangesu nie tylko nie nadaje się do celów spożywczych, ale także kąpielowych. Wyizolowano z niej bowiem bakterie, takie jak: *Vibrio cholerae*, *Vibrio fluvialis*, *Aeromonas sp.*, *Plesiomonas sp.*, *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, *Pseudomonas sp.* oraz *Proteus sp.* [29]. Jednak odpady stanowiące największe zagrożenie dla zdrowia ludzi pochodzą z garbarni, które uwalniają do koryta rzeki zarówno toksyczne metale ciężkie, takie jak chrom, arsen, kadm, rtęć czy nikiel, jak również skażone bakteriami odpady organiczne, kwas siarkowy, kwas solny, barwniki, wybielacze i wiele innych potencjalnie szkodliwych substancji. W niektórych lokalizacjach są one odpowiedzialne za niemal 800-krotne przekraczanie dopuszczalnego stężenia chromu w wodzie. Badania ujawniły także, iż odcinkiem rzeki o najwyższym stopniu zanieczyszczenia jest fragment rozciągający się między Kannauj, Kanpur, Allahabadem i Waranasi. Należy zaznaczyć, iż w związku ze swoim położeniem w dole rzeki, ostatnie z miast wykazywało najwyższy stopień zanieczyszczenia wody spośród wymienionych [27]. Waranasi jest także najważniejszym miastem hinduizmu, obiektem kultu i celem licznych pielgrzymek, co dodatkowo potęguje jego potencjalny negatywny wpływ na zdrowie ludności Indii.

Inne źródła zanieczyszczeń Gangesu to m.in. pestycydy i nawozy z terenów uprawnych, wszelkiego rodzaju odpady komunalne, a także zwłoki ludzkie, które niejednokrotnie w znacznych liczbach unoszone są przez prądy rzeki. Ten makabryczny widok jest wynikiem praktyk pogrzebowych hindusów, dla których kremacja zwłok w świętym mieście Waranasi i rozsypanie prochów w strumieniach Matki Gangi jest najlepszym sposobem na osiągnięcie wspomnianego już *Moksha*. Szacuje się, że każdego roku w mieście tym w samym tylko *Manikarnika Ghat* i *Harish Chandra Ghat* spaleni poddawane są ciała 32 tys. osób [28].

Niestety, zakup odpowiedniej ilości dobrej jakości drewna umożliwiającego pełne spopielenie zwłok jest przedsięwzięciem niezwykle kosztownym, przekraczającym 15% średniego rocznego dochodu przeciętnego mieszkańca Indii, a tym samym wykraczającym poza możliwości budżetowe wielu rodzin [25]. W efekcie do wody często trafiają nie prochy, ale nadpalone zwłoki, a nawet takie, które wcale nie były poddane procesowi kremacji.

Powyższe czynniki sprawiają, że oczom przybywających nad świętą rzekę nierzadko ukazują się obrzydliwy i zarazem mrozący krew w żyłach obraz gnijących ciał unoszonych strumieniami Gangesu. Stanowią one pożywienie dla ptactwa i dzikich psów, oczekujących wzdłuż brzegu na osiadające tam szczątki ludzkie. Powyższe działania również w znaczny sposób zwiększają ryzyko szerzenia się groźnych infekcji wśród osób wykorzystujących wodę rzeki w swoich praktykach religijnych.

Paradoksalnie to właśnie szacunek do bogini Gangi i związana z tym wiara w jej bezgraniczną moc oczyszczającą jest również jednym z czynników przyczyniających się do tak znacznego zanieczyszczenia rzeki. Wielu pobożnych hindusów odrzuca bowiem samą myśl jakoby możliwe było skażenie świętej rzeki, co więcej, niektórzy czują się wręcz urażeni takim stwierdzeniem głęboko przekonani, iż żadna ilość nieczystości wrzuconych do strumieni rzeki nie jest w stanie przełamać boskiej, nieskończonej zdolności oczyszczającej Matki Gangi [25]. Niestety, dane naukowe dowodzą, iż osoby te są w błędzie.

Woda zanieczyszczona odchodami spływająca do rzek jest przyczyną występowania epidemii biegunek w Indiach, z których co roku ok. 600 tys. kończy się zgonem pacjenta [30]. Trudno określić dokładną liczbę przypadków śmiertelnych spowodowanych zatruciami bezpośrednio związanymi z obrzędami religijnymi, jednak biorąc pod uwagę sam poziom zanieczyszczenia świętej rzeki i liczbę osób uczestniczących każdego roku w rytuałach, których częścią jest m.in. spożywanie wody pochodzącej z Gangesu, liczba ta może być zatrważająca.

Badania przeprowadzone przez National Cancer Registry Programme (NCRP) pod kierownictwem Indian Council of Medical Research wykazały, iż częstość występowania chorób nowotworowych, m.in. raka płuc, na terenach przyległych do odcinków Gangesu o wysokim stopniu zanieczyszczenia jest znacząco podwyższona w stosunku do reszty populacji. Ponadto kumulowanie się w organizmie toksycznych związków, takich jak metale ciężkie, wiąże się z ryzykiem wystąpienia m.in. niewydolności nerek, uszkodzenia mózgu, zaburzeń ze strony układu nerwowego, poronień, a także mutacji genetycznych i wad wrodzonych wśród płodów [27].

W świetle powyższych danych staje się jasne, że praktykowanie obrzędów religijnych, w których centrum znajduje się Ganges, jest postępowaniem co najmniej ryzykownym, wiążącym się ze znacznym ryzykiem zachorowania. Sama kąpiel w rzece jest niebezpieczna dla zdrowia, natomiast spożywanie płynącej w niej wody można ocenić jako postępowanie skrajnie nieodpowiedzialne.

Rola religii i wierzeń plemienia Fore w rozwoju epidemii kuru

Fore to plemię zamieszkujące dystrykt Okapa w prowincji Gór Wschodnich w Papui-Nowej Gwinei, znane z praktyk endokanibalistycznych, a więc spożywania zmarłych krewnych [31] lub inaczej tzw. transumpcji (ang. *transumption*), co zgodnie z definicją podaną przez twórcę terminu prof. M. Alpers'a jest praktyką pogrzebową polegającą na konsumpcji zmarłych oraz inkorporacji ciała osoby zmarłej do ciał żyjących krewnych, co tym samym ma pomóc uwolnić duszę zmarłego [32]. Powyższe zwyczaje sprawiły, iż niektóre osady plemienia stanęły w połowie XX wieku na skraju zagłady. Było to spowodowane szerzeniem się wśród nich nieuleczalnej i zawsze śmiertelnej choroby neurodegeneracyjnej - kuru. Jest to schorzenie zaliczane do encefalopatii gąbczastych wywoływane przez priony - PrP (ang. *proteinaceous infectious particles*), czyli cząsteczki białka o nieprawidłowej konformacji, mogące ulegać przeniesieniu między organizmami. Białka prionowe wykazują także dużą odporność wobec znanych metod wyjaławiania, co stanowi czynnik wzmagający ich potencjał infekcyjny [33]. Nazwa tej jednostki chorobowej pochodzi z języka plemienia Fore i oznacza drżeć, trząść się, co znajduje odzwierciedlenie w prezentowanych przez pacjentów objawach [34].

Patofizjologiczną podstawę kuru stanowią trzy podstawowe elementy: zanik neuronów, zmiany gąbczaste w ośrodkowym układzie nerwowym oraz rozrost astrogleju [33], zaś dominujące objawy składające się na charakterystyczny obraz kliniczny choroby to postępująca ataksja mózdkowa, drżenie mięśni oraz ruchy płasawicze. W przebiegu schorzenia można wyróżnić trzy następujące po sobie stadia: w pierwszym z nich pacjent zachowuje jeszcze zdolność chodzenia, w drugim jest w stanie samodzielnie utrzymać pozycję siedzącą, zaś w trzecim – terminalnym, dochodzi do całkowitego paraliżu ciała, a następnie zgonu [35]. Ze względu na skrajne zmiany nastrojów występujące w późnych stadiach choroby, obejmujące nagle przejścia od euforii do stanów depresyjnych, a także niekontrolowane przez pacjenta ataki płaczu i śmiechu choroba zyskała miano „śmiejącej się śmierci”.

Aby zrozumieć motywy, którymi kierowali się członkowie plemienia konsumując swoich zmarłych, należy sięgnąć do systemu ich wierzeń i mitologii. Pozwoli to jednocześnie zarysować rolę, jaką odegrała religia w szerzeniu się kuru wśród Fore.

Fore wierzą, iż każdy człowiek posiada nie jedną, ale 5 dusz. Ich nazwy to: *auma*, *ama*, *kwela*, *aona* oraz *yesegi*. *Auma* jest tworem, który najbardziej przypomina obraz duszy znany w świecie zachodnim i po śmierci opuszcza ciało udając się w zaświaty. *Ama* to inaczej

kości zmarłego. Jeśli ciało zostało spożyte z należytą czcią, jako wyraz miłości i żalu po utracie bliskiej osoby, *ama* błogosławi jedzących i wzmacnia ich *aona*, by następnie wstąpić do krainy przodków. *Kwela* natomiast to ciało zmarłego, ale także nieczystości powstające w trakcie jego rozkładu. Jeśli rytuały pogrzebowe nie zostaną należycie odprawione, żałobnicy narażają się na gniew *kwela*, która rośnie w siłę i staje się zagrożeniem dla rodziny zmarłego. Zwyczaje pogrzebowe miały umożliwić *auma*, *ama* i *kwela* dotarcie do krainy umarłych zwanej w języku plemienia *kwelanandamundi*, gdzie łączą się one w jedną całość i odradzają pod postacią przodka mogącego z zaświatów służyć plemieniu pomocą. Ostatnie dwie dusze to wspomniane już *aona* i *yesegi*. Pierwsza z nich stanowi zdolności osoby, druga natomiast może być określona jako wewnętrzna moc człowieka. Poprzez odpowiednie rytuały mają one zostać rozdzielone między dziećmi zmarłego, tak by nie uległy zatraceniu i mogły nadal służyć plemieniu w przyszłości [32].

Zgodnie z tradycją Fore ciało zmarłego mogło być pochowane w grobie, pozostawione z dala od wioski lub spożyte. W ostatnim przypadku należało je po dwóch - trzech dniach żałoby zjeść w całości, łącznie z wszystkimi narządami wewnętrznymi i kośćmi. Wyjątek od tej reguły stanowiła żuchwa i kości obojczykowe, które mogły być noszone przez bliskich jako wyraz pamięci o zmarłym [32], a także pęcherzyk żółciowy, który był uważany za zbyt gorzki i nienadający się do konsumpcji [31]. Głowa osoby zmarłej, a więc także mózg stanowiący główne źródło prionów, a tym samym odgrywający podstawową rolę w transmisji kuru, były spożywane przez *anatu*, czyli córki, synowe i siostry zmarłej osoby, które dzieliły się tym posiłkiem ze swymi dziećmi. Warto tutaj podkreślić, iż doniesienia mówiące o wcieraniu tkanki mózgowej w twarze i ciała żałobników zostały przez badaczy obalone. Zachowanie takie byłoby sprzeczne z wspomnianą wyżej zasadą nakazującą spożycie całego ciała i stanowiło wyraz rażącego, niedopuszczalnego braku szacunku wobec zmarłego [32].

Dzieci poniżej 3. roku życia oraz chłopcy powyżej 6 lat i mężczyźni z reguły nie brali udziału w spożywaniu ciała. Osobami, których udział w endokanibalistycznych ucztach pogrzebowych był najsilniej zaznaczony, były dzieci obu płci w wieku od 3 do 6 lat, a także starsze dziewczynki i kobiety. Znajduje to bardzo wyraźne odzwierciedlenie w epidemiologii kuru, która była chorobą dotykającą przede wszystkim kobiety i dzieci [32]. W latach 1957-1959 aż 60% zarejestrowanych przypadków dotyczyło dorosłych kobiet, jedynie 2% mężczyzn, zaś pozostałą część stanowiły zachorowania wśród dzieci i młodzieży [36].

Praktyka kanibalizmu umotywowanego religijnie cieszyła się aż do lat 60. ubiegłego wieku olbrzymią popularnością i to właśnie ona była odpowiedzialna za epidemię kuru, która zdziesiątkowała populację Fore. Całkowita liczba południowych Fore w 1960 r. wynosiła

zaledwie 7 tys., natomiast w samych latach 1957 do 1977 ofiarą choroby padło ok. 2,5 tys. osób [31]. Pozwala to zrozumieć ogrom katastrofy, jaką było kuru dla tego plemienia.

Mimo zakazu praktyk kanibalistycznych wprowadzonego przez rząd członkowie plemienia sekretnie stosowali opisane wyżej zwyczaje pogrzebowe aż do połowy lat 50-tych. Problem dodatkowo pogłębiały wierzenia dotyczące etiologii choroby. Fore odrzucali bowiem koncepcję kuru jako choroby zakaźnej, będąc głęboko przekonanym, iż jest ona efektem czarów. Stąd inaczej niż w przypadku m.in. osób zmarłych na czerwonkę, trąd czy malinię, których ciała nie były spożywane, ofiary kuru najczęściej były poddawane rytuałom endokanibalistycznym. Utożsamianie kuru z klątwą w połączeniu z zatrważającą liczbą ofiar skutkowało ponadto zabójstwami osób oskarżanych o czary, co stanowiło desperacką próbę uchronienia własnej rodziny przed śmiercią, a czasami było wyrazem zemsty po utracie bliskiej osoby [31].

Powyższe przekonania sprawiły, że dopiero budowa na początku lat 60. penetrującej w głąb terytorium południowych Fore drogi, która umożliwiła silniejszy nadzór ze strony organów prawa doprowadziła ostatecznie do całkowitego zaprzestania praktyk kanibalistycznych, a tym samym zahamowania transmisji choroby [31]. Niestety, nawet te działania nie doprowadziły do natychmiastowego zakończenia epidemii. Choć liczba zgonów z roku na rok stopniowo spadała, to jednak kuru pozostawało realnym problemem jeszcze przez wiele lat. W okresie od lipca 1996 r. do czerwca 2004 r. potwierdzono jeszcze 11 przypadków tego schorzenia. Zjawisko to było spowodowane wyjątkowo długim, bo mogącym sięgać nawet 56 lat, okresem inkubacyjnym, a wszystkie osoby, które padły ofiarą choroby uczestniczyły w praktykach kanibalistycznych przed rokiem 1960 [37].

Co ciekawe, u części osób, mimo czynnego udziału w ucztach pogrzebowych, nie doszło do rozwoju choroby. Powyższa zagadka została ostatecznie rozwiązana dzięki zastosowaniu badań genetycznych. Naukowcy odkryli, iż osoby te wykazywały obecność mutacji genetycznej chroniącej je przed wystąpieniem kuru [34]. Polegała ona na substytucji glicyny waliną na poziomie kodonu 127. Heterozygoty z taką mutacją w obrębie jednego allelu były całkowicie odporne wobec prionów wywołujących chorobę [38]. Co więcej, obecność powyższej zmiany w materiale genetycznym stwierdzono także w populacji europejskiej, afrykańskiej i azjatyckiej. Powszechność jej występowania wskazuje na to, iż taki zestaw genetyczny, okazując się w przeszłości korzystnym, uległ w kolejnych pokoleniach stopniowej pozytywnej selekcji, a to może oznaczać, iż wśród naszych przodków praktyki kanibalistyczne były zjawiskiem szeroko rozpowszechnionym [34].

Zakończenie

Poruszone przez nas kwestie wskazują na dwojakość skutków wspomnianych działań religijnych. Mimo nielicznych pozytywów wiele z nich prowadzi do sytuacji, w których życie osoby wierzącej jest zagrożone. Należy zatem podkreślić konieczność roztropnego podążania za przywódcami religijnymi i zaniechania praktyk bezwzględnie szkodliwych dla zdrowia i życia człowieka. Ponadto obrzędy, które mają uzasadnienie chociażby w medycynie zakaźnej, ale stanowią naruszenie integralnej całości, jaką jest ciało człowieka, a więc prowadzące do pogwałcenia prawa nietykalności osobistej, które każda żywa istota otrzymuje podczas narodzin, nie powinny być kontynuowane. Jest to związane nie tylko ze względami czysto medycznymi, ale także z faktem posiadania przez każdego z nas prawa do decydowania o własnym ciele.

Piśmiennictwo:

1. 2017 Service Year Report of Jehovah's Witnesses Worldwide - 2017 Grand Totals , <https://www.jw.org/en/publications/books/2017-service-year-report/2017-grand-totals/> data pobrania: 15.03.2018.
2. Charles Taze Russel: Encyclopaedia Britannica, <https://www.britannica.com/biography/Charles-Taze-Russell>, data pobrania 15.03.2018.
3. Co biblia mówi o przetaczaniu krwi? <https://www.jw.org/pl/nauki-biblijne/pytania/biblia-przetaczanie-krwi/>, data pobrania 15.03.2018.
4. Magner D., Ouellette J.R., Lee J.R., Colquhoun S., Lo S., Nissen N.N.: Pancreaticoduodenectomy after neoadjuvant therapy in a Jehovah's witness with locally advanced pancreatic cancer: case report and approach to avoid transfusion, *The American Surgeon*, 2006, 72, 435–437.
5. Goodnough L.T., Shander A.: Blood management, *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 2007, 131, 695–701
6. Sparling E.A., Nelson C.L., Lavender R., Smith J: The use of erythropoietin in the management of Jehovah's Witnesses who have revision total hip arthroplasty, *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 1996, 78, 1548–1552.
7. Judaizm. Brit Mila <http://www.fzp.net.pl/judaizm/brit-mila>, data pobrania: 03.04.2018.

8. Rogowska-Szadkowska D., Chlabicz S.: Czy obrzezanie mężczyzn jest dobrym sposobem na zahamowanie rozprzestrzeniania się zakażenia wirusem HIV na świecie? Przegląd Epidemiologiczny, 2009, 63, 49-54.
9. Voluntary medical male circumcision for hiv prevention in 14 priority countries in eastern and southern Africa 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258691/WHO-HIV-2017.36-eng.pdf;jsessionid=30900C2239263F319B7D653781626279?sequence=1>, data pobrania: 03.04.2018.
10. Alkhenizan A., Elabd K.: Non-therapeutic infant male circumcision, The Saudi Medical Journal, 2016, 37, 9, 941–947.
11. Leas B. F., Umscheid C. A.: Neonatal Herpes Simplex Virus Type 1 Infection and Jewish Ritual Circumcision With Oral Suction: A Systematic Review, Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society, 2015, 4, 2, 126–131.
12. Skrodzka M., Dałek L.: Zwężenia cewki moczowej - współczesny problem terapeutyczny, <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artykul.php?2879>, data pobrania: 03.04.2018.
13. Morris B. J., Krieger J. N.: Does Circumcision Increase Meatal Stenosis Risk?-A Systematic Review and Meta-analysis, Urology, 2017, 110, 16-26.
14. Female genital mutilation, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>, data pobrania: 15.03.2018.
15. Collinet P., Stien L., Vinatier D., Leroy J.L.: Management of female genital mutilation in Djibouti: The Peltier General hospital experience, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2002, 81, 11, 1074-1077.
16. Unicef. Każdego roku 3 miliony dziewczynek jest okaleczanych w imię okrutnych zwyczajów, <https://www.unicef.pl/Co-robimy/Aktualnosci/Kazdego-roku-3-miliony-dziewczynek-jest-okaleczanych-w-imie-okrutnych-zwyczajow>, data pobrania: 15.03.2018.
17. Wikipedia. Somalia, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Somalia>, data pobrania: 15.03.2018)
18. Unicef. At least 200 million girls and women alive today living in 30 countries have undergone FGM, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>, data pobrania: 15.03.2018.
19. Charrel R. N.: Hajj, Umrah, and other mass gatherings: Which pathogens do you expect? Beware of the tree that hides the forest! Travel Medicine and Infectious Disease, 2014, 12, 5, 418-419.

20. Ziad A. Memish, Alimuddin Zumla, Rafat F. Alhakeem, Abdullah Assiri, Abdulhafeez Turkestani, Khalid D. Al Harby, Mohamed Alyemni, Khalid Dhafar, Philippe Gautret, Maurizio Barbeschi, Brian McCloskey, David Heymann, Abdullah A. Al Rabeeah, Jaffar A. Al-Tawfiq: Hajj: infectious disease surveillance and control, *Lancet*, 2014, 383, 2073-2082.
21. Moataz Abd El Ghany, Mona Alsomali, Malak Almasri, Eriko Padron Regalado, Raece Naeem, Abdul Hafeez Tukestani, Abdullah Asiri, Grant A., Hill-Cawthorne, Arnab Pain, Ziad A. Memish: Enteric Infections Circulating during Hajj Seasons, 2011–2013, *Emerging Infectious Diseases*, 2017, 23, 10, 1640–1649.
22. WHO; Health conditions for travellers to Saudi Arabia for the pilgrimage to Mecca (Hajj), <http://www.who.int/ith/updates/20170408/en/>, data pobrania: 08.04.2018.
23. Siddiqui R., Khan N. A.: Primary Amoebic Meningoencephalitis Caused by *Naegleria fowleri*: An Old Enemy Presenting New Challenges, <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003017>, data pobrania: 4.04.2018.
24. Morris J.: Primary Amebic Meningoencephalitis Associated with Ritual Nasal Rinsing - St. Thomas, U.S. Virgin Islands, 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4585351/>, data pobrania: 4.04.2018.
25. Conaway, C.: The Ganges River is Dying Under the Weight of Modern India, <http://www.newsweek.com/2015/10/02/ganges-river-dying-under-weight-modern-india-375347.html>, data pobrania 28.03.2018.
26. Juergensmeyer, M., Roof, W., C.: *Encyclopedia of Global Religion*, Tom 1. [w:] Ganga. Narayanan, V. (red.), SAGE, Teller Road Thousand Oaks, 2012, 427-428.
27. Industrial Waste Management, <http://www.gangaaction.org/actions/issues/industrial-waste-management/>, data pobrania 28.03.2018.
28. Naskar, S.: The river where swimming lessons can be a health hazard, <http://www.bbc.com/news/magazine-28112403>, data pobrania 28.03.2018.
29. De A, Sen PC, Tewari IC: Enteropathogenic bacteria in river Ganges in Varanasi, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8157311>, data pobrania 28.03.2018.
30. Nema, V., Rao A.: In India, Latrines Are Truly Lifesavers, <https://opinionator.blogs.nytimes.com/2014/11/13/in-india-latrines-are-truly-lifesavers/>, data pobrania 28.03.2018.
31. Lindenbaum, S.: Understanding kuru: the contribution of anthropology and medicine, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2008, 363, 1510, 3715–3720.

32. Whitfield, J., T., Pako, W., H., Collinge, J., Alpers, M., P.: Mortuary rites of the South Fore and kuru, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2008, 363, 1510, 3721–3724.
33. Cianiara, J., Juszczak, J.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. [w:] Choroby prionowe u człowieka, Kulczycki, J. (red.), Wyd. Czelej, Lublin 2007, 613-614.
34. Newby J.: CANNIBALS, <http://www.abc.net.au/catalyst/stories/s938896.htm>, data pobrania 03.04.2018.
35. Imran M., Mahmood S.: An overview of human prion diseases, *Virology Journal*, 2011, 8, 559, doi: 10.1186/1743-422X-8-559
36. Alpers, M., P.: The epidemiology of kuru: monitoring the epidemic from its peak to its end, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2008, 363, 3707-3713.
37. Collinge, J., Whitfield, J., McKintosh, E., Beck, J., Mead, S., Thomas, D., Alpers, M.: Kuru in the 21st century - an acquired human prion disease with very long incubation periods, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68930-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68930-7/fulltext), data pobrania 03.04.2018.
38. Asante, E., A., Smidak, M., Grimshaw, A., Houghton, R., Tomlinson, A., Jeelani, A., Jakubcova, T., Hamdan, S., Richard-Londt, A., Linehan, J., M., Brandner, S., Alpers, M., Whitfield, J., Mead, S., Wadsworth, J., D.F., Collinge, J.: A naturally occurring variant of the human prion protein completely prevents prion disease, <https://www.nature.com/articles/nature14510>, data pobrania 03.04.2018.

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Problematyka suicydologii w ciąży

Tarczyńska Anna¹, Budny Joanna¹, Rogoziński Tomasz¹, Szewczyk Alina¹, Ferenc Stanisław^{1,2}, Kurzelewska-Sobczyk Anna², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Powszechnie wiadomo, iż ciąża i zmiany hormonalne zachodzące w organizmie przyszłej matki nie pozostają bez wpływu na stan psychiczny ciężarnej i położnicy. Obserwujemy między innymi labilność nastroju, częstsze niedostosowanie afektu. Stan świadomości oraz orientacja auto- oraz allopsychiczna kobiety w ciąży pozostają fizjologicznie bez zmian, jednak opisywane zostały zmiany w napędzie od wzmożenia do osłabienia. Zbliżone do odsetka populacyjnego występują objawy wytwórcze: omamy oraz urojenia [1].

Z racji wzmożonej labilności nastroju oraz lęku przed nagłą zmianą życia zbadana jest wyższa liczba niż w populacji kobiet niebędących w ciąży, liczba prób oraz tendencji samobójczych ze zbliżonym odsetkiem dokonanych samobójstw [2].

Wpływ hormonów na stan psychiczny ciężarnych

Współdziałanie układu hormonalnego z układem serotoninowym jest podstawą zmian nastroju, lęku czy innych zmian psychicznych. Hormony, zwłaszcza w stężeniach ciążowych wpływają na myśli i odczucia matki, mając w ten sposób działanie psychotropowe.

Estrogeny wpływają na wygląd zewnętrzny, urodę poprzez zaokrąglanie sylwetki, bioder, ramion, powiększenie piersi. Fizjologicznie estrogeny rozbudowują endometrium przygotowując macicę na implantację. Macica staje się powiększona, a wzmożona angiogeneza umożliwia rozwijającemu się zarodkowi, a następnie płodowi prawidłowy dostęp do tlenu i substancji odżywczych. Niepodważalny jest również wpływ hormonów z grupy estrogenów na rozwój kanalików mlekowych w piersiach. Wyższe stężenie estrogenów w ciąży zmniejsza poczucie lęku, wpływa na powstawanie tzw. instynktu macierzyńskiego. W ciąży stężenie estrogenów wzrasta, natomiast po porodzie gwałtownie spada. Nagły spadek

może wywoływać obniżenie nastroju i przyczynić się do powstawania zjawiska opisanego jako “baby blues”.

Gestageny natomiast służą niejako “wyciszeniu emocji”, pozwalają skupić się matce na dziecku [3]. Progesteron jest niezbędny, aby zarodek mógł zagnieździć się w macicy, a następnie bezpiecznie rozwijać. Hormon ten zapobiega przedwczesnym skurczom oraz reguluje funkcjonowanie łożyska. Zadaniem progesteronu, poprzez wpływ na prolaktynę, jest także udział w przygotowaniu piersi do funkcji mleko twórczej [3].

Dopiero przed porodem jego poziom nieco spada, co dla macicy jest sygnałem do silniejszych skurczów i rozpoczęcia akcji porodowej. Dalszy spadek stężenia progesteronu jest obserwowany po urodzeniu dziecka, co może również skutkować labilnością nastroju, a nawet rozpoznaniem tzw. depresji poporodowej [3].

Prolaktyna obniża libido. Podczas ciąży poziom prolaktyny wzrasta wielokrotnie, osiągając najwyższy poziom po porodzie. Zmiany te mają na celu powiększenie gruczołów piersiowych i zgromadzenie w nich jak największej ilości mleka.

Podczas laktacji wysokie stężenie prolaktyny hamuje owulację, co zapobiega zbyt szybkiemu zajściu w następną ciążę. Prolaktyna wpływa pozytywnie na relację z dzieckiem - dzięki niej matka ma więcej siły i lepiej znosi niedogodności, np. nieprzespane noce.

Oksytocyna jest natomiast hormonem powodującym skurcze macicy podczas porodu, porodu, jak i orgazmu. Jej wysoki poziom stwierdza się dopiero podczas porodu, a za sprawą estrogenów mięsień macicy uwrażliwia się na działanie oksytocyny i regularnie się kurczy.

Oksytocyna, znana jako “hormon miłości”, wywołuje u matki zachowania opiekuńcze wobec dziecka, odpowiada za budowanie emocjonalnej więzi między noworodkiem a matką oraz wpływa na siłę więzi między noworodkiem a matką, a także wpływa na siłę więzi między rodzicami i szeroko rozumiane więzi społeczne.

Pod wpływem hormonów zainteresowanie seksem w pierwszych miesiącach ciąży maleje, po upływie 4-5 miesięcy zwykle rośnie (wraz ze wzrostem stężenia oksytocyny), a pod koniec ciąży często ponownie maleje [4].

Jeżeli ciąża przebiega prawidłowo, aktywność seksualna jest wręcz zalecana [4].

Udane pożycie fizyczne i psychiczne poprawia nastrój matki, a bliskość ojca, poczucie wspólnego przeżywania i oczekiwania na narodziny wpływają korzystnie na dobrostan dziecka [4].

Zaburzenia psychiczne w ciąży

Występowanie myśli i tendencji samobójczych u kobiet w ciąży jest istotnie związane z zaburzeniami psychiatrycznym, które utrudniają codzienne funkcjonowanie, mogą zniekształcać emocje, myślenie, wolę, mogą utrudniać osiąganie celów życiowych, a zwłaszcza z epizodem depresji i współistniejącym zaburzeniem lękowym i/lub nadużywaniem substancji psychoaktywnych [5,6].

Depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym w ciąży. Badania wskazują, iż 13,6% kobiet ciężarnych w 32. tygodniu ciąży i 17% w 35.-36. tygodniu ciąży spełnia kryteria diagnostyczne dla depresji [7,8].

Do czynników ryzyka należą m.in. epizod depresji w wywiadzie, przebyta depresja poporodowa, depresja w rodzinie, niechciana ciąża, brak psychicznego wsparcia ciężarnej wśród najbliższych, brak akceptacji ciąży przez partnera, maltretowanie w dzieciństwie, posiadanie więcej niż 3 dzieci, palenie papierosów, niski status socjoekonomiczny, wiek poniżej 20 lat, przemoc domowa [9-12].

Nieleczony epizod depresyjny w ciąży z powodu braku podejrzenia i rozpoznania choroby, jak również z powodu obaw dotyczących działania leków, może prowadzić do wielu negatywnych konsekwencji, w tym:

- nieprzestrzegania zaleceń dotyczących opieki prenatalnej, złego odżywiania i zaniedbania fizycznego
- nadużywania leków, alkoholu i narkotyków
- myśli samobójczych
- myśli o uszkodzeniu płodu oraz rozwoju depresji poporodowej.

Dodatkową i ważną konsekwencją nieleczonej depresji matki jest efekt psychologiczny, jaki może wywierać depresja matki na płód.

Zaburzenia lękowe należą do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, mówiąc ogólnie o populacji na świecie (spotykają ponad 20% wszystkich ludzi). Sam lęk, subiektywne uczucie strachu ma znaczenie adaptacyjne. Lęk może przejawiać się:

- zaburzeniami funkcji wegetatywno-somatycznych (uczucie duszności, tachypnoe, nudności, wymioty, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, zaczerwienienie, bladość, pocenie się, uczucie słabości, zmęczenia, bóle i zawroty głowy, drżenia, szumy w uszach, częste oddawanie moczu)

- zaburzeniami funkcji psychicznych (trudności w koncentracji, zawężenie uwagi, chwiejność emocjonalna, zaburzenia snu, depersonalizacja, derealizacja)
- zaburzeniami funkcji behawioralnych (niepokój ruchowy, rzadziej zahamowanie)

Do najczęstszych zaburzeń lękowych należy zespół lęku uogólnionego. Najważniejszym objawem zaburzenia jest występujące przewlekłe zamartwianie się, stała obawa o zdrowie członków rodziny i własne, ewentualne problemy finansowe, ale także sprawy mniej ważne. Zamartwianiu się towarzyszy poczucie wewnętrznego niepokoju, drażliwość, zaburzenia snu i napięcie mięśni, odczuwalne jako fizyczna bolesność kończyn, karku lub głowy.

Zaburzenia nastroju mogą przejawiać się przygnębieniem, smutkiem, zubożeniem, apatią, drażliwością, labilnością, a także euforią czy ekstazą. Chorobowe zaburzenia nastroju (zaburzenia afektywne) obejmują zespół objawów, w którym dominuje nastrój obniżony (zespół depresyjny) lub podwyższony (zespół maniakalny), ale także upośledzona jest aktywność (najczęściej zgodnie z nastrojem) oraz myślenie. Zwykle zaburzeniom afektywnym towarzyszy lęk [13].

Jednym z częstszych sposobów na popełnienie samobójstwa jest otrucie się poprzez przyjęcie dużej ilości leków lub innych substancji chemicznych. Istnieje ograniczona ilość prac naukowych na temat prób samobójczych tego typu u kobiet ciężarnych. Przedawkowanie leków może prowadzić do poważnych powikłań, takich jak poronienie, wewnątrzmaciczna zamartwica płodu a nawet śmierć ciężarnej.

Autorzy [14] w niedawno ukazanej pracy „Pregnancy outcomes after suicide attempts by self-poisoning and drug overdose: experience of a clinical pharmacology consultation service in Izmir, Turkey” omawiają kilka przypadków prób samobójczych ciężarnych. Wykazują, że niektóre związki mogą dawać powikłania, takie jak krwawienie z dróg rodnych, czy powikłania położnicze jednak w większości epizod próby samobójczej nie miał wpływu na przebieg ciąży [14].

Wśród najczęściej używanych substancji, w celu popełnienia samobójstwa, znajdują się opioidy, alkohol, benzodiazepiny, kokaina i jej pochodne, antydepresanty i inne [15]. Badanie efektów położniczych w takich przypadkach daje nam ogromną wiedzę na temat wpływu leków na rozwój płodu i teratogenne działanie różnych substancji.

Dzięki analizie takich przypadków możemy uzyskać potwierdzenie, czy dany lek jest bezpieczny dla płodu, obserwując i oceniając prospektywnie efekty działania.

U dzieci urodzonych po ciążach obciążonych próbą samobójczą z dużą dawką nitrazepamu obserwowano częściej poród przedwczesny oraz wyższy odsetek wad

wrodzonych [16]. Natomiast u ciężarnych, które zatręły się fenobarbitalem nie zaobserwowano zwiększonej częstości wad [17]. Podobna praca o ekspozycji na inne barbiturany nie wykazała efektów teratogennych u urodzonych dzieci [18].

Podsumowanie

Dostępne w literaturze dane wyraźnie wskazują na godną uwagi rozbieżność między częstością występowania myśli samobójczych podczas ciąży (stosunkowo wysoka) a częstością prób samobójczych i zgonów z powodu umyślnego samookaleczenia (skrajnie niski) [19-22]. Ta rozbieżność wydaje się sugerować, że śmierć matek z powodu samobójstwa może nastąpić jedynie w obecności kilku towarzyszących, nakładających się czynników wyzwalających, takich jak: niestabilny stan psychiczny ciężarnej, brak pragnienia doświadczania macierzyństwa, niezdrowy tryb życia, brak wsparcia rodziny, bezrobocie, trudności w przestrzeganiu sztywnych zasad kulturowych i religijnych oraz wcześniejsze doświadczenie osobistych, traumatycznych przeżyć (w tym przemocy seksualnej i wywołanie poronienia) [23-25]. Dlatego tak ważna jest identyfikacja powyższych czynników ryzyka przez personel medyczny oraz multidyscyplinarna współpraca m.in psychiatrów, ginekologów i położnych środowiskowych celem szybkiej interwencji i zapobiegania powyższym tragediom.

Piśmiennictwo

1. Bręborowicz G.: Ginekologia i Położnictwo, tom I, Wyd. PZWL, Warszawa, 2013.
2. Statystyki policyjne - Zamachy samobójcze, <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>, data pobrania 04.05.2018.
3. Koszewska I.: O depresji w ciąży i po porodzie, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
4. Brzęczek P., Pilarczyk R., Rogoziński T., Strózik M., Zdrojewicz Z., Florjański J.: Seksualność kobiet w ciąży (badania własne), Przegląd Seksuologiczny, 2016, 2, 46, 19-24.
5. Gausia K., Fisher C., Ali M., Oosthuizen J.: Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study, Archives of Women'S Mental Health Journal, 2009, 12, 5, 351-358.

6. Frautschi S., Cerulli A., Maine D.: Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality, *The International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1994, 47, 3, 275-284.
7. Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J.: Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth *British Medical Journal*, 2001, 323, 257-260.
8. Josefsson A., Berg G., Nordin C., Sydsjö G.: Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2001, 80, 251-255.
9. Kumar R., Robson K.M.: A prospective study of emotional disorders in childbearing women, *The British Journal of Psychiatry*, 1984, 144, 35-47.
10. O'Hara M.W.: Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium, *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43, 569-573.
11. Dietz P.M., Williams S.B., Callaghan W.M., Bachman D.J., Whitlock E.P., Hornbrook M.C.: Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births, *American Journal of Psychiatry*, 2007, 164, 1515-1520.
12. Yonkers K.A., Wisner K.L., Stewart D.E., et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists *General Hospital Psychiatry*, 2009, 31, 403-413.
13. Koszewska I., Habrat-Pragłowska E.: O depresji. O manii. O zaburzeniach nastroju, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003.
14. Ozturk Z., Ugras K.: Pregnancy outcomes after suicide attempts by self-poisoning and drug overdose: experience of a clinical pharmacology consultation service in Izmir, Turkey, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2018, 14, 1-3. doi: 10.1080/01443615.2017.1419463.
15. Gentile S.: Suicidal mothers, *The Journal of Injury and Violence Research*, 2011, 3, 2, 90-97.
16. Metz T.D., Rovner P., Hoffman M.C., Allshouse A.A., Beckwith K.M., Binswanger I.A.: Maternal Deaths From Suicide and Overdose in Colorado, 2004–2012, *Obstetrics & Gynecology*, 2016, 128, 6, 1233-1240.
17. Gidai J., Acs N., Bánhidý F., Czeizel A.E.: Congenital abnormalities in children of 43 pregnant women who attempted suicide with large doses of nitrazepam, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety Journal*, 2010, 19, 2, 175-182.

18. Timmermann G., Acs N., Bánhidý F., Czeizel A.E.: Congenital abnormalities of 88 children born to mothers who attempted suicide with phenobarbital during pregnancy: the use of a disaster epidemiological model for the evaluation of drug teratogenicity, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety Journal*, 2009, 18, 9, 815-825.
19. Timmermann G., Czeizel A.E., Bánhidý F., Acs N.: A study of the teratogenic and fetotoxic effects of large doses of barbital, hexobarbital and butobarbital used for suicide attempts by pregnant women, *Toxicology & Industrial Health*, 2008, 24, 1-2, 109-119.
20. Timmermann G., Czeizel A.E., Bánhidý F., Acs N.: A study of the teratogenic and fetotoxic effects of large doses of barbital, hexobarbital and butobarbital used for suicide attempts by pregnant women, *Toxicology & Industrial Health*, 2008, 24, 1-2, 109-119.
21. Kumar R., Robson K.M.: A prospective study of emotional disorders in childbearing women, *British Journal of Psychiatry*, 1984, 144, 35-47.
22. Newport D.J., Levey L.C., Pennell PB, Ragan K., Stowe Z.N.: Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications, *Archives of Women's Mental Health*, 2007, 10, 5, 181-187.
23. Gausia K., Fisher C., Ali M., Oosthuizen J.: Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study, *Archives of Women's Mental Health*, 2009, 12, 5, 351-358.
24. Freitas G.V., Botega N.J.: Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents, *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2002, 48, 3, 245-249.
25. Gressier F., Guillard V., Cazas O., Falissard B, Glangeaud-Freudenthal N.M., Sutter-Dallay A.L.: Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses, *Journal of Psychiatric Research*, 2017, 84, 284-291.

Rodzina wobec samobójstwa dziecka niepełnoletniego

Kimszał Ewelina¹, Kurowska Klaudia²

1. student studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. student studiów doktoranckich, Klinika neurologii i rehabilitacji dziecięcej UDSK w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Śmierć członka rodziny lub bliskiej osoby odbierana jest przez domowników zazwyczaj jako doświadczenie bolesne i trudne. Ból i cierpienie jest szczególnie odczuwane, jeśli mamy do czynienia ze stratą dziecka. Śmierć dziecka dotyka nie tylko matkę czy ojca, ale także rodzeństwo, dziadków, a w mniejszym stopniu dalszą rodzinę. Wielkość tej straty polega na jej niezgodności z naturalnym porządkiem rzeczy, pozwalającym zakładać, że w obowiązku dzieci leży zmierzenie się ze śmiercią swoich dziadków, a następnie rodziców, a nie odwrotnie. Żałoba po dziecku jest okresem zwiększonego zapotrzebowania na wsparcie społeczne, pomoc ze strony drugiego człowieka, osób bliskich, rodziny i przyjaciół, ale też nieznajomych, którzy mogą stawać się bliscy ze względu na wspólne doświadczenie.

Należy podkreślić, że na przeżywanie żałoby i zaistniałej sytuacji kryzysowej, która wystąpiła w rodzinie nie wpływa wiek zmarłego dziecka [1]. Jednak ze względu na występujące różnice w przebiegu żałoby po osobie dorosłej i po dziecku, które nie ukończyło osiemnastu lat, chciałabym swoją uwagę skoncentrować przede wszystkim na rodzinach, które straciły dziecko niepełnoletnie.

Głównym celem pracy jest przedstawienie doświadczeń, z jakimi zmagają się rodzice po śmierci dziecka z perspektywy funkcjonowania rodziny jako całości, a także z wyszczególnieniem na poszczególnych członków (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie i inne instytucje). Chciałabym również ukazać szczególną specyfikę, jaka występuje wśród rodziny w okresie żałoby po dziecku, jej kryzysowy charakter oraz zapotrzebowanie rodziny na wsparcie społeczne. Praca ma jedynie charakter wprowadzający do tematu bez poruszać szeregu istotnych

kwestii, bez ich dogłębnej analizy, wskazując na wagę podjętego problemu oraz możliwe kierunki dalszych poszukiwań w tym obszarze.

Podjęcie decyzji o samobójstwie przez dziecko

Akt samobójczy jest ostatecznością na jaką może odważyć się młody człowiek, a zanim do tego dojdzie wysyła sygnały otoczeniu. Współczesność doprowadza do tego, że rodzice często na nie mają czasu i nie zauważają niepokojących zachowań dziecka. Wielu z nich wie, że nie poświęca odpowiedniej uwagi dziecku i rekompensuje brak kontaktu emocjonalnego czy fizycznego drogimi prezentami. Od dzieci wymaga się coraz więcej, a jednocześnie pozostawia je samym sobie, nie dając wsparcia czy pomocy [2].

Próba samobójcza może być próbą sił, wymuszeniem pewnych decyzji lub chęcią zwrócenia na siebie uwagi. Dziecko, które chce lub próbowało popełnić samobójstwo wcześniej rzeczywiście chce lub chciało to zrobić. Natomiast te, które rzeczywiście chcą dokonać takiego czynu wcześniej próbują zwrócić uwagę innych osób na siebie i pokazać, że czekają aż ktoś zauważy ich problem i pomoże im go rozwiązać [2]. Samobójstwo jest pewnym procesem i dobrze zobrazował to Erwin Ringel znaną teorią syndromu presuicydalnego, w której wyróżnił trzy etapy [3]:

- zawężenie sytuacyjne - oznacza zanik poczucia równowagi pomiędzy własnymi możliwościami a warunkami życiowymi. Człowiek zaczyna myśleć, że sytuacja, w której się znajduje jest niesamowita, nie dająca się znieść i przezwyciężyć.
- zawężenie dynamiczne – człowiek w tej fazie traci mechanizmy kontroli i obrony i pozostaje mu jedynie zwrócenie agresji wobec siebie. Zanikają wszelkie uczuciowe związki międzyludzkie oraz zdolność do tworzenia związków z innymi osobami.
- zawężenie świata wartości – potencjalny samobójca już w nic nie wierzy, wewnętrzne poczucie negacji i destrukcji prowadzi do całkowitego zaprzeczenia wartościom i nihilizmu.

Myśli o samobójstwie pojawiają się najczęściej w grupie rówieśników, jeżeli jeden z kolegów targnie się na swoje życie lub w mediach pojawia się informacja o samobójczej śmierci młodej osoby. Motywy skłaniające do popełnienia samobójstwa mogą być różne, pojawiają się na przykład w wyniku poczucia więzi między osobami w podobnym wieku (sytuacja taka

widoczne jest zwłaszcza u młodzieży w wieku dojrzewania) lub z powodu poczucia winy, wstydu, że nie zapobiegło się śmierci przyjaciela. Innym motywem do popełnienia samobójstwa jest efekt Wertera polegający na tym, że jeśli znana osoba (aktor, piosenkarz, celebryta) targnie się na swoje życie, a media to nagłośnią, to fani mogą chcieć pójść w jego ślady i dokonać samobójstwa [4]. Dzieci mogą być też uczestnikami samobójstwa, pełniąc rolę ofiary. Przykładem są grupowe samobójstwa, które najczęściej mają charakter rytualny (np. w sektach) oraz samobójstwa rozszerzone, kiedy to dorosły odbiera sobie życie po wcześniejszym zabiciu członków rodziny.

Dodatkowym zagrożeniem zwiększającym ryzyko popełnienia samobójstwa mogą być uzależnienia, które przyczyniają się do utraty kontroli nad zachowaniem, osłabiają więzi z bliskimi, powodując izolację społeczną i emocjonalną [3].

Kryzys rodziców w wyniku utraty dziecka

Śmierć ma bardzo duży wpływ na stan uczuciowy rodziców. Przeżywany ból jest bardzo silny z powodu przywiązania do osoby, która zmarła. Już w okresie prenatalnym wywiązuje się reakcja przywiązania rodziców do dziecka. Wraz ze stratą dziecka pojawiają się takie emocje, jak: lęk, złość, emocjonalne odizolowanie, smutek i żal. Rodzic opłakujący śmierć swojego dziecka opłakuje również samego siebie i utratę swojej tożsamości tworzonej ze zmarłym [5]. Jeżeli dziecko umiera nagle, poza domem lub w szpitalu, wówczas wpływ śmierci wzrasta pięciokrotnie, prawdopodobnie z powodu przeżytego szoku. Śmierć kończy życie, ale nie związek z osobą zmarłą. Ochrona przed intensywnym bólem, jaki pojawia się po stracie dziecka polega na wytworzeniu obrony psychologicznej, która polega na ochronie przed intymnymi relacjami z innymi osobami. Zachowanie dystansu pomaga rodzicom przezwyciężyć ból, ponieważ uważają, że uchroni ich to przed ponownym bólem zerwania więzi [6].

Można zaobserwować sytuację, w której rodzice nie tylko odcinają się od innych osób, ale również od wszystkiego, co wiąże się ze zmarłym. Wyraża się to w zaprzeczaniu żalowi, braku rozmów o zmarłej osobie, czy też okolicznościach jej śmierci. W innych rodzinach będzie się to przejawiać w swoistym pozostawaniu w kontakcie z osobą zmarłą przez codzienne odwiedzanie cmentarza czy pozostawienia rzeczy zmarłego dziecka w tych samych miejscach w domu, tak jakby ono dalej żyło (niezmieniony przez lata dziecięcy pokój). W pierwszym

wypadku możemy mówić o mechanizmach zaprzeczenia, w ostatnim zaś o ciągłym życiu rodziców w świadomości, że śmierć ukochanej osoby nastąpiła wczoraj. We wszystkich tych przypadkach występuje jednak nieumiejętność pożegnania się z osobą zmarłą [7].

Rodzina, która do czasu śmierci dziecka była rodziną funkcjonalną, w okresie żałoby często nie jest w stanie sama sobie poradzić. W niektórych wypadkach rodzina stwarza specyficzne strategie obronne, które zakłócają jej rozwój i członkowie wymagają pomocy terapeutycznej. Reakcja taka występuje, kiedy rodzice nie umieją pogodzić się ze stratą dziecka i proces ten blokuje rozpoczęcie przeżywania żałoby. Smutek może być trudniej odczuwany u młodych rodziców i u kobiet, osoby te często wymagają profesjonalnego doradztwa od duchowieństwa, lekarza lub pracownika służby zdrowia psychicznego [8].

Rodzeństwo wobec samobójstwa brata lub siostry

Reakcje dziecka na samobójstwa rodzeństwa będą bardzo różne, ponieważ zależą od wielu czynników, między innymi od: wieku dziecka, jego doświadczeń życiowych, relacji rodzinnych, bliskości ze zmarłym oraz od okoliczności śmierci. Dziecko, które traci swoją siostrę lub brata może zostać osierocone dwukrotnie. To znaczy, że z jednej strony umiera mu rodzeństwo, a z drugiej, pod względem emocjonalnym, traci również rodziców. Najczęściej rodzice zmarłego dziecka są zajęci własną, niewyobrażalną żałobą. Dystansują się emocjonalnie od pozostałych dzieci i całego otoczenia. W takim wypadku dziecko, które żyje może chcieć zwrócić uwagę rodziców na siebie wymyślając poważną chorobę lub marzy i rozważa popełnienie swojego samobójstwa. Odczuwa przy tym głęboki żal do rodziców, co z kolei potęguje poczuciem winy u nich. Rodzeństwo zmarłego dziecka czuje się opuszczone, odczuwają smutek wyrażany na przykład poprzez płacz, nieodzywanie się, brak apetytu, niechęć, wrogość, senność, lęk. Jeżeli rodzeństwo nie miało dobrych relacji, dziecko takie może obwiniać się, że nie miało wcześniej dobrych relacji ze zmarłym bratem lub siostrą. Zaczyna utożsamiać się ze zmarłym to znaczy realizować jego plany, a nawet czuć ulgę, najczęściej skrywaną, jeśli zmarły był powodem problemów rodzinnych. Rodzeństwo reaguje często również poczuciem wstydu, pustki i wieloma innymi uczuciami i zachowaniami uzależnionymi od sytuacji i wychowania w danej rodzinie [9].

Dziadkowie wobec straty wnuczka

„Rodzice są od wychowania, a dziadkowie od rozpieszczania” - to stwierdzenie, z którym często można spotkać się we współczesnym świecie nierzadko stanowi podłoże do narodzin bardzo silnej relacji na linii dziadkowie - wnuczka. Relacja ta bywa bardzo zażyła i znacząca dla dorastającego dziecka. Postrzeganie przez dziecko ról dziadków i wnuków wyzwała pozytywne emocje, co wskazuje na głębokie uczucie i szacunek kierowany w stronę dziadków [10]. Analogicznie - również dziadkowie obdarzają swoje wnuczka bardzo dużym uczuciem. Śmierć wnuka jest druzgocąca dla większości dziadków. To między innymi utrata radości bycia dziadkiem/babcią - brak możliwości uczestnictwa w ważnych wydarzeniach z życia wnuczka oraz utrata części własnego dziedzictwa. Dziadkowie doświadczają wielkiego bólu i często łączą się w nim z „dorosłymi” dziećmi (rodzicami wnuka), których starają się wspierać dzieląc ból po zmarłym wnuku. Wspierają także rodzeństwo dorosłego dziecka i zmarłego wnuka, a jednocześnie mają trudności ze znalezieniem dla siebie miejsca - wsparcia i pocieszenia. Obserwuje się zwiększenie skutków zdrowotnych związanych ze stresem, w tym raka, chorób serca, zaburzeń psychicznych i zgonów rodziców 1-5 lat po śmierci dziecka. Te skutki zdrowotne nie były badane u dziadków po śmierci wnuka, pomimo wielu stresogennych czynników, które towarzyszą śmierci. Nie zostało jednak określone, czy skutki zdrowotne związane z przeżywaniem śmierci wnuka różnią się w przypadku dziadków, którzy opiekowali się wnukiem regularnie, czy też widywali swoje wnuczka okazjonalnie. Różnice w stanie zdrowia dziadków i ich funkcjonowaniu ze względu na rasę/pochodzenie etniczne po śmierci wnuka są nieznane. Badania zdrowia i funkcjonowania dziadków po śmierci wnuka w ciągu ostatnich 25 lat są bardzo nieliczne [11]. U dziadków po śmierci wnuka zaobserwowano trzy główne motywy: utrata jako osobisty punkt zwrotny w życiu, analiza znaczenia relacji ze zmarłym oraz wpływ straty na własne przekonania i postawy. Utrata wnuka charakteryzuje się złożonym napięciem [12].

Wsparcie społeczne w sytuacji śmierci dziecka

Negatywne skutki żałoby w pewnej mierze może zmniejszać wpływ ludzi otaczających pograżoną w żałobie osobę. Są to bliscy, przyjaciele, personel medyczny, grupy wsparcia, a także

duszpasterz, którego pomoc może być bardzo cenna [5]. Osoby, które straciły rodzica, małżonka i dziecko niezmiennie wskazują, iż żal po stracie dziecka jest najbardziej bolesny, trwały i trudny do przeżycia. U personelu medycznego w przypadku śmierci małoletniego obserwuje się szczególne poczucie porażki i frustracji. Żałoba to czas w życiu człowieka, kiedy obserwowana jest wyjątkowo silna potrzeba wsparcia pochodzącego od społeczeństwa, które to należy rozumieć jako niesienie pomocy osobie znajdującej się w bardzo ciężkiej sytuacji życiowej, w celu ułatwienia jej przejścia procesu żałoby po stracie dziecka oraz pomocy w poradzeniu sobie z zaistniałymi problemami. Żałoba po stracie dziecka to czas, w którym pierwotnie wybrana grupa wsparcia nie sprawdza się, jeżeli brane jest pod uwagę udzielenie wsparcia mającego charakter emocjonalny czy też duchowy. Dalsza rodzina często bywa przytłoczona ilością cierpienia, które to staje się udziałem rodziny. Członkom rodziny brakuje wiedzy z zakresu psychologii oraz odpowiedniego doświadczenia, by móc udzielać skutecznej pomocy w ciężkiej sytuacji. Narastająca bezradność osób bliskich odbierana jest przez dotknięte problemem osoby jako niekorzystna obojętność bądź chłodne relacje emocjonalne. Piętnowanie osób w żałobie często prowadzi do zaniechania relacji rodzinnych. Członkowie rodziny oraz przyjaciele, chcący nieść pomoc rodzicom po stracie dziecka często sięgają po utarte zwroty, które w wielu przypadkach zaburzają przebieg żałoby, frustrują i powodują efekt zupełnie przeciwny do spodziewanego. Popularne frazy typu „czas leczy rany” są wysoce nieadekwatne do tragicznej sytuacji, w której znajdują się pogrążeni w żałobie rodzice. Najlepszym wyjściem z sytuacji jest kierowanie najbliższej rodziny zmarłego dziecka do grup wsparcia, które skupiają ludzi borykających się z podobnymi problemami dotyczącymi straty małoletniej osoby [13].

Statystyki dotyczące samobójstw uczniów szkół średnich gwałtownie wzrosły. W związku z obserwowaną sytuacją zapobieganie samobójstwom wśród nastolatków stało się priorytetem dla pedagogów oraz nauczycieli zaangażowanych w pracę szkoły oraz nauczanie. W placówkach na całym świecie coraz częściej nawiązuje się do problematyki samobójstw – prowadzone są specjalne kampanie, czy też konsultacje psychologiczne. Szkoła ma ogromny wpływ na dorastającą osobę, w związku z czym zarówno edukacja oraz prewencja niekorzystnych zachowań, a także wsparcie dla bliskich osoby popełniającej samobójstwo (np. dla rodzeństwa uczęszczającego do tej samej placówki) powinno stanowić główny cel pedagogów oraz nauczycieli [14].

Profilaktyka zachowań suicydalnych

Profilaktyka presuicydalna powinna być prowadzona wielośrodkiem. Działania powinny być podejmowane na płaszczyźnie rodziny, szkoły, policji, ochrony zdrowia oraz administracji rządowej i samorządowej [15].

Samobójstwom wśród dzieci i młodzieży można zapobiegać na wiele sposobów. Najważniejszą rolę upatruję w rodzicach, którzy w procesie wychowania powinni uczyć najmłodszych umiejętności społecznych, radzenia sobie ze stresem, wyrażania emocji, komunikacji, asertywności. Istotna jest też obserwacja dzieci i w razie konieczności podejmowanie szybkiej interwencji. Duże znaczenie ma także szkoła, a w niej realizacja programów profilaktyki suicydalnej [2].

Funkcjonujące mity, przesady i opinie utrudniają efektywny proces zapobiegania samobójstwom. Jednym z takich mitów jest przekonanie, że osoba, która otwarcie mówi o zamiarze odebrania sobie życia, nie popełni samobójstwa. Ludzie często mówią o swoich planach, aby ktoś ich powstrzymał i okazał zainteresowanie. Z powyższych faktów wynika, że pierwszym krokiem w zapobieganiu zdarzeniom autodestrukcyjnym młodych ludzi jest prowadzenie szeroko rozpowszechnianych działań informacyjno-edukacyjnych w społeczeństwie. Do powyższych działań można między innymi zaliczyć: eliminowanie mitów i przesądów o samobójstwie przez dostarczanie rzetelnej wiedzy o objawach i przyczynach zachowań samobójczych, a także wykształcanie umiejętności rozpoznawania wczesnych objawów oraz udzielania pomocy [15].

Ilość zasobów, które większość krajów inwestuje w badania i zapobieganie incydentom samobójczym jest nieźrównowazona biorąc pod uwagę skalę problemu i możliwość wprowadzenia znacznych ulepszeń w tej dziedzinie. Wydaje się, iż decydenci są skłonni do inwestowania większej ilości zasobów w inne miejsca, na przykład w zapobieganiu wypadkom śmiertelnym w wypadkach drogowych zamiast śmierci w wyniku samobójstwa. Powodem takiej sytuacji może być brak wiedzy na temat dużej liczby aktów samobójczych i możliwości zapobiegania im.

Ważną rolę odgrywają również głęboko zakorzenione przekonania osobiste i społeczne, a także mity dotyczące samobójstw.

Często pojawia się pojęcie, że samobójstwa są aktami wolnej woli i że mogą istnieć zrozumiałe i prawdziwe powody, dla których niektórzy ludzie popełniają samobójstwo w trudnych warunkach życiowych. Powszechnie uważa się, że zapobieganie samobójstwom ma niższy priorytet niż zapobieganie wypadkom drogowym lub innym przyczynom zgonów. Jak wcześniej wspomniano samobójstwa rzadko są aktami wolnej woli, ale w większości przypadków są skutkiem zaburzeń psychicznych. Jest to zatem ważny sygnał, że plan działania na rzecz zdrowia psychicznego opracowany przez WHO w 2012 roku [15] wzywa wszystkie państwa członkowskie do zwiększenia wysiłków na rzecz poprawy zdrowia psychicznego i zmniejszenia liczby samobójstw o 10% do roku 2020. Krajowe programy zapobiegania samobójstwom muszą dotyczyć wszystkich warstw społecznych, w tym m.in. ustawodawstwa, opinii publicznej, systemu opieki zdrowotnej lub osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi [16]. Interwencje mogą mieć pozytywny wpływ na przyczyny, które powodują zachowania samobójcze (np. zmniejszając poczucie beznadziejności i rozpacz w epizodzie depresyjnym), ale mogą również celować w inne czynniki wpływające na liczbę i śmiertelność w wyniku incydentów samobójczych [17].

Podsumowanie

Samobójstwo wśród dzieci jest zjawiskiem rzadkim. Myśli samobójcze częściej przejawiają dzieci bardziej impulsywne i nadaktywne, nieokazujące bólu i cierpienia w przypadku krzywdy oraz takie, których rodzice stosują przemoc lub lekceważą je. Liczba samobójstw wśród młodzieży wzrasta. Młodzi samobójcy przed popełnieniem samobójstwa cierpią często na depresję i zwykle nadużywają środków psychoaktywnych. Inną przyczyną samobójstwa może być fascynacja śmiercią. Śmierć dziecka pozostawia jego bliskich w stanie szoku i niedowierzania. Jeśli śmierć dziecka przychodzi nagle, wstrząs ten może trwać wiele miesięcy. Często objawia się on stanem odrętwienia emocjonalnego, zamrożeniem. Rodzice i bliscy mogą pozostać w tym stanie, przedłużając w nieskończoność stan żałoby i opóźniając lub uniemożliwiając powrót do normalnego życia. Każdy rodzic zawsze będzie czuł się winny wobec śmierci dziecka, zastanawiając się co mógł zrobić, żeby przeciwdziałać samobójstwu. Rodzice analizują każde słowo i czyn dziecka, obwiniają siebie nawzajem oraz otoczenie. Rodzina oraz

bliscy rodzinie walczą z własnymi emocjami i poczuciem winy, że nie zapobiegli tragicznej śmierci dziecka [18].

Piśmiennictwo

1. Stankiewicz K.: Rodzina wobec śmierci dziecka. Żałoba, kryzys, wsparcie społeczne, *Pedagogia Christiana*, 2015, 2, 36, 237-249.
2. Wasilewska-Ostrowska K.: Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród młodzieży, *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2015, 14, 3, 152-164.
3. Schiep S.: Ryzyko samobójstwa i próba jego diagnozy w świetle metody Rorschcha, *Roczniki Psychologiczne*, 1998, 1, 188-196.
4. Pospiszyl, I.: *Patologie społeczne*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2009.
5. Kościelniak J.: Śmierć dziecka i żałoba rodziców jako zagadnienie duszpasterskie, *Polonia Sacra*, 21, 2017, 1, 46, 83–99.
6. Stelcer B.: Żałoba mężczyzn, *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81, 5, 569–573.
7. Janusz B., Drożdżewicz L.: Śmierć i żałoba w rodzinie. Oddziaływania terapeutyczne, *Psychoterapia* 2013, 2, 45-54.
8. U.S. Department of Health and Human Services HRSA: *The Death of a Child—The Grief of the Parents: A Lifetime Journey* 2005, 1-5.
9. Żałoba-poradnik dla rodziców i opiekunów. TUMBO pomaga, Fundacja hospicyjna, 1-6.
10. Kennedy G.: College students' expectations of grandparent and grandchild role behaviors, *The Gerontologist*, 1990, 30, 43-48.
11. Youngblut J., Brooten D., Blais K., Kilgore C., Yoo C.: Health and functioning in grandparents after a young grandchild's death, *Journal of Community Health*, 2015, 40, 956-966.
12. Tourjeman K., Doron I., Cohen M.: Losing a Grandchild: The Mourning Experience of Grandparents in Israel, *Death studies*, 2015, 39, 491-499.
13. Stankiewicz K.: Rodzina wobec śmierci dziecka. Żałoba, kryzys, wsparcie społeczne, *Paedagogia Christiana*, 2016, 36, 237-250.
14. Brent D. A., Brown C. H.: Effectiveness of school-based suicide prevention programmes, *The Lancet*, 2015, 385, 1489-1491.

15. Bąbik, A., Olejniczak, D.: Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. Dziecko krzywdzone, Teoria, badania, praktyka, 2014, 13,2, 99-121.
16. World Health Organization. Public Health Action for the Prevention of Suicide: a Framework, Geneva, Switzerland, WHO Press, 2012.
17. World Health Organization. Preventing Suicide: a Global Imperative. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.
18. Hegerl U.: Prevention of suicidal behavior, Dialogues in clinical neuroscience, 2016, 18, 183.

Stres - jedna z chorób cywilizacyjnych, czy jedna z ich przyczyn?

Sypel Karolina, Paluch Izabela

Studentki Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

*„Problemy człowieka zawsze można odczytać z jego ciała,
ponieważ ciało jest tym,
kim jest człowiek.”*

A. Lowen [1]

Wstęp

Wydaje się, że stres jest nieodzownym towarzyszem naszego życia, tak oczywistym, że wielu z nas nie uważa go ani za intruza, ani za wroga, z którym należy walczyć czy też unikać. Owszem, jest odbierany jako zjawisko szkodliwe, ale akceptowalne, bo tego przecież wymaga współczesne życie - w pośpiechu, nieprzewidywalne, pełne bodźców atakujących nas z każdej strony, wielozadaniowość i oczekiwania, których spełnienie jest często ogromnym obciążeniem zarówno psychicznym, jak i fizycznym. Społeczeństwo, a zwłaszcza osoby młode, do grona których należą badani przez nas studenci, staje się coraz bardziej świadome w zakresie zdrowego żywienia czy zażywania aktywności fizycznej. Dominujący kult ciała sprawił, że większość ludzi zdaje sobie sprawę, że wysportowane ciało i zdrowa zbilansowana dieta warunkują sprawność i dobre samopoczucie.

Na porady, gotowe zestawy ćwiczeń czy też przepisy można trafić na każdym kroku zarówno w Internecie przeglądając blogi całkowicie poświęcone tej tematyce, jak i w telewizji, czego przykładem są telewizje śniadaniowe. Obecnie odcinki nie zawierające informacji o zdrowym żywieniu, nowinkach fitnessowych, czy też poradach kulinarnych praktycznie nie istnieją. Czasem można się spotkać ze wzmianką o szkodliwym wpływie stresu, ale bez uwzględnienia ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych. Stres jest szkodliwy - udowodniony fakt, ale nikt za bardzo się tym nie przejmuje.

Życie w ciągłym stresie przestaje być czymś wyjątkowym, wprost przeciwnie, bardzo mocno utarło się przekonanie, że należy go akceptować i nauczyć się z nim funkcjonować.

Czym tak właściwie jest stres i kiedy zaczęto łączyć jego wpływ z powstawaniem chorób, w tym przewlekłych?

Pojęcie stresu wprowadzone zostało do użycia przez Hansa Hugona Selye'a, który badaniu tego zjawiska poświęcił 50 lat pracy naukowej. Selye jako pierwszy postawił hipotezę, iż szereg chorób somatycznych jest skutkiem niezdolności człowieka do radzenia sobie ze stresem. Zjawisko to określił mianem niewydolności tzw. syndromu ogólnej adaptacji i opisał je w pierwszej swojej książce na temat stresu w roku 1956 pt. *The Stress of Life* [2].

Czym są zatem choroby cywilizacyjne? Są to powszechnie znane, szerzące się globalnie choroby spowodowane rozwojem cywilizacji, zwane również chorobami XXI wieku. Należą do nich między innymi cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, otyłość, udar mózgu, zawał serca, miażdżyca, nowotwory, choroby psychiczne, takie jak anoreksja, nerwica czy depresja. Warto wspomnieć również o alkoholizmie i chorobach przewodu pokarmowego, takich jak choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, jak i chorobie refluksowej przełyku. Czy wymienione choroby łączy coś jeszcze? Odpowiedź brzmi tak, wszystkie mogą być wywołane długotrwałym działaniem stresu. Stres poprzez aktywację układu współczulnego przygotowuje organizm do walki.

W przeszłości żyliśmy znacznie krócej. Ludzi dziesiątkowały zarazy, wojny. Z wieloma chorobami sobie nie radzono, przykładem mogą być choroby zakaźne, takie jak ospa prawdziwa czy grypa. Każdy słyszał o pandemii grypy hiszpanki, która w latach 1918-1920 pochłonęła na świecie jakieś 50 milionów istnień. Ale nie każdy zdaje sobie sprawę z liczby cierpiących na choroby cywilizacyjne i nie śledzi na bieżąco statystyk dotyczących nowych przypadków zachorowań. Dlaczego użycie słowa „cierpiący” jest tutaj na miejscu, skoro choroby te mogą być leczone i pacjent wtedy nie cierpi? Przecież mamy szeroko dostępne leki zarówno na cukrzycę, jak i nadciśnienie. Mimo ogromnego postępu technologicznego, współczesna medycyna, której udało się wydłużyć życie wciąż nie jest w stanie polepszyć jego jakości i poradzić sobie ze wszystkimi schorzeniami, zwłaszcza przewlekłymi, a przecież sama możliwość leczenia i istnienie leków nie gwarantuje zniknięcia dokuczliwych objawów. Tutaj warto zadać zasadnicze pytanie: chcemy żyć długo, czy w dobrostanie fizycznym i psychicznym?

A może nie musimy wybierać? Może wyeliminowanie lub przynajmniej ograniczenie udziału stresu w naszym życiu codziennym pomoże nam uniknąć zachwiania równowagi naszego organizmu i wystąpienia chorób cywilizacyjnych? [3]

Cel pracy

Celem pracy było badanie reakcji studentów na stres długo i krótkofalowy.

Materialy i metody

Badaniem objęto 100 studentów zarówno kobiet, jak i mężczyzn w wieku od 19 do 28 lat. Do przeprowadzenia badania została użyta ankieta składająca się z 22 pytań zarówno zamkniętych, jak i otwartych, a także wielokrotnego wyboru dotyczących m.in. obecności chorób przewlekłych, okoliczności ich zaostrzeń, stylu życia, czynników stresowych oraz dwa pytania dotyczące samooceny studentów. Dołączono także metryczkę. Całość została opracowana w programie Excel 2013 i przeanalizowana na potrzeby wniosków i wykresów.

Wyniki

W wyniku analizy danych można stwierdzić, że 91% osób obserwuje u siebie reakcje na stres, a 100% osób doświadcza w ciągu roku stresu. Najczęściej ankietowani wskazują pobudzenie układu współczulnego, 64% uważa, że istnieje istotny związek między działaniem stresu a wystąpieniem dolegliwości, jakimi są przyspieszona akcja serca 80%, infekcje 38%, nasilenie chorób przewlekłych 35%. Badani odczuwają również dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.

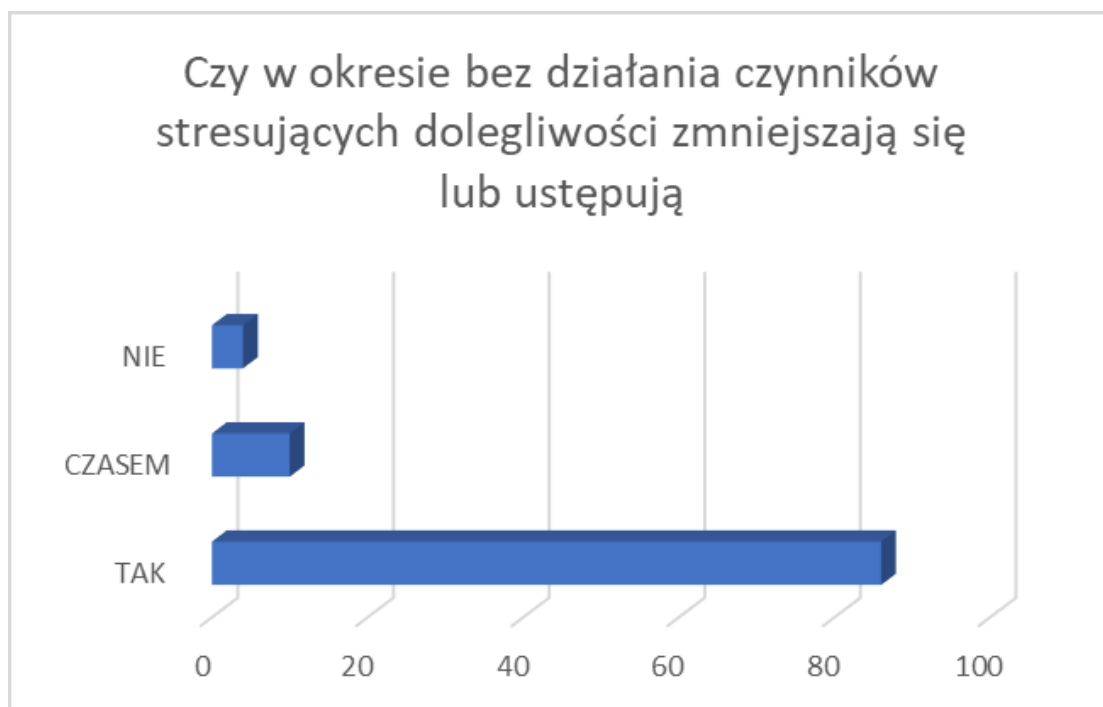
Na pytanie odnośnie utrzymywania się objawów w czasie okresu bez działania czynnika stresującego, 86% studentów odpowiedziało, że ulegają zmniejszeniu, czasem ulegają zmniejszeniu 10%, a zmniejszenia nasilenia nie zauważyło 4% (Ryc.1).

Kolejne pytanie dotyczyło sposobów radzenia sobie ze stresem. Najwięcej osób za skuteczny uważa spotkania i rozmowy z przyjaciółmi 51%, 43% wykonuje ćwiczenia fizyczne, niewiele mniej, bo 34% przyjmuje pozytywne nastawienie.

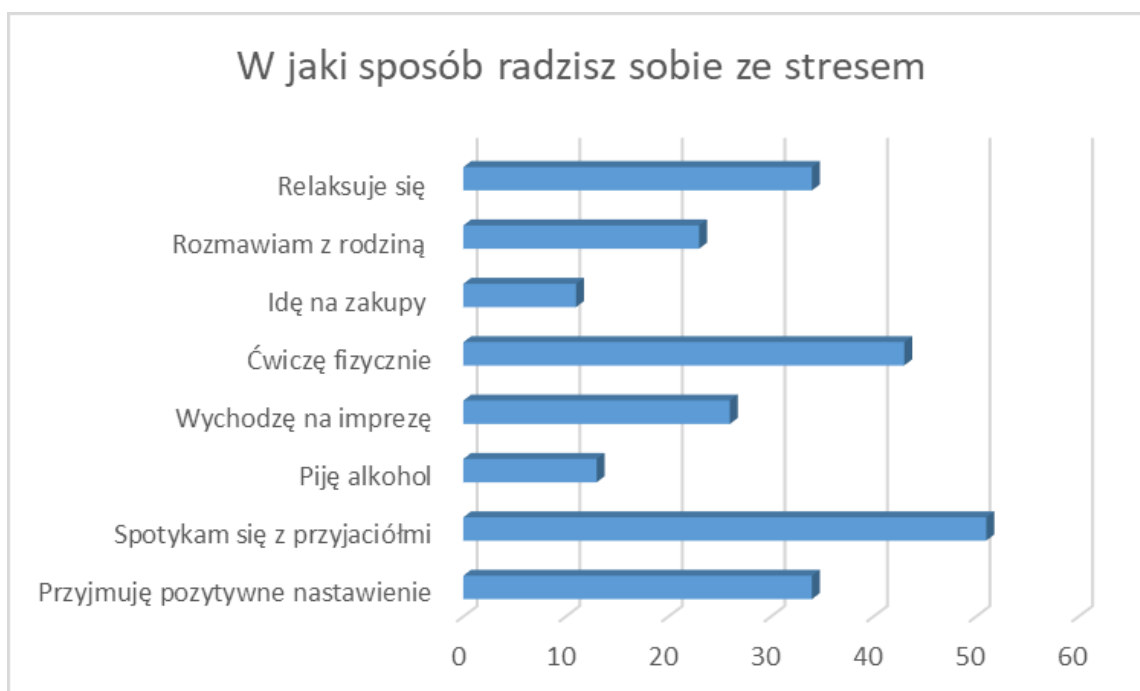
Do popularnych sposobów odreagowania sytuacji stresowych należą wychodzenie na imprezy 26% i spożywanie alkoholu 13% (Ryc.2).

Doskonałym przykładem reakcji na stres krótkofalowy jest samopoczucie studentów przed egzaminem. Postanowiliśmy przeanalizować ich reakcje. Najczęściej występuje potliwość 50% i pocenie rąk 40%, w mniejszym stopniu studenci skarżą się na uporczywy ból brzucha 32% i konieczność częstszych wizyt w toalecie 15%. Zaledwie jedna osoba nie odczuwa żadnej z wymienionych dolegliwości (Ryc.3).

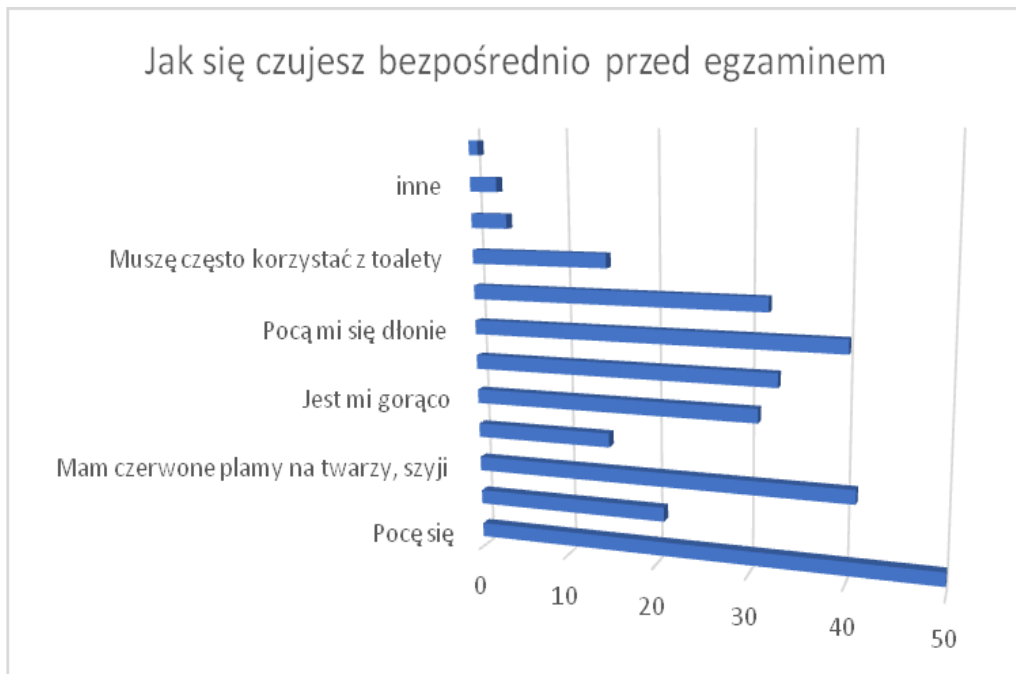
Na pytanie, czy studenci uważają, że można zminimalizować stres twierdząco odpowiedziała zdecydowana większość 81%, natomiast nie zgadza się z tym 3% ankietowanych (Ryc.4).



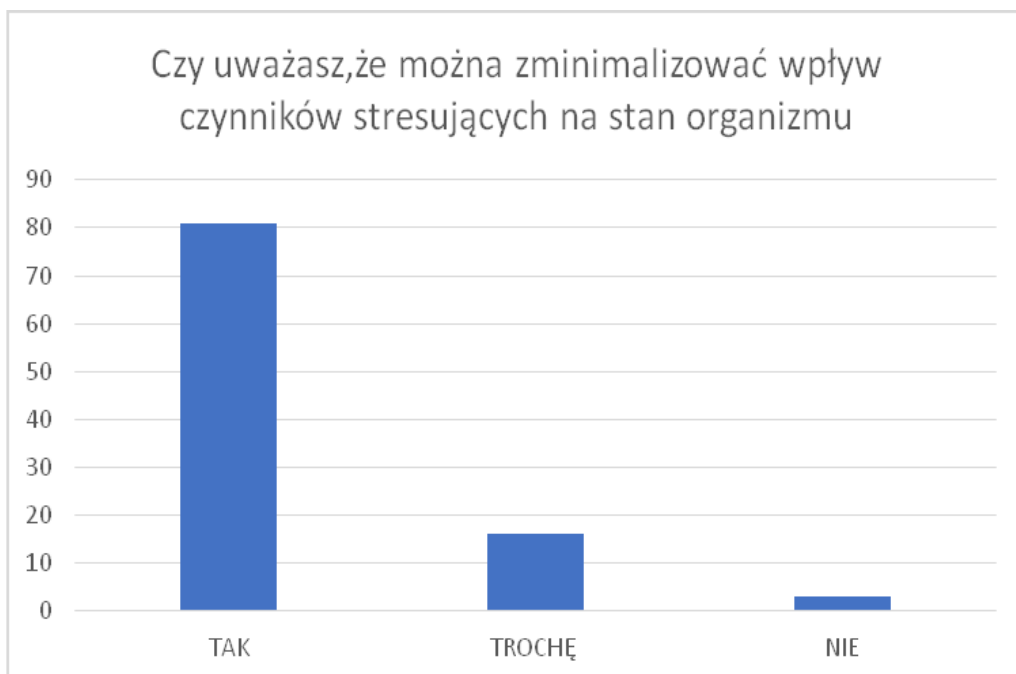
Ryc.1. Wpływ czynników stresujących na odczuwane dolegliwości



Ryc.2. Sposoby radzenia sobie ze stresem



Ryc.3. Odczucia bezpośrednio przed egzaminem



Ryc.4. Opinie na temat możliwości zminimalizowania wpływu czynników stresujących

Wnioski

„Stresu nie da się uniknąć! Ale każdy z nas może się zastanowić, jak go ograniczyć. To byłaby obrona przed wieloma chorobami, w tym i rakiem.”

J. Roik [3]

Stres ma bardzo duży wpływ modulujący na systemu neuro-endokrynno-immunologiczny, co oznacza, że nasze samopoczucie, gospodarka hormonalna i odporność są od niego zależne. Aktywując układ współczulny, przygotowuje nasz organizm do walki. Niestety nieustające pobudzenie i gotowość do walki wymaga nakładu dużej energii i obciąża organizm, zaburza jego równowagę i indukuje powstanie choroby. Osłabiona odporność jest przyczyną nawracających i nierzadko ciężkich do leczenia infekcji, co z kolei obciąża układ sercowo-naczyniowy i oddechowy. Taki stan organizmu to szybka droga do powstania nadciśnienia tętniczego lub miażdżycy. Podobnie ze zdolnością do regeneracji. Intensywnie pobudzony organizm nie ma wystarczającej energii na odnowę, co może przyczyniać się do powstawania chorób nowotworowych [4]. Problem chorób cywilizacyjnych nie dotyczy już tylko osób starszych. Na działanie stresu narażone są już dzieci i młodzież, a także, tak jak w przypadku naszego badania, studenci. Coraz więcej młodych ludzi jest leczonych na chorobę wrzodową [5]. Jak widać stres nie jest dla nich zjawiskiem obojętnym. Wydaje się, że w obecnych czasach i obecnym stopniu rozwoju medycyny mają zagwarantowane długie życie, nieśmiało pojawia się wiek nawet do 120 lat, ale nie jest wcale powiedziane, że będzie to życie w zdrowiu [3]. Najlepszym sposobem na walkę z chorobą jest profilaktyka przez odpowiedni styl życia. Tutaj wśród zdrowej zbilansowanej diety i odpowiedniej aktywności fizycznej należy umieścić umiejętność radzenia sobie ze stresem. Nie możemy wyeliminować go z naszego życia, ale jak dowiodły nasze badania studenci głęboko wierzą, że możemy ograniczyć jego działanie i stosować metody radzenia sobie z nim. Dlatego występowanie chorób cywilizacyjnych zależnych od stresu należy traktować interdyscyplinarnie, stosując wielopłaszczyznowe postępowanie behawioralne, psychologiczne i psychiatryczne.

Piśmiennictwo

1. Lowen A. Przyjemność. Kreatywne podejście do życia, Wyd. Czarna Owca, Warszawa, 2011.
2. Selye H.: Stres okiełznany, Biblioteka myśli współczesnej, Wyd. 2, PIW, Warszawa. 1978.
3. Roik J.: Choroby cywilizacyjne, Wyd. Złote Myśli, Wyd 3, Gliwice, 2008.
4. Marcinkowska-Bachlińska M., Małecka-Panas E.: Rola czynników psychologicznych w patogenezie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego. Przewodnik Lekarski, 2007, 1, 56–75.
5. Zapolsky M.R.: Why zebras don't get ulcers, Henry Holt and Company, 2004.

Stygmat choroby psychicznej - schizofrenia

Kustra Paulina¹, Janiszewska Mariola², Góreczna Justyna², Woś Michał¹, Drop Bartłomiej³

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie

Zaburzenia psychiczne nawet w XXI wieku nie spotykają się ze zrozumieniem społeczeństwa. Choroba psychiczna nadal pozostaje stygmatem, do którego chorym trudno się przyznać przed najbliższym otoczeniem, a co dopiero przed opinią publiczną. Zjawisko stygmatyzacji tej grupy urasta do rangi problemu społecznego. Dotyczy niemal wszystkich chorych z zaburzeniami psychicznymi. Grupę szczególnie dyskryminowaną stanowią pacjenci leczeni z powodu zaburzeń psychiatrycznych, do których zalicza się schizofrenię. To schorzenie należące do grona najmniej rozumianych chorób ostatnich dziesięcioleci. Charakteryzuje się dezintegracją osobowości. Schizofrenia polega na nieadekwatnym postrzeganiu, odbiorze, przeżywaniu, a także ocenie rzeczywistości. Stereotypowe wyobrażenia przyczyniły się do stygmatyzacji tej grupy społecznej. To zaburzenie, które piętnuje chorego w społeczeństwie znacznie bardziej niż depresja. Dodatkowo budzi więcej pejoratywnych skojarzeń. W konsekwencji stygmatyzacja prowadzi do postrzegania piętnowanych osób jako gorszych, co sprzyja znacznemu upośledzeniu funkcjonowania chorych w społeczeństwie. Zdarza się również, że chorzy są nieprawidłowo diagnozowani oraz zbyt rzadko leczeni. Zarówno postęp w medycynie, jak i metodach leczenia dostępnych dla tego zaburzenia nie spowodował zaspokojeniu potrzeb w tym zakresie, jak również nie doprowadził do pełnego wyjaśnienia przyczyn tego zjawiska.

Szczególną rolę w kształtowaniu pozytywnego odbioru osób z zaburzeniami psychicznymi powinny mieć media, za których pomocą często dochodzi do powielania i wzmacniania negatywnych opinii na temat osób chorych. Ważne jest również edukowanie społeczeństwa oraz programy, których celem będzie wyeliminowanie problemu.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie problemu stygmatu choroby psychicznej na przykładzie schizofrenii.

Materiał i metoda

Do oceny stygmatu choroby psychicznej na przykładzie schizofrenii zastosowano analizę literatury naukowej z zakresu tematycznego.

Schizofrenia – istota choroby

Zaburzenia psychiczne to *zakłócenie czynności powodujące pewnego rodzaju rozregulowanie środowiska wewnętrznego pacjenta i zaburzoną wymianę ze środowiskiem, na jednym lub częściej wielu poziomach jednocześnie* [1]. Charakteryzuje się intensywnym cierpieniem psychicznym osoby chorej, które wynika często ze stanu dyskomfortu spowodowanego przez wcześniejsze stresujące wydarzenie, które nie zostało rozwiązane, gdyż nie znalazło możliwości ekspresji. Dodatkową przyczyną może być wysiłek adaptacyjny, który przerasta zasoby danej osoby lub kontekstu środowiskowego [2]. Zaburzenia psychiczne utrudniają bardzo często funkcjonowanie społeczne lub psychiczne jednostki.

Jednym z poważnych zaburzeń psychicznych jest schizofrenia. To poważna choroba, charakteryzująca się głębokimi zaburzeniami myślenia, wpływającym na język, percepcję i poczucie siebie [3]. Jej istotą jest dezintegracja osobowości. Nazwa choroby, wymyślona przez Eugena Bleuler'a, pochodzi od greckiego słowa *schizis*, które oznacza *rozpad, rozszczepienie* [4]. Zaburzenie psychiczne, jakim jest schizofrenia występuje na całej kuli ziemskiej niezależnie od płci, rasy, poziomu cywilizacji, religii, kultury czy wykształcenia [5]. Liczba przypadków choroby w populacji w dowolnym punkcie czasowym zbliża się do 1% w skali międzynarodowej. Częstość występowania, a właściwie liczba nowych przypadków rocznie wynosi około 1,5 na 10 000 osób [6]. Schizofrenia nazywana jest bardzo często chorobą osób młodych, dopiero co wchodzących w życie. Występuje najczęściej między pokwitaniem a pełną dojrzałością, czyli pomiędzy 15. a 30. r.ż. [7]. W dzieciństwie u niektórych można już zaobserwować poszczególne fragmenty schizofrenii, takie jak: dziwaczności zachowania się lub mowy, ataki lęku z omamami. Wczesne wystąpienie

choroby może powodować, że schizofrenia, jak i inne zaburzenia psychotyczne mogą być głównymi przyczynami niesprawności i inwalidztwa w późniejszym okresie życia.

Etiologia choroby nie jest jeszcze do końca poznana. Istnieje z pewnością genetyczna predyspozycja do rozwoju schizofrenii. U części chorych może ona być główną przyczyną schorzenia, lecz wśród innej grupy jedynie czynnikiem jej sprzyjającym. Uważa się, że przyczyną wystąpienia choroby są zaburzenia równowagi pomiędzy substancjami chemicznymi w mózgu [8]. Schizofrenik doświadcza stanu, w którym procesy poznawcze, emocje oraz zachowanie jednostki są zaburzone w takim stopniu, że utrudniają lub nawet niemożliwą prawidłową ocenę rzeczywistości. To właśnie te procesy odpowiadają za rozwinięcie się różnorodnych objawów schizofrenii. Sam przebieg choroby może być bardzo zróżnicowany i u każdego chorego inny. Charakteryzowany jest, w zależności od pacjenta, ciągłością lub epizodycznością ze stabilnym bądź postępującym deficytem [9]. U części chorych może dojść do wyzdrowienia, u innych przebieg choroby jest przewlekły [10].

Objawy schizofrenii są opisywane na wiele sposobów, z względu na fenomenologię, metodykę badania, domniemanej patogenezы czy właściwości predykcyjnych. Zwykle objawy choroby dzieli się na [11]:

- pozytywne – nazywane tak z powodu występowania u pacjentów dodatkowych elementów w funkcjonowaniu,
- negatywne - polegające na braku pewnych funkcji psychicznych,
- afektywne – stany depresyjne,
- kognitywne – objawy poznawcze.

Wśród objawów pozytywnych wyróżnia się wszystkie objawy wytwórcze, takie jak:

- urojenia
- zaburzenia struktury myślenia
- złudzenia
- doznania omamowe.

Do objawów ubytkowych, czyli negatywnych zalicza się:

- spadek motywacji
- ograniczenie przeżywania radości (anhedonia)
- apatia
- zubożenie emocjonalne
- spłycenie ekspresji emocji (afektu)
- lakoniczność wypowiedzi.

Do objawów afektywnych zalicza się stany depresyjne, a do kognitywnych zaburzenia koncentracji czy pamięci.

Współcześnie zgodnie z obowiązującymi w psychiatrii zasadami rozpoznanie schizofrenii powinno opierać się na spełnianiu kryteriów diagnostycznych ICD-10 lub DSM-IV [12].

W zależności od objawów, wyróżnia się różne typy schizofrenii [13]:

ICD-10	DSM-IV
schizofrenia paranoidalna,	postać paranoidalna,
schizofrenia hebefreniczna,	postać zdezorganizowana,
schizofrenia katatoniczna,	postać katatoniczna,
schizofrenia niezróżnicowana,	postać niezróżnicowana,
schizofrenia rezydualna,	postać rezydualna.
schizofrenia prosta,	
schizofrenia innego rodzaju.	

Jak można zaobserwować w tabeli Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wyróżnia siedem typów choroby, a klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV tylko pięć postaci choroby.

Schizofrenia paranoidalna charakteryzowana jest jako postać, która zdominowana jest przez objawy wytwórcze, do których należą urojenia i halucynacje [14].

W schizofrenii hebefrenicznej/zdezorganizowanej wśród dominujących objawów wyróżnia się dezorganizację myślenia, afektu oraz zachowania. W tym rodzaju zazwyczaj objawy wytwórcze są słabo widoczne.

Postać katatoniczna charakteryzuje się zaburzeniami ruchu i kontaktu. W postaci rezydualnej można zaobserwować mniej nasilone, lecz przewlekłe objawy, głównie negatywne.

W schizofrenii prostej dochodzi do:

- postępującego obniżenia
- zmiany funkcjonowania życiowego
- nasilania się objawów, takich jak pogorszenie nastroju, brak motywacji, agresja, nerwowość czy lęk.

Stygmatyzacja

Schizofreników coraz częściej dotyka zjawisko stygmatyzacji, definiowane jako *nadawanie negatywnych etykiet, deprecjonowanie ludzi, przypisywanie wartości i ról na podstawie niepełnych i niesprawdzonych do końca informacji, przy jednoczesnym uleganiu stereotypom i fobiom rodzącym się ze spotkania z nieznanym sobie zjawiskiem* [15]. To wieloetapowy proces, w skład którego wchodzi wzajemnie powiązane elementy, do których zaliczyć można [16]:

- etykietowanie, czyli wyróżnianie i nazywanie pewnych społecznie istotnych różnic. Współcześnie bardzo często zdarza się, że "etykieta" nie jest właściwością tej osoby i zostaje przypisana bezzasadnie,
- stereotypizację, poprzez powiązanie wyróżnionych kategorii społecznych z negatywnymi stereotypami,
- oddzielenie "nas" od "nich", negatywny stereotyp, który dzieli społeczeństwo na kategorie zdrowych osób i reszty, czyli osób chorych,
- utratę statusu społecznego,
- dyskryminację.

Współcześnie duża część społeczeństwa odbiera chorych psychicznie, w tym schizofreników w sposób negatywny, mimo popularyzacji wiedzy na temat chorób psychicznych oraz coraz większej akceptacji leczenia psychiatrycznego [17]. Ta postawa nie ulega zmianie od wielu lat. W opinii społeczeństwa osoby chore na schizofrenię charakteryzują się zwiększoną: gwałtownością, pobudliwością, zamknięciem się w sobie, agresywnością, nieopanowaniem, nieprzewidywalnością, wrażliwością, zagubieniem czy nieświadomością [18]. Chorzy zazwyczaj utożsamiani są z osobami niebezpiecznymi, które zagrażają sobie oraz innym osobom z otoczenia, dlatego zdecydowana większość ludzi utrzymuje w stosunku do chorych dystans społeczny. W rzeczywistości takie osoby nie stanowią zagrożenia dla siebie i innych w większym stopniu niż osoby zdrowe. Często schizofrenik określany jest przez ludzi jako nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych. Istnieje mylne przekonanie, że na osobach z zaburzeniami psychicznymi nie można polegać. Uważani są także za osoby, które nie są w stanie podjąć samodzielnie żadnej racjonalnej decyzji, a ich choroba stale pogarsza ich stan zdrowia [19]. Społeczeństwo poprzez dyskryminację znacznie utrudnia funkcjonowanie chorych oraz ich rodzin. Główną przyczyną tego zjawiska jest zapewne niezrozumienie istoty choroby

psychicznej. Inną, równie ważną, przyczyną jest brak podstawowej wiedzy na temat kształtowania się życia psychicznego, a także wynikająca z tej niewiedzy skłonność do ulegania stereotypowym wyobrażeniom. Społeczeństwu łatwiej zaakceptować chorobę fizyczną, nawet śmiertelną niż chorobę psychiczną.

Należy pamiętać również o tym, że stygmatyzacja osób chorych psychicznie nie opiera się tylko na dyskryminacji społecznej tych osób, ale także na ograniczanie im dostępu do leczenia i nowoczesnych leków.

Napiętnowanie oraz etykietowanie nie dotyczą jedynie osób chorych. Mogą być również rozszerzone na osoby należące do bezpośredniego otoczenia osoby chorej. Najczęściej chodzi tutaj o rodziców chorych dzieci, którzy bezustannie muszą zmagać się z uwagami ze strony rodziny, znajomych czy nawet pracowników służby zdrowia, że są odpowiedzialni za chorobę własnego dziecka [20].

Osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym schizofrenicy są świadomi stygmatyzacji, co ma niekorzystny wpływ na ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Często występuje tutaj model tzw. "błędnego koła stygmatyzacji", w którym piętnowanie przyczynia się do pojawienia się dyskryminacji, a ona z kolei wpływa na zmniejszone poczucie własnej wartości u ludzi nią dotkniętych. To wszystko sprawia, że schizofrenicy niejednokrotnie wycofują się z życia społecznego. Niejednokrotnie konsekwencją takiej decyzji jest dalsze pogorszenie stanu zdrowia osoby chorej oraz unikanie szukania pracy, co w konsekwencji jeszcze bardziej pogłębia zjawisko stygmatyzacji i zamyka błędny cykl [21].

Konsekwencje stygmatyzacji

Skutki społecznego napiętnowania schizofreników są trudne do oceny ze względu na trudności i symptomów jakie niesie za sobą sama choroba. Wyróżnić można bez wątpienia obszary, w których stygmatyzacja jest szczególnie widoczna [22]. Piętno choroby psychicznej przyczynia się przede wszystkim do wykluczenia społecznego jednostek chorych, jak i ich izolacji od świata zewnętrznego i otaczającego społeczeństwa. Sprawia to, że zmniejszają się możliwości samorealizacji, doskonalenie chorych osób. Ich szanse życiowe są wyraźnie zmniejszone. Uprzedzenia oraz szczerząca się dyskryminacja niejednokrotnie miała wpływ na utratę statusu społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi.

Niejednokrotnie osoby żyjące ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną prowadzą normalne życie – mają dzieci, przyjaciół, pracę oraz pasje. Jednak ich codziennemu życiu

towarzyszy ciągły lęk i strach, że ktoś odkryje ich tajemnicę. Również aktywność społeczna i obywatelska wśród chorych jest niska. Z powodu choroby psychicznej często występuje ograniczenie kontaktów społecznych chorego, jak i jego najbliższych. Niska aktywność społeczna wśród chorych jest spowodowana najczęściej brakiem pracy, dochodów, złymi warunkami materialnymi rodziny, niskim wykształceniem, trwałym złym stanem zdrowia, które jeszcze bardziej spychają osoby chore na margines życia społecznego [23].

Wśród innych konsekwencji napiętnowania można wyróżnić wpływ stygmatyzacji na poczucie tożsamości i własnej wartości. Dodatkowo stygmatyzacja może negatywnie wpływać na samoocenę schizofrenika, poczucie samorealizacji czy subiektywną jakość życia. Ofiara stygmatyzacji odczuwa bezsilność i bezradność w obecnej sytuacji. Czują się bezwartościowi oraz gorsi od innych. Niejednokrotnie pojawia się u nich przeświadczenie, że są odpowiedzialni za własną chorobę.

Dodatkowo stygmatyzacja może być przyczyną pogłębienia się istniejących zaburzeń. Przyczynia się ono do znacznego pogorszenia samopoczucia psychicznego chorych, w znacznym stopniu pogłębiając lub nawet utrwalając zdiagnozowane zaburzenie. Stres będący konsekwencją długotrwałej i wzmożonej dyskryminacji może mieć znaczący wpływ na rokowania chorych na schizofrenię. Napiętnowanie chorych psychicznie może skutkować depresją, która bardzo często pozostaje nierozpoznana u schizofreników, gdyż jej objawy są mylnie uważane za objawy będące następstwem choroby podstawowej [24]. Nieleczona depresja może niejednokrotnie prowadzić do samobójstwa. Często osoby dotknięte chorobą dokonują przerwania leczenia z obawy przed wykluczeniem społecznym.

Wykluczenie społeczne

Zagrożeniem, którym w znaczącym stopniu mogą być dotknięte osoby chore na schizofrenię jest wykluczenie społeczne. To *sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób* [25]. Obecnie wyróżnić można trzy podstawowe obszary aktywności: społeczną, rodzinną oraz zawodową. Wykluczenie tej grupy osób może dotyczyć każdego z obszarów życia. Wśród podstawowych wymiarów wykluczenia społecznego wyróżnia się [26]:

- wykluczenie z aktywności zawodowej, prowadzące do bezrobocia,

- wykluczenie z konsumpcji, prowadzące do niedostatku i ubóstwa,
- wykluczenie ze społeczności normalnych, przyczyniające się do samotności oraz izolacji,
- wykluczenie z mechanizmów wpływu i władzy, czyli marginalizacja kulturowa i społeczna.

W grupie chorych psychicznie ryzyko marginalizacji i wykluczenia występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społecznych. Jedną z przyczyn tego zjawiska jest brak integracji schizofrenika z otoczeniem. Inną, równie ważną, przyczyną jest stereotypowe postrzeganie człowieka z zaburzeniami psychicznymi jako osoby niebezpiecznej, nieprzewidywalnej, stale potrzebującej pomocy i opieki innych.

Dominującym oraz najbardziej widocznym rodzajem wykluczenia społecznego jest wykluczenie chorych psychicznie z rynku pracy. W obecnych warunkach gospodarki od posiadanej pracy zależy poczucie własnej wartości oraz przydatności społecznej. Za sprawą pracy uwidacznia się nasze uczestnictwo w życiu społecznym [27].

Niestety, współcześnie rynek pracy wyrzuca poza swoje ramy osoby niezaradne, chore, słabsze czy też niepełnosprawne. Schizofrenicy, jak również inni chorzy psychicznie są znacznie rzadziej zatrudniani, a ich płace są bardzo często niższe niż osoby zdrowej oraz chorej somatycznie [28].

Wykluczenie społeczne w obszarze aktywności zawodowej ujawnia się w przypadku osób chorych psychicznie nie tylko poprzez trudności ze znalezieniem odpowiedniej pracy, ale również poprzez niski status zawodów, jakie zleca się osobom chorym i niepełnosprawnym [29].

Dla chorych psychicznie zatrudnienie pozwala na niezależność finansową, a także wyjście z biedy i ubóstwa. Dodatkowo praca zapełnia strukturę oraz rytm dnia. Daje poczucie wpływu na własne życie, jak i pozwala na nawiązanie relacji społecznych. To ważny czynnik na drodze do zdrowia.

Wykluczenie społeczne może dotyczyć także wielu innych obszarów, jak np. relacji z sąsiadami czy znajomymi, uczestnictwa w życiu publicznym, możliwości kształcenia się, znalezienia mieszkania.

Ma to również wpływ na znalezienie partnera życiowego, gdyż ze względu na stereotypowe postrzeganie osób chorych psychicznie, schizofrenikom ciężko znaleźć osobę, która będzie w stanie zaakceptować jej stan i pogodzić się z jej chorobą.

Przeciwdziałanie

Współcześnie widać jak niezwykle trudno jest zmienić świadomość społeczną, w obszarze której niepełnosprawność oraz różne choroby postrzegane są poprzez ramy uproszczeń, przesądów i stereotypów [30]. Podstawowym celem leczenia chorych na schizofrenię jest umożliwienie im prowadzenia jak najbardziej satysfakcjonującego życia, z możliwością powrotu do społeczeństwa.

Niezwykle istotna w tym zakresie jest edukacja społeczna, poprzez podejmowanie licznych działań, akcji oraz kampanii społecznych mających na celu korzystną zmianę obrazu chorych psychicznie, w tym schizofreników.

Odpowiedzią na dyskryminację chorych na schizofrenię jest m.in. Światowy Program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi”, realizowany od 2000 roku również w Polsce [31].

Inną tego typu akcją jest program skierowany do wszystkich chorych psychicznie, czyli Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 [31].

Trzeba pamiętać jednak, że integracja osób chorych ze zdrowymi powinna być oparta nie na organizowaniu od czasu do czasu akcji społecznych, lecz bardziej na zasadzie "życia razem" w codzienności. Ważna jest popularyzacja wiedzy o chorobach psychicznych, dzięki czemu zdrowemu społeczeństwu będzie łatwiej zrozumieć chorych [31].

Szczególnie istotną rolę w tej kwestii mają media, które mają wpływ na kształtowanie postaw społecznych - mogą one pomóc w zapobieganiu powielania się i wzmacniania negatywnych opinii, i stereotypów na temat schizofreników, jak i innych osób chorych psychicznie [31].

Dużą rolę mogą odegrać zmiany systemowe w zakresie promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania zaburzeniom psychicznym oraz modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej [32].

Najlepszą drogą do pokonania uprzedzenia powinien być jednak bezpośredni kontakt z dyskryminowaną jednostką czy grupą, gdyż takie interakcje sprawiają, że uprzedzenia słabną, a z czasem nawet zanikają. Integracja schizofreników ze społeczeństwem może pozytywnie wpływać na ich proces leczenia oraz rehabilitacji.

Istotną kwestią jest również wsparcie ze strony rodziny czy najbliższych przyjaciół oraz lokalnych ośrodków wsparcia. Współpraca takich ośrodków z osobami chorymi i ich rodzinami może sprawić, że osoby chore nie będą czuć się samotne i niepotrzebne.

Podsumowanie

Obecnie stygmatyzacja schizofreników jest bardzo częsta. Piętno choroby przyczynia się do ich społecznego wykluczenia. Oba zjawiska z dużym natężeniem występują w naszym społeczeństwie, stając się coraz bardziej poważnym problemem.

Dla otoczenia schizofrenicy to osoby niezrozumiałe, niebezpieczne, nieprzewidywalne, a nawet przerażające. Napiętnowanie powoduje często ukrywanie przez nich choroby. Stygmatyzacja związana jest z izolacją społeczną osób chorych, do odbierania im pewnych praw oraz traktowania ich jako osoby gorszej kategorii. Nie ma wątpliwości, że takie działania prowadzą do wykluczenia społecznego schizofreników. Niejednokrotnie wzbudzają również w chorych poczucie winy za swoją chorobę. Stygmatyzacja oraz dyskryminacja mają wpływ na stan osoby chorej. Mogą pogorszyć rokowania oraz mogą nawet doprowadzić do przerwania leczenia z obawy przed dyskryminacją czy wykluczeniem społecznym. W okresie choroby, jak również po – czyli w czasie przystosowania się do choroby przewlekłej, nieodzowna jest dla chorego opieka oraz pomoc. Ważne również edukowanie społeczeństwa w zakresie chorób psychicznych. Dodatkowo istotną rolę odgrywa tworzenie programów zapobiegających temu zjawisku.

Piśmiennictwo

1. Meder J.: Nowoczesne formy rehabilitacji chorych na schizofrenię, *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 1996, 12, 3, 57.
2. Pałka-Czerwińska J., Szczepanik M.M., Swend E.: *Zdrowie psychiczne. Vademecum zdrowia psychicznego i jego zaburzeń - gdzie szukać pomocy*, Urząd Miejski w Radomiu – Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej. Referat ds. Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi. Centrum Organizacji Pozarządowych, http://www.radom.pl/data/other/vademecum-_zdrowie_psychiczne.pdf, data pobrania 24.04.2018.
3. World Health Organization (WHO), "Schizofrenia", http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/, data pobrania 22.04.2018.
4. Czernikiewicz A.: Schizofazja - W kierunku modelu schizofrenii, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1998, 7, 2, 135.
5. Meder J.: Schizofrenia - leczenie i rehabilitacja, *Przewodnik Lekarza*, 2004, 7, 5, 52.
6. Fischer B.A., Buchanan R.W.: Schizophrenia in adults: Epidemiology and pathogenesis, 2017, <https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis>, data pobrania 22.04.2018.

7. Pielkova J.A.: Pomoc rodzinie w opiece nad chorym na schizofrenię, *Pedagogika Rodziny*, 2013, 3, 4, 28.
8. Bogdańska E., Rysiak E., Czajkowski P., Zaręba I.: Schizofrenia – problem społeczny i ekonomiczny, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2016, 4, 49, 396.
9. Grabowski J., Dutczak B., Piasecki T., Bidzan L.: Obraz kliniczny schizofrenii a wiek badanych – badania wstępne, *Psychogeriatrya Polska*, 2013, 10, 1, 12.
10. Wciorka J.: Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenie psychotyczne, *DSM-5 Selections*, Wrocław, 2018
11. Czernikiewicz, A.: Co warto wiedzieć o schizofrenii...? Informator edukacyjny Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Lublin na lata 2012 – 2015, Lublin, 2013.
12. Tyszkowska M., Jarema M.: Między zdrowiem a schizofrenią, *Psychiatria Polska*, 2013, 47, 4, 587.
13. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T.: Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce, *Polskie Towarzystwo Psychiatryczne*, Warszawa, 2010.
14. Wciorka J.: Współczesna diagnostyka schizofrenii, *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 1996, 12, 3, 125.
15. Kieniewicz P.: Stygmatyzacja osób chorych psychicznie jako problem moralny [w:] *Antropologia teologicznomoralna. Koncepcje, kontrowersje, inspiracje*, Mroczkowski I., Sobkowiak J. (red.), Warszawa, 2008, 157.
16. Link B.G., Phelan J.C.: Conceptualizing stigma, *Annual Review of Sociology*, 2001, 27, 382.
17. Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym, *Psychiatria Polska*, 2014, 6, 1202.
18. Jackowska E.: Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię - przegląd badań i mechanizmy psychologiczne, *Psychiatria Polska*, 2009, 43, 6, 659.
19. Gzocha P., Kurpas D.: Chorzy psychicznie w odbiorze społecznym, *Medicine & Primary Care Review*, 2011, 13, 2, 149.
20. Jackowska E.: Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię - przegląd badań i mechanizmy psychologiczne, *Psychiatria Polska*, 2009, 43, 6, 663.

21. Dziwota E.: Stygmatyzacja osób chorych psychicznie, *Current Problems of Psychiatry*, 2014, 15, 1, 19.
22. Świtaj P.: Piętno choroby psychicznej, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005, 14, 2, 142.
23. Ramus P., Nowaczynska E., Stetkiewicz-Lewandowicz A., Ramus A., Sobów T.: Wykluczenie społeczne i dyskryminacja przewlekle chorych psychicznie w województwie łódzkim, *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2013, 35, 209, 10.
24. Castle D., Bosanac P.: Depresja i schizofrenia, *Advances in psychiatric treatment*, 2012, 18, 41.
25. Frąckiewicz L.: Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej [w:] *Wykluczenie społeczne*, Frąckiewicz L. (red.), Ibuk Libra, Katowice, 2005, 11.
26. Kantowicz E.: Społeczne włączanie i integracja — wyzwaniem dla pedagogów i pracowników socjalnych [w:] *Wykluczenie i marginalizacja społeczna. Wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej*, Białobrzaska K., Kawula S. (red.), Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT s.c., Toruń, 2006, 12,
27. Maciaszek J.: Piętno: problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi, *Studia Politicae Universitatis Silesiensis*, 2012, 9, 306.
28. Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym, *Psychiatria Polska*, 2014, 6, 1207.
29. Trzcinska E.: Osoby z chorobami psychicznymi na rynku pracy, *Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne*, 2011, 13, 1, 100.
30. Maciaszek J.: Piętno: problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi, *Studia Politicae Universitatis Silesiensis*, 2012, 9, 312.
31. Sartorius N., Gaebel W., Cleveland H. R., Stuart H., Akiyama T., Arboleda-Flórez J., Baumann A.E., Gureje O., Jorge M.R., Kastrup M., Suzuki Y., Tasman A.: Wytyczne WPA: jak przeciwdziałać stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2011, 20, 2, 96.
32. Dziwota E.: Stygmatyzacja osób chorych psychicznie, *Current Problems of Psychiatry*, 2014, 15, 1, 23.

Wykluczenie społeczne jako zagrożenie osób starszych w Polsce

Kustra Paulina¹, Zabłocka Ewa⁵, Janiszewska Mariola², Barańska Agnieszka³, Drop Bartłomiej³, Janiszewski Marek⁴

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
4. 2 GPR Mińsk Mazowiecki

Wprowadzenie

Ludzie starsi oraz okres starości coraz częściej stają się przedmiotem badań naukowych. Wynika to między innymi z postępującego od kilkadziesiąt lat procesu starzenia się społeczeństw krajów szybko rozwijających się, w tym Polski, który przejawia się we wzroście udziału liczby osób starszych w populacji. Według prognoz demograficznych, liczba Polaków będzie się stopniowo zmniejszać. Przy przewidywanym spadku urodzeń ma nastąpić gwałtowny wzrost liczby osób powyżej 65. roku życia. Zgodnie z prognozą ludności na lata 2014-2050, przygotowaną przez Główny Urząd Statystyczny, liczebność tej grupy w skali kraju wzrośnie o 5,4 mln w kolejnych latach [1]. Wzrost ten jest spowodowany dwoma procesami: wydłużaniem się przeciętnego trwania życia oraz tzw. drugim przejściem demograficznym, w obrębie którego następuje spadek liczby urodzeń oraz małżeństw, wzrostem liczby rozwodów i związków nieformalnych, a także zmianą średniego wieku tworzenia związków i rodzenia dzieci.

Zmiany będące wynikiem postępu cywilizacyjnego i globalizacji przyczyniły się do wielu zjawisk, które w negatywny sposób dotknęły osoby starsze. Stereotypowe wyobrażenia przyczyniły się do stygmatyzacji seniorów. W konsekwencji prowadzi to często do marginalizacji seniorów, a także ich dyskryminacji. Osoby starsze w pewnym etapie swojego życia powoli usuwają się z życia społecznego, by ustąpić miejsce nowym, młodszym jednostkom. Zmniejsza się ich aktywność społeczna. Rezygnują z dotychczas pełnionych ról

społecznych, co wraz z izolacją może zwiększyć ryzyko samotności. Osoby starsze niejednokrotnie czują się niepotrzebne i niechciane. Mechanizacja i automatyzacja świata, urbanizacja, gwałtowny rozwój mediów i Internetu, dynamicznie zachodzące przemiany społeczno-obyczajowe oraz zwiększone tempo życia prowadzą do wzrostu anonimowości oraz zmniejszenie kontaktów międzyludzkich, które zastępowane są przez substytuty w postaci kontaktów wirtualnych. Wszystkie te rzeczy powodują trudność w dostosowaniu się do zmieniającego się otoczenia i nowej technologii przez osoby starsze, dodatkowo pogłębiają zjawisko wycofania i wykluczenia społecznego.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie problemu wykluczenia społecznego jako zagrożenia osób starszych w Polsce.

Material i metoda

Do oceny wykluczenia społecznego osób starszych w Polsce zastosowano analizę literatury z zakresu tematycznego.

Starość i starzenie się człowieka

Starość jest naturalnym ostatnim etapem w życiu każdego człowieka. Jego przebieg następuje w zróżnicowany sposób, zindywidualizowany dla każdej jednostki. To pojęcie, które nie zostało jednoznacznie zdefiniowane przez nauki społeczne i biologiczne. Najczęściej przyjmuje się, że jest to *etap życia, w którym procesy psychiczne, objawiające się rezygnacją i poczuciem braku szans oraz społeczne, polegające na odrzuceniu zgodnie z rytuałem kulturowym, oddziałują synergicznie z procesami biologicznymi, prowadząc do naruszenia homeostazy, a tym samym do ograniczenia możliwości przeciwdziałania wymienionym procesom, bez możliwości substytucji i bez obiektywnych szans na powrót do stanu poprzedniego* [2]. Starość jest rozumiana jako końcowy okres starzenia się, zakończony śmiercią. Dla części osób może być momentem oczekiwanym, pełnym radości i spełnienia, z kolei dla innych czasem pełnym utrapień i smutku. Zgodnie z definicją WHO za początek starości dla obu płci przyjmuje się 60.-65. rok życia. Światowa Organizacja Zdrowia podzieliła ją na trzy etapy:

- wiek podeszły, czyli tzw. wczesna starość - od 60. do 70. roku życia,
- wiek starczy, czyli tzw. późna starość - od 75. do 90. roku życia,
- wiek sędziwy, czyli tzw. długowieczność – 90. rok życia i powyżej

Granica starości jest jednak nadal płynna, ponieważ w różnych społecznościach, kulturach, państwach jest ustalana ona w odmienny sposób. Wpływ na nią mają tu takie czynniki, jak przyjęte normy i wzory kulturowe, poziom rozwoju danego obszaru, czy struktura społeczna. Starość to zespół powiązanych ze sobą zmian o charakterze biologicznym, społecznym, psychicznym oraz duchowym. Starość w aspekcie biologicznym to przede wszystkim obniżenie sprawności fizjologicznej organizmu, a także jako bieg czasu biologicznego, który zależy od czynników genetycznych, przyrodniczych, kulturowych, czy warunków pracy. Starość społeczna wiąże się przede wszystkim z utratą pełnionych ról społecznych, a także z ograniczeniem samodzielności życiowej. Z kolei starość w wymiarze psychologicznym obejmuje zmiany w osobowości człowieka. Osoby starsze na starość często tracą zdolność przystosowywania się do nowych sytuacji, umiejętność pozytywnego patrzenia na świat i ludzi. Starość w aspekcie duchowym może objawiać się większą wrażliwością na sprawy związane z religią. Ludzie starsi często zajmują się wtedy nadrabianiem zaległości życia duchowego [3].

Starość definiowana jest jako etap, faza życiowa, stan w życiu człowieka o charakterze statycznym. Z kolei starzenie się, traktowane jako proces rozwojowy, jest zjawiskiem dynamicznym przebiegającym etapowo. Starzenie się może być definiowane jako *stopniowe zmniejszenie rezerwy czynnościowej narządów, które zmniejszają możliwość zachowania równowagi ustrojowej* [4].

Proces starzenia się może przebiegać na trzy odmiennie sposoby [5]:

- pierwszy z nich to sposób pomyślny (*successful aging*), który charakteryzuje się minimalnymi deficytami fizjologicznymi, psychologicznymi i społecznymi
- starzenie się w sposób zwyczajny (*usual aging*) przebiega z dostrzegalnymi deficytami oraz stratami, jednak bez widocznej patologii
- ostatni ze sposobów, czyli starzenie się w sposób patologiczny (*impaired aging*), charakteryzuje się jednoczesnym występowaniem kilku schorzeń, odmienną symptomatologią oraz przedłużonym okresem rehabilitacji.

Mimo dostrzegalnych różnic zarówno zjawisko starości, jak i proces starzenia się są ze sobą związane. Oba zjawiska przenikają się wzajemnie, gdyż zmiany zachodzące na skutek

procesu starzenia się w każdej ze sfer: biologicznej, psychicznej, demograficznej, ekonomicznej czy społecznej prowadzą do etapu życia człowieka, jakim jest starość.

Samotność osób starszych

Seniorom dokuczają różnego rodzaju choroby oraz troski dnia codziennego, jednak coraz częściej również samotność. Wśród osób starszych to problem bardzo powszechny i z roku na rok coraz bardziej przybiera na sile. To zjawisko różnie przeżywane i interpretowane. Samotność posiada bardzo wiele definicji, najczęściej uważana jest jako *obiektywny lub subiektywny stan, wynikający z nieprawidłowych kontaktów interpersonalnych* [6]. W literaturze wyróżnić można trzy rodzaje samotności: społeczną, emocjonalną i aksjonormatywną. Za samotność społeczną uważa się sytuację, w której następuje osłabienie albo brak więzi z inną osobą. To życie w małym stopniu ze społeczeństwem lub życie zupełnie poza nim [7]. Konsekwencją tego typu samotności może być izolacja osoby starszej lub zanik więzi. Samotność emocjonalna to poczucie osamotnienia, mimo obecności ludzi dookoła. To poczucie opuszczenia przez bliskie osoby. Traktowana jest jako potrzeba niezaspokojonej bliskości z innymi ludźmi [8]. Ostatni z typów samotności to *niemoc skonstruowania własnego systemu wartości opartego o aprobowane normy społeczne, skutkiem czego jest pustka moralna oraz zagubienie tożsamościowe i egzystencjalne jednostki* [9]. Każdego człowieka, w tym także seniora, wypełnia strach przed byciem niepotrzebnym czy niezauważalnym. U seniorów samotność bardzo często staje się dokuczliwa po śmierci współmałżonka, ta sytuacja dotyczy częściej kobiet, ponieważ według statystyk żyją one znacznie dłużej od mężczyzn oraz często mają o kilka lat starszych partnerów. Dodatkowo, u osób w tym wieku kontakt z dorosłymi już dziećmi pogarsza się i dochodzi nawet do sytuacji, w której zanika. Dzieci prowadzą swoje własne życie, mają własne problemy, przez które zapominają o podtrzymywaniu kontaktu ze starszymi rodzicami. Istotną przyczyną samotności u osób starszych jest ich niechęć do mówienia o braku samodzielności i proszenia o pomoc oraz zamieszkanie w domu opieki. Rzeczywistość samotności jest szczególnie bolesna dla seniorów, zwłaszcza w świecie szybkich przemian cywilizacyjnych oraz wielu zagrożeń. Tego typu rodzaje samotności mają wpływ na stan psychiczny seniora i spowodować u nich znaczne pogorszenie się kondycji fizycznej, jak i depresję. Według badań stany depresyjne występują już u 5-30% osób po 65. roku życia [10]. Diagnoza depresji stanowi istotny problem wśród osób starszych. Wśród czynników, które w istotny sposób przyczyniają się do powstania depresji wymienia się: śmierć współmałżonka, osoby bliskiej,

zakończenie życia zawodowego, samotność oraz pogorszenie statusu materialnego. Wśród przyczyn samotności wymienia się czynniki związane z marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Spowodowane jest to postrzeganiem grupy osób starszych przez społeczeństwo jako grupy niepełnowartościowej i gorszej. Wśród głównych powodów takiego wizerunku wymienia się: zmniejszone umiejętności przystosowania się do szybkiego tempa życia i zmieniającego się otoczenia, idące za tym zmiany mentalne i obyczajowe oraz technologizacja życia [11]. Kluczową rolę odgrywają również czynniki kulturowe, które służą określaniu obowiązujących w danej społeczności wzorców współzamieszkiwania oraz oczekiwania odnośnie częstości kontaktów z najbliższymi [12]. Zdarza się, że seniorzy sami próbują poradzić sobie z samotnością, co w niektórych przypadkach nie jest korzystne. Wśród negatywnych form przystosowania do starości zalicza się: izolację, wycofanie z życia społecznego, zamknięcie się w swoim świecie, domu, stworzenie własnej, alternatywnej rzeczywistości czy życie przeszłością [13]. Źródłem samotności wśród osób w tym wieku może być również przecucie nieuchronnej śmierci i poczucie, że nie ma już żadnych perspektyw na życie. Wywołuje to u seniorów bierność, pogodzenie się z własnym losem, apatię oraz niechęć do podejmowania jakichkolwiek działań. Dodatkowo, duża grupa seniorów nie wie, jak mogłaby spędzać swój wolny czas, którego na emeryturze ma bardzo dużo.

Samotność dla osób aktywnych, które się spełniają i samorealizują może być pozytywnym stanem. Również dotyczy to osób, u których jest ona krótkotrwała bądź zamierzona w celu realizacji wyższych aspiracji [14]. Boleśnie doświadczają samotności osoby bierne, które nie mają wyraźnie wytyczonego celu życia, dla których samotność staje się udręką i oczekiwaniem na śmierć [15].

Samotności i osamotnieniu może sprzyjać sposób spędzania wolnego czasu, który różni się od młodszych grup wiekowych. Seniorzy to grupa, która rzadziej wychodzi z domu. Osoby starsze można rzadziej spotkać w przestrzeni publicznej, w teatrze, kinie czy restauracji. Więcej czasu poświęcają na oglądanie telewizji, słuchanie radia, czy czytanie w zaciszu własnego domu.

Samotność ma wiele negatywnych konsekwencji. Może prowadzić do odizolowania społecznego, które może doprowadzić do depresji, alienacji i odizolowania [16]. Może być przyczyną gorszego stanu zdrowia, poziomu sprawności i samodzielności, czy braku aktywności w swoim środowisku i miejscu zamieszkania. Dodatkowo może powodować zaniżenie poczucia własnej wartości oraz zaniżenie poczucia atrakcyjności społecznej.

Wykluczenie społeczne

Zagrożeniem sprzyjającym osobom starszym jest wykluczenie społeczne, definiowane jako *sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób* [17]. Współcześnie w życiu wyróżnia się trzy podstawowe obszary aktywności: zawodową, społeczną i rodzinną. Wykluczenie społeczne osoby starszej może obejmować każdy z tych obszarów życia jednostki. Podstawowymi wymiarami wykluczenia społecznego są:

- wykluczenie z aktywności zawodowej, prowadzące do bezrobocia,
- wykluczenie z konsumpcji, prowadzące do niedostatku i ubóstwa,
- wykluczenie ze społeczności normalnych, przyczyniające się do samotności i izolacji,
- wykluczenie z mechanizmów wpływu i władzy, czyli marginalizacja kulturowa i społeczna [18].

W grupie seniorów, mimo gwarancji stałych dochodów z tytułu uzyskiwanych świadczeń społecznych, ryzyko marginalizacji i wykluczenia występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społecznych. Szczególnie zagrożone są osoby przewlekłe chore oraz niesamodzielne. Jedną z przyczyn, które może powodować zjawisko wykluczenia społecznego seniora jest jego brak integracji zarówno między-, jak i wewnątrzpokoleniowej. Inną kluczową przyczyną jest stereotypowe postrzeganie człowieka starszego jako osoby niedołężnej, chorej, potrzebującej pomocy i opieki innych, samotnej, żyjącej na skraju ubóstwa [19].

Głównymi źródłami wykluczenia społecznego osób starszych znajdują się w obszarach opieki zdrowotnej, instytucji oraz środkach transportu publicznego [20]. Większość osób starszych w zakładach opieki zdrowotnej czuje się źle, gdyż czują się w nich ignorowani i wykluczani. Ważnym obszarem wykluczenia seniorów jest rynek pracy.

W Polsce wskaźniki aktywności zawodowej osób starszych są niskie w porównaniu z innymi krajami europejskimi, a decydującą rolę wciąż odgrywa wczesne odchodzenie z rynku pracy na emeryturę i jej substytuty (renty, świadczenia i zasiłki przedemerytalne, itp.) [21]. Kult młodości sprawia, że seniorzy są wypychani z rynku pracy, zwalniając miejsce dla młodszych kolegów. Zjawisko to dotyczy szczególnie starsze kobiety, którym dość często daje się do zrozumienia, że ich miejsce nie jest w pracy, lecz w domu, przy wnukach. Innym czynnikiem, który decyduje o „wypchnięciu” osób starszych z rynku pracy jest ich niski

poziom wykształcenia. Umiejętności i kompetencje, jakie posiadają osoby w starszym wieku coraz częściej uważa się za przestarzałe, co w konsekwencji utrudnia osobom starszym możliwość utrzymania się na rynku pracy [22].

Dodatkowo istnieje stereotyp, w którym osoby starsze postrzegane są przez pracodawców jako pracownicy gorsi i mniej wydajni, będący zagrożeniem dla konkurencyjności i pozycji rynkowej firmy. Zgodnie z tym stereotypem, seniorzy niechętni do szkoleń oraz doskonalenia się mają problem z nowinkami technologicznymi i reprezentują postawę konserwatywną. To wszystko przyczynia się do dyskryminacji tej grupy społecznej, w postaci braku awansów czy zwalnianiem pracowników wraz z osiągnięciem wieku emerytalnego itp. Przejawy marginalizacji i dyskryminacji tej grupy wiekowej powoduje również wcześniejszą rezygnację z aktywności zawodowej.

Osoby starsze w wieku przedemerytalnym mają często również problem ze znalezieniem interesującej i ciekawej pracy zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi, ponieważ coraz częściej pracodawcy na etapie selekcji pracowników posługują się ukrytym kryterium, jakim jest wiek. Brak pracy powoduje często izolację osób w starszym wieku.

Stymulatorem pogłębiającej się już marginalizacji oraz wykluczenia ludzi starszych jest rozwój nowoczesnych technologii oraz szum innowacyjny. Starsi ludzie znacznie rzadziej mają dostęp do komputerów, telefonów komórkowych, szybkiego Internetu czy satelitarnego przekazu i komunikacji z otoczeniem [23].

Współcześnie posiadanie umiejętności obsługi komputera oraz wyszukiwania informacji w Internecie jest zjawiskiem i czynnością niezbędną, a jej brak jest określany mianem wykluczenia cyfrowego [24].

Istnieje grupa seniorów pomiędzy 60. a 64. rokiem życia, która coraz częściej sięga po nowoczesne technologie i użytkuje je w codziennym życiu. Jednak jest to grupa nieliczna [25]. Może to być skutkiem lęku przed nowymi urządzeniami, który jest charakterystyczny dla tej grupy wiekowej. Innym powodem rzadkiego korzystania z tego typu technologii może być trudność z dostępem do urządzeń oraz brak umiejętności ich obsługi.

Obecnie nawet przestrzenie miejskie stwarzają wiele problemów, które przyczyniają się do wykluczenia osób starszych z życia społecznego i miejskiego. Wśród nich wyróżnić można, m.in. brak atrakcji skierowanych do aktywnych i sprawnych seniorów, brak różnorodnych form opieki paliatywnej, problemy związane z mobilnością w mieście czy problem dostępu do podstawowych funkcji w mieście w wyniku barier architektoniczno-przestrzennych itd. [26].

Przeciwdziałanie

Istnieje wiele sposobów przeciwdziałania samotności i wykluczeniu społecznemu osób starszych [27]. Wśród nich główną rolę odgrywa rodzina i bliscy seniora, którzy nie zdają sobie sprawy, że nawet drobne gesty, jak rozmowa przez telefon czy krótka wizyta potrafią mieć pozytywny wpływ na osobę starszą. Te małe działania mogą zmienić nastawienie do życia takiej osoby i wywołać uśmiech na jej twarzy. Ważne są tutaj kontakty z wnukami, które dla dziadków są przedmiotem miłości i troski, chroniąc tym samym staruszków przed poczuciem bezużyteczności i samotnością. Ponadto są dla nich nagrodą za trud włożony w wychowywanie własnych dzieci. Wsparciem w okresie starości mogą być również bliscy znajomi i przyjaciele, którzy mogą pomóc starszym w zapelnieniu wolnego czasu. Dużą rolę w życiu człowieka odgrywa aktywność społeczna, która powinna utrzymywać się również w późniejszych latach życia, by człowiek czuł się potrzebny, mógł się dalej realizować, planował dalsze działania, przyjmował oraz osiągał dalsze cele. Aktywni seniorzy dłużej cieszą się zdrowiem oraz posiadają większą chęć do życia oraz pracy [27].

Co więcej, regularna aktywność przyczynia się do opóźnienia demencji, choroby Alzheimera oraz wielu chorób przewlekłych. Istotną rolę odgrywają tutaj Uniwersytety Trzeciego Wieku, których celem jest włączenie seniorów do życia społecznego, ich aktywizacja intelektualna, społeczna, fizyczna oraz psychiczna. Inną formą aktywności są wolontariaty, które mogą przynieść uczucie satysfakcji z wykonywania nawet drobnych rzeczy. Poprzez działania na rzecz ludzi potrzebujących seniorzy mogą poczuć się użyteczni i potrzebni. Kluby seniora są również dobrą alternatywą dla starszych samotnych ludzi. W ramach zajęć organizowanych przez takie placówki seniorzy mogą aktywnie i ciekawie spędzić swój wolny czas, którego mają bardzo dużo [28]. Ma to na celu pomoc osobom starszym w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów międzyludzkich oraz w realizacji własnych zainteresowań oraz pasji. Głównym celem takich klubów jest poprawa jakości życia ludzi starszych i samotnych poprzez ich integrację ze środowiskiem lokalnym [29].

Bogata oferta zajęć ma pobudzić ich do działania i aktywności. Wśród innych form aktywizacji wymienić można uczęszczanie na zajęcia organizowane przez dzienne centra pomocy. Mimo różnych sposobów aktywności wiele osób starszych w dalszym ciągu pozostaje na marginesie wydarzeń współczesności, wynika to m.in. z braku wiedzy na temat organizowanych w okolicy wydarzeń oraz uważają, że w ich wieku nie wypada brać w nich udziału [30].

Podsumowanie

Jednym z kluczowych czynników pomyślnego starzenia się jest podtrzymywanie więzi z innymi ludźmi, a także angażowanie się w ukierunkowane na innych efektywne działania. Seniorzy są szczególnie narażeni na pojawienie się poczucia samotności, która prawie zawsze prowadzi do marginalizacji lub wykluczenia osób starszych, które jej doświadczają. To grupa, która na co dzień musi mierzyć się ze stereotypami dotyczącymi wieku, a wielu z nich także ze stygmatyzacją wynikającą z chorób, z którymi się borykają, np. demencji. Obecne stereotypy mogą być bardzo ograniczające, ponieważ powodują, że seniorów często nie zaprasza się do udziału w pewnych działaniach i wydarzeniach. Zdarza się też tak, że kiedy próbują je podejmować, wzbudzają konsternację, która może skutkować zawstydzeniem oraz wycofaniem.

Osoby starsze ze względu na swój wiek oraz swoją kondycję zdrowotną i mobilność, nie powinny być uznawane jako jedno z najsłabszych ogniw społeczeństwa. Okres starości nie powinien być utożsamiany tylko i wyłącznie z chorobą, dysfunkcją jednostki, czy też jej wycofaniem społecznym lub wykluczeniem ze społeczności. Z tego względu szczególnie ważne powinno być wzmacnianie udziału osób starszych w życiu społecznym, a także kreowanie pozytywnego obrazu starości.

Piśmiennictwo

1. GUS: Prognoza ludności na lata 2014-2050, Warszawa, 2014, 109.
2. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.: Podstawy gerontologii społecznej, Wyd. Aspra, Warszawa, 2006.
3. Grudziński A.: Ludzie starzy w obliczu współczesnych przemian [w:] Człowiek chory i umierający: możliwości wsparcia i formy pomocy. Stala J. (red.), Wyd. Naukowe UPJPII, Kraków, 2014, 61-69.
4. Pierzchalska A., Klag P.: Społeczne role osób starszych [w:] Równość w Unii Europejskiej. Teoria i praktyka, Bokajło W., Pacześniak P. (red.), Wyd. ATLA 2, Wrocław, 2008, 437-447.
5. Ostrzyżek A.: Starość jako etap ortogenezy, Hygeia Public Health, 2014, 49, 4, 702-704.
6. Wasilewska-Ostrowska K.: Samotność osób starszych w kontekście zmian demograficznych, Kultura i Edukacja, 2013, 97, 4, 234-244.

7. Zalewska S. L.: Samotność i osamotnienie – sposobność do dialogu z sobą czy autodestrukcji? [w:] *Pedagogika dialogu. Doświadczenie dialogu w rzeczywistości XXI wieku*, Dąbrowa E., Jankowska D. (red.), Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 2010, 98-110.
8. Wasilewska-Ostrowska K.: Samotność emocjonalna – jako jeden z czynników ryzyka uzależnień wśród młodzieży, *Wychowanie na co Dzień*, 2013, 241-242, 10-11, 17-21,
9. Wasilewska-Ostrowska K.: Młodzież wobec samotności w świetle badań porównawczych, *Kultura i Wychowanie*, 2014, 8, 2, 131-144.
10. Świtoń A., Wnuk A.: Samotność w obliczu niesprawności osób starszych, *Geriatra*, 2015, 4, 243-249.
11. Dąbrowska P.: Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania, *Kwartalnik naukowy T.U. Fides et Ratio*, 2011, 6, 2, 84-89.
12. Zalewska-Puchała J., Kostrz M., Majda A., Kamińska A.: Poczucie samotności starszych osób, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015, 23, 2, 233-238.
13. Mastalski J.: Współczesne problemy gerontologiczne w kontekście cywilizacyjnych przemian. [w:] *Pedagogiczne konteksty społecznego wsparcia rodziny*, Goława G. (red.), Wyd. Naukowe, Kraków, 2015, 111-178.
14. Pawłowska R.: Samotność człowieka — rozważania teoretyczne. [w:] *Pedagogika człowieka samotnego*, Pawłowska R., Jundził E. (red.), Wyd. Gdańska Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Gdańsk, 2000, 15–44.
15. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T.: Starość jako wyzwanie, *Gerontologia Polska*, 2008, 16, 3, 131-136.
16. Zimny J.: Zjawisko samotności - wyzwania i zagrożenia, *Pedagogika Katolicka*, 2014, 14, 19-33.
17. Frąckiewicz L.: Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej [w:] *Wykluczenie społeczne*, Frąckiewicz L. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice, 2005, 11-26.
18. Kantowicz E.: Społeczne włączanie i integracja — wyzwaniem dla pedagogów i pracowników socjalnych. [w:] *Wykluczenie i marginalizacja społeczna. Wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej*, Białobrzeska K., Kawula S. (red.), Wyd. Akapit, Toruń, 2006, 11-12.
19. Miszczak E.: Stereotypowy obraz człowieka starszego w Polsce. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), Zakład Demografii UŁ, Łódź, 2006, 305-311.

20. Saniewska-Kilim A., Depta A., Błoch Ł.: Wykluczenie społeczne osób starszych, *Problemy polityki społecznej*, 2010, 13-14, 99-108.
21. Kubicki P.: Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych. Ekspertyza przygotowana w ramach projektu EAPN Polska–razem na rzecz Europy socjalnej, Warszawa, 2010, 10.
22. Maier M.: Sytuacja osób w wieku 50+ na rynku pracy w Polsce, *Acta Universitatis Nicolai Copernici. Zarządzanie*, 2017, 44, 2, 101-111.
23. Trafiałek E.: Wykluczenie społeczne ludzi starych. Źródła, skutki, perspektywy na przyszłość. [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), Zakład Demografii UŁ, Łódź, 2006, 171-176.
24. Kuchta J.: Seniorzy online czy o offline? O wykluczeniu cyfrowym starszego pokolenia, *Studia Kulturoznawcze*, 2013, 2, 165-178.
25. Kędziora-Kornatowska K., Grzanka-Tykwińska A.: Osoby starsze w społeczeństwie informacyjnym, *Gerontologia Polska*, 2011, 19, 2, 107-111.
26. Labus A.: Miasto przyjazne osobom starszym na przykładzie SANGERHAUSEN. [w:] *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, Katowice, 2014, 175-199.
27. Rynkowska D.: Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio I–Philosophia-Sociologia*, 2016, 41, 2, 91-101.
28. Kaczmarczyk M., Trafiałek E.: Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie, *Gerontologia Polska*, 2007, 15, 4, 116-118.
29. Posłuszna M.: Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81, 1, 75-79.
30. Szarota Z.: Seniorzy w przestrzeni kulturalno-edukacyjnej społeczeństwa wiedzy, *Chowanna*, 2009, 2, 33, 77-96.

Starość sprawiedliwa, ale jaka? Spojrzenie na starość z perspektywy ludzi młodych i seniorów

Sobczak Marzena

Elbląska Uczelnia Humanistyczno – Ekonomiczna, Elbląg

Wstęp

Starzenie jest naturalnym procesem dotyczącym każdego organizmu żywego. Jest uniwersalna, nieodwracalna, postępująca i pewna. Jest przez to sprawiedliwa. Obdarza sobą, tak jak śmierć wszystkich ludzi bez wyjątku.

Czy jednak ludzie są tego świadomi?

Czy wszyscy podobnie odbierają starość?

Cel badań

Celem badań było poznanie opinii studentów pielęgniarstwa na temat starości i satysfakcji z życia seniorów.

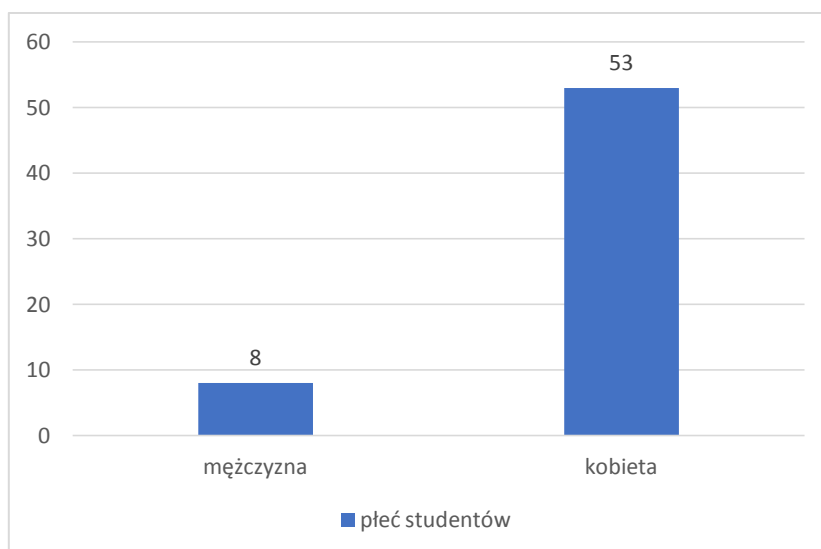
Materiał i metodyka

Materiał badań stanowiła grupa 61 studentów pielęgniarstwa Elbląskiej Uczelni Humanistyczno – Ekonomicznej i grupa 61 seniorów mieszkających w Chojnicach.

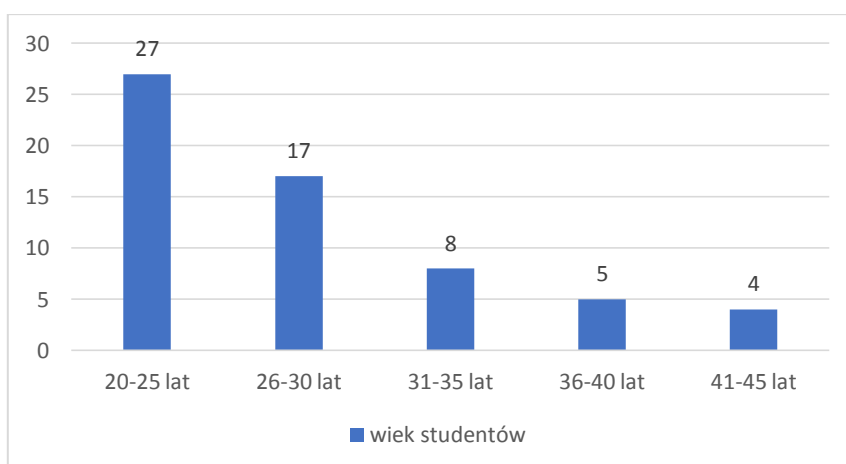
Studenci pielęgniarstwa stanowili zróżnicowaną grupę pod względem płci (Ryc. 1), wieku (Ryc. 2) i wcześniejszego doświadczenia zawodowego (Ryc. 3).

W zakres doświadczenia medycznego wliczono pracę badanych w zawodzie opiekuna medycznego i środowiskowego, ratownika medycznego, sanitariusza, sekretarki medycznej, technika ekg i masażysty.

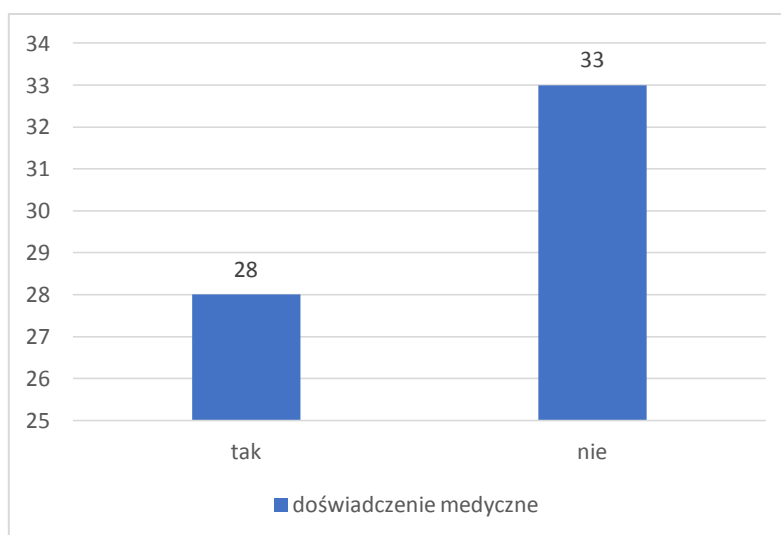
Aby poznać opinie studentów zadano im pytanie otwarte: „Co sędzę o starości?”. Studenci odpowiadali w formie pisemnej. Udzielenie odpowiedzi na zadane pytanie było równoznaczne ze zgodą na udział w badaniu.



Ryc. 1. Płeć badanych studentów n=61

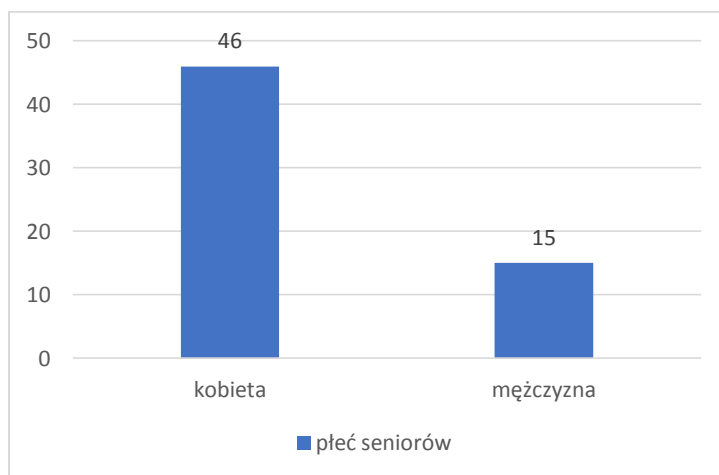


Ryc. 2. Wiek badanych studentów n=61

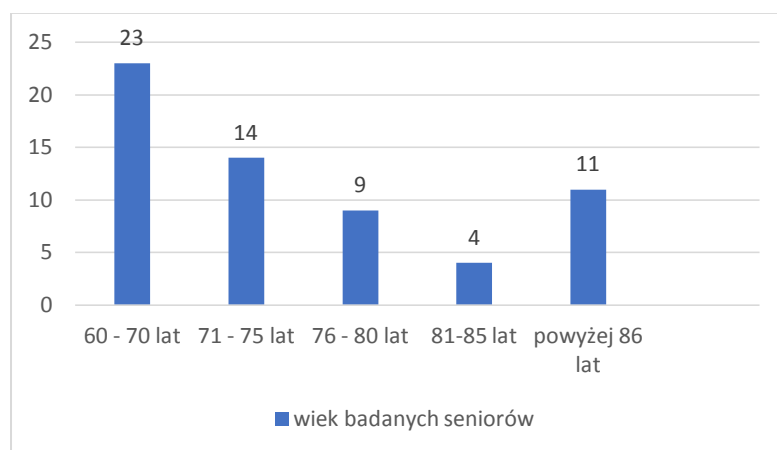


Ryc. 3. Wcześniejsze doświadczenie medyczne badanych studentów n=61

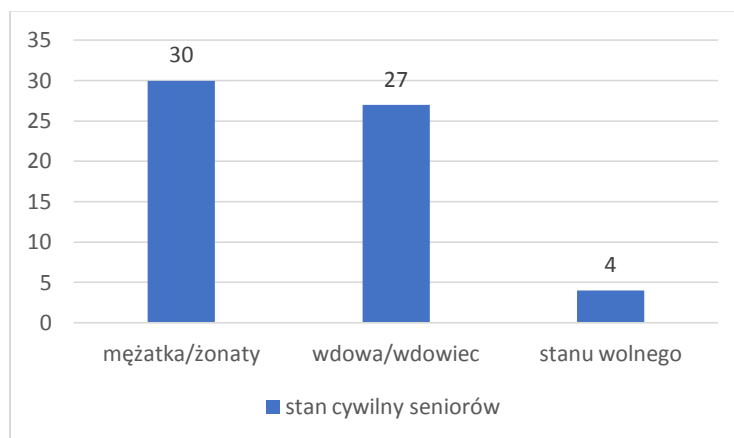
Osoby starsze biorące udział w badaniu przebywały w oddziale chorób wewnętrznych szpitala im. Łukowicza w Chojnicach. Badani stanowili zróżnicowaną grupę pod względem płci (Ryc. 4), wieku (Ryc. 5) i stanu cywilnego (Ryc.6).



Ryc. 4. Płeć badanych seniorów n=61



Ryc. 5. Wiek badanych seniorów n=61



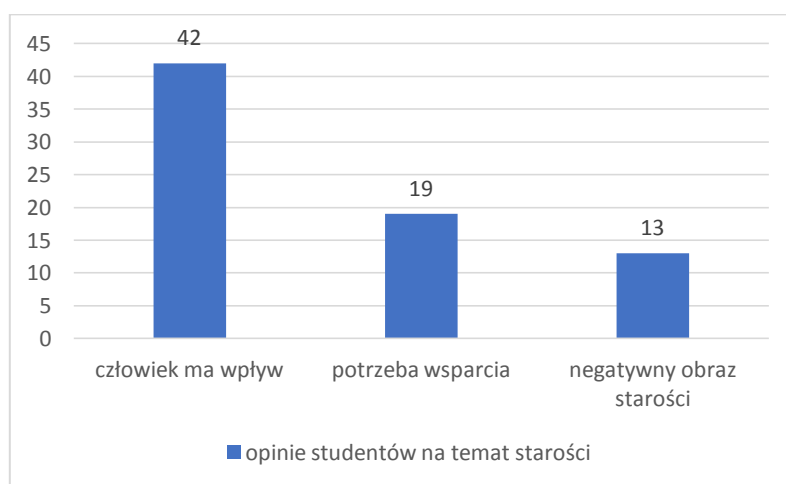
Ryc. 6. Stan cywilny badanych seniorów n=61

Osoby w podeszłym wieku badano metodą wywiadu przy użyciu Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) autorstwa E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson w adaptacji Zygryda Juczyńskiego. Badani mieli za zadanie ocenić w 7. punktowej skali pięć aspektów swojego życia. Wyniki surowe porównano z jednostkami standaryzowanymi. Dodatkowo zapytano badanych, jak oceniają swoje zdrowie. Na skali 5. stopniowej, gdzie 1 - oznacza bardzo dobre, a 5 – bardzo złe, seniorzy umieszczali swoją opinię.

Wyniki

Studenci

Studenci Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej piątego semestru na kierunku pielęgniarstwo postrzegają starość jako zjawisko naturalne. Żaden z nich nie odbierał starości pejoratywnie. Wśród ankietowanych studentów 28 osób posiadało doświadczenie w pracy z ludźmi chorymi lub niepełnosprawnymi przed podjęciem studiów na kierunku pielęgniarstwo. Trzydzieści trzy osoby nie miały wcześniejszego kontaktu z działalnością medyczną. Badani stanowili więc grupę zróżnicowaną pod tym względem, co pozwala na wyciągnięcie wniosków ogólnych w odniesieniu do badanej grupy młodych osób. Wszyscy studenci pielęgniarstwa postrzegali starość jako naturalne zjawisko. W wypowiedziach badanych można wyróżnić trzy główne nurty: przeświadczenie o wpływie człowieka na swoją starość, świadomość wspierającej roli rodziny i osób z otoczenia seniorów oraz lęk przed starością i negatywny jej obraz (Ryc. 7).



Ryc.7. Opinie studentów na temat starości n=61.

Suma odpowiedzi jest większa, gdyż badani prezentowali w jednej wypowiedzi kilka poglądów

Za reprezentatywną wypowiedź odnoszącą się do wpływu człowieka na własną starość posłużyć może wypowiedź 23-letniego studenta, nie mającego wcześniej medycznego doświadczenia zawodowego: *„Starość możemy potraktować dwubiegunowo. Potrafi być pięknym, wartościowym i bardzo rozwijającym okresem w życiu człowieka. Może stać się także okresem pełnym bólu, zmartwień, nieustającą walką o następny dzień. Może też być oczekiwaniem na śmierć. (...) wiele zależy od nas, jak ten okres będzie wyglądał. Jacy będziemy dla naszych najbliższych. Czy będziemy mogli liczyć na ich pomoc w najtrudniejszych chwilach.”*

22-letnia studentka pisze: *„...to bardzo ciekawe mieć za sobą tyle przeszłości i tyle jeszcze do przeżycia. Starość może być piękna, jeśli będziemy o siebie dbać...”*, a w wypowiedzi 29-letniej studentki, masażystki z zawodu znaleźć można wręcz hasło do refleksji: *„dzisiaj młodość – jutro starość”*. 32-letnia opiekunka środowiskowa deklaruje: *„Chcę wpływać na moją starość. Mam wielkie plany i nadzieje.”*

W wielu wypowiedziach wprost i w sugestiach można zauważyć świadomość młodych ludzi w zakresie potrzeby utrzymywania więzi rodzinnych i społecznych dla budowania dobrej starości. Poniższe cytaty przedstawiają te opinie.

Sanitariusz medyczny, lat 25: *„Jesteśmy dla nich jedyną deską ratunku. Wspierajmy ich, pomagajmy im.”*

Opiekunka medyczna, lat 33: *„Kilkadziesiąt lat wcześniej pracowali, kochali, tworzyli rodziny. Dzisiaj dalej kochają. Chcą godnie żyć. Pomóżmy im!”*

Opiekunka medyczna, lat 23: *„Starość może być piękna, ale w domu, z rodziną.”*

Wolontariuszka hospicjum, pracownik banku, lat 34: *„W społeczeństwie starość stanowi zjawisko niepożądane. Tylko w rodzinie damy radę.”*

Wśród wypowiedzi odnoszących się do konieczności wsparcia starszych osób pojawiają się także oceny starszych ludzi jako osób pięknych duchowo, cennych, od których może i powinno uczyć się młodsze pokolenie:

„Patrzę na seniorów tańczących, uczących się, dynamicznych, kreatywnych...” – pisze 32-letnia nauczycielka. *„Obserwuję, jak się zmieniają, jak tęsknią za młodością – pomagam im.”* – pisze wspomniana już 29-letnia masażystka. *„Możemy dać sobie wiele wzajemnie.”* – to słowa 38-letniej rejestratorki medycznej. Dotychczas pracujący jako informatyk, 32-letni student wyznaje w swojej wypowiedzi: *„Starość jest piękna i przerażająca zarazem. Tak martwię się o swego dziadka...”*

Trzynaście spośród wypowiadających swoje opinie studentów pielęgniarstwa zawarło w swoich wypowiedziach pełne niepokoju i lęku słowa dotyczące okresu starości.

„Ciało staje się więzieniem dla duszy. Boję się. Może lepiej nie doczekać starości...” pisze opiekunka medyczna, lat 23.

„Polska starość jest smutna. Najlepiej spędzić ją w domu” (technik hodowca, 45 lat) i „Samotność – straszne! Żyjmy pełną piersią póki czas.” (student, 25 lat).

30-letnia studentka, która podkreśliła, że jest mamą napisała: „Starość mnie przeraża. Przychodzi zbyt szybko. Boję się, że nie zdążę ze wszystkim na czas.”

„Jestem zaniepokojony. Jaka ta starość będzie? Może mogę sobie pomóc zdrowym stylem życia, dobrym humorem...” (29-letni student).

Niepokojąco brzmią wypowiedzi dwóch studentów pracujących aktualnie jako ratownicy medyczni: „Przerażają mnie zaburzenia psychiczne. Samotność, ból, brak rodziny...” (lat 26) i „To etap, którego wolałbym nie dożyć. To nie jest pełnowartościowe życie. Egzystencja. Czekanie na śmierć...” (lat 28).

Seniorzy

Średni poziom satysfakcji z życia badanych osób uplasował się na poziomie niskim osiągając 4 sten. Najwyżej badani oceniali warunki swojego życia (średnio 3,89) i porównanie swego życia do ideału (3,66).

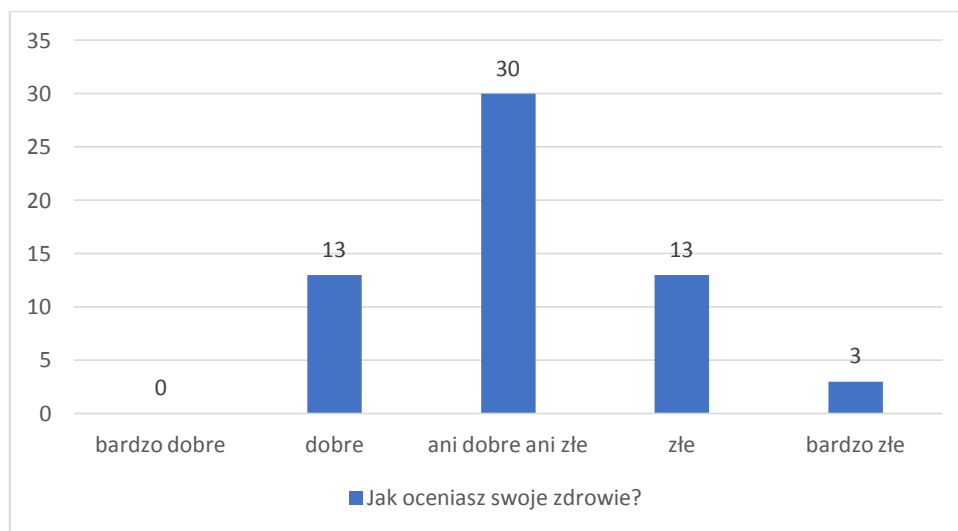
Ponad połowa badanych seniorów jest zadowolona ze swego życia i mogłaby przeżyć je tak samo jeszcze raz, jednak średnia liczba punktów uzyskana przez badanych seniorów ogółem w tym zakresie wyniosła odpowiednio 3,1 i 3,0 na 7 maksymalnych. Średnie wyniki w zakresie wszystkich stwierdzeń w Skali Satysfakcji z Życia oraz w skali globalnej prezentuje Tabela I.

Tabela I. Średnie wyniki badanej grupy w zakresie satysfakcji z życia

Stwierdzenia	Średni wynik w skali punktowej	Wynik maksymalny w skali
Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału	3,66	7
Warunki mojego życia są doskonałe	3,89	7
Jestem zadowolony z mojego życia	3,1	7
W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem	3,4	7
Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić	3,0	7
Wynik globalny satysfakcji z życia	17,38	35

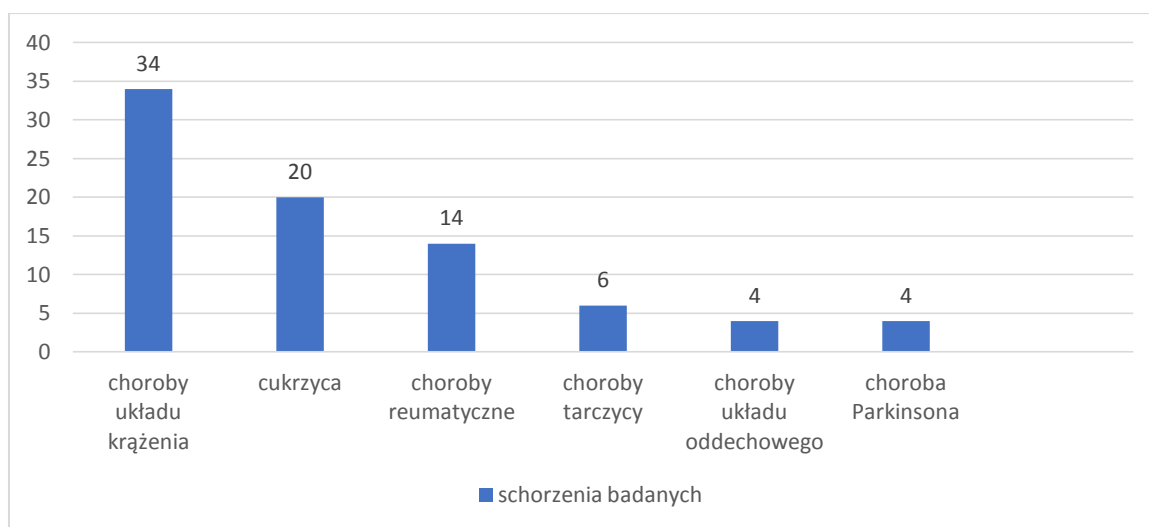
Spośród badanych seniorów 48 mieszkało w swoim własnym mieszkaniu lub domu, w tym 23 osoby mieszkały same. Trzy osoby uważały się za samotne, nieposiadające rodziny. Na wsparcie kogoś bliskiego mogło liczyć 55 spośród 61 badanych.

Tylko 13 z 59 osób uznało swoje zdrowie za dobre. Szesnaście osób oceniło swoje zdrowie jako złe i bardzo złe, a 30 osób było niezdecydowanych (Ryc. 8).



Ryc. 8. Odpowiedź badanych seniorów na pytanie: „Jak oceniasz własne zdrowie?” n=59

Najczęściej występującymi schorzeniami badanych były choroby układu krążenia, choroby reumatyczne i cukrzyca. Wśród osób chorujących na choroby układu krążenia 13 przybyło udar niedokrwienny mózgu (Ryc. 9).



Ryc. 9. Schorzenia badanych seniorów. N=61. Łączna liczba schorzeń jest większa niż liczba osób biorących udział w badaniu ze względu na fakt istnienia kilku chorób u jednej osoby.

Na pytanie o zajęcia, które powodują, że badani spędzają czas poza domem 20 z 61 osób odpowiedziało twierdząco. Rodzaj zajęć prezentuje Tabela II.

Tabela II. Sposób spędzania czasu przez badanych seniorów związany z wyjściem z domu.

Sposób spędzania czasu związany z wyjściem z domu	Liczba wskazań
Pobyt na działce i w ogrodzie	5
Żeglowanie	1
Spotkania ze znajomymi	3
Spacer	4
Udział w spotkaniach chóru	2
Wypoczynek	3
Spacer z psem	1
Grzybobranie	1
Łącznie	20

Dyskusja

Fakt systematycznie rosnącego wskaźnika ludzi starych w społeczeństwie jest znany. Przedstawiciele wielu dyscyplin naukowych, takich jak socjologia, zdrowie publiczne, ekonomia czy medycyna od dawna już biją na alarm wskazując na słabe przygotowanie społeczeństwa na ten stan. Wydłużanie czasu trwania ludzkiego życia, spadek liczby urodzeń są czynnikami ogólnie znanymi jako te, które powodują taką sytuację. W Polsce istotnym czynnikiem stały się także migracje młodych ludzi szukających zarobków poza granicami kraju. Szczególnie widocznym jest to zjawisko w najuboższych regionach Polski [1].

Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego przewidują, że w 2035 roku odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej ma wynieść 23,2 przy czym w miastach będzie on większy niż na wsi. Dodatkowo zmieniać się będzie zróżnicowanie wiekowe w grupie seniorów. Do 2035 odsetek osób w wieku 80 lat i więcej będzie się zwiększał w grupie osób starszych. Według prognoz wyniesie on 8,1 (ponad dwukrotnie w odniesieniu do roku 2010) w miastach i 5,8 na wsi [2]. Zgodnie z założeniami prognozy GUS na lata 2014- 2050 osoby co najmniej 80-letnie będą w 2050 r. stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w 2013 r. było to 3,9% [3].

Wraz ze wzrostem liczby osób w wieku podeszłym pojawiają się problemy związane ze stanem ich zdrowia, relacjami społecznymi, samotnością czy warunkami, w jakich żyją. Problemy te mają wielopoziomowy wymiar i dotyczą zarówno skali kraju, jaki środowisk lokalnych oraz rodzinnych.

Jeśli przyjąć definicję satysfakcji z życia, za Halicką mówiącą, że satysfakcja z życia „wyraża zbilansowaną ocenę wieloczynnikową, na którą składa się ocena obecnego życia oraz ocena życiowych dokonań” [4], to do oceny satysfakcji z życia seniorów ważne jest poznanie ich opinii na ten temat. Jak wykazują badania GUS ludzie starsi na szczycie swojej hierachii wartości umiejscawiają, tak jak młodzi, zdrowie, rodzinę i szczęście rodzinne. Zdrowie zaś 50% badanych określa jako *ani dobre ani złe* [5]. Podobnie swoje zdrowie oceniają seniorzy w niniejszym badaniu. Niestety wśród badanych nie jest powszechna aktywność fizyczna, co nie potwierdza cytowanych badań GUS, gdzie 55% seniorów polskich deklaruje, że raz w tygodniu lub częściej chodzi na spacer. Być może wynika to z faktu istnienia u seniorów w Chojnicach schorzeń przewlekłych, z powodu których byli w momencie badania hospitalizowani. Najczęściej natomiast występujące u nich schorzenia dotyczyły chorób układu krążenia i cukrzycy, co potwierdza badania GUS na temat zdrowia w populacji polskich seniorów [5].

Postrzeganie ludzi starych w społeczeństwie zależne jest od wielu czynników. Może mieć tu wpływ środowisko, w którym senior funkcjonuje, sposób jego zachowania, kondycja zdrowotna, nawiązywanie kontaktów społecznych, wpływ mediów oraz doświadczenia osób oceniających.

Studenci pielęgniarstwa z Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej wykazywali zarówno pozytywny stosunek do starości, jak i nacechowany lękiem. Zapewne specyfika studiów na kierunku pielęgniarstwo wpłynęła na to, iż przekonanie o związku stylu życia z pozytywnym starzeniem się pojawiało się wielokrotnie w ich wypowiedziach. W badaniach Krupy, badającej młodzież klas maturalnych, starość „jawi się młodym jako pewnego rodzaju katastrofa, wizja klęski” [6]. Wyniki badań Pakos wykazały, że zarówno „studenci, jak i uczniowie myślą o własnej starości, obawiają się głównie chorób, w następnej kolejności samotności, niesamodzielności oraz złej sytuacji finansowej” [7]. W badaniu własnym ci respondenci, którzy mieli już inny zawód medyczny wyrażali także opinie o negatywnej stronie starości jako egzystowaniu w chorobie, samotności i smutku. Być może wpływ na takie postrzeganie starości ma ich dotychczasowy kontakt zawodowy z osobami starszymi i obserwowane funkcjonowanie ochrony zdrowia.

Studenci, którzy podkreślali szacunek dla seniorów zwracali uwagę na istotną rolę rodziny i bliskich osób w budowaniu jakości życia osób w podeszłym wieku, a jednocześnie na konieczność sprawowania opieki nad nimi. Są to pozytywne opinie, ponieważ jak pokazują badania GUS 44% seniorów zwróciłoby się do dzieci i wnuków będąc w sytuacji choroby [5].

W badaniu PolSenior „rodzina jest dla osób zbliżających się do starości oraz osób starych najważniejszą grupą odniesienia, a sukcesy i niepowodzenia w życiu rodzinnym w dużym stopniu decydują o wyniku sporządzanego na starość bilansu życia”[1].

Podsumowując, w obliczu uzyskanych wyników i analizy literatury można postawić tezę, że samo zjawisko starości dotyczy wszystkich w równym stopniu, czyli sprawiedliwie, ale koleje losu, środowisko, warunki życia, system ochrony zdrowia, relacje rodzinne modyfikują jej przebieg.

Wnioski

Studenci pielęgniarstwa postrzegają seniorów pozytywnie. Podkreślają znaczenie wsparcia bliskich osób dla jakości życia ludzi w podeszłym wieku. Zapobieganie chorobom i niepełnosprawności jest dla nich warunkiem dobrej jakości życia w starości. W perspektywie przyszłego zawodu pielęgniarki niezwykle ważne jest, aby studenci rozumieli problemy seniorów oraz wdrażali profilaktykę gerontologiczną.

Osoby starsze uzyskały w badaniu niski poziom satysfakcji z życia, choć prawie połowa deklarowała, że gdyby mogła przeżyć życie jeszcze raz, to prawie nic by w nim nie zmieniła. Swoje zdrowie oceniają w większości jako ani dobre, ani złe.

Potwierdza się potrzeba edukowania młodych ludzi w zakresie zagadnień gerontologicznych i poprawy jakości życia osób starszych.

Piśmiennictwo

1. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P.: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, PolSenior. Wyd. Termedia, Poznań, 2012
2. <https://stat.gov.pl/gus/> Prognoza ludności na lata 2008-2035, data pobrania 5.05.2018
3. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosci-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html>, data pobrania 5.05.2018

4. Zielińska – Więzkowska H., Kędziora – Kornatowska K.: Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych, *Psychogeriatrya Polska*, 2010, 7, 1, 11-16.
5. Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników spójności społecznej 2015. Warszawa, 2017, <https://stat.gov.pl/>, data pobrania 5.05.2018.
6. Krupa B.: Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna, *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81 ,1, 36-43
7. Pakos E.: Ludzie starzy w opiniach młodzieży – wyniki badań własnych, *Folia Oeconomia Acta Lodzenisis*, 2017, 3, 329, 167 - 177.

Trudności w diagnostyce i leczeniu depresji u pacjentów geriatrycznych a zagrożenie śmierci społecznej

Barnaś Paweł¹, Gibasiewicz Marcin¹, Lis Adrian¹, Ferenc Stanisław^{1,2}, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Kurzelewska-Sobczak Anna², Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

W otaczającym nas świecie działa wiele bodźców, które oddziałując na człowieka, tworzą jego osobowość, charakter, moralność, sposób życia i zachowania. Podobnie jest ze śmiercią, którą należy rozpatrywać wielopłaszczyznowo. Jednym z rodzajów szeroko rozumianej śmierci jest śmierć społeczna. Jest to bardzo rozległe pojęcie, w którym można doszukiwać się zarówno całkowitego wykluczenia danego osobnika z danego społeczeństwa i zachodzących w nim procesów, jak również śmierć osoby pod względem kontaktów i nawiązywania relacji interpersonalnych [1]. Dochodzi do ograniczania możliwości korzystania oraz dostępu do zasobów społeczeństwa dostępnych dla innych jednostek. Często tacy ludzie zaczynają być traktowani jak przedmioty lub rzeczy, z którymi przestajemy rozmawiać i kontaktować pomimo zachowania życia biologicznego. Osoby te zostają zepchnięte na margines społeczeństwa, uniemożliwiając podstawowe funkcjonowanie jako człowiek. Najczęściej takim stanem dotknięci są niepełnosprawni zarówno fizycznie, jak i umysłowo, ludzie umierający biologicznie, pacjenci psychiatryczni, osoby skrajnie ubogie i w zaawansowanym wieku. Zapobieganie występowaniu tego niekorzystnego zjawiska jest jednym z kluczowych elementów zachowania człowieczeństwa i powrotu do homeostazy oraz zdrowia.

Problematyka postępowania z osobami w wieku podeszłym jest jednym z istotniejszych wyzwań w obecnym społeczeństwie. Według prognoz socjologów i demografów w przeciągu najbliższych 20 lat liczba ludzi powyżej 65. roku życia wzrośnie o ponad 1/3 i będzie wynosić ponad 8 mln [2]. Bardzo często ludzie w podeszłym wieku są dotknięci wieloma schorzeniami, co negatywnie odbija się na ich dobrostanie psychicznym. Seniorzy, ze względu na bardzo szybki rozwój społeczny, kulturowy, techniczny i

cywilizacyjny, nie są w stanie “nadażyć” za wymaganiami stawianymi przez otoczenie. Czują się zagubieni, pozbawieni wsparcia oraz bezpieczeństwa. Dodatkowo ludzie powyżej 65. roku życia nie posiadają odpowiedniego zabezpieczenia finansowego, co potwierdzają dane GUS (Główny Urząd Statystyczny), które mówią o zagrożeniu ubóstwem 12% seniorów w Polsce. Badacze wyróżniają także inne przeszkody w pełnieniu życia społecznego, takie jak: samotność i brak oparcia w bliskich, zamieszkanie na obszarach wiejskich, uzależnienia od używek, niski poziom wykształcenia, niepełnosprawność, czy też popełniane wykroczenia i przestępstwa. Każdy z tych czynników ma wpływ na spychanie seniorów na marginalną rolę w społeczeństwie, a końcowy etap tych zmian nazywamy śmiercią społeczną. Podejrzewa się, że nawet 20% emerytów może być wykluczonych społecznie. W naszej opinii badacze nie poświęcają wystarczającej uwagi determinancie chorobowej, która podstępnie i nieprzerwanie, zwiększa dystans pomiędzy seniorami a społeczeństwem [3].

Pojęcie depresji wieku podeszłego

Jednym ze stanów chorobowych, w którym można zauważyć istnienie problemu wykluczenia i śmierci społecznej jest depresja wieku podeszłego [4]. Patologia ta dotyczy nawet 20% ludzi powyżej 65. roku życia i jest to drugie, po otępieniu, najczęstsze zaburzenie psychiczne wieku podeszłego. Dotyczy ona zarówno chorych, którzy zmagają się z nią od młodości, jak i tych, u których ujawniła się w wieku podeszłym [5]. Choroba ta dzieli się na kilka rodzajów: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, organiczne zaburzenia afektywne oraz depresje towarzyszące chorobom somatycznym. Kolejnym kryterium podziału depresji jest charakter czasowy występowania objawów. Z tego względu zaburzenia depresyjne dzielimy na nawracające oraz pojedynczy epizod [6]. Mnogość form oraz problemy diagnostyczne są przyczynami trudności w leczeniu, co często skutkuje pogłębieniem tej patologii. Celem naszej pracy wskazanie trudności diagnostycznych i terapeutycznych w depresji wieku podeszłego, jako czynników powodujących wykluczenie i śmierć społeczną dotkniętych nią pacjentów. W tym celu przeprowadziliśmy analizę najnowszych dostępnych podręczników, wytycznych, badań oraz artykułów dotyczących postępowania, diagnostyki i leczenia depresji ludzi w wieku senioralnym.

Depresja wieku podeszłego jest podstępny w przebiegu i trudny w diagnostyce schorzeniem. Seniorzy często cierpią na problemy materialne, zdrowotne czy rodzinne, czemu towarzyszą objawy zaburzenia nastroju. Mogą one dotyczyć zarówno nadmiernego pobudzenia emocji i nastroju - zaburzenia maniakalne, jak i pogorszenia nastroju - zaburzenia

depresyjne lub naprzemiennie -zaburzenia dwubiegunowe. Sama definicja depresji jest bardzo szeroka i przez to pacjenci często nie zauważają występowania takiego problemu u siebie lub traktują go jako przejaw starzenia organizmu. Natomiast schorzenie to nie może być w żadnym stopniu traktowane jako naturalnie występujące następstwo starzenia [6]. Co więcej, ludzie w podeszłym wieku w obawie przed brakiem zrozumienia ze strony najbliższych, a także pogłębiającym się wykluczeniem i “stygmatazacją” próbują maskować swoje dolegliwości. Depresja obejmuje takie stany, jak: dysforia, czyli permanentne przygnębienie, uczucie beznadziei i zniechęcenia do czegokolwiek, utrata zainteresowania otaczającym światem, utrata masy ciała oraz zaburzenia odżywiania, problemy ze spaniem, brak siły i energii do działania, lęki, utrudnienie w myśleniu, zapamiętywaniu, utrzymywaniu uwagi, czy też uczeniu się nowych rzeczy. Kolejnymi objawami są zaburzenia psychomotoryczne, które objawiają się spowolnieniem ruchów, osłabieniem siły gestykulacji i głośności głosu, osłabieniem popędu seksualnego, czy też pojawieniem się dodatkowych, niewymuszonych ruchów zwanych potocznie tikami nerwowymi. Pacjenci czują się bezwartościowi, niepotrzebni, co prowadzi do ich frustracji i wewnętrznego rozgoryczenia. Często takim zaburzeniom towarzyszą myśli samobójcze [6,7]. W przypadku wielu pacjentów dochodzi także do “somatyzacji” objawów, co może być spowodowane poprzez zaburzone poczucie swojego ciała, ale także poprzez zwiększone w wieku podeszłym odczuwanie bólu i postępujące osłabienie organizmu. Stwierdzono korelację pomiędzy występowaniem depresji a zaburzeniami narządów wewnętrznych w układach krwionośnym, oddechowym, nerwowym odpornościowym oraz hormonalnym. Badania wskazują, że istnieje istotna korelacja pomiędzy ciężkością depresji a współwystępowaniem chorób somatycznych. Dodatkowo wykazano, iż wskaźnik częstości występowania depresji jest dwukrotnie większy u pacjentów z umiarkowanie ciężkimi i ciężkimi chorobami somatycznymi niż u osób zdrowych.

Naukowcy wyróżnili czynniki ryzyka, które istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia depresji ludzi w podeszłym wieku, do których zaliczamy: płeć żeńską, stopniowe wykluczanie społeczne, samotność i brak najbliższej rodziny, ubóstwo, wielochorobowość, zaburzenia poznawcze i bezsenność [8]. Dodatkowo poszukuje się podstaw anatomicznych oraz biochemicznych tego stanu. Do tej pory badacze wykazali, że wpływ na przebieg depresji wieku senioralnego ma uszkodzenie dróg aksonalnych pomiędzy prążkowiem, gałką bładą, wzgórzem i korą mózgową [9,10]. Ponadto dochodzi do uszkodzenia krążenia mózgowego. Często w wyniku ostrego incydentu naczyniowego w mózgu dochodzi do trwałych uszkodzeń, co może pogłębić niekorzystny stan chorego [11]. Istnieją także choroby somatyczne, których wpływ w wieku podeszłym może doprowadzić do depresji. Wśród

takich schorzeń wyróżniamy: chorobę Parkinsona, choroby tarczycy, choroby serca, awitaminozy, cukrzycę, chorobę Alzheimera czy też nowotwory [12].

Diagnostyka i rozpoznanie

Ze względu na brak jednoznacznego obrazu klinicznego tej patologii, a także mnogość objawów, rozpoznanie depresji ludzi w podeszłym wieku może nastręczać trudności. Mniej więcej 40% depresji wieku starczego pozostaje nierozpoznanych. Jednakże seniorzy są grupą chorych cechującą się charakterystycznym obrazem klinicznym i przeszkodami w prawidłowej diagnostyce. Jednym z komplikujących postawienie rozpoznania czynników jest polifarmakoterapia, w której bardzo ciężko unikać interakcji i negatywnego wpływu leków na funkcjonowanie psychiki człowieka. Co więcej, trudniejsza komunikacja z ludźmi w podeszłym wieku, ze względu na inne schematy i szybkość myślenia, częste trudności w zrozumieniu skomplikowanych słów, czy też pytań diagnostycznych zmniejsza skuteczność w diagnostyce i leczeniu. Dodatkowym utrudnieniem jest znaczne podobieństwo do otępienia starczego, które ma zupełnie inne podłoże patofizjologiczne, jak również zupełnie różny sposób leczenia. W przypadku otępienia rozwijanie się objawów można obserwować w długim czasie. Pacjent jest całkowicie nieorientowany w czasie i przestrzeni, całkowicie nie przyjmuje swoich ograniczeń i je odrzuca, nie chcąc poddawać się terapii. Ludzie cierpiący na depresję są zazwyczaj w stanie wskazać moment załamania, w którym nagle rozpoczęły się objawy, są zorientowani w czasie i przestrzeni, nie mają zaburzonego funkcjonowania mowy, pisania, czytania, czasami czynności te są spowolnione. Różnice są zauważalne także w badaniach obrazowych, ponieważ w przebiegu otępienia często widoczne są zmiany neurodegeneracyjne, natomiast w przebiegu depresji dochodzi do zmian naczyniowych. Jednocześnie oba stany patologiczne mogą współistnieć. Istnieją badania potwierdzające fakt, u pacjentów jednocześnie cierpiących na depresję i otępienie dochodzi do znacznego pogłębienia deficytów pamięci i procesów myślowych, co skutkuje pogorszeniem przebiegu [7].

Pierwszym etapem w kierunku postawienia prawidłowego rozpoznania depresji wieku podeszłego jest właściwe zebranie wywiadu. Obecnie w tych celach wykorzystuje się dedykowane kwestionariusze. Jednym z najczęściej wykorzystywanych jest Geriatryczna Skala Oceny Depresji (*Geriatric Depression Scale* - GDS), która została opracowana przez Yesavage'a i wsp. Jest to spójny kwestionariusz służący do samooceny pacjentów powyżej 60. roku życia. Występuje w trzech formach: pełnej, złożonej z 30 pytań, skróconej, złożonej

z 15 pytań oraz krótkiej, złożonej z 4 pytań. Na każde pytanie istnieją tylko dwie odpowiedzi: TAK i NIE. Za każdą pozytywną odpowiedź uzyskuje się jeden punkt. Interpretacja wyników dla GDS różni się w zależności od wybranej formy. Dla wersji pełnej, wynik poniżej 10 punktów pozwala wykluczyć depresję, 11-20 punktów oznacza podejrzenie depresji, a powyżej 20 punktów oznacza depresję. Test ten pozwala w łatwy i przystępny dla starszych osób sposób ukierunkować ich diagnostykę w kierunku depresji. Istnieją jednak stany w których za pomocą GDS nie można stwierdzić depresji. Badania potwierdzają brak skuteczności tego testu w przypadku między innymi choroby Alzheimera oraz u pacjentów po udarze mózgu [13].

Do innych powszechnie wykorzystywanych testów można zaliczyć Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (Patient Health Questionnaire - PHQ). W wersji skróconej składa się z 9 pytań, które pozwalają wstępnie ukierunkować diagnostykę w kierunku depresji [14]. Pytania zawarte w PHQ oparte są o najnowsze kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM V (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), stworzone przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Aby rozpoznać depresję według tych wytycznych należy stwierdzić występowanie nie mniej niż 5 poniższych objawów przez czas nie krótszy niż 2 tygodnie.

KRYTERIA ROZPOZNANIA DEPRESJI WG DSM V
Depresyjny nastrój przez większość dnia
Istotny niezamierzony spadek lub przyrost masy ciała (co najmniej o 5% masy ciała)
Spadek zainteresowania dotychczasowymi przyjemnościami i aktywnościami występujące przez większość dnia
Zaburzenia snu, tj. nadmierna senność w ciągu dnia oraz bezsenność w ciągu nocy
Utrata energii i łatwa męczliwość
Poczucie winy, bardzo niskie poczucie własnej wartości
Spowolnienie lub nadmierne pobudzenie psychomotoryczne
Oslabienie funkcji poznawczych, tj. trudności w myśleniu, koncentracji, zdolności podejmowania decyzji
Uporczywe i nawracające myśli o śmierci i/lub samobójstwie

Inną skalą pomocną przy rozpoznawaniu depresji jest dziesiąta edycja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, czyli ICD-10 (International

Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), która została opracowana przez WHO i opublikowana w 1996 roku. Klasyfikacja ta dzieli objawy depresji na podstawowe (kategoria A) oraz dodatkowe (kategoria B) [17].

A. Objawy podstawowe
Obniżenie nastroju
Anhedonia (czyli obniżone zainteresowanie dotychczasowymi aktywnościami oraz brak radości z życia)
Utrata energii i duża męczliwość

B. Objawy dodatkowe
Oslabienie uwagi oraz koncentracji
Utrata wiary w siebie i niska samoocena
Poczucie winy
Pesymistyczne myśli
Występowanie myśli samobójczych
Zaburzone łaknienie
Zaburzenia snu

Na ich podstawie możemy wyróżnić różne stopnie ciężkości depresji, które są opisane jako odrębne jednostki chorobowe :

- Łagodna depresja (F32.0) - Pacjent jest zdolny do wykonywania codziennych czynności. Do stwierdzenia tej postaci wymagane są 3 objawy podstawowe i co najmniej 2 z 7 objawów dodatkowych przez czas nie krótszy niż 2 tygodnie.
- Umiarkowana depresja (F32.1) - Pacjent ma trudności z wykonywaniem codziennych czynności, a objawy narastają szybciej i mają większe nasilenie. Do rozpoznania tej postaci wymagane jest stwierdzenie występowania 3 objawów podstawowych i co najmniej 4 z 7 objawów dodatkowych.
- Ciężka depresja (F32.2) - Pacjent cierpiący na tą postać nie jest w stanie żyć samodzielnie. Objawy są zazwyczaj bardzo nasilone z towarzyszącymi objawami psychiatrycznymi, takimi jak halucynacje. Do rozpoznania tej postaci wymagane jest

stwierdzenie występowania 3 objawów podstawowych i co najmniej 4 z 7 objawów dodatkowych przez czas nie krótszy niż 2 tygodnie.

Leczenie

Leki przeciwdepresyjne to grupa bardzo heterogenna, w obrębie której jest wiele różnic zarówno w budowie chemicznej, jak i mechanizmie działania. Jednakże posiadają też wspólną cechę: aktywują przekąźnictwo noradrenergiczne i serotoninergericzne. W wyniku wyżej wymienionych różnic leki przeciwdepresyjne można podzielić na: trójęykliczne leki przeciwdepresyjne (nortryptylina, imipramina, doksepina), czterocykliczne leki przeciwdepresyjne (mianseryna, mirtazapina, maprotylina), selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (wenlafaksyna, duloksetyna), selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (escitalopram, fluoksetyna, sertralina) oraz inhibitory monoaminooksydazy (tranylcypromina, moklobemid) [18,19].

Leczenie depresji osób starszych wciąż pozostaje wyzwaniem. Ponad 1/3 pacjentów jest oporna na standardowe leczenie przeciwdepresyjne [20]. Aby efektywnie podjąć się leczenia należy zwrócić uwagę na wiele czynników, które mogą być szczególnie problematyczne wśród chorych w wieku podeszłym. Optymalizacja skuteczności leczenia wymaga od lekarza zwrócenia uwagi na choroby współistniejące, posiadania umiejętności doboru i dostosowania odpowiedniej farmakoterapii lub innej dostępnej terapii do indywidualnego pacjenta, ciągłego i uważnego monitorowanie działań niepożądanych zalecanych leków oraz zapewnienia pacjentowi odpowiedniej opieki [21]. Jest wiele czynników, które należy uwzględnić chcąc osiągnąć spodziewany efekt terapeutyczny. Holistyczne spojrzenie na stan zdrowia pacjenta i ocena poszczególnych składowych w kontekście doboru leku ma wymierne znaczenie. Jednym z wyżej wymienionych czynników jest wiek. Badania wykazują, że w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia leki przeciwdepresyjne mogą nie mieć większego działania niż placebo [22]. Należy postawić więc pytanie, czy terapia tymoleptykami, która przecież niesie za sobą wiele działań niepożądanych, jest zasadna. Skuteczność działania antydepresantów u osób starszych wciąż jest jeszcze zbyt słabo zbadana i nie powinno się wyciągać tak pochopnych wniosków na podstawie pojedynczych wyników badań. Kolejnym aspektem, na który diagnosta po postawieniu rozpoznania musi zwrócić uwagę, aby wdrożyć odpowiednie leczenie, jest określenie u pacjenta dysfunkcji wykonawczych [23]. Jest to grupa objawów utraty zdolności do kontrolowania i programowania własnych zachowań podczas aktywności sprawczej. W

celu spersonalizowania terapii niezbędna jest więc szczegółowa diagnostyka neuropsychologiczna, podczas której należy dokonać analizy etiologii, przyczyny i patofizjologii występujących objawów [24]. Powinno się także ocenić stopień nasilenia objawów depresyjnych, w tym objawów z zakresu natręctw i zaburzeń lękowych, występowanie myśli i tendencji samobójczych. Ten element jest szczególnie ważny mając na uwadze bezpieczeństwo terapii. Wyróżnia się także czynniki, które decydują o skuteczności terapii. Istnieją badania, które pokazują, że pacjenci o niższym statusie socjoekonomicznym gorzej odpowiadają na farmakoterapię i terapię poznawczo-behawioralną, która jest stosowana w monoterapii [23]. Zawsze, niezależnie od choroby, należy zalecać terapię, którą pacjent jest w stanie opłacić. Na dodatek liczne grono pacjentów rozpoczynających farmakoterapię lekami przeciwdepresyjnymi przyjmowała je w przeszłości. Zebranie wywiadu dotyczącego efektów ubocznych poprzednio przyjmowanych leków, skuteczności czy tolerancji jest w zakresie obowiązków lekarza psychiatry.

Leczenie depresji wieku podeszłego

Leczenie depresji wieku podeszłego opiera się na psychoterapii i terapii somatycznej - farmakoterapia i terapia elektrowstrząsami. Jedną z najbardziej skomplikowanych i posiadających wiele różnych zestawów leczenia jest farmakoterapia. Składa się ona z trzech zasadniczych etapów. Pierwszym celem jest opanowanie ostrego etapu choroby, w przypadku sukcesu zaleca się kontynuację leczenia, które pozwoli zapobiec wystąpieniu nawrotu w obrębie obecnego epizodu. Ostatecznie przechodzi się do fazy leczenia długoterminowego, która przeciwdziała pojawieniu się nowego epizodu [25].

Okazuje się, że w wyborze odpowiedniego leku w przypadku osób starszych kluczowe znaczenie ma charakter działań niepożądanych danego leku [26]. Dlatego też wśród lekarzy największą popularność zyskały leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI - *Serotonine Noradrenaline Reuptake Inhibitors*, inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny). Escitalopram (SSRI) jest lekiem, który zalecany jest do rozpoczęcia terapii. Uważa się, że ma on przewagę nad citalopramem, gdyż citalopram u pacjentów powyżej 60. roku życia jest kojarzony z zależnym od dawki wydłużeniem odcinka QT, które może powodować torsade de pointes, czy tachykardię komorową, a nawet nagłą śmierć. Duloksetyna jest lekiem drugiego rzutu. Jej dodatkową zaletą jest także działanie na przewlekły ból, który jest częstym objawem u starszych pacjentów cierpiących na depresję. Jeśli starsi pacjenci nie zareagują odpowiednio na leki z grupy SSRI i grupy inhibitorów

wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI - Serotonine Noradrenaline Reuptake Inhibitors), kolejnym krokiem powinna być zmiana leku na nortryptylinę (lub bupropion jako alternatywa). Nie ma przekonującego dowodu, że trójkycliczne leki przeciwdepresyjne (TCA - *tricyclic antidepressants*) są mniej skuteczne niż SSRI, lecz SSRI są zdecydowanie lepiej tolerowane, szczególnie wśród starszych pacjentów.

Monoterapia jest preferowaną metodą u osób starszych. Związane jest to z minimalizacją skutków ubocznych oraz interakcji lekowych. Mimo to, w przypadku zaledwie częściowej odpowiedzi na lek pierwszego lub drugiego rzutu proponuje się pacjentowi skojarzenie terapii z atypowym lekiem przeciwdepresyjnym (kwetiapina lub aripirazol) lub litem [27]. Wyższość terapii skojarzonej nad zmianą leku tłumaczona jest obawą przed tym, że całkowita zmiana leku może spowodować zatracenie częściowej poprawy stanu klinicznego pacjenta. Pozytywne działanie litu jest wsparte większą ilością badań naukowych niż leków atypowych [28].

W wyborze i decyzji o zmianie leku istotne jest określenie czasu, po którym należy podjąć się ocenie działania danego tymoleptyku. Aby wykazać skuteczność danego leku zalecane jest stosować go przez 6 tygodni. Na podstawie badań jest to najczęściej zalecany czas terapii, choć można go skrócić do 4 tygodni lub wydłużyć do ośmiu. Problematicznym wydaje się natomiast fakt, że niektóre badania wskazują, że całkowita odpowiedź na leki antydepresyjne u osób starszych może trwać do 8, 12, a nawet 16 tygodni, co może być przyczyną pochopnej i błędnej decyzji o zmianie terapii [29]. Zwykle czas trwania leczenia pierwszego epizodu depresji u dorosłych trwa od 6 do 12 miesięcy, nie włączając w to czasu, który był potrzebny do uzyskania pełnej remisji [30]. Celem kontynuacji i podtrzymania leczenia jest zapobieganie nawrotom. Badania naukowe dowodzą, że w grupie osób starszych prawdopodobieństwo wznowy jest wyższe niż w młodszych populacjach. Może to wskazywać, że istnieje potrzeba dłuższego czasu podtrzymania terapii u osób w podeszłym wieku [31].

Mimo że wyżej opisane zalecenia skupiają się głównie na dysponowaniu środkami farmakologicznymi, należy jednoznacznie podkreślić, że rola psychoterapii jest niezaprzeczalna, a także bardzo istotna w osiągnięciu sukcesu terapeutycznego [32].

Podczas pracy z osobami chorującymi na depresję można zastosować wiele rodzajów terapii [33]:

- rodzinną, grupową lub indywidualną
- poznawczą
- psychodynamiczną

- interpersonalną
- behawioralną.

Depresja lekooporna

Skuteczność farmakoterapii może być zmniejszona przez odczucia pacjentów. Niechęć do leczenia występuje z kilku udowodnionych powodów:

- pacjenci boją się uzależnienia od leków;
- bagatelizują objawy, nie mogąc zaakceptować informacji, że objawy depresyjne są także chorobą, a nie naturalnym stanem towarzyszącym starości;
- obawiają się, że leki antydepresyjne zapobiegają naturalnemu smutkowi, przez co mogą tracić własną identyfikację;
- posiadają uprzednie negatywne doświadczenia z lekami przeciwdepresyjnymi [34].

Oprócz istnienia oporów ze strony pacjentów, można dostrzec inne czynniki, które mogą być predyktorami nieskutecznego leczenia. Zaliczamy do nich: podeszły wiek, stopień ciężkości depresji, dłuższy czas oczekiwania na poprawę, dłuższy czas trwania poprzedniego epizodu depresji, współwystępujące zaburzenia lękowe, współistnienie chorób somatycznych oraz upośledzenie pamięci wykonawczych [35]. Istnieje także korelacja między gorszą pamięcią werbalną wśród pacjentów a leczeniem depresji [36].

Jeśli pacjent nie odpowie satysfakcjonująco na przynajmniej dwie próby monoterapii antydepresantami możemy mówić o depresji odpornej na leczenie (TRD - *treatment resistant depression*- depresja lekooporna) [37]. Nie jest to jednakże definicja zunifikowana, z tego powodu w literaturze naukowej spotyka się różne kryteria tego pojęcia. Metody leczenia TRD dzieli się na dwie grupy: somatyczne (wśród których rozróżnia się leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne) oraz metody psychologiczne.

Do leków, które znalazły swoje zastosowanie w leczeniu TRD są: metylfenidat, aripiprazol, lit, trijodotyronina, kwetiapina, ketamina. Wyróżnić w tej grupie można lit, należący do leków normotymicznych, którego skuteczność w TRD potwierdza wiele danych. W depresji lekoopornej uzupełnienie litem terapii lekami przeciwdepresyjnymi zwiększa ponad trzykrotnie szanse otrzymania oczekiwanego efektu terapeutycznego w porównaniu z placebo [38]. Przydatność leków normotymicznych może być efektem tego, że u niektórych chorych powodem lekooporności jest nierozpoznana "dwubiegunowość" [39]. Wiedza na temat szybkiego działania przeciwdepresyjnego ketaminy i efektów zmniejszających

skłonności do samobójstw jest bardzo dobrze opisana wśród dorosłych pacjentów. Wciąż jednak brakuje badań, które udowodniałyby wyżej wymienione działanie u pacjentów w wieku podeszłym. Ketamina to szybko działający środek znieczulający ogólnie, będący pochodną fencyklidyny, substancji należącej do grupy środków psychodysleptycznych, określanych również jako halucynogeny. Okazuje się, że wykorzystywana jest u pacjentów cierpiących na depresję oporną na leczenie, którzy nie mogą zostać zakwalifikowani do leczenia elektrowstrząsami. Podaje się ją we wlewach dożylnych w małych ilościach, stale monitorując efekty jej działania zarówno te pożądane, jak i niepożądane [40].

Leczenie depresji lekoopornej			
<i>psychoterapia</i>		<i>terapia somatyczna</i>	
terapia grupowa	terapia poznawcza	farmakoterapia	Pozostałe
terapia rodzinna	terapia psychodynamiczna	lit	mięscowo przeprowadzana wstrząsowa terapia elektryczna
terapia indywidualna	terapia behawioralna	ketamina	terapia elektrowstrząsami
	terapia interpersonalna	aripiprazol	stymulacja nerwu błędnego
		trijodotyronina	przezczaszkowa stymulacja magnetyczna
		kwetiapina	głęboka stymulacja mózgu
		metylfenidat	przezczaszkowa stymulacja stałoprądowa
			wstrząsy magnetyczne

Leczenie somatyczne występuje także jako leczenie nefarmakologiczne. W gronie wielu opisanych, często również nie do końca poznanych metod, jest terapia elektrowstrząsami (ECT – *electroconvulsive therapy*). Jest ona jedną z najbardziej efektywnych terapii, dodatkowo znajdująca poparcie w największej ilości badań. Wielokrotnie wykazano, że jest to terapia bezpieczna również wśród osób starszych, nawet powyżej 75. roku życia. Nie należy ulegać wrażeniu, że jest ona pozbawiona działań niepożądanych, co więcej osoby starsze są bardziej na nie podatne, szczególnie na efekty uboczne ze strony objawów poznawczych, włączając w to delirium, czy na nagłe zdarzenia sercowo-naczyniowe. Aby zmniejszyć możliwość wystąpienia powikłań, pacjenci powinni o poranku przed ECT zażyć leki, które stale przyjmują w związku z chorobami naczyniowymi, natomiast na chwilę przed terapią należy podać leki zmniejszające tachykardię i nadciśnienie (beta blokery lub blokery kanałów wapniowych). Nowsze metody, w większości eksperymentalne, stają się coraz bardziej dostępne. Posiadają one znaczące różnice w

wynikach leczenia, inwazyjności i profilu działań niepożądanych. Do metod tych należą : miejscowo przeprowadzana wstrząsowa terapia elektryczna (FEAST - *Focal Ellectrically Administered Seizure Therapy*), stymulacja nerwu błędnego (VNS - *Vagus Nerve Stimulation*), przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, głęboka stymulacja mózgu, wstrząsy magnetyczne (MST - *Magnetic Seizure Therapy*) i przezczaszkowa stymulacja stałoprądowa [41].

Depresja a śmierć

Nie można zapominać o tym, że depresja może być także chorobą śmiertelną. Specyficzny charakter depresji wieku podeszłego stwarzający trudności w diagnostyce i leczeniu wyróżnia pacjentów powyżej 65. roku życia jako grupę, którą trzeba objąć szczególnym zainteresowaniem w kontekście śmierci. Biologiczna śmierć w przebiegu depresji może nie tylko być związana z samobójstwami, lecz udowodniono także istotnie większą śmiertelność z powodów ostrych zdarzeń sercowo-naczyniowych [42]. W dzisiejszych czasach samą śmierć można podzielić na śmierć biologiczną i śmierć społeczną. Zjawiska te mogą występować w tym samym czasie, aczkolwiek śmierć społeczna może czasem poprzedzać śmierć biologiczną. Zagadnienie śmierci społecznej zaczęło pojawiać się w literaturze tanatologiczno-medycznej w latach 60. ubiegłego wieku [43]. Przez kilka dekad tworzyły się różne definicje i znaczenia hasła "śmierć społeczna". Chcąc je wszystkie zebrać i usystematyzować, Kralova przedstawiła własną teorię śmierci społecznej. Zauważyła, że istnieją trzy zasadnicze koncepcje: utraty identyfikacji społecznej, utraty relacji ze społeczeństwem i koncepcja osłabienia i straty powiązanej z dezintegracją z ciałem. Pozwalają one wysunąć tezę, że aktualnie śmierć społeczna jest zjawiskiem o wielu twarzach, lecz którego ramy koncepcyjne można jednak zidentyfikować [44]. Utrata identyfikacji społecznej jest czynnikiem, który zarówno może przyczynić się do wywołania, jak i podtrzymywać depresję. Zwiększanie łączności ze społeczeństwem i uczestnictwo w grupach społecznych poprawiają efekty leczenia depresji, szczególnie jeśli pacjent identyfikuje się z wybraną grupą społeczną. Utrata relacji ze społeczeństwem może być wywołana samotnością lub izolacją społeczną. Problem samotności zwiększa się wraz z wiekiem, kiedy osoby doświadczają śmierci bliskiej osoby, współmałżonka czy przyjaciół [45]. Izolacja społeczna jest raczej obiektywnym stwierdzeniem, które można zdefiniować poprzez minimalną liczbę kontaktów z innymi ludźmi i niskim poziomem zaangażowania w życie społecznej. Z drugiej strony samotność jest stanem bardziej subiektywnych doznań

związanych z odczuciem danej osoby na własne relacje społeczne. W praktyce często te dwa znaczenia używane są zamiennie [46]. Sweeting i Gilhooly zwracają uwagę na trzy grupy zagrożone śmiercią społeczną. Są to pacjenci cierpiący na przewlekłe i śmiertelne choroby, osoby w wieku podeszłym oraz osoby, których dotyczy problem utraty osobowości [43]. Pacjentów chorujących na depresję wieku podeszłego można zakwalifikować do wszystkich wymienionych wyżej grup. Między innymi z powodu swojego wieku, za którym mogą podążać pogarszające się więzi społeczne, uwarunkowane wykluczaniem osób starszych z życia społecznego i pogorszającą się mobilnością. Trudności i przewlekłość leczenia przeciwdepresyjnego sprawia wrażenie wśród bliskich, że choroba zostaje być postrzegana jako nieuleczalna, a dana osoba nieuchronnie zbliża się ku śmierci. Ponadto objawy towarzyszące depresji powodują, że osoba zostaje coraz rzadziej postrzegana jako człowiek, a członkowie rodziny zaczynają patrzeć na nią jak na osobę nigdy więcej nie pozostającą w pełni żywą. Warto dodać, że śmierć społeczna może pojawić się także bez utraty osobowości. Doskonałym przykładem jest sytuacja, gdy lekarz stosuje "niehumanitarną terapię" polegającą na dyskutowaniu i stawianiu diagnozy wraz z innym personelem medycznym w obecności pacjenta, który jest traktowany wtedy jako przedmiot nieożywiony [43].

Wnioski i dyskusja

Depresja wieku podeszłego jest chorobą, która przysparza ogromną liczbę trudności zarówno w leczeniu, jak i diagnostyce. Mnogość i różnorodność objawów oraz maskowanie ich poprzez występowanie towarzyszących dolegliwości somatycznych, jak również dotyczących sfery psychicznej stawiają lekarza klinicystę przed niezwykle wymagającym wyzwaniem. Liczba czynników ryzyka, zaawansowany wiek pacjentów, a także nieprawidłowe podejście, bagatelizowanie lub wypieranie się występujących objawów mogą utrudniać właściwe postawienie diagnozy. Aby uniknąć błędów medycznych należy postępować zgodnie z najnowszymi wytycznymi i kierować się aktualnymi kryteriami rozpoznania. Jednakże pacjenta nie można traktować przedmiotowo, pozbawiając go poczucia godności i człowieczeństwa. Częsta liczba nawrotów i niepowodzenia w terapii związane są ze specyfiką wieku pacjentów i ich wielochorobowością. Liczne działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych, interakcje i różna skuteczność stają się powodem modyfikowania i łączenia medykamentów. Z tego względu wymagane jest spojrzenie holistyczne na pacjenta, uwzględniające jego choroby, stan zdrowia, czy opory i obawy przed leczeniem. Wydaje się zasadne pokładać nadzieję w nowych, niekonwencjonalnych sposobach leczenia depresji, lecz

konieczna jest cierpliwość i intensyfikacja badań, które poprawią skuteczność i bezpieczeństwo takiej terapii. Pomimo że depresja wieku podeszłego łączona jest z trzema grupami wymienionymi przez Sweeting i Gildhooly, które mogą prowadzić do śmierci społecznej, wciąż zbyt mało jest badań i artykułów naukowych wiążących te dwa zjawiska. Nad pacjentami depresyjnymi powinno się pochylić także pod względem socjologicznym i społecznym, ułatwiając w ten sposób osiągnięcie spodziewanego efektu terapeutycznego w krótszym czasie. Zwrócenie uwagi na problem samotności i izolacji społecznej występujący zarówno u osób starszych, jak i u osób cierpiących na chorobę afektywną jednobiegunową jest bardzo istotnym elementem, który może zarówno leczyć, jak i zapobiegać nawrotom depresji. Śmierć społeczna to temat, który nadal zostaje marginalizowany, a powiązanie go z depresją powinno być zadaniem na najbliższe lata dla medyków i socjologów. Ważne jest, aby lekarze i psychoterapeuci zostali uświadomieni, że chronienie pacjenta przed potencjalnym zagrożeniem doświadczenia śmierci społecznej w trakcie życia biologicznego znajduje się w zakresie ich obowiązków. Co więcej, stawianie tych obowiązków na równi z celem przedłużenia i poprawienia jakości życia biologicznego musi być oczywistym i jasnym wnioskiem.

Piśmiennictwo

1. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa, Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, 2005.
2. GUS: Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, Warszawa, 2014.
3. Czapiński J., Panek T. (red.): Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, 2009.
4. Koenig H.G., Blazer D.G.: Epidemiology of geriatric affective disorders, *Clinics in Geriatric Medicine*, 1992, 8-235.
5. Krzyżanowski J.: Psychogeriatra, Medyk, Warszawa, 2004.
6. Bidzan L.: Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w wieku podeszłym, *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2008, 1, 1–11.
7. Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A.: Depresje u osób w wieku podeszłym, *Psychogeriatra Polska* 2007, 4, 1, 51-60.
8. Cole M.G., Dendukuri N.: Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis, *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160, 1147.

9. Kumar A., Jin Z., Bilker W., Udupa J., Gottlieb G.: Late-onset minor and major depression: early evidence for common neuroanatomical substrates detected by using MRI, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 1998, 95, 7654-7658.
10. Sheline Y.I., Price J.L., Vaishnavi S.N., Mintun M.A., Barch D.M., Epstein A.A., Wilkins C.H., Snyder A.Z., Couture L., Schechtman K., McKinstry R.C.: Regional white matter hyperintensity burden in automated segmentation distinguishes late-life depressed subjects from comparison subjects matched for vascular risk factors, *American Journal of Psychiatry*, 2008, 165, 524-532
11. Kales H.C., Maixner D.F., Mellow A.M.: Cerebrovascular disease and late-life depression, *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005, 13, 88-98.
12. Walker Z., Katona CLE.: Depression in elderly people with physical illness [in:] Robertson M.M, Katona CLE (red.). *Depression and physical illness, Perspectives in psychiatry* Vol. 6. Chichester: John Wiley& Sons, 1997, 169-184.
13. Montorio I., Izal M.: The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility, *International Psychogeriatrics*, 1996, 8, 103-112.
14. Li C., Friedman B., Conwell Y., Fiscella K.: Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people, *Journal of the American Geriatrics Society*, 2007, 55, 596-602.
15. Kinderman P.: Explainer: what is the DSM? The Conversation Australia. The Conversation Media Group. Retrieved 21 May, 2013.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, 2013.
17. Pużyński S., Wciórka J.: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Badawcze kryteria diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, 2000.
18. DeBattista Ch.: Leki przeciwdepresyjne. [w:] *Farmakologia ogólna i kliniczna*, Katsung B., Masters S. B., Trevor A. J. (red.), Wydawnictwo Czelej, 2012, 590-615.
19. Kostowski W.: Leki przeciwdepresyjne [w:] *Farmakologia. Podstawy farmakoterapii. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy*, Kostowski W., Herman Z. S. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, 2013, 2, 113-155.
20. Kok R.M., Nolen W.A., Heeren T.J.: Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of doubleblind randomized controlled trials with antidepressant, *The Journal of Affective Disorders*, 2012, 141, 103–115.

21. Bruce M. L., Ten Have T. R., Reynolds C. F. III, Katz I. I., Schulberg H. C., Mulsant B. H., . . . Alexopoulos G. S.: Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial, *Jama*, 2004, 291(9), 1081-1091.
22. Tedeschini E., Levkovitz Y., Iovieno N., Ameral V.E., Nelson J.C., Papakostas G.I.: Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2011, 72, 12, 1660–1668.
23. Arean P. A., Grace Niu.: Choosing treatment for depression in older adults and evaluating response, *Clinics in Geriatric Medicine*. 2014, 30, 3, 535-551.
24. Jodzio K.: Dysfunkcje wykonawcze w praktyce neurologicznej, *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2012, 8, 2, 57-65.
25. Rybakowski, J. : Zaburzenia afektywne. [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Jarema M. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 153-175.
26. Williams J.W. Jr, Mulrow C.D., Chiquette E., Noël P.H., Aguilar C., Cornell J.: A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary: clinical guideline, part 2, *Annals of Internal Medicine*, 2000, 132, 9, 743-756.
27. Mulsant B.H., Blumberger D.M., Ismail Z., Rabheru K., Rapoport M.J.: A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression, *Clinics in Geriatric Medicine*, 2014, 30, 3, 517-534.
28. Nelson J.C., Baumann P., Delucchi K., Joffe R., Katona C.: A systematic review and meta-analysis of lithium augmentation of tricyclic and second generation antidepressants in major depression, *Journal of Affective Disorders*, 2014, 168, 269-275.
29. Mittmann N., Herrmann N., Shulman K.I., Silver I.L., Busto U.E., Borden E.K., Naranjo C.A., Shear N.H.: The effectiveness of antidepressants in elderly depressed outpatients: a prospective case series study, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, 10, 690-697.
30. Bauer M., Pfennig A., Severus E., Whybrow P.C., Angst J., Möller H.J.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive Disorders.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update

- 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2013, 14, 5, 334-385.
31. Mitchell A. J., Subramaniam H.: Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies, *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162, 9, 1588-1601.
32. Thase M.E., Greenhouse J.B., Frank E., Reynolds C.F. 3rd, Pilkonis P.A., Hurley K., Grochocinski V., Kupfer D.J.: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations, *Archives of General Psychiatry*, 1997, 54, 11, 1009-1015.
33. Gilbert P.: Depresja [w:] *Psychoterapia i poradnictwo. Problemy pacjentów. Modele terapeutyczne. Rodzaje interwencji*, Feltham C., Horton I. (red.), GWP Gdańsk, 2013, 106-113.
34. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, Knott K, Zubritsky C, Oslin DW, Nyshadham S, Vanguri P, Barg FK.: Older patients' aversion to antidepressants. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 21,2, 146-151.
35. Tunvirachaisakul C., Gould RL., Coulson MC, Ward EV, Reynolds G, Gathercole RL, Grocott H.: Predictors of treatment outcome in depression in later life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 2018, 227, 164-182.
36. Fossati P., Harvey P. O., Le Bastard G., Ergis A. M., Jouvent R., Allilaire J. F.: Verbal memory performance of patients with a first depressive episode and patients with unipolar and bipolar recurrent depression, *Journal of Psychiatric Research*, 2004, 38, 2, 137-144.
37. Keller M. B.: Issues in treatment-resistant depression, *The Journal of clinical psychiatry*, 2005, 66, 5-12.
38. Rybakowski J., Matkowski K.: Adding lithium to antidepressant therapy: factors related to therapeutic potentiation, *European Neuropsychopharmacology*, 1992, 2, 161-165.
39. Ghaemi S.R., Rosenquist K.J., Ko J.Y., Baldassano C.F., Kontos NJ, Baldessarini R.J.: Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression, *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, 163-165.
40. Heard E., Sohail Y., Nagar A., Glass O.M., Hermida A.P.: Ketamine in Late Life Treatment-Resistant Depression, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2017, 25, 3, S66.

41. Riva-Posse P., Hermida A. P., McDonald W. M.: The role of electroconvulsive and neuromodulation therapies in the treatment of geriatric depression, *Psychiatric Clinics*, 2013, 36, 4, 607-630.
42. Barefoot J.C., Helms M.J., Mark D.B., Blumenthal J.A., Califf R.M., Haney T.L., O'Connor C.M., Siegler I.C., Williams R.B.: Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease, *American Journal of Cardiology*, 1996, 78, 6, 613-617.
43. Sweeting H., Gilhooly M.: Dementia and the phenomenon of social death, *Sociology of Health & Illness*, 1997, 19, 1, 93-117.
44. Králová J.: What is social death? *Contemporary Social Science*, 2015, 10, 3, 235-248.
45. Holvast F. i wsp.: Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons, *Journal of affective disorders*, 2015, 185, 1-7.
46. Grenade L., Boldy D.: Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings, *Australian Health Review*, 2008, 32, 3, 468-478.

Niszczycielska siła alkoreksji

Czop Katarzyna¹, Miarka-Lachendro Joanna²

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Wydział Nauk o Zdrowie, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, doktorant

Wstęp

Konsekwencje nadużywania alkoholu, czy też alkoholizmu, jak również skutki chorób związanych z zaburzeniami odżywiania (anoreksja, bulimia) są dość szeroko i wielowymiarowo opisane w literaturze naukowej, jak również popularnonaukowej. Natomiast alkoreksja, z ang. *drunkorexia* łączy w sobie wpływ w/w jednostek chorobowych na siebie, tj, zaburzeń odżywiania na stosowanie/nadużywanie alkoholu, wskutek czego dochodzi do wyniszczenia organizmu. Dotychczas to zagadnienie przez naukowców traktowane było marginalnie. Póki co, termin alkoreksja nie doczekał się zakwalifikowania do ICD, DSM [1], co skutkuje tym, iż z medycznego punktu widzenia nie można nazwać go jednostką chorobową, nie jest terminem medycznym. Raczej kwalifikuje się ją jako podkategorię bulimii, czy anoreksji [2].

Jak wynika z analizy materiału, pierwsze doniesienia naukowe, czy też wzmianki w internecie nt. tego zagadnienia pojawiły się w 2008 r., a w 2011 roku Victoria Osborne z Uniwersytetu w Missouri poddała to zjawisko pierwszym badaniom naukowym [3]. Wyniki tych badań wskazują, iż problem alkoreksji jest dosyć powszechny, głównie w grupie kobiet. Mianowicie, w grupie badanych w wieku 16-23 lat zdarzały się sytuacje świadomego powstrzymywania się od zjedzenia posiłku, na rzecz możliwości spożywania alkoholu, nie tracąc przy tym kontroli nad talią. W tej grupie, aż 16% badanych wykazywało takie zachowanie w sposób regularny, jak również nie zamierzały odstąpić od stosowanych praktyk [3]. W niniejszym badaniu bierze się pod rozwagę hipotezę, iż zjawisko alkoreksji jest konsekwencją życia w kulturze indywidualistycznej, skierowanej na dobra materialne.

Najogólniej, alkoreksja (ang. *drunkorexia*) to zaburzenie behawioralne, odmiana anoreksji, która w medycynie nazywana jest anoreksją alkoholową (AA) lub bulimią alkoholową (BA) [6]. Zaburzenie polega na ograniczeniu spożywania posiłków w ciągu dnia, aby móc np. wieczorem spożyć większe ilości alkoholu, bez obawy o zatrącenie

sylwetki. Termin ten opisuje również zestaw zachowań związanych z nadmiernym spożywaniem alkoholu na pusty żołądek [3]. Jedna z hipotez dotyczących powstawania alkoreksji zaznacza, iż kalorie zawarte w napojach alkoholowych nie przyczyniają się do wzrostu masy ciała, odmiennie do jedzenia, które można by w tym czasie spożyć.

Mając na uwadze deficyt informacyjny dotyczący alkoreksji, której skutki są brzemiennie zarówno dla jednostki, jak i społeczeństwa w niniejszej pracy podjęto próbę opracowania wskazanego zagadnienia. Celem pośrednim autorów jest zminimalizowanie/zniwelowanie ryzyka zachorowania, poprzez wskazanie istotnych informacji, które umożliwiają podjęcie działań profilaktycznych, a u podstaw których jest sprawne rozpoznanie problemu zdrowotnego związanego z alkoreksją. Natomiast, celem głównym pracy jest przedstawienie obrazu drunkoreksji i sytuacji bio-psycho-społecznej osoby dotkniętej tą *chorobą*.

Celem realizacji zamierzeń pracy dokonano przeglądu dostępnej literatury, jak również naukowych baz danych, takich jak: PubMed, PSJD, CEJSH, CEON, Google Scholar oraz informacji popularno-naukowych zawartych na łamach portali społecznościowych, internetu. Przy przeglądzie zastosowano następujące słowa: alkoreksja, drunkorexia, anoreksja alkoholowa, bulimia alkoholowa i ich angielskie odpowiedniki. Z uwagi na fakt, iż istnieje znaczna luka informacyjna nt. badanego zagadnienia, podczas przeszukiwania baz danych, autorzy nie zastosowali obostrzeń metodologicznych związanych z ramami czasowymi, językowymi.

Résumé dotyczące alkoreksji – czyli etiologia, epidemiologia, objawy, diagnostyka, konsekwencje dla jednostki/populacji oraz leczenie

Etiologia, epidemiologia

Zgodnie z obecną wiedzą przyjmuje się założenie, iż problem alkoreksji dotyczy głównie nastolatków i młodych kobiet [7,25]. Natomiast w najnowszych doniesieniach naukowych istnieją przesłanki, że drunkoreksja dotyczy w tym samym stopniu kobiet i mężczyzn. Obie płci różnicują powody sięgania po alkohol [21]. Podejrzewa się, iż przyczyną wystarczającą do zachorowania jest panujący kult szczupłego kobiecego ciała, co przekłada się na ograniczenie kalorii w diecie.

Domniemywa się, iż szczególnie narażone na wystąpienie choroby są studentki pierwszego roku studiów. Przypuszcza się, że wiąże się to z brakiem kontroli rodzicielskiej,

zmianą stylu życia, nowym środowiskiem społecznym [16,17,18]. U studentek zaobserwowano zależność między zwiększonym spożywaniem alkoholu a nieprawidłowymi wzorcami odżywiania [3,4]. W zaawansowanych przypadkach choroba przybiera formę stylu życia. Jest to też problem osób chorujących na bulimię, które prowokują wymioty w celu spożycia większej ilości napojów alkoholowych.

Zgodnie z danymi National Eating Disorder Association (2006) około 20% studentów przyznało się do różnych zaburzeń odżywiania w ciągu ich życia [5]. Według Burke i wsp. 14% studentów pierwszego roku świadomie ograniczało spożywanie pokarmów w celu szybszego upojenia alkoholowego (10%) lub ograniczenia przyrostu masy ciała (6%) [3]. W badaniach Lupi M. i wsp. ponad 34% z 4275 badanych młodych osób przyznało się ograniczenia spożywania kalorii przed planowanym piciem alkoholu [22]. W innych badaniach (Roosen K.M., Mills J.S.) podobnej odpowiedzi udzieliło 46% z 3409 badanych [24].

Według raportu National Center of Addiction and Substance Abuse (CASA) połowa osób cierpiących na bulimię i co piąta osoba z anoreksją nadużywa lub jest uzależniona od alkoholu [2]. Wykazano także tendencję do wypijania większej ilości alkoholu przez osoby aktywne fizycznie, w porównaniu do osób unikających sportów [23].

Podjeżdza się, iż na rozwój choroby wpływ mają czynniki osobowościowe (indywidualne), sytuacyjne (społeczne) i biologiczne jednostki. Prawdopodobieństwo zachorowania wzrasta, gdy osobę charakteryzuje niskie poczucie własnej wartości, negatywny obraz własnego ciała, chęć bycia perfekcyjnym, czy też posiadanie traumatycznych doświadczeń z okresu dzieciństwa, w tym przede wszystkim tj. molestowanie seksualne, zaniedbanie, jak również uporczywy *ból emocjonalny* [15].

Zwraca się również uwagę, na znaczącą rolę biologicznych predyspozycji u jednostki do nadużywania alkoholu i zaburzeń odżywiania. Praca A. Hinne i wsp. omawia występowanie związku chromosomów w rodzinie ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania [12]. Kolejnym czynnikiem biologicznym jest kortykotropina (CRH), która reguluje reakcję organizmu na stres, wpływa na łaknienie i może prowadzić do ostrego stanu anorektycznego [13].

Istnieje przekonanie, że na wzrost współczynnika zachorowania oraz chorobowości na alkoreksję mają wpływ czynniki społeczne. Zauważalna jest zależność związana ze wzrostem przyzwolenia w społeczeństwie, które rzutuje na wzrost prawdopodobieństwa zachorowania. Innymi słowy, im większe jest przyzwolenie na picie alkoholu w trakcie spotkań towarzyskich, tym większe jest ryzyko zachorowania. Martens i wsp. wskazują na znaczący

wpływ stresu na przyjmowanie zwiększonej ilości alkoholu. Alkohol ma zadanie relaksacyjne i uspokajające. W ich opinii osoby chorujące na drunkoreksję przeżywają całodzienny stres związany z ograniczeniem konsumpcji w dniu planowanych spotkań towarzyskich. Wieczorna chęć relaksu sprzyja wypijaniu coraz to większych ilości alkoholu [14].

Natomiast, z naszej refleksji nt. zjawiska alkoreksji wynika, iż kult szczupłej sylwetki i liczenia kalorii, który poniekąd charakteryzuje kulturę w której funkcjonujemy wiedzie prym wśród przyczynowości. Takie stanowisko jest również bliskie innym znawcom tematu. Zgadzamy się również z myślą tych osób, które podkreślają, iż chęć spożycia alkoholu może wpływać na to, w jaki sposób się żywimy w ciągu dnia. Świadomość kaloryczności alkoholu w dniu planowanego picia może wpływać na regulację ilości i jakości spożywanych posiłków [3,4]. Czasami lęk przed przytyciem jest tak silny, iż nawet odstępuje się od posiłku. Reasumując, kult pięknego ciała, jak również chęć zabawy, relaksu w towarzystwie alkoholu wzmacnia determinację pozyskania obu tych dóbr, nawet kosztem zdrowia.

Objawy i diagnostyka

Głównym objawem różniącym alkoreksję od anoreksji jest powód ograniczenia spożywania pokarmów i częstotliwość występowania głodówek. Mianowicie, w anoreksji powodem niejedzenia jest redukcja masy ciała, ponieważ osoby chore postrzegają siebie jako otyłe i pozbawione atrakcyjności. Głodówki mają charakter ciągły, bez stosowania przerw w nieprawidłowej diecie. Natomiast osoby chore na alkoreksję rezygnują z jedzenia wtedy, gdy chcą spożywać większe ilości alkoholu [3]. Początkowo ma to okazjonalny charakter, występujący przed spotkaniami towarzyskimi. W późniejszym etapie choroby, osoba staje się uzależniona od alkoholu. Wiąże się to ze stałą rezygnacją z posiłków, dlatego schorzenie w tej fazie często jest mylone z anoreksją [3,9]. W wywiadzie należy ustalić, która choroba pojawiła się jako pierwsza – czy zaburzenie odżywiania jest wynikiem fazy alkoholizmu, w której alkoholik traci zainteresowanie jedzeniem; lub czy zaburzenie odżywiania jest pierwotnym problemem, do którego dołączył się problem nadużywania alkoholu. Jest to główny sposób różnicowania drunkoreksji z alkoholizmem [2,7,10,11].

Być może taka sytuacja wynika z połączenia braku wiedzy w zakresie kaloryczności produktów spożywczych i alkoholu, jak również zniekształconego obrazu własnej osoby. Skutkiem czego stosuje się restrykcyjne głodówki, któremu towarzyszy ciągły lęk o przyrost masy ciała.

Konsekwencje

Osoba chora na alkoreksję jest w sytuacji bez wyjścia – alkohol nie dostarcza organizmowi żadnych składników odżywczych i nie powoduje uczucia sytości, wzmacnia natomiast apetyt i chęć spożycia posiłku. W takiej sytuacji alkoreksja może przybierać formę bulimii. Z jednej strony nadmierny apetyt po spożyciu alkoholu powoduje napady kompulsywnego objadania się i spożywania nadmiernej ilości kalorii. Nadto, alkohol powoduje zwiększony apetyt na potrawy zawierające duże ilości tłuszczu, soli, a zmniejszony na potrawy węglowodanowe [19]. Taka sytuacja wynika z naturalnej potrzeby organizmu wysycenia się mikroelementami potrzebnymi do prawidłowego funkcjonowania. Natomiast, celem utrzymania figury, najczęściej *alkorektyk* podejmuje wszelkie działania służące pozbyciu się nadmiaru pożywienia z organizmu – nawet kosztem własnego zdrowia. Prowadzi to do postępującego wyniszczenia organizmu, niedoboru witamin z grupy B i składników odżywczych [3].

W takim najbardziej ogólnym zarysie: drunkoreksja może prowadzić do osteopenii, powikłań krążeniowych i chorób układu krwiotwórczego. Osoba jest odwodniona i niedożywiona [14].

Nadmierne spożywanie alkoholu i częste głodówki powodują uszkodzenie trzustki, wątroby i dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Życie w ciągłym lęku i odczuwanej presji może prowadzić do depresji i nerwicy [3,14].

Konsekwencje społeczne

Mając na uwadze specyfikę zjawiska alkoreksji, a odnosząc się do konsekwencji społecznych należałoby opisać wszystkie te, które wiążą się zarówno z anoreksją, bulimią oraz chorobą alkoholową, z uwagi na podłoże etiologiczne badanego zagadnienia. Ryzyko, które wiąże się z takim stylem życia, to powiązanie, kombinacja problemów związanych z zaburzeniami odżywiania a alkoholizmem.

Natomiast, najogólniej konglomerat konsekwencji można zawęzić do następujących ram:

- konsekwencji zawodowych (utrata pracy, brak satysfakcjonujących wyników/osiągnięć z uwagi na dekoncentrację/osłabienie koncentracji skutek wyniszczenia o.u.n i całego organizmu, ospałość, nerwowość itp.);
- konsekwencje rodzinne (zwiększone ryzyko pozostania osobą samotną, natomiast jeśli posiada się już rodzinę – to jest możliwość rozpadu/odejście współmałżonka,

zaniedbywanie dzieci, nadto konflikty/napięcia pomiędzy domownikami/bliskimi itp.);

- konsekwencje społeczne (trudności w nauce, utrata znajomych, trudność w nawiązaniu nowych znajomości, poczucie osamotnienia, braku bycia potrzebnym, osłabienie samokontroli – prezentowanie postawy agresywnej, co może mieć implikacje kryminologiczne);
- konsekwencje dla jednostki (wyniszczenie organizmu, poczucie osamotnienia, niespełnienia, utraty/straty, niskie poczucie własnej wartości, stany depresyjne, zmiany hormonalne, podejmowanie zachowań ryzykownych – np. seksualnych, zwiększone ryzyko zachorowania na cukrzycę, zwiększone prawdopodobieństwo karcinogenne - w tym nowotwory przełyku, wątroby, trzustki itp.)

Leczenie

Leczenie osoby chorej na alkoreksję jest wielowymiarowe i zależy od stopnia wyniszczenia organizmu. Jednym z najważniejszych aspektów jest uzyskanie prawidłowej masy ciała i likwidacja objawów somatycznych spowodowanych postępem choroby.

Rolą psychologa w terapii osoby chorej jest nauka akceptacji siebie, zwiększenie poczucia własnej wartości i pomoc w pogodzeniu się z traumatycznymi przeżyciami z dzieciństwa. Niezbędna jest także edukacja zdrowotna na temat prawidłowych wzorców odżywiania [3,4, 20].

Wyniki przeglądu

Na chwilę obecną, temat związany z alkoreksją nie skupił na sobie uwagi zbyt wielu badaczy. Traktowany jest marginalnie. By może taka sytuacja wynika z faktu, iż zagadnienie to taktuje się jako nowe zjawisko społeczne, medyczne. Natomiast należy zauważyć, że ta kwestia nie posiada już cech fenomenu, lecz zjawiska, które zdarza się coraz to częściej w populacji krajów rozwiniętych bądź prężnie się rozwijających. Z pewnością swoim zasięgiem rozpościera się poza granice Polski.

Obecnie, przez większość badaczy tematu został wypracowany pogląd, iż wskazana jednostka chorobowa dotyczy przede wszystkim tzw. młodych dorosłych. W naszej opinii choroba ta zbiera swe żniwo w znacznie szerszej grupie osób.

Wnioski przeglądu

W naszej opinii należy podjąć wszelkie działania w ramach profilaktyki zdrowotnej, celem zminimalizowania bądź zniwelowania zjawiska w Polsce.

Bezsprzecznie należy podjąć działania edukacyjne już na etapie kształcenia gimnazjalnego, następnie kontynuować omawianie tych zagadnień na studiach (w ramach zajęć edukacyjnych ze zdrowia, pedagogiki, nauk społecznych, nawet kryminologicznych) zważywszy na fakt, iż zasięg konsekwencji związanych z występowaniem tej jednostki chorobowej rzutuje nie tylko na stan zdrowia, lecz również na wiele innych płaszczyzn życia społecznego.

Piśmiennictwo

1. Suen V.: Drunkorexia: comportamento alimentar de risco é frequente, *Boletim Brasileiro de Nutrological*, 2005, 5, 20, 3–4.
2. Alkoreksja – procenty zamiast jedzenia, <http://bonavita.pl/alkoreksja-procenty-zamiast-jedzenia>, data pobrania 1.05.2018.
3. Alkoreksja (ang. drunkorexia) <http://glodne.pl/alkoreksja-ang-drunkorexia/>, data pobrania 1.05.2018.
4. National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA). Food for thought: Substance abuse and eating disorders, Columbia University, New York, 2001, 4-5.
5. Burke S.C., Cremeens J., Vail-Smith K., Woolsey C. Drunkorexia : Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman, *Journal of Alcohol and Drugs, Education*, 2010, 54, 2, 17–35.
6. NEDA, ational Eating Disorders Association announces results of eating disorders poll on college campuses across the nation, 2006, <http://www.marketwired.com/press-release/national-eating-disorders-association-announces-results-eating-disorders-poll-on-college-705136.htm>, data pobrania 13.03.2018.
7. Tylka T.L., Subich L.M.: Exploring young women’s perceptions of the effectiveness and safety of maladaptive weight control techniques, *Journal of Counseling and Development*, 2002, 80, 101–110.
8. Stoppler M.C.: Drunkorexia, manorexia, diabulimia: New eating disorders? MedicineNet. https://www.medicinenet.com/drunkorexia_manorexia_diabulimia_eating_disorders/views.htm, data pobrania 13.03.2018.

9. Anderson D.A., Martens M.P., Cimini M.D.: Do female college students who purge report greater alcohol use and negative alcohol-related consequences? *International Journal of Eating Disorders*, 2005, 37, 1, 65–68.
10. Luce K.H., Engler P.A., Crowther J.H.: Eating disorders and alcohol use: group differences in consumption rates and drinking motives, *Eating Behaviors*, 2007, 8, 177–184.
11. Dunn E.C., Larimer M.E., Neighbors C.: Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder, *International Journal of Eating Disorders*, 2002, 32, 2, 171–178.
12. Hinney A., Friedel S., Remschmidt H., Hebebrand J.: Genetic risk factors in eating disorders, *American Journal of Pharmacogenomics*, 2004, 4, 4, 209–223.
13. Karlik A., Korman E., Maceluch J., Niedziela M.: Analiza molekularna fragmentu genu dla drugiego typu receptora kortykoliberyny w jądlówstręcie psychicznym, *Psychiatria Polska*, 2008, 42, 209–218.
14. Martens M.P., Cox R.H., Beck N.C.: Negative consequences of intercollegiate athlete drinking: The role of drinking motives, *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64, 825–828.
15. Izydorezyk B.: Struktura osobowości młodych kobiet chorujących na anoreksję psychiczną (analiza badań własnych metodą Rorschacha), *Psychiatria Polska*, 2008, 42, 195–208.
16. Baer J.S.: Student factors: Understanding individual variation in college drinking, *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 14, 40–53.
17. Schulenberg J.E., Maggs J.L.: A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to adulthood, *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 55, 14, 54–70.
18. Schulenberg J.E., Maggs J.L., Long S., Sher K.J., Gotham H.J., Baer J.S., Kivlahan D.R., Marlatt G.A., Zucker R.A.: The problem of college drinking: Insights from a developmental perspective, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2001, 25, 3, 473–477.
19. Caton S.J., Ball M., Ahern A., Hetherington M.M.: Dose-dependent effects of alcohol on appetite and food intake, *Physiology & Behavior*, 2004, 81, 51–58.
20. Forman-Hoffman V. High prevalence of abnormal eating and weight control practices among U.S. high-school students, *Eating Behaviors*, 2004, 5, 325–336.

21. Pompili S., Laghi F. Drunkorexia among adolescents: The role of motivations and emotion regulation, *Eating Behaviors*, 2018, 29, 1-7.
22. Lupi M., Martinotti G., Di Giannantonio M.: Drunkorexia: an emerging trend in young adults, *Eating and Weight Disorders*, 2017, 22, 4, 619-622.
23. Barry A.E., Piazza-Gardner A.K.: Drunkorexia: understanding the co-occurrence of alcohol consumption and eating/exercise weight management behaviors, *Journal of American College Health*, 2012, 60, 3, 236-243.
24. Roosen K.M., Mills J.S.: Exploring the motives and mental health correlates of intentional food restriction prior to alcohol use in university students, *Journal of Health Psychology*, 2015, 20, 6, 875-886.
25. Eisenberg M.H., Fitz C.C.: "Drunkorexia": exploring the who and why of a disturbing trend in college students' eating and drinking behaviors, *Journal of American College Health*, 2014, 62, 8, 570-577.

Bezdomni umierają wokół nas – śmierć z wychłodzenia

Jaworska-Czerwińska Aleksandra^{1,2}, Nartowicz Małgorzata³

1. Uczestnik studiów doktoranckich, Katedra Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy
3. Uczestnik studiów doktoranckich, Katedra Chirurgii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wprowadzenie

Zjawisko bezdomności jest związane przede wszystkim z dużymi aglomeracjami miejskimi, gdzie liczba osób skrajnie ubogich jest większa niż na obszarach o mniejszym zaludnieniu. Bezdomność jest powszechna i istnieje niemal od zawsze. Osoby bezdomne spotykane przez wielu z nas każdego dnia żyją poza społeczeństwem, często wzbudzając negatywne emocje m.in. niechęć, odrazę, złość. Posiadanie domu, schronienia, czy miejsca na odpoczynek jest jedną z potrzeb ludzkich niższego rzędu, stanowi fundament piramidy Masłowa. Osoby te nie mają zapewnionej tej podstawowej potrzeby. W niniejszej pracy zamierzamy zwrócić uwagę na istnienie problemu „hipotermii typu miejskiego”, mający wymiar nie tylko medyczny, ale również społeczny w skali całego kraju. Każdego roku w Polsce odnotowywana liczba zgonów z powodu wychłodzenia przekracza sumę ponad stu ofiar, a problem dotyczy przede wszystkim okresu jesienno – zimowego.

Cel pracy

Celem pracy było:

- scharakteryzowanie występowania hipotermii typu miejskiego jako zjawiska związanego między innymi z bezdomnością,

- podkreślenie wymiaru społecznego i medycznego występowania hipotermii miejskiej oraz zgonów związanych z wychłodzeniem.

Material i metody

Ocena wybranych aspektów związanych z bezdomnością i wychłodzeniem została dokonana na podstawie przeglądu dostępnej literatury medycznej oraz publikacji obejmujących opisywaną problematykę. Zastosowano metodę analizy piśmiennictwa.

Zjawisko bezdomności

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2014r. za osobę bezdomną uważa się osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania [1]. Często spotykaną w literaturze klasyfikacją bezdomności jest podział na dwie grupy:

- I kategorii: osoby żyjące na ulicy, „bez dachu nad głową”, pozostające w przestrzeni publicznej bez schronienia, które mogłoby zostać uznane za kwaterę mieszkalną, tzw. *street homeless*,
- II kategorii: osoby bez stałego miejsca zamieszkania, przemieszczające się pomiędzy obiektami zbiorowego zakwaterowania (np. schroniska, noclegownie), tzw. *shelter homeless* [2,3].

Stankiewicz (1999) w definiowaniu bezdomności podkreśla aspekty społeczne i psychologiczne: bezdomność jest złożonym zjawiskiem społecznym i stanem osobowościowym bezdomnego człowieka, uwarunkowanym przez różne przyczyny i przez fakt braku schronienia, spełniającego elementarne warunki, pozwalające uznać je za pomieszczenia mieszkalne [4]. Tak naprawdę istnieje wiele pojęć i definicji próbujących wyjaśnić zjawisko bezdomności. Trudności wynikają przede wszystkim z jego wielowymiarowości i heterogeniczności. Niemniej jednak, im większa skala bezdomności tym system danej polityki społecznej i pomocy socjalnej jest mniej wydajny. Przyczyn oraz uwarunkowań bezdomności również jest wiele. Najprostsza i najogólniejsza klasyfikacja

wyróżnia bezdomność z konieczności (inaczej niezawiniona/losowa) i bezdomność z wyboru (zawiniona) [4].

Do pierwszej kategorii zalicza się czynniki zewnętrzne, które są niezależne od człowieka [3,4]:

- bezrobocie
- ubóstwo strukturalne
- de instytucjonalizacja
- eksmisja
- utrata domu na skutek klęski żywiołowej.

Druga forma jest bardziej złożona i wymaga nieustannego poznania. Należą do niej uwarunkowania indywidualne, osobowościowe. Poszukuje się odpowiedzi na pytanie, czy dana osoba odrzuciła, czy nie przyswoiła norm społecznych [3,4].

W typologizacji najczęściej stosowane są cztery kryteria bezdomności i osób bezdomnych ze względu na [4]:

- przyczyny: z wyboru lub z konieczności (przymusu),
- usytuowanie przestrzenno – instytucjonalne: jawna lub ukryta, schroniskowa a pozaschroniskowa,
- czas trwania: tymczasowa (przejściowa) lub długotrwała,
- odwracalność stanu: płytka a głęboka.

Istotne jest również spożycie alkoholu w tej grupie społeczności. Nadużywanie alkoholu to znamienne cecha osób bezdomnych. Uzależnienie może być przyczyną powodującą bezdomność i towarzyszyć przemocy w rodzinie, patologii lub pojawić się wtórnie do zaistniałej sytuacji kryzysowej [3]. To tylko kilka spośród wielu czynników i aspektów wymagających dokładnego zbadania i sklasyfikowania, poznanie których wydaje się stanowić fundament do podjęcia realnych i w pełni skutecznych działań.

W naszym kraju największym organem zajmującym się badaniem opisywanego zagadnienia jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. To z jego inicjatywy co dwa lata odbywa się powszechne badanie liczby osób bezdomnych. Ostatnie zostało przeprowadzone w nocy z 8 na 9 lutego 2017r. Podobnie jak w poprzednich latach zjawisko dotyczy przede wszystkim mężczyzn. Gminy zdiagnozowały w sumie 33 408 osób bezdomnych: 27 911 mężczyzn (83,5%) oraz 5 497 kobiet (16,5%). Największa liczba osób „bez dachu nad głową” przebywa w województwach mazowieckim i śląskim [5].

Należy zaznaczyć, że coraz więcej organizacji pozarządowych wpisuje aspekty wykluczenia, w tym bezdomności w swoją działalność statutową.

Wpływ niskich temperatur na organizm człowieka

Wpływ warunków meteorologicznych na organizm człowieka jest ciągły i wywołuje wiele reakcji fizjologicznych oraz behawioralnych. Do najsilniej oddziałujących zalicza się: występowanie anomalii pogodowych (stanowiących niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia człowieka), fale upałów i chłodu (podczas których odnotowywane jest zwiększenie umieralności), międzydobowe zmiany ciśnienia atmosferycznego (wpływające m.in. na nasze samopoczucie bądź koncentrację). Osoby starsze i niemowlęta to grupy szczególnie narażone na oddziaływanie tych czynników. Ponadto narażone są osoby bezdomne, które często nie mając schronienia w sposób bezpośredni pozostają pod wpływem oddziaływania niskich temperatur, silnego wiatru [6]. Jednakże trzeba zaznaczyć, że stopień wrażliwości na niską temperaturę jest wartością osobniczą [7].

W naszym kraju średnia roczna wartość temperatur wynosi 6-8°C. Najzimniejszym miesiącem w roku jest styczeń. Średnia temperatura w styczniu na wschodzie Polski wynosi ok. -5°C, na zachodzie zaś ok. 0°C. To właśnie w tym miesiącu liczba zgonów z powodu głębokiego wychłodzenia jest przeważnie największa: ok. 80% przyjęć do szpitali i zgonów ma miejsce, gdy temperatura otoczenia ma wartości poniżej 5°C. Hipotermia – wychłodzenie, to obniżenie temperatury centralnej organizmu poniżej 35°C. Należy jednak podkreślić, że do rozwinięcia hipotermii może dojść o każdej porze roku na każdej szerokości geograficznej, ponieważ u jej podstawy leży ujemny bilans cieplny czyli przewaga utraty ciepła nad jego produkcją [6-12]. Trzystopniowa klasyfikacja wyróżnia hipotermię łagodną, umiarkowaną oraz głęboką. W hipotermii łagodnej (temp. głęboka ciała 35-32°C) świadomość pozostaje zachowana, występuje tachykardia oraz dreszcze. Stadium umiarkowane (32-28°C) cechuje występowanie zaburzeń świadomości, trudności w mówieniu, bradykardia oraz zanikanie dreszczy. W najgłębszym stadium (temperatura głęboka poniżej 28°C) poszkodowany jest nieprzytomny, bez oznak życiowych, w tym stadium dochodzi do zatrzymania krążenia [11,13,14]. Zalecane jest wykonanie pomiaru temperatury głębokiej w dolnej 1/3 przełyku, w odbycie, pęcherzu moczowym bądź na błonie bębenkowej [8]. Gdy wykonanie któregośkolwiek z pomiarów jest niemożliwe,

dla określenia stopnia zaawansowania hipotermii oraz wyboru sposobu postępowania stosuje się Pięciostopniową Klasyfikację Szwajcarską, gdzie prezentowane przez poszkodowanego objawy korelują z temperaturą głęboką ciała (*Swiss Staging System*) [8,11,12].

Przyczyny wychłodzenia organizmu dzieli się na pierwotne oraz wtórne. Do pierwotnych przyczyn zalicza się ekspozycję na niskie temperatury, wilgotność, wiatr, zanurzenie w zimnej wodzie oraz przysypanie lawiną. Dochodzi wówczas do znacznej utraty ciepła i niewydolności mechanizmów odpowiedzialnych za utrzymanie stałej temperatury ciała. Hipotermia wtórna rozwija się w wyniku procesów chorobowych oraz zaburzeń homeostazy organizmu, takich jak: choroby metaboliczne/endokrynologiczne (niewydolność tarczycy lub nadnerczy, kwasica mleczanowa, kwasica cukrzycowa), nowotwory, incydenty naczyniowe, przerwanie rdzenia, neuropatie, choroby skóry, oparzenia, urazy (hipotermia pourazowa). Niniejsza praca opisuje związek pomiędzy bezdomnością a występowaniem wychłodzenia, a więc obejmuje występowanie przede wszystkim hipotermii pierwotnej [10].

Leczenie hipotermii zależy przede wszystkim od głębokości wychłodzenia. Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na wybór metody leczenia jest wydolność danego ośrodka, do którego trafia poszkodowany. Poprzez wydolność należy rozumieć wiedzę i doświadczenie personelu medycznego na temat rozpoznawania, kwalifikacji oraz leczenia wychłodzenia, a także wyposażenie w zaawansowany sprzęt do ogrzewania (m.in. aparat ECMO umożliwiający wykorzystanie metody pozaustrojowego utlenowania krwi w leczeniu tej grupy chorych) (*ECMO – z ang. Extracorporeal Membrane Oxygenation*) [11]. W postępowaniu, niezależnie od stadium wychłodzenia, najważniejsza jest ewakuacja i zapobieganie dalszej utracie ciepła. Przytomni i stabilni pacjenci w I i II stadium hipotermii wg Klasyfikacji Szwajcarskiej powinni być ogrzewani przy użyciu nieinwazyjnych bądź minimalnie inwazyjnych metod, które dzielą się na bierne oraz aktywne. Do biernych metod zalicza się m.in. przebranie w suche, ciepłe ubrania, umieszczenie w ciepłym pomieszczeniu, podaż ciepłych i słodkich płynów do picia, aktywność fizyczna. Aktywne metody to między innymi dożylna podaż ciepłych płynów, systemy konwekcyjne wykorzystujące ciepłe powietrze. Płukanie żołądka bądź pęcherza moczowego przy użyciu ciepłych płynów, ciągła terapia nerkozastępcza, ECMO, płucoserce (*Cardiopulmonary Bypass*) to aktywne i inwazyjne metody używane do ogrzewania pacjentów w III i IV stadium wychłodzenia.

Warto podkreślić, że coraz częściej leczenie pacjentów w głębokich stadiach hipotermii z towarzyszącym zatrzymaniem krążenia kończy się sukcesem [11]. Dzieje się tak dzięki rozwojowi medycyny, zaawansowaniu technologii, ale również wzrostu świadomości

oraz zrozumienia klinicystów opisywanego zagadnienia.

W ostatnich latach w naszym kraju został stworzony wykaz oddziałów szpitalnych pierwszego wyboru specjalizujących się w terapii ECMO (wykaz oddziałów szpitalnych pierwszego wyboru dla świadczeń w zakresie: leczenia hipotermii głębokiej u dzieci i dorosłych). Dzięki temu możliwe jest dotarcie osoby poszkodowanej w krótkim czasie, a co za tym idzie rozpoczęcie możliwe najbardziej specjalistycznego leczenia, co znacznie zwiększa szanse na przeżycie.

Występowanie hipotermii typu „miejskiego”

Hipotermia „miejska” obejmuje wszystkie przypadki wychłodzenia występujące w aglomeracjach miejskich, niezależnie od etiologii oraz przebiegu, gdzie ofiarami są zwykle osoby starsze lub bezdomne. Jest to szczególnie trudny rodzaj hipotermii z punktu widzenia medycznego. Osoby takie obarczone są licznymi współistniejącymi czynnikami ryzyka i schorzeniami towarzyszącymi bezdomności, jak alkoholizm, nikotynizm, przewlekły deficyt energetyczny, choroby układu oddechowego i krążenia, choroby degeneracyjne ośrodkowego układu nerwowego, niewydolność funkcji wątroby i nerek oraz choroby dermatologiczne i wenerologiczne. Wystąpienie wychłodzenia organizmu wiąże się z zaostrzeniem tych schorzeń, które często prowadzi do śmierci (zgon w rezultacie nie występuje na skutek krytycznego obniżenia temperatury głębokiej organizmu) [11].

Definicja hipotermii miejskiej obejmuje postać przewlekłą – do której dochodzi na skutek wyczerpania mechanizmów termoregulacji, formę podostrą – jako wynik uporczywego działania niskich temperatur i wiatru oraz formę ostrą – w wyniku zanurzenia w lodowatej wodzie, do którego może dojść również w otoczeniu miejskim. Jednakże analiza przypadków hipotermii spotykanej w miastach odpowiada przede wszystkim postaci przewlekłej i podostrej.

Warto przytoczyć tutaj statystyki publikowane przez Policję. W myśl artykułu 1 Ustawy o Policji z dnia 6 kwietnia 1990 roku, jest ona formacją służącą społeczeństwu i przeznaczoną do ochrony bezpieczeństwa ludzi. Z tego zapisu wynika między innymi obowiązek podejmowania działań adekwatnych do zagrożeń, których wystąpienie jest możliwe. Policja podejmuje szereg inicjatyw zmierzających do wyeliminowania wydarzeń w obszarze zgonów osób spowodowanych wychłodzeniem organizmu [15]. Z danych opublikowanych przez KSIP (Krajowy System Informacyjny Policji) wynika, że w okresie

od listopada 2016r. do marca 2017r. w Polsce z powodu wychłodzenia zmarło 111 osób, z czego 26 zostało odnalezionych na łące, polu, sadzie w lesie lub rzece [16]. Głębsza analiza wykazała, że w 16 przypadkach osoby bezpośrednio przed zamarznięciem spożywały alkohol. Spośród wszystkich ofiar, aż 104. ofiarami byli mężczyźni. Ponadto 34 ofiary stanowiły najprawdopodobniej osoby bezdomne [16]. Należy podkreślić, że powyższa statystyka zgonów z wychłodzenia choć podkreśla skalę problemu jest niepełna, ponieważ liczba pacjentów leczonych oraz zmarłych w szpitalach w następstwie wychłodzenia jest znacznie wyższa. Dla przykładu: Komenda Główna Policji podaje, że w latach 2009-2013 (od października do marca) z powodu wychłodzenia zmarły 853 osoby, podczas gdy analiza kart zgonów wystawionych w latach 2009-2012 w Polsce (a więc w okresie krótszym) wykazała, że ekspozycja na nadmierne naturalne zimno była wyjściową przyczyną śmierci aż 1836 osób [11,17]. W rzeczywistości częstość występowania hipotermii jest bardzo trudna do oszacowania, jest to spowodowane przede wszystkim brakiem spójnego definiowania wychłodzenia oraz rozbieżnościami w zakresie metodologii. Należy mieć na uwadze również fakt, że pomiar temperatury ciała (zwłaszcza temperatury głębokiej) nie jest rutynowym badaniem przy przyjęciu [9].

Z powyższych informacji wynika, że występowanie hipotermii miejskiej dotyczący w znacznym stopniu osób bezdomnych, obejmuje zasięgiem cały kraj i wymaga podjęcia oraz skoordynowania działań w zakresie leczenia oraz zapobiegania temu zjawisku. Działania powinny być podejmowane zarówno na poziomie zespołów ratownictwa medycznego, oddziałów ratunkowych, oddziałów intensywnej opieki medycznej, jak i współpracy Policji, Straży Miejskiej, Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej oraz innych instytucji niosących pomoc osobom bezdomnym [11].

Wspieranie osób bezdomnych

Istnieje wiele form niesienia pomocy bezdomnym lub zagrożonym bezdomnością. Działania takie są podejmowane na poziomie gminnym (zadania własne gminy) oraz na poziomie krajowym. Ważne, aby były one kompleksowe i wszechstronne. Należy dążyć do tego, aby skutkowały wyjściem z bezdomności i zakończeniem alienacji społecznej, co w praktyce bardzo często jest niemożliwe. Niżej wymieniono kilka form niesienia pomocy tym osobom (programy, fundacje, organizacje pożytku publicznego):

- Program Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym (edycja 2018). Główny i najważniejszy cel programu to inspirowanie i wspieranie działań nakierowanych na przeciwdziałanie i rozwiązywanie bezdomności. Program ten został poszerzony w stosunku do poprzedniego (Program wspierający rozwiązywanie problemu bezdomności) o zachęcanie do wdrażania nowych metod pracy z osobami bezdomnymi oraz programów aktywizacji społecznej i zawodowej tych osób [19],
- pakiet rozwiązań utworzony w 2006 r. o charakterze prawno-ekonomicznym służący wsparciu samorządów gmin i organizacji pożytku publicznego, wykonujących zadania w zakresie budownictwa socjalnego. Zasady udzielania finansowego wsparcia podmiotom realizującym przedsięwzięcia polegające na tworzeniu zasobu lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych określa Ustawa z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych [18,20],
- powoływanie przez Miejskie Ośrodki Pomocy Rodzinie działających na obszarach poszczególnych jednostek terytorialnych pracowników socjalnych: zespołów ds. bezdomności oraz tzw. „streetworkerów”. *Streetworker* niesie pomoc osobom bezdomnym w różnych rejonach miast (ulicach, klatkach schodowych, ławkach, boksach śmietnikowych itd.). Informuje osoby bezdomne o możliwych formach pomocy, ale również motywuje do zmian postaw i przekonań oraz towarzyszy tym osobom w trakcie załatwiania różnych spraw,
- „Bezdomni – Damy Radę!": program wychodzenia z bezdomności i związanych z nią uzależnień dla mężczyzn do 40. r.ż., a także osób zagrożonych bezdomnością (m.in. skazanych wychodzących na wolność). Jest to program katolickiej organizacji charytatywnej Konferencji Episkopatu Polski - Caritas Polska,
- Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta: to niezależna katolicka organizacja dobroczynna niosąca pomoc i wsparcie osobom bezdomnym oraz ubogim. Do działalności organizacji należy: zakładanie i prowadzenie schronisk, noclegowni, domów stałego pobytu, praca socjalna, wsparcie duchowe, pomoc prawna i psychologiczna, prowadzenie świetlic i klubów, organizowanie wigilii i śniadań wielkanocnych, wydawanie żywności, odzieży, leków, sprzętów i środków czystości. Cele towarzystwa są również realizowane poprzez współpracę z samorządem terytorialnym, administracją państwową, organizacjami pozarządowymi, Kościołem

Katolickim oraz przez działalność informacyjno – badawczą, oraz szkolenie pracowników i wolontariuszy [21],

- lokalne akcje i działania społeczne propagowane na portalach społecznościowych. Za przykład może posłużyć tutaj akcja społecznościowa pod nazwą „Bezdomna Bydgoszcz”, gdzie mieszkańcy Bydgoszczy mogą w każdej chwili udzielić wsparcia osobom bezdomnym przebywającym na terenie miasta, m.in. w postaci przekazania ubrań, posiłków bądź udzielić wsparcia finansowego w konkretnym celu (np. zakup kontenera).

Podsumowując, całkowite rozwiązanie problemu bezdomności jest niemożliwe, ponieważ jest on niejednorodny i złożony. Rosnąca liczba osób żyjących poza społeczeństwem świadczy o niewydolności polityki społecznej państwa bądź niedostatecznej efektywności działań prowadzonych przez lokalne władze samorządowe.

Podejmowanie jakichkolwiek wysiłków w stosunku do osób bezdomnych – tych, które przyczyniają się do ochrony ich zdrowia i życia oraz tych, które umożliwią im powrót do społeczeństwa i przyjętych norm społecznych jest właściwe. Nie bądźmy obojętni.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. z 2016 r., poz. 930 ze zm., art.6.
2. Szczygieł E.: Przyczyny bezdomności dzieci i młodzieży w świetle wyników badań. [w:] Osoby bezdomne. Psychologiczne aspekty ich funkcjonowania, Basińska M. A. (red.), Wydawnictwo Fundacji Salvus, Bydgoszcz, 2014, 223-239.
3. Marks P.: Postawy życiowe osób bezdomnych. [w:] Osoby bezdomne. Psychologiczne aspekty ich funkcjonowania, Basińska M. A. (red.). Wydawnictwo Fundacji Salvus, Bydgoszcz, 2014, 13-37.
4. Pindral A.: Definicje i typologie bezdomności. [w:] Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty – diagnoza Zespołu Badawczego, Dębski M. (red.), Polskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności, Gdańsk, 2011, 37-56.
5. Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych za 2016 oraz wyniki ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (8/9 luty 2017). Materiał informacyjny Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

- <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/bezdomnosc/materialy-informacyjne-na-temat-bezdomnosc/>, data pobrania 16.02.2018.
6. Krzeszowiak J., Pawlas K.: Wpływ warunków meteorologicznych na organizm człowieka, *Medycyna Środowiskowa*, 2015, 18, 3, 47-55.
 7. Salwa A., Skrzela M.: Analiza wpływu czynników zewnętrznych na występowanie zmian morfologicznych w przypadkach śmierci z wychłodzenia, *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii*, 2012, 62, 2, 98-103.
 8. Kosiński S., Darocha D.: Hipotermia – fakty i mity, *Na Ratunek*, 2014, 6, 33-34.
 9. Kosiński S., Górka A.: Specyfika i czynniki ryzyka miejskiej postaci hipotermii, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2010, 4, 2, 239-249.
 10. Sosnowski P., Mikrut K., Krauss H.: Hipotermia – mechanizm działania i patofizjologiczne zmiany w organizmie człowieka, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2015, 69, 69-79.
 11. Jaworska-Czerwińska A., Włodarski R., Leksowski K.: Zastosowanie metody pozaustrojowego utlenowania krwi (ECMO) w leczeniu głębokiej hipotermii typu miejskiego – opis przypadku, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2017, 11, 2, 159-165.
 12. Brown D.J., Brugger H., Boyd J., Paal P.: Accidental hypothermia, *The New England Journal of Medicine*, 2012, 367, 1930-1938.
 13. Podsiadło P.: Hipotermia – dylematy postępowania przedszpitalnego, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2011, 5, 1, 102-108.
 14. Ilczak T., Ćwiertnia M., Białka S., Mikulska M., Debudaj A., Kudłacik B. i wsp.: Postępowanie ratunkowe u pacjenta z nagłym zatrzymaniem krążenia w przebiegu hipotermii – analiza działań zespołów ratownictwa medycznego, *Lekarz Wojskowy*, 2014, 92, 2, 152-155.
 15. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, Dz. U. z 2016r. poz. 1782, z późn. zm., art.1.
 16. Informacja dotycząca zgonów osób z powodu wychłodzenia organizmu zaistniałych na terenie Polski, w okresie 1 listopada 2016r. – 31 marca 2017r. zarejestrowanych w systemie KSIP, <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki> (data pobrania 16.02.2018).
 17. Darocha T., Kosiński S., Jarosz A., Sobczyk D., Gałązkowski R., Sanak T. i wsp.: Zasady postępowania w wychłodzeniu – małopolski program pozaustrojowego leczenia hipotermii, *Kardiologia Polska*, 2015, 79, 9, 789-794.

18. Ustawa z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali socjalnych, mieszkań chronionych, noclegowni i domów dla bezdomnych, Dz. U. z 2015 r. poz. 833 i 1815.
19. Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym. <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/bezdomnosc/pokonac-bezdomnosc-program-pomocy-osobom-bezdomnym/>, data pobrania 16.02.2018.
20. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 26 lutego 2016 r. w sprawie finansowego wsparcia na tworzenie lokali socjalnych, mieszkań chronionych i lokali wchodzących w skład mieszkaniowego zasobu gminy niestanowiących lokali socjalnych, Dz.U. z 2016r. poz. 259.
21. http://www.bratalbert.org/czym_sie_zajmujemy.html, data pobrania 16.02.2018.

Wielkość zjawiska bezdomności w Polsce na przestrzeni ostatnich 7 lat oraz metody jego zwalczania

Klimasz Maria¹, Litera Maja¹, Szpytko Szymon¹, Kuczyńska Martyna¹, Dorna Krzysztof³, Kurzelewska-Sobczak Anna^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław
3. Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu ul. Katedralna 9, 50-328 Wrocław

Wstęp

Zjawisko bezdomności w dzisiejszych czasach jest problemem ogólnoswiatowym dotyczącym osób nie tylko w krajach najbiedniejszych, ale także w najbardziej rozwiniętych [1]. Związane jest z głębokim upośledzeniem społecznego i psychicznego funkcjonowania człowieka [2], ale wpływać może również na życie całej rodziny. Bezdomność niejednokrotnie prowadzi do dezintegracji rodziny, zakłóca jej działanie oraz negatywnie wpływa na fizyczne oraz psychiczne zdrowie jej członków [3]. Niekiedy zjawisko to traktowane jest jako patologiczne, mimo iż osoby bezdomne nie stanowią całościowo homologicznej grupy. W środowisku tym spotykają się ze sobą przeróżne skrajności: patologia społeczna przejawiająca alkoholizm, narkomanię oraz elementy przestępczości z jednostkami niewykazujących tych zachowań. Takie założenie skutkować może marginalizacją osób bezdomnych od reszty społeczeństwa [4].

Wielokierunkowe rozumienie bezdomności

Według Ustawy o pomocy społecznej *“osoba bezdomna jest to osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania”* [5]. Pojęcie to jednak, poza aspektami prawnymi, powinno być rozpatrywane na wielu innych płaszczyznach. Andrzej Przyemeński określa bezdomność jako *“sytuację ludzi, którzy w danym czasie nie posiadają i*

własnym staraniem nie potrafią zapewnić sobie takiego schronienia, które mogliby uważać za swoje i które spełniałoby minimalne warunki pomieszczenia mieszkalnego” [2]. Nie jest to jednak jedynie brak miejsca zamieszkania. Powinno się również zwrócić uwagę na pozbawienie jednego z podstawowych praw ludzkich, czyli prawa do posiadania trwałego i pewnego miejsca egzystencji, które daje poczucie bezpieczeństwa i zaspokaja potrzebę własnego rozwoju [6]. Jest ono również zaprzeczeniem praw godności osobowej człowieka i prawa do posiadania dachu nad głową.

Współcześnie zjawisko bezdomności rozumieć można w dwojaki sposób. Według Wojciecha Drzeżdżona *“w szerszym – postrzegane jest jako ogół skutków niedostosowania organizacji życia społecznego do indywidualnych i zbiorowych potrzeb lub jako sytuacja, w której podstawowe procesy nabierają cech patologicznych. Zaś w węższym znaczeniu – jako konkretny problem społeczny o wysokim stopniu dotkliwości, generujący sytuacje krytyczne w życiu jednostek i zbiorowości, jak również powodujący zakłócenia w funkcjonowaniu”* [7].

Zepchnięci na margines społeczeństwa

Coraz więcej definicji bierze pod uwagę kwestię wykluczenia osób bezdomnych ze społeczeństwa. Jak wiadomo, jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka jest potrzeba przebywania oraz życia w społeczeństwie. Jednak przynależność do niego wyznacza pozycja danej jednostki w tej społeczności, która wyznaczana jest między innymi przez posiadanie domu, rodziny czy miejsca pracy [4]. Literatura opisuje osoby bezdomne jako charakteryzujące się wyizolowaniem i bezradnością [8]. Może to wynikać z napiętnowania i szykanowania tych osób, ponieważ wiążą się z nimi stereotypowe konotacje, takie jak: brud, bezrobocie, choroba, alkoholizm, przestępczość, lenistwo [1]. Często odbierani są jako stwarzający potencjalne zagrożenie dla porządku i bezpieczeństwa innych obywateli. Wyznają pewne typowe dla siebie wzorce zachowań, które często nie są zgodne z normami powszechnie przyjętymi i praktykowanymi przez społeczeństwo [6]. Bardzo często niezgodnie z powszechnymi założeniami osoby te, jako korzystające z ośrodków dla bezdomnych są czyste, zadbane i swoim wyglądem czy ubiorem nie różnią się od innych osób idących ulicą [9]. W oczach opinii publicznej środowisko osób bezdomnych stwarza wrażenie fałszywego oraz niegodnego zachowania. Bardzo często oceniane jest jako budzące niechęć, odrazę oraz jako mające szkodliwe skutki na jednostkę i resztę ludzi [7]. Można przypuszczać, że te negatywnie nacechowane skojarzenia pokazują zakrzywiony obraz osób bezdomnych, co przyczynia się do odsunięcia ich na margines przez część społeczeństwa.

Wykluczenie jest problemem alienacji z życia społecznego i instytucjonalnego jednostek lub grup. Może być definiowane jako niemożność uczestnictwa w ważnych częściach życia społeczno-gospodarczego i polityczno-kulturalnego danego społeczeństwa, jednak nie jest to wynikiem indywidualnego wyboru danej jednostki, lecz przeszkód, jakie napotyka na swojej drodze [10]. Wykluczenie w przypadku osób bezdomnych można rozumieć jako wykluczenie mieszkaniowe, które sprowadza się do życia na ulicy, bez dachu nad głową oraz bez możliwości korzystania z przysługujących innym obywatelom uprawnień społecznych. Z drugiej strony można rozpatrywać je w kategoriach kulturowych, gdzie spowodowane jest wyborem nietypowego oraz anormalnego stylu życia [11]. Brak stałego miejsca zamieszkania, brak własnych dóbr materialnych przyczynia się do złego stanu zdrowia osób bezdomnych. Brak opieki medycznej i nieleczenie chorób może skutkować niepełnosprawnością i co za tym idzie niemożnością podjęcia pracy. Z tego wynika, że wykluczenie w jednym aspekcie powoduje wykluczenie w innym [12]. Ludzie bezdomni bardzo często nie są akceptowani przez społeczeństwo, które nie przyznając im praw społecznych, odmawia prawa do uznania, akceptacji, szacunku czy własnego zdania. Poprzez naznaczanie ich ubóstwem, kalectwem, atypowością nie zdaje sobie sprawy, że każdy może kiedyś podzielić los osób bezdomnych i stać się jednym z nich [7].

W lutym 2016 roku Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) rozpoczęło program *Aktywne formy przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu – nowy wymiar 2020*, który definiuje ten problem jako “sytuację uniemożliwiającą lub znacznie utrudniającą jednostce, lub grupie osób, w tym także rodzinie pełnienia różnorodnych ról społecznych, korzystania z dóbr publicznych, infrastruktury społecznej, a także gromadzenia zasobów, w tym uzyskiwania dochodów gwarantujących godny sposób życia.” I skupia się na włączeniu tych grup do społeczne tych grup i jednostek [13].

Do głównych celów programu należą:

- polepszenie sytuacji rodzin i osób zagrożonych wykluczeniem poprzez pomoc we wzmocnieniu ich indywidualnych kompetencji i umiejętności społecznych, zawodowych i edukacyjnych, i umożliwienie korzystania im ze wspólnych dóbr, zasobów i usług społecznych,
- integrowanie i włączenie środowisk młodzieżowych
- kształcenie młodzieży w zakresie zdobywania umiejętności społecznych oraz form spędzania wolnego czasu jako element profilaktyki [13].

Działania miały charakter: społeczny (skupiający się na zaradności, samodzielności, aktywności społecznej), edukacyjny (podnoszący poziom wykształcenia i dostosowujący

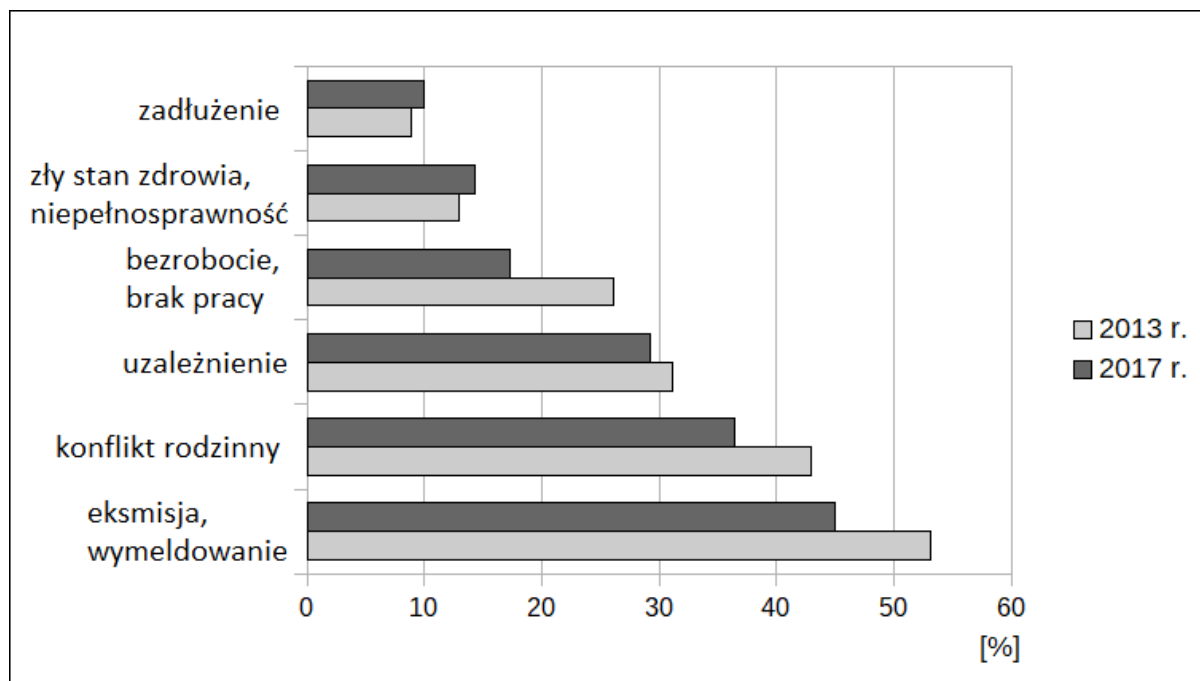
wykształcenie do potrzeb rynku), zawodowy (pomagający w podjęciu decyzji odnośnie zawodu oraz dostarczający odpowiednich kwalifikacji) oraz prozdrowotny (eliminujący i łagodzący bariery zdrowotne utrudniające funkcjonowanie w społeczeństwie i na rynku pracy) [14].

Co leży u podstaw bezdomności?

Bezdomność jest stanem wynikającym z wielu źródeł. Jako przyczyny wymienić można czynniki ekonomiczne, społeczne czy predyspozycje osobowościowe. Również problemy osobiste, rodzinne czy gospodarcze znacząco wpływają na los danej jednostki. Osoby bezdomne wykazują pewien specyficzny zespół zachowań czy postaw. Charakteryzują się mniejszą zdolnością do samodzielnego radzenia sobie w życiu oraz gorszą tolerancją na sytuacje stresowe i trudne. Do głównych przyczyn bezdomności należą patologie rodzinne, eksmisje czy brak stałych dochodów [12]. Zauważalną regułą jest występowanie charakterystycznego dla każdej osoby bezdomnej schematu powiązanych ze sobą wielu przyczyn oraz uwarunkowań. Są one przejawem społecznego niedostosowania bądź niedojrzałości [4].

Reasumując, przyczyny bezdomności można podzielić na czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Zewnętrzne to różnorodne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne i polityczne, a wewnętrzne to aspekty psychologiczne i osobowościowe tkwiące w samym człowieku. Przyjmuje się, że dwa aspekty, wewnętrzne oraz zewnętrzne, występują w różnym nasileniu w zależności od jednostki. Zdarza się, że nawet drobne niepowodzenie życiowe dla niektórych może stać się przyczyną bezdomności, podczas gdy inne osoby potrafią sobie z nim poradzić. Można założyć, że każdy z nas narażony jest na ryzyko bezdomności bez względu na aktualne warunki życia, funkcjonowanie jego rodziny czy statusu społecznego. Niekiedy do stania się osobą bezdomną wystarczy niekorzystna sytuacja, z którą dany człowiek samodzielnie nie może sobie poradzić [1].

Na podstawie badań przeprowadzanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej za najważniejsze przyczyny bezdomności uznaje się eksmisje, wymeldowanie, konflikt rodzinny oraz uzależnienia (Ryc. 1). Do tych o mniejszej istotności należą: opuszczenie zakładu karnego, przemoc domowa, niepowodzenie w poszukiwaniu pracy poza miejscem zamieszkania oraz opuszczenie placówki opiekuńczo-wychowawczej. Oczywistym jest, że nie są to jedyne przyczyny bezdomności.



Ryc. 1. Procent osób bezdomnych podających daną przyczynę wejścia w bezdomność

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2012 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (7/8 luty 2013 i Badania socjodemograficznego (Aneks). Warszawa, lipiec 2013 r., Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2016 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (8/9 luty 2017). Warszawa, listopad 2017 r.

Warto zwrócić uwagę, że większość z nich może się na siebie nakładać. Na przykład bardzo ważnym powodem przemocy domowej jest alkoholizm, co skutkować może rozpadem rodziny, rozwodem i konfliktami. Bezrobocie, zadłużenie, zła sytuacja finansowa, czy całkowity brak środków powoduje eksmisję, za czym podążać może bezdomność [15,16]. Niestety, w większości przypadków nie da się wskazać jednej przyczyny bezdomności. Zazwyczaj niemożliwa jest nawet ocena, co jest źródłem, a co skutkiem tego stanu, ponieważ zarówno wykluczenie społeczne, jak i sama bezdomność jest następstwem skomplikowanego łańcucha zdarzeń i czynników systemowych, a także jednostkowych [11]. Bezdomność, jako zjawisko o zasięgu globalnym, dotykającym wszystkich państw na świecie, mogące mieć negatywne skutki zarówno dotyczące jednostki, jak i całego społeczeństwa wymaga podejmowania wysiłków, aby mu przeciwdziałać. Niezbędne jest współdziałanie wielu jednostek, gdyż dopiero ono pozwala na skuteczną walkę przeciw bezdomności [17].

Ogólnopolskie badania liczby osób bezdomnych

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w celu poznania wielkości problemu bezdomności w Polsce w 2009 roku wystąpiło z inicjatywą przeprowadzenia spisu liczby

osób bezdomnych w całym kraju. Dopiero bliższe poznanie tego zjawiska pozwala opracować, a następnie podjąć dalsze działania mające na celu ograniczenie skali bezdomności. Badanie polegało na odnotowaniu ilości noclegów udzielonych tym osobom w jedną określoną noc we wszystkich województwach. W grudniu 2009 roku przeprowadzono je po raz pierwszy. Okazało się jednak, że nie był to idealny termin, gdyż warunki pogodowe w tym czasie spowodowały zgłoszenie się do placówek mniejszej liczby osób bezdomnych. Powtórzono je w styczniu 2010 roku i uznano za bardziej wiarygodne [18]. Kolejne badanie przeprowadzono w 2011 roku. Miało ono na celu uwzględnieniu nie tylko osób przebywających w placówkach noclegowych, ale również tych znajdujących się poza nimi. Termin badania nie został ogólnie narzucony, lecz miał być wyznaczony przez Wojewodę w danym regionie. Tak więc mógł się on różnić między województwami, co niosło za sobą ryzyko powielenia danych. Dwa lata później, w 2013 roku powtórzono przedsięwzięcie. W porównaniu do poprzednich miało ono:

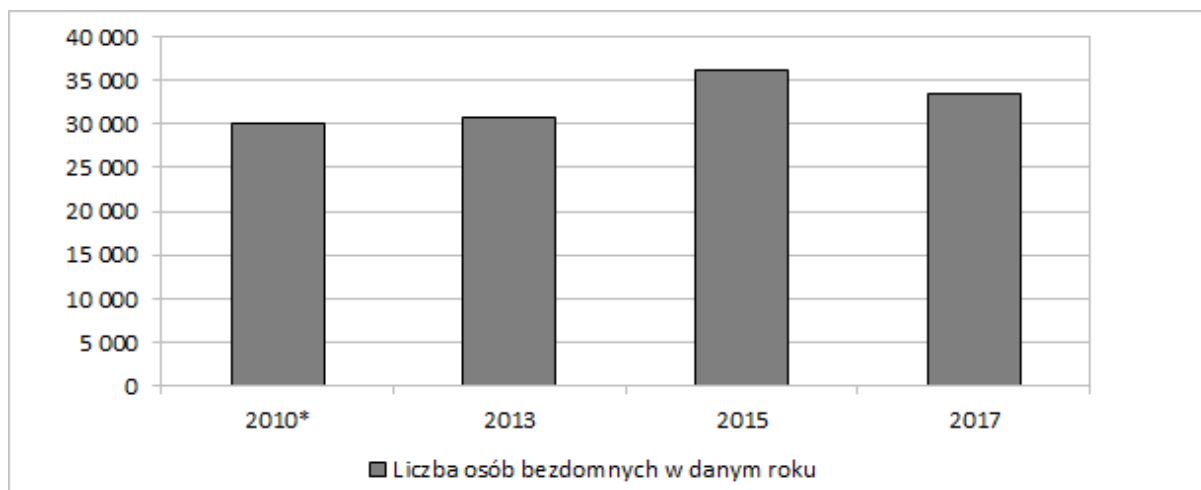
- uwzględniać osoby znajdujące się w, jak i poza placówkami noclegowymi
- odbyć się w jednym określonym terminie [16].

Na tych zasadach badanie to kontynuowane jest po dzień dzisiejszy i odbywa się regularnie, co dwa lata. Ostatnie zostało zrealizowane w lutym 2017 roku [19]. Po każdym z badań MRPiPS Departament Pomocy i Integracji Społecznej przedstawia informacje na temat wyników i realizacji podjętych działań na rzecz osób bezdomnych w danym roku.

Aktualnie ogólną liczbę osób bezdomnych w Polsce szacuje się na 33,4 tys., jak podaje MRPiPS z Ogólnopolskiego badania w 2017 roku. W porównaniu do danych sprzed dwóch lat uległa ona zmniejszeniu o 7,6%, czyli o 2 753 osoby [19,20]. To pierwszy raz od początku badań, kiedy odnotowano jej spadek w stosunku do poprzednich wyników. Do roku 2015 utrzymywała się tendencja wzrostowa (Ryc. 2). Zarejestrowano wtedy ponad 36 tys. osób bezdomnych [20]. 33,4 tys. to jednak liczba wciąż większa niż w latach 2010 oraz 2013 [16,18].

Proporcje populacji męskiej, żeńskiej oraz dzieci od początku ich badania, czyli od roku 2011, utrzymują się na podobnym poziomie. Ulegają jedynie nieznacznym zmianom. Zdecydowaną większość stanowią mężczyźni [16,18-20].

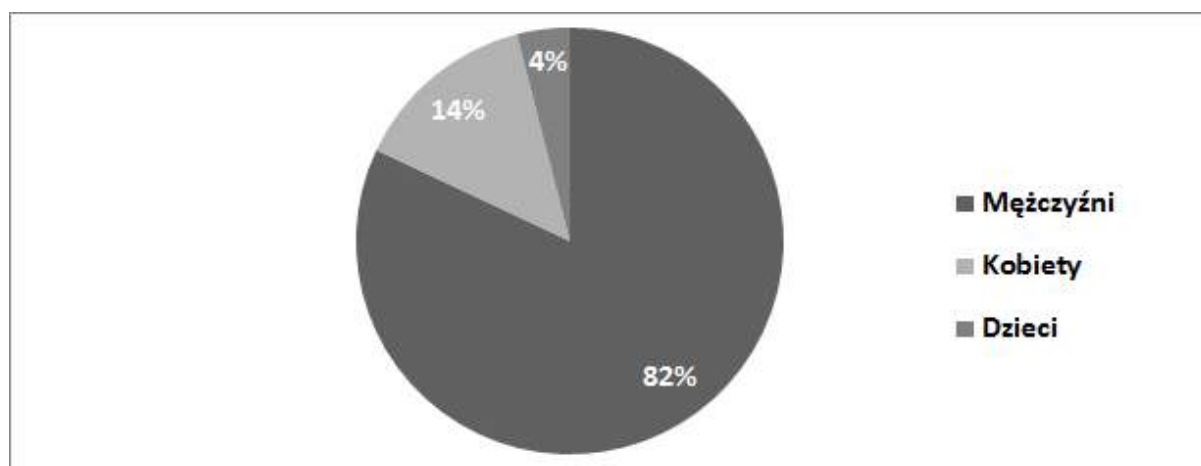
Aktualne dane wskazują na 82-procentowy udział mężczyzn, 14-procentowy kobiet oraz 4-procentowy dzieci (Ryc. 3). W ostatnich badaniach zauważono, że udział dzieci wśród wszystkich osób bezdomnych uległ zmniejszeniu. Z 5,2% w 2015 roku spadł do 4% w 2017 [19,20].



Ryc. 2. Ogólna liczba osób bezdomnych w Polsce w danym roku, określana na podstawie Ogólnopolskich badań dotyczących liczby osób bezdomnych

*Badanie z 2010 roku wskazuje liczbę osób bezdomnych na 20.960 osób, natomiast uwzględnia ona jedynie osoby, które skorzystały w tym czasie z noclegu. Wraz z przyjętym założeniem odnośnie ilości osób znajdującymi się poza placówkami, określono ogólną liczbę osób bezdomnych na około 30 tys.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rogozińska I.: Bezdomność w Polsce diagnoza na dzień 31 stycznia 2010. Warszawa, lipiec 2010 r., Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2012 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (% luty 2013), i Badania socjodemograficznego (Aneks). Warszawa, lipiec 2013 r., Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2016 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (8/9 luty 2017). Warszawa, listopad 2017 r., Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2014 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (21/22 styczeń 2015). Warszawa, październik 2015 r.



Ryc. 3. Procentowy udział mężczyzn, kobiet oraz dzieci wśród osób bezdomnych w 2017

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2016 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (8/9 luty 2017). Materiał informacyjny. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej. Warszawa, listopad 2017 r.

W porównaniach nie zostały uwzględnione wyniki z badania przeprowadzonego w 2011 roku, ponieważ jak już wspomniano wyżej, zasady przeprowadzania różniły się od pozostałych, co znacznie wpłynęło na wyniki. Szacują one łączną liczbę osób bezdomnych na

ponad 43 tys., czyli aż 13 tys. osób bezdomnych więcej niż rok wcześniej. Tak duża różnica tłumaczona jest możliwością powielenia danych, spowodowanych różnymi datami przeprowadzania badania między województwami. W tej edycji badania termin nie był odgórnie narzucony [16].

W każdym badaniu uwzględnia się udział osób bezdomnych w poszczególnych województwach. Zauważono, że liczba ta jest proporcjonalna do liczby mieszkańców, czyli im więcej mieszkańców tym większa liczba osób bezdomnych [18].

Pierwsze miejsca pod względem liczebności osób bezdomnych przez ostatnie lata stale zajmują województwa mazowieckie i śląskie. Natomiast ostatnie podlaskie oraz świętokrzyskie [16,18-20]. Dane wskazują, że około 50% osób bezdomnych w danym województwie przebywa w największych jego miastach [16], a wielu obszarów miejsko-wiejskich oraz wiejskich problem ten prawie nie dotyczy. Przyczyną jest przemieszczanie się z tych terenów osób bez pracy czy miejsca zamieszkania do większych miast [21].

W Polsce osoby bezdomne mają możliwość skorzystania z różnych form wsparcia. Wymienione zostały one w Ustawie o pomocy społecznej oraz podzielone na świadczenia pieniężne, niepieniężne oraz pomoc socjalną. Ustawa ta przewiduje również indywidualny program wychodzenia z bezdomności, z którego może skorzystać każda osoba tego potrzebująca [19]. Polega ona na doradztwie w zmaganiu się z codziennymi problemami życiowymi oraz znalezieniu przez daną osobę zatrudnienia. Z tej formy w 2016 roku skorzystało ponad 3 tys. osób. Innym proponowanym świadczeniem, które cieszyło się dużo większym zainteresowaniem, jest podpisanie kontraktu socjalnego obejmującego zwiększanie samodzielności czy zapobieganie wykluczeniu ze społeczeństwa. Liczba osób, która zdecydowała się na taką pomoc wyniosła w 2016 roku ponad 8 tys. Obie te formy pomocy zyskały na popularności w porównaniu do raportów z wcześniejszych lat. Efekty programów widoczne są w liczbie osób, które się usamodzielniają. W 2016 roku liczba ta wyniosła ponad 2 tys. Do tego wyniku przysłużyła się również ilość, ponad tysiąc, oddanych do użytku osobom bezdomnym lokali do mieszkania. Głównie są to mieszkania socjalne oraz komunalne. Liczba ta wzrosła łącznie o 112 lokali w stosunku do roku 2014 [19,20].

Za świadczenie odpowiednich usług, według wyżej wymienionej ustawy, odpowiedzialna jest gmina [18]. Do jej celów należą zapewnienie miejsca noclegowego, pożywienia oraz koniecznego ubioru [17]. Zadania te mogą przejmować organizacje pozarządowe, których w Polsce jest wiele. Ich działanie wspiera MRPiPS przekazując środki finansowe, ale również pochodzą one od darczyńców i innych sponsorów [22]. O zasięgu ogólnopolskim najbardziej znanymi są Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta i

Młodzieżowy Ruch Na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii "Monar", działające od 1981r. oraz Wspólnota Katolicka "Chleb Życia" [23]. W Polsce istnieje ona od końca 1980r. Głównym celem wszystkich jednostek jest przeciwdziałanie zjawisku bezdomności, ograniczanie negatywnych skutków bycia osobą bezdomną oraz stwarzanie możliwości przyczyniających się do wyjścia z tego stanu. Pozwoli to na zredukowanie ogólnopolskiej liczby osób bezdomnych.

Odminną, nową, ponieważ stosowaną dopiero od pewnego czasu, formą wsparcia jest praca streetworkerów. Współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego projekt *Streetworking - nowa jakość pracy z bezdomnymi* polega na codziennych wyjściach pracowników na ulicę w celu dotarcia do osób potrzebujących i świadczenia im pomocy [24].

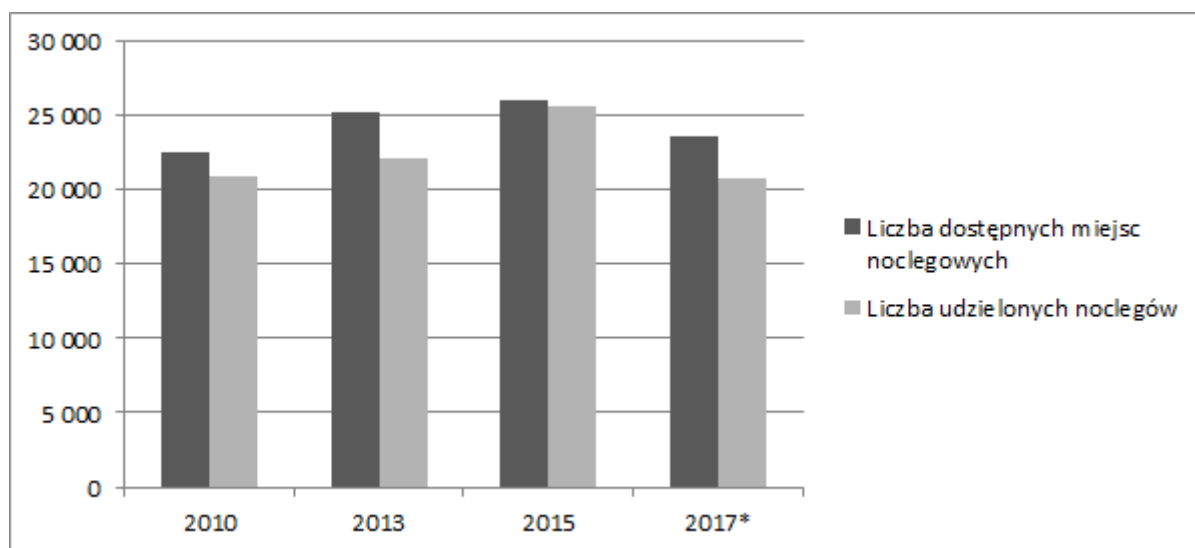
Na terenie każdego województwa znajduje się wiele placówek oferujących pomoc osobom bezdomnym. Należą do nich ogrzewalnie, noclegownie, schroniska, miejsca dla matek z małoletnimi dziećmi, kobiet w ciąży i inne. Łączna liczba wszystkich placówek noclegowych w 2016 roku wyniosła 758 [19], (Ryc. 4). Liczba ta wzrosła względem poprzednich lat. W większości placówki te są finansowane przez gminę lub powiat.

Największą popularnością cieszą się schroniska dla osób bezdomnych oraz noclegownie. W 2017 roku, w porównaniu do 2015, wzrósł procentowy udział osób korzystających z noclegów w placówkach oraz spadł tych przebywających w miejscach niemieszkalnych, przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby wszystkich osób bezdomnych [19,20].

W placówkach oferujących nocleg w miesiącach zimowych przebywa większość osób. W 2017 roku podczas badania, tj. w lutym, stanowiły one 72% wszystkich osób bezdomnych. Natomiast wciąż znaczący odsetek osób bezdomnych przebywa poza nimi, a więc w pustostanach, domkach działkowych czy w miejscach niemieszkalnych, takich jak ulice, klatki schodowe, dworce, altany śmietnikowe czy piwnice [19]. Liczba ta utrzymuje się stale na podobnym poziomie i wynosi 28-29% [16,18-20]. Najczęstszym powodem okazuje się niemożność spożywania alkoholu na terenie większości placówek instytucjonalnych [25].

Każda osoba bezdomna może skorzystać z noclegu w placówce. Każdego roku zapewniają one odpowiednią liczbę miejsc noclegowych. Ponadto jest ona większa niż liczba zgłaszających się osób. Z danych wynika, że z każdym rokiem oferowanych miejsc jest coraz więcej [16,18-20]. Do roku 2015 podane liczby miejsc wliczają również dodatkową ilość noclegów, które mogą być udostępnione przez placówki w momencie dużego zainteresowania np. podczas silnych mrozów, w formie "dostawek". W roku 2017 nie zostały one uwzględnione z powodu braku danych dotyczących ich ilości. Wiadomo natomiast, że w

sezonie 2016/2017 żadnej osobie nie została odmówiona pomoc, ze względu na brak miejsca noclegowego [19].



Ryc. 4. Liczba dostępnych miejsc oraz udzielonych noclegów osobom bezdomnym przez wszystkie placówki oferujące im pomoc w danym roku w dniu badania

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rogozińska I.: Bezdomność w Polsce diagnoza na dzień 31 stycznia 2010. Warszawa, lipiec 2010 r., Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2012 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (7/8 lutego 2013), i Badania socjodemograficznego (Aneks). Warszawa, lipiec 2013 r., Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2016 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (8/9 lutego 2017). Warszawa, listopad 2017 r., Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2014 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (21/22 stycznia 2015). Warszawa, październik 2015 r.

* Nie uwzględnione zostały dodatkowe miejsca w formie "dostawek", które mogą zostać udostępnione w momencie trudnych warunków, ze względu na brak danych na ten temat.

Poza miejscami zapewniającymi nocleg bardzo ważną rolę odgrywają placówki oferujące inne rodzaje pomocy. Są to punkty wydawania żywności, jadalnie zapewniające możliwość zjedzenia ciepłego posiłku, punkty konsultacyjno-informacyjne, łaźnie, pralnie, świetlice, punkty pomocy medycznej i inne. Ich liczba w Polsce w 2016 roku wyniosła 928. Wiele gmin świadczy również pomoc doraźną w formie dostarczania zimowych ubrań, koców, paczek żywnościowych oraz lekarstw [19].

Gminy, powiaty i inne podmioty realizujące projekty dotyczące budownictwa socjalnego są wspierane finansowo przez *Rządowy program finansowy wsparcia budownictwa socjalnego i komunalnego z Funduszu Doplát*.

Dzięki temu zwiększa się liczba miejsc, z których mogą skorzystać osoby tego wymagające.

Programy dotyczące osób bezdomnych realizowane przez MRPiPS

Działające aktywnie na rzecz ludzi bezdomnych organizacje pozarządowe mogą liczyć na duże wsparcie ze strony Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. W ramach organizowanych przez MRPiPS programów mogą one starać się o otrzymanie dotacji finansowych umożliwiających dalsze poczynania. Nadmienione programy mają jedynie charakter wspomagający działalność będącą obowiązkiem gmin. Przyczyniają się one nie tylko do podtrzymywania dotychczasowych działań, ale również są czynnikiem motywującym do wdrażania nowych form pomocy. Wsparcie obejmuje nie tylko osoby, które już są bezdomne, ale również te zagrożone bezdomnością. Z tego względu dane czynności powinny być odpowiednio ukierunkowane w zależności od potrzeb odbiorcy [26].

Z drugiej strony utrzymywanie organizacji wspomagają również same osoby bezdomne. Zdarza się, że wykonują one prace, które przynoszą korzyści finansowe, czy nawet samodzielnie remontują ośrodki, w których przebywają [17].

MRPiPS od 2015 roku przeprowadza *Program wspierający rozwiązywanie problemu bezdomności*, który jest kontynuacją *Programu wspierającego powrót osób bezdomnych do społeczności* dotychczas realizowanego. Przewiduje on, poprzez dofinansowanie projektów na rzecz pomocy społecznej, udzielenie wsparcia w zakresie usamodzielniania się osób bezdomnych, wspomaganie systemu zapewniającego ochronę zdrowia i życia oraz zwiększanie standardów placówek noclegowych [26]. Program realizowany jest w ramach konkursu, w którym wybierane są, a następnie nagradzane najlepsze projekty. W ramach tej Edycji dofinansowano 40 organizacji pozarządowych rozmieszczonych we wszystkich województwach. Dofinansowanie uzyskało jeszcze 15 projektów w ogłoszonym dodatkowo konkursie w ramach *Programu wspierającego powrót osób bezdomnych do społeczności*. Łącznie w 2016 roku środki pieniężne otrzymało 55 podmiotów. Kwota, jaką przeznaczono, wyniosła 5,8 mln złotych, przy czym na jeden projekt minimalnie przypadało 50 tys. złotych. Dzięki Programowi podjęto wiele działań w różnych kierunkach, co umożliwiło pomoc 4,8 tys. osobom. W dużej mierze obejmowały one zapewnianie schronienia, pożywienia, niezbędnych ubrań, środków higieny osobistej. Wsparto również punkty wydawania żywności, ubrań, obuwia. Dzięki możliwości odremontowania placówek i zaopatrzenia ich w niezbędne sprzęty zostały zwiększone również standardy życia osób w tych miejscach. Osoby bezdomne mogły skorzystać z szerokiego zakresu usług. Przede wszystkim miały dostęp do opieki pielęgniarstwa, ale także wsparcia psychologów czy terapeutów uzależnień. Wiele działań skierowanych było na rozwój psychospołeczny oraz zdobywanie i zwiększanie

umiejętności mających na celu znalezienia zatrudnienia. Sprawozdania podają, że około 60 osób dzięki poczynaniom w ramach tego programu całkowicie się usamodzielniało [26].

W 2018 roku przeprowadzany jest nowy program: *Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym*. W tym przypadku również został ogłoszony konkurs na najlepsze projekty. Cele zostały określone w czterech modułach: I - Profilaktyka, II - Aktywizacja, III - Infrastruktura, IV - Innowacyjność. Pierwszy ma dotyczyć osób zagrożonych bezdomnością. Drugi skierowany jest do osób już trwających w bezdomności. Zadaniem trzeciego jest zwiększanie standardów placówek oferujących pomoc osobom bezdomnym, natomiast czwarty odnosi się do inicjowania nowych, jeszcze niewdrożonych działań. Na ich zrealizowanie planowane jest przeznaczenie 6 mln złotych [27].

Podsumowanie

Bezdomność jest istotnym problem społecznym w Polsce, który obejmuje ludzi z różnych środowisk, niekoniecznie patologicznych i pierwotnie kojarzonych z tym stanem. Mimo trudności ze zdefiniowaniem przyczyn i problemów leżących u jej podstaw, pomoc takim osobom staje się coraz bardziej rozpowszechniona i ukierunkowana. Kolejne badania oraz opracowania dotyczące tego problemu mają szansę jego naświetlenia i zmiany dotychczas stereotypowej i stygmatyzującej opinii społeczeństwa, co pozwoli na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.

W stosunku do lat poprzednich w 2017 r. zauważono zmniejszenie się ogólnej liczby osób bezdomnych, co najprawdopodobniej ma związek ze zwiększonym zainteresowaniem zjawiskiem bezdomności oraz większym naciskiem na pomoc tym osobom. Wciąż największy procent stanowią mężczyźni.

Dużym zainteresowaniem w okresie zimowym cieszą się placówki noclegowe. Podczas badania przebywa w nich zdecydowana większość osób bezdomnych.

Osoby bezdomne mogą liczyć na różnorodne formy pomocy zarówno ze strony ośrodków pomocy społecznej, jak i organizacji pozarządowych. Obejmują one przede wszystkim udzielanie schronienia, wyżywienia tym osobom, działania doraźne, takie jak wydawanie paczek żywnościowych, odzieży, lekarstw, świadczenie pomocy medycznej, ale również wsparcia psychologów, doradców zawodowych i wiele innych. Dzięki współpracy różnych podmiotów i zapewnieniu wielokierunkowego wsparcia osób bezdomnych mają one szansę na znalezienie zatrudnienia, wynajęcie mieszkania, a więc usamodzielnienia się i

wyjścia z bezdomności. Przyczyniają się do tego również indywidualne programy wychodzenia z bezdomności oraz kontrakty socjalne.

Działania organizacji pozarządowych każdego roku wspierane są przez MRPiPS, które realizuje programy finansujące projekty na rzecz osób bezdomnych. Za ich pośrednictwem rośnie liczba placówek dla osób bezdomnych, zwiększane są ich standardy oraz wyposażane są w niezbędne sprzęty codziennego użytku. Następuje również rozwój streetworkingu, który zajmuje się i wspiera osoby przebywające na ulicy lub w innych miejscach niemieszkalnych.

Oświadczenie

Wszyscy wymienieni autorzy deklarują brak konfliktu interesów w postaci zależności finansowych, osobistych związków czy współzawodnictwa akademickiego w kontekście opracowywanego artykułu. Praca nie była w żadnym stopniu sponsorowana przez osoby trzecie.

Piśmiennictwo

1. Moraczewska B.: Bezdomność. Definicja, problemy, rozwiązania obecne oraz historyczne odwołanie do ludzi luźnych, *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, 2013, 10, 113-128.
2. Przymeński A.: Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań, 2001.
3. Szluz B.: Bezdomność rodzin - socjologiczny szkic problemu, *Roczniki nauk Społecznych*, 2011, 3, 39.
4. Korzon A.: Bezdomność jako przejaw bezradności życiowej czy niedostosowania społecznego. [In:] *Niesamodzielnosc: studia z pedagogiki specjalnej*, Sekulowicz M., Oleniacz M. (Eds.), Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław, 2012, 325–335.
5. Ustawa o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 poz.1769, Art. 6.
6. Manowski - Słomka R.: Bezdomność jako problem społeczny, *Nauczyciel i Szkoła*, 2013, 2, 54, 101-107.
7. Drzeżdżon W.: Społeczne i indywidualne uwarunkowania bezdomności. Zarys problematyki, *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, 2014, 11, 295-308.

8. Oliwa-Ciesielska M.: Piętno nieprzypisania: studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych, Poznań, 2004.
9. Piechowicz M.: Bezdomność jako problem społeczny i indywidualny - możliwości profilaktyki, *Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation)*, 2012, 3, 327-340.
10. Becker-Pestka D., Kubiński G., Łojko M.: Różne obszary wykluczenia społecznego w Polsce, *Wybrane zagadnienia*, Wyd. Exante, Wrocław, 2017.
11. Kaźmierczak-Kałużna I.: Bezdomność jako forma wykluczenia społecznego w świetle wybranych aktów prawnych oraz dokumentów strategicznych i programowych, *Opuscula Sociologica*, 2015, 2, 12, 19-36.
12. Pietrzak-Komar K.: Wykluczenie bezdomnych, *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, 2015, 1, 31-54.
13. Wydział Aktywnych Form Pomocy DPS – IV: Aktywne formy przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu – nowy wymiar 2020, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa, 2016.
14. Wydział do Spraw Włączania Społecznego: Sprawozdanie z realizacji Programu pn. „Aktywne formy przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu – nowy wymiar 2020” – edycja 2016, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa, 2017.
15. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/art,5535,8681,mniej-osob-bezdomnych.html>, data pobrania: 07.04.2018.
16. Rogozińska I.: Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2012 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (% luty 2013), i Badania socjodemograficznego (Aneks). Materiał informacyjny. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa 2013.
17. Program wyjścia z bezdomności, <http://www.infor.pl/prawo/pomoc-spoeczna/bezdomnosc-i-mieszkanie-komunalne/219905,Program-wyjscia-z-bezdomnosc.html>, data pobrania 13.04.2018.
18. Rogozińska I.: Bezdomność w Polsce diagnoza na dzień 31 stycznia 2010. Materiał informacyjny, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa, 2010.

19. Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2016 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (8/9 luty 2017). Materiał informacyjny, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa, 2017.
20. Rogozińska I.: Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2014 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (21/22 styczeń 2015). Materiał informacyjny, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa, 2015.
21. Bittner B., Janiszewska W., Jaworski R. i in.: Raport z fazy diagnozy projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”. Raport z fazy diagnozy grupy eksperckiej ds. partnerstw lokalnych, 164-211.
22. Program wychodzenia z bezdomności. http://www.pcpr.info/program_wychodzenia_z_bezdomnosci, data pobrania 13.04.2018.
23. Owsiak E.: Polityka przeciwdziałania bezdomności. <http://politykaadministracji.prv.pl/politykaspoleczna/politykaprzeciwdzialaniabezdomnosci.html>, data pobrania 13.04.2018.
24. Streetworking – nowa jakość pracy z osobami bezdomnymi. 2012. https://www.efs.2007-2013.gov.pl/wiadomosci/strony/streetworking_nowa_jakosc_pracy_z_osobami_bezdomnymi_251012.aspx, data pobrania 13.04.2018.
25. Rogozińska I. Departament Pomocy i Integracji Społecznej, MInisterstwo Pracy i Polityki Społecznej: Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz ludzi bezdomnych w województwach w roku 2010. Materiał informacyjny. Warszawa, 2012 r.
26. Mikielska A., Wydział do Spraw Włączania Społecznego. Departament Pomocy i Integracji Społecznej MRPiPS: Sprawozdanie z realizacji Programu wspierającego rozwiązywanie problemu bezdomności- Edycja 2016, Warszawa, 2017.
27. Wydział do Spraw Włączania Systemowego Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej MRPiPS: Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym, Warszawa, 2018.

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



Jak współczesna medycyna podchodzi do tematu wielokulturowości? Wspólne szanse i zagrożenia

Kuczyńska Martyna¹, Wala Kamila¹, Makarewicz Olga¹, Jaszcak Jakub¹, Dorna Krzysztof³, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Wielokulturowość stała się zjawiskiem powszechnym w dzisiejszym świecie. Otwarte granice państw, powszechnie dostępne środki transportu, atrakcyjne miejsca pracy za granicą, a czasem konieczność ucieczki z ojczyzny objętej konfliktem zbrojnym z pewnością się do tego przyczyniły. Termin ten zakłada obecność w społeczeństwie grup o odmiennym pochodzeniu i różnych systemach wartości, przekonaniach oraz wyznaniach.

Pełniejsza definicja została zaproponowana przez Mariana Golke: *„jest to uświadomione współwystępowanie na tej samej przestrzeni (albo w bezpośrednim sąsiedztwie bez wyraźnego rozgraniczenia, albo w sytuacji aspirowania do zajęcia tej samej przestrzeni) dwóch lub więcej grup społecznych o względnie odmiennych kulturowych (niekiedy też rasowych) cechach dystynktywnych: wyglądzie zewnętrznym, języku, wyznaniu religijnym, układzie wartości itd., które przyczyniają się do wzajemnego postrzegania odmienności z różnymi tego skutkami”* [1].

Typowymi przedstawicielami państw wielokulturowych są Kanada oraz Stany Zjednoczone. W Europie natomiast zjawisko to stało się powszechne dopiero w XIX wieku, głównie w Niemczech, Francji i Wielkiej Brytanii [2].

Wielokulturowość w Polsce

Polska przez wiele lat była otwarta na przedstawicieli innych narodowości. Ich odsetek sięgał 30% w okresie przedwojennym. Sytuacja ta drastycznie zmieniła się po II

wojnie światowej, kiedy to doszło do zbrodni holocaustu, polityki nienawiści skierowanej przeciwko wszelkim przejawom inności, a następnie do zmieniania kształtu granic i akcji wysiedleńczej [3].

Po zniesieniu stanu wojennego, po roku 1983, społeczeństwo polskie ponownie otworzyło się na inne kultury. Nasz kraj, położony w centrum Europy, stał się miejscem wędrówek grup imigrantów, repatriantów oraz uchodźców, a także docelowym państwem życia i pracy [3].

Zobowiązania wynikające z członkostwa w Unii Europejskiej, międzynarodowych sojuszy oraz gościnność Polaków przyczyniły się do znacznego wzrostu liczby uchodźców. Pomimo tego, wiele osób wciąż ma problem ze zdefiniowaniem tego pojęcia. Według Konwencji Genewskiej z 1951 roku jest to osoba, „która na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem z powodu swojej rasy, religii, narodowości, grupy społecznej, przekonań politycznych znajduje się poza granicami swojego kraju, gdyż w kraju, którego jest obywatelem, nie może i nie chce z powodu tych obaw korzystać z ochrony państwa. Tylko osoby, których zdrowie, wolność lub życie są zagrożone, mogą ubiegać się o uznanie ich za uchodźców. Bieda i głód nie są przyczynami stawania się uchodźcą”[4].

Struktura wyznaniowa w Polsce

Dane na temat stosunków wyznawanych w Polsce religii zawarte zostały w Tabeli 1 i Tabeli 2. Według danych pochodzących z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (NSP), które zostało przeprowadzone w 2011 roku, ok. 96% populacji polskiej o rozpoznanym statusie wyznaniowym przynależy do Kościoła Rzymskokatolickiego [5].

Tab. 1 - Ludność Polski według kategorii wyznań – chrześcijaństwo. Dane z NSP z 2011 r. [5]

wyznanie	chrześcijaństwo				
	katolicyzm	chrześcijaństwo wschodnie (prawosławie i orientalne)	protestanckie	nurt badaczy Pisma Świętego (Świadkowie Jehowy)	inne
odsetek ogółu ludności [%]	87,7	0,4	0,3	0,4	>0,01

Tab. 2 - Ludność Polski według kategorii wyznań - pozostałe religie. Dane z NSP z 2011 r. [5]

wyznanie	islam	judaizm	buddyzm	hinduizm	pogaństwo i neopogaństwo
odsetek ogółu ludności [%]	>0,01	>0,01	>0,01	>0,1	>0,01

Religia a stosunek do opieki medycznej

Chrześcijaństwo należy do jednej z trzech największych religii monoteistycznych na świecie. Pomimo powszechnej opinii publicznej, cierpienie nie jest odpowiedzią Boga na popełnione przez człowieka grzechy. Może ono jednak spełniać ważną rolę w życiu człowieka. Chrześcijanie modlą się do Boga o łaskę uzdrowienia z choroby, zmniejszenie bólu lub spokojną śmierć. Według badań, głęboka wiara oraz jej praktykowanie, przyjmowanie sakramentów świętych przynoszą ulgę w cierpieniu i przyspieszają rekonwalescencję [6,7].

Kościół katolicki stoi w obronie życia od momentu poczęcia do naturalnej śmierci, stąd całkowity zakaz aborcji oraz eutanazji. Sprzeciwia się także stosowaniu przez pary małżeńskie środków antykoncepcyjnych. Kościół prawosławny oraz protestancki także są przeciwnikami aborcji i eutanazji, jednak wykazują bardziej liberalną postawę dotyczącą stosowania środków antykoncepcyjnych [8,9].

Prawosławie rozpowszechniło się na świecie po VII soborze powszechnym w 787r. Pierwszymi apostołami byli święci Cyryl i Metody [10]. Wierni zobowiązani są do zachowywania licznych postów, w każdą zwykłą środę i piątek oraz przed wielkimi świętami. Kremacja według przekonań prawosławnych jest zabroniona [11].

Religie chrześcijańskie wspierają ideę transplantologii. Zwracają jednak uwagę na dobrowolność i bezinteresowność tego aktu miłości bliźniego. Postęp medycyny oraz rzetelne przestrzeganie standardów stwierdzania zgonu przez lekarzy mają chronić przed wszelkimi błędami zbyt wczesnego stwierdzenia śmierci danej osoby. Podkreślany jest brak moralności w handlowaniu ludzkimi narządami: „... jakiegokolwiek postępowanie prowadzące do komercjalizacji ludzkich narządów lub do traktowania ich jako przedmiotów wymiany lub

handlu musi być uznane za moralnie niedopuszczalne, ponieważ wykorzystywanie ciała jako przedmiotu poniża godność ludzkiej osoby” [12].

Hinduizm jest trzecią najliczniejszą religią na świecie. Jego nazwa pochodzi od indoaryjskiego słowa oznaczającego morze, co niejako potwierdza ogrom treści, podobieństw i sprzeczności występujących w tej religii [13].

Powszechnie znany jest zakaz zabijania krów i spożywania wołowiny. Ortodoksyjni Hindusi są wegetarianami. Aborcja jest surowo zakazana, podobnie jak świadoma antykoncepcja, ponieważ sprzeciwiają się zasadzie *ahisy*, która nie dopuszcza do krzywdzenia żywych istot [14].

Hindusi wierzą w reinkarnację. Zakazana jest eutanazja i samobójstwo wspomagane. Człowiek może sam pozbawić się życia jedynie przez samouduszenie – w mechanizmie wstrzymania oddechu lub poprzez zagłodzenie [15].

Najmłodszą religią monoteistyczną jest islam, który powstał w VI wieku n.e. Co ciekawe, pierwotne założenia zakładają równość wszystkich ludzi, brak przyzwolenia wobec rasizmu oraz poszanowanie wolności wyznania [16].

Muzułmanie nie wyrażają zgody na sekcję medyczną zwłok, gdyż wierzą, że uszkadza ona człowieka cielesnego będącego w kontakcie z duszą. Nie przeprowadzają także kremacji, gdyż nie można wtedy pochować ciała w odpowiedniej pozycji, w kierunku Mekki [17].

Judaizm zagościł na terenach Polski już w wieku XII. Ortodoksyjni żydzi przestrzegają spożywania pokarmów koszernych oraz świętują szabat, czyli czas od piątkowego wieczoru do sobotniej nocy. Pokarmy dozwolone składają się z mięsa zwierząt parzystokopytnych i jednocześnie przeżuwaczy, mięsa ryb, które posiadają łuski i płetwy oraz niektórych gatunków ptaków. Nie należy jednocześnie spożywać mięsa i mleka [18].

Aborcja jest zakazana, ale nie traktuje się jej jak morderstwo. W szczególnych sytuacjach, gdy ciąża zagraża życiu matki, aborcja jest dopuszczalna [18].

Powszechnie praktykowanym obyczajem jest obrzezanie niemowląt płci męskiej w 8. dobie życia, co ma chronić przed karą po śmierci. W dzisiejszych czasach jest ono przeprowadzane w higienicznych warunkach przez osoby doświadczone [19].

Standardowo nie wykonuje się sekcji medycznej, uważanej za bezczeszczenie ciała zmarłego, z wyjątkiem sytuacji szczególnych [19].

Romowie pojawili się na ziemiach polskich na początku XV wieku. Należą do najbardziej prześladowanych grup etnicznych w historii świata. W ich tradycji obecny jest zakaz wykonywania zawodów medycznych oraz hydraulicznych, które uważane są za nieczyste. Podobnie ciało ludzkie w kulturze romskiej podzielone jest na dwie części, górną,

która jest czysta oraz dolną, poniżej pępka – nieczystą. Może to rodzić pewne problemy w opiece pielęgniacyjnej w szpitalu [20].

Romowie wiążą zdrowie z dobrobytem, wierzą przede wszystkim w medycynę ludową. Unikają opieki zdrowotnej, szczepień ochronnych dzieci. Boją się zabiegów chirurgicznych i znieczulenia przedoperacyjnego. Według badań Światowej Organizacji Zdrowia (*WHO – World Health Organisation*) częściej chorują na odrę i polio [21].

W ich przekonaniach obecny jest brak przyzwolenia na sekcję medyczną, czy pobranie narządów w celach transplantacyjnych [22].

Świadkowie Jehowy, należący do nurtu badaczy Pisma Świętego, zagłosili na terenach polskich w 1990 roku. Są trzecim związkiem wyznaniowym pod względem liczby wiernych w Polsce [23].

Do kontaktowania się z personelem medycznym oraz wybierania metody leczenia, która byłaby zgodna z założeniami ich wyznania służą specjalne komitety łączności ze szpitalem. Bezwzględnie zakazane jest przetaczanie krwi oraz jej składników, nawet w przypadku sytuacji zagrażających życiu. Nie wolno także spożywać pokarmów zawierających w swym składzie krew. Przeszczepianie narządów możliwe jest jedynie po całkowitym wypłukaniu graftu z krwi [24].

Badacze tej doktryny wyznaniowej zwrócili uwagę na częstsze zapadnię jej członków na choroby o podłożu psychicznym: depresję, schizofrenię oraz choroby nerwowe [24].

Globalizacja na świecie – korzyści i zagrożenia

Globalizacja ma duży wpływ na opiekę medyczną i sytuację zdrowotną społeczeństwa. Pozytywne skutki globalizacji to łatwiejszy dostęp do informacji i technologii medycznych, możliwość wymiany doświadczeń oraz kadry pracowniczej pomiędzy ośrodkami medycznymi, turystyka medyczna, telemedycyna, poprawa warunków bytowych i sanitarnych ludności na całym świecie [25].

W związku z licznymi migracjami ludności dochodzi do wzrostu ryzyka zachorowania na choroby zakaźne, takie jak malaria, wirusowe zapalenie wątroby typu A, AIDS, a czasem nawet na zawleczenia wektorów zakażenia do miejsc nowych. Natomiast osoby osiedlające się w krajach wysoko rozwiniętych, przyjmując panujący tam model życia, narażenie są przede wszystkim na choroby cywilizacyjne: cukrzycę, nadciśnienie tętnicze czy chorobę niedokrwienną serca [25].

Mogą także pojawiać się konflikty międzykulturowe rodzące uprzedzenia, zachowania rasistowskie, przemoc fizyczną i psychiczną.

Nowe miejsce życia, nieznajomość języka, zupełnie odrębna kultura, wyższe koszty utrzymania, bieda i głęboko zakorzenione uprzedzenia rasowe danego społeczeństwa mogą także zaowocować nierównościami społecznymi. Przegląd literatury dostarcza dowodów na takie zjawisko m.in. w Stanach Zjednoczonych. Afroamerykanie, ludność pochodzenia latynoskiego oraz Indianie byli znacznie rzadziej poddawani operacjom kardiochirurgicznym typu *bypass*, angioplastyce tętnic wieńcowych, chirurgicznym zabiegom usuwania nowotworów czy przeszczepom nerek, w porównaniu do pacjentów rasy białej, którzy posiadali podobne wykształcenie, dochody i status ubezpieczeniowy, a ich stan zdrowia, wiek i poziom zaawansowania głównej choroby były również zbliżone. Co więcej, występowały znaczne różnice, na korzyść przedstawicieli rasy białej, w podstawowej opiece pielęgnacyjnej, ilości zleconych badań oraz jakości zastosowanych środków przeciwbólowych [26].

Doszukiwano się przyczyn tego zjawiska. Część z nich była trudna do sklasyfikowania. Jednak na pierwszy plan wysuwały się: nieufność pacjentów wobec lekarzy, spowodowana doświadczeniem dyskryminacji w przeszłości, upośledzona komunikacja na linii lekarz-pacjent, nieświadome oraz ukryte zachowania dyskryminujące ze strony lekarzy oraz brak wrażliwości oraz wiedzy personelu medycznego na temat odrębności kulturowych [26].

Globalizacja może także „zakorzeniać” pewne tradycje kulturowe w nowych miejscach, co może skutkować licznymi korzyściami, bogactwem, poszerzeniem horyzontów danego społeczeństwa. Są jednak obrzędy kulturowe, na które, posługując się rozwiniętą wiedzą medyczną, walcząc z dyskryminacją kobiet oraz kierując się etyką, nie możemy się zgodzić.

Klitoridektomia, zwana obrzezaniem kobiet, polega na częściowym lub całkowitym wycięciu łechtaczki, czasem także warg sromowych mniejszych. Praktykowana ze względów religijnych wśród niektórych ludów afrykańskich oraz irackich [27], a także bez związku z wyznaniem, wśród ludności Afryki Środkowej, Ameryki Południowej, Azji Południowo-Wschodniej [28].

Obrzezaniu poddaje się zarówno niemowlęta, jak i dzieci oraz nastolatki. Odbywa się to w skandalicznych warunkach, przy użyciu ostrego narzędzia lub kawałka szkła [28].

Konsekwencje tego łamania praw człowieka mogą być śmiertelne. Bardzo częstymi powikłaniami są przewlekłe bóle, trauma, infekcje, patologie przy porodzie oraz brak

przyjemności z życia seksualnego [29]. W ankiecie przeprowadzonej na Sudankach, u których dokonano obrzezania, 25% z nich zgłosiła ostre powikłania tego zabiegu, a co trzecia kobieta przyznała się do przewlekłych medycznych komplikacji [30].

Według danych UNICEF na świecie żyje ponad 200 milionów kobiet poddanych temu rytuałowi. Także imigranci wykonują nielegalne zabiegi w krajach wysoko rozwiniętych, bez tradycji obrzezania [31].

Podsumowanie

Wszechobecna, postępująca globalizacja spowodowała, że kontakty międzykulturowe stały się nie tyle możliwością, co koniecznością. Rodzi to zarówno szanse, jak i zagrożenia. Długotrwałe i stałe kontakty międzykulturowe mogą skutkować przeciwnymi zjawiskami: ujednoliceniem i integracją lub zachowywaniem autonomii i odrębności. Żadna z tych dróg nie jest pozbawiona wad. Należy zachować pewną dozę dystansu i czas potrzebny do oceny założeń i przekonań danej kultury.

Ważny jest niewątpliwie stosunek obywatela do przedstawiciela odrębnej cywilizacji. Tolerancja, otwartość, szacunek i chęć zrozumienia. Pisze o tym Ryszard Kapuściński: „Współczesny świat wskutek przyrostu demograficznego, migracji, rozwoju komunikacji i informacji oznacza zwielokrotnienie obecności Innych, zwielokrotnienie kontaktów międzyludzkich, a w związku z tym międzykulturowych. Stąd niesłychanej wagi nabiera stosunek do Innego; nasz sposób postrzegania przedstawicieli innych narodów, ras i religii” [32].

Zmniejszenie nierówności rasowych i kulturowych w opiece medycznej jest nagłą koniecznością. Niezbędna jest holistyczna edukacja personelu medycznego na temat bogactwa kulturowego, różnorodności, odmiennych wyznań. W zderzeniu z odrębnymi przekonaniami należy wykazać się delikatnością, chęcią zrozumienia, tolerancją oraz poszanowaniem do praw nie tylko pacjenta, ale przede wszystkim człowieka.

Piśmiennictwo

1. Golka M.: Imiona wielokulturowości, Wyd. Muza S.a., Warszawa, 20105.
2. Rogaliński P.: Różnorodność – największe wyzwanie XXI wieku. Przegląd Dziennikarski, 2010, <https://przegladdziennikarski.pl/roznorodnosc-najwiekszy-problem-xxi-wieku-4/>, data pobrania 04.05.2018.

3. Czerniejewska I.: Czy istnieje potrzeba edukacji wielokulturowej? Wyd. Sprawy Narodowościowe. Seria Nowa, Poznań, 2004.
4. Konwencja Genewska
5. Ciecieląg P.: Wyznania religijne w Polsce 2012-2014. GUS, Warszawa, 2016, 13-14.
6. Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K.: Problemy wielokulturowości w medycynie, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
7. Marwell H., Brown B.: Bioethics for clinicians: 27. Catholic bioethics, CMAJ, 2001, 165, 189-192.
8. Pauls M., Hutchinson R.: Bioethics for clinicians: 28. Protestant bioethics, CMAJ, 2002, 166, 338-340.
9. Kallistos B.: Małżeństwo w kościele prawosławnym, www.liturgia.wiar.pl, data pobrania 15.04.2018.
10. Bułganow S.: Prawosławie. Zarys nauki kościoła prawosławnego, Formica, Warszawa, 1992
11. Paprocki H.: Prawosławie w Polsce, Bosz, Olszanica, 2001.
12. Jan Paweł II: Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty, L'Osservatore Romano, 2000, 11-12, 36-39.
13. Kudelska M.: Hinduizm, Wyd. WAM, Kraków, 2006.
14. Klocker M., Tworuschka U.: Etyka wielkich religii, Wyd. Verbinum, Warszawa, 2002.
15. Kuźmińska M.: Wielkie religie świata, Wyd. Egmont, Warszawa, 2007.
16. Bielawski J.: Islam, KAW, Warszawa, 1980.
17. Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K.: Problemy wielokulturowości w medycynie, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
18. Unterman A.: Żydzi. Wiara i życie, Wyd. KiW, Warszawa, 2005.
19. Unterman A.: Encyklopedia tradycji i legend żydowskich, Wyd. KiW, Warszawa, 1994.
20. Dziubała K.: Religia i kultura Romów, www.racjonalista.pl, data pobrania: 20.04.2018.
21. Vivian C., Dundes L.: The Crossroads of Culture and Health Among the Roma, Journal of Nursing Scholarship, 2004, 36, 86-92.
22. The health of Europe's most marginalised populations, www.thelancet.com, data pobrania 22.04.2018.

23. Pawłowicz Z.: Kościół i sekty w Polsce, Wyd. Archidiecezji Gdańskiej „Stella Maris”, Gdańsk, 1996.
24. Bergman J.: Świadkowie Jehowy a zdrowie psychiczne, Słowo Nadziei, 1997, 29, 35-41.
25. Klich J.: Globalizacja usług zdrowotnych, Gospodarka Narodowa, 2008, 4, 21-40.
26. Geiger H.: Racial stereotyping and medicine: the need for cultural competence, CMAJ, 2001, 12, 1699-1700.
27. Female Genital Mutilation Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. UNICEF, https://www.unicef.org/media/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf, data pobrania 10.04.2018.
28. https://web.archive.org/web/20171122214229/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43839/1/9789241596442_eng.pdf Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement, data pobrania 10.04.2018
29. Horowitz C., Jackson C.: Female Circumcision, Journal of General Internal Medicine, 1997, 12, 8, 491-499.
30. Hansen J., Scroggins D.: Special report: government, others, reluctant to intervene, The Atlanta Constitution, 1992, 11, 15, Sec. A, 1, 10.
31. Percentage of girls and women aged 15 to 49 years who have heard about FGM and think the practice should continue (by place of residence and household wealth quintile). UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women, <https://data.unicef.org/data/fgm/>, data pobrania 20.04.2018.
32. Bereś W., Burnetko K.: Kapuściński: nie ogarniam świata, Wyd. Świat Książki, Warszawa, 2007.

Trudności w opiece pielęgniarstwie z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo

Lisowska Sylwia^{1,2}, Bakalarz Renata^{1,2}, Rogóż Monika¹

1. Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum Wydział Nauk o Zdrowiu, III rok studia doktoranckie
2. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie

Wprowadzenie

Polska nadal uznawana jest za kraj jednolity kulturowo. Jak wynika z danych Narodowego Spisu Powszechnego (GUS 2015) 97,09 % ludności kraju deklaruje obywatelstwo polskie, z czego 87% jest wyznania rzymskokatolickiego. Mimo to w wielu częściach Polski dostrzegane są przykłady różnorodności kulturowej wśród mieszkańców [1]. Jeszcze do niedawna Polska nie była Państwem atrakcyjnym dla migrantów, a ruchy migracyjne dotyczyły raczej wyjazdu Polaków do innych krajów niż przyjazdu cudzoziemców. W ostatnich latach sytuacja uległa zmianie. Zwiększenie się skali migracji spowodowała transformacja ustrojowa, otwarcie granic i przystąpienie Polski do Unii Europejskiej. Dodatkowo, korzystnie na migrację ludności wpłynął rozwój środków transportu oraz coraz lepsza znajomość języków obcych [2]. Doprowadziło to do wzrostu liczby imigrantów i uchodźców asymilujących się w Polsce, a tym samym do zwiększenia się liczby osób innej narodowości, kultury oraz wyznawców innej religii.

Wielokulturowość stawia przed pracownikami ochrony zdrowia nowe wyzwania, gdyż niezwykle ważne jest, aby proces leczenia i pielęgnowania pacjenta był w zgodzie z jego kulturowymi i religijnymi przekonaniem. Oprócz potrzeb biologicznych i zdrowotnych pacjentów istotne jest zwrócenie uwagi na ich odmienność etniczną, pochodzenie, wyznawaną religię i związane z tym odmienności w sferze obyczajowej [3]. Sprawowanie opieki nad pacjentem wielokulturowym wymaga posiadania szerokiej wiedzy i umiejętności w opiece. Każda pielęgniarka i położna musi wykazywać się wiedzą, inteligencją, sprytem, ale również empatią i zrozumieniem. Powinna ona traktować każdego pacjenta indywidualnie, jednocześnie traktując wszystkich chorych na równi, bez względu na wiek, płeć, wykształcenie, status społeczny, religię, którą wyznaje, czy kraj, z którego pochodzi.

W związku z tym właściwa opieka i pielęgnacja pacjentów wymaga wiedzy na temat religii, kultury oraz przekonań osób odmiennych kulturowo [4-6]. Przygotowanie i nabywanie kompetencji w opiece nad pacjentem wielokulturowym jest podstawą w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych. Jest to konieczne do zrozumienia zasad funkcjonujących w danych kulturach. Odpowiednie przygotowanie pomaga w dostosowaniu opieki do indywidualnych potrzeb pacjentów wielokulturowych. Dla wielu osób opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo może być przyczyną trudności, spowodowaną brakiem znajomości pewnych zasad, a także brakiem zrozumienia odmienności, co może przyczyniać się do powstania nieporozumień [7-9]. Często napotymane bariery mogą mieć wpływ na negatywne postrzeganie pacjentów przez personel pielęgniarski. Problemem mogą być również znane stereotypy i uprzedzenia, które mogą przyczyniać się do negatywnych wyobrażeń na temat mniejszości kulturowych i religijnych, one także mogą stać się przyczyną nieporozumień [10,11,13].

Wielokulturowości nie tylko dla pielęgniarek i położnych, ale dla całego personelu medycznego jest dużym wyzwaniem. Duże znaczenie ma nie tylko odpowiednia wiedza na temat danej kultury czy wyznania, ale również postawa otwartości i tolerancji wobec osób odmiennych kulturowo i wyznaniowo. Badania naukowe, w praktyce pielęgniarskiej i położniczej dotyczące zagadnień wielokulturowości mają duże znaczenie, gdyż uzyskane wyniki pozwolą doskonalić zarówno edukację, jak i praktykę kliniczną.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek i położnych na temat najczęstszych trudności związanych z opieką nad pacjentami odmiennymi kulturowo.

Materiał i metodyka

W przebiegu badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który zawierał 22 pytania. Ankieta zawierała 20 pytań jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru oraz 2 pytania otwarte. Badaniem zostało objętych 120 pielęgniarek i położnych. Ostatecznie analizę przeprowadzono na grupie 111 pielęgniarek i położnych, ze względu na braki danych w 9 ankietach. Wykorzystano testy statystyczne – test niezależności Chi². We wszystkich

przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności równy 0,05. Miejscem przeprowadzenia badań był Szpital Specjalistyczny im Stefana Żeromskiego w Krakowie. Badania zostały przeprowadzone w okresie od września do listopada 2017 roku.

Wyniki

Większość badanych 92,8% miało kontakt z pacjentami wielokulturowymi w swoim miejscu pracy, 4,5% nie miało kontaktu z takimi pacjentami, natomiast 2,7% nie wie, czy taki kontakt miało. Wśród badanych 64% oceniło kontakt z pacjentami z różnych kultur jako pozytywny, 10% oceniło negatywnie, 18% nie ma doświadczenia, by ocenić.

Zdecydowana większość badanych (71 osób) ocenia swój kontakt z osobami z różnych kultur pozytywnie, jedynie dla 11 badanych ten kontakt był negatywnym doświadczeniem, natomiast dla 20 badanych nie był on ani pozytywny, ani negatywny. W grupie osób z negatywnymi doświadczeniami przeważają osoby pracujące od 0 do 10 lat w zawodzie. Najmniej liczną grupą negatywnie oceniającą swój kontakt z osobami z odmiennych kultur są osoby sprawujące opiekę, pracujące od 31 do 40 lat [Tab. 1]. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,1546$) nie stwierdzono występowania istotnej zależności między stażem pracy a pozytywnymi lub negatywnymi doświadczeniami w opiece nad osobami odmiennymi kulturowo.

Tabela 1. Wpływ stażu pracy na pozytywne lub negatywne doświadczenie w opiece nad osobami odmiennymi kulturowo

	Pozytywne	Negatywne	Brak	Inne	Suma	p
	71	11	20	9	111	p=0,154
Liczba lat pracy	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
0 - 10 lat	21(30)	5(45)	2(10)	3(33)	31	
11 - 20 lat	21(30)	3(27)	3(15)	0(0)	27	
21 - 30 lat	14(20)	2(18)	8(40)	3(33)	27	
31 - 40 lat	15(21)	1(9)	7(35)	3(33)	26	

W przebadanej grupie pozytywne doświadczenia w kontakcie z pacjentami odmiennymi kulturowo miały osoby w wieku 31-50 lat (27%) oraz 41-50 lat (28%), posiadające wykształcenie wyższe, było ich 33 (46%) oraz zamieszkałych w Krakowie (44 osoby, 61%). Negatywne opinie przeważały w grupie badanych w wieku 20-30 lat (45%), z

wykształceniem licencjackim i magisterskim (po 36% w każdym z nich), mieszkających w Krakowie. Badani, którzy nie posiadali doświadczenia w opiece nad pacjentami z odmiennych kultur znajdowali się w większości w wieku 41-50 lat (40%), posiadali wykształcenie licencjackie (50%) oraz mieszkali w Krakowie (60%) [Tab. 2].

Tabela 2. Wpływ poziom wieku, poziom wykształcenia i miejsca zamieszkania na pozytywne lub negatywne doświadczenia osób sprawujących opiekę nad osobami odmiennymi kulturowo

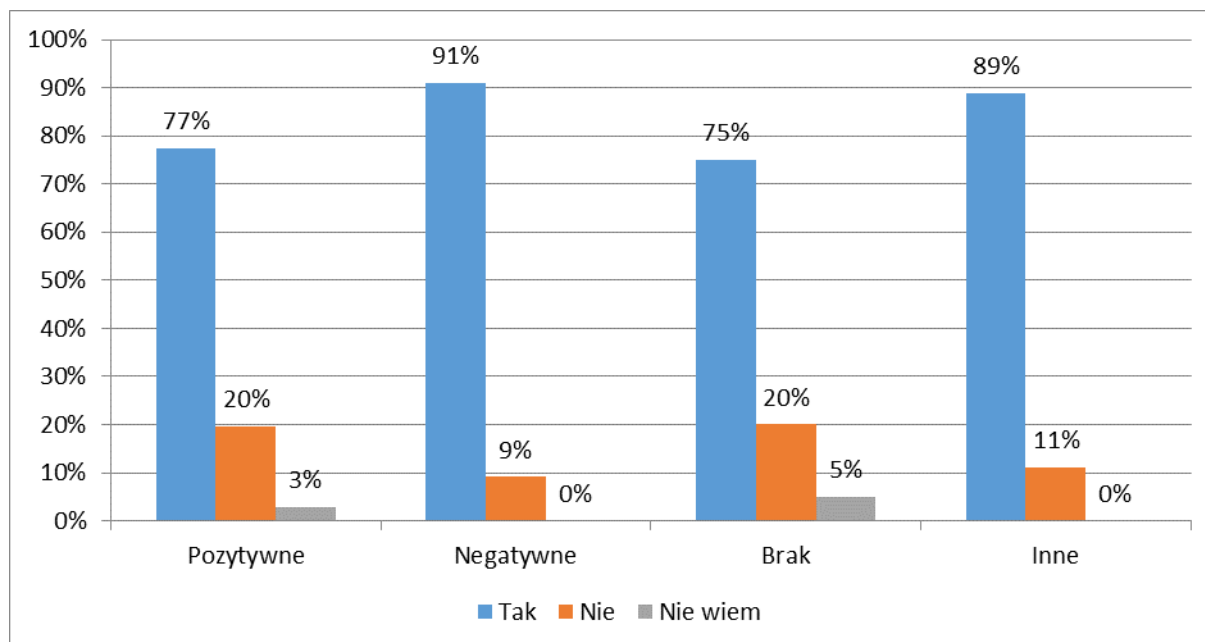
	Pozytywne		Negatywne		Brak	Inne	Suma	p
Suma	71		11		20	9	111	p=0,176
	n(%)		n(%)		n(%)	n%		
Wiek								
20 - 30 lat	16(23)		5(45)		2(10)	3(33)	26	
31 - 40 lat	19(27)		1(9)		2(10)	0(0)	22	
41 - 50 lat	20(28)		4(36)		8(40)	3(33)	35	
51 - 60 lat	14(20)		0(0)		7(35)	3(33)	24	
Powyżej 60 lat	2(3)		1(9)		1(5)	0(0)	4	
Wykształcenie								p=0,163
Średnie	19	(27)	3	(27)	6(30)	0(0)	28	
Licencjackie	19	(27)	4	(36)	10(50)	3(33)	36	
Magisterskie	33	(46)	4	(36)	4(20)	6(67)	47	
Miejsce zamieszkania								p=0,886
Wieś	17(24)		1(9)		4(20)	1(11)	23	
Małe/średnie miasto	10(14)		2(18)		4(20)	2(22)	18	
Duże miasto (Kraków)	44(61)		8(73)		12(60)	6(67)	70	

Wartość współczynnika p wskazuje, że nie stwierdzono występowania istotnej zależności między wiekiem ($p=0,1763$), wykształceniem ($p = 0,6130$), miejscem zamieszkania ($p=0,8865$) a pozytywnymi lub negatywnymi doświadczeniami w opiece nad osobami odmiennymi kulturowo.

W każdym społeczeństwie możemy spotkać się ze stereotypami. Dotyczą one zarówno osób o odmiennym wyznaniu religijnym oraz pochodzących z odmiennych kultur. Na podstawie przeprowadzonych badań 91% badanych spotkało się z negatywnymi stereotypami, 77% z pozytywnymi, 75% nie zetknęło się z żadnymi stereotypami, natomiast 89% uznało, że są inne. Natomiast 20% badanych uważa, że nie spotkało się ani z pozytywnymi stereotypami (20%), ani negatywnymi (9%) [Ryc.1].

Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,9019$) nie stwierdzono występowania istotnej zależności między pozytywnymi lub negatywnymi doświadczeniami w opiece nad

osobami odmiennymi kulturowo a spotkaniem się ze stereotypami dotyczącymi mniejszości kulturowych.



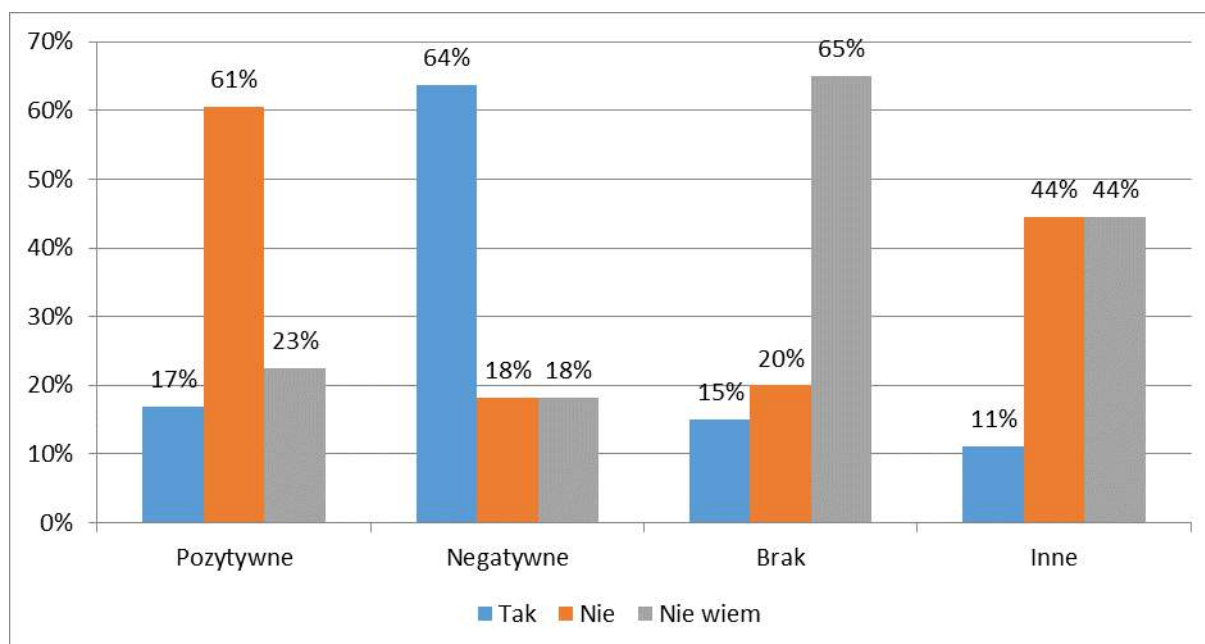
Rycina 1. Wpływ pozytywnych i negatywnych doświadczeń w opiece nad pacjentami wielokulturowymi na spotkanie się ze stereotypami dotyczącymi mniejszości kulturowych

Badani, którzy spotkali się ze stereotypami związanymi z osobami wielokulturowymi mogli potwierdzić istniejące stereotypy. Jedynie 17% z nich, mających pozytywne doświadczenie z pacjentami wielokulturowymi potwierdziło prawdziwość znanych stereotypów, zdecydowana większość (61%) uważała, że są one nieprawdziwe. Badani mający negatywne doświadczenie w opiece nad pacjentami (64%) potwierdzają prawdziwość stereotypów, natomiast 18% twierdziło, że są one nieprawdziwe [Ryc.2].

Wartość współczynnika $p = 0,0001$ wskazuje występowanie istotnej zależności między pozytywnymi lub negatywnymi doświadczeniami w opiece nad osobami odmiennymi kulturowo a potwierdzeniem stereotypów dotyczących mniejszości kulturowych.

Osoby sprawujące opiekę nad osobami odmiennymi kulturowo mogą spotykać się z barierami w opiece. Zaliczmy do nich trudności w komunikowaniu się, brak współpracy, brak zgody na wykonywane czynności, stosowana dieta oraz praktyki religijne, odmowa leczenia. Najczęstszymi barierami w grupie osób posiadających pozytywne doświadczenie w opiece nad pacjentami wielokulturowymi są problemy w komunikacji (30%) oraz brak zgody na wykonywane czynności (22%). Badani z negatywnymi doświadczeniami w opiece

najczęściej spotykali się z problemami w komunikacji (30%), brakiem współpracy (30%) oraz brakiem zgody na wykonywane czynności (25%) [Tab.3].



Rycina 2. Wpływ pozytywnych i negatywnych doświadczeń w opiece nad pacjentami wielokulturowymi na potwierdzenie stereotypów dotyczących mniejszości kulturowych

Tabela 3. Wpływ pozytywnych lub negatywnych doświadczeń w opiece nad pacjentami wielokulturowymi na rodzaje napotkanych barier podczas sprawowanej opieki

Barьеры w opiece	Pozytywne	Negatywne	Brak	Inne	p
	n 119	n 20	n 32	n 24	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Komunikacja	36(30)	6(30)	11(34)	5(21)	p = 0,0294
Brak współpracy	8(7)	6(30)	1(3)	4(17)	
Brak zgody na wykonywane czynności	26(22)	5(25)	8(25)	8(33)	
Stosowana dieta	6(5)	1(5)	2(6)	4(17)	
Stosowane praktyki religijne	15(13)	1(5)	4(13)	2(8)	
Odmowa przyjmowania leków	13(11)	0(0)	2(6)	1(4)	
Żadne z powyższych	13(11)	0(0)	1(3)	0(0)	
Inne	2(2)	1(5)	3(9)	0(0)	

Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,0294$) stwierdzono występowanie istotnej zależności między pozytywnymi lub negatywnymi doświadczeniami w opiece nad

osobami odmiennymi kulturowo a rodzajami napotkanych barier podczas sprawowania opieki.

Najczęstszym problemem w sprawowaniu opieki nad pacjentem wielokulturowym są problemy w komunikacji. Dotyczą one zarówno komunikacji pozawerbalnej, jak i werbalnej. Trudności te są różne i zależą od liczby lat pracy w zawodzie osób sprawujących opiekę. Dotyk (potrząsanie ręką na powitanie, poklepywanie po plecach, pocałunki na powitanie, trzymanie się za ręce) jako element komunikacji pozawerbalnej stanowi problem dla osób pracujących od 0-10 lat (41%) oraz 11-20 lat (32%). W grupie badanych pracujących od 21-30 lat problemem w komunikacji pozawerbalnej są inne elementy (30%), a dla pracujących 31-40 lat jest to przestrzeń (odległość, jaka dzieli jednostki). W komunikacji werbalnej we wszystkich przedziałach największym problemem jest nieznanomość języka (43% - 70%) [Tab.4].

Nie stwierdzono występowania istotnej zależności między stażem pracy osób sprawujących opiekę nad osobami odmiennymi kulturowo a problemem komunikacji pozawerbalnej ($p = 0,1019$) i werbalnej ($p = 0,6339$).

Tabela 4. Wpływ liczby lat pracy na elementy komunikacji werbalnej i pozawerbalnej stanowiące największy problem u osób sprawujących opiekę

	0 - 10 lat	11 - 20 lat	21 - 30 lat	31 - 40 lat	p
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Elementy komunikacji pozawerbalnej					$p=0,101$
Dotyk	9(41)	7(32)	3(14)	3(14)	
Przeźród	4(17)	5(22)	4(17)	10(43)	
Inne	18(27)	15(23)	20(30)	13(20)	
Elementy komunikacji werbalnej					$p=0,633$
Nieznanomość języka	18(43)	23(70)	19(59)	19(61)	
Odmienne znaczenie słów	5(12)	1(3)	2(6)	1(3)	
Elementy werbalne	5(12)	1(3)	2(6)	3(10)	
Milczenie pacjenta	8(19)	6(18)	4(13)	5(16)	
Inne	6(14)	2(6)	5(16)	3(10)	

Trudności w komunikacji pozawerbalnej zależą również od poziomu wykształcenia osób sprawujących opiekę. Dotyk (potrząsanie ręką na powitanie, poklepywanie po plecach, pocałunki na powitanie, trzymanie się za ręce) jest najczęstszym problemem osób z wykształceniem licencjackim (41%), przestrzeń (odległość, jaka dzieli jednostki) dla osób z wykształceniem magisterskim (52%). W komunikacji werbalnej – nieznanomość języka

stanowi największy problem w grupie z wykształceniem licencjackim (54%), odmienne znaczenie słów dla osób w wykształceniu wyższym, elementy werbalne (ton głosu, rytm, szybkość i sposób mówienia, długość wypowiedzianych zdań) jest problemem dla osób z wykształceniem średnim (14%), podobnie jak milczenie pacjenta (23%) [Tab.5].

Nie stwierdzono występowania istotnej zależności między wykształceniem osób sprawujących opiekę nad osobami odmiennymi kulturowo a problemem komunikacji pozawerbalnej ($p = 0,4599$) i werbalnej ($p = 0,2533$).

Tabela 5. Wpływ poziomu wykształcenia na elementy komunikacji werbalnej i pozawerbalnej osób sprawujących opiekę

	Średnie	Licencjackie	Magisterskie	p
	28	36	47	
	n(%)	n(%)	n(%)	
Elementy komunikacji pozawerbalnej				p=0,459
Dotyk	6(27)	9(41)	7(32)	
Przestrzeń	3(13)	8(35)	12(52)	
Inne	19(29)	19(29)	28(42)	
Elementy komunikacji werbalnej				p=0,253
Nieznajomość języka	19(54)	28(67)	32(52)	
Odmienne znaczenie słów	1(3)	1(2)	7(11)	
Elementy werbalne	5(14)	2(5)	4(7)	
Milczenie pacjenta	8(23)	6(14)	9(15)	
Inne	2(6)	5(12)	9(15)	

Doświadczenia osób sprawujących opiekę nad pacjentem wielokulturowym mogą być związane z elementami komunikacji pozawerbalnej. Najczęstszym problemem osób z pozytywnymi doświadczeniami w opiece nie jest ani dotyk, ani przestrzeń, są to inne bariery (61%). Badani z negatywnymi doświadczeniami w opiece najczęściej oceniają dotyk (45%) oraz inne elementy (45%) jako najpoważniejszą barierę.

Wartość współczynnika $p = 0,2875$ wskazuje na brak występowania istotnej zależności między pozytywnymi i negatywnymi doświadczeniami w opiece nad pacjentami wielokulturowymi a elementami komunikacji pozawerbalnej.

Na pozytywne i negatywne doświadczenia w opiece nad pacjentami wielokulturowymi mogą wpływać elementy komunikacji werbalnej. W grupie osób mających pozytywne doświadczenia w opiece najczęstszą barierą jest nieznajomość języka (55%), podobnie jest w grupie osób z negatywnymi doświadczeniami (69%). Również dla osób, dla których

doświadczenia nie są ani pozytywne, ani negatywne największym problemem jest nieznajomość języka (64%).

Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,4411$) nie stwierdzono występowania istotnej zależności między pozytywnymi i negatywnymi doświadczeniami w opiece nad pacjentami wielokulturowymi a elementami komunikacji werbalnej.

Dyskusja

Badania przeprowadzone przez Laskowskiego [9] dotyczące stosunku pracowników ochrony zdrowia wobec pacjentów innych narodowości pokazują, że większość z nich (52,3%) napotyka problemy w kontakcie z pacjentem. Najczęściej spotykanymi są problemy w komunikacji, które dotyczą w szczególności języka, którym posługują się pacjenci (94,7%). Kolejną barierą jest wyznawana przez pacjentów religia. Duża grupa badanych uważa, że problemem jest nieznajomość i niezrozumienie zasad innych religii (66,2%). Również występowanie problemów w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo potwierdza Ogórek - Tęcza w badaniach prowadzonych w 2012 roku [12]. W tych badaniach ponad połowa pielęgniarek (62,3%) potwierdza istnienie trudności w opiece nad pacjentem innego wyznania.

Najczęstszym problemem w opiece nad pacjentem jest komunikacja. Bariera językowa stanowiła problem dla osób sprawujących opiekę w badaniach przeprowadzonych przez Majdę w 2017 roku i dotyczyła pacjentów wyznania islamskiego [10]. Większość z nich (90%) korzystała z pomocy tłumacza. Natomiast badania Ogórek – Tęczy wskazują na problem w komunikowaniu z chorym i jego rodziną w grupie 19% badanych. W badaniach przeprowadzonych przez Majdę [10] również oceniono nastawienie do pacjentów tego wyznania. Prawie połowa badanych (48%) ocenia kontakt z pacjentem wyznania islamskiego negatywnie lub raczej negatywnie, natomiast 35% ocenia ten kontakt pozytywnie.

Interesujące wyniki badań uzyskała Majda w badaniach przeprowadzonych wśród studentów pielęgniarstwa w 2008 roku [4]. Spora grupa studentów (27%) zadeklarowała uprzedzenia wobec pacjentów z grup etnicznych. Większość badanych studentów (75%) było również świadkami zachowań dyskryminujących wobec pacjentów odmiennych kulturowo. Badania Majdy z 2017 roku dotyczące opieki nad pacjentem wyznania islamskiego wskazują, że w relacjach z takim pacjentem studenci kierują się stereotypami (53%) [10].

Wnioski

1. Przeprowadzone badania wykazują, że pielęgniarki posiadające negatywne doświadczenia w opiece nad pacjentem wielokulturowym istotnie częściej potwierdzają panujące stereotypy dotyczące mniejszości kulturowych niż osoby nie mające negatywnych doświadczeń.
2. Personel pielęgniarski, mający pozytywne doświadczenia w opiece nad pacjentem zróżnicowanym kulturowo najczęściej spotykał się z problemem w komunikacji oraz brakiem zgody na wykonywanie czynności, natomiast osoby mające negatywne doświadczenia najczęściej spotykały się z problemem komunikacji oraz brakiem współpracy.
3. Osoby sprawujące opiekę nad pacjentem odmiennym kulturowo, mające negatywne doświadczenia w opiece, istotnie częściej wskazują na problem w komunikacji.
4. Komunikacja werbalna i pozawerbalna nie była istotnie związana z poziomem wykształcenia, liczbą lat pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej oraz pozytywnymi lub negatywnymi doświadczeniami w opiece nad pacjentami wielokulturowymi.

Piśmiennictwo

1. GUS (2015). Struktura narodowo-etniczna, językowa i wyznaniowa ludności Polski. Narodowy Spis Powszechny ludności i mieszkań 2011. Dostępny: <http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/struktura-narodowo-etniczna-jezykowa-i-wyznaniowa-ludnosci-polski-nsp-2011,22,1.html>, data pobrania 20.10.2016.
2. Koss-Goryszewska M.: Polska polityka antydyskryminacyjna wobec mniejszości narodowych. Etnicznych i rasowych w świetle prawa Unii Europejskiej, <http://www.isp.org.pl/uploads/pdf/1740718487.pdf>, data pobrania 16.01.2018.
3. Bielawska J.: Interdyscyplinarny charakter pielęgniarstwa, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy, 2014, 11, 2, 9-20.
4. Majda A., Zalewska-Puchała J., Barczyk E.: Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa, Problemy Pielęgniarstwa, 2013, 21, 2, 187–194.
5. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B.: Pielęgniarstwo transkulturowe, PZWL, Warszawa, 2010.

6. Kamińska A., Majda A., Zalewska-Puchała J., Sajdak I.: Stereotypy i postawy mieszkańców Małopolski wobec przedstawicieli wybranych kultur, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015, 23, 1, 27-33.
7. Majda A., Zalewska-Puchała J.: Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwie, *Nursing Topics*, 2011, 19, 2, 253–258.
8. Majda A., Zalewska-Puchała J., Barczyk E.: Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21, 327–334.
9. Laskowski K., Krajewska-Kułak E., Fiłon J.: Uchodźcy jako przyszli odbiorcy usług medycznych z perspektywy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2015, 5, 2, 159–171.
10. Majda A., Matusik-Baziak R., Zalewska-Puchała J.: Postawy pielęgniarek wobec pacjentów wyznających islam, *Hygiea Public Health*, 2017, 52, 4, 428-434.
11. Dobrowolska B., Ozga D., Gutysz-Wojnicka B., Zelenikowa R., Jarosova D., Nytra I., Filek B., Kaucic B.M., Breznik K., Benbenishty J., Barkestad E., Harth I., Satosek D., Fabellini S., Thomas G., Mikłosz M., KŁapa Ł.: Kompetencje i potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej, Raport. Numer projektu 2016-1-PL01-KA202-026615.
12. Ogórek-Tęcza B., Kamińska A., Matusiak M., Skupnik R.: Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarz-pacjent z innego obszaru kulturowego, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2012, 4, 61–65.
13. Chałdaś-Majdańska J., Bieniak M., Machul M., Bąk J., Chrzan-Rodak A., Dobrowolska B.: Badania naukowe na temat wielokulturowości w praktyce pielęgniarstwie. Przegląd polskiego piśmiennictwa pielęgniarstwa, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7, 6, 145-154.

Ocena postaw personelu medycznego wobec osób uzależnionych od opioidów, poddanych terapii substytucyjnej metadonem

Biały Michał¹, Łoś Anna¹, Boryczka Katarzyna¹, Bardowska Klaudia¹, Ferenc Stanisław^{1,2}, Inglot Małgorzata^{3,4}, Gnus Jan^{1,2}

1. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław
2. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław
3. Ośrodek Profilaktyczno-Leczniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień, Wrocław
4. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, Wrocław

Wstęp

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych to zespół objawów chorobowych związanych ze stałym lub okresowym przyjmowaniem środków psychoaktywnych w celu uzyskania przyjemnych odczuć lub uniknięcia nieprzyjemnych objawów chorobowych przy braku substancji w organizmie. Jest to stadium choroby psychicznej określanej w międzynarodowym spisie chorób (ICD 10) w punktach od F10 do F19 [1]. Leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów w połączeniu z interwencjami psychospołecznymi uznane jest za najskuteczniejszą metodę leczenia uzależnienia, w porównaniu z detoksykacją lub całkowitym brakiem leczenia substytucja daje znacznie lepsze wyniki pod względem ograniczenia używania narkotyków, działalności przestępczej, zachowań ryzykownych, zakażeń HIV, przedawkowań i ogólnego poziomu skuteczności. Wiąże się także z większym odsetkiem pacjentów kontynuujących leczenie. Całkowite odstawienie opiatów, powodujące głód narkotyczny, zazwyczaj daje niskie wyniki po dłuższym okresie czasu, kiedy pacjenci często wracają do nałogu. Może jednak pomóc pacjentom, jeżeli świadomie wybiorą poddanie się leczeniu tego rodzaju [2]. W krajach zachodnich dostępność do leczenia substytucyjnego wynosi od 25% do ponad 70%, w Polsce tylko około 4% [3]. Polska jako jeden z pierwszych krajów Europy Środkowej i Wschodniej wprowadziła do praktyki klinicznej leczenie substytucyjne metadonem. Pierwszy program utworzono w 1992r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [1]. Obecnie na terenie kraju działa 25 programów substytucyjnych, w tym 24 w publicznych i niepublicznych jednostkach opieki

zdrowotnej oraz 1 w jednostce penitencjarnej [4]. Na rok 2014 liczbę osób uzależnionych od opioidów w Polsce szacuje się na 15 200 - 26 600, a leczenie substytucyjne podjęło 2 564 uzależnionych pacjentów [5]. Leki zastępcze, do których zaliczamy metadon to środki o działaniu receptorowym podobnym do szkodliwych preparatów, z czym związane są największe kontrowersje dotyczące tej terapii. Mają one jednak znacznie korzystniejsze cechy farmaceutyczne, takie jak: czystość chemiczna i biologiczna, możliwość precyzyjnego dawkowania, długi okres działania, doustna droga przyjmowania oraz farmakologiczne: mniejsze działania euforyzujące, praktyczny brak konieczności zwiększania dawek, słabsze działanie depresyjne na ośrodek oddechowy [3]. W większości krajów europejskich mogą być wydawane przez lekarzy pierwszego kontaktu, apteki lub mobilne jednostki terenowe.

W Polsce, z obawy przed trafilaniem leków substytucyjnych na nielegalne rynki, jest to możliwe tylko przez specjalistyczne placówki leczenia [1]. Mimo iż leczenie substytucyjne ma już długą historię, w naszym kraju w dalszym ciągu jest mało rozpowszechnione i budzi kontrowersje wśród niektórych grup społecznych.

Założenia i cel pracy

Celem pracy było zbadanie odczuć pacjentów uzależnionych od opioidów, poddanych terapii substytucyjnej względem reakcji pracowników służby zdrowia poradni POZ lub SOR, po poinformowaniu ich o stosowaniu terapii substytucyjnej i ewentualnych współistniejących zakażeniach. Badana grupa uważana jest za wyjątkowo wymagającą. Są to pacjenci często uważani za trudnych w odbiorze, kłopotliwych, a często są bywalcami szpitalnych oddziałów o różnych specjalnościach, ze względu na destrukcyjny wpływ narkotyków na stan zdrowia i towarzyszących im ryzykownych zachowań oraz zakażeń. Jednym z najpoważniejszych skutków zdrowotnych używania dożylnych narkotyków jest zakażenie HIV i wirusami zapalenia wątroby typu B i C. W wyniku tego, mogą oni wzbudzać lęk i niepożądane reakcje u pracowników służby zdrowia.

Materiał i metody

Materiał zebrano w Ośrodku Profilaktyczno-Lecznym Chorób Zakaźnych i Leczenia Uzależnień, znajdującym się przy ulicy Wszystkich Świętych we Wrocławiu, wśród pacjentów czekających na wizytę lekarską lub wydanie metadonu oraz wśród pracowników ośrodka. W standaryzowanych rozmowach wzięło udział 40 pacjentów na

terapii substytucyjnej i 13 pracowników. W grupie pracowników znaleźli się lekarze, terapeuci, psycholog oraz personel pielęgniarski.

Narzędzia badawcze

Posłużono się metodologią jakościową, w której dane zostały zebrane w bezpośrednich wywiadach ze standaryzowaną listą potrzebnych informacji. Wybór tej metody powodowany był jej zaletami, z których najistotniejsze to: elastyczność, pozwalająca na obserwację i doraźne dostosowanie jej do konkretnego respondenta, możliwość uzyskania znacznie większej liczby danych niż w badaniach ankietowych, duże szanse na uzyskanie informacji o charakterze jakościowym, m.in. przez obserwację niewerbalnych zachowań respondentów, tzn. ich gestykulacji, mimiki itp., reakcji na zadawane pytania, a także poprzez stawianie dodatkowych pytań [6]. Wykorzystano dwa rodzaje wywiadów - dla pacjentów i pracowników placówki. Pacjenci zostali spytani o źródło wiedzy o terapii substytucyjnej, dlaczego zgłosili się do programu, także czy korzystają z pomocy lekarzy pierwszego kontaktu POZ lub sytuacje, w których byli pacjentami SOR oraz przejawy jawnej dyskryminacji lub zmiany zachowań po ujawnieniu informacji o prowadzonej terapii, czy nabytych zakażeniach oraz o wpływ tej reakcji na ich stosunek do służby zdrowia. Pracowników natomiast pytano o staż pracy w ośrodku, lęk przed zakażeniem, szkolenia poszerzające wiedzę dla personelu i dyskryminację pacjentów ośrodka w całej opiece zdrowotnej. Wszyscy badani opierali się na swoich subiektywnych doświadczeniach.

Wyniki

Przeprowadzono rozmowy z 40 pacjentami, w wieku od 28 do 57 lat z medianą wynoszącą 39,5 lat i ze średnią wynoszącą 39,8 lat. W grupie znalazło się 30 mężczyzn i 10 kobiet, w tym 2 ciężarne. Wszyscy korzystają z terapii substytucyjnej metadonem w ośrodku. z grupy wszystkich 40 pacjentów – 15 (37,5%) ma negatywne wspomnienia związane ze służbą zdrowia, które rozpoznaje jako intencyjne ze strony personelu, natomiast 62% nigdy nie spotkało się z negatywnym nastawieniem personelu ze względu na swoją tożsamość społeczną. Aż 37, co stanowi 92% korzysta z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, natomiast 3 nie ma kontaktu z opieką zdrowotną nigdzie poza placówką. Dwóch pośród nich, jako przyczynę unikania wizyt w gabinetach POZ podaje dyskryminację, której doświadczyło

w przeszłości, 1 zaś powołuje się na wygodę, twierdząc, że wszystkie jego potrzeby zaspokaja ośrodek. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tab. I.

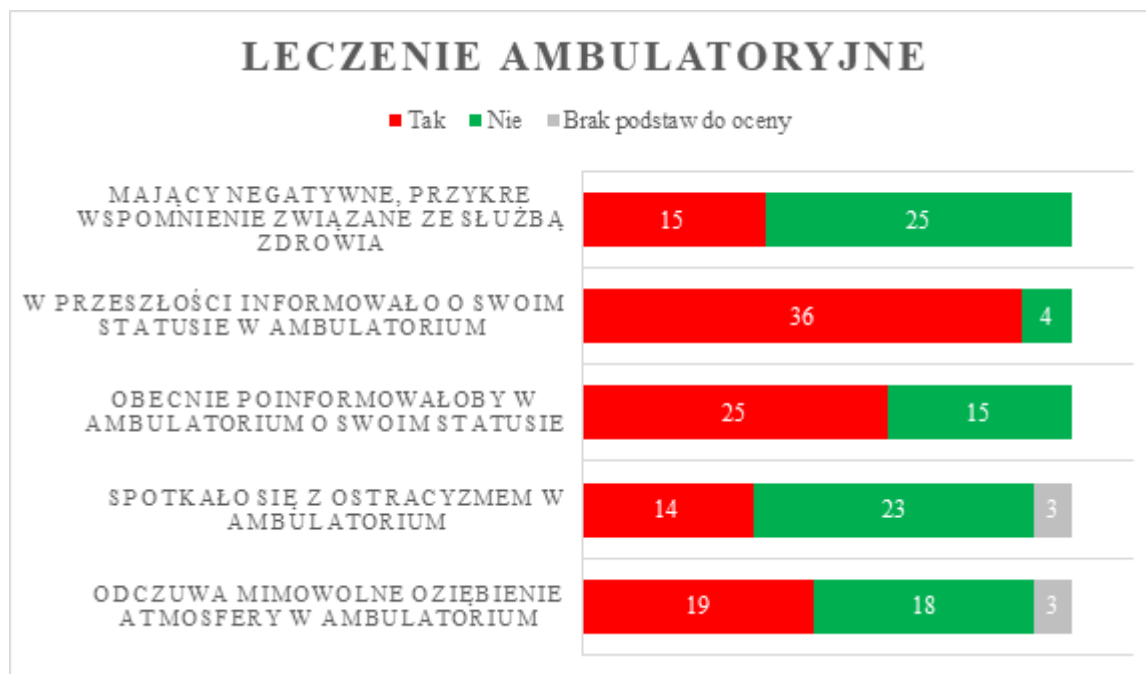
Tab. 1 Zestawienie danych demograficznych grupy badanej

Liczba pacjentów	40 osób	
Wiek pacjentów	od 28 do 57 lat	ze średnią 39,8 lat
Miejsce zamieszkania	Wrocław	35 osób
	spoza Wrocławia	5 osób
Podział na płeć	30 mężczyzn	
	10 kobiet	w tym 2 ciężarne
Zakażenie wirusami	brak	18
	tylko HIV	3
	tylko HCV	10
	HIV oraz HCV	9

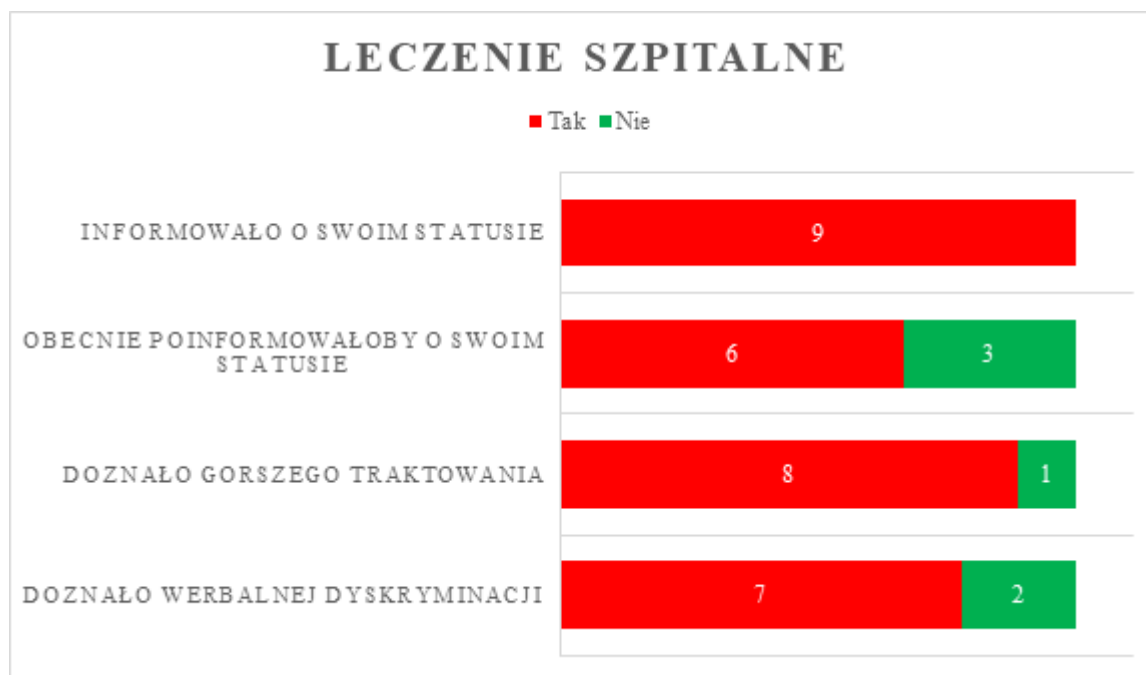
Z pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, w miejscach innych niż ośrodki 97% korzysta z publicznych placówek opieki zdrowotnej. 36 pacjentów w przeszłości informowało lekarza w ambulatorium o swoim statusie wirusologicznym i podjętej terapii substytucyjnej. Natomiast obecnie gotowość do przyznania się przed lekarzem w ambulatorium deklaruje tylko 25 osób, czyli 63%. Powodami ukrycia prowadzonej terapii, podawanymi przez pacjentów, najczęściej były lęk i wewnętrzne przekonanie o nieuchronnej krytyce i niezrozumieniu ze strony lekarza, często nie były one potwierdzone wcześniejszymi negatywnymi doświadczeniami.

Spośród badanych 40 pacjentów 9 miało kontakt z opieką szpitalną – na szpitalnych oddziałach ratunkowych lub podczas leczenia na oddziale. Wszyscy informowali o swoim statusie, prowadzeni chęcią pomocy w diagnostyce lub uważając tą informację za istotną. Aktualnie z tej grupy tylko 6 deklaruje, że nadal poinformowałoby o swoim statusie podczas wizyty w szpitalu, tymczasem 3 z tego zrezygnowało. Co więcej 8 pacjentów spotkało się z gorszym traktowaniem, co odczuwali jako oziębienie stosunków po udzieleniu informacji o podejmowanym leczeniu i zakażeniu wirusami. Siedmiu pacjentów przyznaje, że doznało werbalnego ostracyzmu, krytyki i komentarzy nieadekwatnych do kwestii medycznych. Sumarycznie ujmując, doświadczenia wszystkich badanych pacjentów, związane z leczeniem

ambulatoryjnym i szpitalnym, a także ostracyzm, z jakim się spotkali, zmiana nastawienia do oznajmiania swojego statusu w przeszłości i obecnie przedstawiono na Ryc. 1 i 2 oraz w Tab. II.



Ryc. 1 Pacjenci podejmujący leczenie ambulatoryjne



Ryc. 2 Pacjenci podejmujący leczenie szpitalne

Tab. II. Zmiana nastawienia do oznajmienia swojego statusu

Dawniej nie oznajmiało, obecnie oznajmia	1
Dawniej nie oznajmiało, obecnie nie oznajmia	4
Dawniej oznajmiało, obecnie oznajmia	26
• W tym: ma przykre doświadczenia	7
• W tym: nie ma przykrych doświadczeń	19
Dawniej oznajmiało, obecnie nie oznajmia	9
• W tym: ma przykre doświadczenia	9

Dodatkowo pulę przebadanych pacjentów podzielono w zależności od współistniejących zakażeń na 4 grupy. W pierwszej znajduje się 18 osób, u których nie potwierdzono zakażenia wirusami zarówno HIV, jak i HCV, w drugiej 10 zakażonych jest tylko HCV, w trzeciej 3 osoby zakażone HIV, natomiast w 4 znajduje się 9 pacjentów zakażonych jednocześnie HCV i HIV (Tab.1). Zależność między współistnieniem zakażeń wirusowych a doświadczeniem dyskryminacji przedstawia Ryc.3.

**Ryc. 3 Dyskryminacja ze względu na status wirusologiczny**

Spośród 13 rozmów z pracownikami ośrodka wywiad przeprowadzono z czwórką terapeutów, kierownikiem klubu pacjenta, trójką lekarzy, psychologiem, dwójką pracowników personelu pielęgniarskiego, dwójką pracowników rejestracji. Pracują oni w ośrodku od 2 do

11 lat. Żaden z pracowników nie ma lęku przed zakażeniem HIV lub HCV w codziennym kontakcie z pacjentami. Mają obowiązek doszkalać się, aby stan ich wiedzy był aktualny. Lekarze i terapeuci doksztalają się podczas oficjalnych szkoleń, reszta personelu zwykle doucza się od lekarzy i od siebie nawzajem, na bieżąco w czasie pracy.

Wszyscy lekarze mieli, przed rozpoczęciem pracy w ośrodku, pewien kontakt z uzależnionymi ze względu na wybraną specjalizację (choroby zakaźne, psychiatria). Wszystkie pielęgniarki pracujące w ośrodku pracują także na oddziale chorób zakaźnych.

Wszyscy terapeuci pracowali, przed objęciem posad w ośrodku, w dziedzinie uzależnień – w MONAR, jako streetworkerzy lub na izbie wytrzeźwień. Żaden z terapeutów nie zauważa, aby w ich grupie zawodowej panowała dyskryminacja osób uzależnionych. Wszyscy pracownicy przytaczają przykłady, kiedy pacjenci skarżyli się na dyskryminację przez personel medyczny lub kojarzą takie sytuacje z pracy w innych miejscach. Tylko jeden pracownik personelu nie jest przekonany co do zasadności istnienia programu substytucyjnego.

Dyskusja

Narkotyki nigdy nie były akceptowane w społeczeństwie, a osoby uzależnione, narkomani traktowani byli jako jednostki słabsze psychicznie. W latach 90. zdarzały się nawet przypadki ataków na placówki leczące zakażonych HIV narkomanów; później, dzięki kampaniom społecznym, problem ten przestał występować [7]. Nie udowodniono bezpośredniego związku pomiędzy dożywlnym zażywaniem narkotyków a wykluczeniem społecznym, niemniej są one ze sobą mocno powiązane. Nie omija to również środowiska opieki zdrowotnej. Taki trend nadal widoczny jest w niektórych kręgach medycznych, co możemy wnioskować z cytowanych przez pacjentów słów lekarzy, z jakimi spotkali się podczas procesu leczniczego, jak również z własnych wypowiedzi pacjentów, którzy interpretują nastawienie innych ludzi do nich (wypowiedzi znajdujące się poniżej, nieopisane żadnym dodatkowym komentarzem są bezpośrednimi słowami pacjentów):

- „*Takich ludzi nie powinno się przyjmować do szpitala.*” – przytoczone słowa lekarza z jednego z wrocławskich szpitali, wypowiedziane podczas wizyty porannej
- „*Pana nie powinniśmy tu leczyć, bo zajmuje miejsce prawdziwie chorym.*” – przytoczone słowa ordynatora oddziału z innego wrocławskiego szpitala
- „*Narkomania kojarzy się [innym lekarzom] ze słabą wolą, nie jako choroba.*”
- „*Boję się lekarzy, bo jak się dowiadują o moim leczeniu, to traktują mnie jak szmatę.*”

- „*Ćpun jest postrzegany jako jednostka słaba, godna pogardy.*”
- „*Obyś nie urodziła, albo [urodziła] Downa.*” – przytoczone słowa ginekologa do ciężarnej przed porodem.
- „*Czuje się, jakby się było czymś zarażonym, jak człowiek gorszej kategorii. Generalnie się starają [lekarze] jak najmniej dotknąć [pacjenta].*”

Wśród personelu często panuje jawnie wygłaszany pogląd, że metadon to przyzwolenie na branie narkotyków legalnie, za pieniądze podatników; zdarza się też, że pracownicy opieki zdrowotnej nie wiedzą, czym jest terapia metadonowa:

- „*Lekarz dał mi jasno do zrozumienia, że terapia metadonem to legalne ćpanie, a nie jakieś leczenie.*”
- „*Tak, doświadczyłam krytyki ze strony lekarza. Określił moją terapię jako przyzwolenie na ćpanie za darmo.*”
- „*Zdarzyło się, że na oddziale nikt nie wiedział, na czym polega terapia metadonem, pielęgniarka się dowiadywała szczegółów ode mnie.*”
- „*Jak powiedziałam ginekologowi o terapii metadonem, to dziwnie na mnie popatrzył i zapytał, co to jest.*”

Kilkukrotnie wspominanym przez pacjentów był także temat nieaktualnionej wiedzy lekarskiej. Dotyczy to zarówno informacji o samym uzależnieniu od opioidów, jak również wiedzy z zakresu chorób zakaźnych.

- „*Starsi lekarze są bardziej niedouczeni [o narkotykach, HIV, HCV] niż młodszy.*”
- „*Starsi lekarze mają gorsze podejście do pacjentów z piętnem.*”
- „*Jedna pielęgniarka zapytała mnie, jak to w ogóle jest możliwe, że ja jestem trafiona, a moje dzieci nie?*”
- „*Spodziewam się, że ludzie, lekarze tak samo, nie mają dostatecznej wiedzy na temat problemu narkotykowego.*”

Wielokrotnie przewijały się skargi na nieadekwatne środki bezpieczeństwa stosowane przez personel:

- „*Lekarze przychodzili [do mnie na salę] ubrani jak kosmici, w maskach, zasłonięci, z szybami.*”
- „*Po informacji o moim zakażeniu [HIV], lekarz założył maseczkę.*”
- „*Podczas badania USG lekarka była w rękawiczkach, a po informacji o zakażeniu, założyła bez słowa drugą parę. To jest przykre!*”

Jak się jednak okazuje, nie sama kwestia zastosowania dodatkowego zabezpieczenia jest problemem – o ile nie jest ono nadmiernie rzucające się w oczy i połączone ze słowną dyskryminacją:

- *„Nie mam nic przeciwko temu [zakładaniu dodatkowych rękawiczek] – to jest niebezpieczeństwo dla tych ludzi, a tak mogą się zabezpieczyć – ja się nie czuję z tego powodu gorzej.”*
- *„Byłem przyjmowany na końcu kolejki u dentysty, bo mówił, że nie ma czym po mnie zdezynfekować szybko narzędzi; ale nie miałem z tym problemu.”* – przykład bezzasadnego wytłumaczenia; niemniej – ukazującego, że rozmowa zmienia nastawienie pacjenta.

Podobnie jest z samym „oziębieniem atmosfery” podczas rozmowy – jeśli personel nie przejawia ksenofobicznych zachowań, a stara się zwalczyć swoje wewnętrzne negatywne nastawienie, jest to doceniane przez pacjentów:

- *„Jest jakieś tam oziębienie atmosfery w rozmowie, ale nic znacznego, taka naturalna reakcja raczej.”*
- *„Nie czuję, żeby lekarz miał być jakoś uprzedzony. Jest jakaś tam niechęć do narkomanów ze strony służby zdrowia, pewnie, ale bez przesady.”*

Pacjenci boją się powiedzieć o swoim statusie, z góry zakładając dyskryminację. Przez rozmowy w gronie znajomych również leczących się lub zakażonych, pacjenci często nabywają przeświadczenia, że będą dyskryminowani. Zauważalne jest, że pacjenci, których znajomi doznali w pewien sposób przykrości ze względu na swoją tożsamość, częściej postanawiają nie wyjawiać lekarzowi informacji o swoim statusie serologicznym ani terapii substytucyjnej.

- *„Mam świadomość, że jakbym tak powiedział, to by tak było [o dyskryminacji], że byłbym traktowany gorzej.”*
- *„Kiedyś jak byłem w przychodni to mówiłem, ale teraz jakbym miał pójść, to bym nie powiedział. Nikt mnie nie dyskryminował, ale tak zapobiegawczo po prostu.”*

Często pacjenci, którzy nie spotkali się z dyskryminacją w służbie zdrowia, traktują to nie jako normę, a jako szczęśliwy traf – że udało im się trafić akurat na takiego lekarza:

- *„No teraz [lekarz] rodzinny jest okej, ale to przypadkiem tak trafiłem.”*
- *„Akurat trafiłem tak, że spotkałem się z akceptacją i miłym traktowaniem. Nawet u dentysty.”*

Brak wiedzy na temat terapii metadonem wśród personelu i społeczeństwa wpływa także na opory uzależnionych przed poddaniem się tej terapii:

- *„Myślałem, że na metadon idą tylko skończeni ludzie.”*
- *„Miałem już dość kradzieży i trafiań do więzień, to wreszcie poszedłem.”*

Pacjenci uważają, że mają szeroką wiedzę o swoich chorobach i o leczeniu substytucyjnym, jednakże kilkakrotnie można było usłyszeć podczas wywiadu, że nie informują lekarzy o terapii metadonem, ponieważ nie ma ona żadnego wpływu na proces leczenia innych chorób. Tymczasem w CHPL *Methadone Hydrochloride Molteni* – preparatu dostępnego na polskim rynku możemy przeczytać, że jest on ryzykowny dla pacjentów z m.in. niedoczynnością tarczycy, chorobą Addisona, przerostem prostaty, zwężeniem cewki moczowej, ciężkim zaparciem, astmą, POChP, sercem płucnym. W przypadku zażywania jednocześnie z różnymi środkami uspokajającymi, trójcyklicznymi lekami przeciwdepresyjnymi, alkoholem może wystąpić depresja, głęboka sedacja, śpiączka. Ma także szereg interakcji, m. in. z substancjami wpływającymi na aktywność izoenzymu CYP3A4 (jak choćby makrolidami, pochodnymi triazolu, SSRI, sokiem grejpfrutowym i barbituranami) [8].

Problem dyskryminacji jest zauważalny przez wszystkich pracowników ośrodka: (wypowiedzi znajdujące się poniżej, nieopisane żadnym dodatkowym komentarzem są bezpośrednimi słowami personelu):

- *„Okolo 30% skarży się [na dyskryminację], 50% mówi [o swojej tożsamości] i jest dobrze odbierane, ze 20% nie mówi w ogóle. To wynika ze stereotypów, braku wiedzy i patrzenia na nich jako na gorsze jednostki społeczne.”*

Problem jest głęboko zakorzeniony w świadomości personelu, podobnie jak całego społeczeństwa:

- *“Nawet w oddziale NFZ – pieniądze się dla nas znajdują, ale niechętnie. Słyszysz się wprost, że to ćpanie za państwowe pieniądze.”*
- *“Niektórzy – nawet zakaźnicy – uważają takie działanie [terapię substytucyjną] za dziwactwo i gdyby to od nich zależało, to wysłaliby tych ludzi do lasu.”*
- *„Jest takie przekonanie, że jak ktoś zakaził się HIV, to jest albo wielkim narkomanem, albo prostytutką.”*

Zauważalne jest jednak, że na przestrzeni lat sytuacja ulega zmianie i widać poprawę. Coraz więcej pracowników opieki zdrowotnej akceptuje ludzi zakażonych HIV, HCV lub uzależnionych leczących się metadonem:

- *„Na przestrzeni tych 11 lat (od kiedy istnieje nasz ośrodek) zmieniliśmy świadomość wielu lekarzy.”*
- *„Ta sytuacja poprawia się na przestrzeni lat.”*

Zdania na temat, czy możliwa jest bardziej dynamiczna zmiana sytuacji są podzielone. Zgodnie zwraca się uwagę na to, że nie jest to kwestia tylko szkoleń technicznych, ale głównie zajęć rozwijających empatię. Są także głosy, że zmiana to tylko kwestia postępu i rozwoju świadomości całego społeczeństwa z upływem czasu.

- *„To nie jest kwestia podawania wiedzy, ale przedarcia się przez przekonanie, że to są gorsi ludzie – takie opinie typu >>ja nie będę zarabiać na darmozjady<< albo >>jak sobie zrobił, to niech teraz sobie radzi<<.”*
- *„Brakuje przede wszystkim empatii – świadomości, że to nie jest mięso, tylko to jest drugi człowiek.”*
- *„Różnica jest z czasem, ale to wynika głównie z rozwoju społecznego. Ludzie zaczynają akceptować, że nie każdy żyje według ich wzorca.”*
- *„Żadne szkolenia nic nie zmienią, dopóki społeczeństwo się nie zmieni.”*

Zwraca się także uwagę na lęk przed nieznanym, na to, że wykłady bez żywego przykładu nie przyniosą efektu:

- *„Służba zdrowia, która nie ma się bać HIV – boi się go. Ci, którzy nie mieli kontaktu z takimi pacjentami – boją się i nie dopuszczają ich do siebie.”*
- *„Szkolenia dla lekarzy i personelu – tak, są potrzebne. Ale, żeby nie dawać tego teoretycznie, a w praktyce, żeby ludzie – młodzi lekarze – wiedzieli, że ci narkomani, zakażeni, też są ludźmi.”*
- *„Mogłyby te szkolenia mieć formę takich na przykład spotkań w bibliotece. To jest bardziej kwestia szkoleń praktycznych z tego, co sprawia lekarzowi problem – skojarzeń stereotypowych. Pokazanie, że narkoman jest taki i taki; że uprawiający chemseks jest taki i tak; że gej jest taki i taki. To jest strach, którego klasycznym, technicznym szkoleniem nie da się zniwelować. Ludzie po takim kursie nadal będą pełni obaw, stereotypów. Szkolenia muszą być nastawione na rozbrajanie stereotypów.”*

Ponadto, zwraca się uwagę na niski poziom empatii lekarzy:

- *„Problemem są starsi lekarze – wyprani z emocji. Ogólnie, z czasem pracy lekarze tracą aktualną wiedzę – nie uzupełniają jej, nabywają znieczulicy oraz wypalenia zawodowego.”*
- *„Edukacja jest ważna, ale problem leży w tym, że człowieka albo się akceptuje, albo nie. Wydaje mi się, że lekarze mają wiedzę na temat uzależnień i tak dalej, ale tego nie akceptują.”*
- *„Przychodzi pacjent wytatuowany, z piercingiem – wystraszony idzie do szpitala, a tam brak jest rozmowy motywującej, a tylko >>dobra, jak już się trafiłeś, to cię le-*

czymy<< – mamy odhumanizowanie medycyny. Staliśmy się urzędnikami, nie ma normalnej rozmowy z pacjentem. Problem nadmiaru papierkowej roboty jest w wielu krajach, a jednak ten kontakt jest.”

- *„Lekarze często nie wiedzą, czemu krzyczą. Chcąc się dowiedzieć, czemu tak reagują, powinni zadać sobie trud zrozumienia tego, a jak jest to jakaś głęboka trauma, iść na psychoterapię. Brakuje superwizji, stąd grubiańskość, dekompensowanie swoich emocji w relacji z pacjentem.”*

Pojawia się także kwestia słabo funkcjonującej *peereducation* – sytuacji, gdzie przedstawiciele danego środowiska swoją postawą edukują resztę, dają przykład. Istnieje też przyzwolenie na ignorancję wśród innych, brak społecznej odwagi do uzupełnienia cudzych braków w wiedzy.

- *„Rozmawiamy z personelem – np. z ratownikami – i oznajmiamy nowinki, szerzymy prawdziwe informacje – to takie szkolenia indywidualne, nieformalne, w czasie pracy.”*
- *„Edukacją [zmieniać]. Słowo >>obowiązkowa<< jest niebezpieczne, ale jakaś edukacja powinna być i dotyczyć wszystkich pracowników w NFZ – np. w przychodni sprzątaczką też powinna być wyedukowana w podstawowym zakresie o sytuacji: że nie można się zakazić przez podanie ręki i tak dalej. Wtedy ona tę wiedzę przekazuje dalej, do znajomych i tak dalej. Oczywiście, to powinno być stopniowane w górę – wiedza w szerszym zakresie dla pielęgniarek i w ogóle dla lekarzy.”*
- *„Zawsze szwankowało przełożenie wiedzy teoretycznej na praktykę, ale teraz można być dumnym z wyrażania swojego burackiego zdania i z emanowania ignorancją.”*
- *„Pracownicy medyczni przestali się wstydzić swojej ignorancji. Kiedyś – pytali wśród innych, gdy czegoś nie wiedzieli. Teraz – reagują agresją, komentarzami wynikającymi z niewiedzy. Żyjemy w coraz większym lęku społecznym, nie ufamy sobie. Używamy agresji tam, gdzie mamy władzę – tu następuje dekompensacja.”*

Porównując wyniki własne do badania J. Chmielowiec [9] – zauważyć można różnicę w zakresie stosunku personelu medycznego do narkomanów. Osoby uzależnione są traktowane jako pasożyci społeczni przez 60% lekarzy i 55,7% pielęgniarek. Różnice widać w przypadku uważania narkomanii za „chorobę na własne życzenie” – za taką uważa ją bowiem 80% pielęgniarek i 42% lekarzy. Przytoczone badanie podaje, że u niemal 40% pielęgniarek i u przeszło 25% lekarzy narkomani budzą lęk. Wiedzę dotyczącą narkomanii z fachowych źródeł pozyskuje tylko 60% lekarzy i około 30% pielęgniarek. Niemal 55% lekarzy i przeszło 73% pielęgniarek nie dopuszcza możliwości udzielenia wsparcia

finansowego osobie uzależnionej, będącej w stanie abstynencji. Ponad 20% lekarzy i prawie 64% pielęgniarek twierdzi, że nie podejmowało żadnej pomocy medycznej osobie uzależnionej od narkotyków. W przytoczonej pracy widać więc negatywne nastawienie występujące u znacznej części lekarzy i większości personelu pielęgniarskiego. Badania te przeprowadzone były w grupie liczącej 96 pracowników służby zdrowia. Nie byli oni wyspecjalizowani w danej dziedzinie, ani nie zajmowali się nią na co dzień. Stanowią odpowiednik służby medycznej, z którą pacjenci z wrocławskiego ośrodka spotykali na SOR lub w przychodniach POZ. Mimo iż w grupie danych przedstawicieli służby zdrowia był największy odsetek wiedzy na temat narkomanii z całej badanej grupy (badaniem objęci byli także policjanci i nauczyciele) nie przekładała się ona na kontakt z pacjentem.

Także J. Wojciechowska [10] przytacza przykłady wypowiedzi osób zakażonych HIV, dotyczące lekarzy dyskryminujących takich pacjentów. Są to, przykładowo, polecenie przynoszenia własnych narzędzi do badania, głośnie wygłaszanie poglądów o konieczności sterylizacji kobiet zakażonych, odmowa wykonania świadczeń lub żądanie dodatkowej zapłaty za specjalne odkażanie narzędzi, przyjmowanie dzieci (niezakażonych!) osób zakażonych w izolatkach. Przejawy nieodpowiedniego traktowania są bardzo zbliżone do tych przedstawionych w badaniu własnym. Wnioskować można, że kwestia dyskryminacji oraz problem niewiedzy na temat środków ostrożności w kontakcie z zakażonymi pacjentami nie dotyczy wyłącznie Wrocławia, ale również innych miast w Polsce i można go nazwać problemem powszechnym.

Wnioski

Osoby uzależnione, w związku z licznymi towarzyszącymi nałogowi chorobami, potrzebują kompleksowej opieki medycznej. Ze strony problemów natury psychicznej - psychiatrów, psychologów, terapeutów, a somatycznej - lekarzy chorób zakaźnych, stomatologów, ginekologów. Mimo wielu lat funkcjonowania praktyki terapii substytucyjnej w Polsce, wciąż wiedza na jej temat jest mało rozpowszechniona, nawet wśród lekarzy. Wiedzę tą należy propagować w zarówno w celu uświadomienia społeczeństwa i ułatwienia dostępu do programu metadonowego wielu narkomanom nieobjętym żadnym leczeniem, jak i zahamowania niepożądanych przejawów dyskryminacji wśród tej grupy pacjentów w służbie zdrowia. Jednak problem dyskryminacji nie leży jedynie w braku wiedzy personelu medycznego, lecz w postawach oceniających. Do przełamywania dyskryminacji, stygmatyzacji i uzależnień potrzebna jest postawa otwarta, wyrozumiała i empatyczna. Mimo

że nie zawsze jest się w stanie zaakceptować styl życia pacjenta, nigdy nie zwalnia to z obowiązku okazania mu szacunku i pomocy, której potrzebuje.

Piśmiennictwo

1. Maj J. C., Wodowski G.: Szczypta naszej nadziei. Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000-2007, Wyd. Stowarzyszenie Życzliwa dłoń, 2008.
2. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Stan problemu narkotykowego w Europie, 2010, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/926/EMCDDA_AR2010_PL_242727.pdf, data pobrania 20.04.2018.
3. Habrat B.: Uzależnienie opioidowe, <https://psychiatria.mp.pl/uzaleznienia/91662,uzaleznienie-opioidowe>, data pobrania 20.04.2018.
4. Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii: Leczenie substytucyjne, <http://www.kbpn.gov.pl/porta1?id=106992>, data pobrania 20.04.2018.
5. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europejski raport narkotykowy, 2017, <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001PLN.pdf>, data pobrania 20.04.2018.
6. Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych, Wyd. Śląsk, Katowice, 2004.
7. Guggenbühl L., Uchtenhagen A., Fabian C.: Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT) Part I: Ethical Aspects in the Treatment and Care of Drug Addicts, 2000, https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=12846, data pobrania 20.04.2018.
8. Charakterystyka Produktu Leczniczego Methadone Hydrochloride Molteni, <http://www.molteni.com.pl/assets/pdf/SmPC%20-%20Methadone%201%20mg.pdf>, data pobrania 20.04.2018.
9. Chmielowiec J.: Wiedza i postawy wobec uzależnień od środków psychoaktywnych w grupach zawodowych: pracowników służby zdrowia, nauczycieli i policji w województwie lubuskim, 2012, praca doktorska, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/252404/index.pdf>, data pobrania 20.04.2018.
10. Wojciechowska J.: Stygmat i dyskryminacja osób żyjących z HIV/AIDS, Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy, 2004, 4, 415-423.

Stopień uzależnienia od Internetu wśród młodzieży szkół średnich

Gardocka Agnieszka¹, Jankowiak Barbara²

1. Szpital Ogólny im. dr. med. Witolda Gineła w Grajewie
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Osiągnięcie techniki i nauki, którym jest Internet, niemal z dnia na dzień stał się wszechobecny i obejmuje swoim zasięgiem cały świat. Na pozór Internet stanowi tylko zbiór kabli, światłowodów i komputerów obecnych zarówno w wielkich metropoliach, jak i małych wioskach. Wydawać by się mogło, że Internet jest tylko narzędziem informacyjnym dostarczającym wiadomości, tak jak wcześniej prasa, radio czy telewizja. Jest jednak pewna różnica pomiędzy Internetem a mediami, które były wcześniej. Tą różnicą jest interaktywność, czyli możliwość czynnego korzystania z sieci, a nie tylko, jak było w przypadku wcześniejszych mass mediów, wyłącznie odbieranie informacji. Użytkownik świadomie selekcjonuje wiadomości oraz aktywnie włącza się w dyskusje, przez co funkcjonuje wewnątrz sieci, a nie tylko korzysta z jej usług [1].

Zarówno komputer, jak i Internet szybko stały się centralnym punktem w naszych domach, działając praktycznie bez przerwy. Jednak niezmiernie ważne jest to, jak z niego korzystamy i do czego nam służy. W momencie, kiedy Internet staje się sposobem na kłopoty, frustracje i stresy, zastępując przyjaciół i życie rodzinne, jesteśmy na dobrej drodze do uzależnienia.

Pojęcie uzależnienia od Internetu po raz pierwszy zostało zaproponowane w 1995r. przez Golberga (psychiatrę z Nowego Yorku) w formie żartu. Już rok później badania Young, która obecnie jest światowym specjalistą w dziedzinie cyberuzależnień, potwierdziły istnienie tego zaburzenia [2].

Obecnie, mimo iż powszechnie przyjmuje się istnienie zjawiska uzależnienia od Internetu i treści w nim zawartych, nie brakuje również sceptyków istnienia tego zaburzenia. Jednym z badaczy kwestionujących możliwość uzależnienia od sieci jest amerykański psychiatra Grohol, dla którego niezrozumiała jest tak silna koncentracja na tzw. „ciemnej” stronie Internetu, a diagnozy cyberuzależnień uważa za nieetyczne. Swoją hipotezę

potwierdza istnieniem ludzi - pasjonatów, którzy np. całe dni spędzają na czytaniu gazet lub pielęgnacji ogródka [3].

Wypośredkowaną opinię na temat uzależnienia internetowego ma inny amerykański uczony Velea twierdząc, iż uzależnienie od Internetu dotyczy tylko niewielkiej grupy użytkowników. Tym samym krytykuje Young poszukującej analogii uzależniania od Internetu do hazardu [3].

W roku 2001 Beard i Wolf zaproponowali, aby uzależnienie od komputera, definiowane jako zaburzenie kontroli popędów i nawyków można zdiagnozować, gdy występują takie objawy, jak:

- głębokie zaabsorbowanie Internetem (natrętne myśli o poprzednim lub następnym pobycie w sieci)
- używanie Internetu przez coraz dłuższy czas w celu osiągnięcia satysfakcji
- podjęcie nieudanych prób kontroli zaprzestania lub ograniczenia korzystania z Internetu
- zły nastrój, przygnębienie i poirytowanie w trakcie prób ograniczenia Internetu
- korzystanie z Internetu dłużej niż było to zamierzone [4,5].

Cele pracy

1. Określenie stopnia uzależnienia od Internetu wśród młodzieży szkół średnich w zależności od płci i miejsca zamieszkania.
2. Określenie czynników mających największy wpływ na uzależnianie się młodzieży od Internetu.

Materiał i metodyka pracy

Badania zostały przeprowadzone w grupie 154 osób w wieku od 16 do 19 lat z Zespołu Szkół nr 2 im. 9. Pułku Strzelców Konnych w Grajewie. Osoby ankietowane były wybierane losowo i dobrowolnie.

Materiał badany do niniejszej pracy został zebrany na podstawie sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety, który został opracowany na potrzeby tej pracy. Ankieta była anonimowa, a udział w niej był dobrowolny. Kwestionariusz ankiety zawierał 31 pytań zamkniętych jedno lub wielokrotnego wyboru. Ankieta zawierała

pytania dotyczące płci, wieku, rodzaju szkoły, najczęstszych miejsc korzystania z Internetu, ilości czasu spędzanego przed komputerem w poszczególnych dniach tygodnia, form korzystania z komputera oraz najczęstszych zauważalnych konsekwencji i powikłań zbyt długiego korzystania z Internetu.

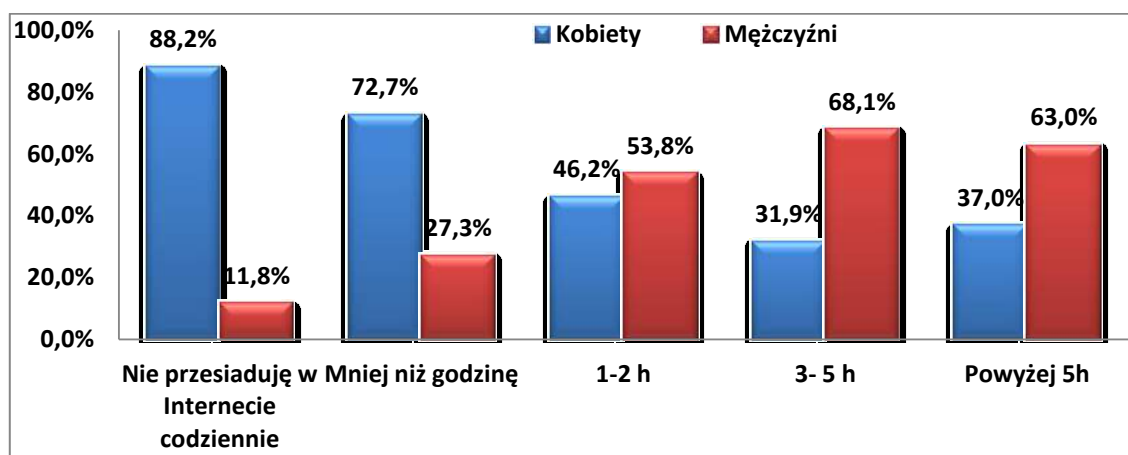
Wyniki

W badaniu wzięły udział 154 osoby, z czego 46,7% stanowiły kobiety i 53,3% mężczyźni. Ankietowanymi byli uczniowie Zespół Szkół nr 2 im. 9. Pułku Strzelców Konnych w Grajewie. Ankietowani należeli do przedziału wiekowego od 16. do 19. roku życia. Grupa badanych pochodziła zarówno z terenów miejskich (70,8 %), jak i wiejskich (29,2%).

Ankietowani z terenów miejskich mieli w 100% stały dostęp do Internetu, natomiast ankietowani pochodzący z terenów wiejskich w 97,8% mieli stały dostęp do Internetu.

Na pytanie odnośnie dziennej ilości spędzania czasu na korzystaniu z Internetu 33,8% ankietowanych zaznaczyła przedział od 1-2 godzin, powyżej 5 godzin – 17,5%, natomiast poniżej 1 godziny spędza zaledwie 7,2 % ankietowanych.

Wśród osób, które zadeklarowały, iż nie korzystają codziennie z Internetu większość stanowiły kobiety (88,2%), natomiast spośród osób, które korzystają z Internetu więcej niż 5 godzin dziennie większość stanowili mężczyźni 63% (Rycina 1).



Rycina 1. Dzienna ilość czasu poświęconej na korzystanie z Internetu

Wśród osób korzystających z Internetu 3-5 godzin dziennie większość stanowiły osoby zamieszkujące tereny miejskie (80,8%), podobnie było też w przypadku osób

korzystających z Internetu powyżej 5 godzin (66,7%), natomiast wśród ankietowanych, którzy zaznaczali, iż nie przesiadują w Internecie codziennie zbliżona była liczba osób zamieszkujących tereny wiejskie (47,1%) i miejskie (52,9%).

Ankietowani najwięcej godzin w Internecie spędzają w soboty - średnio 7,8 godziny, piątki – 6,9 godziny, najmniej w poniedziałki – 2,4 godziny.

Kobiety najdłużej korzystają z Internetu w niedziele (8,1 godziny), natomiast mężczyźni w soboty (9,2 godziny).

Wśród osób korzystających z Internetu w szkole zdecydowaną większość stanowiły kobiety (83,3%). Mężczyźni najczęściej korzystają z Internetu w domu (61,9%).

Ankietowani, którzy najczęściej korzystają z Internetu zarówno w szkole (80,0%), jak i u znajomych (70,0%) pochodzą z terenów wiejskich. Mieszkańcy miast najczęściej korzystają z urządzeń mobilnych (telefon/tablet) – 75,4%.

Ankietowana młodzież najczęściej używa Internetu w celu korzystania z portali społecznościowych typu Facebook (92,2%). Wśród ankietowanych, którzy używają Internetu w celu korzystania z portali matrymonialnych 83,3% stanowiły kobiety, natomiast ankietowani, którzy grają w gry komputerowe to przede wszystkim mężczyźni (74,0%). Szczegółowe dane zostały przedstawione na Rycinie 2.

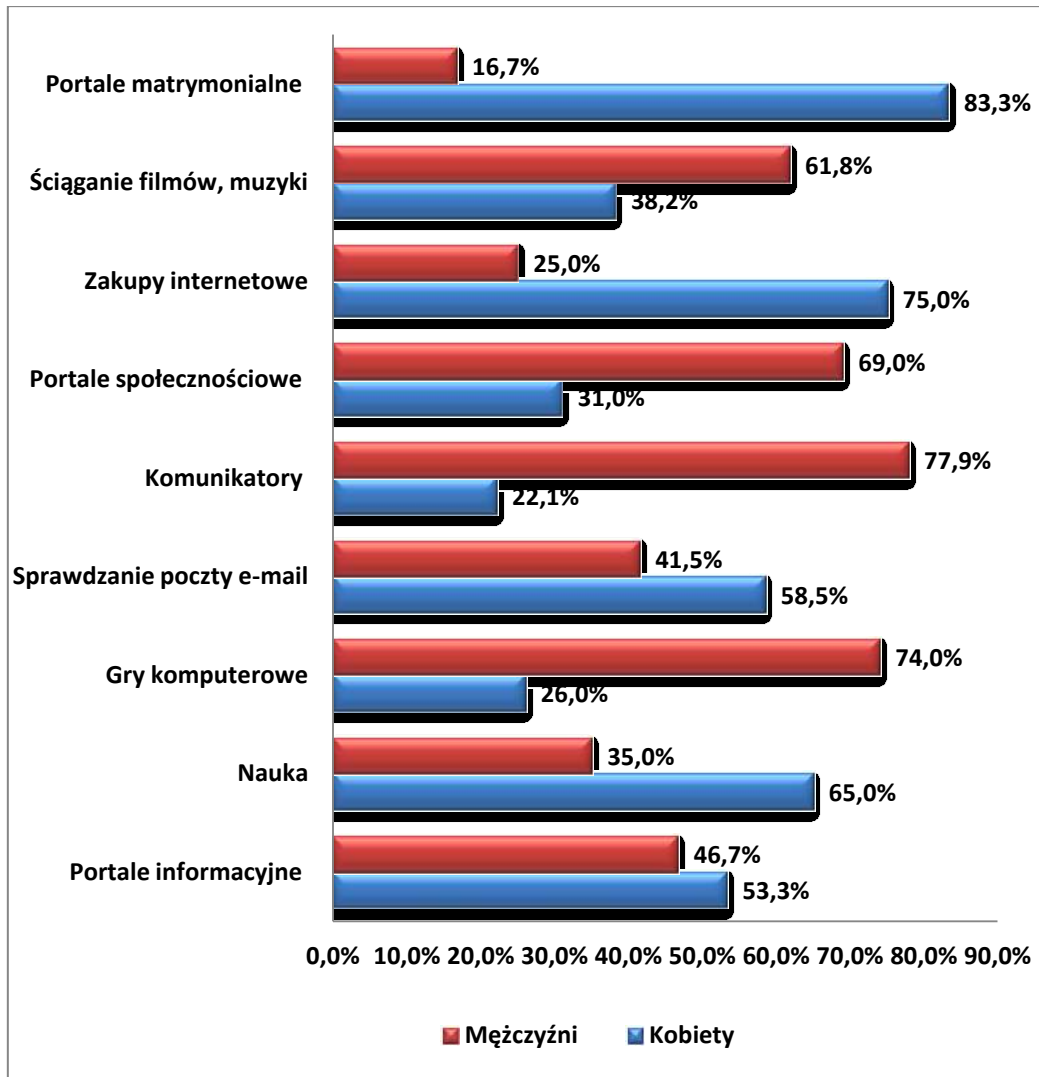
Aż 42,1% ankietowanych odwiedza portale społecznościowe kilka razy dziennie, jedynie 8% stwierdziło, że nie korzysta z portali. Cały czas on-line jest 69,9% mężczyzn i 30,4% kobiet.

Wśród osób, które deklarowały, iż nie dotyczy ich pytanie „Jak często zdajesz sobie sprawę, że nie możesz się doczekać ponownego odwiedzenia Internetu”, 78,6% to kobiety, natomiast wśród osób, które przyznawały się, że często zdarza im się, że nie mogą doczekać się kolejnego wejścia do Internetu byli mężczyźni (61,5%). Przedstawia to Rycina 3.

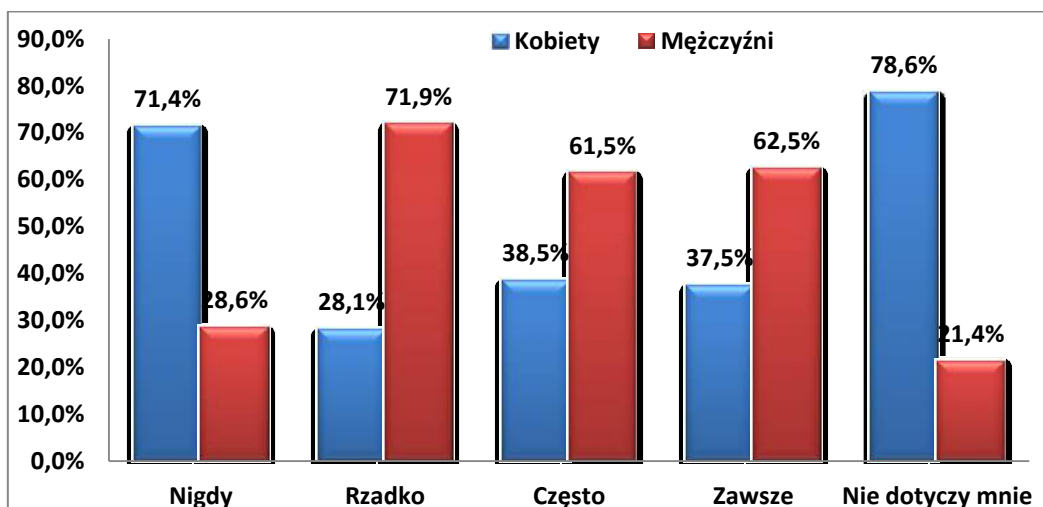
Kobiety stanowiły większość (65,2%) w grupie, która deklarowała, iż „nigdy” nie myślą, że życie bez Internetu byłoby nudne. W grupie, która przyznaje się, iż zdarza się im to bardzo często 62,5% stanowili mężczyźni (Rycina 4).

Aż 68,2% grupy, która przyznała się, że spędza więcej czasu przed komputerem niż pierwotnie zaplanowała stanowili mężczyźni (Rycina 5).

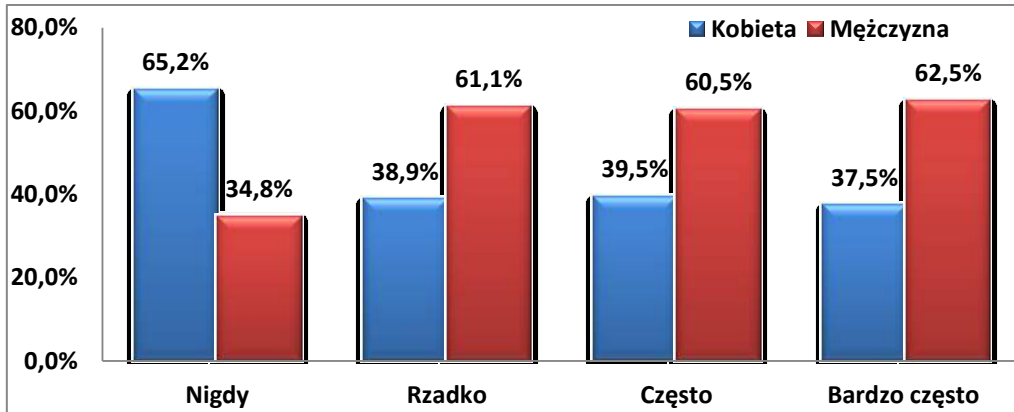
Ankietowani, którzy zawsze zaniedbują domowe obowiązki na rzecz czasu spędzonego on-line to w 100% mężczyźni. Natomiast znacznie większą część grupy, która deklarowała, iż nigdy nie zaniedbuje domowych obowiązków na rzecz czasu on-line stanowiły w 86,7% kobiety (Rycina 6).



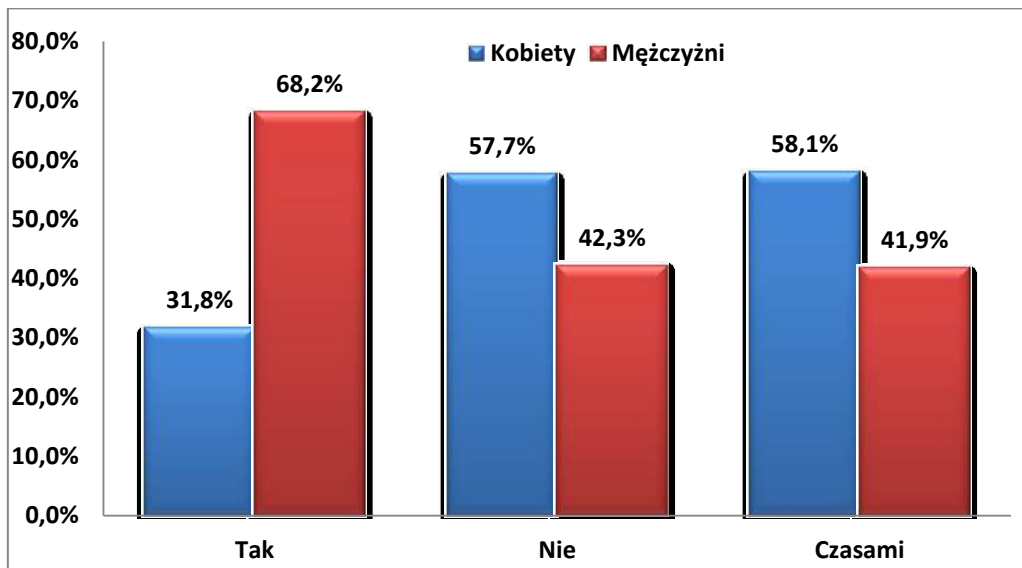
Rycina 2. Najczęstsze cele korzystania z Internetu z uwzględnieniem płci



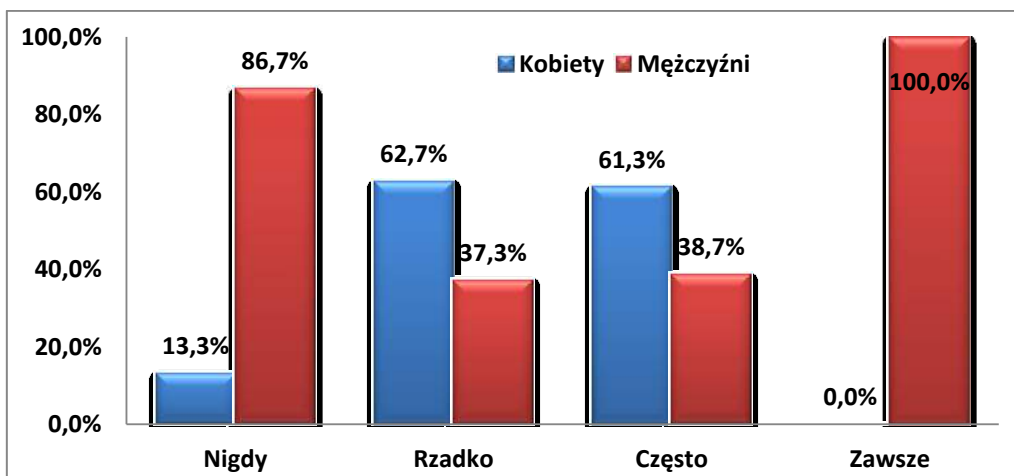
Rycina 3. Procentowe przedstawienie odpowiedzi na pytanie „Jak często zdajesz sobie sprawę, że nie możesz się doczekać ponownego odwiedzenia Internetu”



Rycina 4. Procentowe przedstawienie odpowiedzi na pytanie "Jak często myślisz, że życie bez Internetu byłoby nudne?"

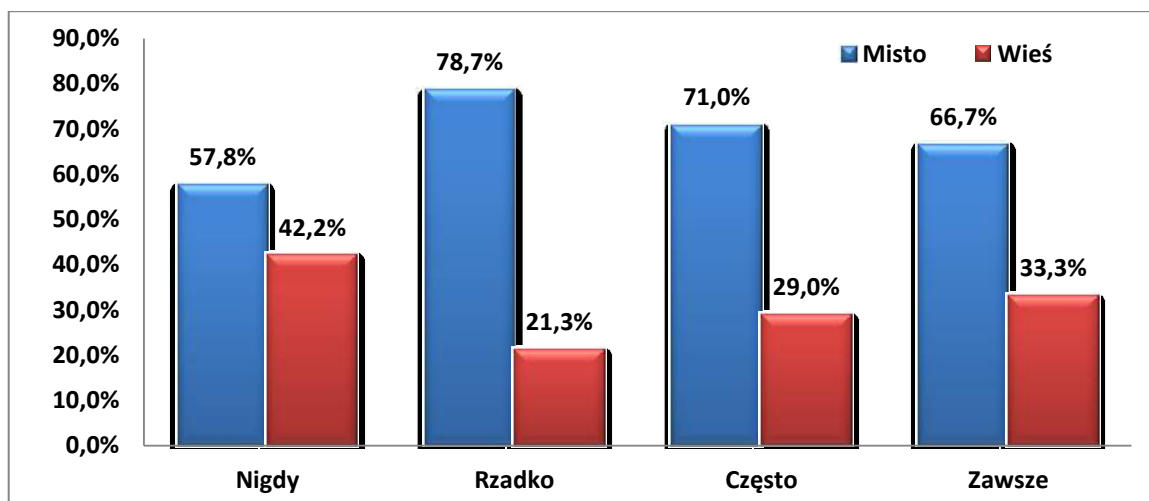


Rycina 5. Procentowe przedstawienie odpowiedzi dotyczącej spędzania większej ilości czasu w Internecie niż było to zaplanowane



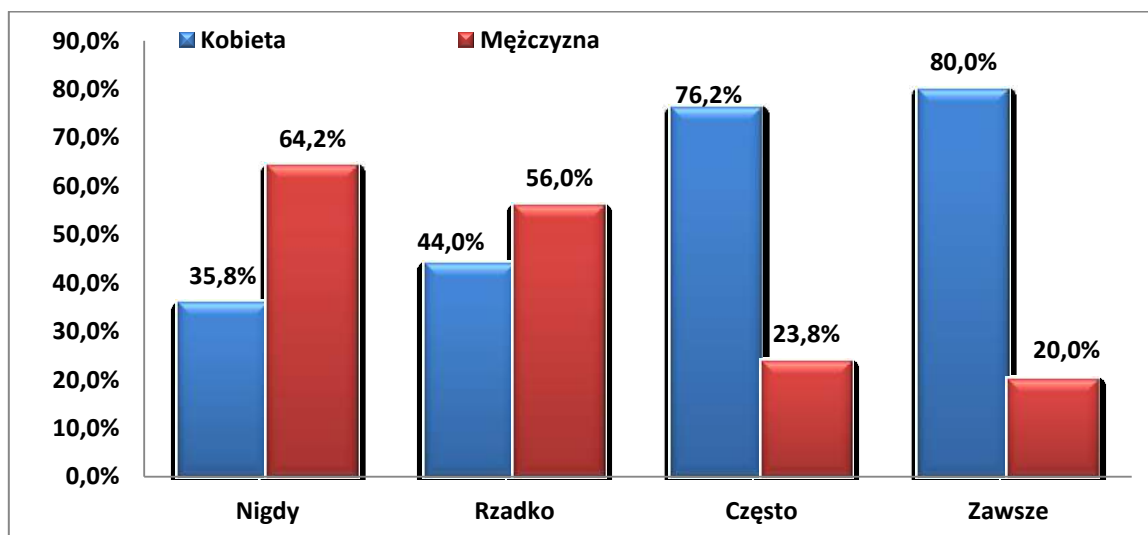
Rycina 6. Częstość zaniedbywania domowych obowiązków kosztem czasu on-line

Ankietowani pochodzący z terenów miejskich stanowili 78,7% grupy, która „często” zaniedbuje obowiązki kosztem spędzania czasu on-line, co zostało zobrazowane na Rycinie 7.



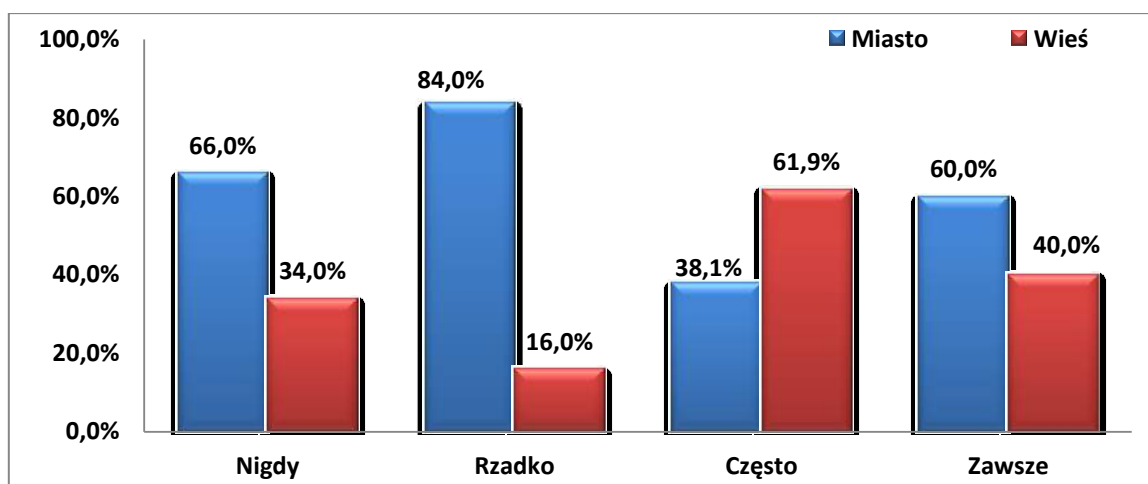
Rycina 7. Częstość zaniedbywania domowych obowiązków kosztem czasu on-line z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Wśród ankietowanych, którzy deklarowali, iż „zawsze” (80,0%) i „często” (76,2%) zawierają znajomości przez Internet znaczną większość stanowiły kobiety (Rycina 8).



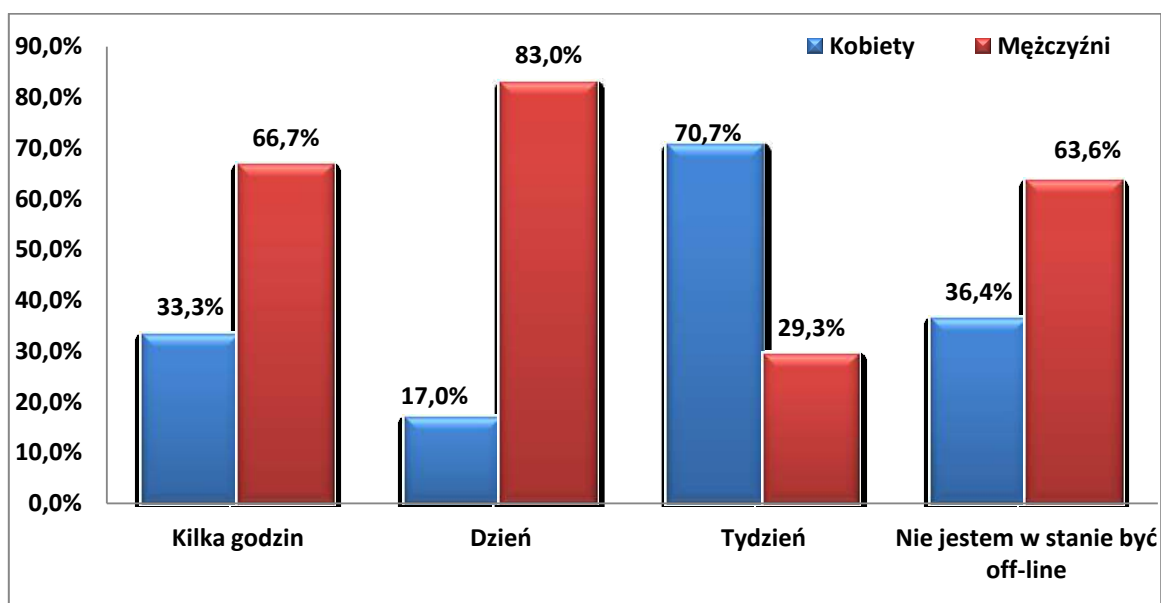
Rycina 8. Częstość zawierania znajomości w Internecie z uwzględnieniem płci

Grupa, której „często” zdarza się zawierać znajomości w Internecie składała się głównie z mieszkańców terenów wiejskich (61,9%). Zostało to przedstawione na Rycinie 9.



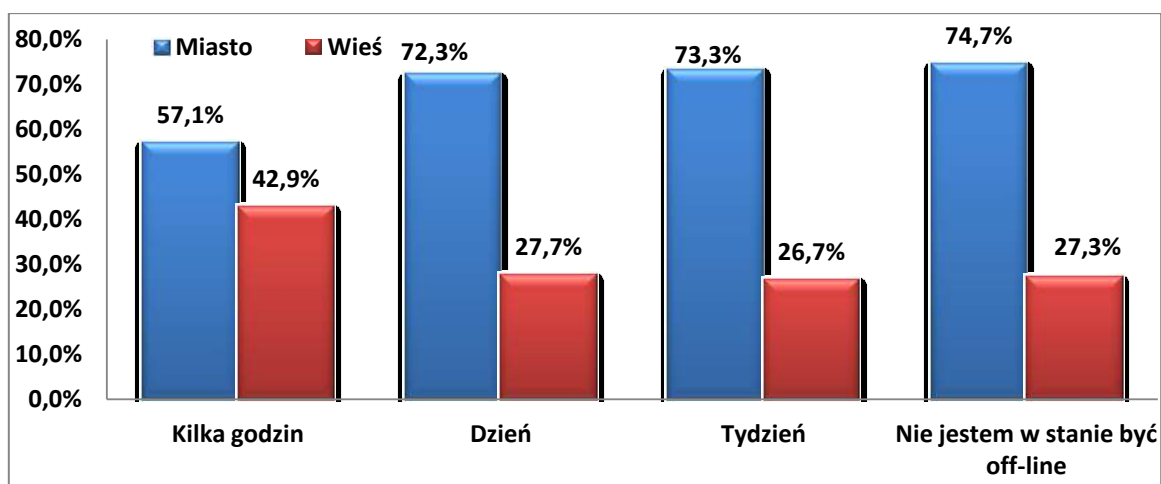
Rycina 9. Częstość zawierania znajomości w Internecie z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Wśród ankietowanych, którzy deklarowali, iż są w stanie wytrzymać tydzień bez Internetu zdecydowaną większość stanowią kobiety (70,7%), mężczyźni w większości deklarowali, iż są w stanie nie korzystać z Internetu kilka godzin (66,7%) lub dzień (83,0%). Zostało to przedstawione na Rycinie 10.



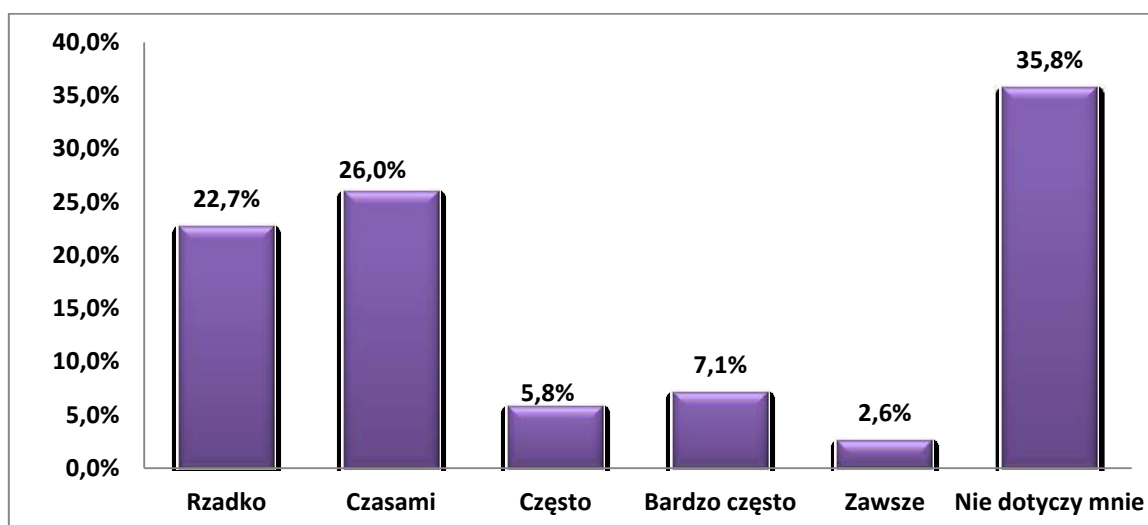
Rycina 10. Czas, który są w stanie wytrzymać ankietowani bez Internetu z uwzględnieniem płci

Aż 74,7% grupy, która przyznaje się, że nie jest w stanie być off-line stanowili mieszkańcy miast. Dane te przedstawia Rycina 11.



Rycina 11. Czas, który są w stanie wytrzymać ankietowani bez Internetu z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

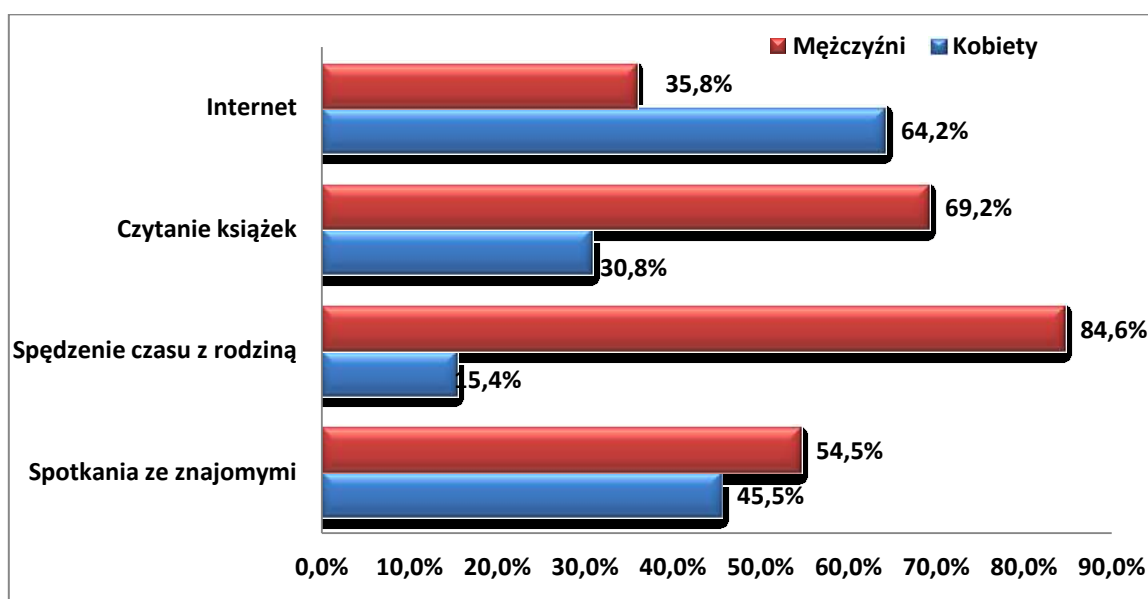
35,8% ankietowanych twierdziło, iż problem skróconego czasu snu na rzecz korzystania z Internetu ich nie dotyczy. 7,1% ankietowanych uczniów potwierdzało, iż jest to bardzo częsty problem, natomiast 2,6% młodzieży przyznało się, iż zawsze na rzecz korzystania z Internetu są w stanie skrócić sobie czas snu (Rycina 12).



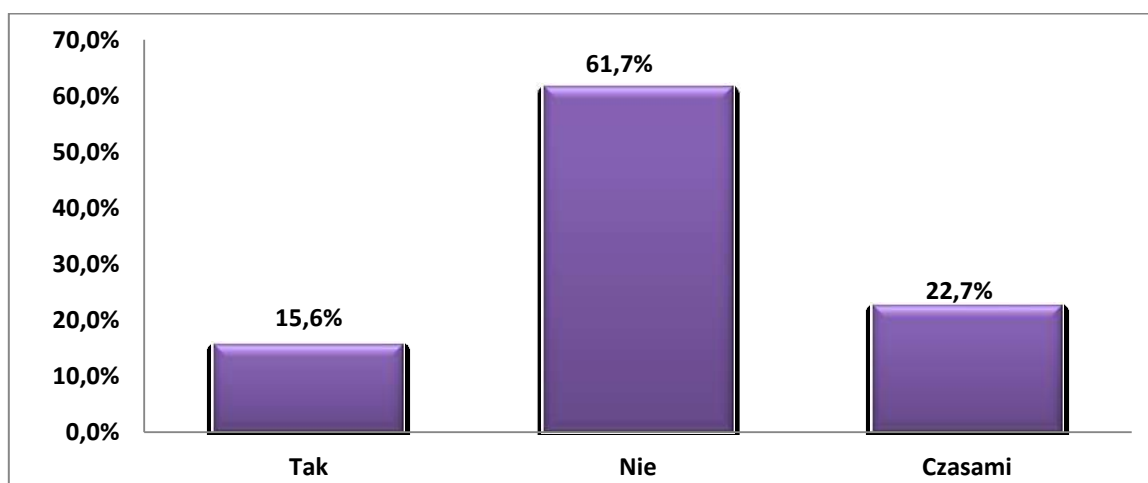
Rycina 12. Zestawienie częstości zaniedbywania czasu snu na rzecz Internetu

Internet jako sposób spędzania wolnego czasu częściej wybierali mężczyźni (64,2%), zaś spędzanie czasu z rodziną znacznie częściej wybierały kobiety (84,6%) - Rycina 13.

61,7% ankietowanych nie zaobserwowało u siebie objawów niepokoju i rozdrażnienia spowodowanego przerwaniem korzystania z Internetu (Rycina 14).



Rycina 13. Zajęcia ankietowanej młodzieży w wolnym czasie

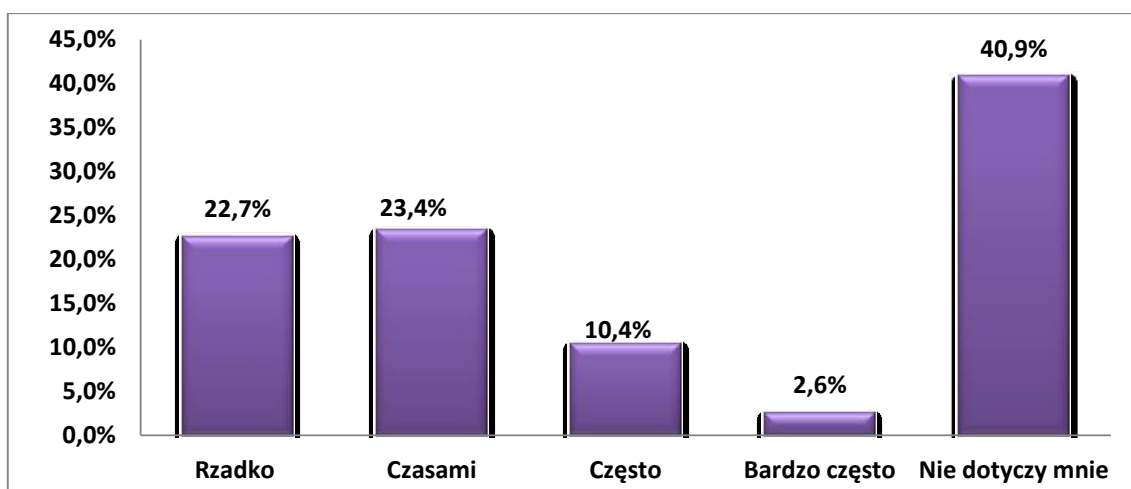


Rycina 14. Występowanie wśród ankietowanych niepokoju i rozdrażnienia spowodowanego przerwaniem korzystania z Internetu

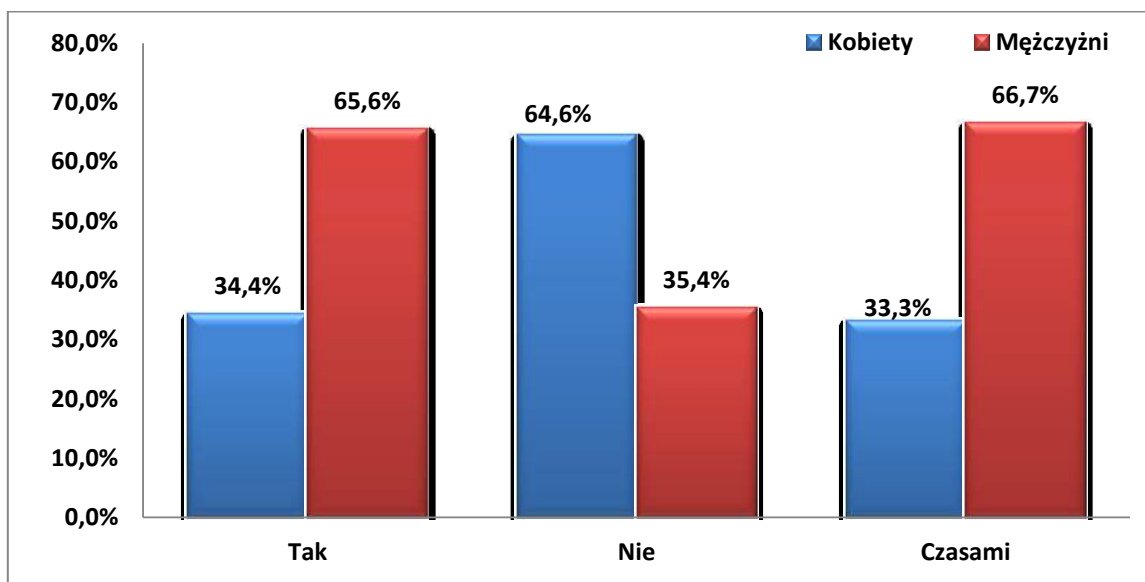
Zaledwie 2,6% ankietowanych przyznało się do tego, że bardzo często ukrywa, ile naprawdę czasu spędza on-line. Natomiast 40,9% ankietowanych deklaruje, że ich to nie dotyczy, co przedstawia Rycina 15.

Wśród osób, którzy zauważają u siebie natychmiastową poprawę samopoczucia po zalogowaniu się do Internetu, 65,6% stanowią mężczyźni (Rycina 16).

Wśród ankietowanych, którzy zauważyli u siebie zawroty głowy większość stanowili mężczyźni (75,0%), natomiast wady postawy (58,0%) oraz dolegliwości związane z kręgosłupem i bólami pleców (58,3%) częściej zauważają u siebie kobiety (Rycina 17).



Rycina 15. Częstość ukrywania realnego czasu spędzanego przed komputerem

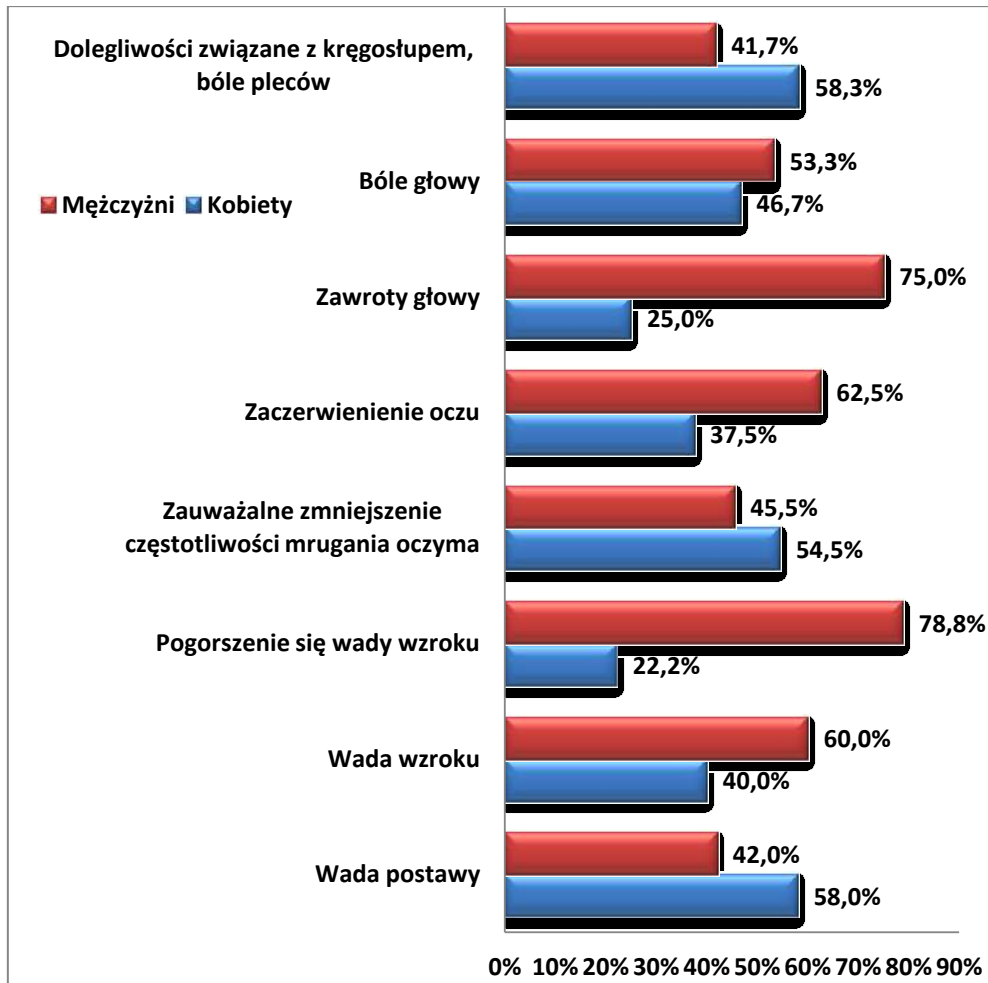


Rycina 16. Występowanie poprawy samopoczucia po zalogowaniu się do Internetu

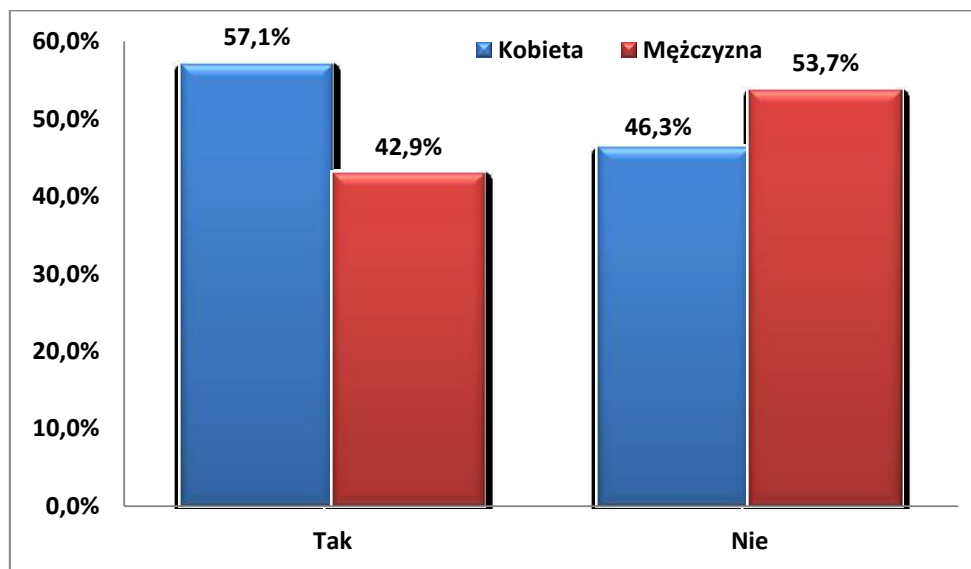
95,5% ankietowanych uważało, że nie ma problemu z nadużywaniem Internetu. Wśród osób, które są świadome swojego problemu związanego z nadużywaniem Internetu 57,1% stanowiły kobiety (Rycina 18).

Wśród ankietowanych, którzy przyznali się do problemu z nadużywaniem Internetu większość stanowili mieszkańcy miast (71,4%), co przedstawia Rycina 19.

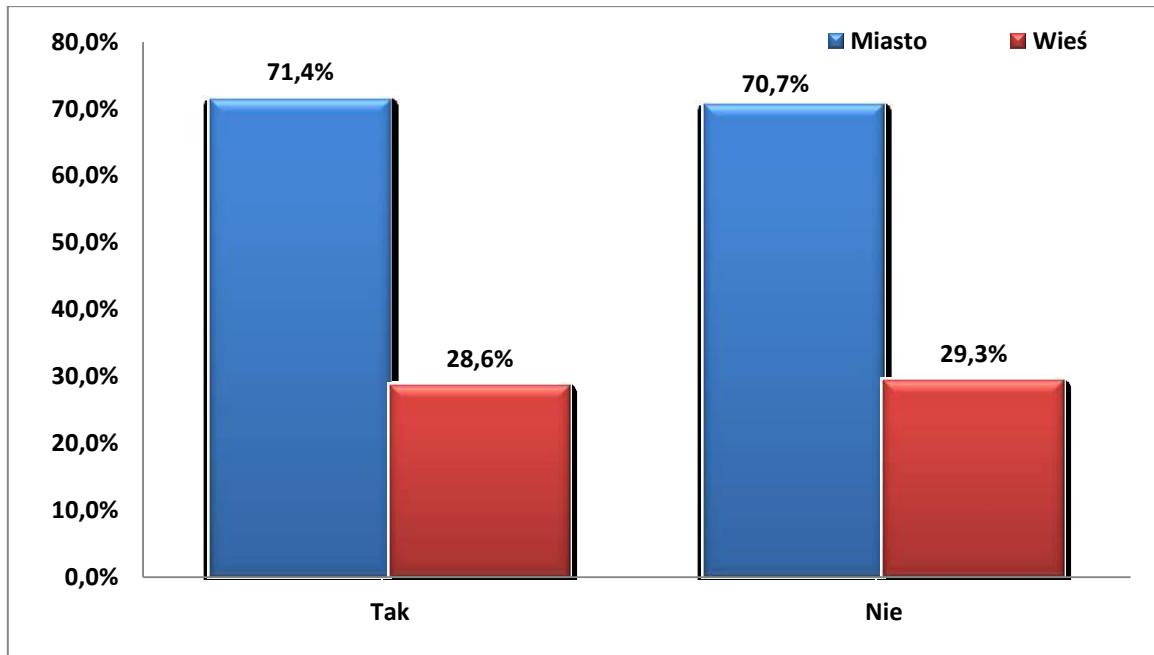
4,5% ankietowanych uważa się za osobę uzależnioną od Internetu. Wśród grupy, która uważa się za uzależnioną od Internetu większość stanowili mężczyźni, 71,4% tej grupy. Zostało to przedstawione obrazowo na Rycinie 20.



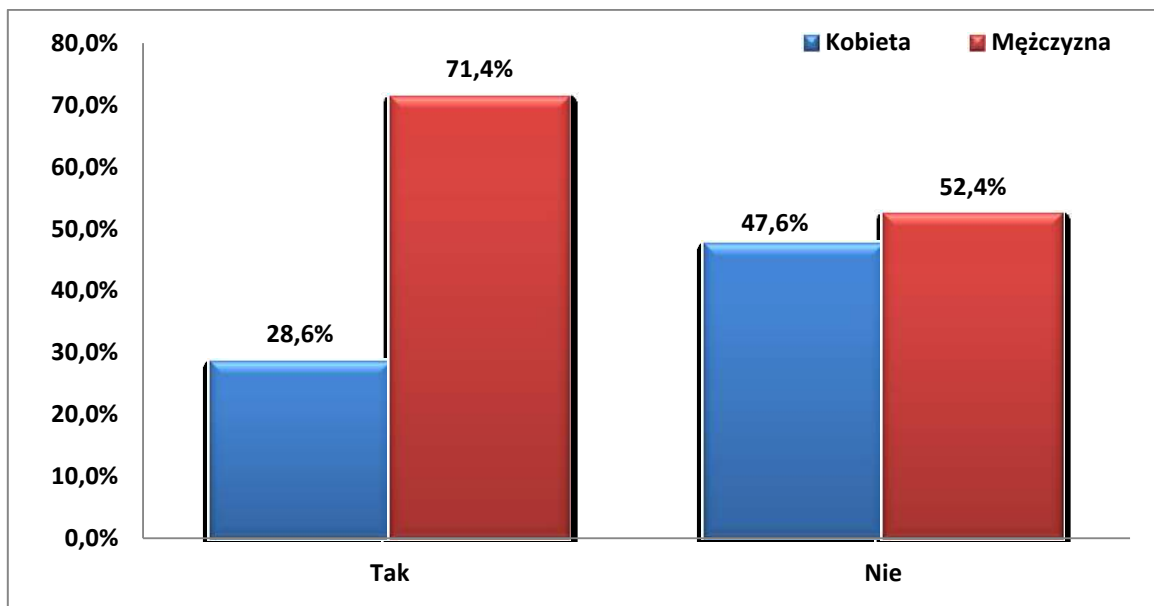
Rycina 17. Najczęstsze dolegliwości związane z długotrwałym korzystaniem z Internetu



Rycina 18. Świadomość młodzieży na temat wystąpienia u nich problemu związanego z nadużywaniem Internetu z uwzględnieniem płci



Rycina 19. Świadomość młodzieży na temat wystąpienia u nich problemu związanego z nadużywaniem Internetu z uwzględnieniem miejsca zamieszkania



Rycina 20. Procentowe przedstawienie świadomości uzależnienia od Internetu

Omówienie wyników i dyskusja

Internet to najszybciej rozwijający się środek przekazu w ostatnich latach. Coraz większą część internautów stanowi młodzież, dla której Internet stał się podstawowym narzędziem nauki, pracy oraz rozrywki.

Jak podkreśla Augustynek, Internet każdego dnia oferuje mnóstwo, mniej lub bardziej fascynujących informacji na każdy interesujący temat. To właśnie poprzez częste i regularne korzystanie oraz przebywanie w sieci można ulec internetowemu uzależnieniu. Internet czaruje ludzi swoją dostępnością i niezliczoną ilością informacji [6].

Z analizy badań własnych wynika, iż ankietowani uczniowie pomimo wielu zajęć w szkole, spędzają w Internecie 1-2 godziny dziennie (33,8%), 3-5 godzin dziennie na korzystanie z Internetu poświęca 30,5% uczniów, a 17,5% poświęca nawet powyżej 5 godzin dziennie. Zaledwie 11,0% deklaruje, że nie korzysta z Internetu codziennie.

W badaniach, jakie przedstawił Kaiser i wsp. znacznie częściej wielogodzinne spędzanie czasu w Internecie zdarza się chłopcom niż dziewczętom [2].

Podobne dane uzyskano z analizy badań własnych. Chłopcy stanowili 63,0% grupy, która korzystała z Internetu powyżej 5 godzin dziennie. Augustynek uważa osoby korzystające z Internetu więcej niż 7 godzin dziennie już za uzależnione [6].

Bycie w sieci zajmuje nastolatkom znacznie więcej czasu w dni wolne od szkoły niż w dni nauki. Według badań Makaruk, 60% młodzieży spędza w Internecie 2-4 godziny w dniu lekcyjnym, natomiast co drugi badany ponad 4 godz. W dniu wolnym czas wydłuża się o 2 godziny dla 91,1% badanych, z czego dla co drugiego o ponad 4 godziny [7].

Z badań własnych również wynika, iż młodzież w dni nauki szkolnej spędzała znacznie mniej czasu w Internecie niż w dni wolne od szkoły. Dla porównania w poniedziałek uczniowie korzystali średnio 2,4 godziny, natomiast w soboty 7,8 godzin dziennie.

W badaniach CBOS dzieci w Europie (58%) oraz w Polsce (52%) przeważnie logują się do Internetu poprzez osobisty komputer lub przez laptop, który posiadają do własnej dyspozycji lub używają wspólnie z domownikami. Poprzez coraz modniejsze smartfony łączą się 34% dzieci w Europie i 31% dzieci w Polsce. Te same badania wykazały, że polskie dzieci (52%) znacznie częściej korzystają z Internetu bez kontroli rodzicielskiej, czyli z urządzeń do własnej dyspozycji, niż dzieci w Europie (35%) [8].

Badania EU NET ADB podają, iż głównym miejscem korzystania z Internetu wśród polskich dzieci (90,5%) jest dom, podobne dane dotyczą także dzieci w Europie (85%). Jednak źródło podaje różną charakterystykę korzystania z Internetu w domu dla dzieci w Polsce i w Europie. W Polsce znacznie większa liczba dzieci (63%) korzysta z Internetu w swoim własnym pokoju, w Europie jest to 23%. Źródło sugeruje, iż może być to spowodowane tym, że dostęp do Internetu jest możliwy głównie z jednego miejsca w domu, a z uwagi na to, że potrzeby dostępu młodzieży są większe niż dorosłych, komputery znajdują się u nich w pokojach [7].

Z badań EU NET ADB wynika także, iż jedna trzecia polskich dzieci korzysta z Internetu w szkole. Wynika to głównie ze wsparcia nauczyciela, który informuje o nowych technologiach i oprogramowaniach, a fakt ten nakłada na szkoły i nauczycieli obowiązek przygotowania młodzieży do użytkowania z Internetu [7].

Również z analizy badań własnych wynika, iż coraz popularniejszy wśród młodzieży stał się tzw. Internet mobilny zamontowany w telefonach i tabletach. Korzysta z niego 76,6% ankietowanych. Z Internetu w szkole korzysta zaledwie 3,3% ankietowanych.

Kontrolowanie czasu przeznaczanego na Internet wydaje się, że jest sprawą łatwą do opanowania. W badaniach Augustynka zaledwie niewielka liczba respondentów nie potrafiła kontrolować czasu poświęconego na Internet. Porównując obie płci, chłopcom znacznie częściej zdarza się stracić kontrolę nad czasem spędzanym w Internecie [6].

Pawłowska i Potembska, porównując uczniów Technikum z uczniami Liceum wykazały, że uczniowie Technikum znacznie częściej mieli problem z kontrolowaniem czasu przeznaczanego na Internet [9].

Jednym z niebezpiecznych symptomów nadużywania Internetu jest mówienie „jeszcze tylko chwilę”, po czym ta chwila przedłuża się o wiele dłużej niż pierwotnie zamierzał użytkownik [6,9].

Młodzi ludzie nie mają świadomości uzależnienia oraz potrzeby jego leczenia, lecz nie zaprzeczają, iż mają problem z „odstawieniem” Internetu. 9,7% ankietowanych uczniów w niniejszej pracy przyznało się, że bardzo często łapie się na mówieniu „jeszcze tylko kilka minut” podczas korzystaniu z Internetu, natomiast 7,1% badanych deklarowało, że zdarza się im to „zawsze”.

Obecnie coraz popularniejsze stało się zjawisko tzw. „bycia on-line”, czyli stałego przebywania w Internecie. Jest to możliwe dzięki stałym łączom i non stop włączonemu komputerowi. Osoba z taką potrzebą bycia on-line została nazwana przez Augustynka „wciągniętą w sieć”. Stwierdza on również, iż takie osoby mają zazwyczaj problem z nadużywaniem Internetu, korzystanie z sieci jest ich głównym zajęciem, zaniedbując wszystkie inne aktywności [10].

Jak podaje źródło, dzieci w coraz młodszy wiek zaczynają korzystać z Internetu, pierwsze logowanie do sieci odbywa się między 7. a 11. r.ż. W Polsce średni wiek pierwszego kontaktu z Internetem przypada na 9. rok życia. Dzieci z Danii i Szwecji swój pierwszy kontakt z Internetem mają w wieku 7 lat, w innych północnoeuropejskich krajach średnio w wieku 8 lat. Jak podaje źródło 33% 9-10 latków korzysta z Internetu codziennie, natomiast w grupie 15-16 latków wskaźnik ten wynosi już 80% [11].

Średnio z Internetu raz w tygodniu korzysta 93% młodych Europejczyków, natomiast 60% korzysta już codziennie lub prawie codziennie. W Polsce wskaźniki te są jeszcze wyższe. 98% młodzieży loguje się raz w tygodniu, a 74% codziennie, natomiast 24% kilka razy w tygodniu [11].

Analizując badania własne można zauważyć niepokojący fakt, iż młodzież „nie jest w stanie” wytrzymać bez Internetu - 7,1% ankietowanych, natomiast 13,6% potwierdza, iż wytrzymuje zaledwie kilka godzin bez logowania do Internetu, zaś jeden dzień bez Internetu wytrzymuje 30,6% młodzieży.

Analizując badania własne 42,8% ankietowanych potwierdziło, że zdarza im się korzystać z Internetu dłużej niż było to pierwotnie zaplanowane, a takie sytuacje zdarzają się głównie mężczyznom (68,2%) oraz siedemnastolatkom (47,0%).

Jednymi z czynników uzależnienia jest coraz częstsze zaniedbywanie dotychczas pełnionych obowiązków na rzecz uzależnienia, dzieje się tak również w przypadku uzależnienia od Internetu.

Badani studenci Augustynka zgodnie odpowiadali, że nie myślą zbyt często o Internecie, gdy z niego nie korzystają. Jednak zdarzały się pojedyncze przypadki, tzw. obsesji na temat Internetu, w większym stopniu u mężczyzn niż u kobiet. Ta część ankietowanych deklarowała również, że poprzez zbyt częste myślenie o Internecie zaniedbuje swoje obowiązki [6].

Z analizy badań własnych wynika, że taka sytuacja ma miejsce u 48,7% ankietowanych, natomiast dla 20,1% ankietowanych zdarza się to często. Zaniedbywanie domowych obowiązków zdarza się głównie osiemnastolatkom (42,3%).

Skrócenie czasu snu, zmniejszenie potrzeby pokarmu, zaniedbywanie nauki, zainteresowań oraz życia rodzinnego stanowią 5 symptomów uzależnienia od Internetu [6].

W badaniu EU NET ADB takie symptomy zaobserwowało u siebie od 18 do 38%, w zależności, który symptom był brany pod uwagę. 9% Polskich nastolatków stwierdziło u siebie wszystkie wyżej wymienione oznaki uzależnienia. Symptomy zwłaszcza niebezpieczne dla zdrowia fizycznego, czyli niejedzenie i niespanie zauważyło 18% badanych. Do jednego z powyższych symptomów przyznawało się 23% polskich dzieci. W pozostałych badanych krajach wskaźnik ten wynosił: Włochy-17%, Węgry-20%, Portugalia- 49%, Estonia-50%. Co ważne, aż 45% dziewcząt w Polsce nie stwierdziło u siebie żadnych objawów uzależniania [7].

Z badań EU Kids Online przeprowadzonego na grupie 25 państw europejskich wynika, iż niedosypianie lub niedojadanie z powodu korzystania z Internetu zadeklarowało 20% polskich nastolatków [11].

Z analizy badań własnych wynika, iż młodzież coraz częściej zaniedbuje również czas przeznaczony na sen i odpoczynek kosztem korzystania z Internetu. Aż 26,0% przyznaje się, że zdarza się im to czasami, natomiast 7,1% ankietowanym bardzo często.

Tymczasem analizując badania własne 10,4% badanych uczniów przyznało się, że bardzo często ukrywa to, ile naprawdę czasu spędza przed komputerem, zdarza się to znacznie częściej mężczyznom, którzy stanowią 75,0% grupy udzielającej takiej odpowiedzi. Ankietowani, którzy pochodzą z terenów wiejskich (54,0%) znacznie częściej deklarowali, że ten problem ich nie dotyczy. W grupie, która przyznała się, że czasami zdarza się im ukrywać to, ile tak naprawdę spędza czasu przed komputerem 38,9% stanowili siedemnastolatki, co ważni ich starsi koledzy (dziewiętnastolatki) stanowili zaledwie 11,1% w tej grupie.

Wiele osób „wchodząc” do sieci uważa, że może bardzo wiele ukryć, poniekąd uciec od swojej codziennej osobowości i stać się kimś innym - lepszym lub gorszym, w internetowych pogaduszkach ludzie widzą szanse „zbudowania” siebie na nowo. Logując się do Internetu praktycznie zawsze przyjmujemy jakąś postać. Poznając ludzi wyłącznie za pomocą obrazów, słów i dźwięków wygenerowanych przez komputer zatracamy umiejętności nawiązywania prawdziwych więzi.

Dla współczesnej młodzieży korzystanie z Internetu to codzienność. Sieć daje im wiele nowych możliwości, to źródło informacji, narzędzie do nauki i komunikacji. Niewątpliwie Internet ma wiele zalet, jednak niesie ze sobą także zagrożenia, na które szczególnie narażone są najmłodsze pokolenia [12]. Chodzi tu przede wszystkim o nawiązywanie kontaktów z nieznanymi, oczywiście może być to niewinne i polegać na wymianie informacji, lecz spotkanie się z taką osobą twarzą w twarz jest już wysoce niebezpieczne, ze względu na brak pewności co do prawdziwości podanych danych przez taką osobę oraz prawdziwych intencji takiej osoby. W badaniach EU NET ADB prawie połowa osób (45,5%), które poznały kogoś w sieci spotkało się z nią na żywo. Jak wynika z badań znacznie częściej na takie spotkania decydowali się chłopcy, mimo iż jak wynika z badań EU NET ADB to dziewczynki znacznie częściej nawiązywały internetowe znajomości. Jak podaje EU NET ADB najprawdopodobniej jest to spowodowane zbyt dużą pewnością chłopców, dziewczynki w tym wypadku są ostrożniejsze [7].

48,7% badanej grupy przyznało się, że zdarza się im zawierać znajomości w Internecie, przy czym należy wziąć pod uwagę, że kolejne 13,6% deklaroowało, że zdarza się im to często, a dla 3,2% zawsze. Znajomość w Internecie, jak wynika z badań własnych, znacznie częściej nawiązują mężczyźni (62,4%) niż kobiety (35,8%).

Również w przeprowadzonych badaniach własnych aż 29,9% ankietowanych uważa, że wygląd zewnętrzny ma wpływ na życie wirtualne, z czego 58,7% stanowiły kobiety. Z innego pytania wynika, że młodzi ludzie w znacznej części (40,9%) uważali, że wpływ akceptacji rówieśników ma także znaczący wpływ na dobór wirtualnych znajomości.

Gry komputerowe są prawie tak stare, jak sama informatyka. Po upowszechnieniu się Internetu również gry przeniosły się w znacznej części do świata on-line. Mimo długiego czasu istnienia gier komputerowych nadal budzą obawy wśród pedagogów i rodziców. Często wręcz uzależnienie od Internetu ma formę uzależniania od gier on-line [13].

Uzależnienie od Internetu oraz przeglądanie pornografii internetowej predysponują do agresji także poza relacjami w Internecie. Badania wykazują także, iż granie w gry komputerowe przez okres powyżej 6 miesięcy przyczynia się do agresji fizycznej. Zwłaszcza u chłopców zauważono, że w sytuacjach, gdy nie mogą grać wykazują zachowania agresywne [14].

Świat Internetu i gier komputerowych staje się dla młodzieży miejscem zaspokajania niespełnionych w rodzinie potrzeb emocjonalnych oraz sposobem radzenia sobie ze stresem.

Tadeusiewicz podaje, iż jedną z przyczyn, dla których dzieci mogą uciekać w wirtualną rzeczywistość jest brak zainteresowania rodziców. Zwłaszcza w wieku dojrzewania zaczynają coraz bardziej przyzwyczajać się do samotności i milczenia [1].

Sołtysiak w swych badaniach wykazał, że zbyt wygórowane oczekiwania rodziców wobec dzieci niejednokrotnie stymulowały je do gier i zabaw w komputerze. Dlatego też skuteczna ochrona dzieci przed zagrożeniami ze strony Internetu jest możliwa wyłącznie wtedy, gdy istnieją prawidłowe relacje między rodzicami a ich dzieckiem [15].

W badaniach Greenfield dysfunkcyjni użytkownicy Internetu próbują ograniczać korzystanie z Internetu pod wpływem najbliższych, rodziców i nauczycieli. Jest to spowodowane tym, iż rzeczywiście użytkowanie Internetu przestało ich interesować [13].

Natomiast w badaniach własnych wykazano, że 43,5% badanych było zdania, że zwiększenie zainteresowania rodziców nie miałoby wpływu na skrócenie czasu spędzanego przed komputerem. Przeciwnego zdania było 19,5% badanych, wśród których 76,7% to mężczyźni.

Kontakty interpersonalne coraz częściej odbywają się w świecie „wirtualnym”. Niejednokrotnie rodzina i przyjaciele odczuwają brak kontaktu z osobą, która znajduje się w sieci przez wiele godzin dziennie [6].

Z analizy badań Majchrzak powodami, dla których młodzież chciałaby ograniczyć czas spędzany przed komputerem są rodzice, nauczyciele lub inne dorosłe osoby. Co dziesiąty uczestnik badania (9,7%), który próbował zmniejszyć czas korzystania z Internetu podał właśnie taką przyczynę. Co czwarty użytkownik Internetu biorący udział w badaniu EU NET ADB przyznaje się, że rodzice bardzo często lub często zwracają mu uwagę, że przeznacza na komputer zbyt dużo swojego czasu [10].

Z analizy badań własnych także wynika, że ponad 1/5 rodziców badanych dzieci skarży się na zbyt dużą ilość czasu spędzanego przed komputerem (20,8%). Również takie zastrzeżenia ma czasami 33,8% rodziców ankietowanej młodzieży, głównie są to rodzice uczniów Technikum (53,1%).

Liczne badania wykazują, iż chłopcy, którzy grają w gry komputerowe wykazują tendencje do przemocy i impulsywnych działań, są bardziej egocentryczni i nastawieni na podporządkowywanie sobie rówieśników oraz mają zaniżony poziom empatii w porównaniu do chłopców nie bawiących się grami komputerowymi [9].

Z innych badań wynika, iż dzieci, które spędzają swój wolny czas na grach komputerowych mają trudności w kontaktach z innymi ludźmi oraz są bardziej nastawieni na rywalizację niż współdziałanie. Badania wykazały również, iż zmiany zachodzące w osobowości pod wpływem gier najczęściej mają charakter trwały. Osoby, które w okresie dojrzewania zajmowały się grami częściej mają problemy z prawem w życiu dorosłym [16].

Z analizy badań własnych wynika, że 62,3% ankietowanych gra w gry komputerowe, z czego 74,0% stanowią mężczyźni.

Jednak jednym z najczęstszych zajęć, do którego ankietowana grupa używała Internetu były portale społecznościowe (92,2%). Natomiast najrzadziej ankietowani używali Internetu w celu korzystania z portali matrymonialnych (3,9%), następnie z robienia zakupów internetowych (57,1%) oraz korzystania z komunikatorów (61,7%).

Jak podaje Tadeusiewicz komputer nie może stać się jednym z wielu zajęć dziecka, na równi z uprawianiem sportu, uczestnictwem w zajęciach pozaszkolnych, czytaniem książek. Spędzanie czasu w Internecie nie może być głównym zajęciem w aktywności pozaszkolnej dziecka [1].

Analizując badania własne, ankietowana młodzież po powrocie ze szkoły najczęściej zasiada do zjedzenia obiadu (81,8%), kolejną czynnością jest oglądanie TV (63,6%),

odrabianie lekcji (41,6%), włączenie komputera i korzystanie z Internetu najczęściej znajdowało się na piątym oraz szóstym miejscu wykonywania czynności po powrocie ze szkoły. Jedynie dla 2,6% ankietowanych włączenie komputera było pierwszą rzeczą, która wykonuje, gdy wróci do domu.

Portale społecznościowe łączą w sobie wiele funkcji, umożliwiając utworzenie spersonalizowanego konta, rozmowy na czatach, wysyłanie wiadomości, publikowanie zdjęć i muzyki oraz udostępnianie innym użytkownikom różnego rodzaju informacji. Dane z Megapanelu PBI/Gemius podają, że w 2012r. w Polsce było ponad 13 milionów użytkowników Facebooka i około 8 milionów użytkowników portalu Nasza Klasa, z czego 40% użytkowników tych portali społecznościowych stanowiły osoby do 25. roku życia [8].

Według badań EU NET ADB portale społecznościowe to najczęściej podejmowana forma aktywności internetowej europejskiej młodzieży w wieku od 14 do 17 lat [7].

Badania przeprowadzone w Polsce w 2010r. wśród ankietowanych w wieku 9–16 lat pokazały, że 71% z nich posiadało swój profil przynajmniej na jednym portalu społecznościowym, przy czym warto podkreślić, iż korzystają z niego codziennie. Z tego typu aktywności w Internecie częściej korzystają kobiety [11].

W badaniach przeprowadzonych w 2010 roku, 88,3% badanych dzieci miało założony profil na portalu społecznościowym Nasza Klasa, na Facebooku 1,3% [10].

Jak wykazują badania EU NET ADB osoby, które korzystają z portali społecznościowych więcej niż 2 godziny dziennie znacznie częściej wykazują dysfunkcyjne zachowania względem Internetu, podobna zależność istnieje również pomiędzy liczbą znajomych na owych portalach a dysfunkcyjnym korzystaniu z sieci [7].

Makaruk ukazuje, iż 65,8% ankietowanych loguje się na swoje konto społecznościowe codziennie lub prawie codziennie. Znacznie częściej dotyczy to dziewcząt (76,7%), niezależnie czy jest to dzień nauki szkolnej, czy dzień wolny od zajęć lekcyjnych. Niektórzy z respondentów podawali nawet, iż Facebook jest dla nich nieodłącznym elementem codziennego dnia, logując się na swój profil zaraz po przebudzeniu [7].

Z analizy badań własnych, z portali społecznościowych nie korzysta zaledwie 8,0% ankietowanych, pozostali logują się na swoje konta nawet kilka razy dziennie (42,1%) lub nawet są on-line cały czas (14,9%).

Uzależnienie od Internetu niejednokrotnie przejawia się ożywieniem na myśl o ostatniej/następnej wizycie w Internecie. Augustynek podaje, że osoby uzależnione, nie mające dostępu do Internetu przez kilka dni, odczuwają pustkę, frustrację, a nawet przygnębienie. Życie realne pozostaje na drugim planie, natomiast osoba uzależniona, która w

danym momencie nie korzysta z sieci, nienaturalnie interesuje się wszelakimi informacjami o Internecie, nie jest w stanie myśleć o niczym innym [6].

Analizując badania własne, najczęstszą odpowiedzią, która padała na pytanie „Jak często zdajesz sobie sprawę, że nie możesz doczekać się ponownego odwiedzenia Internetu” była odpowiedź „rzadko” (41,5%) i byli to głównie mężczyźni (56,1%).

Współczesna młodzież, jak już wspomniano wcześniej, nie wyobraża sobie życia bez Internetu. Stąd też spora grupa ankietowanych osób (24,7%) zadeklarowała, że często myślą, że życie bez Internetu byłoby nudne, do bardzo częstych myśli na ten temat przyznaje się 10,4% badanych - byli to głównie chłopcy (62,5%).

Z badań EU Kids Online wynika, iż ponad 30% nastolatków, gdy podczas gry nie ma dostępu do sieci odczuwa wyraźny dyskomfort [11].

W badanych własnych zaledwie 15,6% ankietowanych zaobserwowało u siebie niepokój i rozdrażnienie po przymusowym przerwaniu korzystania z Internetu, co ważna grupa ta w większości składała się z uczniów Technikum (62,5%). Analizując badania własne na kolejne pytanie dotyczące poprawy samopoczucia po zalogowaniu się do Internetu twierdząco odpowiedziało już 20,8%, większość tej grupy stanowili mężczyźni (65,4%).

Analizując badania własne można zauważyć, że znacznie większa część ankietowanych wbrew pozorom w wolnym czasie nie wybiera Internetu (21,5%), a spotkania ze znajomymi (61,7%). W tej grupie nieznacznie większość stanowiły dziewczęta (54,5%). Co ważne spotkania ze znajomymi znacznie częściej wybierali mieszkańcy terenów wiejskich (66,7%), niż ich koledzy z miast (33,3%). W grupie osób wybierających Internet jako główny sposób spędzania swojego wolnego czasu głównie znajdowali się uczniowie Liceum Profilowanego (90,9%).

Augustynek zaznacza, że długie przesiadywanie przed komputerem może być przyczyną nie tylko uzależnienia, lecz także niekorzystnie wpływać na stan samopoczucia i zdrowia. Większość osób, zwłaszcza młodych, nie zwraca uwagi na pozycję ciała siedząc przed komputerem. Augustynek sugeruje, że skutki takiej biernej rozrywki odczują później. Teraz Internet jest przede wszystkim, dla młodych ludzi, ucieczką do innego świata [6].

Osoby w okresie dojrzewania, w szczególności narażone są na wszelkiego rodzaju zmiany rozwojowe. W badaniach własnych 32,5% badanych zauważyło u siebie wady postawy, które wiążą się z długotrwałym korzystaniem z Internetu. Kolejną dolegliwością, którą zaobserwowali u siebie ankietowani są dolegliwości związane z kręgosłupem i bólami pleców (15,6%) oraz już pojawiające się wady wzroku (13,0%).

W badaniach EU Kids Online 35% ankietowanej młodzieży przyznaje się, że Internet wywiera niekorzystny wpływ na ich relacje z przyjaciółmi i rodziną [11].

Niepokojący w badaniach własnych jest fakt, iż 6,5% ankietowanych deklaruje, iż byłoby w stanie zaryzykować utratę bliskiej osoby na rzecz Internetu. Byli to w 70,0% mężczyźni oraz w 50,0% uczniowie Technikum.

Młody człowiek szczególnie jest narażony na uzależnienie się od Internetu. Z badań własnych wynika, iż zaledwie 4,5% ankietowanej młodzieży dostrzega u siebie problem z nadużywaniem Internetu, przy czym częściej zjawisko to występuje u kobiet (57,1%) niż mężczyzn (42,9%). Natomiast, co ważne w pytaniu dotyczącym bezpośrednio świadomości uzależnienia od Internetu częściej o swoim nałogu świadomi byli mężczyźni (71,4%). Być może świadczy to o tym, że kobiety dostrzegają to, że nadużywają Internetu nie uważając to jeszcze za uzależnienie.

Odpowiedź na pytanie, jak dużej części populacji dotyczy problem nadużywania Internetu, nie jest łatwy. Trudność stwarza przede wszystkim utworzenie trafnych narzędzi diagnostycznych, które byłoby można użyć w badaniach naukowych. Jak dotąd na świecie powstało wiele testów mierzących poziom nieumiarkowanego używania Internetu, jednak nadal najpopularniejszy jest test Internet Addiction Test (IAT – ang. Test Uzależnienia od Internetu) stworzony przez Kimberly Young [7].

Wnioski

1. Młodzież na korzystanie z Internetu poświęca coraz więcej czasu, powyżej 5 godzin przed komputerem spędza 17,5% ankietowanych.
2. Chłopcy niezależnie od dnia wolnego tygodnia spędzają więcej czasu w sieci niż dziewczęta.
3. 7,1% ankietowanych deklaruje, iż nie jest w stanie być off-line, natomiast 13,6% ankietowanej młodzieży jest w stanie wytrzymać zaledwie kilka godzin bez Internetu.
4. 15,6% ankietowanych zaobserwowało u siebie objawy niepokoju i rozdrażnienia spowodowanego przerwaniem korzystania z Internetu.
5. U 20,8% ankietowanych występuje natychmiastowa poprawa samopoczucia po zalogowaniu się do Internetu.
6. 4,5% ankietowanych uważa się za osobę uzależnioną od Internetu.

Piśmiennictwo

1. Tadeusiewicz R.: Społeczność internetu. Akademicka Oficyna Wydawnicza EXIT, Warszawa 2002.
2. Kaiser A., Laudańska-Krzemińska I.: Internet jak źródło informacji o zdrowiu w opinii młodzieży akademickiej, *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Sectio D Medicina*, 2005, 3, 242- 247.
3. Woronowicz B. T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001.
4. Mastalerz E. (red.): Cyberuzależnienia – przeciwdziałanie uzależnieniom od komputera i Internetu, Niezależne Zrzeszenia Studentów Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Publikacja Pokonferencyjna, Kraków 2006.
5. Augustynek A.: Uzależnienia komputerowe. Diagnoza, rozpowszechnienie, terapia, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.
6. Augustynek A.: Uzależnienie wśród studentów Akademii Górniczo – Hutniczej w Krakowie [w:] *Mikrospołeczność informacyjna. Na przykładzie miasteczka internetowego Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie*, Chaber L. H. (red.). Uczelniane Wydawnictwo Naukowo- Dydaktyczne AGH, Kraków 2003.
7. Makaruk K., Wójcik Sz.: EU NET ADB – Badanie nadużywania Internetu przez młodzież w Polsce i Europie, Wydawnictwo Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2012.
8. CBOS. Opinie i diagnozy nr 19. Młodzież 2012. Warszawa 2012.
9. Pawłowska B., Potembska, E.: Objawy zagrożenia uzależnieniem i uzależnienia od Internetu mierzonego Kwestionariuszem do Badania Uzależnienia od Internetu, Pawłowskiej i Potembskiej u młodzieży polskiej w wieku od 13 do 24 lat, *Problemy Psychiatrii*, 2011,12, 439– 442.
10. Majchrzak P., Ogińska-Bulik M.: Zachowania ryzykowne związane z cyberprzestrzenią— polska adaptacja Internet. Test: Uzależnienie od Internetu, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2010.
11. Kirwil L.: Polskie dzieci w Internecie. Zagrożenia i bezpieczeństwo- część 2. Częściowy raport z badań EU Kids Online II przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 9-16 lat i ich rodziców, Warszawa: SWPS – EU Kids Online – PL, 2012.
12. Pyżalski J.: Agresja elektroniczna dzieci i młodzieży — różne wymiary zjawiska. *Dziecko krzywdzone, Teoria, badania, praktyka*, 2009, 26, 12–26.

13. Greenfield D.: The Addictive Properties of Internet Usage. [w:] Young K. S., Abreu, N. de (ed.), Internet Addiction. A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment, Hoboken, John Wiley and Sons 2011.
14. Izdebska J.: Dziecko w świecie mediów elektronicznych. Teoria, badania, edukacja medialna, Wydawnictwo Trans-Humana, Białystok 2007.
15. Sołtysiak T.: Uzależnienie dorastającego pokolenia od gier komputerowych [w:] Trudne problemy dorastającego pokolenia. Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej zorganizowanej przez katedrę Pedagogiki Specjalnej WSP w Bydgoszczy, Sołtysiak T, Łabuć– Kryski I. (red.), Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1998, 223-232.
16. Wallace P.: Psychologia Internetu, Wydawnictwo Rebis, Poznań 2001.

Siecioholizm jako problem zdrowia publicznego

Konarska Jagoda¹, Janiszewska Mariola², Bandoła Klaudia¹, Barańska Agnieszka³, Ozdoba Patrycja¹, Firlej Ewelina²

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Coraz więcej ludzi ma dostęp do komputera, a za jego pośrednictwem do Internetu. Bogactwo informacji, dostęp do wszelkich dóbr kultury masowej, rozrywki, możliwość nawiązywania kontaktów za pomocą komunikatorów i portali społecznościowych sprawia, że Internet może stanowić niewyczerpane źródło wiedzy, jak i być znakomitym środkiem na stres i nudę. Środki masowego przekazu odgrywają ważną rolę w kształtowaniu świadomości człowieka. Poza swoim pozytywnym oddziaływaniem, wywołują także negatywny wpływ na odbiorców, powodując uzależnienia [1]. Tempo dzisiejszych czasów sprawia, że większość ludzi w pogoni za swoimi celami nie zwraca uwagi na koszty, jakie podczas tej drogi ponosi. We wszystkich dziedzinach życia najlepszym rozwiązaniem jest umiar, ponieważ każda rzecz w nadmiarze szkodzi. Można by się odwołać do słów lekarza i przyrodnika Paracelsusa, który stwierdził w kontekście substancji chemicznych, że wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, bo tylko dawka czyni truciznę. Te słowa można odnieść do zachowania, jakim jest uzależnienie od Internetu. Z jednej strony pozwala na zaspokojenie społecznych potrzeb, ponieważ służy do poszukiwania informacji oraz zawierania i podtrzymywania znajomości, zaś z drugiej strony mogą pojawić się negatywne skutki, takie jak bierność w spędzaniu czasu wolnego, pogorszenie kontaktów międzyludzkich, łatwy dostęp do pornografii czy analizowany w niniejszym tekście, siecioholizm [2].

Uzależnienie od Internetu nie zostało jak dotąd ujęte w klasyfikacjach psychopatologicznych. Stanowi relatywnie nowy obszar badań, głównie z racji dość krótkiej

historii istnienia Internetu. Niejednolitość publikacji na ten temat stanowi problem i wprowadza niepotrzebny chaos. Nie istnieje nawet jedna, ogólnie przyjęta nazwa dla tego zaburzenia [3]. Siecioholizm jest o tyle poważnym zjawiskiem, że implikuje inne zagrożenia, takie jak m.in. fonoholizm, cyberseks czy zakupoholizm. Dla niektórych staje się najlepszym miejscem na ziemi, by móc kreować swoje „ja” na nowo, bez łączenia tego z rzeczywistością. Konsekwencją są zaburzone relacje interpersonalne z otoczeniem rzeczywistym i dochodzi do alienacji.

Cel pracy

Celem pracy było ukazanie konsekwencji wynikających z uzależnienia od Internetu. Do ukazania konsekwencji wynikających z uzależnienia od Internetu zastosowano analizę literatury z zakresu tematycznego.

Charakterystyka korzystania z Internetu

Kierunek rozwoju współczesnego świata jest silnie uwarunkowany technologiczne. Technologia ma swoje zastosowanie w coraz to nowych dziedzinach życia. Dokonywane przemiany są widoczne, bowiem efekty mają łatwy do zmierzenia charakter ilościowy. Ten charakter ukazywany jest poprzez badania wskazujące na rozpowszechnienie komputerów przenośnych oraz dostępu do Internetu. Z Internetu korzysta 50% ludzi na całym świecie, w Europie jest to aż 76% ludzi, natomiast w Polsce 72% [4]. Według badań CBOS-u (2017) w Polsce z Internetu przynajmniej raz w tygodniu korzysta dwie trzecie dorosłych osób (67%). Wzrost liczby użytkowników, który obserwowany jest w ostatnich latach ma charakter stopniowy, inaczej niż to było w poprzedniej dekadzie. Jednakże porównując do roku 2011 odsetek osób będących online zwiększył się o 11 punktów procentowych. Powszechnie korzystają z Internetu młodszy badani, mający od 18 do 34 lat, a także przeważająca większość osób w wieku 35–54 lata. Wśród starszych badanych ponad połowę stanowią ludzie wykluczeni cyfrowo, natomiast wśród osób mających 65 lat i więcej nawet trzy czwarte jest wykluczone. Prawdopodobieństwo korzystania z Internetu zwiększa posiadanie wyższego wykształcenia. Ta zależność dotyczy głównie osób starszych, ponieważ ludzie młodzi, niezależnie od poziomu wykształcenia, są obecni w sieci. Wiek nie tylko różnicuje samą obecność w sieci, ale także sposoby korzystania z niej. Młodszy użytkownicy, zwłaszcza najmłodszy, spędzają online więcej czasu niż starsi i przeważnie są od nich też bardziej aktywni

w wykorzystywaniu usług i funkcji oferowanych przez Internet. Do aktywności cieszących się relatywnie dużą i ugruntowaną popularnością wśród polskich internautów zalicza się korzystanie z serwisów społecznościowych, bankowości elektronicznej, robienie zakupów online, oglądanie materiałów wideo, czytanie prasy, a także rozmawianie. Mniejsze zainteresowanie budzi kupowanie dostępu do usług lub treści oraz granie w gry z innymi użytkownikami. W ostatnich latach obserwuje się dwa procesy wynikające z rozwoju technologicznego: wzrost popularności mobilnej obecności w Internecie oraz korzystania z funkcji strumieniowania multimedialnych, za czym idzie zmniejszanie się skali zjawiska pobierania z sieci plików z muzyką i filmami [5].

Według badań We Are Social i Hootsuite (2017) najpopularniejszą w Polsce stroną internetową jest YouTube (64% korzystających z Internetu). 15 milionów Polaków (39%) korzysta aktywnie z mediów społecznościowych. Najpopularniejszym portalem jest nadal Facebook, długo jeszcze pozostanie największą platformą na polskim rynku patrząc na to jaka, przepaść dzieli go z innymi kanałami: Google + (33%), Messenger (32%), Skype (29%), Twitter (24%) i Instagram (24%). Co ciekawe, na Zachodzie liczba internautów codziennie korzystająca z Facebooka jest znacznie mniejsza niż w Polsce [4]. Wyniki badania Białokoz-Kalinowskiej i wsp. (2011) wśród młodzieży licealnej wskazały na preferencje form aktywności w Internecie zależne od płci. Chłopcy wybierali gry komputerowe (59%) i strony o tematyce erotycznej (10%), natomiast dziewczęta strony z muzyką (70%), komunikatory internetowe (61%), wyszukiwarki internetowe (55%), portale aukcyjne (50%) i społecznościowe (50%). Wśród obu płci najczęściej pobyt w sieci był traktowany jako forma rozrywki (74%). Równie istotne było traktowanie informacji internetowych jako źródła wiedzy (62%). Jako trzeci powód przebywania w Internecie uznano, że surfowanie w sieci było skutecznym sposobem na nudę (57%). Kontakty wirtualne są wśród młodzieży bardzo popularne i powszechnie akceptowane, niejednokrotnie nawet bardziej preferowane niż znajomości utrzymywane w świecie rzeczywistym. W tej grupie badani jako najczęstszą formę aktywności wybierali korzystanie z komunikatorów internetowych (65%) oraz inne formy komunikowania się w Internecie (24%). Wirtualna komunikacja stwarza ryzyko zamknięcia się w kręgu znajomości internetowych i nieumiejętność nawiązywania prawidłowych relacji w naturalnych środowiskach oraz stopniowego osłabiania więzi rodzinnych. Zjawisko ograniczania kontaktów rzeczywistych na rzecz kontaktów internetowych zauważyło aż 23% respondentów [6]. Podobne powody korzystania z Internetu podała młodzież w badaniu Rębisz i wsp. (2016). Głównie powodem była chęć kontaktu z innymi użytkownikami Internetu za pomocą portali społecznościowych (74%), czy przy

pomocy czatów (48%). Kolejnym czynnikiem są cele edukacyjne (47%) oraz poszukiwanie ważnych dla nich informacji (38%) [7].

Definiowanie uzależnienia od Internetu

Uzależnienia behawioralne (inaczej zwane „czynnościowymi”), do których niektórzy badani wliczają uzależnienie od Internetu, rozumiane są jako zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane jednak z przyjmowaniem substancji o charakterze psychoaktywnym. Mimo, że dotyczą czynności regularnych, stają się kompulsywne, a to oznacza, że bardzo trudno nad nimi zapanować i prowadzą do negatywnych konsekwencji dla jednostki i jej otoczenia [8]. Jest to zachowanie nawykowe, które ogranicza wolność człowieka. Polega na poddaniu się człowieka uzależnionego czynności nałogowej, wokół której koncentruje on coraz bardziej swoje myśli i która zajmuje coraz więcej miejsca w jego życiu do tego stopnia, że człowiek traci nad tym kontrolę. W uzależnieniu czynność ta przestaje pełnić dla człowieka właściwą sobie funkcję (Internet dla człowieka) i staje się celem samym w sobie (człowiek dla Internetu). W taki sposób człowiek uzależniony psychicznie od danej czynności traci własną autonomię, dystans, nie potrafi dysponować sobą w wolny sposób i nie potrafi funkcjonować w sposób nieuwarunkowany [9]. Część naukowców uważa, że Internet nie jest uzależnieniem samym w sobie. Uzależnienie od Internetu jest niczym uzależnienie od butelki, to według nich oznacza, że człowiek nie uzależnia się od medium, tylko od zawartości. Zatem uzależnienie od hazardu online to jednak uzależnienie od hazardu, oglądanie pornografii online to jednak pornografia, tylko udostępniana przez inne medium [10].

Davis (2001) zaproponował teorię Patologicznego Użytkowania Internetu (ang. *Pathological Internet Use*, PIU), która jest oparta na koncepcji poznawczo-behawioralnej, czyli łączy komponenty poznawcze i behawioralne [11]. Durkee (2012) przeprowadził badanie rozpowszechnienia Patologicznego Użytkowania Internetu wśród nastolatków w 11 europejskich krajach. Ogólna częstość występowania PIU wynosiła 4,4% wśród nastolatków. Ten wskaźnik był wyższy wśród chłopców niż dziewcząt (5,2% wobec 3,8%). Najwyższe ryzyko PIU występuje wśród nastolatków, którzy pozbawieni są wsparcia emocjonalnego i psychologicznego, ze względu na fakt, że nie mieszkają z biologicznym rodzicem albo rodzice są mało zaangażowani w ich życie [12]. Podobne wyniki uzyskali Godała i wsp. (2013) wskazując, że zdecydowana większość gimnazjalistów nie miała należytej kontroli rodzicielskiej czasu poświęconego na użytkowanie Internetu, co wzmagало możliwość

wystąpienia uzależnienia. Respondentów charakteryzowały zachowania sprzyjające powstaniu uzależnienia od Internetu, częściej dotyczyły one chłopców. Również chłopcy częściej niż dziewczęta przekraczali zaplanowany wcześniej czas korzystania z Internetu [13]. W badaniu Krajewskiej-Kułąk (2010) wśród studentów pielęgniarstwa wykazano cechy uzależnienia od Internetu u co dziesiątej osoby (10,3%) [14]. Siomos i wsp. (2008) oceniali stopień uzależnienia od Internetu wśród greckich nastolatków. Ich badania ukazały, że uzależnienie występowało u 8,2% nastolatków i dotyczyło głównie chłopców, którzy często grali w gry online [15].

Rodzaje współuzależnień

Uzależnienie od Internetu jest zjawiskiem niejednorodnym. Objawia się jako zespoły zachowań dających się pogrupować w kilka podstawowych jednostek, mogących występować łącznie. Spowodowane jest to tym, że nie uzależnia sama sieć, tylko treści, jakie w niej występują [16].

Kimberly Young z Uniwersytetu Pittsburgh w Brandford (USA) dzieli uzależnienie od Internetu na uzależnienie od [17]:

- informacji (*information overload*)
- cyberkomunikacji (*cyber-relationship addiction*)
- cyberseksu (*cyberseksual addiction*)
- komputera (*computer addiction*)
- zakupów i gier hazardowych (*net compulsions*).

Obecnie można wyróżnić jeszcze fonoholizm jako formę uzależnienia związanego z Internetem. Według badań We Are Social i Hootsuite (2017) 61% Polaków posiada telefon komórkowy. Podobnie wyniki kształtują się na zachodzie Europy: we Francji: 64%, w Niemczech 68% obywateli aktywnie korzysta z telefonu komórkowego. Większość użytkowników (80%) korzysta z portalu społecznościowego Facebook częściej za pośrednictwem telefonu niż innych urządzeń elektronicznych. To pokazuje, że do kontaktu z innymi w przeważającej części służy telefon, który większość ludzi niemalże zawsze ma przy sobie [4]. Początkowo problem fonoholizmu wydawał się marginalny, jednak z biegiem czasu telefon komórkowy stał się nieodłącznym elementem życia, co stwarza większe prawdopodobieństwo rozwoju uzależnień. Wizja spędzenia bez telefonu choćby kilku godzin wprowadza wielu użytkowników w wielki niepokój, który przybiera nawet formę fobii, którą

nazywa się nomofobią (od terminu no mobile phobia). Tego terminu używa się wymiennie z terminem fonoholizm. Osoby uzależnione nie odkładają telefonu nawet na chwilę, odczuwają głęboki dyskomfort, gdy nie mają w pełni naładowanego urządzenia, często cierpią na fobię społeczną lub obawiają się samotności, telefon jest dla nich pośrednikiem w kontaktach z innymi, bywa też niezbędny do kontroli nad obiektem uczuć, używanie telefonu nie jest podyktowane koniecznością, ale czynnikami natury emocjonalnej i społecznej [18]. Jak wynika z danych Polskiego Badania Rynku (2018) największy odsetek internautów łączy się z siecią wyłącznie za pomocą urządzeń mobilnych w soboty i niedziele. W lutym średni udział takich użytkowników mobilnych wśród wszystkich aktywnych użytkowników dla tych dni tygodnia wyniósł 42%, podczas gdy dla dni powszednich było to 37% [19].

Uzależnienie od informacji to nałogowe przeglądanie sieci, ciągle poszukiwanie nowych informacji, aktualizowanie informacji już znalezionych. Objawia się np. udziałem w wielu forach dyskusyjnych jednocześnie lub przebywanie w kilku czatach na raz.

Uzależnienie od cyberkomunikacji to uzależnienie od kontaktów społecznych w Internecie. Przykładem takich portali mogą być poczta elektroniczna, grupy dyskusyjne czy portale społecznościowe. Osoba z tym zaburzeniem nowe kontakty z ludźmi nawiązuje jedynie poprzez Internet, kontakty wirtualne zastępują jej realną rodzinę i przyjaciół. Takie osoby potrafią długo rozmawiać z innymi przez Internet, natomiast mają trudności w kontaktach bezpośrednich. Ciągłe sprawdzają, czy ktoś opublikował post na portalu społecznościowym, nałogowo sprawdzają skrzynkę e-mailową. Badania przeprowadzone przez Fundację Dzieci Niczyje (2012) wśród młodzieży wskazują, że większość respondentów (90%) ma konto przynajmniej na jednym z portali społecznościowych. Częściej wykazują dysfunkcyjne korzystanie z Internetu osoby, które spędzają przynajmniej 2 godziny dziennie na portalach społecznościowych. Istnieje również pozytywna zależność między liczbą znajomych na portalach społecznościowych a dysfunkcyjnym korzystaniem z Internetu [20].

Uzależnienie od cyberseksu polega głównie na poszukiwaniu stron pornograficznych, oglądaniu zdjęć oraz filmów o tej tematyce, jak również na prowadzeniu pogawędek czatowych o tematyce seksualnej. Anonimowość, jaką daje Internet prowokuje do wyzwalania swoich ukrytych emocji i potrzeb, w tym przypadku potrzeb seksualnych. Około 25% zdań wyszukiwania w przeglądarkach to tematy związane z pornografią. 10% dorosłych użytkowników Internetu uznaje się za uzależnionych od cyberseksu. Niepokojące jest, że przeciętny wiek pierwszego kontaktu z treściami pornograficznymi w Internecie to 11 lat [21].

W badaniu Piekarskiego i wsp. (2012) młodzież w większości (74%) twierdziła, że uzależnienie od komputera może przytrafić się wszystkim użytkownikom, bez względu na wiek. Uzależnienie od komputera nie wymaga bowiem korzystania z sieci, do tego potrzebny jest tylko włączony komputer, a osoba spędza przy nim czas głównie poprzez obsesyjne granie w gry komputerowe [22].

Uzależnienie od zakupów i gier hazardowych jest to uzależnienie od samego przebywania w Internecie (online). Najczęściej spotykane jest wśród osób mających stały dostęp do Internetu. Uzależnieni ciągle są zalogowani i obserwują, co dzieje się w wirtualnym świecie. Jest to głównie uzależnienie od aukcji, od zakupów online, od gier hazardowych. Typ ten łączy w sobie wszystkie formy zespołu uzależnienia od Internetu. Z uzależnieniem od Internetu silnie wiąże się uzależnienie od gier internetowych. Część badaczy sugeruje, że rozpoczynanie grania może być powodowane przez motywy społeczne (chęć przebywania w grupie), motywy rywalizacyjne (chęć osiągnięcia czegoś), czy przez imersję (pochłonięcie przez rzeczywistość wirtualną, gracz oddziela się od bodźców płynących ze świata realnego, co pozwala mu na silniejsze doznania podczas gry). Naukowcy stawiają hipotezę mówiącą o tym, że rodzaj gry online bądź offline jest wybierany ze względu na pewne uwarunkowania psychologiczne jednostki. I tak człowiek bardziej towarzyski, aktywny, lubiący zabawę prawdopodobnie częściej będzie wybierał gry online, czyli takie, gdzie ma okazję wejść w interakcje z innymi graczami. Z założenia nie obawia się ona braku akceptacji w grupie bądź agresywnych zachowań. Zatem zakłada się, że obniżone kompetencje psychospołeczne, obniżona samoocena i niska ekstrawersja stanowią czynniki ryzyka nadużywania grania w gry online (w przypadku pozytywnych z nimi doświadczeń) lub gier offline (w przypadku wysokiego lęku). Większość badaczy twierdzi, że zjawisko problemowego grania w gry komputerowe jest zjawiskiem obecnym i niesie za sobą poważne konsekwencje porównywalne z uzależnieniami od substancji. Staje się to coraz powszechniejsze, dlatego też najważniejszym kierunkiem działań powinna być profilaktyka uzależnień [10]. Wśród osób zdradzających symptomy uzależnienia od zakupów co dziesiąta jest zagrożona uzależnieniem od Internetu. A osoby, które mają symptomy uzależnienia od zakupów często są jednocześnie uzależnione od pracy [23]. Według badań We Are Social i Hootsuite (2017) 55% Polaków kupuje przynajmniej raz miesięcznie jakiś produkt bądź usługę przez Internet. Rynek e-commerce w Polsce jest wart ponad 6 miliardów dolarów i jest jednym z największych rynków w Europie środkowo-wschodniej [4]. Według Polskiego Badania Internetu w Polsce zainteresowanie internautów sklepami online utrzymuje się na zbliżonym poziomie przez większość tygodnia. Wyraźny spadek ma miejsce w soboty, kiedy to sklepy odwiedza średnio

2,7 mln kobiet. Tendencji tej nie obserwuje się w przypadku stron aukcyjnych [19]. Young wyróżniła także pięć faz uzależnienia [24]:

- poznanie możliwości Internetu
- rozwinięcie poczucia anonimowości i początek zachowań niespecyficznych w porównaniu z zachowaniami offline
- początki nałogu korzystania z sieci, poszukiwanie coraz mocniejszych wrażeń, powolna utrata kontroli
- dominacja Internetu nad pozostałymi sferami życia, negatywne reakcja w przypadku próby ograniczenia dostępu
- mimo świadomości negatywnych konsekwencji korzystania z Internetu osoba uzależniona nie jest w stanie zaprzestać, a wszelkie próby kończą się niepowodzeniem.

Skutki uzależnienia od Internetu

Media stają się narzędziami kształtowanymi przez człowieka, które później kształtują jego samego. Niestety, efekty takiego oddziaływania bywają czasem negatywne i często są trudne do przewidzenia. Nowoczesne media stają się nie tylko narzędziem ułatwiającym życie, ale jednocześnie dużym zagrożeniem zdrowia fizycznego i psychospołecznego całego społeczeństwa. W szczególności narażone są dzieci i młodzież. Świat wirtualny jest ciekawy, ponieważ oferuje z pozoru wiele pozytywniejszych bodźców niż świat realny. Człowiek niezadowolony z realiów życia ucieka w cyberświat uważając, że tamtejsza rzeczywistość jest atrakcyjniejsza. Może się taka wydawać, ponieważ człowiek ma tam miejsce do budowanie swojego obrazu od nowa, nie zważając na realne czynniki [6]. Rodzi to pokusę bycia kimś innym w Internecie, a w rzeczywistości doprowadza do wyobcowania ze świata zewnętrznego, trudności z odnalezieniem własnej tożsamości, wewnętrznego niepokoju i problemów z ustaleniem relacji z rzeczywistością [25]. W badaniu Białokoz-Kalinowskiej i wsp. (2011) wśród młodzieży licealnej do grupy ryzyka uzależnienia od Internetu zakwalifikowano 20% respondentów. Stwierdzono tendencję do zbyt długiego przebywania w sieci kosztem aktywnych form spędzania wolnego czasu i relacji bezpośrednich z rówieśnikami. Wszyscy użytkownicy przekraczali zaplanowany wcześniej czas na korzystanie z Internetu. Wśród powodów przedłużenia korzystania najczęściej wymieniane były: atrakcyjność treści internetowych (69%) oraz kontaktów z innymi internautami (47%).

Jednak byt długie przebywanie przed ekranem komputera może powodować negatywne konsekwencje, obciążające głównie narządy ruchu i wzroku. U ponad 30% badanych występowały dolegliwości somatyczne związane z przebywaniem przy komputerze. Wśród nich najczęściej pojawiały się bóle głowy i pleców (35%), bóle oczu i pogorszenie ostrości widzenia (32%), napięcie szyi, barku i łopatek (25%) [6]. W badaniu Rębisz i wsp. (2016) niepokojącym jest fakt, że wśród badanej młodzieży występuje statystycznie istotna dwustronna dodatnia zależność między zmiennymi, tzn. im poziom uzależnienia od Internetu jest wyższy wśród respondentów, tym częściej i mocniej pojawiało się u nich poczucie samotności, i na odwrót [7]. Do czynników osobowościowych oraz szeroko pojętych problemów psychicznych, które wiążą się z siecioholizmem, należą m.in.: stany depresyjne, introwersja, neurotyzm, nadmierna wrażliwość, nieśmiałość, współwystępowanie innych nałogów, niska samoocena, przeżywanie niepewności, niskie poczucie sprawstwa, negatywne strategie radzenia sobie ze stresem [20].

Według Jakubika konsekwencjami są również utrata pracy, zaniedbywanie obowiązków, zaburzenia relacji interpersonalnych, zaniedbywanie życia rodzinnego i towarzyskiego, kłopoty ze zdrowiem, utrata zainteresowania wszelkimi formami aktywności społecznej, rezygnacja z innych rozrywek i przyjemności, zaburzenia w sferze uczuć i emocji (np. preferowanie kontaktów w świecie wirtualnym, zamiast w świecie rzeczywistym), zmniejszenie potrzeb seksualnych, czy zaburzenia w zakresie własnej tożsamości [26].

Podsumowanie

Siecioholizm jest stosunkowo młodym zjawiskiem, które wraz z biegiem lat przybiera na sile. Aktualnie uzależnienie od Internetu staje się coraz poważniejszym problemem społecznym na całym świecie. Szczególnie narażone są młode osoby, które dorastają w świecie intensywnie rozwijającej się technologii. Do wystąpienia uzależnienia od Internetu zalicza się przyczyny, takie jak niskie poczucie własnej wartości, nieumiejętność nawiązywania kontaktów, czy potrzebę oderwania się od rzeczywistości [27]. Skutki uzależnienia od Internetu są widoczne na wszystkich płaszczyznach życia uzależnionej osoby. Wśród młodych osób są to konsekwencje szkolne, które przejawiają się nadmiernym spędzaniem czasu na korzystaniu z Internetu, zaniedbując tym samym naukę i obowiązki szkolne. Wśród wszystkich uzależnionych pojawiają się negatywne konsekwencje dotyczące relacji z innymi ludźmi. Spędzanie czasu w Internecie osłabia więzi relacji rzeczywistych. Kolejną grupą konsekwencji są dolegliwości fizyczne objawiające się poprzez ból różnych

części ciała, zaburzenia snu czy złe nawyki żywieniowe. Te negatywne konsekwencje mogą zwrótnie zwiększać poczucie samotności i odrzucenia, prowadząc do zamkniętego koła samotności i nadużywania Internetu [22]. W opinii publicznej jako groźniejsze postrzegane są uzależnienia o charakterze chemicznym, wśród nich przede wszystkim narkomania i alkoholizm. Uzależnienia behawioralne odbierane są jako przypadłości o zdecydowanie mniejszym ciężarze gatunkowym. Wśród nich tylko hazard lokuje się relatywnie bliżej „nałogów zagrażających życiu”, a tuż za nim jest uzależnienie od Internetu [28].

Trafne rozpoznanie problematycznego użytkowania Internetu pozwala na szybką identyfikację grup ryzyka (osób zagrożonych nadmiernym korzystaniem z Internetu) i podjęcie interwencji, działań pomocowych w stosunku do osób zagrożonych już problematycznym jego użytkowaniem, które doświadczają negatywnych konsekwencji własnych działań (głównie konsekwencji społecznych, psychicznych i zdrowotnych). Istnieje pilna potrzeba wdrożenia w środowisku szkolno-wychowawczym programu profilaktyki uzależnienia od Internetu. Niezbędna jest powszechna edukacja społeczeństwa zapobiegająca negatywnym zjawiskom związanym z korzystaniem z Internetu [29].

Piśmiennictwo

1. Węgrzecka-Giluń J.: Uzależnienia behawioralne. Rodzaje oraz skala zjawiska. Sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla rodziców. http://www.google.pl/url?url=http://www.eto.edu.pl/index.php%3Foption%3Dcom_download%26task%3Ddoc_download%26gid%3D165&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwiUn9nO6OTaAhVQK1AKHbugCOAQFggUMAA&usg=AOvVaw2DWP9lDVcjyadchyhSh0g, data pobrania 9.03.2018.
2. Inglot-Brzęk E.: Brak dostępu do Internetu jako wskaźnik wykluczenia społecznego. Nierówność społeczna a wzrost gospodarczy, Zeszyt Naukowy wydawany przez Katedrę Teorii Ekonomii i Stosunków Międzynarodowych Wydziału Ekonomii UR, 2011, 19, 374-385.
3. Sokołowski M.: Oblicza Internetu. Internet w przestrzeni komunikacyjnej XXI wieku, PWSZ, Elbląg, 2006.
4. We Are Social, Hootsuite „Digital in 2017 Global Overview” <https://wearesocial.com/special-reports/digital-in-2017-global-overview>, data pobrania 9.03.2018
5. Feliksiak M.: CBOS. Komunikat z badań nr 49/2017. Korzystanie z Internetu, Warszawa, 2017.

6. Białokoz-Kalinowska I., Kierus K., Nawrocka B., Piotrowska-Jastrzębska J. D.: Uzależnienie od Internetu (siecioholizm) wśród młodzieży licealnej–konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne, *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 2011, 7, 4, 372-377.
7. Rębisz S., Sikora I., Smoleń-Rębisz K.: Poczucie samotności a poziom uzależnienia od Internetu wśród adolescentów, *Edukacja-Technika-Informatyka*, 2016, 7, 1, 90-98.
8. Rowicka M.: Uzależnienia behawioralne [w:] *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, Jaraczewska M. J., Adamczyk- Zientara M. (red.), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2015, 53-72.
9. Bołoz W.: Etyczne aspekty uzależnień [w:] *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia-eutanazja- sytuacje graniczne*, Bołoz W., Ryś M. (red.), Warszawa, 2002, 79-82.
10. Rowicka M.: Kontrowersje wokół zaproponowanego w DSM-V zaburzenia grania w gry, *Serwis informacyjny Uzależnienia*, 2017, 2, 78, 21-24.
11. Davis R. A.: A cognitive–behavioral model of pathological Internet use, *Computers in Human Behavior*, 2001, 17, 2, 187-195.
12. Durkee T., Kaess M., Carli V., Parzer P., Wasserman C., Floderus B.: Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors, *Addiction*, 2012, 107, 12, 2210–2222.
13. Godała M., Borek J., Szatko F.: Ryzyko uzależnienia od Internetu wśród młodzieży gimnazjalnej, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94, 2, 226-232.
14. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Van Damme-Ostapowicz K., Lewko J., Łukaszuk C., Bielemuk A., Rozwadowska E.: Uzależnienie od Internetu wśród studentów kierunku pielęgniarstwo, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91, 1, 41-47.
15. Siomos K. E., Dafouli E. D., Braimiotis D. A., Mouzas O. D., Angelopoulos N. V.: Internet addiction among Greek adolescent students, *Cyber Psychology & Behavior*. 2008, 11, 6, 653-657.
16. Augustynek A.: Zagrożenia komputerowe, *Studia Humanistyczne: rocznik Akademii Górniczo-Hutniczej im. St. Staszica*. Kraków, 2007, 5, 107-121.
17. Young K. S.: Internet addiction: symptoms, evaluation, and treatment. *Innovation in clinical practice: a source book*, Professional Resource Press. Sarasota, 1999.
18. Pawłowicz J. J.: Fonoholizm-problem moralny, *Biuletyn Teologicznomoralny*. 2010, 163-173.
19. Badanie Gemius/PBI, luty 2018 <http://pbi.org.pl/raporty/polscy-internauci-lutym-2018/>, data pobrania 9.03.2018.

20. Fundacja Dzieci Niczyje, EU NET ADB. Badanie nadużywania Internetu przez młodzież w Polsce i Europie, 2012.
21. Carnes P.: Cyberseks. Skuteczna walka z uzależnieniem, Wyd. Media Rodzina, Poznań, 2010.
22. Piekarski L. A., Krajewska-Kulak E., Kowalczyk K.: Ocena zagrożenia wybranymi uzależnieniami w populacji młodzieży gimnazjalnej, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93, 3, 499-509.
23. Trotzke P., Starcke K., Müller A., Brand M.: Pathological buying online as a specific form of internet addiction: a model-based experimental investigation, *PloS ONE*. 2015, 10, 10, doi.org/10.1371/journal.pone.0140296.
24. Young K.: Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder, *Cyber Psychology & Behavior*. 1998, 1, 3, 237–244.
25. Olejnik P.: Internet– niebezpieczeństwo dezintegracji osobowości dziecka? [w:] *Dziecko i media elektroniczne – nowy wymiar dzieciństwa*, Izdebska J. (red.), Wyd. Trans Humana. Białystok, 2005, 34-44.
26. Jakubik A.: Zespół uzależnienia od Internetu (ZUI) – Internet Addiction Syndrome (IAS), In *Instytut Psychologii Zdrowia*. <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=52>, data pobrania 9.03.2018.
27. Bobula S.: Uzależnienia. [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży– perspektywa kliniczna*, Pilecka W. (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2011, 442-443.
28. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Badania Opinii Społecznej, Ministerstwo Zdrowia: *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych*. Warszawa, 2015.
29. Jarczyńska J.: Problematyczne używanie Internetu przez młodzież i młodych dorosłych–przegląd narzędzi do przesiewowej oceny tego zjawiska, *Przegląd Pedagogiczny*, 2015, 1, 119-136.

Zjawisko występowania stalkingu wśród młodzieży

Janiszewska Mariola¹, Ozdoba Patrycja², Konarska Jagoda², Drop Bartłomiej³, Barańska Agnieszka³, Typek Dominika²

1. Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Koło Naukowe przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Stalking jest zjawiskiem, które wiąże się z wieloma tragicznymi wydarzeniami. Często kosztuje to osoby prześladowane wiele bólu i cierpienia, a niekiedy ich zdrowie, a nawet życie. Analizując zdrowie osoby prześladowanej najbardziej cierpi psychika.

Po raz pierwszy stalking został zauważony w USA i stał się popularny przede wszystkim z powodu nękanych gwiazd, w tym Johna Lennona, który zginął z rąk szalonego prześladowcy. Jedynie takie wydarzenia uświadomiły ludziom, policji i innym organom ścigania, jak bardzo poważny jest ten problem. Zdawałoby się, że głuche telefony czy szpiegowanie kogoś w drodze do domu nie niesie ze sobą poważnych konsekwencji, bo wszak „to nic takiego”. Zdarzenia te mogą jednak zamienić życie ofiar w prawdziwy koszmar. Stalking jest niewątpliwie zjawiskiem negatywnym. Badania przeprowadzone przez Instytut Ekspertyz Sądowych (IES) na zlecenie Ministra Sprawiedliwości wykazały, że 3 miliony Polaków przyznało się do doświadczenia stalkingu. Jest to zastraszające, ponieważ oznacza, że co dziesiąta osoba była lub nadal jest nękana [1].

Naukowcy z dziedziny nauk socjologicznych z przykrością stwierdzają, że problem ten będzie narastał. Niestety, ta diagnoza jest bardzo prawdopodobna. Pozwala na to rozwój technologii, przyczyniając się znacząco do pogłębienia tego zjawiska. Cyberstalking, forma nękania znana jako cyberprzemoc, przybiera na sile i zbiera coraz większe plony. W szczególności dotyczy to młodzieży, która częściej niż osoby starsze korzysta z informacji i danych znajdujących się w Internecie. Nie dziwne więc, że stalking i jego odpowiedniki w Internecie stały się przedmiotem zainteresowania, badań i dyskusji na forach publicznych. Impulsem do zbadania tego tematu była chęć poznania

rozpowszechniania się zjawiska stalkingu, a także sprawdzenie wiedzy dotyczącej procederu prześladowania wśród młodzieży.

Przejawy stalkingu

Stalking przejawia się na wiele sposobów, od pozornie "niewinnych" głuchych telefonów do ataku lub próby zgwałcenia ofiary. Badania dotyczące uporczywego molestowania prowadzone pod kierunkiem A. Siemaszki wykazały, że najczęstszymi formami prześladowania są [2]:

- rozpowszechnianie kłamstw, plotek i oszczerstw dotyczących konkretnej osoby (68,7%),
- dopytywanie się przyjaciół o życie prywatne ofiary, próba skontaktowania się z nią przy pomocy osoby trzeciej (55,2%),
- groźby lub szantaż (49,1%),
- liczne głuche lub nocne telefony (46,8%),
- groźby względem rodziny, najbliższych przyjaciół (36,8%),
- uciążliwe listy, SMS-y, e-maile (34,9%),
- obserwowanie ofiary (31,4 %),
- zniszczenie mienia osobistego ofiary (23,8 %),
- przemoc (22,2%),
- nawiązywanie fizycznego kontaktu z ofiarą - dotknięcie, przytulenie, pocałunek itp, (16,2%),
- podrzucanie liścików pod drzwi (15,8%),
- próba włamania się do domu/mieszkania lub samochodu ofiary (15,7%),
- fotografowanie ofiary bez jej zgody (13,7%),
- nękanie zwierzęcia ofiary (8,6%),
- umieszczanie komentarzy w Internecie (7,1%).

Zarys psychologiczny stalkera

Stalker to osoba, która prześladowuje lub nęka innych z powodów, jakie są znane tylko jemu [3]. Potencjalnym sprawcą może być praktycznie każdy, kto poprzez swoje zachowanie narusza prywatność innej osoby. Najczęściej jednak są to ludzie, którzy kiedyś byli w bliskim

kontakcie z ofiarą, ale zdarzają się również osoby, które nie miały nic ze sobą wspólnego przed rozpoczęciem aktu stalkingu.

Psychologiczny portret stalkera zdaje się być łatwy do określenia oraz zauważalny już na pierwszy rzut oka. Nie jest to jednak tak banalne, jak mogłoby się wydawać. Nie wszyscy z nich to psychopaci z groźnym wyrazem twarzy, wręcz przeciwnie. Typowy stalker przeważnie zachowuje pozory "normalności". Dla środowiska naturalnego wydaje się być zwykłym człowiekiem, który nie jest uważany za niebezpiecznego. Mają oni jednak stosunkowo stabilny zestaw cech wyróżniających, które sprzyjają zachowaniom zakłócającym prywatność innych. Najważniejsza z nich to niezdolność do empatii, która czyni prześladowcę nieświadomym tego, jak czuje się osoba, którą dręczy. Inne cechy prześladowcy to [4]:

- mała tolerancja błędów i porażek,
- zniekształcone postrzeganie rzeczywistości,
- lekceważenie uczuć i potrzeb innych, przy jednoczesnym domaganiu się swoich praw,
- trudności w kontaktach międzyludzkich i w nawiązywaniu bliskich relacji z drugą osobą,
- samolubstwo,
- ciągle zwracanie uwagi na swoją osobę.

Jak widać, takie cechy predysponują człowieka do zachowań, które można nazwać uporczywym nękaniem innych. Powodują one silne przywiązanie do danej osoby, a nawet uzależnienie od niej, co niesie ze sobą możliwość takiego dręczenia. Prześladowca nie umie poradzić sobie bez obecności obiektu swojej miłości, więc za wszelką cenę stara się do niego zbliżyć, nie tak często, jak powinien. Człowiek, który dopuszcza się stalkingu, musi być zdeterminowany w swoich działaniach, dążąc do celu pomimo różnych przeciwności losu i nie biorąc pod uwagę konsekwencji swoich działań.

Charakterystyka osoby stalkowanej

Każdy, bez względu na płeć, narodowość, rasę lub religię może być nękany. Dręczenie najczęściej dotyka kobiet ze strony mężczyzn, ale można spotkać się również z sytuacją odwrotną. Prześladowanie może również mieć miejsce w obrębie tej samej płci, choć bardzo rzadko. Osoby szykanowane z początku mogą nie zdawać sobie sprawy z powagi problemu i bagatelizować skutki szkodliwego poczynania stalkera. Następnym krokiem może być zaprzeczanie lub komunikowanie się z prześladowcą, co zazwyczaj nie przynosi żadnych

rezultatów. Ofiary zastanawiają się tylko nad tym, kiedy, jak i gdzie oprawca ponownie zaatakuje. Przejawia się to wyłączeniem się takiej osoby z życia społecznego, porzuceniem zainteresowań, w skrajnych przypadkach także pracy oraz niechęci do opuszczenia domu [5]. Ofiary są często bezradne wobec tego, co dzieje się w ich życiu, co powoduje jeszcze większe poczucie zagrożenia, strachu i bezradności. Niestety czasami rodzina i przyjaciele pogarszają sytuację, lekceważąc ten problem. Zdają sobie sprawę z wagi tego wydarzenia tylko wtedy, gdy coś dzieje się z ofiarą lub gdy sami są wciągani w intrygi stalkera. Zagrożone ofiary mogą również obawiać się zgłoszenia incydentu na policję. Jest to bardzo nieodpowiedzialne, ponieważ pozostawia nękanego bezkarnym, wyrażając w ten sposób milczącą zgodę na jego dalsze działania [6]. Wynika to również z faktu, że do niedawna w Polsce panowała niesłyszana niska świadomość na temat stalkingu.

Cyberstalking

Wraz z postępem technologicznym - rozwojem komputerów oraz Internetu - pojawiło się nowe zjawisko - cyberprzemoc. Jest tak samo niebezpieczny jak jego "klasyczny" odpowiednik. Charakteryzuje się podszywaniem się pod inną osobę w Internecie i wykorzystywaniem jej danych, np. w transakcjach online, zakładaniem kont na portalach społecznościowych lub serwisach randkowych, zmianą haseł na stronach internetowych itp. Dlatego też niektórzy nazywają ją "przywłaszczeniem tożsamości" [7].

Cyberstalking różni się od zwykłego nękania tym, że zazwyczaj wiąże się z wyjątkowymi sytuacjami, a działania stalkera są zawsze świadome i bardzo starannie planowane, co ma na celu wyrządzenie bezpośredniej szkody finansowej innej osobie. Niestety, trudniej jest również zapobiegać prześladowaniom. Najczęstsze działania w tym kierunku to *„blokowanie, czy filtrowanie wiadomości, a przede wszystkim kontakt z administratorami stron internetowych, na których dochodzi do ataku stalkera”* [8]. Stalking w Internecie dotyczy nie tylko przestępstw wirtualnych, ale także wszelkich sytuacji, w których dane i wizerunki ofiary wykorzystywane są bez jej zgody. Może to zaowocować pojawieniem się treści w Internecie, które mogą być nielegalne lub szkodliwe. Nielegalne to takie, które są ścigane oraz karane przez polskie prawo jako czyny zabronione, zaś szkodliwe to te, które nie są ścigane, ale mogą wyrządzić krzywdę osobie, zwłaszcza w zakresie dóbr osobistych [9].

Wprawdzie jest on łatwiejszy do udowodnienia, ponieważ wszystkie zapiski, wiadomości jak również potwierdzenia transakcji są odnotowywane w pamięci komputerów, Internetu, co ułatwia stwierdzenie winy stalkerów. Poważnym problemem jest również to, że

młodzi ludzie, mianowicie dzieci i młodzież, są także narażeni na czyhające niebezpieczeństwo w sieci. Ze względu na swoją łatwowierność często "wpadają" w pułapki inteligentnych stalkerów. Aby zapobiegać przestępstwom przeciwko młodzieży, Fundacja „*Dzieci Niczyje*” uruchomiła infolinię, na którą mogą dzwonić wszyscy poszkodowani. Istnieją linie zarazem dla rodziców i nauczycieli, jak również dla tych, którzy są zainteresowani [10].

Na pierwszy rzut oka cyberstalking wydaje się łagodniejszą formą uporczywego nękania innych. Może on jednak wyrządzić równie poważne szkody, jak jego klasyczny odpowiednik. Tym bardziej jest to prawdziwe, że ma tendencję wzrostową poprzez rozwój technologii.

W szczególności, że ma on tendencję wzrostową, poprzez rozwój technologii, Dawno temu zjawisko to nie było tak powszechne, ale teraz stalkerzy zbierają ogromne żniwo.

Skutki prześladowania dla ofiar

Długotrwałe, uporczywe nękanie pozostawia po sobie głębokie ślady. Konsekwencje obejmują skutki psychologiczne, społeczne (relacyjne) i somatyczne. Jarosław Paralusz wspomina o konsekwencjach psychologicznych dla ofiar: ciągłej frustracji, samozadowoleniu czy winie, a także wstydzie za sytuację. Po pewnym czasie pojawiają się również zaburzenia psychiczne, takie jak depresja lub różne fobie, takie jak strach przed opuszczeniem domu, ponieważ nigdzie nie czuje się bezpiecznie jak właśnie tam. Niekiedy dochodzi również do przejawów charakterystycznych przy Zespole Stresu Pourazowego, jak i ataków paniki. Późniejsze trudności w relacjach międzyludzkich, niezdolność do budowania zaufania z drugą osobą, rozdrażnienie lub inne zakłócenia w codziennym życiu są bardzo częste i utrudniają je. Należą do nich zaburzenia snu, zapominanie o prostych rzeczach i problemy z koncentracją uwagi. Należy podkreślić, że osoby nękanе żyjące w długotrwałym stresie częściej popadają w różnego rodzaju uzależnienia. Mogą też pojawić się myśli o samobójstwie i próby zabicia się [11]. Podobne wnioski wyciągnęła J. Skarżyńska - Semagalia, dodając do listy objawów poczucie wyuczonej bezradności [12].

Innymi konsekwencjami stalkingu są dolegliwości somatyczne. Występują tu przede wszystkim problemy z oddychaniem, zaburzenia rytmu serca, zwiększona potliwość, nieprawidłowe odżywianie, zaburzenia snu i sfery seksualnej. Ogólne pogorszenie stanu zdrowia może prowadzić do rozwoju różnych chorób, takich jak astma, owrzodzenia żołądka i łuszczyca [11].

Osoby dotknięte uporczywym nękaniem są podejrzliwe i na ogół niechętnie nawiązują nowe kontakty. Wynika to z obawy, że zjawisko to może się powtórzyć.

Stalking a regulacje prawne

Stalking odnalazł swoje miejsce w polskim kodeksie karnym za sprawą nowelizacji Ustawy z dnia 25 lutego 2011 roku. Aktualnie jest on uznawany za przestępstwo naruszające wolność, a odpowiedzialność karna została określona za uporczywe szykanowanie innych osób. Inne kraje europejskie i Stany Zjednoczone przyjęły podobne przepisy.

Art. 190a Kodeksu karnego mówi [13]:

- *§ 1. Kto przez uporczywe nękanie innej osoby lub osoby jej najbliższej wzbudza u niej uzasadnione okolicznościami poczucie zagrożenia lub istotnie narusza jej prywatność, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*
- *§ 2. Tej samej karze podlega, kto, podszywając się pod inną osobę, wykorzystuje jej wizerunek lub inne jej dane osobowe w celu wyrządzenia jej szkody majątkowej lub osobistej.*
- *§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*
- *§ 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 lub 2 następuje na wniosek pokrzywdzonego.*

Aby jednak mówić o przestępstwie, musi być spełniony podstawowy warunek, a mianowicie, aby osoba, do której wymierzone jest przestępstwo stalkingu, miała realne i obiektywne poczucie zagrożenia ze strony sprawcy. Według Komendy Głównej Policji oskarżony o dręczenie zostanie skazany, kiedy poczucie to zostanie stosownie uzasadnione. Rozchodzi się tutaj o to, czy ma ono związek z racjonalnymi pobudkami i okolicznościami sprzyjającymi temu zdarzeniu [14].

Założenia i cel pracy

Celem niniejszej pracy jest analiza postaw młodzieży wobec występowania zjawiska stalkingu oraz zbadanie występowania tego zjawiska wśród młodzieży. Poszukiwanie badawcze ukierunkowano tak, aby udzielić odpowiedzi na poniższe pytania:

- Jaka jest wiedza badanych na temat stalkingu?

- Jakie źródła wiedzy o stalkingu wskazują respondenci?
- Jaki jest profil stalkera w opinii badanych?
- Jakie zachowania towarzyszą zjawisku stalkingu według respondentów?
- Jaka jest świadomość badanych na temat zagrożeń związanych z tym przestępstwem?

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 238 respondentów obu płci. Badaną grupę stanowiła młodzież w wieku od 14 do 22 lat. Badaniem objęto uczniów gimnazjów (80 osób), liceów (114 osób) oraz studentów pierwszego stopnia studiów stacjonarnych (44 osoby). Ankieta została przeprowadzona w okresie od 11 do 23 marca 2016 roku.

Badanie odbywało się za pośrednictwem ankiety internetowej na stronie interankiety.pl <https://www.interankiety.pl/interankieta/c418a7c7a4a43b8531cc74d40d3c3a28>.

Badania zebrane za pomocą kwestionariusza dostarczyły danych, które wykorzystano w niniejszej pracy. Analiza i niezbędne obliczenia zostały sporządzone w programie Microsoft Office Excel 2010.

Wyniki

W badaniu wzięły udział 143 osoby (60%) płci męskiej oraz 95 osób płci żeńskiej (40%). Ludność z miast wynosiła w badanej populacji badanej 60%, czyli 143 osoby, natomiast na wsi jej odsetek wyniósł 40%, czyli 95 osób. W grupie badanej największy odsetek respondentów stanowią osoby mające lat 18 (19%), 16 (18%) i 17 (16%). Liczba ankietowanych w tych rocznikach wynosi kolejno 45, 42 i 38 osób. Nieco mniejszy odsetek, bo 13% stanowią 19-latkowie. Taka sama liczba ankietowanych (24 osoby) wystąpiła u 15-sto i 20-latków, co daje w przeliczeniu po 10% na każdy z dwóch roczników. Najmniejszy procent osób badanych występuje zaś w skrajnych grupach, czyli u osób w wieku 14 (6%), 21(3%) i 22 lat (5%).

Aż 90% respondentów spotkała się z określeniem „stalking”. Natomiast 10% osób biorących udział w badaniu nie wie, co oznacza to zjawisko. Aż 73% badanych wiedzę na temat stalkingu czerpie z Mediów. Inne zaproponowane źródła nie są już tak popularne wśród respondentów. Respondenci posiadają wiedzę na temat stalkingu w 27% uzyskaną poprzez pogadanki podczas zajęć. Kolejnym źródłem są znajomi (21%), natomiast z prasy naukowej w celu wyjaśnienia zjawiska korzysta 15% badanych. Ważnym faktem jest, że respondenci

przyznają się do bycia ofiarą stalkingu jedynie w 4%. Najmniej osób czerpie wiedzę na temat tego zjawiska z literatury naukowej (6%).

Tab. I. Źródła dostarczania wiedzy o stalkingu w opinii badanych

Skąd dowiedziałeś/aś się o zjawisku stalkingu?	N	Procent
Media (TV, Internet)	174	73%
Prasa popularna	35	15%
Literatura naukowa	14	6%
Pogadanki podczas zajęć	64	27%
Jestem ofiarą stalkingu	10	4%
Znam ofiarę stalkingu	24	10%
Od znajomych	49	21%
Nigdy nie słyszałem/am o tym zjawisku	23	10%

% obserwacji nie sumują się do 100, ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

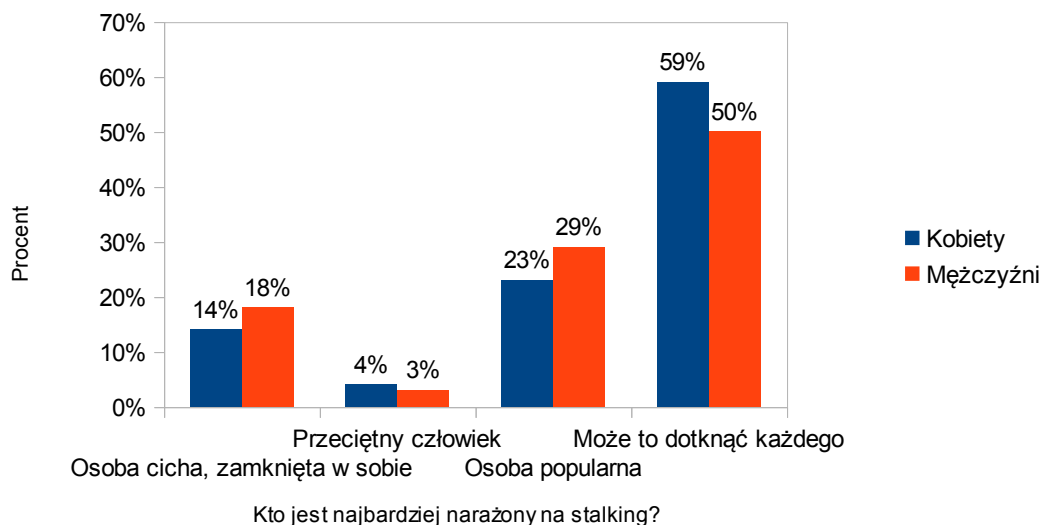
Dla ponad połowy badanych (55%) najczęstszymi formami występowania stalkingu są ciągle wydzwanianie i pisanie SMS-ów. Kolejno za objaw stalkingu badani uważają chodzenie za ofiarą (51%), a także nachodzenie jej w miejscu szkoły bądź pracy (48%). Badani w 35% wskazali, że pojawianie się w tych samych miejscach, co ofiara to jedna z form stalkingu. Dopytywanie o szczegóły życia prywatnego i intymnego uznaje za stalking 37% ankietowanych. Natomiast pisanie na portalach społecznościowych oraz grożenie zajęło według badanych to samo miejsce, a ich odsetek jest równy 28%. Ankietowani w liczbie 27% uznali, że przejawem stalkingu jest publiczne upokarzanie ofiary. Na ostatnim miejscu respondenci podają agresję fizyczną (19%).

Tab. II. Zachowania charakterystyczne dla stalkera według opinii respondentów

Czym według Ciebie objawia się stalking?	N	Procent
Ciągle wydzwanianie i pisanie SMS-ów	131	55%
Chodzenie za ofiarą	122	51%
Pojawianie się w tych samych miejscach co ofiara	84	35%
Pisanie na portalach społecznościowych postów pod adresem ofiary	67	28%
Publiczne upokorzenie ofiary	64	27%
Rozpowszechnianie oszczerstw i kłamstw na temat ofiary	78	33%
Nachodzenie ofiary w miejscu jej szkoły/pracy	114	48%
Dopytywanie o szczegóły życia prywatnego/intymnego	87	37%
Grożenie	66	28%
Agresja fizyczna	45	19%

% obserwacji nie sumują się do 100 ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

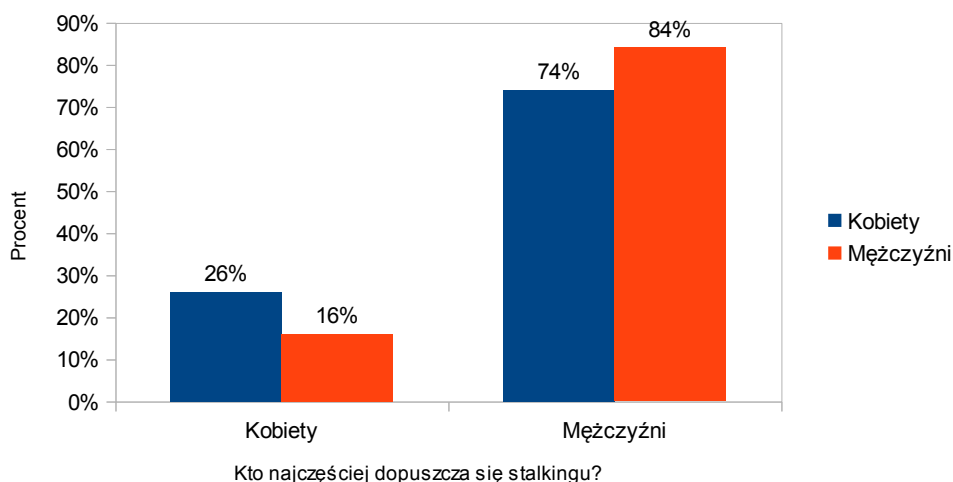
Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych



Ryc. 1. Narażenie na stalking według płci

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

Zjawisko stalkingu zarówno według kobiet (59%), jak i mężczyzn (50%) może dotknąć każdego. Ankietowani wytypowali także osobę popularną, jako prawdopodobną ofiarę stalkingu (kobiety 23%, mężczyźni 29%). Natomiast osoba cicha, zamknięta w sobie, skromna została wskazana przez badanych jako trzecia odpowiedź i wynosiła 14% dla kobiet i 18% dla mężczyzn. Najmniej osób wskazało, że osobą stalkowaną jest przeciętny człowiek.



Ryc. 2. Płeć stalkera według kobiet i mężczyzn

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

Ciekawym faktem jest to, że więcej kobiet wskazało osoby tej samej płci jako potencjalnych stalkerów (26%). W przypadku ankietowanych mężczyzn odsetek ten wyniósł 16%. Kobiety w liczbie 74% i mężczyźni w 84% twierdzą, że stalkerem jest mężczyzna.

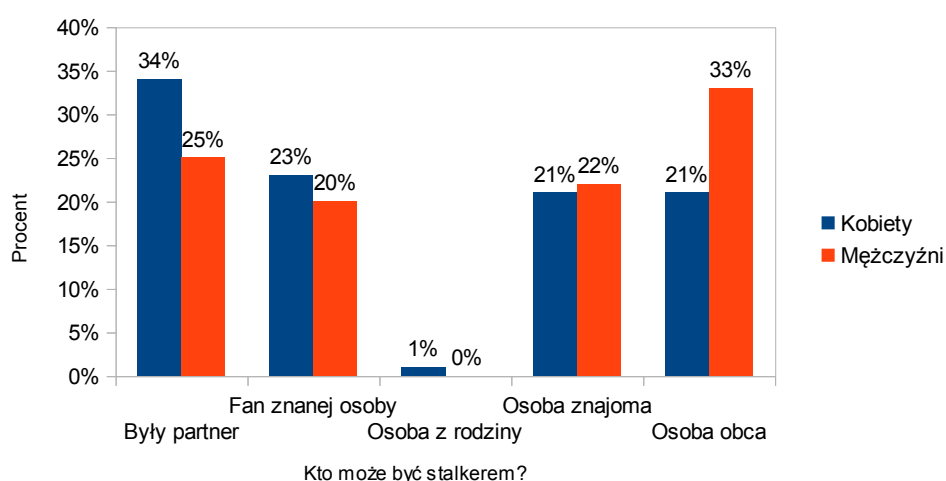
Tab. III. Najczęstsze ofiary stalkingu według badanych

Kto najczęściej pada ofiarą stalkingu?	N	Procent
Kobiety	101	42%
Mężczyźni	8	3%
Obie płci są tak samo narażone	129	54%

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

Ponad połowa ankietowanych (54%) uważa, że obie płci są tak samo narażone na stalking. Natomiast 42% respondentów twierdzi, że ofiarą stalkingu są kobiety. Ankietowani w liczbie 8 osób (czyli zaledwie 3%) uznali, że stalking dotyczy mężczyzn.

Badane kobiety twierdzą, że stalkerem jest najczęściej były partner (34%), następnie fan znanej osoby (23%), trzecie miejsce, według kobiet, zajmują osoby znajome i obce (21%). Natomiast na ostatnim miejscu znajduje się osoba z rodziny (1%). Mężczyźni z kolei uważają w 33%, że stalker to osoba obca. Niewiele mniej mężczyzn twierdzi (25%), że stalker to były partner. Według mężczyzn potencjalnym stalkerem również może być: osoba znajoma (22%) oraz fan osoby znanej (20%).



Ryc. 3. Kto może być stalkerem według płci

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

Tab. IV. Skutki stalkingu dla ofiary w opinii badanych

Jakie są skutki stalkingu dla ofiary?	N	Procent
Zaburzenia na tle nerwowym, zaburzenia psychiczne	122	51%
Zaburzenia somatyczne	4	2%
Zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym	67	28%
Agresja słowna lub fizyczna kierowana do osób postronnych	10	4%
Samobójstwo	29	12%
Stalking nie ma wpływu na ofiarę	6	3%

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

Najwięcej respondentów (51%) twierdzi, że następstwem stalkingu dla jego ofiar są zaburzenia na tle nerwowym i psychicznym. Zdaniem 28% ankietowanych skutkami stalkingu są zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym. Badani w liczbie 12% wskazują na samobójstwo jako skutek stalkingu. Agresja ofiary kierowana do postronnych osób to zdaniem 4% badanych konsekwencja stalkingu. Zaledwie 2% respondentów odpowiedziało, że są to zaburzenia somatyczne. Z kolei 3% badanych uważa, że stalking nie niesie za sobą żadnych negatywnych skutków wobec ofiary (Tab. IV).

Respondenci w liczbie 22% na pytanie o osobiste doświadczenia ze stalkingiem odpowiedziało twierdząco. Jednak zdecydowana większość osób badanych, bo aż 88% twierdzi, że nie doświadczyły tego zjawiska bezpośrednio (Tab. V).

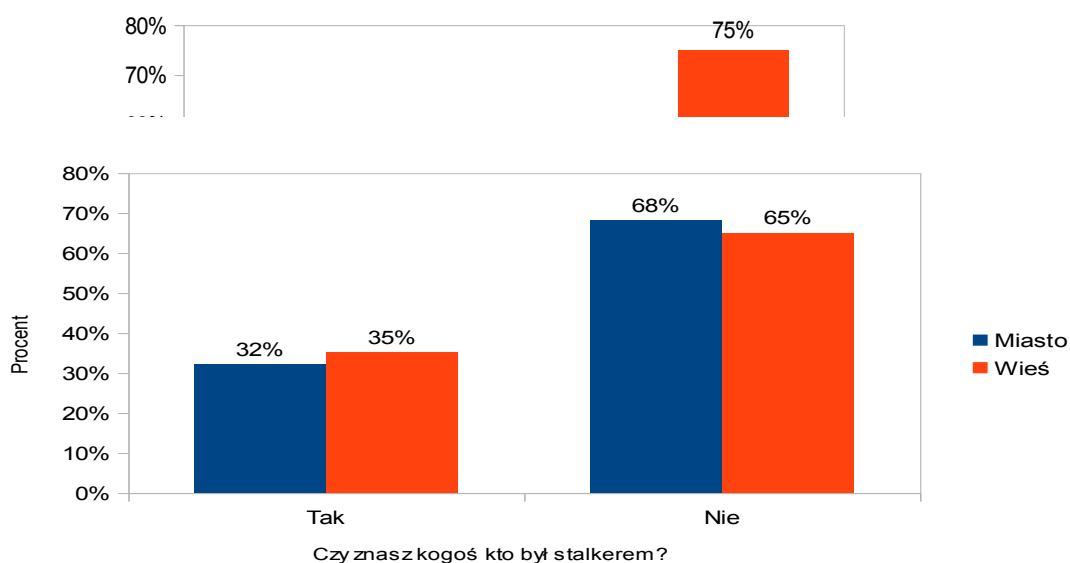
Tab. V. Doświadczenie zjawiska stalkingu w opinii ankietowanych

Czy kiedykolwiek doświadczyłeś/aś zjawiska stalkingu?	N	Procent
TAK	53	22%
NIE	185	88%

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

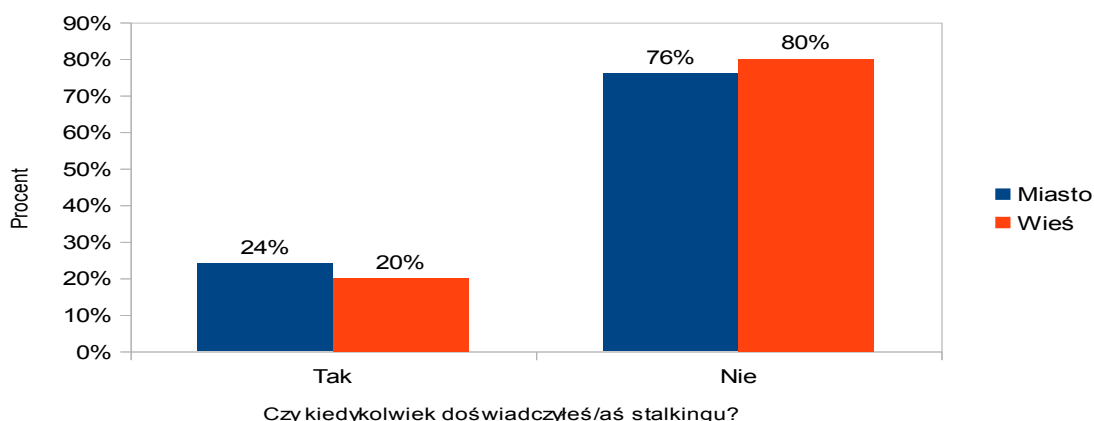
Prawie połowa ankietowanych kobiet (48%) doświadczyła poczucia lęku bądź kontroli ze strony innego człowieka. Mężczyźni natomiast prawie dwukrotnie mniej (25%) odczuwają lęki i kontrolę ze strony obcych osób (Ryc. 4).

W miastach stalking jest niewiele częściej doświadczanym zjawiskiem niż na wsi. Odsetek jego występowania wynosi w mieście 24%, a na wsi jest on mniejszy o 4%. Zdecydowana większość osób mieszkających w mieście, jak i na wsi nie doświadczyło stalkingu (Ryc. 5).



Ryc. 4. Doświadczanie zjawiska stalkingu ze względu na płeć

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

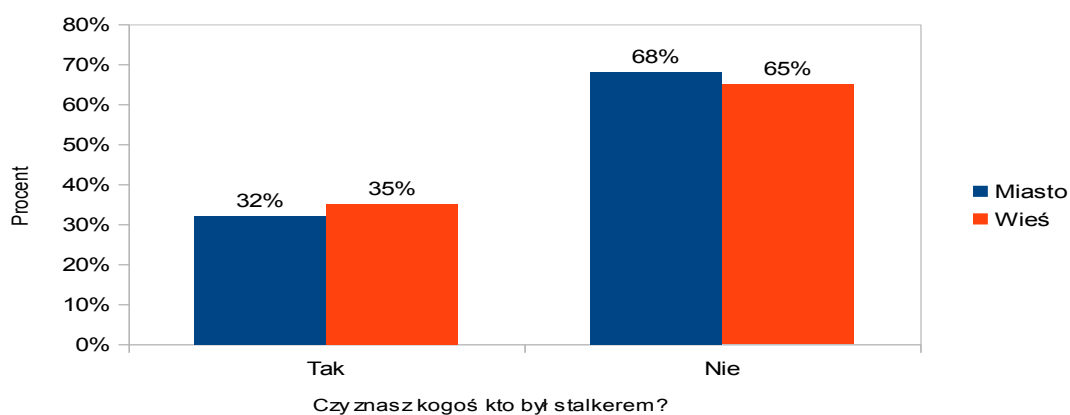


Ryc. 5. Doświadczanie stalkingu ze względu na miejsce zamieszkania

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

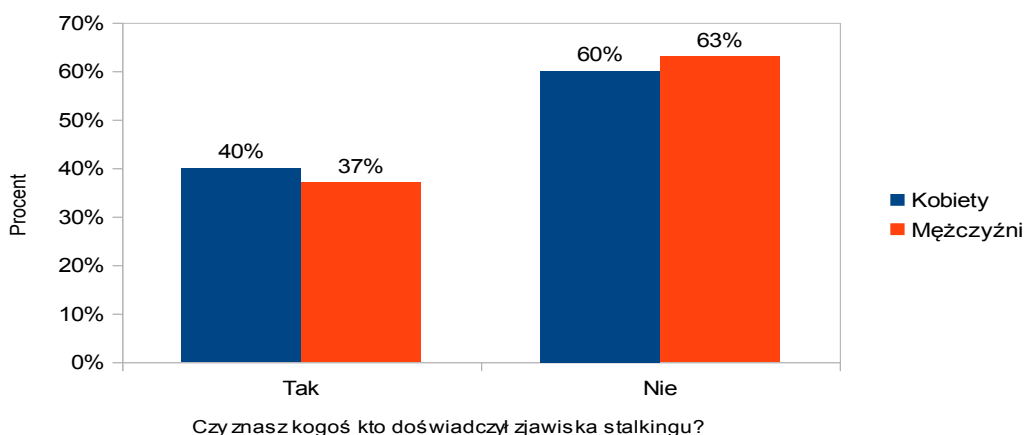
Badane osoby w liczbie 35%, które zamieszkują wieś częściej spotykały w swoim środowisku stalkera, niż osoby zamieszkałe w miastach (32%). Różnica jest niewielka, lecz w temacie znajomości ze stalkerem dominują mieszkańcy wsi. Ankietowani mieszkańcy miast w 68% i wsi w 65% twierdzą, że nie spotkały w swoim życiu stalkera (Ryc. 6).

Kobiety deklarują znajomość z osobą nękaną przez stalkera o 3 punkty procentowe częściej niż mężczyźni. Kobiety doświadczają tego zjawiska w 40%, a mężczyźni w 37%. Natomiast kobiety w liczbie 60% i mężczyźni w 63% nigdy nie miało styczności z osobą stalkowaną (Ryc. 7).



Ryc. 6. Znajomość ze stalkerem według miejsca zamieszkania

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych



Ryc. 7. Znajomość z osobą stalkowaną według płci

Źródło: Na podstawie opracowanych badań własnych

Dyskusja

Niezaprzeczalnie stalking jest naruszeniem prawnym przeciwko wolności. Tłumacząc z języka angielskiego brzmi dosłownie „skradać się”. Pierwotnie termin stosowany był w gwarze myśliwskiej i dotyczył skradania się do zwierzyny [15]. Kolokwialnie mówi się o dręczeniu z elementami emocjonalnego prześladowania [15].

Stalking jest dynamicznie rozwijającym się zjawiskiem, które można nazwać procederem o zasięgu globalnym. Staje się coraz bardziej "popularny" w Europie, USA, ale także w Polsce. Badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w 2011 r. wykazało, że 61% kobiet i 44% mężczyzn było obserwowanych przez ich obecnego bądź też byłego partnera. Mówią również, że najbardziej narażone oraz bezbronne na ten proceder są osoby w

wieku 18-24 lat [16]. W Polsce w 2014 r. popełniono około 3000 przestępstw związanych z nękaniami [17].

Blauuw argumentuje, że ryzyko wiktymizacji jest wyższe u osób podatnych na depresję niż u ogółu społeczeństwa [18].

Badania opublikowane w „Journal of Forensic Sciences” w 2006 roku wykazują, że 78% stalkerów podjęło różne środki, aby prześladować swoje ofiary, z których 2/3 były prześladowane co najmniej raz w tygodniu, natomiast niektórzy nawet codziennie [19].

W oparciu o przeprowadzone badania można powiedzieć, że prawie połowa respondentów (46,6%) przynajmniej raz doświadczyła stalkingu. Z drugiej strony 48% kobiet i 25% mężczyzn odczuwa strach lub stałą oraz niechcianą kontrolę.

Respondenci stwierdzili, że mężczyźni są bardziej skłonni do stalkingu (74% w przypadku kobiet i 84% w przypadku mężczyzn), a kobiety są bardziej narażone na zjawisko stalkingu (50% według kobiet) lub też obie płcie są jednakowo narażone na tenże proceder (58% według mężczyzn).

Ankietowani dowiadują się głównie o prześladowaniu w mediach (46% kobiet i 43% mężczyzn).

Wnioski

1. Wiedza respondentów na temat stalkingu jest dosyć dobra. 90 proc. badanych stwierdziło, że słyszało już o procederze stalkingu. Ankietowani potrafią ustalić, kto to jest stalker, kim jest osoba stalkowana i jak przebiega proces stalkingu. Znają oni również odpowiedzi na pytania dotyczące konsekwencji tego zjawiska, a także czynniki ryzyka związane z prześladowaniem.
2. Respondenci swoją wiedzę opierają w głównej mierze na źródłach masowego przekazu. Informacje na ten temat znajdują zazwyczaj na stronach internetowych bądź też bazują na wiadomościach przekazywanych przez radio czy telewizję. Badani rzadko korzystają z prasy popularnej lub literatury naukowej. Może to prowadzić do błędnych przekonań i bezpodstawnych osądów w sprawie prześladowania. Dlatego tak bardzo ważne jest wprowadzenie odpowiedniej edukacji w tym zakresie.
3. Rozprzestrzenianie się procederu stalkingu wśród młodzieży jest stosunkowo niewielkie. Do samego doświadczenia stalkingu przyznaje się 22% badanych, podczas gdy wyższy odsetek mówi o znajomości stalkerów (33%) lub osób prześladowanych (38%) w swoim środowisku. Niska liczba osób doświadczających dręczenia może być

spowodowana niewłaściwym rozpoznaniem zachowań stalkingowych wobec własnej osoby, bowiem 42% ankietowanych przyznaje się do otrzymywania wiadomości SMS, telefonów lub niechcianych wpisów na portalach społecznościowych (tj. o 20 punktów procentowych więcej niż w przypadku doświadczenia stalkingu). Czasami respondenci nie uważają drobnego naruszenia prywatności za molestowanie, ale po prostu za namolne zachowanie innych osób. Niedostateczny stan wiedzy w tym zakresie może poskutkować nieświadomym naruszaniem cudzej prywatności lub też poddawaniu się stalkingowi, dlatego też tak istotne jest edukowanie osób w każdym wieku ze względu na skutki, jakie niesie ten proceder.

Piśmiennictwo

1. IES Kraków: <http://ies.krakow.pl/>, data pobrania 8.05.2018.
2. Siemaszko A.: Raport z badania nt. uporczywego nękania, *Archiwum kryminologii*, 2010, 32, 45-80.
3. Słownik psychologiczny, <http://psychologia.net.pl>, data pobrania 5.04.2018.
4. Fisher B.: Being pursued: Stalking victimization in a national study of college women, *Criminology & Public Policy*, 2002, 1, 264.
5. Paczkowska A.: Stalking - niebezpieczne rozstania <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=282>, data pobrania 8.04.2018.
6. Kowalski M.: Stalking po polsku, Minibooki Gazety Wyborczej, Agora, Warszawa 2013, 68.
7. Lisowiec E.: Stalking i cyberstalking w Polsce – uregulowanie karnoprawne. <http://studentprawa.pl/prawo-w-praktyce/item/1068-stalking-i-cyberstalking-w-polsce-uregulowanie-karnoprawne>, data pobrania 9.05.2016.
8. Akińcza J.: Stalking - zjawisko, odpowiedzialność prawna, *Jurysta*, 2012, 12, 6.
9. Kosińska J.: Prawnokarna problematyka stalkingu, <http://www.ies.krakow.pl/wydawnictwo/prokuratura/pdf/2008/10/4kosinska.pdf>, data pobrania 9.04.2018.
10. <http://www.helpline.org.pl/>, data pobrania 10.04.2018.
11. Paralusz J.: Zatrute życie - Zjawisko stalkingu z perspektywy ofiary prześladowania, <http://www.niebieskalinia.pl/pismo/wydania/dostepne-artykuly/4888-zatrute-zycie-zjawisko-stalkingu-z-perspektywy-ofiary-przesladowania>, data pobrania 9.04.2018.

12. Skarżyńska-Sernaglia J.: Stalking w Polsce – występowanie i charakterystyka zjawiska, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=415>, data pobrania 9.04.2018.
13. Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny, Dz. U. 2011, Nr 72, Poz. 381.
14. KGP, Polskie prawo karne wobec uporczywego nękania innej osoby (stalking), Policja, 2011, 75.
15. http://www.pomocpokrzywdzonym.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=123&Itemid=123, data pobrania 9.04.2018.
16. Breiding M. J.: Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization – National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011, Centers for Disease Control and Prevention Morbidity and Mortality Weekly Report, 2014, 63, 8, 7.
17. <https://mswia.gov.pl/pl/aktualnosci/13559,CyberPol-czym-jest-stalking.html>, data pobrania 9.04.2018.
18. Blauuw E.: The Toll of Stalking, Journal of Interpersonal Violence, 2002, 17, 1, 50-63.
19. Mohandie K.: The RECON Typology of Stalking: Reliability and Validity Based upon a Large Sample of North American Stalkers, Journal of Forensic Sciences, 51, 1, 2006.

Analiza sytuacji osób LGBT i osób żyjących z HIV w Polsce – pracownicy służby zdrowia wobec postaw dyskryminacyjnych

Rygiel Klaudia¹, Wijata Klaudia¹, Waclawik Michał¹, Ratajczak Karolina¹, Kurzelewska-Sobczak Anna², Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

Wpisując słowo „dyskryminacja” w najpopularniejszą wyszukiwarkę internetową obecnych czasów jako pierwszy naszym oczom ukazuje się obrazek przedstawiający 3 osoby, z których dwie reprezentują biel, a trzecia czerń. Rysunek jest wyraźnie tendencyjny. Postać czarna jest mniejsza, drobniejsza, sprawia wrażenie zamkniętej, osamotnionej i tłumionej przez towarzyszy. Patrząc na wypisane wielkimi literami hasło poniżej nie ma już wątpliwości, że chodzi o nic innego jak o dyskryminację. Co właściwie oznacza ten termin? Łacińskie słowo *discriminatio* znaczy w dosłownym tłumaczeniu „rozdzielanie” [1]. Termin dyskryminacja odnosi się do zjawiska nieuzasadnionej marginalizacji społecznej, wykluczenia objawiającego się mniej korzystnym traktowaniem docelowej jednostki, w porównaniu z innymi w podobnej sytuacji ze względu na jakąś cechę, np.: płeć, rasę, pochodzenie, religię, niepełnosprawność, orientację seksualną, chorobę i wiele innych [2].

Jak pokazują przytoczone przykłady jest mnóstwo dziedzin, w których można doszukiwać się wykluczenia jednostek przez dominację większości. Najczęściej jest ono wynikiem uprzedzeń spowodowanych stereotypowym postrzeganiem jednostek czy danych grup społecznych [3]. Cały świat obraca się wokół tak zwanej „większości”, czyli osób bardziej popularnych, z uniwersalnymi cechami i modelami zachowań nie odstającymi od samozwańczej „normy”. Przewaga części społeczeństwa stanowiącej wspomnianą większość uwidacznia się na każdym kroku, poczynając od najbardziej podstawowych cech, jakimi są: wiek, płeć, wygląd, pochodzenie, religia czy sposób bądź też rodzaj wygłaszanych poglądów.

Czy jeśli jakaś osoba ma cechę wyróżniającą ją na tle innych, to jest to powód do wyśmiania i traktowania bez szacunku? Jeśliby przeprowadzić uliczną ankietę znakomita większość zapytanych odpowie bez zastanowienia: „oczywiście, że nie”. Czy tak jest w

rzeczywistości? Jest to czysto teoretyczny przykład, jednak problem sam w sobie jest dużo poważniejszy i głębszy.

Obserwowane zjawisko dyskryminacji nie jest jednorodne. Manifestacją mogą być słowa, a także gesty i czyny. Różnicuje się je także biorąc pod uwagę formę czy nasilenie. Może przyjmować postaci z pozoru niewinne, ale także agresywne z przejawami przemocy, nienawiści. Skrajne formy zjawiska wynikają najczęściej z małej świadomości i niewiedzy, które budzą strach. Przejawia się to jako fobie, np. homofobia czy ksenofobia [3].

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r. – nadrzędnym dokumencie polskiego systemu prawnego widnieje zapis dotyczący ochrony przed dyskryminacją. Artykuł 32 gwarantujący równe traktowanie stanowi:

1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne.
2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny [4].

Ponadto w Konstytucji RP znajdujemy inne artykuły, dotyczące węższych dziedzin, stanowiące o równości m.in.: art. 6 (prawo równego dostępu do dóbr kultury), art. 60 (prawo dostępu do służby publicznej na jednakowych zasadach), art. 68 ust. 2 (równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych), art. 70 ust. 4 (równy dostęp do wykształcenia). Na mocy ratyfikacji w polskim prawie obowiązuje również szereg dokumentów z zakresu prawa międzynarodowego, mówiących o zakazie dyskryminacji. Jednym z dokumentów jest Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Warto nadmienić, że skargi dotyczące łamania zawartych w niej praw mogą być rozpatrywane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu [3]. Jak pokazują przytoczone przykłady istnieje duża grupa dokumentów regulujących kwestie związane z marginalizacją i wykluczeniem społecznym, ale czy akty prawne wystarczają, aby zapobiegać dyskryminacji społecznej?

Analiza sytuacji osób LGBT

Skrótowiec LGBT pochodzi od angielskich słów *Lesbian*, *Gay*, *Biseksual*, *Transgender*. Oznacza osoby homoseksualne, biseksualne oraz transpłciowe. Sytuacja tej grupy osób jest w ostatnich latach obecna w debacie zarówno w Polsce, jak i w całej Unii Europejskiej. Przyczyniła się do tego aktywność różnych organizacji działających na rzecz praw osób LGBT oraz organizacji broniących praw człowieka. Momentem przełomowym dla

osób LGBT w Polsce zdaje się być rok 2001, kiedy to po raz pierwszy zorganizowano manifestację na rzecz ochrony praw osób nieheteroseksualnych – Paradę Równości w Warszawie [5]. W podobnym czasie powstała także ogólnopolska organizacja pozarządowa - Kampania Przeciw Homofobii (KPH), działająca na rzecz osób homo-, biseksualnych oraz transpłciowych i ich bliskich. Jej działania mają na celu uświadamianie społeczeństwa i wzrost akceptacji wobec osób LGBT [6]. W ramach działalności KPH prowadzone są warsztaty i szkolenia dla kadry pedagogicznej i medycznej, organizowane są kampanie społeczne wspierające młodzież LGBT i edukujące społeczeństwo, prowadzone są badania, których wyniki prezentowane są decydentom na poziomie ustanawiania dokumentów prawa krajowego [6].

Warszawska Parada Równości zapoczątkowała organizowanie podobnych manifestacji w innych miastach w kraju, a stworzenie KPH było swego rodzaju impulsem do powstania organizacji o podobnym profilu i głębszego pochylenia się nad problemami osób LGBT, które w ostatnim czasie odważniej i pewniej mówią o swojej orientacji seksualnej. Jak wynika z badań sytuacji społecznej osób LGBT w Polsce (Raport za lata 2015 - 2016) [7] najczęściej o ich orientacji seksualnej wiedzą przyjaciele, współpracownicy oraz członkowie rodziny. Często obserwuje się brak akceptacji ze strony członków rodziny, co z kolei negatywnie koreluje z poziomem zadowolenia z życia, wzmacnia poczucie osamotnienia, pojawiają się symptomy depresji, a nawet myśli samobójcze. Raport pokazuje, że badane osoby na ogół nie ujawniają swojej tożsamości płciowej czy orientacji seksualnej w urzędach, placówkach ochrony zdrowia, instytucjach kościelnych czy związkach wyznaniowych, chcąc uniknąć nierównego traktowania [7].

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na przestrzeni lat przeprowadzało kilkakrotnie badanie postaw społecznych względem osób homoseksualnych. Pierwsze dostępne badanie datuje się na rok 1988. Respondentom zadano pytanie, czy homoseksualizm to poważny problem w Polsce? Ponad 30% udzieliło odpowiedzi twierdzącej uzasadniając, że jest on zagrożeniem w aspekcie różnych chorób – w tym AIDS, ma ogólnie zły wpływ na społeczeństwo, stanowi zagrożenie przestępczością, a także ma demoralizujący wpływ na dzieci i młodzież. Ponad połowa odpowiedziała, że Polacy odnoszą się do homoseksualistów wrogo, około 60% przyznało, że czuje wstręt i odrazę w stosunku do homoseksualnych mężczyzn, a 45% badanych wówczas uważało, że państwo powinno zwalczać osoby homoseksualne [5]. Jak pokazują badania w postkomunistycznym państwie poziom tolerancji społecznej wobec osób LGBT pozostawiał wiele do życzenia.

Późniejsze badania CBOS-u z 2010 roku pokazują polaryzację społeczeństwa. Około połowa respondentów popiera związki partnerskie, a druga połowa kategorycznie się im sprzeciwia. Według 64% Polaków organizacjom wspierającym i grupującym osoby homoseksualne nie należy się prawo do urządzania publicznych manifestacji, a 90% jest przeciwko adopcji dzieci przez pary homoseksualne [5].

Postawy dyskryminacyjne w społeczeństwie często nie ograniczają się tylko do wewnętrznych przekonań jednostek, ale przekłute zostają w przemoc motywowaną uprzedzeniami. Literatura dotycząca tematyki przemocy międzygrupowej wskazuje na fakt, że jest ona narzędziem w rękach grup dominujących i służy utrzymaniu samowładnej kontroli społecznej. Ponadto wykazano, że nawet najbardziej subtelne przejawy przemocy wobec grupy mniejszościowej mają dla członków tej grupy poważne konsekwencje – od poczucia odrzucenia i wyobcowania po wzrost odsetka samobójstw. Ważnym spostrzeżeniem jest także negatywny, degradujący wpływ nawet subtelniejszych form przemocy na normy społeczne. Wyniki dotyczące przemocy i dyskryminacji przedstawione w Raporcie na lata 2015-2016 są niepokojące. Ponad 60% osób doświadczyło w ostatnich 2 latach przynajmniej jednego zdarzenia o charakterze przemocy na tle uprzedzeń [7]. Do sytuacji tych można zaliczyć: bullying i wyzywanie w szkole, zagrożenie przemocą w miejscach publicznych, nękanie ze strony sąsiadów, homofoniczne komentarze w codziennych sytuacjach, uprzedzenie i nieodpowiednie reakcje ze strony pracowników służby zdrowia [8]. Wrogość obecna jest zarówno w sferze prywatnej, jak i publicznej. Paradoksalnie najczęściej do aktów przemocy dochodzi w miejscach kojarzonych ze swobodą osób LGBT, jak Parady Równości czy w kluby przeznaczone dla LGBT [7].

W niezbyt odległej przeszłości, bo do lat 70. XX wieku orientacja homoseksualna uznawana była za chorobę psychiczną [5]. Dzisiaj już wiadomo, że nie jest to w żadnym stopniu zaburzenie, ale pojawia się inny problem związany ze zdrowiem psychicznym osób LGBT. W ostatnich latach przeprowadzono na całym świecie szereg badań populacyjnych, których wyniki jednoznacznie wskazują na większy odsetek występowania w ciągu życia większości zaburzeń psychicznych u osób homoseksualnych w porównaniu z osobami heteroseksualnymi. Dla zobrazowania stosunków procentowych w amerykańskim badaniu NHANES III wykazano, że mężczyźni posiadający doświadczenia homoseksualne statystycznie częściej cierpieli w jakimś okresie życia na nawracającą depresję (12,2% w stosunku do 3,5%), a także częściej podejmowali próby samobójcze [9]. Traktując zbiorczo wyniki wszystkich badań populacyjnych można zauważyć statystycznie istotną różnicę w występowaniu zaburzeń lękowych, dużej depresji, zaburzeń nastroju, uzależnienia od

alkoholu czy substancji psychoaktywnych. Logiczną konsekwencją zwiększonej zapadalności na depresyjne zaburzenia nastroju oraz życie w odrzucającym, ignorującym świecie jest zwiększona częstość myśli samobójczych i prób targnięcia się na własne życie wśród osób należących do mniejszości seksualnych [5,9].

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako „stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”. Prawo do ochrony zdrowia to jedno z podstawowych praw człowieka, gwarantowane przez szereg międzynarodowych i krajowych aktów prawnych. Pomimo licznych uregulowań w systemie niejednokrotnie dochodzi do ich naruszeń w zakresie opieki zdrowotnej. Odnosząc się do badań Agencji Praw Podstawowych UE, przeprowadzonych na grupie ponad 93 tysięcy osób identyfikujących się jako osoby LGBT, jeden na 10 respondentów korzystający z opieki zdrowotnej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie doznał nierównego traktowania ze strony personelu medycznego. Badania krajowe pokazały, że tylko 19,6% respondentów ujawniło swoją orientację seksualną przy kontakcie z służbą zdrowia, a 11% doświadczyło dyskryminacji ze strony pracowników placówek zdrowotnych. Zapytani o formy nierównego traktowania wymieniali obraźliwe, poniżające komentarze ze strony personelu medycznego, brak możliwości upoważnienia partnera tej samej płci do informacji o stanie zdrowia, jawne uznawanie homoseksualizmu za chorobę czy odmowy oddawania krwi. Wnioski wydają się być co najmniej niepokojące. Relacja lekarz-pacjent z definicji powinna być niczym nieskrępowana i swobodna. Pacjent powinien otwarcie mówić lekarzowi o wszystkich swoich problemach, nie obawiając się niezrozumienia, krytyki, osądu czy nieoczekiwanej, nieprzyjemnej dla pacjenta reakcji lub przykrych, obraźliwych komentarzy. Taka postawa pracowników służby zdrowia może trwale naruszyć zaufanie, a w konsekwencji sprawić, że osoby LGBT nawet w stanach poważnie zagrażających zdrowiu nie będą chciały zgłaszać się po specjalistyczną pomoc w obawie przed wrogimi postawami dyskryminacyjnymi [10].

Osoby LGBT są szczególną grupą pod względem problemów zdrowotnych. Według dwóch niezależnych organizacji amerykańskich – rządowego *Centres for Disease Control and Prevention* (CDC) oraz pozarządowego stowarzyszenia *Gay and Lesbian Medical Association* (GLMA) potrzeby zdrowotne osób LGBT mogą różnić się od tych dotyczących populacji heteroseksualnej. Nie jest to oczywiście warunek konieczny, ale należy o tym pamiętać zajmując się pacjentem homo- czy biseksualnym i zwracać szczególną uwagę na niektóre aspekty zdrowotne. Specyficzne potrzeby obejmują m.in. choroby nowotworowe. Homoseksualni mężczyźni są bardziej podatni na zachorowanie na nowotwór płuc czy wątroby, z powodu uwarunkowań społecznych i trybu życia. Nieheteroseksualne kobiety

natomiast mają większe ryzyko wystąpienia nowotworu piersi. Ponadto należy zwrócić uwagę na choroby zakaźne, choroby przenoszone drogą płciową, choroby układu sercowo-naczyniowego, otyłość, problemy natury psychologicznej i psychicznej oraz problem izolacji społecznej [8]. Te ostatnie pozostawione bez uwagi i pomocy osób wykwalifikowanych, jak psycholog czy psychiatra mogą doprowadzić do poważnych, przykrych konsekwencji, jak głęboka depresja, samookaleczenie się czy nawet samobójstwo. Dlatego niezwykle ważne jest budowanie odpowiedniej relacji lekarz-pacjent, wyzbycie się wszelkich stereotypów i obiektywna ocena sytuacji. Profesjonalne zachowanie lekarza i wszystkich innych osób zajmujących się pacjentem w placówce zdrowotnej może wzbudzić zaufanie pacjenta, który opowie o trudnych, czasem wstydlivych dla niego problemach i zostanie skierowany dalej do kompetentnych specjalistów z danego zakresu, co może znacznie poprawić jego komfort psychiczny, a tym samym komfort życia.

Uwrażliwienie personelu medycznego na przestrzeganie podstawowych praw pacjenta jest istotną kwestią w odniesieniu do osób LGBT, ponieważ czasami stereotypy i uprzedzenia przysłaniają racjonalne przestrzeganie drugiej osoby i jej praw. Naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych obserwuje się m.in. przez całkowitą odmowę leczenia bądź uzależnienie jego podjęcia od ujemnego testu na obecność wirusa HIV – zleconego bez prawdziwie medycznych przesłanek. Kolejne – prawo do tajemnicy informacji związanych z pacjentem – łamane jest poprzez ujawnienie orientacji seksualnej przez personel medyczny. Wreszcie prawo do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz dokumentacji medycznej. Dostęp taki uzyskuje osoba upoważniona, wskazana przez pacjenta w dokumentach, bez względu na płeć, orientację czy pokrewieństwo [10].

Pośrednio warunkiem zdrowia grupy LGBT jest wykwalifikowanie i edukacja lekarzy-specjalistów w zakresie umiejętności interpersonalnych, komunikacyjnych czy kompetentnego zbierania wywiadu. Niestety, aspekty dotyczące specyfiki niesienia pomocy osobom z grupy LGBT na studiach medycznych, pielęgnarskich czy psychologicznych są najczęściej bagatelizowane lub całkowicie pomijane. Zagadnienie to nie jest wystarczająco dobrze omawiane, przez co kadra medyczna nie jest przygotowana do niesienia pomocy osobom hetero- czy biseksualnym. Kierują nimi przyjęte wcześniej stereotypy i uprzedzenia, które warunkują gorsze traktowanie, niechęć i zachowania dyskryminacyjne wobec osób LGBT. Przyszli specjaliści nie znają odpowiedniego języka, właściwej terminologii, nie mają narzędzi ani wiedzy, w jaki sposób rozmawiać z pacjentem dyskryminowanym społecznie, ale także nie do końca zdają sobie sprawę z wagi problemu [8]. Dlatego bardzo ważnym, kluczowym zadaniem uczelni medycznych i placówek edukacyjnych kształcących przyszłą

kadre medyczną jest uwrażliwianie na problemy osób LGBT oraz nauczanie w kierunku profesjonalnego postępowania z pacjentem identyfikującym się z tą grupą.

Analiza sytuacji osób zakażonych wirusem HIV

Osoby zakażone ludzkim wirusem upośledzenia odporności HIV stanowią istotny odsetek światowego społeczeństwa. Według szacunków WHO do końca 2016 roku liczba osób seropozytywnych na świecie wynosiła 36,7 mln (30,8-42,9 mln) [11]. Od początku epidemii, tj. 1981r., zakażenie HIV rozpoznano u około 75 mln osób [12]. Regionem świata najbardziej dotkniętym pozostaje Afryka Subsaharyjska, gdzie mieszka blisko dwie trzecie wszystkich osób seropozytywnych na świecie [11]. W Polsce od początku wdrożenia badań, tj. 1985r. do 31 grudnia 2017r., stwierdzono 22 657 zakażonych osób. W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r. zarejestrowano w Polsce ogółem 1526 nowo wykrytych zakażeń HIV, 120 zachorowań na pełnoobjawowy AIDS oraz 24 zgony osób chorych na AIDS [12].

Żeby doszło do zakażenia wirusem HIV musi dojść do dostania się pewnej ilości materiału zakaźnego przez wrota zakażenia. Wrotami będzie otwarta rana lub błona śluzowa. Materiałem zakaźnym natomiast będzie krew, sperma, płyn preejakulacyjny, wydzielina z pochwy, płyny ustrojowe, np.: płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn owodniowy czy płyn maziowy oraz każdy materiał biologiczny z widoczną ilością krwi. Przykładową sytuacją stwarzającą istotne ryzyko zakażenia będzie niezabezpieczony kontakt seksualny z osobą seropozytywną, zakłucie się igłą zanieczyszczoną krwią osoby seropozytywnej podczas iniekcji narkotyków czy podczas wykonywania procedur medycznych z niedostatecznym zachowaniem standardowych środków ostrożności [13].

Tabela I. Drogi zakażenia wirusem HIV

Wrota zakażenia	Materiał zakaźny
• otwarta rana • błona śluzowa	• krew • sperma • płyn preejakulacyjny • wydzielina z pochwy • płyny ustrojowe (płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn owodniowy, płyn maziowy) • każdy materiał biologiczny z widoczną ilością krwi.

Źródło: Drogi zakażenia HIV. https://aids.gov.pl/poradnia_internetowa/drogi/

Ludzki wirus upośledzenia odporności (*Human Immunodeficiency Virus*) jest – jak sama nazwa wskazuje – wirusem upośledzającym układ odpornościowy. Poprzez działanie na różne fazy i procesy w układzie odpornościowym, po pewnym czasie doprowadza on do stanu immunosupresji. W efekcie zachodzących zjawisk dochodzi do wyczerpania układu immunologicznego, a tym samym podwyższonej podatności na nowotwory, zakażenia bakteryjne, wirusowe, grzybicze czy pierwotniakowe oraz niekontrolowanej replikacji wirusa HIV. Sprawia to, że obraz kliniczny AIDS – zespołu nabytego niedoboru odporności – jest bardzo bogaty i różnorodny. Do obrazu klinicznego należą, m.in.: zapalenie płuc, półpasiec, gruźlica, kandydoza jamy ustnej, pneumocystoza płucna, rozsiane zakażenia HSV, toksoplazmoza, rozsiane zakażenie cytomegalowirusem CMV. Nowotwory towarzyszące to, m.in.: rak szyjki macicy, mięsak Kaposiego, chłoniak B-komórkowy czy chłoniaki nieziarnicze. Bogata symptomatologia, ciężkość przebiegu i odsetek zakażonych sprawiają, że w szpitalnych oddziałach stosunkowo często spotyka się osoby seropoztywne [14].

Od początku doniesień o zakażeniach HIV na świecie, robiono wokół tego niemałą sensację. Kiedy jeszcze nie poznano dokładnie mechanizmów, dróg szerzenia się i działania wirusa określano AIDS bardzo pejoratywnie – jako chorobę homoseksualistów, biedaków, narkomanów, ludzi z marginesu społecznego. Pierwszą zaproponowaną nazwą dla choroby było GIRD – co miałyby oznaczać zespół niedoboru odporności gejów (ang. *gay-related immune deficiency*) [15]. Pierwsze lata walki z epidemią były niezwykle trudne, głównie z powodu niewiedzy. Nie zbadano jeszcze dokładniej biologii wirusa i siłą rzeczy nie było żadnych leków, które mogłyby choć trochę zmniejszyć objawy. Ogromnym problemem było także naznaczenie społeczne. Przyjmowało ono różne formy – od pomysłu wprowadzenia przymusowych badań weryfikujących zakażenie po wyrzucanie zakażonych członków rodziny na bruk, zwalnianie z pracy, wyrzucanie ze szkoły, nie wspominając o aktach przemocy fizycznej czy publicznego szykanowania [16]. Obecny poziom wiedzy w żadnej mierze nie może się równać z ówczesnym. Najistotniejszym wydaje się być istnienie leków antyretrowirusowych. Mimo tego, że nie jesteśmy jeszcze w stanie całkowicie wyeradykować zakażenia, dobrze dobrana terapia antyretrowirusowa (*antiretroviral therapy* - ARV) może istotnie wydłużyć życie osoby zakażonej, a także utrzymać wiremię na tak niskim poziomie, aby ograniczyć zakaźność i dalsze szerzenie się wirusa [14].

Liczne badania przeprowadzane wśród osób zakażonych HIV pokazują, że postawy dyskryminacyjne w społeczeństwie wcale nie zniknęły wraz z naukowymi odkryciami. Z badań międzynarodowych STIGMA INDEX przeprowadzanych w 2010 roku w 60 krajach świata wynika, że około 20% respondentów padło ofiarą dyskryminacji w placówce służby

zdrowia. Taki sam odsetek twierdzi, że w przeciągu ostatniego roku co najmniej raz zostali wykluczeni z wydarzenia społecznego. Ponad połowa deklaruje, że była przedmiotem plotek w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przy czym 20% twierdzi, że były to plotki związane z ich statusem serologicznym. 31% badanych wykazało, że w ciągu ostatniego roku padli ofiarą napaści, zostali obrażeni lub kierowano pod ich adresem groźby – przy czym 21% twierdzi, że było to związane wyłącznie z zakażeniem HIV [16].

Problem HIV nie pozostaje bez wydźwięku w prawie. Z uwagi na silną stygmatyzację, wykluczenie społeczne, a czasami nawet wrogość wobec osób seropozytywnych w 1996 roku w Genewie odbyły się Drugie Międzynarodowe Konsultacje w zakresie HIV/AIDS i Praw Człowieka zorganizowane wspólnie przez Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw Praw Człowieka (OHCHR) oraz Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS (UNAIDS). Efektem prac prowadzonych podczas Drugich Międzynarodowych Konsultacji w zakresie HIV/AIDS było ustalenie Wytycznych, proponujących konkretne środki i działania, mające na celu ochronę praw człowieka oraz zdrowia w aspekcie HIV/AIDS. Jedną z Wytycznych dotyczącą dyskryminacji w oryginalnym brzmieniu stanowi: *„Państwa powinny promować prowadzoną na szeroką skalę dystrybucję materiałów edukacyjnych, szkoleń, programów medialnych wyraźnie ukierunkowanych na zmianę postaw dyskryminacyjnych i stygmatyzujących HIV/AIDS w kierunku postaw zrozumienia i akceptacji”*. Nie jest to nic innego, jak wezwanie poszczególnych państw do szerzenia rzetelnej wiedzy wśród społeczeństwa, możliwie wszystkimi dostępnymi drogami. Państwa powinny wspierać odpowiednie jednostki czy grupy medialne, organizacje pozarządowe w tworzeniu i dystrybucji programów promujących szacunek dla praw i godności osób żyjących z HIV, a tym samym obalać stereotypy. Zastosowanie jedynie formalnych standardów nie pozwoli zmienić wrogich, negatywnych postaw w szacunek dla drugiego człowieka. Potrzeba konkretnych działań, aby stworzyć przyjazne środowisko dla każdego obywatela, bez bezpodstawnych uprzedzeń i stygmatyzacji. Za główny cel postawiono zmianę poglądów opartych na braku wiedzy, poprzez odniesienie się do ludzkiego współczucia i identyfikowania choroby z realnymi osobami [17].

W pracy doktorskiej dr Magdaleny Ankirsztejn-Bartczak pod tytułem „Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce” znajdują się badania przeprowadzone w grupie 545 osób seropozytywnych, co stanowiło wówczas 5% populacji zakażonych HIV zarejestrowanych w Polsce do końca marca 2011 roku [16]. Na zadane pytanie „kto wie o zakażeniu?” 34,9% ankietowanych wskazało pracowników służby

zdrowia, natomiast 17,4% przyznało, że ukrywa fakt zakażenia przed pracownikami placówek zdrowotnych. Paradoksalnie służba zdrowia powinna być grupą, przed którą pacjent nie powinien chcieć ukrywać czegokolwiek, dotyczącego lub mogącego mieć wpływ na jego zdrowie. Ma to negatywny wpływ na dobrostan pacjenta – może opóźnić diagnozę, czy też zmniejszyć efektywność leczenia. Na pytanie o przyczynę ukrywania informacji o zakażeniu 44,8% respondentów wskazało odpowiedź „boję się, że informacja o moim zakażeniu zostanie rozpowszechniona”, 35,4% odpowiedziało, że boi się odrzucenia, a 30,6% boi się wrogości. Wyniki wskazują, że największym problemem jest lęk przez stygmatyzacją. Piętno, jakie ciąży na zakażonych wynika z niewyzbycia się przez społeczeństwo stereotypowego wiązania „seropozytywności” wyłącznie z osobami z marginesu społecznego. Postawa dyskryminacyjna jest także wynikiem tzw. lęku przed nieznanym. Część społeczeństwa nie do końca zdaje sobie sprawę, jakie są realne drogi zakażenia. Często ludzie myślą, że nawet najmniejszy kontakt z zakażonym stwarza zagrożenie – podanie ręki, używanie tych samych naczyń czy co gorsza, że zakażenie przenosi się drogą kropelkową. Powoduje to wrogie nastawienie i wręcz ucieczkę przed zakażonym wirusem. Wydawać by się mogło, że pracownicy służby zdrowia są grupą najlepiej wyedukowaną i zdającą sobie sprawę ze wszystkich aspektów zakażenia HIV. Niestety respondenci na pytanie „kto dyskryminował?” na pierwszym miejscu wskazywali właśnie pracowników służby zdrowia. Aż 27,5% badanych wskazało grupę, która powinna nieść pomoc i budzić zaufanie najwyższego stopnia wśród pacjentów. Osoby seropoztywne w placówce służby zdrowia często mają dylemat – chcą powiedzieć o swoim statusie serologicznym, aby świadomie nikogo nie zakazić, ale w wielu przypadkach szczerłość obraca się przeciwko nim. Najczęstsze konsekwencje poinformowania o zakażeniu wskazywane przez badaną grupę to: nieetyczne traktowanie przez personel medyczny, niekompetentna pomoc lekarska, rozpowszechnianie informacji o zakażeniu, całkowita odmowa pomocy lekarskiej, odmowa zabiegu stomatologicznego, odmowa wykonania planowego zabiegu. Wszystkim wymienionym zachowaniom towarzyszą często nieprzyjemne komentarze, obelgi kierowane pod adresem pacjentów czy bezsensowne czynności, jak osłuchiwanie pacjenta stetoskopem zawiniętym w lateksową rękawiczkę czy podawanie jedzenia w osobnych, jednorazowych naczyniach [16].

Badania wskazują, że postawy wśród pracowników służby zdrowia wymagają korekcji. Zdarza się łamanie podstawowych praw człowieka, co nigdy wobec żadnej jednostki nie powinno mieć miejsca. Najważniejsze prawa człowieka istotne z punktu widzenia HIV/AIDS to prawo do niedyskryminacji, równej ochrony i równości wobec prawa, prawo do korzystania z najwyższych standardów w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego, prawo

do wolności i bezpieczeństwa, prawo do uczestnictwa w życiu publicznym i kulturalnym, czy prawo do życia bez tortur i okrucieństwa, niehumanitarnego traktowania i karania. Należy o tym pamiętać i bezwzględnie przestrzegać tych - jakże oczywistych praw w każdej dziedzinie, niezależnie od sytuacji [17].

Podsumowanie

W odniesieniu do dzisiejszej rzeczywistości, gdzie następuje globalizacja, przenikanie kultur i szeroko rozumiany rozwój, nie można zamykać się na otaczający świat. Należy nieustannie się edukować, wyzbywać stereotypów i dostrzegać potrzeby drugiego człowieka. W odniesieniu do osób z grup mniejszościowych, jak np. LGBT nie należy traktować ich w „szczególny” sposób. Należy stosować zasady szacunku, poufności wobec każdego pacjenta – bez wyjątku. Lekarz czy inny pracownik placówki medycznej nie powinien wstydzić się takich tematów, jak życie seksualne czy orientacja seksualna. Powinien odnieść się do pacjenta całościowo. Spojrzeć na problem, z jakim przychodzi holistycznie, gdyż często medyczne zagadki są złożone i do ich rozwiązania trzeba właściwie podejść [8].

Zważając na poziom dzisiejszej nauki wydaje się, że o zakażeniu HIV wiemy naprawdę dużo. Mamy dostęp do leków, które zastosowane odpowiednio wcześniej, właściwie dobrane i regularnie stosowane zmniejszają wiramię do praktycznie niewykrywalnej – tym samym znacznie opóźniają lub całkowicie zapobiegają rozwojowi pełnoobjawowego AIDS. Sprawia to, że choroba sama w sobie zostaje w pewien sposób wyciszona, pacjent nie odczuwa dolegliwości utrudniających funkcjonowanie i może prowadzić zwyczajne życie przyjmując leki antyretrowirusowe. Niestety dyskryminacja społeczna sprawia, że równowaga psychiczna zakażonego często zostaje zachwiana. Podświadomie odczuwa on lęk przed ujawnieniem swojej „tajemnicy” i obawę przed wszystkimi nieprzyjemnymi psychospołecznymi skutkami tego faktu [17].

Biorąc pod uwagę różne aspekty dotyczące traktowania osób LGBT i zakażonych wirusem HIV nasuwa się wniosek, że niezwykle ważna jest ciągła edukacja całego personelu medycznego – lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników, sanitariuszy i wszystkich innych pracujących na co dzień z chorymi. Należy uwrażliwiać personel na potrzeby różnych grup pacjentów. Przedstawiać na konkretnych przykładach realne sytuacje, pokazywać niełatwe położenie jednostek z grup mniejszościowych. Kiedy personel medyczny zda sobie sprawę z powagi sytuacji, z wrogich i często nieludzkich postaw społeczeństwa, z braku

akceptacji ze strony najbliższych, może ich własne postawy ulegną poprawie. Należy uzmysławiać, że żaden człowiek nie może oceniać, osądzać czy karać drugiego za cokolwiek.

Należy wyzbyć się uprzedzeń i głęboko zakorzenionych stereotypów wiedząc, że swoim zachowaniem możemy wyrządzić wiele krzywdy, ale i wiele dobrego. Nabiera to szczególnego znaczenia w odniesieniu do osób nieakceptowanych, odrzucanych, piętnowanych przez społeczeństwo. Postawa zrozumienia, wyzbycie się chęci oceny i rozliczania zapewni większy komfort psychiczny i poczucie bezpieczeństwa osobom, które na ogół odczuwają podświadome obawy związane ze swoim statusem. Wzmocni to relacje i zbuduje zaufanie pacjenta do służby zdrowia, bez wątpienia z korzyścią dla obydwu stron.

Piśmiennictwo

1. Encyklopedia PWN. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/dyskryminacja;3895502.html>, data uzyskania dostępu 10.04.2018
2. [https://pl.wikipedia.org/wiki/Dyskryminacja_\(psychologia_spo%C5%82eczna\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/Dyskryminacja_(psychologia_spo%C5%82eczna)), data uzyskania dostępu 10.04.2018.
3. Czym jest dyskryminacja? <https://rownosc.info/law/post/czym-jest-dyskryminacja>, data uzyskania dostępu 10.04.2018.
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Tekst ujednolicony.
5. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>, data uzyskania dostępu 10.04.2018.
6. Abramowicz M.: Doświadczenie dyskryminacji ze względu na orientację seksualną – analiza sytuacji społecznej osób LGB w Polsce. [w:] Wprowadzenie do psychologii LGB. Iniewicz G., Mijas M., Grabski B. (red.), Wyd. Continuo, Wrocław, 2012, 244-262.
7. Kampania Przeciw Homofobii. Misja i Wizja. <https://kph.org.pl/o-kph/misja-i-wizja-dokumenty/>, data uzyskania dostępu 10.04.2018.
8. Świder M., Winiewski M.: Sytuacja społeczna osób LGBTA w Polsce. Raport za lata 2015–2016, <https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2017/11/Sytuacja-spoeczna-osob-LGBTA-w-Polsce.pdf>, data uzyskania dostępu 10.04.2018.
9. Kowalczyk R., Rodzinka M., Krzystanek M.: Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa, 2016.

10. Grabski B.: Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych. [w:] Wprowadzenie do psychologii LGB. Iniewicz G., Mijas M., Grabski B. (red.), Wyd. Continuo, Wrocław, 2012, 263-285.
11. Rzecznik Praw Obywatelskich: Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej. Analiza i zalecenia, Warszawa, 2014.
12. Global Health Observatory (GHO), <http://www.who.int/gho/hiv/en/>, data uzyskania dostępu 14.04.2018.
13. AIDS w Polsce. Przegląd sytuacji. Informacja bieżąca, http://wwwold.pzhgov.poldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm, data uzyskania dostępu 14.04.2018.
14. Drogi zakażenia HIV, https://aids.gov.pl/poradnia_internetowa/drogi/, data uzyskania dostępu 14.04.2018.
15. Gładysz A., Knysz B.: Zakażenie HIV i AIDS – poradnik dla lekarzy, Wyd. Continuo, Wrocław, 2014.
16. GRID (medycyna), [https://pl.wikipedia.org/wiki/GRID_\(medycyna\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/GRID_(medycyna)), data uzyskania dostępu 14.04.2018.
17. Ankiersztejn-Bartczak M.: Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce, Praca doktorska, Warszawa, 2013.

Wiedza studentów kierunku lekarskiego na temat zaburzeń identyfikacji płci

Hejnowicz Monika¹, Kreń Mikołaj¹, Przepiórka Kamila¹, Klimasz Maria¹, Paprocka-Borowicz Małgorzata^{1,2}, Ferenc Stanisław^{1,2}, Gnus Jan^{1,2}

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

Wstęp

W większości społeczeństw na świecie istnieje binarność płciowa. Występują dwie podstawowe płcie – męska i żeńska. Większa część populacji posiada zgodną płć biologiczną z tożsamością płciową, która jest kształtowana już od okresu wczesnodziecięcego. Gdy występuje niezgodność pomiędzy płcią biologiczną a tożsamością płciową mamy do czynienia z zaburzeniami identyfikacji płciowej. Osoby z tymi zaburzeniami odczuwają trwałe lub okresowe pragnienie posiadania innej płci biologicznej [1]. Posiadanie określonej płci wymusza dostosowanie się do ideałów męskości lub kobiecości we wszystkich jej aspektach – tożsamości, ekspresji płciowej oraz płci biologicznej. U osób z zaburzeniami identyfikacji płciowej występuje rozbieżność między poczuciem płci psychicznej oraz fizycznej, co jest przyczyną trudności odnalezienia się w społeczeństwie. Często osoby te są piętnowane przez ogół społeczeństwa.

Według klasyfikacji ICD-10 [2] zaburzenia identyfikacji płciowej można podzielić na:

- F64.0 - Transseksualizm
- F64.1 - Transwestytyzm o typie podwójnej roli
- F64.2 - Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie
- F64.8 - Inne zaburzenia identyfikacji płciowej
- F64.9 - Zaburzenia identyfikacji płciowej - nieokreślone

Zaburzenia identyfikacji płciowej nie są bardzo popularnym zaburzeniem. Szacuje się, że w Europie transseksualizm występuje u 1 na 30 000 mężczyzn (osób o męskiej płci cielesnej i psychicznym poczuciu bycia kobietą) i u 1 na 100 000 kobiet (osób o żeńskiej płci cielesnej i męskiej płci psychologicznej) [1]. W Polsce ocenia się, że występuje on u 1 na 17 tys. kobiet i u 1 na 57 tys. mężczyzn [3]. Obecnie zaburzenia identyfikacji płciowej nie są

uznawane za chorobę psychiczną, lecz za zaburzenie psychiczne lub zachowań [2]. Wiążą się one z dyskomfortem, poczuciem uwięzienia w niewłaściwym ciele (szczególnie po okresie dojrzewania). Większość pacjentów przywołuje pierwsze objawy zaburzeń z dzieciństwa. W wielu przypadkach chorzy postrzegają swoje ciało jako złe, wadliwe. Nie wiemy, co powoduje zaburzenia identyfikacji płciowej. Jest na ten temat wiele teorii. Badania przeprowadzone w Niderlandach sugerują problem w hipokampie. [4]

Termin *transseksualizm* pochodzi z języka łacińskiego. Jego pierwotnym sensem jest “przechodzenie” cechy czy wielu cech właściwych dla jednej z płci na drugą [4].

Transseksualiści nie identyfikują się z własną płcią, lecz czują przynależność do biologicznej płci przeciwnej. Chorzy już od najmłodszych lat czują ten dysonans. Prowadzi on do wielu innych zaburzeń psychicznych, jak depresja i myśli samobójcze [5]. Osoby te nienawidzą swojego ciała, brzydzą się nim. Pacjenci pragną pozbyć się swoich narządów płciowych i żyć jako przedstawiciel płci przeciwnej. Realizują to poprzez sposób ubierania się, kreowanie swojego wyglądu, zachowanie oraz pełnienie ról społecznych (również seksualnych), zgodnych z psychicznym poczuciem płci [4].

Transseksualizmu nie należy identyfikować z transwestytyzmem fetyszystycznym, który występuje jako parafilia. Celem transseksualistów jest trwała zmiana płci, a przebieranie się jedynie ułatwia akceptację. Wyróżniamy dwa typy K/M i M/K. Pierwszy to osoba o żeńskiej budowie ciała czuje się jak mężczyzna. Drugim typem jest osoba o biologicznej płci męskiej identyfikująca się jako kobieta [4]. W Stanach Zjednoczonych 0,6% dorosłych identyfikuje się jako osoby transseksualne, jest to 1,4 miliona osób według danych z czerwca 2016 [6].

Istnieje możliwość leczenia transseksualizmu. Pierwszy etap polega na wizycie u psychologa w celu kompleksowej oceny osobowości, inteligencji, płciowości w aspekcie zaburzeń identyfikacji płci oraz przeprowadzeniu przez lekarza psychiatrę, o specjalizacji seksuologia, wywiadów z pacjentem i testów psychologicznych, na podstawie których stwierdzone zostanie zaburzenie identyfikacji płci – transseksualizm [7].

W drugim etapie wdraża się terapię hormonalną, poprzedzoną przeprowadzeniem szeregu badań biochemicznych. Należy również wykonać badanie MMR w celu wykluczenia zmian rozrostowych w przysadce oraz USG nadnerczy. Pacjent dożywotnio musi przyjmować hormony zastępcze płci preferowanej. Po 10 miesiącach hormonoterapii można złożyć do sądu pozew o zmianę aktu urodzenia. Transmężczyźnie, czyli mężczyźnie urodzonym w kobiecym ciele podaje się testosteron, a transkobiecie czyli kobiecie urodzonej w męskim ciele estrogeny i blokery hamujące wydzielanie testosteronu [7,8].

W Polsce terapia hormonalna jest warunkiem sądowej zmiany danych osobowych oraz zabiegu adaptacyjnego. Następnym etapem jest zmiana prawnej płci (metrykalnej). Transseksualista musi udowodnić swoją płć opierając się na opinii lekarskiej. Transseksualista na podstawie art. 189 kodeksu postępowania cywilnego występuje z powództwem o ustalenie. Pozwanymi są jego rodzice. Zmiana płci jest dopuszczalna na podstawie orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 1978r. Wyrok sądu jest podstawą do dokonania zmiany dokumentów na wniosek transseksualisty [7,8].

Ostatnim etapem, który jest nieobligatoryjny, jest zabieg adaptacyjny. Polega on na operacji gonad. W przypadku transmężczyzn możliwa jest mastektomia, usunięcie jajników i macicy, a także wytworzenie członka. U transkobiet wykonuje się orchidektomię (usunięcie jąder) oraz rekonstrukcję pochwy [7,8].

Transwestytyzm o typie podwójnej roli charakteryzuje się nawracającą, silną potrzebą noszenia ubiorów płci przeciwnej. Osoba przebiera się w celu osiągnięcia przyjemności z chwilowej przynależności do płci przeciwnej. W przeciwieństwie do transwestytyzmu fetyszystycznego, transwestytomowi o podwójnej roli nie towarzyszy podniecenie seksualne podczas przebierania się. Osoba nie chce zmienić trwale swojej biologicznej płci [9].

Cel pracy

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów kierunku lekarskiego na temat zaburzeń identyfikacji płci.

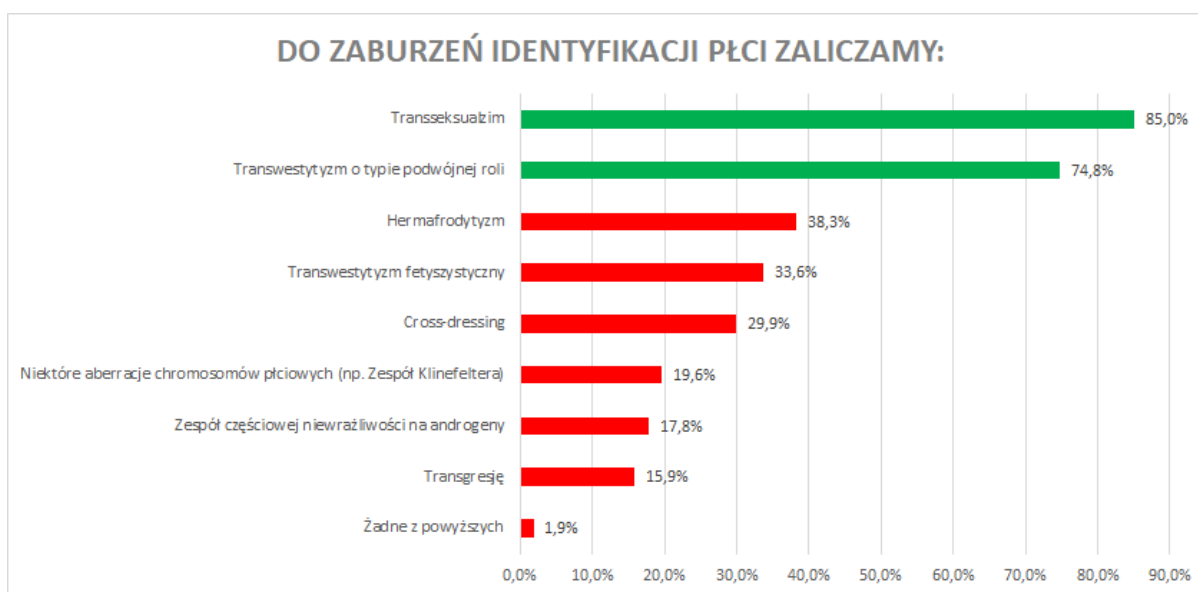
Materiał i metodyka badań

Grupę badawczą stanowiło 107 studentów kierunków lekarskich z kilku uczelni w Polsce. 44,9% badanych stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 25,2% Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 15% Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 10,3% Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu. Pozostałe 4,7% stanowili studenci innych uczelni medycznych. Zdecydowaną większość (72%) ankietowanych stanowiły kobiety, pozostałe 28% stanowili mężczyźni. 44,9% badanych pochodziło z dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców), 28% z miast średniej wielkości (20 do 100 tys. mieszkańców). Z małych miast (do 20 tys. mieszkańców) pochodziło zaledwie 7,5%, a ze wsi 19,6% ankietowanych. Większość respondentów stanowili studenci 2. roku – 50,5%, drugą pod względem

liczebności grupą byli studenci 1. roku – 28%, następnie 3. – 15,9%, 4. – 4,7% i 5. – 0,9%. Badanie zostało zrealizowane za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego 20 pytań dotyczących charakterystyki społeczno-demograficznej (m. in. płeć i miejsce pochodzenia), a także wiedzy na temat zaburzeń identyfikacji płciowych i stosunku studentów do osób z tymi zaburzeniami. Ankieta została przeprowadzona online za pomocą Formularzy Google. Kryterium włączenia do badania było studiowanie na kierunku lekarskim na uczelni w Polsce.

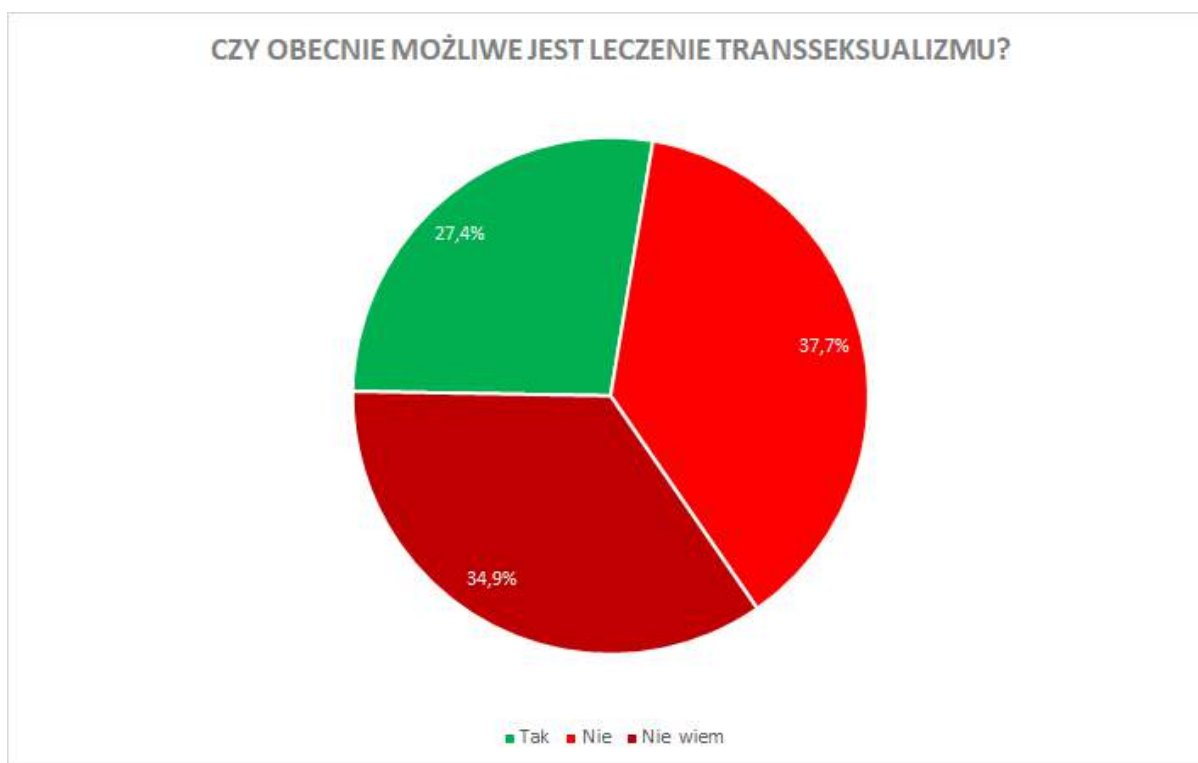
Wyniki

W tej części pracy zostaną omówione wyniki ankiety. Na rycinach dotyczących pytań o wiedzę studentów kolorem zielonym zostały zaznaczone prawidłowe odpowiedzi, zaś kolorem czerwonym odpowiedzi błędne.

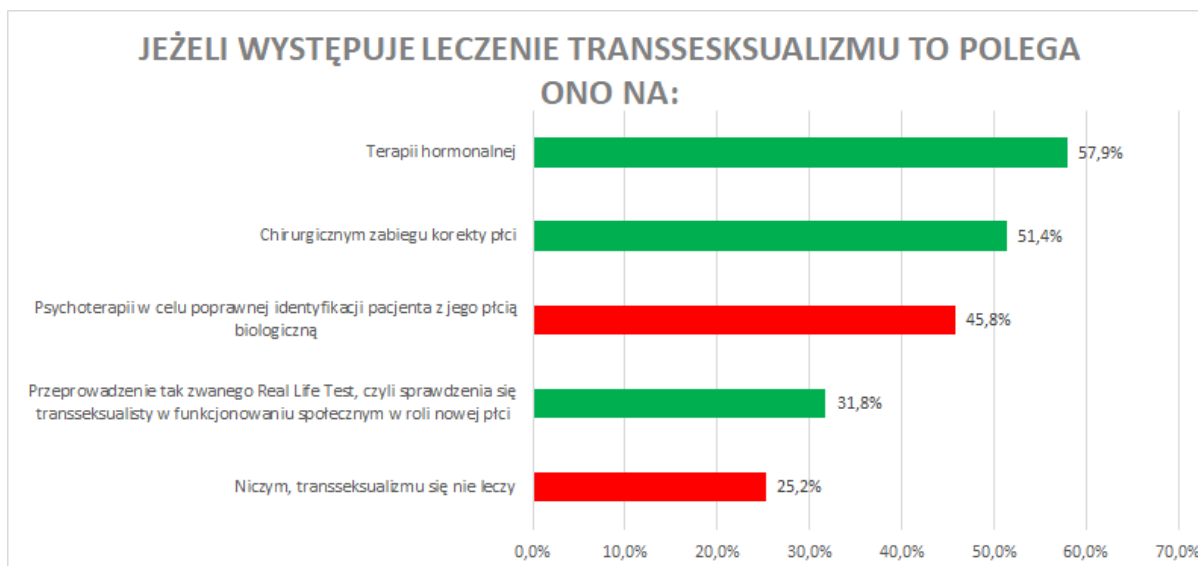


Rycina 1. Wiedza studentów nt. klasyfikacji zaburzeń identyfikacji płciowej

Rycina 1 przedstawia odpowiedzi studentów na pytanie, jakie zaburzenia zaliczamy do zaburzeń identyfikacji płci. 85% osób zaznaczyło transseksualizm, podczas gdy drugą poprawną odpowiedź – transwestytyzm o typie podwójnej roli wybrało 74,8% osób. Wśród błędnych odpowiedzi respondenci zaznaczali najczęściej hermafrodytyzm (38,3%), transwestytyzm fetyszystyczny (33,6%) i cross-dressing (29,9%). Pozostałe odpowiedzi zostały wybrane przez mniej niż 20% badanych. Niemal 2% ankietowanych uważa, że do zaburzeń identyfikacji płci nie zaliczamy żadnej odpowiedzi wymienionej w pytaniu.



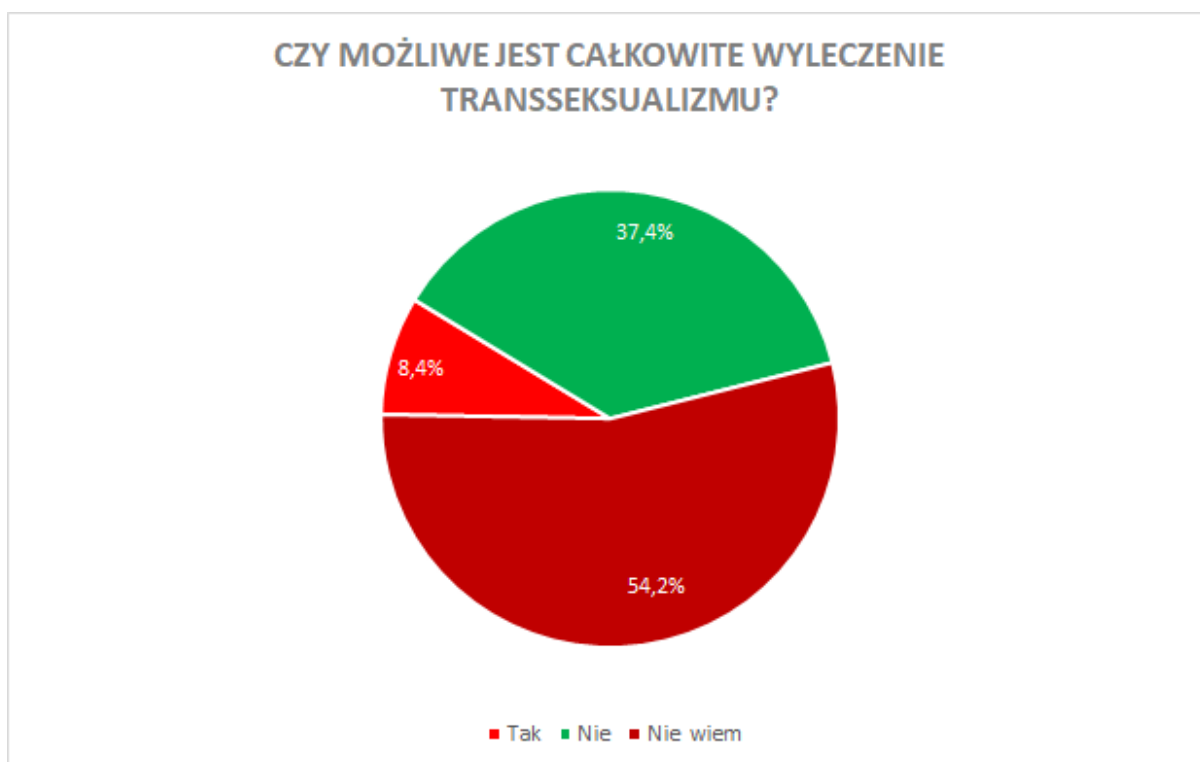
Rycina 2. Wiedza studentów nt. możliwości leczenia transseksualizmu



Rycina 3. Wiedza studentów nt. metod leczenia transseksualizmu

W ankiecie zapytaliśmy studentów, czy obecnie możliwe jest leczenie transseksualizmu. 37,7% odpowiedzi była przecząca (rycina 2). W dalszej części badania zawarliśmy pytanie o możliwe metody leczenia transseksualizmu. Rycina 3 pokazuje, że większość badanych zaznaczyła prawidłowe odpowiedzi (terapia hormonalna – 57,9%,

chirurgiczny zabieg korekty płci – 51,4%, przeprowadzenie tzw. Real Life Test, czyli sprawdzenia się transseksualisty w funkcjonowaniu społecznym w roli nowej płci – 31,8%). Natomiast niepoprawne odpowiedzi (psychoterapia w celu poprawnej identyfikacji pacjenta z jego płcią biologiczną - 45,8%, “niczym, transseksualizmu się nie leczy”- 25,2%) również otrzymały dużo odpowiedzi. Należy podkreślić, że w pytaniu wcześniejszym 37,7% ankietowanych odpowiedziało, że leczenie transseksualizmu nie istnieje, natomiast w pytaniu kolejnym tylko 25,2% zaznaczyło taką właśnie odpowiedź.

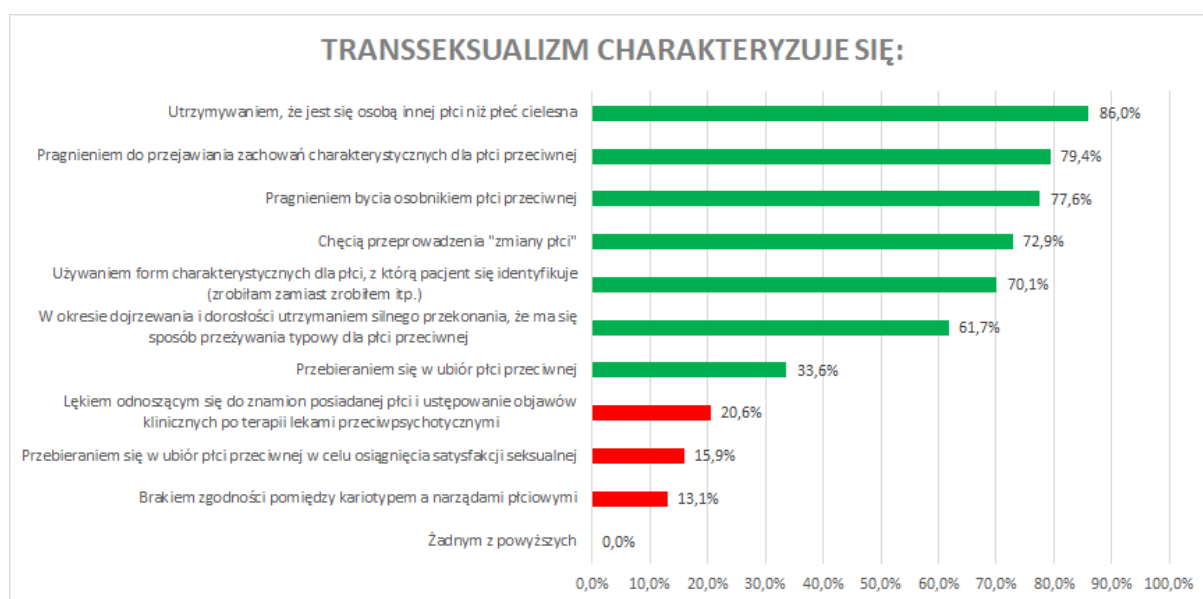


Rycina 4. Odpowiedzi studentów na pytanie „Czy możliwe jest całkowite wyleczenie transseksualizmu?”

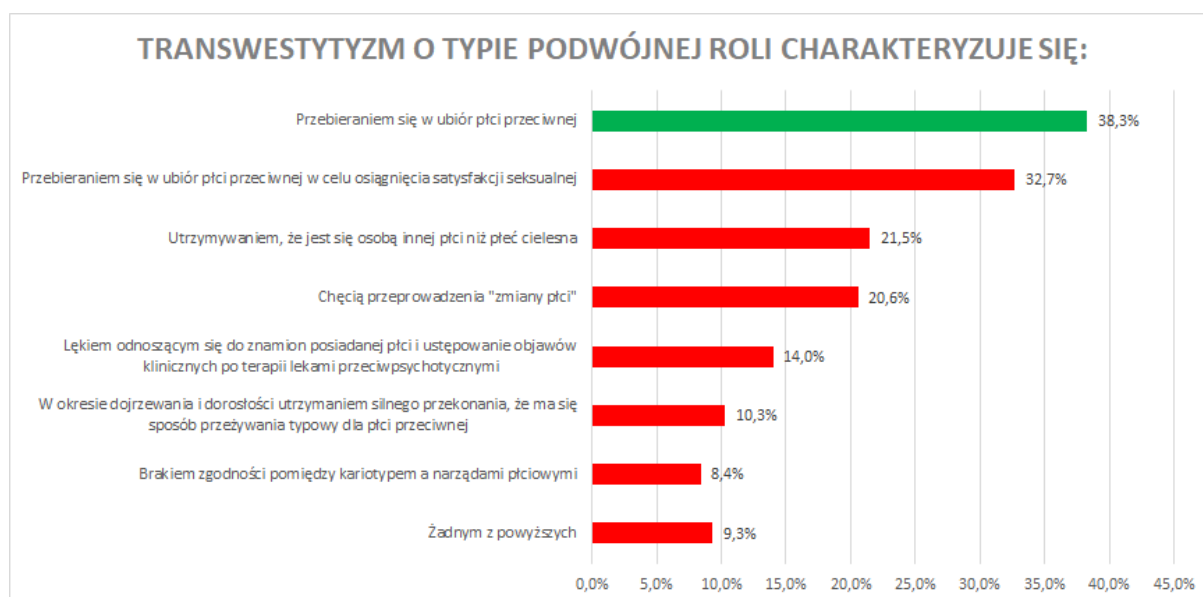
Wykres zaprezentowany na rycinie 4 przedstawia odpowiedzi studentów na pytanie, czy możliwe jest całkowite wyleczenie transseksualizmu. Ponad połowa badanych nie wiedziała, czy istnieje taka możliwość – 54,2%. 37,4% stwierdziło, że całkowite wyleczenie transseksualizmu jest niemożliwe. Tylko 8,4% badanych zaznaczyło, że istnieje możliwość całkowitego wyleczenia transseksualizmu.

W pytaniu zaprezentowanym na rycinie 5 zapytaliśmy o objawy charakteryzujące transseksualizm. Znacząca większość badanych zaznaczyła prawidłową odpowiedź – utrzymywanie, że jest się osobą innej płci niż płeć cielesna (86%). Pozostałe poprawne odpowiedzi zaznaczyło stosunkowo dużo osób: pragnieniem do przejawiania zachowań charakterystycznych dla płci przeciwnej – 79,4%, pragnieniem bycia osobnikiem płci

przeciwnej – 77,6%, chęcią przeprowadzenia "zmiany płci" – 72,9%, używaniem form charakterystycznych dla płci, z którą pacjent się identyfikuje – 70,1%, w okresie dojrzewania i dorosłości utrzymaniem silnego przekonania, że ma się sposób przeżywania typowy dla płci przeciwnej – 61,7% i przebieraniem się w ubiór płci przeciwnej – 33,6%. Błędne odpowiedzi zaznaczyło stosunkowo mało badanych. Kolejno: 20,6% – lęk odnoszący się do znamion posiadanej płci i ustępowanie objawów klinicznych po terapii lekami przeciwpsychotycznymi, 15,9% – przebieranie się w ubiór płci przeciwnej w celu osiągnięcia satysfakcji seksualnej oraz 13,1% – brak zgodności pomiędzy kariotypem a narządami płciowymi.

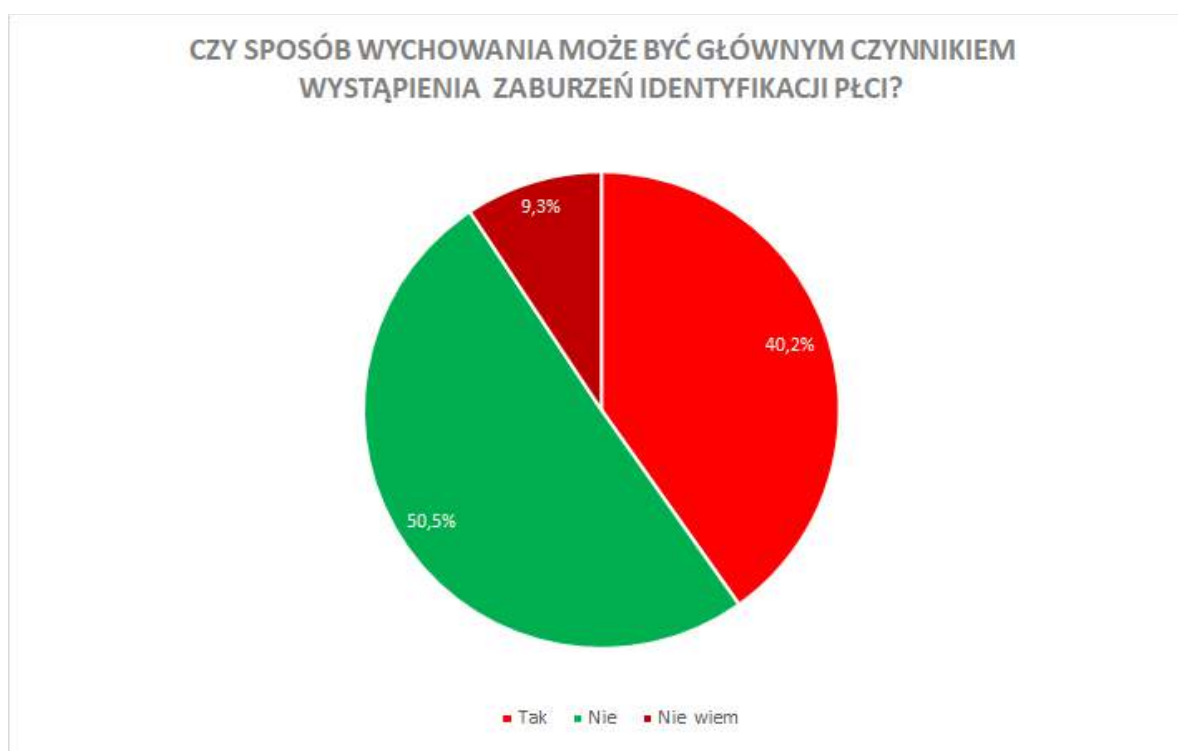


Rycina 5. Odpowiedzi studentów na pytanie dotyczące objawów transseksualizmu



Rycina 6. Wiedza studentów nt. transwestytyzmu o typie podwójnej roli

W kolejnym badaniu, którego wyniki opisane zostały na rycinie 6 zapytaliśmy się o charakterystykę transwestytyzmu o typie podwójnej roli. Tylko 38,3% respondentów odpowiedziało poprawnie – przebieraniem się w ubiór płci przeciwnej. Mimo że odpowiedź ta była najczęściej wybierana inne, błędne stwierdzenia były również często wybierane przez badanych. Kolejno: przebieraniem się w ubiór płci przeciwnej w celu osiągnięcia satysfakcji seksualnej – 32,7%, utrzymywaniem, że jest się osobą innej płci niż płeć cielesna – 21,5%, chęcią przeprowadzenia "zmiany płci" – 20,6%, lękiem odnoszącym się do znamion posiadanej płci i ustępowanie objawów klinicznych po terapii lekami przeciwpsychotycznymi – 14,0%, w okresie dojrzewania i dorosłości utrzymaniem silnego przekonania, że ma się sposób przeżywania typowy dla płci przeciwnej – 10,3%, brakiem zgodności pomiędzy karyotypem a narządami płciowymi – 8,4%. Prawie 1/10 badanych (9,3%) stwierdziła, że żadna z powyższych odpowiedzi nie jest poprawna.



Rycina 7. Wiedza studentów nt. przyczyny wystąpienia zaburzeń identyfikacji płci

Pytanie, zaprezentowane na rycinie 7 wykazało, że większość (50,5%) osób uważa, że sposób wychowania nie może być głównym czynnikiem powodującym wystąpienie zaburzeń identyfikacji płci. Odmiennego zdania jest 40,2% badanych.



Rycina 8. Wiedza studentów nt. prawnej zmiany płci

Jak zaprezentowano na rycinie 8 większa część respondentów - 86% - odpowiedziała prawidłowo, że prawna zmiana płci w Polsce jest możliwa. 9,3 % ankietowanych nie wiedziało, czy prawna zmiana płci w Polsce jest możliwa. Pozostałe osoby odpowiedziały błędnie.

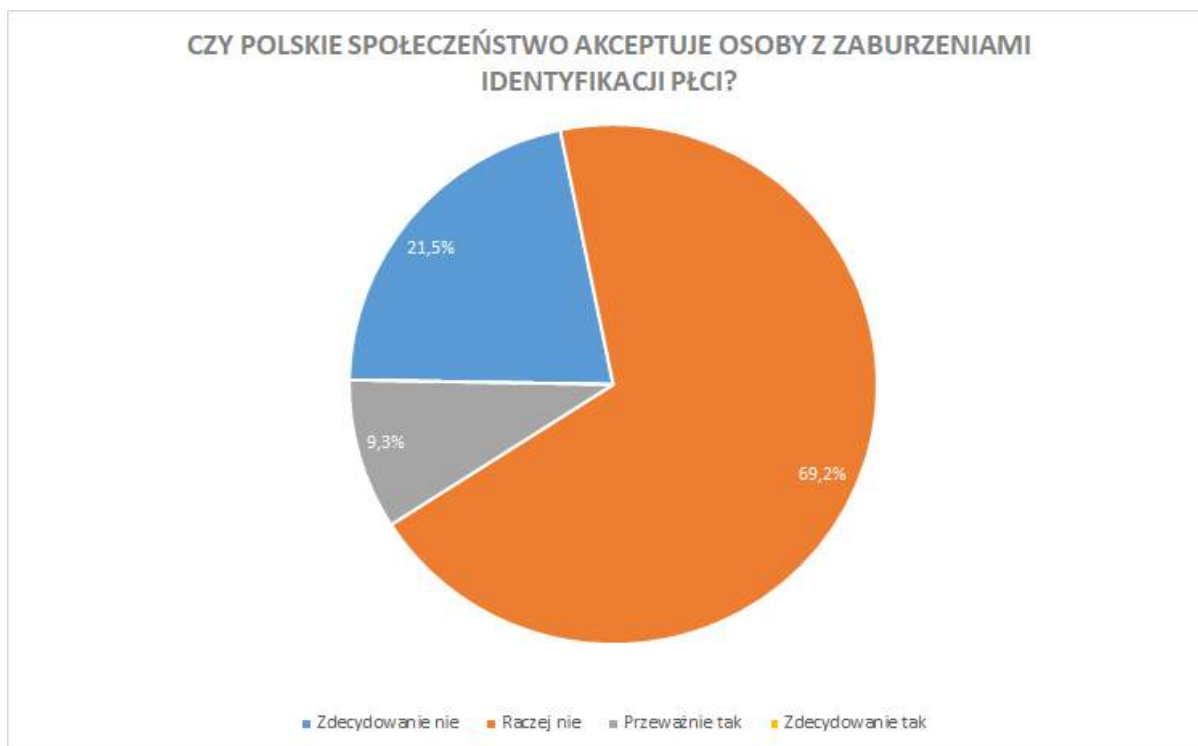
Zgodnie z odpowiedziami zaprezentowanymi na rycinie 9 wynika, że ponad połowa studentów uważa, że polskie społeczeństwo raczej nie akceptuje osób z zaburzeniami identyfikacji płci – 69,2%.

Około ¼ twierdzi, że owi ludzie zdecydowanie nie są akceptowani – 21,5%.

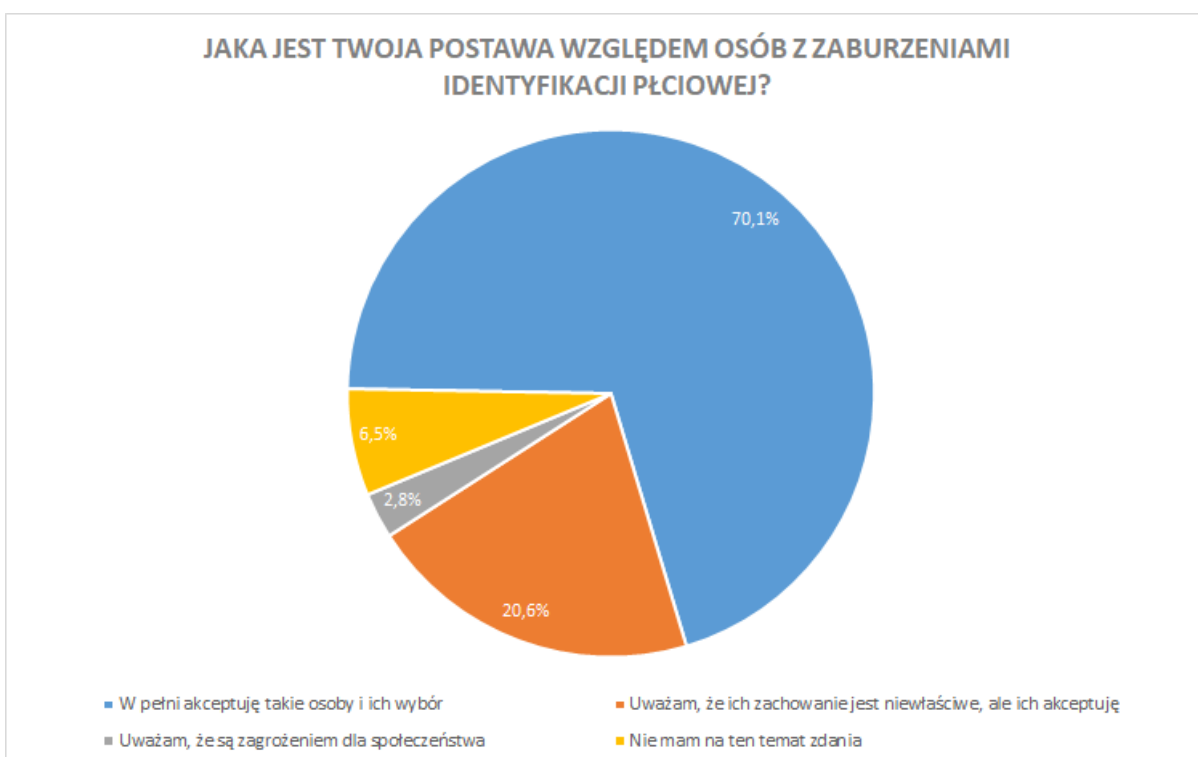
Tylko 9,3% twierdzi, że ludzie ci są przeważnie akceptowani. Żaden z badanych nie zaznaczył odpowiedzi, że osoby z zaburzeniami identyfikacji płci są zdecydowanie akceptowane w społeczeństwie.

Jak przedstawiono na rycinie 10, 70,1% studentów akceptuje osoby z zaburzeniami identyfikacji płci. Ponad 20% respondentów uważa, że zachowania osób z zaburzeniami identyfikacji płciowej są niewłaściwe, ale ich akceptują.

6,5% ankietowanych nie ma zdania na ten temat, a 2,8% uważa, że osoby te są zagrożeniem dla społeczeństwa.



Rycina 9. Zdanie studentów nt. akceptacji osób z zaburzeniami identyfikacji płci w społeczeństwie polskim



Rycina 10. Postawa studentów względem osób z zaburzeniami identyfikacji płciowej

Dyskusja

Temat zaburzeń identyfikacji płciowych w Polsce to nadal temat tabu. Z tego względu wiedza społeczeństwa dotycząca tych zaburzeń jest niewielka.

Jak wynika z raportu Kampanii Przeciw Homofobii z roku 2012 ponad połowa (52,7%) osób transpłciowych doświadczyła przemocy ze względu na fakt lub podejrzenie, że jest osobą transpłciową [10].

Podobny obraz wyłania się z raportu U.S. Transgender Survey, w którym ankietowano osoby transpłciowe w Stanach Zjednoczonych. Wynika z niego, że aż 47% takich osób spotkało się z nękaniami. Ponadto często były one wyrzucane z domu (8%) i wykluczane ze społeczeństwa, np. religii (19%) [11]. Osoby z zaburzeniami identyfikacji płciowej częściej chorują na depresję [5].

Izolacja społeczna spowodowana m. in. niewiedzą tylko potęguje ten problem. Opierając się na badaniach przeprowadzonych przez Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego można wnioskować, iż osoby młode są bardziej tolerancyjne niż ich rodzice czy dziadkowie [12].

Na przestrzeni ostatnich lat zauważono, że społeczeństwo wykazuje coraz większą akceptację oraz wiedzę na temat zaburzeń identyfikacji płci. Istotny wpływ zdaje się mieć zwiększenie ilości kampanii edukacyjnych oraz badań z tego zakresu. Autorytetem w zdobywaniu wiedzy przez społeczeństwo są mass media, które towarzyszą procesowi wychowania oraz wpływają na codzienne doświadczenia osób, co z kolei warunkuje ich poglądy i postawy społeczne.

Naszym celem było zbadanie poziomu wiedzy studentów kierunku lekarskiego kilku uczelni medycznych w Polsce. Badaniem objęliśmy 107 studentów z różnych lat.

Nasze badanie wykazało, że wiedzą oni, jakie jednostki wchodzą w skład zaburzeń identyfikacji płciowych. 85% ankietowanych wybrało poprawnie transseksualizm, a 75% transwestytyzm o typie podwójnej roli. Pozostałe odpowiedzi były błędne, lecz często wybierane. Studenci mają pewną wiedzę o zaburzeniach identyfikacji płciowej, pomimo to nadal część z nich nie potrafi trafnie rozpoznać i sklasyfikować tych zaburzeń.

W naszym badaniu zapytaliśmy również o cechy charakteryzujące transseksualizm. Znacząca większość badanych zaznaczyła prawidłowe odpowiedzi. Jednak tylko 33,6% respondentów zaznaczyło, że transseksualizm wiąże się z przebijaniem w strój płci przeciwnej. Podobnie niewielu ankietowanych (38,3%) uważa, że takie zachowanie może być związane z transwestytyzmem o typie podwójnej roli. Może to świadczyć o powiązaniu

przebierania się w strój płci przeciwnej jedynie z transwestytyzmem fetyszystycznym. Ponadto niewielka ilość poprawnych odpowiedzi w pytaniu o objawy transwestytyzmu o typie podwójnej roli pokazuje, że studenci mają wiedzę jedynie na temat głośnego medialnie transseksualizmu, wiedząc niewiele na temat innych zaburzeń identyfikacji płciowej.

Kolejną kwestią, którą poruszyliśmy było leczenie transseksualizmu. W pytaniu o możliwość leczenia transseksualizmu 37,7% ankietowanych odpowiedziało, że leczenie transseksualizmu nie istnieje, natomiast w pytaniu kolejnym, w którym poprosiliśmy o zaznaczenie możliwych metod leczenia transseksualizmu już tylko 25,2% zaznaczyło, że transseksualizmu się nie leczy. Świadczy to o tym, że nasza ankieta zasugerowała kilku osobom, że istnieje takie leczenie. Niemniej jednak zważając na fakt, że grupą badaną byli studenci medycyny zaskakujące i niepokojące jest, jak wiele osób uważa leczenie transseksualizmu za niemożliwe.

Ankieta wykazała, że 86% respondentów wie, że w Polsce istnieje możliwość prawnej zmiany płci. Zastanawiające jest to, że skoro studenci zdają sobie sprawę z istnienia prawnej zmiany płci, to dlaczego aż tylu (37,7%) uważa, że nie istnieje leczenie transseksualizmu?

Z uzyskanych danych wynika, że studenci dostrzegają problem braku akceptacji dla osób z zaburzeniami identyfikacji płciowej w polskim społeczeństwie. W badaniu własnym aż 69,2% odpowiedziało, że osoby z zaburzeniami identyfikacji płciowej raczej nie są akceptowane, 21,5%, że są zdecydowanie nieakceptowane. Badania amerykańskie dotyczące akceptacji osób z zaburzeniami identyfikacji płci pokazują, jak ważna jest dla tych osób akceptacja najbliższego otoczenia. Osoby, które miały wsparcie rodziców rzadziej popełniały samobójstwa, cierpiały z powodu chronicznego stresu czy stawały się bezdomne [11].

Jak wynika z badań własnych zdecydowana większość studentów w różnym stopniu akceptuje osoby z zaburzeniami identyfikacji płciowej (90,7%). Dodatkowo zdecydowana większość z nich (77,3%) wykazuje zrozumienie dla ich wyborów. Wydaje się to potwierdzać wyniki badań Antoszewskiego i wsp. o wysokiej akceptacji dla transseksualistów wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi [3].

Według badań własnych aż 40,2% studentów twierdzi, że wychowanie może być głównym czynnikiem wpływającym na występowanie zaburzeń identyfikacji płciowej. Jest to bardzo niepokojący wynik. Ukazuje on problem w postrzeganiu przez badanych zaburzeń identyfikacji płciowej. Błędne rozumienie etiologii zaburzeń może prowadzić do obwiniania rodziców za błędy w wychowaniu dzieci. Skutkiem tego może być izolacja chorych i ich rodzin.

Wnioski

1. Studenci posiadają największą wiedzę na temat medialnie nagłośnionych zaburzeń, takich jak transseksualizm, natomiast dużo mniejszą o na przykład transwestytyzmie, o którym znacznie mniej mówi się w mediach.
2. Studenci mało wiedzą na temat leczenia zaburzeń identyfikacji płci.
3. Studenci zauważają problem dyskryminacji osób z zaburzeniami identyfikacji płciowej w polskim społeczeństwie.
4. Wśród studentów akceptacja osób z zaburzeniami identyfikacji płci jest na stosunkowo wysokim poziomie.

Piśmiennictwo

1. Pilecki, M.: Zaburzenia psychoseksualne. [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, Heitzman J. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 172-175.
2. World Health Organization.: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva, 1992, <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, pobrano 06.04.2018.
3. Antoszewski B., Kasielska A., Jędrzejczak M., Kruk-Jeromin J.: Akceptacja transseksualizmu wśród studentów łódzkich uczelni wyższych, Psychiatria Polska, 2008, 1, 125-134.
4. Barrett, J.: Disorders of gender identity, Advances in Psychiatric Treatment, 2011, 17, 381–388.
5. Witcomb G. L., Bouman W. P., Claes L., Brewin N., Crawford J. R., Arcelus J.: Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services, Journal of Affective Disorders, 2018, 235, 308-315.
6. Flores A.R., Herman J.L., Gates G.J., Brown T.N.T.: How Many Adults Identify As Transgender in the United States? The Williams Institute, Los Angeles, 2016, 1-13. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>, data pobrania 06.04.2018.
7. Trypka, E.: Zaburzenia Seksualne. [w:] Psychiatria. Podręcznik akademicki, Kiejna A., Małyszczak K. (red.), Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław 2016, 219-221.

8. Pietkiewicz J. T.: Transeksualizm w Polsce, <http://prawoamedycyna.pl/transseksualizm-w-polsce/>, dostęp 06.04.2018.
9. Lew-Starowicz, M., Zaburzenia seksualne [w:] Psychiatria, Jarema M. (red.), PZWL, Warszawa, 2016, 501-524.
10. Kryszk K., Kłonkowska A.: Sytuacja społeczna osób transpłciowych. Analiza danych z badania ankietowego. [w:] Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011 Makuchowska M., Pawłęga M. (red.), Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa, 2012, 219-276.
11. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Executive-Summary-Dec17.pdf>, data pobrania 11.04.2018.
12. James S. E., Herman J.L., Rankin S., Keisling M., Mottet L., Anafi M.: Executive Summary of the Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. National Center for Transgender Equality, Waszyngton 2016, <http://www.ustranssurvey.org/reports>, data pobrania 04.04.2018

ISBN - 978-83-946571-9-2