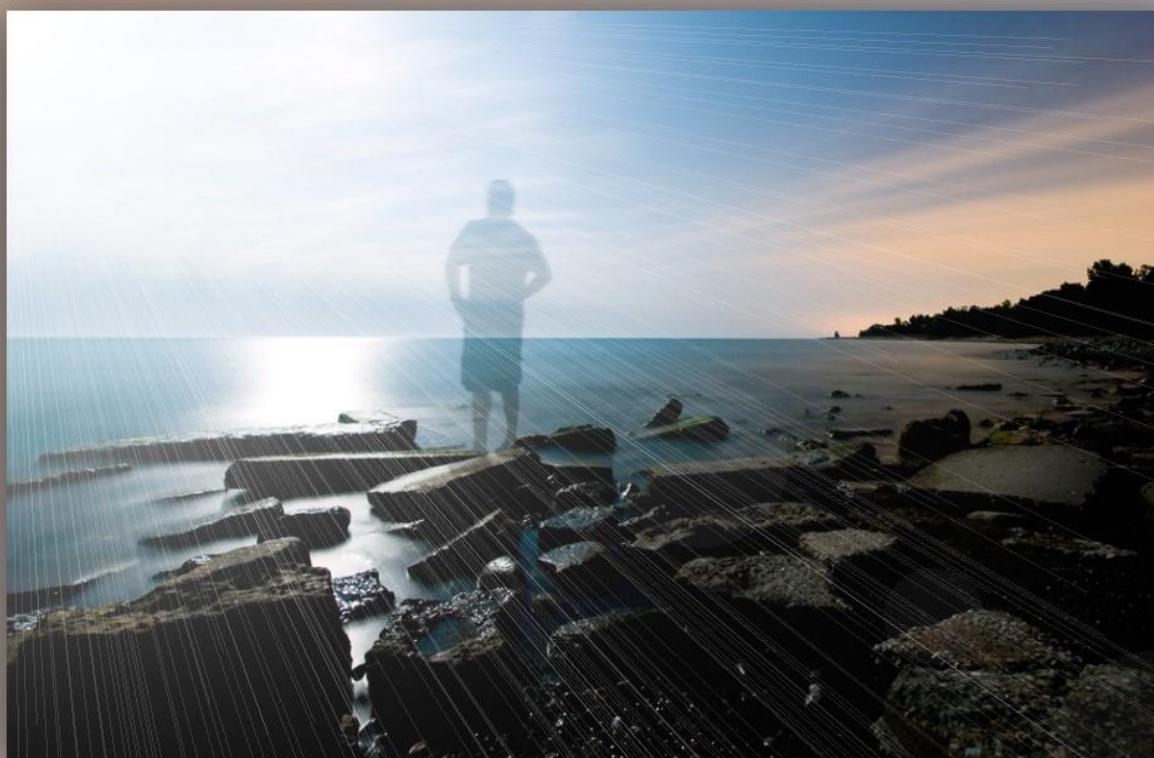


W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Cecylii Reginy Łukaszuk

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułąk

Tom XVIII

W drodze do brzegu życia

Tom XVIII

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



W drodze do brzegu życia

Tom XVIII

**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 2020

Recenzenci monografii

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

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

Dr n. med. Andrei Shpakou
Department of Theory of Physical Culture and Sport Medicine, Yanka Kupala State
University of Grodno, Grodno, Belarus

Recenzenci rozdziałów

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

ISBN - 978-83-954952-9-8

Wydanie I
Białystok 2020

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak
Zdjęcia: Wojciech Kułak

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel
odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów
Materiały zawarte w mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów
naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:
"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

*Nie da się uciec od myślenia o własnej śmierci, będąc śmiertelnie chorym.
Zresztą ze śmierci trzeba żartować, bo gdyby śmierć była śmiertelnie poważna,
to by nas zabiła.*

ks. Jan Kaczkowski

Szanowni Państwo

Zenta Maurina, łotewska pisarka, tłumaczka i filolożka, twierdzi, że *„Śmierć jest wszechobecna, więc nie pozbawiaj swojej radości tego, kto od ciebie jej oczekuje i daj ją temu, kto jest już daleko od ciebie i nie ma odwagi nawet oczekiwać”*.

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

Podobnie jak poprzednich tomach, w tomie XVIII zawarte są prace służące wymianie poglądów oraz opinii na temat rozlicznych dylematów etycznych, prawnych i społecznych, z jakimi na co dzień spotykają się pracownicy ochrony zdrowia - jak postrzegają transplantację, eutanazję, uporczywą terapię, co sądzą o handlu organami, o wartościowaniu choroby i starości jako uszanowanie osobowej godności, o zasadach komunikacji z chorymi przewlekłe, czy też o wpływie religii na sprawowanie opieki medycznej. Mamy nadzieję, że pozwolą na sprawdzenie słów Mozarta *„Śmierć, jeżeli chcemy spojrzeć w oczy rzeczywistości, jest prawdziwym celem naszego życia, i dziękuję Bogu, że dał mi sposobność nauczania się traktowania jej jako klucza, dzięki któremu mogę dostąpić prawdziwego błogosławieństwa”*.

Inne prace stwarzają ponownie okazję do rozważań nt. oceny moralnej samobójstwa, ochrony przed szkodliwymi treściami w mediach, problemu niedożywienia młodzieży i seniorów, postrzegania osób niepełnosprawnych, czy też wybranych aspektów zdrowia psychicznego, problemów uzależnień, stereotypizacji i dyskryminacji oraz roli wsparcia w tych kwestiach, bowiem niestety jak twierdził Bertrand Russell *„Zwyczaj lekkomyślnego przylepiania etykietek służy wygodzie ludzi, którzy chcą się wydać bystrzy bez konieczności myślenia, niewielki jednak ma związek z rzeczywistością”*.

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

Cezary Roman, Anna Zalewska, Katarzyna Pawłowicz, Napoleon Waszkiewicz: Samotność, cierpienie i śmierć w XIX-wiecznej operze.....	Str. 11
Zygmunt Pucko, Joanna Przybek-Mita: Tanatogogika Janusza Korczaka jako umiejętność życia z utratą i jako sztuka umierania.....	Str. 23
Katarzyna Jarnutowska: Godność pacjenta umierającego.....	Str. 34
Józef Zabielski Ks. Prof.: Choroba i umieranie jako doświadczenie wartości życia.....	Str. 45
Dorota Koncewicz: Podmiotowość pacjenta i opiekuna w kontekście specyfiki zaburzeń.....	Str. 53
Angelika Wawros: Obraz śmierci w kulturze i religii Polski, Słowacji i Czech.....	Str. 75
Mirosław Twardowski: Cierpienie i śmierć z perspektywy żydowskiej etyki medycznej.....	Str. 80
Maciej Jerzy Samusik, Bożena Okurowska – Zawada, Karolina Milewska, Małgorzata Mężyńska: Skutki zdrowotne katastrofy w Czarnobylskiej elektrowni jądrowej na przestrzeni 34 lat.....	Str. 89
Maria Gaj, Agnieszka Wichary, Magdalena Pogorzelska, Krzysztof Wróblewski, Marta Madej, Jan Gnus, Krzysztof Dorna: Śmierć mózgu - czy aby na pewno? Kontrowersje we współczesnej medycynie.....	Str. 104
Ewa Łuszczewska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Rys historyczny eutanazji.....	Str. 114
Ewa Łuszczewska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Opieka paliatywna a eutanazja.....	Str. 132
Ewa Łuszczewska, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Eutanazja w percepcji pracowników bloku operacyjnego i intensywnej terapii.....	Str. 144
Jan Bieniasz, Konrad Dendys, Mikołaj Kreń, Katarzyna Kuśmierczyk, Jan Gnus, Karolina Radzikowska, Małgorzata Paprocka-Borowicz: Sedacja Paliatywna - stan aktualny oraz obecne i przeszłe kontrowersje.....	Str. 170
Piotr Ochotny: Zarys zagadnienia transplantacji.....	Str. 179
Mirosław Twardowski: Transplantacje organów w świetle żydowskiej etyki medycznej.....	Str. 193
Mirosław Twardowski: Status ontyczny embrionu ludzkiego we współczesnej bioetyce żydowskiej.....	Str. 202
Martyna Gworys, Wojciech Kolasa, Martyna Czakiert, Katarzyna Kurek, Jan Gnus, Łukasz B. Lewandowski, Krzysztof Dorna: Uwarunkowania prawne oraz współczesne problemy aborcji w Polsce i innych krajach.....	Str. 209
Sławomir Czerniak, Krzysztof Kowalski: Terapie genowe w medycynie - historia, aspekty etyczno-prawne, zastosowanie i perspektywy.....	Str. 220

Halina Kulik, Hanna Paszko, Józefa Dąbek: Holistyczny wymiar opieki zdrowotnej – sfera duchowa.....	Str. 239
Katarzyna Szmuc, Dominika Cuprian, Urszula Porycka: Dylematy etyczne, społeczne i prawne dotyczące macierzyństwa zastępczego.....	Str. 254
Aleksandra Biegalska: Argument przeciwko dopuszczalności moralnej samobójstwa odwołujący się do nieużyteczności wartości osoby ludzkiej (D. Velleman).....	Str. 270
Aleksandra Biegalska: Argument przeciwko dopuszczalności moralnej samobójstwa odwołujący się do obowiązków samobójcy wobec konkretnych osób.....	Str. 275

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

Sebastian Artur Zdończyk: Komunikacja z pacjentem z rozpoznaną chorobą nowotworową.....	Str. 282
Magdalena Anna Kulmaczewska, Joanna Kuklińska, Elżbieta Krajewska-Kulak: Ciąża, poród na przestrzeni wieków.....	Str. 293
Anna Weronika Szablewska, Sebastian Artur Zdończyk: Żałoba po utracie ciąży wczesnej.....	Str. 304
Magdalena Zawiślak, Marcin Zaniuk, Patrycja Gierszon, Tomasz Krysa, Patryk Zimnicki: Relacje pomiędzy polskojęzycznymi a anglojęzycznymi studentami uczelni medycznych.....	Str. 312
Jolanta Sawicka – Czernik, Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda: Odmienność kulturowa, religijna i obyczajowa – najważniejsze aspekty.....	Str. 322
Michał Borkowski, Paweł Borkowski, Natalia Markiewicz, Monika Skorupka, Jan Guns, Anna Kurzalewska, Jakub Migon, Stanisła Ferenc: Wyzwania w ochronie zdrowia związane z kryzysem migracyjnym	Str. 347
Barbara Barnaś, Jan Gnus, Paweł Barnaś, Natalia Markiewicz, Anna Kołcz, Sebastian Fedorowicz, Krzysztof Dorna: Funkcjonowanie biopsychospołeczne w chorobie afektywnej dwubiegunowej.....	Str. 379
Halina Kulik, Maja Surma, Józefa Dąbek, Ewelina Łebek: Mity i stereotypy dotyczące kobiet z niepełnosprawnością funkcjonujące w społeczeństwie - wyniki wstępne.....	Str. 389
Halina Kulik, Wioletta Buława, Józefa Dąbek, Urszula Michalik-Marcinkowska, Dariusz Korzeń: Społeczny wizerunek kobiety otyłej – wyniki wstępne.....	Str. 402
Michalina Horochowska, Jacek Jagiello, Piotr Łagosz, Jacek Łazeczko: Anoreksja – choroba pacjenta i jego rodziny.....	Str. 421
Konrad Jóźwik, Michał Światała, Wojciech Waliszak, Wojciech Borowicz, Anna Kołcz, Krzysztof Dorna, Jan Gnus: Współczesny opis zjawiska uzależnienia od gier komputerowych.....	Str. 429

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ, PRAWO



Samotność, cierpienie i śmierć w XIX-wiecznej operze

Cezary Roman¹, Anna Zalewska^{1,2}, Katarzyna Pawłowicz³, Napoleon Waszkiewicz³

1. Fizjoterapia i Neurologopedia Anna Zalewska, Białystok
2. Zakład Fizjoterapii, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Tematy samotności, cierpienia i śmierci w twórczości romantyków są powszechnie znane. Podobna sytuacja jest także w operze. Wspomniane zagadnienia bliskie są twórczości Verdiego, Donizietiego, Czajkowskiego czy Wagnera. W twórczości każdego z kompozytorów mają one inny wydźwięk. W poniższej pracy problematykę samotności, cierpienia i śmierci przedstawiono na przykładzie La Traviaty G. Verdiego. Dzieło włoskiego kompozytora od dnia premiery do dziś ukazuje, jak bliskie nie tylko romantikom, ale i nam współczesnym są omawiane poniżej zagadnienia.

SAMOTNOŚĆ

Współcześnie samotność człowieka określa się jako znak czasu. Jest ona nieodłącznym i złożonym fenomenem ludzkiej egzystencji, który określany jest jako odczuwalny brak towarzystwa osoby bliskiej lub opuszczenie przez innych [1]. Jej problem podejmowany jest od wieków m.in. w Biblii, teologii, filozofii, malarstwie, teatrze, filmie, muzyce, literaturze [2]. Mimo to, samotność jest zjawiskiem nadal słabo poznanym. Może mieć to związek m.in. z traktowaniem jej jak czegoś, co stygmatyzuje; chęcią jej jak najszybszego pozbycia się; niemożnością pełnego wyrażenia jej innemu człowiekowi; trudnością w jej identyfikacji [3]. Poeta ks. Jan Twardowski pisał, „(..) dziwić może fakt, że na świecie, gdzie żyje około 7 miliardów ludzi, wielu skarży się na samotność. Nam się wydaje, że jesteśmy samotni, kiedy odchodzą od nas ludzie. Ale prawda jest inna. Jesteśmy samotni wtedy, kiedy sami odchodzimy od ludzi. Samotność bywa często zawinioną chorobą – myśleniem tylko o sobie. Najgorzej dzieje się wtedy, gdy narzekamy na brak wzajemności” [4]. Ciężko jest jednoznacznie stworzyć

definicję samotności dlatego, że jest to to pojęcie wieloznaczne. Spotkać się można z jej różnymi interpretacjami, rodzajami, postaciami. Jest to zjawisko, które zahacza o problematykę z zakresu psychologii, życia duchowego oraz nauk społecznych. Samotność może być utożsamiana z odosobnieniem, izolacją czy osamotnieniem. Jest też czasami świadomym wyborem [5]. W literaturze psychologicznej najczęściej spotkać się można z następującymi definicjami samotności. „(...) *Samotność jest złożonym i wielowymiarowym, psychologicznym doświadczeniem człowieka, występującym pod różną postacią i ze złożonym natężeniem. To nieprzyjemne uczucie pojawiające się wskutek niezgodności pomiędzy oczekiwaniami a realnymi możliwościami. Należy do stanów emocjonalnych, w których jednostka jest świadoma izolacji od innych. Może pojawić się na skutek utraty kogoś bliskiego*” [6]. „(...) *Samotność to złożony fenomen ludzkiej egzystencji. Z jednej strony jest to obiektywny stan oznaczający brak konfliktów, równocześnie doświadczana jako osamotnienie lub samotność pozytywna*” [7]. „(...) *Jest tęsknotą za intymnym i znaczącym doświadczeniem, intensywnym pragnieniem zredukowania dystansu oddzielającego jednostkę od innego podmiotu*” [3]. Przyczyn samotności dopatruje się w dwóch płaszczyznach: obiektywnej (brak rodziny, przyjaciół, izolacja) i subiektywnej (ocena behawioralna jednostki) [8]. W ciekawy sposób dzieli samotność Adam Świeżyński. Wyróżnia on samotność człowieka jako efekt odrzucenia przez wspólnotę; jako ucieczkę jednostki od innych ludzi oraz jako sposób życia, który umożliwia samorozwój i doskonalenie siebie [9]. Bliskie pojęciu samotności jest poczucie osamotnienia, definiowane jako poczucie niezrozumienia, wyobcowania mimo utrzymywania kontaktów z innymi. Wyróżnia się dwa rodzaje osamotnienia: emocjonalne (brak relacji międzyludzkich) i społeczne (mały zasięg sieci społecznych) [10]. Paradoksalnie, człowiek może być samotny i nie czuć osamotnienia, a także być osamotniony nie będąc samotnym. Poczuciu samotności bywa bliska alienacja, którą określa się jako wyobcowanie człowieka od stosunków społecznych, przyrody, kultury, a także wielopłaszczyznowe zagubienie go w otaczającym świecie [11]. Aby możliwe było pełne zrozumienie samotności, należy najpierw zrozumieć samego człowieka, a jego pojmuje tylko Stwórca. Zdaje się, że sens samotności jest tam, gdzie jest sens życia człowieka. Każde doświadczenie samotności, nawet jeśli jest czasami tylko modą pokazu inny pryzmat patrzenia na człowieka. Samotność odsłania nicość człowieka [12].

CIERPIENIE

Cierpienie przeżywane świadome jest czymś charakterystycznym dla rodzaju ludzkiego. W świecie zwierząt, mówi się o nim jako przenośni, gdyż nie potrafią się one

aktywnie odnosić do doznawanego zła. Samowiedza odnośnie cierpienia pozwala na stawianie pytań dotyczących jego sensu [13]. Cierpienie najogólniej definiuje się jako świadome przeżywanie bólu/przykrości z powodu doznawanego zła [14]. Zło, o którym mowa w definicji jest pojęciem jeszcze bardziej subiektywnym i może mieć pochodzenie zewnętrzne (np. choroba, ból, śmierć) oraz wewnętrzne (np. wątpliwości, załamanie, niepewność, utrata sensu życia) [15]. Każdy człowiek ma własny sposób na przeżywanie cierpienia. Istnieje wobec tego wiele postaw. Cierpienie może być wrogiem, którego należy pokonać. Od cierpienia można uciekać lub biernie się mu poddać. Może ono też prowokować do stawiania sobie pytań [16]. Powszechne jest stwierdzenie, że cierpienie uszlachetnia. Chyrowicz trafnie zwraca jednak uwagę, że „*ludzie cierpiący nie tylko błogosławią, ale również przeklinają*” [17]. W ocenie bólu natomiast bierze udział cała osobowość człowieka m.in. wyobrażenia, doświadczenia, myśli, reakcje emocjonalne. Ból, w zależności od stanu, w jakim jest człowiek może powodować różne konsekwencje psychiczne, np. ból na podobnym poziomie u osoby po złamaniu kości podudzia i ból u osoby z postępującą chorobą nowotworową. To ocena sytuacji, w jakiej znajduje się aktualnie człowiek pozwala na przeżywanie bólu jako codziennej trudności lub cierpienia [15]. Możliwe jest precyzyjne określenie źródła bólu, da się zdefiniować co i jak boli, wytłumaczyć jego przyczynę. Ból się doznaje, cierpienie natomiast – przeżywa [13].

ŚMIERĆ

Śmierć to nieodłączny element życia człowieka. Jest zjawiskiem nieodwołalnym i powszechnym. W każdej epoce, w wielu kulturach, we wszystkich systemach filozoficznych, religiach, w sztuce można dostrzec postawy związane z różnymi wyobrażeniami śmierci. Budzi ona wielkie zainteresowanie ze strony całych społeczeństw. Przez kolejne epoki tworzone zostały zachowania i rytuały stosowane w momencie śmierci, które pomagały się z nią oswoić [18]. Społeczeństwa współcześnie odcinają się od mówienia o śmierci oraz od traktowania jej jako czegoś naturalnego w życiu człowieka. Traktowana jest jako zło, któremu należy się przeciwstawiać [19]. Lęk przed śmiercią jest zjawiskiem powszechnym, które pojawia się już na początku rozwoju psychicznego człowieka [20]. Reakcje emocjonalne związane ze śmiercią charakteryzuje duża różnorodność: od smutku, przez lęk, rezygnację, bunt [21]. Umieranie jest procesem, który rozpoczyna się osłabieniem funkcji aż do całkowitej jej utraty. Ostatnim jego punktem jest śmierć. Z organicznego punktu widzenia, śmiercią określa się nieodwracalne ustanie czynności wszystkich czynności ustroju i procesów przemiany w jego komórkach. Zdaniem antropologów świadomość zbliżającej się śmierci jest jednym z elementów, który

odróżnia człowieka od zwierzęcia [22]. Szybki postęp medycyny przyczynił się do przesuwania granicy między życiem a śmiercią, jednocześnie przyczyniając się do instytucjonalizacji śmierci [23].

LA TRAVIATA GIUSEPPE VERDIEGO

La Traviata to jedno z najsłynniejszych dzieł Giuseppe Verdiego, którego libretto zostało oparte na podstawie Damy Kameliowej Alexandre Dumas'a. Swoją premierę miała 6 marca 1853 roku w Gran Teatro La Fenice w Wenecji. Polska premiera La Traviaty odbyła się trzy lata później - 27 kwietnia 1856 roku w Teatrze Wielkim w Warszawie. Giuseppe Verdi był jednym z najwybitniejszych kompozytorów operowych na świecie. Urodził się w 1813 roku w Rencole koło Busseto. Do jego najwybitniejszych dzieł należą między innymi „Nabucco”, „Macbet”, „Rigoletto”, „Il Travore”, „Don Carlos”, „Otello” czy „Falstaff”. Komponował nie tylko opery, ale także utwory oratoryjne oraz muzykę instrumentalną. Zmarł 27 stycznia 1901 roku w Mediolanie [24].

Verdi z „Damą Kameliową” A. Dumas'a zetknął się w 1852 roku podczas pobytu w Paryżu. Od samego początku kompozytor dostrzegał w sztuce załączek libretta operowego. Intuicja podpowiadała mu, że historia paryskiej kurtyzany może wywołać skandal, a tym samym zrazić publiczność. Nie mylił się. Chociaż tytuł dzieła Verdiego odbiegał od oryginału, treść opery wywołała niemałe zamieszanie. Publiczność nie była gotowa na oglądanie kurtyzan na scenach teatrów operowych. Przedstawienie głównej bohaterki jako szlachetnej postaci, przepełnionej miłością, zdolnej do wyższych uczuć mimo własnej tragedii szokowało. Premiera okazała się również klęską ze względów artystycznych. Obsada w wieczór premiery była w niedostatecznej kondycji wokalne, co odbiło fatalnie na scenie podczas spektaklu. Jednak ta porażka nie zraziła kompozytora. Zmienił trochę partyturę i rok później (po wystawieniu na deskach weneckiego San Benedetto) odniosła sukces. Od tamtego wieczoru „La Traviata” wpisała się na stałe w kanon operowy, a co roku pojawia się na afiszach najznamienitszych teatrów świata [24].

Akcja „La Traviaty” rozgrywa się w XIX wieku w Paryżu. Rozpoczyna się sceną na balu na cześć Violetty Vallery – paryskiej kurtyzany, ciężko chorej na gruźlicę, która ukrywa przed światem swoją śmiertelną dolegliwość. Udaje, że jest szczęśliwą osobą, a celem jej życia jest niekończąca się zabawa. Baron Douphol obiecał Violettcie wprowadzić ją w wir życia “wyższych sfer” w zamian za „wyłącznieść”. Na balu pojawia się także młody poeta Alfredo Germont, kochający się skrycie w Violettcie. W trakcie zabawy wznosi toast na cześć kurtyzany

i wyznaje jej miłość (słynny duet z pierwszego aktu *Libiamo ne' lieti calici* - Więc pijmy za miłość). Violetta mająca złe doświadczenia odrzuca miłość Alfreda, jednakże później, w samotności rozważa jego słowa (recytatyw *E strano, e strano...* przechodzący w arię Violetty *Sempre Libera* kończący pierwszy akt) i decyduje związać swe życie u boku Alfreda. Kochankowie przenoszą się do podparyskiej wsi. Stan zdrowia Violetty się pogarsza. Coraz szczuplejsze są też jej oszczędności, z których para się utrzymuje. Gdy o kłopotach finansowych dowiaduje się Alfred, postanawia wyjechać do Paryża zarobić pieniądze na dalsze, wspólne życie. Pod jego nieobecność do domu kochanków przyjeżdża ojciec Alfreda - Giorgio Germont (scena z drugiego aktu „*Madamigella Vallery...*”). Jego wizyta ma tylko jeden cel - doprowadzić do zerwania związku. Po nieudanych próbach oskarżeń Violetty tłumaczy jej rodzinną sytuację. Siostra Alfreda ma poślubić bogatego człowieka. Gdyby wyszedł na jaw związek jej brata z kurtyzaną, narzeczony zerwałby zaręczyny. Germont odwołuje się do sumienia Violetty, jej miłości do Alfreda, wreszcie do samego Boga. Violetta godzi się zerwać zaręczyny. Pozostawia Alfredowi list. Nie wspomina w nim nic o wizycie ojca swego kochanka, ale informuje go, że wraca do Paryża, do dawnego trybu życia. Zdruzgotany decyzją Violetty Alfred nie słucha swego ojca, który namawia go do powrotu do domu rodzinnego (aria Germonta „*Di provenza*” z drugiego aktu opery), postanawia jechać do Paryża. Spotyka swą ukochaną podczas przyjęcia wydanego przez przyjaciółkę Violetty, Florię. Podczas gry w karty z Baronem Doupholem (do którego powraca główna bohaterka), wygrywa sporą sumę pieniędzy. Swoją wygraną Alfred zamierza publicznie spłacić Violettę. Rzuca jej pod nogi pieniądze, a wtedy Violetta mdleje. Tę scenę widzi stary Germont, który wytyka synowi niegodziwość. Ostatnie sceny mają miejsce w domu Violetty. Główna bohaterka jest ciężko chora i bliska swojej śmierci. Wspomina miłość i szczęśliwe dni (aria Violetty *Adio nel passato* z trzeciego aktu). Alfred przyjeżdża do ukochanej po podróży. Dowiedział się o jej poświęceniu, uzyskał także przychylność ojca. Pragnie poślubić Violettę i wyjechać z nią do Paryża. Jednak jest już za późno. Violetta wie, że nadszedł koniec jej dni. Prosi ukochanego, by odnalazł miłość z inną kobietą, a ona będzie się za nich modlić. Następnie kona w ramionach ukochanego [24].

SAMOTNOŚĆ, CIERPIENIE I ŚMIERĆ VIOLETTY

Dzieło Giuseppe Verdiego na pierwszy rzut oka jest operą o nieszczęśliwej miłości. Jednak równolegle przedstawia dramat głównej bohaterki. Violetta Vallery mierzy się z

samotnością, cierpieniem związanym z chorobą i widmem nieuniknionej śmierci. Chcąc zbadać te trzy aspekty należy bliżej przyjrzeć się bohaterce.

Violetta Vallery jest częstą bywalczynią balów, bankietów i innych form rozrywki wysoko postawionych przedstawicieli paryskiej arystokracji. Tak zwane „wyższe sfery”, w których obraca się główna bohaterka chcą się tylko dobrze bawić. Tam nie ma miejsca na poważne relacje. Ważna jest tylko przyjemność, a wszystko to tylko gra pozorów. Da się to zauważyć już w słynnym duecie *Libiamo*:

[Violetta]

Z wami chcę dzielić
radosne chwile.

Wszystko głupstwo na tym świecie,
jeśli nie daje przyjemności.

Bawmy się, bo ulotne
jest szczęście w miłości.

To kwiat, który rozkwita i więdnie.

Krótko można się nim cieszyć.

Bawmy się, gorąco nas do tego zaprasza
kuszący głos [25].

Chociaż musi się mierzyć z chorobą i w samotności ją przewycięzać, nie szuka wsparcia u swoich współtowarzyszy. Prawdopodobnie w podświadomości pragnie bliskości, ciężko doświadczona relacjami z mężczyznami, nie wierzy w miłość, a nawet przed nią ucieka. Najlepiej ten rodzaj ucieczki bohaterki opisuje M. Bierdiajew: „Ja próbuję przewyciężyć samotność w różny sposób, na drogach poznania, przez życie płciowe, przez przyjaźń...” [26]. Sposobem, w jaki Violetta przewycięża samotność jest hulaszczy tryb życia i rozwiązłość. W tym akurat nie jest odosobniona. Żyje wśród tych, którzy pewnie tak jak ona chcą przewyciężyć samotność. Potwierdzenie tej tezy odnajdujemy w polemice prowadzonej z Alfredem we wspomnianym już duecie

[Violetta]

W życiu najważniejsza jest zabawa

[Alfred]

Jeśli nie zaznało się miłości...

[Violetta]

Mówisz do tych, którzy o nią nie dbają,

[Alfred]

Ona jest moim przeznaczeniem... [25].

Wydawać by się mogło, że bohaterka jest przyzwyczajona do takiego stanu rzeczy. Gardzi uczuciem Alfreda. Jej życiem rządzą przyjemności. W przypadku Violetty jest to forma obrony i stworzenie poczucia pozostania silną i niezależną kobietą. Za tą zależnością kryje się mechanizm psychologiczny, na który zwrócił uwagę E. Fromm. Nazwał go mechanizmem podszytego lękiem wypierania samotności. „(...) poczucie osamotnienia wywołuje niepokój; stanowi w istocie źródło wszelkiego niepokoju. Jestem osamotniony, znaczy, że jestem odcięty, nie mogę wykonywać ludzkich możliwości. Być samotnym to znaczy być bezradnym, nie móc czynnie zmierzyć się ze światem” [27].

Violetta w rozpaczliwy sposób próbuje odwrócić ten stan. Bawi się - jest silna. Jest w towarzystwie - nie czuje się samotna. Wszystko po to, by maskować samotność i cierpienie. Miłość dla niej nie istnieje. Violetta nie potrafi (albo nie chce) uwierzyć w nią.

Jednak wyznanie miłości Alfreda porusza ją. Gdy pozostaje sama, prowadzi ze sobą wewnętrzny dialog w recytatywie *E strano*. Wychodzą na wierzch pragnienia, które dawno pogrzebała w swoim sercu.

[Violetta]

To dziwne! To dziwne!

Jego słowa rozpały moje serce!

Czy prawdziwa miłość przyniesie tragedię?

Jaką decyzję podjąć?

Nigdy żaden mężczyzna mnie w sobie nie rozkochał.

Ach, jakie to nieznane mi szczęście - kochać i być kochaną [25].

Violetta pokazuje swą prawdziwą twarz. Skrywane głęboko pragnienia dochodzą do głosu. Podejmuje ryzykowną dla niej decyzję - godzi się związać z Alfredem. Chce spróbować tego nieznanego szczęścia. Pierwszy raz nie ucieka, nie chowa się i nie jest samotna. Odsłania się przed ukochanym i chce zaznać miłości u jego boku.

Jednak główna bohaterka opery Verdiego długo nie cieszy się szczęściem. Niespodziewana wizyta ojca Alfreda przynosi jej kolejne cierpienie. Decyduje się zakończyć związek. Poświęca go dla dobra siostry Alfreda, dla jej szczęścia. W duecie z Germontem padają znamienne słowa:

[Violetta]

Przekaż swej córce, pięknej i czystej

Że kobieta biedna i nędzna

Która ma tylko jedną cenną rzecz

Poświęca ją dla niej – a potem umrze... [25].

Violetta traci w tym momencie wszystko. Miłość, bliskość, wsparcie, a nawet pieniądze, które w całości przeznaczyła na wspólne życie. Zyskuje jedno - samotność i cierpienie. Wróci do dawnego życia.

Największy dramat w życiu Violetty dzieje się w ostatnim, trzecim akcie. Bohaterka jest bardzo schorowana i bliska kresu życia. Jest to samotność, o której pisze Roman Rogowski: “samotność utożsamia się niejednokrotnie z wolnym i przemyślanym aktem wyboru” [28].

Violetta odsuwa się od świata, w którym żyła. Obok samotnej i cierpiącej poza służącą Anniną i doktorem nie ma nikogo. Ta samotność jest jej własną decyzją. Samotność połączona z bólem fizycznym, tęsknotą za ukochanym, cierpieniem z powodu odosobnienia odbiera jej siły. Jest świadoma, że nie ma dla niej żadnej przyszłości. W dramatycznej arii *Adio nel passato* Violetta żegna się ze światem.

[Violetta]

Ach, z tą chorobą każda nadzieja jest martwa

Żegnajcie słodkie sny przeszłości

Róże na mych policzkach już znikają

Tak tęsknie za miłością Alfreda

Która pocieszała mą zmęczoną duszę

Ach, uśmiechnij się do kobiety, która zbłądziła

Wybacz jej Boże, niech wróci do Ciebie

Teraz wszystko jest skończone, wszystko się skończyło [25].

Nic nie jest w stanie zatrzymać jej bólu, cierpienia i nadchodzącej śmierci. Stan, w którym znajduje się Violetta najlepiej oddają słowa Z. Ryna: “Każdy człowiek ma własny sposób na przeżywanie cierpienia. Istnieje wobec tego wiele postaw (...) Od cierpienia można uciekać lub biernie mu się poddać” [16].

Bohaterka opery już nie ma gdzie uciekać, nie ma jak się schować. Cierpliwie czeka na koniec i znosi w ciszy swoje cierpienie. Jednak doświadcza ulgi - zjawia się Alfred i jego ojciec. To przybycie ukochanego należy potraktować symbolicznie – jako środek znieczulający czy przeciwbólowy. I chociaż Alfred w ostatniej chwili snuje plany na przyszłość, Violetta wie, że koniec nastąpi prędko. W ostatniej godzinie swego życia nie jest samotna. Niejako godzi się z losem i światem, prosząc Alfreda by znalazł sobie nową miłość. Wręcza swój swój mały portret.

[Violetta]

Jeśli jakaś młoda dziewczyna

W kwiecie życia
Zechce oddać Ci swoje serce
Poślub ją - życzę Ci tego
A wtedy daj jej mój portret
Powiedz, że to prezent
Od tej co pośród aniołów
Modli się za Ciebie i za Nią [25].

Moment samej śmierci jest chwilą, gdy znów odczuwa szczęście. Przez kilka sekund swego życia nie jest samotna i cierpiąca.

[Violetta]
To dziwne!
Skurcze bólu ustały;
Dziwna siła ożywiła mnie
Och, mogę powrócić do życia
Och, jakie szczęście [25].

Odchodzi szczęśliwa, bez bólu, w objęciach ukochanego.

WNIOSKI

Samotność, cierpienie i śmierć, to tematy od dawna podejmowane w operze. Violetta Valery to nie jedyny przykład. Podobnych uczuć doświadcza wielu bohaterów oper. Przykładem jest chociażby Floria Tosca, główna bohaterka opery G. Pucciniego, której życie naznaczone jest śmiercią ukochanego, uciekaniem przed nachalnym prefektem policji, wreszcie samobójczą śmierć. Innym bohaterem, którego dotyczą elementy omawiane w tej pracy jest Holender Tułacz - tytułowy bohater opery R. Wagnera, naznaczony znamieniem przekleństwa, tuła się samotnie po oceanach czekając na miłość życia, która zdejmie z niego klątwę. Jednak bohaterka „La Traviaty” w sposób bardzo bliski jej współczesnym, jakże i obecnym naszym czasom - oddaje emocje towarzyszące ludziom. Przeżywa swój dramat w sposób szlachetny. Jak wielu ludzi borykających się z problemami szuka sposobu, by złagodzić swe troski. Jednak głęboko w sercu pragnie szczęścia, spokoju. Światowej sławy reżyser operowy Michał Znaniecki, przygotowując wystawienie „La Traviaty” mówił, że pragnienia głównej bohaterki uzewnętrzniają w jakiś sposób nas samych.

“Bawimy się, świecimy własnym blaskiem, a tak naprawdę chcemy wyjechać na wieś, usiąść przy kominku z naszym ukochanym czy ukochaną, przytulić się, mieć obok psa, popłakać sobie. I to wszystko jest u Verdiego, nie tylko w fabule, ale przede wszystkim w muzyce, w jej nastroju. Violetta chce pozbyć się tych krynolin, ozdób, splendoru. Ona chce flanelowej koszuli i podziurawionych grubych skarpet... Ona chce takiej zwykłej, wyciszonej, prostej domowej atmosfery. Nie tylko w kontekście przestrzeni, ale przede wszystkim emocji” [29].

Giuseppe Verdi i skandal wywołany „La Traviatą” poruszył ówczesną publiczność. W głównej bohaterce pokazał im ich samych. Czy dzisiaj nie jest podobnie? To cierpienie, samotność czy wreszcie śmierć Violetty, są w jakiś sposób lustrem. Verdi chciał pokazać publiczności na widowni, że „Wy też możecie być taką Violettą”. Każdemu może trafić się tak ciężka choroba, każdemu może się trafić taka miłość. Każdy na widowni może też udawać, a w głębi przeżywać samotność i ogromny ból. Kompozytor jakby każdemu odbiorcy dawał zadanie - śledź fabułę, lecz przeglądaj się w bohaterce, jak w lustrze.

PIŚMIENNICTWO

1. Dunaj B.: Słownik współczesnego języka polskiego. Wydawnictwo Wilga, Warszawa 1996.
2. Nowaczyk J.: Samotność w życiu ludzkim. Studia Włocławskie 2009; 11: 212–232.
3. McGraw J.: Samotność - studium psychologiczne i filozoficzne. Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa, 2000.
4. Twardowski J.: Elementarz księdza Twardowskiego. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2006.
5. Merton T.: Nikt nie jest samotną wyspą. Wydawnictwo Znak, Kraków 1983.
6. Rembowski J.: Samotność. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
7. Dubas E.: Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia. Rozprawa habilitacyjna. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2000.
8. Szukalski P.: Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna. Aux Society 2005; 2(34): 217–238.
9. Świeżyński A.: Przestrzenne modele samotności. Studia Philosophiae Christianae 2007; 43(1): 195-207.
10. Victor C., Scrambler S., Bond J., Bowling A.: Loneliness in later life. [in]: Growing older: Quality of life in old age. Maidenhead, Walker A., Hennessy C. (ed.). Open University Press 2004: 107–126.

11. Bieniarz A.: Samotność jako pomijany rodzaj doświadczenia osób chorujących na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2009; 18(1): 67-73.
12. Dybeł K.: Samotność w literaturze średniowiecznej Francji Literatura narracyjna XII-XIII wieku. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
13. Wicka J.: Ból i cierpienie – interdyscyplinarny przegląd stanowisk. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2012; 2(4): 301–310.
14. Czachorowski M.: Cierpienie. [w]: *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, t. 2, red. A. Maryniarczyk. Polskie Towarzystwo św. Tomasza z Akwinu, Lublin 2001: 189-191.
15. de Walden Gałuszko K.: Problemy wolności i cierpienia w aspekcie psychologicznym. [w]: *W poszukiwaniu sensu cierpienia – dialog interdyscyplinarny*. Bartoszek A. (red.). Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Katowice 2006: 36-90.
16. Ryn Z.: Cierpienie ma tysiąc twarzy. Wydawnictwo Znak, Kraków 1988.
17. Chyrowicz B.: Zmaganie się z rzeczywistością cierpienia w namyśle filozoficznym. [w]: *W poszukiwaniu sensu cierpienia – dialog interdyscyplinarny*. Bartoszek A. (red.). Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Katowice, 2006: 90-97.
18. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5(4): 163–170.
19. Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P.: Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Wydawnictwo Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009.
20. McGregor H.A., Greenberg J., Arndt J., Lieberman J., Solomon S., Solomon L., Pyszczyński T.: Terror Management and Agression: Evidence that mortality salience motivates aggression against worldview-threatening others. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998; 74: 590-605.
21. Turner J., Helms D.: *Rozwój człowieka*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
22. Vuillemin J.: Śmierć w oczach zwierzęcia. [w]: *Antropologia śmierci. Myśl francuska*. Cichowicz S., Godzimirski J.M. (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 1993: 35-37.
23. Grzybowski P.P.: Praktyczne cele i aspekty kształcenia tanatologicznego pedagogów i nauczycieli. [w]: *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*. Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P. (red.). Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009: 7-19.
24. Kański J.: *Przewodnik operowy*. PWM, Warszawa 2014.
25. Verdi G.: *La Traviata*. Ricordi, 1986.

26. Bierdiajew M.: Rozważania o egzystencji. Wydawnictwo Marek Derewiecki, Komorów 2006.
27. Fromm E.: O sztuce miłości. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2000.
28. Rogowski R.: Kościół wobec samotnych. TP 2008; 24(VI): 6-11.
29. http://www.opera.szczecin.pl/images/repertuar/Traviata/Traviata_NET.pdf (data dostępu 13.04.2020).

Tanatogika Janusza Korczaka jako umiejętność życia z utratą i jako sztuka umierania

Zygmunt Pucko¹, Joanna Przybek-Mita²

1. Zakład Filozofii i Bioetyki Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
2. Kolegium Nauk Medycznych, Instytut Nauk o Zdrowiu UR

WPROWADZENIE

To zagadnienie, które pomimo upływu czasu wciąż przewija się w dyskursie naukowym. Od paru dekad nastąpiło nawet ożywienie zainteresowania tą sprawą. Odzwierciedlają je eksploracje prowadzone w różnych obszarach tematycznie związanych ze śmiercią [1]. Jeden z nich został nazywany tanatogiką. Jest to dyscyplina nader pojemna znaczeniowo plasująca się gdzieś na pograniczu filozofii, literatury, medycyny, pielęgniarstwa, pedagogiki, psychologii, duchowości oraz kulturoznawstwa.

Wśród wielu badanych kwestii tanatogika zajmuje się także uczeniem sztuki życia w kontekście doświadczenia utraty i edukowania w zakresie sztuki umierania. Te dwa rodzaje sztuki nazywane dawniej w kulturze zachodnioeuropejskiej *ars vivendi* i *ars moriendi* są w tanatogice jak rewers i awers monety.

Tanatogika programowo obejmuje wszystkie grupy wiekowe, ale widać jak na dłoni, że chętniej para się osobą dorosłą niż dzieckiem, które jak dotąd nie doczekało się w niej wystarczającej uwagi.

CEL PRACY

Celem pracy jest przypomnienie poglądów Janusza Korczaka, który w swojej prozie dziecięcej dalekiej od epatowania ontologicznym optymizmem, sentymentalną etycznością, czy pedagogiką nadopiekuńczej troski uczył dzieci umiejętności życia z utratą oraz kunsztu umierania. Nawiązanie do jego intuicji może wydatnie przyczynić się do wypełnienia istniejącej luki.

ROZWINIĘCIE

Korczak w przygotowaniu tych trudnych lekcji korzystał mniej lub bardziej świadomie z założeń wielu filozofów, artystów, pisarzy oraz uczonych [2]. Na stronach jego książek widać różne atramenty, ślady rozmaitych par rąk, odmienne czasy i inne perspektywy. Z tej różnorodności opracował autorski szkic tanatogiki i wyraził go własnym językiem. Swój koncept oparł na kilku podstawowych aksjomatach.

Pierwszy głosi całkowitą autonomię dziecka jako bytu osobnego kryjącego w sobie indywidualny potencjał oraz niepowtarzalny cel. Każde dziecko przynosi ze sobą coś oryginalnego, co nigdy przedtem nie istniało i nigdy nie zjawi się po nim. Jest jednostką niezastępowalną i jedyną w swoim rodzaju. Nie jest osobą marną czy zbędną. Nie jest też cudzą własnością lub obiektem do wykorzystania.

Każdy przyniósł na świat zasób nieznanych, dziedzicznych władz duchowych i moc wzrostu, i pragnienie życia własnego, i w dzieciach, i we wnukach, i tęsknotę do ideału, i tajemnicę celu swego istnienia. Każdy ma swój własny, wszystkim obcy świat ducha, którego nikt nie zna, bo znać nie może – którego sam nie zna, bo znać nie może. (...) I każdy z was ma swoje własne bóle – i pragnie współczucia. (...) I każdy ma dążenie i nadzieje. I każdy ma jedną własną chwilę śmierci, dla której żyje - kiedy on jeden umrze, a nikt inny [3].

Według litery drugiego pewnika dziecku przysługuje szereg praw, między innymi, ma ono prawo do prawdy, prawo do poszanowania podmiotowości, prawo do świadomego przeżywania cierpienia, prawo do umierania w ludzkich warunkach i prawo do godnej śmierci. Trzecie twierdzenie odnosi się do wizji dzieciństwa. U Korczaka jawi się ono odwrotnością konwencji jego portretowania w ówczesnej literaturze. Z perspektywy Korczaka dzieciństwo nie jest błogim rajem na ziemi, lecz okresem nazwanym eufemistycznie nieprzyjemną dialektyką przeciwieństw [4]. Składa się na nią zniewolenie i próby odzyskania niezależności, rozczarowanie i nadzieja, rozpad imponderabiliów i konstytuowanie nowych zasad, smutek i radość, pasmo pomyłek i poszukiwanie wyjścia z opresji. Walka kontrastów zadaje rany, okalecza, zagraża dalszemu rozwojowi i powoduje egzystencjalne bankructwo.

Bohaterami książek Starego Doktora są zwykle dzieci skrzywdzone, wykluczone lub sieroty notorycznie nęcane przez powtarzające się w różnych odsłonach utraty. Przeżywają żalobę po stracie jakiegoś ważnego dla siebie dobra, np. rodziców, zdrowia, wyobrażeń, planów, akceptacji, stanu harmonii czy przyszłości. Utrata zabiera im określony fragment ich istnienia, którego nigdy nie zwróci, ponieważ immanentnie zawiera w sobie zarodek śmierci. Korczakowskie postaci doświadczają utraty również wskutek swoich wyborów. Zawsze,

ilekroć opowiadają się za jednym, muszą poniechać drugie. Ich samostanowienie jest w gruncie rzeczy epopeją ciągłego porzucania czegoś lub kogoś. W nieustannym zrywaniu dany im jest gorzki przedsmak, tego co kiedyś nieuchronnie przyjdzie i każe zrezygnować ze wszystkiego, łącznie ze własnym życiem.

Wątkiem utraty prześiąknięty jest też topos wędrowca pojawiający się w utworach o charakterze paraboli filozoficznej. Najwyraźniej skryształizował się on w *Kajtusi* Czarodzieju oraz w dylogii o królu Maciusiu Pierwszym. Tytułowy Kajtuś przemierza ziemię nie tylko w znaczeniu przestrzennym. Jest on także nomadą poruszającym się po „terytorium” swojego wewnętrznego świata. W sensie dosłownym i przenośnym porzuca miejsca, w których był i odkrywa nieznane sobie sfery [4]. Za pośrednictwem baśniowej metamorfozy zaznaje żywotu bezbronnego zwierzęcia, jego bólu, głodu oraz niepewność jutra albo zamienia się w drzewo i na własnej tkance dowiaduje o prawdziwej naturze życia, której kwintesencja nie pokrywa się z wcześniejszym zapatrywaniem Kajtusia [5]. Jego włóczęga urasta do rangi *via purgativa* wiodącej ku nowej tożsamości oraz przemianie własnego „ja” niemożliwej do osiągnięcia inną ścieżką [5].

Motyw utraty jest na czołowym miejscu w grupie nadrzędnych myśli dylogii. Wszystkie perypetie Maciusia związane z jego tułaniem się roztrząsane na tle ideowym dzieła obnażają proces zrywania ze schematem pojęciowym, zakładającym istnienie ontologicznego ładu w świecie oraz celowości ludzkich działań. Niedole Maciusia uchylają zasadność modelu postrzegania rzeczywistości jako najlepszej z możliwych i jeszcze bardziej wyostrajają absurdalność egzystencji, która składa się z chaotycznej mozaiki epizodów pozbawionych związku ze sobą. Życiem rządzi chaos, paradoks i ślepy traf. Nawet śmierć jest dziełem przypadku. Zjawia się ni stąd ni zowąd i właściwie po nic. Dla Maciusia rzeczywistość traci przyjazną swojskość, a jego wiedza o ludzkim życiu okazuje się niewiedzą. Maciuś przekonuje się, że jego dotychczasowy styl bycia w świecie oraz sposób jego ujmowania nie mogą być już dłużej powielane. Całkowity rozpad wcześniejszego modelu świata Maciusia jest posiewem jego duchowego przeobrażenia. Od tej chwili bohater *jest zupełnie inny niż był i dziwne, że tak długo był taki i wcale nie wiedział, że może być inny. A który jest prawdziwy Maciuś: czy dumny król Reformator, czy cichy i zamyślony, dobrowolny wygnaniec bezludnej wyspy Maciuś-Filozof* [6].

Bohater wskutek sekwencji rozczarowań wybiera rozmyślanie w samotności i staje się filozofem. W wydaniu Korczaka jednakże Maciuś nie jest typowym miłośnikiem mądrości, lecz admiratorem jej wykładni zaproponowanej przez Platona w *Fedonie*. Autor tego dialogu upatrywał kwintesencję filozofowania w utrzymaniu ciągłości ćwiczeń intelektualno-

duchowych, zorientowanych na przyzwyczajanie się człowieka do śmierci [7]. Dla Platona paranie się filozofią to nic innego, jak opcja egzystencjalna prowadząca się do kształtowania nawyku codziennego umierania. W jej kultywowaniu nie chodzi oczywiście o stawanie się martwym za życia, lecz o uwalnianie się od wszystkiego, co przeszkadza w potęgowaniu fenomenu istnienia i otwieraniu umysłu na wartości wiecznotrwałe. Owo osobliwe umieranie to sztuka porzucania wszelkiego rodzaju złudzeń, w których byt ludzki się zadomowił jak w jaskini. Nie jest to rzecz łatwa. Na ogół bywa okupiona wielkim cierpieniem. Stąd porównanie miłowania mądrości do umierania i skonu człowieka.

Dylogia Korczaka, analogicznie jak *Kandyd* Woltera, egzemplifikuje z jednej strony nieprzewidywalność i tragizm ludzkiego losu. Z drugiej natomiast, jest alegorią wędrówki nierozzerwalnie splecioną z tematem wygnania spełniającego się w wymiarze epistemologicznym i figurą utraty dokonującej się na płaszczyźnie egzystencjalnej.

Spuścizna Korczaka podaje również kod zachowania się względem utraty. Wbrew niedoskonałości świata oraz świadomości klęski bohaterowie Korczaka nie popadają w rezygnację, lecz reagują tak, aby utrata nie zdobyła nad nimi całkowitej przewagi i nie stała się zjawiskiem destrukcyjnym w ich życiu. Swój stosunek do niej konstytuują wielorako. Najczęściej kreują go odpowiednio do wzoru stoickiego mędrca, według klucza tradycji śmiejących się filozofów lub scenariusza przemiany autorstwa F. Nietzschego. Stoickim twórczym w budowie postawy postaci Korczaka jest wytrwałość, rozsądek, bystrość umysłu, aprobata natury wszechrzeczy, panowanie nad smutkiem, równowaga emocjonalna, harmonijne usposobienie, zachowanie własnego bytu oraz zapewnienie mu wzrostu, troska i życzliwe odnoszenie się do innych. Te cnoty leżą w zasięgu możliwości bohaterów opowiadań i zależą tylko od ich woli. Korczak, podążając tropem stoickim, sugestywnie wymodelował nastawienie swoich bohaterów do śmierci. Maciuś zachowuje się wobec niej tak, jak zalecał Marek Aureliusz w IX Księdze „Rozmyślań” – ani obojętnie, ani lekceważąco, ani odpychająco [8]. Oczekuje na nią spokojnie, a kiedy przychodzi, wita ją pogodnie, umierając dyskretnie. Uodparnianie podmiotu osadzone na regule ironii przebiega w tonie logiki myślenia typowego dla filozofa-błazna. Jego umysłowa kultura z istoty swej skierowana jest na zrelatywizowanie rzeczy i zjawisk uznawanych powszechnie za wartości bezwzględne. Filozof-błazen obnaża niekwestionowane przekonania czy idee. Ujawniając sprzeczności tego, co uchodzi za bezsporne wystawia na pośmiewisko oczywistości zdrowego rozsądku i dopatruje się racji w absurdach [9]. Szyldem rozpoznawczym filozofa-błazna jest też upodobanie do żartów oraz skłonność do zabawy. Przy czym, zabawa nie jest dla niego krótkim interludium odpoczynku, lecz raczej, jak głosił F. Nietzsche, pewną odmianą pracy [10]. Być może nawet wyczynem na

miarę prometejskiego nowopoczęcia pozbawionego jakiejkolwiek metafizycznej legitymizacji [11]. Kimś takim zdaje się być Kajtuś Czarodziej, który w świetle komentarza A. M. Czernow, stawia rzeczywistość na głowie, szydzi i nakręca spiralę odwrotności *ad absurdum* [12]. Stwarzania świata na opak osiąga swe apogeum w próbie wskrzeszenia przez Kajtusia swojej zmarłej babci [13].

Mocny akcent położony na inklinacji filozofa-błazna do zabawy skazuje go równocześnie na śmieszność. Zespolecie predyspozycji do zabawy ze śmiesznością wyjaśnia czar sensu ironii w *Kajtusi Czarodzieju*. Otóż przez zabawę i śmiech przebija się radość woli istnienia Kajtusia, natomiast w jego śmieszności wypływa na powierzchnię jedna z ponadczasowych prawd o ludzkim losie. Informuje ona, że egzystencja człowieka jest komiczną i zarazem koszmarną farsą. Tak więc, bycie w świecie sprowadza się do śmiesznej smutności i smutnej śmieszności [14]. Tę prawdę dobitnie oddaje także passus poświęcony podróży Maciusia do kraju ludożerców [15]. Sekwencja scen podczas tego pobytu płynie strumieniem, w którym zlewają się motywy śmierci z humorem. Brutalne igraszki oferowane przez wodza ludożerców budzą w Maciusiu wstręt i jednocześnie wesołość. Śmierć będąca stałym komponentem prawie każdego momentu wizyty. To śmierć odwrócona, ośmieszona, groteskowa i cyrkowa [16]. Uwolniona od wzniosłego patosu i udrapowana w karnawałowy kostium wpisuje się w całościowy pejzaż żartobliwej pedagogiki Korczaka [17].

Nietzscheańskim substratem, który mógł mieć udział w fundowaniu nastawienia względem utraty są trzy stadia przeistoczenia się ducha ludzkiego opisane w traktacie *Tako rzecze Zaratustra* [18]. Emblematem pierwszego jest wielbłąd. Jego wymowa nie jest jednoznaczna i można ją interpretować różnie. Korczak, jak się przypuszcza, skorzystał z wykładni uwydatniającej zdolność tego jucznego zwierzęcia do cierpliwego znoszenia ciężarów życia. Symbolem wyższego poziomu ducha jest lew, synonim woli mocy, siły i niezależności. Lew potrafi zamanifestować swoje „nie” oraz narzucić je światu. Reprezentacją ostatniej fazy w procesie przekształcenia stanowi dziecko. Oznacza ono mentalność człowieka otwartego na pojawiające się przed nim możliwości tworzenia rozmaitych wariantów samospełnienia i przekraczania granic niemożliwego. Każda wersja autokreacji dzieje się spontanicznie bez uprzedniego planu. Trzeba pamiętać, że Korczakowskie postaci to indywidua wielowymiarowe, dlatego w różnych częściach fabuły tego samego utworu mogą przyjmować odmienne nastawienie do utraty.

Nieco inną formę przybrała tanatogika holocaustowa. Korczak, widząc naciągającą zagładę swoich wychowanków, skupił się głównie na bezpośrednim przygotowaniu ich do śmierci. W realizacji tego przedsięwzięcia posłużyła mu liryka dziecięca Rabindranatha Tagore

[19]. Jak wiadomo, ów koryfeusz słowa wyrażał w swojej twórczości nie tylko uczucia dziecka, lecz także świat jego wartości. Umiał też biegle wcielać to dziecięce uniwersum w życie. Narzędziem, którym przekuwał je w czyn były sztuki sceniczne. Wyjątkowość tego instrumentarium polegała na wspólnym pisaniu z dziećmi dramatów specjalnie dla dziecięcego zespołu teatralnego [20]. Tagore, operując tym „oprzyrządowaniem” stworzył dzieciom forum, na którym przemawiały swoim głosem o kwestiach dla nich najważniejszych. Przedstawienia zaś odgrywane przez uczniów stanowiły wizualizację wszechświata urządzonego według zasad im bliskich oraz pokazywały specyfikę zachowania wynikającego z ich przyjęcia. Spektakl pełnił więc rolę ćwiczeń niezbędnych do nabywania umiejętności w mierzeniu się ze śmiercią. Jednym z licznych utworów o takim przeznaczeniu jest *Pocztka*.

Kiedy dzieło ukazało się drukiem szybko zostało uznane za pionierską próbą literackiego opracowania motywu tanatycznego. O nowatorstwie *Pocztki* przesądza wyłamanie się jej treści z ram schematu dydaktycznego oraz rezygnacja z powtarzania kanonu szczęśliwego zakończenia pojmowanego jako nadrzędna reguła kompozycyjna. W *Pocztce* umieranie i śmierć dziecięcego bohatera zostały odarte z wszelkich mistyfikujących je masek i potraktowane w kategoriach doświadczenia źródłowego. Dzięki temu prawda o nim urosła do rangi przedmiotu filozoficznych rozważań, które Tagore snuł z perspektywy egzystencjalnej. Tę właśnie optykę uczynił ramą konstrukcji utworu.

Główną *dramatis persona* *Pocztki* jest umierający chłopiec o imieniu Amal Guptu. To sierota będąca synonimem samotności bytu ludzkiego wydane przez chorobę na wszechogarniające nicestwienie. Jest ono agresywne oraz bezwzględne. Działa w samej strukturze jestestwa człowieka, jak i poza nim. Niezależnie jednakże od wymiaru, w którym jest aktywne zawsze przybiera postać mocy zwyciężającej byt. W sferze wewnętrznej jestestwa wywłaszcza Amala z istnienia i w każdym momencie obraca je w nicość.

Z kolei na zewnątrz jestestwa anektuje *locus standi* umierającego Amala. Miejsce jego tanatycznego zmarnienia wytyczają ściany niewielkiego pokoju, w którym znajduje się mała wnęka okna. Amal zanika na tym skrawku powierzchni całkowicie odizolowany od otoczenia. Życie toczy się obok niego i jest mu nieznane z doświadczenia tak samo, jak beztraska dzieciństwa. Jediną formą uczestnictwa chłopca w życiu jest oglądanie jego kontinuum z pozycji biernego widza. Jednakże wraz z postępem choroby traci on tę postać zapośredniczonego udziału w rzeczywistości. Zatraskują się okienice i zamykają drzwi. Horyzont dogasającej egzystencji Amala zawęża się aż do wymiarów bryły łóżka spowitej mrokiem. Pustoszenie odbiera Amalowi wszystko. Zrywa każdą nić łączącą *libido* z obiektami jego przywiązania. Nie pozostawia chłopcu niczego, oprócz samotności. Amal jest samotny w

swym umieraniu, w które nikogo nie może wtajemniczyć, ani którego nikomu nie jest w stanie odstąpić. Samotność agonii Amala jest opozycyjnie nastawiona wobec jakiegokolwiek relacji z innymi.

W przedśmiertnym majaczeniu wyobraźnia bohatera kołuje jedynie nad wymaginowaną postacią Maharadży. Amal ma nadzieję, że Maharadża zjawi się na jawie i przywróci mu poczucie zadowolenia się w świecie, odbuduje z nim interakcje oraz wyrówna deficyt przynależności do niego. Jednakże w *Poczcie* nadzieja ukazana jest nader mgliście, tak samo jak enigmatyczny Maharadża, który przypomina figurę Godota z dramatu Samuela Becketta. Wyfantazjowany Maharadża ma przyjść, lecz wciąż nie nadchodzi. Chłopiec pomimo odroczenia kolejnego terminu spotkania z Maharadżą nie popada w przygnębienie. Czeką na niego nadal i pogodzony ze swoją sytuacją łagodnie zapada w sen. We śnie nie ma obrazów ani odczuwania czegokolwiek. Nie ma cierpienia, nie ma rozczarowania, nie ma wypatrywania ani spóźniania. We śnie nic nie istnieje oprócz ciszy oraz harmonii bezpostaciowej wieczności.

Dzieci z Domu Sierot zaprawiały się w sztuce umierania podczas spektaklu *Poczty* zaaranżowanego z dziesięciorgiem podopiecznych przez Esterę Winogronównę, wychowawczynię i animatorkę życia kulturalnego w przytulisku Korczaka [21]. Jej wybór na reżyserkę nie był przypadkowy. Znała ona doskonale istotę ducha dramatu, ponieważ sama w nim grała podczas jego szkolnej prezentacji w Żydowskim Żeńskim Gimnazjum Humanistycznym „Juhudijah” w Warszawie. Winogronówna dobrze zatem rozumiała wagę każdego słowa *Poczty*. Znakomicie wyczuwała jego kolor, melodyjność i rytmikę. Mając na swoim koncie wcześniejszą rolę aktorki, potrafiła nauczyć dzieci operowania funkcją ekspresywną słowa. Z racji znaczenia owej funkcji dla tanatogiki Korczaka wypada przypomnieć kilka jej członów. Należą do nich: akcent, tempo, intonacja, pauza, dykcja, interpretacja itp. Dzięki sprawnemu operowaniu tymi środkami scena umierania nie została opowiedziana językiem o barwie ciężkiej, przytłaczającej, ciemnej, przykrej, ewokującej ponury stan umysłu lub zwątpienia. Wprost przeciwnie, cechowała go miękkość, ciepło emocjonalne, pozytywna energia, blask współczucia [22].

Inscenizacja *Poczty* odcisnęła głębokie piętno na widzach i stała się dla nich punktem odniesienia w kształtowaniu sztuki umierania o humanitarnym obliczu. Jednakże to nie jej przypadła w udziale największa siła perswazji. W oparciu o dane historyczne wolno stwierdzić, że najmocniejszym akordem holocaustowej tanatogiki Korczaka była jego postawa. Znamionowała ją spójność wewnętrzna, którą trafnie oddaje łacińska maksyma *usque ad finem* - aż do samego końca. Ów rys postawy Korczaka potwierdzają relacje naocznych świadków.

Ze wspomnień Ireny Sendlerowej wynika, że Korczak po wydaniu zarządzenia o likwidacji warszawskiego getta opuścił wraz z dziećmi Dom Sierot i kierował się na Umschlagplatz zwany placem śmierci [23]. Jak zauważyła Sendlerowa, był już wtedy bardzo chory, a mimo to szedł wyprostowany. Z twarzą przypominającą maskę i pozornie opanowany kroczył na przodzie tego tragicznego pochodu. Najmłodsze dziecko trzymał na rękę, a drugie prowadził za rękę. Przedtem zadbał, aby dzieci były ubrane odświętnie. Wszystkie zatem miały na sobie niebieskie drelichowe mundurki. Dopilnował również, aby najmłodsze spośród dzieci zabrały ze sobą laleczki, które zrobił dla nich z plasteliny profesor Władysław Witwicki. Korczak nie pominął tempa przemarszu i kwestii uformowania szyku [23]. Cały orszak maszerował czwórkami sprężysto i miarowo. Korczak w granicach swoich możliwości przejął kontrolę nad stylem przysposobienia dzieci do śmierci. Od niego zależało, kto będzie przy nich obecny i kto dzielić będzie z nimi przedostatnie godziny życia. Zagwarantował dzieciom wsparcie emocjonalne oraz przekazał im instrukcje, w jakim porządku mają zmierzać ku ostateczności. On zdecydował o formie pożegnania się dzieci ze światem i tymi, którzy pozostali na nim przy życiu. Określił warunki niezbędne do zachowania poczucia godności dzieci. Wykreował urzekający pięknem kod pamięci o sztuce umierania „ludu małego”. Widok jego kolumny emanującej wzniosłością etyczną wywarł na postronnych obserwatorach wręcz osłupiające wrażenie.

Wszystkie moje najbardziej dramatyczne przeżycia wojenne – mówiła Irena Sendlerowa - jak tortury na Pawiaku (...) umierająca młodzież w szpitalu powstańczym, w którym byłam pielęgniarką, nie zrobiły na mnie takiego wrażenia, jak widok tego pochodu Korczaka z dziećmi idącymi spokojnie na śmierć [23].

DYSKUSJA

Ostatni rozdział tanatogiki utrwalił Korczaka w pamięci potomnych jako ikonę męczeństwa czasu Apokalipsy [17].

Wizerunek taki konserwują ustne przekazy i liczne rozprawy podobne nieomal do hagiografii. Tymczasem prześledzenie historii toku rozwoju intuicji tanatogicznych Korczaka upoważnia do stwierdzenia, że jego postawa nie wpływała li tylko z poświęcenia i heroizmu podyktowanego potrzebą chwili, lecz była wypadkową wielu składowych. Warunkowała ją także osobista filozofia życia Korczaka oraz sztuka umierania, którą mozolnie wznosił i zaszczepiał dzieciom. Niewątpliwie holocaustowa część tanatogiki jest absolutnym

fenomenem, który w dziejach ludzkości nie ma swojego odpowiednika i nigdy go mieć nie będzie.

Słusznie należy dla niej szacunek nie może jednakże przysłonić geniuszu także wcześniejszej jej partii. Wszak Korczak naszkicował piórem projekt tanatogiki, który stanowi antycypację najnowszych eksploracji. Co najmniej z półwiecznym wyprzedzeniem zdawał on sobie sprawę ze znaczenia przepracowania z dziećmi utraty, jako podstawowego doświadczenia ludzkiego bytu istotnie determinującego jakość życia. Mową literatury opowiedział na czym może polegać utrata, jakie bywają rodzaje umierania, kiedy pojawia się żałoba, w jaką konstelację układają się wtedy uczucia oraz wokół czego krążą myśli. Zachęcał dzieci do samodzielnego stawiania czoła utracie i walki z paraliżującym smutkiem. Podawał im metody radzenia sobie z utratą oparte na solidnych fundamentach mądrości filozoficznej. Uświadamiał dzieciom stałą obecność śmierci w cyklu egzystencji i nie dawał im łatwego pocieszenia. W swojej tanatogice doceniał rolę humoru i traktował go na równych prawach z „pracą myśli bez uśmiechu”. Takie uprzywilejowane miejsce ironii w oswojaniu utraty trzeba zaliczyć w poczet awangardowych pomysłów.

Mylne natomiast byłoby upieranie się przy stanowisku jakoby żebrowanie tanatogiki Korczaka nie miało żadnych mankamentów. Pęknięcia widać przede wszystkim w przedziale wiekowym adresatów przedsięwzięcia. Przeważnie są to dzieci raczej nieco starsze. Tanatogika nie uwzględnia także zróżnicowania odbiorców pod kątem płci. Bohaterami najważniejszych książek Korczaka są chłopcy i to oni pasują się z utratą, a nie dziewczynki. Korczakowska tanatogika nie bierze zupełnie w rachubę żeńskiego punktu widzenia. W czasie, gdy Korczak formułował swe intuicje nie istniała jeszcze wiedza na temat rozwoju obrazów utraty i śmierci ściśle skorelowanych z fazami ontogenezy dziecka. Z tej perspektywy niektóre jego tezy brzmią zbyt ogólnie.

Nieźmiernie trudno jest ocenić, na ile tanatogika Korczaka może być przydatna w przypadku dzieci chorujących na nowotwory i umierających. Niestabilność teoretycznego systemu odniesienia oraz pewność porażki może nasilać u nich poczucie dezorientacji w świecie oraz podsycać lęk przed śmiercią. Frapuje ponadto mocny nacisk Korczaka położony na osamotnienie dziecka przy równoczesnym odsunięciu w cień roli więzi międzyludzkich pomocnych w zmaganiu się z utratą.

W tanatogice Korczaka dostrzegalna jest również pewna doza niewspółmierności między wygórowanymi wymaganiami stawianymi dzieciom a możliwościami ich spełnienia, którymi one dysponują. Niekiedy oczekiwania wobec nich są tak wysoko wywindowane, że nawet osoby dorosłe miałyby trudność sprostania im.

WNIOSKI

1. Tanatogogika Korczaka zarysowana w jego dziełach zawiera wiele odkrywczych przemyśleń, ważnych w oswojaniu dzieci z doświadczeniem utraty niezależnie od czasu czy mody.
2. Niektóre tanatyczne intuicje Korczaka stanowią podwaliny dla współczesnej tanatogogiki i wskazują jej kierunek dalszych interdyscyplinarnych poszukiwań.
3. Korczak w swej wizjonerskiej próbie tanatogogiki odchodził od idei nadmiernego ochraniania dzieci przed tematyką związaną ze śmiercią.
4. Konstytutywnym elementem prekursorskiego projektu tanatogogiki Korczaka jest prawo dzieci do godnego umierania i pięknej śmierci.
5. Korczak opracował dla dzieci zestaw warunków dobrej śmierci i zastosował je w praktyce pomimo skrajnie trudnej sytuacji.
6. Korczakowska tanatogogika nie jest reliktem przeszłości, a jego utwory, w których porusza motyw uraty i śmierci nie są martwą skamieliną, lecz kopalnią wiedzy czekającą wciąż na kolejne odkrycie oraz merytoryczną dyskusję.

PIŚMIENNICTWO

1. Kolbuszewski J. (red.): Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław, 2006.
2. Floryńska H.: Pedagogika jako filozofia stosowana [w:] Janusz Korczak. Pisarz – wychowawca- myśliciel. Kirchner H. (red.). Instytut Badań Literackich, Warszawa 1997, 252.
3. Korczak J.: Dziecko salonu. Wydawnictwo Literackie, Kraków, 1980, 154.
4. Sobolewska A.: Od magii do mistyki. Powieści inicjacyjne Janusza Korczaka [w:] Janusz Korczak. Pisarz – wychowawca- myśliciel. Kirchner H. (red.). Instytut Badań Literackich, Warszawa 1997, 114.
5. Ługowska J: Figury dziecka w twórczości Janusza Korczaka. [w:] Janusz Korczak. Pisarz. Czernow A.M. (red.). Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich, Warszawa, 2013, 142.
6. Korczak J.: Król Maciuś na wyspie bezludnej. Wydawnictwo Plus, Londyn, 1996, 101.
7. Platon, Fedon. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1988.
8. Marek Aureliusz. Rozmyślania. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1984, Ks. IX, 3.

9. Kołakowski L.: Pochwała niekonsekwencji. Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa, 1989, 178.
10. Nietzsche F.: Tako rzecze Zaratustra. Nakład Jakuba Morkowicza, Warszawa, 1903, 27.
11. Sznajderman M.: Błazen. Maski i metafory. Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk, 2000, 112-113.
12. Czernow A.M.: Korczakowskie dzieci błazny [w:] Janusz Korczak. Pisarz, Czernow A.M. (red.). Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich, Warszawa, 2013, 142.
13. Korczak J.: Kajtuś Czarodziej. Nasza Księgarnia, Warszawa, 1978, 68-69.
14. Geier M.: Z czego śmieją się mądrzy ludzie. Universitas, Kraków, 2007, 52.
15. Korczak J.: Król Maciuś Pierwszy. Dom Wydawniczy Verbum, Wrocław, 1996, 103.
16. Kokrczak J.: Pedagogika żartobliwa. Wydawnictwo Jakuba Morkowicza, Warszawa, 1939, 5.
17. Leszczyński G.: Dialektyka ról czytelnich w prozie Korczaka [w:] Janusz Korczak. Pisarz, Czernow A.M. (red.). Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich, Warszawa, 2013, 85, 89.
18. Benet-Fornalowa Z.: Od śmierci do nieśmiertelności. Midrasz, 2008, 4.
19. Waksmund R.: Posłowie. [w:] Poczta, Tagore R. Wydawnictwo Wacław Bagiński, Wrocław, 1997, 53.
20. Over M.: Lekcja umierania Janusza Korczaka. Teatr, 2013, 7-8.
21. Mieszkowska A.: Dzieci Ireny Sendlerowej. Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza, Warszawa, 2009.

Godność pacjenta umierającego

Katarzyna Jarnutowska

Doktorantka w Zakładzie Prawa Handlowego, Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

WSTĘP

Analiza problematyki ochrony godności pacjenta w stanie terminalnym w relacji do zagrożeń naruszenia przysługujących mu praw i wolności jest szczególnie doniosła we współczesnym świecie – świecie starzejącego się społeczeństwa.

Zauważyć należy, że znacząco wzrasta liczba osób w wieku emerytalnym, wydłużyła się również średnia życia ludzi. Coraz większą uwagę poświęca się ośrodkom paliatywnym, czy hospicjom domowym. Wzrasta również znaczenie takich form, jak opieka paliatywna, czy poszanowanie godności i intymności pacjentów.

Określenie relacji między pacjentem w stanie terminalnym a lekarzem oraz innymi pracownikami służby zdrowia jest problemem aktualny, trudnym oraz wymagającym. Aktualnie, bowiem kult jednostki, dążenie do doskonałości oraz ideał piękna, z którymi stykamy się we wszechobecnych przekazach reklamowych w telewizji, prasie czy Internecie. Trudność polega na tym, że w wyniku dynamicznego rozwoju mediów nie skupiamy się na przyszłości. A problem poszanowania godności w ostatnich chwilach życia wymaga analizy prawnej.

Oczywiście na początku zaznaczyć należy, iż istnieje szereg aktów prawnych, które odnoszą się do powyższej kwestii. Przepisy te zyskują na znaczeniu, jednak czy są należycie stosowane i interpretowane?

Tematem artykułu jest określenie powinnoś zachowania lekarzy wobec pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym.

Dużą rolę w sformułowaniu tematu pracy odegrały zamierzenia dokonania analizy godności człowieka oraz wskazanie możliwości jej respektowania wobec pacjentów w stanie terminalnym.

Zdaniem autorki omówienie powyższej problematyki jest istotne w obliczu różnego interpretowania pojęcia godności oraz konieczności jego ochrony w obliczu nowych zagrożeń wynikających z istnienia coraz nowych zagrożeń.

Prawo do godnej śmierci często bywa łączone z zaniechaniem uporczywej terapii lub eutanazją, powyższe pozostaje poza zakresem niniejszego artykułu.

Celem pracy będzie określenie prawnego charakteru godności człowieka oraz wskazania różnych praw przysługujących człowiekowi przebywającemu pod opieką medyczną.

Na początku rozważań zostanie omówione pojęcie godności oraz wskazane zostaną normy prawne regulujące tą materię. W artykule nawiążę również do raportu Najwyższej Izby Kontroli w 2018 roku, traktującego o poszanowaniu godności i intymności pacjentów w polskich szpitalach. Ponadto zostanie przedstawione prawo jednostki do godnej śmierci oraz inne towarzyszące mu prawa, które znacząco wpływają na komfort życia pacjenta.

GODNOŚĆ – UWAGI OGÓLNE

Z terminem godność jednostki ludzkiej spotykamy się dość często zarówno w języku potocznym, jak również w formalnych wystąpieniach, czy dokumentach rangi państwowej. Można stwierdzić, że w zachodniej cywilizacji pojęcie godność człowieka jest nierozdzielnie związane z podstawowymi, uniwersalnymi prawami gwarantowanymi każdemu człowiekowi. Ponadto pojęcie to jest głęboko zakorzenione w mentalności współczesnego człowieka. Wynika to niewątpliwie z faktu, że konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku jasno sformułowała w katalogu praw i wolności obywatelskich. Wspominany katalog jest zorientowany na jednostkę ludzką. Zasadę ochrony godności ludzi, która została wyrażona w art. 30 Konstytucji RP [1].

Zgodnie z tym przepisem *„Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.”*

Zasadnym wydaje się analizowanie godności ludzkiej wielopłaszczyznowo.

- Po pierwsze na godności człowieka opiera się cały system obowiązującego prawa.
- Po drugie - godność to również fundament katalogu praw człowieka.
- Po trzecie powyższy artykuł wyraża obowiązek ochrony godności ludzkiej.

Godność człowieka traktowana jest jako istotna kategoria teoretyczna, to pewna idea, wartość, zasada, która jest rozwijana w teologii i filozofii kultury zachodniej. *„Godność człowieka w prawie nie daje się uchwycić „sama dla siebie”, ale możliwe jest dostrzeżenie jej „działania” w pewnych sytuacjach stosowania prawa”* [2].

Godność *„stanowi naczelne pojęcie determinujące wizję człowieka w wielu porządkach prawnych”* [3].

Ten termin nie powinien być jednak postrzegany w kwestiach doświadczenia, nie wyjaśniamy go kierując się emocjami. Bardziej zasadnym wydaje się traktowanie godności jako głębszej refleksji, która w efekcie powinna doprowadzić do wyjaśnienia szczególnego statusu jednostki, jej zachowania oraz stosunku wobec innych osób. Zdaniem przedstawicieli doktryny tak ujmowane jest normatywne pojęcie godności. Za Podrez, można wyodrębnić 3 główne ujęcia godności. Pierwszy z nich to nurt sakralno – metafizyczny, godność traktowana jest jako miara osobowej świętości. Kolejny aksjologiczny, opisuje godność jako nadrzędną wartość człowieczeństwa. A także wspomniany już nurt normatywny, który nakazuje traktowanie godności jako uznanie własnego i cudzego człowieczeństwa za nadrzędny cel [4].

Z analizy artykułu 30 Konstytucji wynika również, że godność człowieka jest wartością przyrodzoną. Przyjmujemy zatem, że jest ona związana z każdym człowiekiem od momentu jego narodzin i wynika z faktu bycia człowiekiem aż do momentu śmierci. Tylko w tym przedziale czasu możemy odwoływać się do godności. Z faktu przyrodzenia godności ludzkiej można wyinterpretować również to, że jest ona wartością pierwotną, która jest przynależna każdemu. Żaden człowiek nie musi uprzednio uzyskać godności – rodzimy się z nią. Dodatkowo jest ona powszechna i przynależy każdemu człowiekowi. Podkreślić należy, iż godność jednostki ludzkiej ma wpływ na inne przepisy prawa stanowionego.

Godność ludzka jest również niezbywalna. Przymiot ten odkrywa kluczowe znaczenie w analizowanej materii, bowiem godność ludzka jest nierozzerwalnie związana z każdym człowiekiem od momentu narodzin aż do śmierci.

Nikt nie może zostać pozbawiony godności, jak również nikt nie może się jej zrzec. Zagwarantowana każdemu człowiekowi godność przysługuje w takim samym stopniu, bez względu na to, jakie cechy czy przymioty charakteryzują daną jednostkę.

Zgodzić należy się ze stanowiskiem zaprezentowanym przez Chmaj, że *„rozporządzanie godnością nie leży w możliwościach zarówno człowieka, jak i organów władzy”* [5].

To prawo podmiotowe człowieka, które przynależy mu *„niezależnie od jego kwalifikacji, stanu psychofizycznego lub od aktualnej sytuacji życiowej”* [6].

Na posiadanie godności nie ma wpływu również postępowanie człowieka. *„Nie można godności (osobowej) utracić wskutek naganego postępowania, popełnienia nawet najcięższej zbrodni. Skoro godność człowieka jest „niezbywalna”, to zawsze stanowi element charakterystyki człowieka jako istoty ludzkiej”* [7].

Zdaniem Skrzydło „*niezbywalność oznacza, że jednostka nie może zrzec się godności, zaś nienaruszalność należy traktować jako zakaz pozbawiania godności człowieka, jak też jej ograniczania przez osoby prywatne, władze publiczne czy organy państwowe*” [8].

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego znajdujemy wyjaśnienie, z którego wynika, iż godność człowieka to „*aksjologiczna podstawa i przesłanka całego porządku konstytucyjnego*”, stanowi wartość o centralnym znaczeniu dla zbudowania aksjologii obecnych rozwiązań konstytucyjnych” [9].

O konieczności respektowania prawa do godności traktują również ustawy szczegółowe. Oprócz wyżej opisywanej ustawy zasadniczej, regulacje intymności i godności pacjenta znajdujemy między innymi w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta, ustawie o zawodzie lekarza, ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, kodeksie etyki lekarskiej, a także w kodeksie postępowania cywilnego i kodeksie postępowania karnego. Jak wykazano problematyka ochrony godności pacjenta jest szeroko regulowana. Niektórzy przedstawiciele doktryny wskazują, że jest to rozproszenie regulacji [10].

GODNOŚĆ PACJENTA W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Za akt prawny, który kompleksowo oraz wprost traktuje o prawach pacjentów w stanach terminalnych jest ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Wynika z niego wprost „*prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień*”. Dokonując wykładni tego przepisu postaram się wskazać normy postępowania wobec umierających pacjentów.

Termin „godna śmierć” jest ściśle związany z „godnością życia”. Oba te pojęcia są uwarunkowane różnorodnymi założeniami antropologicznymi, ponieważ prawo do godnej śmierci bywa różnorodnie interpretowane. „*Środowiska utylitarystyczne i preferujące etykę relatywistyczną interpretują prawo do godnej śmierci jako prawo chorego do eutanazji. Ich zdaniem podstawą takiego prawa ma być autonomia człowieka umożliwiająca mu dysponowanie swoją osobą, a więc również swoim życiem*” [11].

Na początku należy wskazać, że prawo do godnej śmierci jest ściśle związane z normami wynikającymi z konstytucji. Przymiot godności jest bowiem niezbywalny i przysługuje każdemu człowiekowi, aż do momentu śmierci. Zatem w ostatnich chwilach życia pacjentowi powinny zostać zagwarantowane odpowiednie warunki. Jako przykład powinno

zachowania wobec pacjenta można podać „*nie wywierania presji na pacjenta przez lekarzy np. w sprawie oddania przez niego organów do transplantacji*” [12].

Istotnym jest również zapewnienie osobie hospitalizowanej odpowiednich standardów, aby ostatnie chwile życia były pozytywnym doświadczeniem. Słowo godność w tym aspekcie można interpretować jako umożliwienie kontaktu z bliskimi oraz odpowiednie przygotowanie do śmierci. Bołoz podkreśla umożliwienie osobie umierającej „*kontaktu z osobą duchowną swojego wyznania*” [13].

Zdarza się, że pacjenci w ostatnich chwilach swojego życia odczuwają potrzebę pojednania z Bogiem i uregulowania kwestii duchowych. Psychologowie podkreślają, że tego typu postawy najczęściej występują „*w fazie targowania się, w której pacjenci mogą składać obietnice bóstwu, że podejmą określone działania, np. będą żarliwie się modlić, chodzić do kościoła, zmieniać swoje życie, a w zamian oczekują uleczenia lub choćby zmniejszenia cierpień*” [14].

Krajowy ustawodawca zadbał również o zabezpieczanie tych potrzeb pacjentów, ustanawiając szereg przepisów traktujących o zezwoleniu na kontakt z osobą duchowną, a gwarantując pacjentowi poszanowanie jego godności. Powyższe jest prawem podmiotowym każdego człowieka, bez względu w jakim stanie się znajduje. Również pacjent znajdujący się u skraju swojego życia, niekiedy niedołężny, czy potrzebujący stałej opieki podlega prawnej ochronie. „*Prawo to obejmuje m.in. wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne. Ograniczenia w tym zakresie mogą być tylko wyjątkowe, wymagają regulacji ustawowej i mogą być uzasadnione jedynie bezpieczeństwem publicznym, ochroną porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochroną praw i wolności innych osób*” [15].

Z powyższego jednoznacznie wynika, że pracownicy medyczni nie mogą narzucać pacjentowi swoich przekonań religijnych, ani odnosi się krytycznie do wyznawanego przez pacjenta światopoglądu.

W tym miejscu należałoby wskazać, jak szpital czy personel medyczny mógłby realizować prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej. Po pierwsze wystarczy poinformowanie o samej dostępności duchownego danego wyznania, czy wskazanie miejsca i czasu, w jakim ceremonie religijne są w szpitalu odprawiane. Ponadto uprawnieniem pacjenta jest również kontakt z osobą duchowną oraz, jeśli stan zdrowia na to pozwala, uczestnictwo w ceremoniach odbywających się na terenie szpitala. Udzielenie powyższych informacji nie tylko spełnia powinność poszanowania prawa do opieki duszpasterskiej, ale będzie również wyrazem

godnego traktowania pacjenta. Takie informacje z punktu widzenia chorego są bardzo istotne. Pozwalają zorientować się w zwyczajach panujących w zakładzie leczniczym oraz możliwościach zaspokojenia swoich potrzeb duchowych. Na szpitalu ciąży obowiązek zapewnienia odpowiedniego pomieszczenia do odprawiania ceremonii oraz zapewnienie możliwości, na życzenie pacjenta, bezpośredniego spotkania z duchownym. Jako przykład można wskazać *„zapewnienie odpowiednich warunków, w których pacjent może indywidualnie realizować swe potrzeby duchowe. Zagadnienie to wydaje się szczególnie doniosłe w kontekście poszanowania jego godności i intymności, również w trakcie modlitwy i obrzędów (np. zapewnienie warunków technicznych pozwalających na dyskrecję przy spowiedzi: wyznaczenie odrębnego pomieszczenia na ten cel, a w przypadku pacjentów obłożnie chorych przygotowanie parawanów lub zasłon itd.)”* [15].

W tym miejscu zasadnym jest zasygnalizowanie, że innym pacjentom również należy się poszanowanie praw i wolności. Dlatego miejsce przeznaczone do sprawowania obrzędów religijnych. W jednym z wyroków Sąd Najwyższy zaznaczył, że podmiot leczniczy obowiązany jest umożliwić choremu kontakt z duchownym wyznania, które wyznaje pacjent. Kwestią problematyczną pozostaje fakt ustalenia *„informacji, czy pacjent chce skorzystać z opieki duszpasterskiej na terenie placówki, w której przebywa, czy życzy sobie kontaktu z duchownym swojego wyznania, gdyby znalazł się w stanie pogorszenia zdrowia lub zagrożenia życia i jakie to jest wyznanie”* [16].

Oprócz kwestii duchowych ważne jest również zadbanie o poczucie obecności innych i zapewnienie możliwości spędzenia ostatnich chwil z bliskimi. Obecność osób bliskich może być połączona z opieką. W przypadku osób znajdujących się w stanie terminalnym troska polega na dokonywaniu czynności mających na celu zmniejszanie dyskomfortu fizycznego. Jako przykład takich czynności można wskazać karmienie, poprawianie pozycji ciała, czy poprawianie pościeli na łóżku. Podobne stanowisko zajął w wyroku Sąd Apelacyjny *„dodatkowa opieka pielęgnacyjna w podmiocie leczniczym może być wykonywana w ramach czynności pielęgnacyjnych, tj. mycie, pomoc w karmieniu czy ścieleniu łóżka i może ją względem pacjenta wykonywać każda osoba przez niego wskazana”* [17]. Za troskę można uznać samą obecność osoby bliskiej, która może działać uspokajająco i koić cierpienia umierającego pacjenta.

Poszanowanie godności wynika również z etyki lekarskiej. Jest to jednak trudne do weryfikowania oraz respektowania, bowiem jest ona zależna od czynnika ludzkiego. Aby możliwe było wyegzekwowanie od pracowników służby zdrowia przestrzegania określonych standardów. Po pierwsze należy promować świadomość, że lekarze powinni szanować godność

osobistą pacjenta. Może to polegać na drobnych gestach w postaci stworzenia przestrzeni, w której osoba nie będzie czuła się przypadkiem chorobowym, do którego podchodzi się technicznie, bez poszanowania autonomii pacjenta. Godność pacjenta powinna mieć odzwierciedlenie w regulacjach instytucjonalnych. Jest to duże wyzwanie, bowiem łączy aspekty prawne z czynnikami jednostkami w instytucji zdrowia, które powinny je realizować. W przestrzeganiu przepisów traktujących o godności pacjentów upatruję problemów na gruncie bezpośredniego przełożenia uwarunkowań prawnych i mentalności urzędniczej na indywidualne przypadki.

Ostatnim z elementów dbania o godność pacjenta w ostatnich chwilach życia jest troska o należytą opiekę terminalną. W momencie, gdy żadne leczenie nie przynosi rezultatów możliwe jest jedynie dokonywanie czynności mających na celu łagodzenie cierpień fizycznych i łagodzenie bólu. W tym miejscu należy zasignalizować, że zdania w temacie zasadności, a także intensywności tej opieki są podzielone. Nie jest to jednak przedmiotem niniejszych rozważań i nie będę zagłębiać się w tą delikatną materię. Samo zaś prawo do opieki terminalnej wynika z art. 30 Kodeksu etyki lekarskiej. Zgodnie z tym artykułem na lekarza został nałożony obowiązek dołożenia wszelkich starań, celem zapewnienia choremu humanitarnej opieki terminalnej oraz godnych warunków umierania. Ponadto lekarze obowiązani są do dbania o komfort ostatnich chwil życia oraz dbać o utrzymanie jakości kończącego się życia.

Dokonane powyżej wprowadzenie i wyjaśnienie pojęcia godności człowieka, zwłaszcza w kontekście pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym, wydaje się całkowicie zasadne. Poszanowanie godności człowieka umierającego to szczególne wyzwanie, z jakim przyjdzie się mierzyć wielu współczesnym państwom cywilizacji zachodniej zarówno dla pediatrii, jak również współczesnej zachodniej cywilizacji.

PRAWO DO POSZANOWANIA GODNOŚCI PACJENTA – WNIOSKI Z RAPORTU

W artykule odniosę się do opublikowanego przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2018 roku raportu traktującego o ochronie godności i intymności pacjentów polskich szpitali. W wyniku przeprowadzonych kontroli doszło do wskazania uchybień w funkcjonowaniu placówek. Jako jeden z głównych problemów wskazano niedostosowane warunki infrastrukturalne. W efekcie osoby hospitalizowane w tych placówkach były „umieszczane w wieloosobowych salach chorych, w których, w obecności innych osób, prowadzone były z hospitalizowanymi wywiady lekarskie, dokonywano obchodów, informowano pacjentów o ich stanie zdrowia oraz

wykonywano badania i zabiegi ingerujące w intymność pacjentów. Badania te oraz zabiegi często prowadzono bez użycia parawanów, np. w dwóch szpitalach liczba przenośnych parawanów była dalece niewystarczająca w stosunku do liczby pacjentów na oddziale” [18].

W raporcie zaakcentowano również inny znaczący problem dotyczący warunków sanitarno-higienicznych gwarantowanych przez szpitale. Wskazać należy, że w większości kontrolowanych placówek łazienki czy prysznice znajdowały się na korytarzach, a ich liczba nie była proporcjonalna do liczby pacjentów przebywających w placówkach. Problem ten dotyczył głównie starszych szpitali, w których w ostatnich latach nie zostały przeprowadzone prace modernizacyjne. W tych szpitalach nie zostały wprowadzone zmiany w postaci zmniejszenia liczby pacjentów przebywających na jednej sali oraz zapewnienia dostępu do węzła sanitarnego w każdej z sali. Poczucie poszanowania intymności i godności pacjentów zapewniłyby minimalne zmiany, np. parawany czy rolety w oknach. Ważne, aby również pacjentom przebywającym na korytarzach zapewnić parawan, który chociaż w minimalnym stopniu odseparuje chorego od kontaktu z osobami trzecimi. Kolejny z problemów, który opisano w raporcie dotyczył gabinetów zabiegowych. Zwrócono uwagę na problem poszanowania intymności pacjentów podczas wykonywanych świadczeń. Po pierwsze pomieszczenia te nie były dostatecznie zabezpieczone przed wejściem osób trzecich oraz brak było środków umożliwiających zakomunikowanie wejścia do gabinetu. Powyższe może być w dość prosty sposób rozwiązane, np. przez zamontowanie zamków w drzwiach. Podczas badania czy wykonywania świadczeń drzwi gabinetu powinny być zamknięte na klucz. A konieczność wejścia do gabinetu sygnalizowana przez pukanie.

W raporcie NIK zasygnalizowano również nadmierne funkcjonowaniem monitoringu, który nie był uregulowany zwłaszcza w kontekście legalności wykorzystania monitoringu wizualnego w jednostkach, które udzielają świadczeń zdrowotnych.

W przypadku umieszczenia kamer w pomieszczeniach służących do przebywania pacjentów każdorazowo osoba hospitalizowana powinna udzielić zgodę na nagrywanie swojego wizerunku.

Już na wstępie pojawia się wątpliwość, co w sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta pozbawia go możliwości wyrażenia zgody na dokonywanie powyższej czynności?

Wśród skarg składanych bezpośrednio przez pacjentów pojawiały się zarzuty dotyczące realizacji lekarz – pacjent.

Zwrócono uwagę, iż personel medyczny zachowywał się w sposób niegrzeczny, arogancki, a niekiedy wręcz lekceważący w stosunku do chorych.

ZAKOŃCZENIE

Doświadczenie śmierci jest bliskie każdemu człowiekowi. To zjawisko towarzyszy nam w kontekście odejścia znajomych, przyjaciół, czy rodziny.

Każdy z nas doświadczy również momentu własnej śmierci. Powszechność i nieunikniony charakter tego zjawiska skłania do refleksji i wniosków dotyczących respektowania godności pacjentów w stanach terminalnych. Warto pamiętać, że śmierć to zjawisko długoterminowe, składają się na nią nie tylko chwile, to ból i cierpienie psychiczne, które pozostaje na wiele miesięcy.

Każdy człowiek przeżywa to na swój sposób i czas trwania żałoby jest indywidualny.

Analizując tematykę prawa do godnej śmierci, kluczowe było zdefiniowanie tego pojęcia i uwypuklenie, że nie jest to jedynie idealistyczne hasło używane w aktach prawnych. Nie traci ono na swojej aktualności i odgrywa istotną rolę w codziennej pracy lekarzy.

Podsumowując rozważania podjęte w artykule należy wskazać, że pracownicy szpitali, w których świadczona jest opieka paliatywna na co dzień pracują w trudnych i specyficznych warunkach.

W tych miejscach nie należy wskazać, iż jednostce ludzkiej przysługuje szereg uprawnień, które w tych ostatnich chwilach ziemskiego bytu powinny poprawić komfort funkcjonowania. Te czynności, czy uprawnienia składają się na prawo do godnej śmierci.

Godność umierania to kwestia, której należy poświęcić szczególną uwagę, ponieważ nie wiąże się ona jedynie z cierpieniem fizycznym lecz również psychicznym.

To cierpienie ma szerszy wymiar, dotyczy bowiem również osób najbliższych pacjenta.

Dlatego istotne jest umożliwienie przebywania im w ostatnich chwilach przy pacjencie, tak aby mogli spokojnie się pożegnać się.

PIŚMIENNICTWO

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.
2. Granat M.: Godność człowieka z art. 30 Konstytucji RP jako wartość i jako norma prawna. Państwo i Prawo 2014; 8: 3-22.
3. Chauvin T.: Godność człowieka jako źródło podmiotowości prawnej i granica władzy. Edukacja prawnicza 2019/2020; 175: 6-11.

4. Podrez E.: O godności – zalety i brak naszego myślenia [w:] *Badania nad embrionami ludzkimi w świetle etyki i prawa*, Podrez E., Stawcki T., Smulska P. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012: 89.
5. Chmaj M.: *Wolności i prawa człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
6. Wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30.9.2008 r., K 44/07, OTK-A 2008, nr 7, poz. 126, s. 1330.
7. Garlicki L., Zubik M.: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II*, wyd. II. Wydawnictwo Sejmowe 2016.
8. Skrzydło W.: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. VII. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
9. Granat M.: Godność człowieka z art. 30 Konstytucji RP jako wartość i jako norma prawna. *Państwo i Prawo* 2014; 8: 3021.
10. Stępiak K.: *Prawa człowieka umierającego. Studia Prawnicze i Administracyjne* 2016; 1: 93-98.
11. Bołoz W.: Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego. *2008; 2(3): 79-86*.
12. Aszyk P.: *Granice leczenia. Etyczny problem odstępiania od interwencji medycznych*. Wydawnictwo Rhetos, Warszawa 2006.
13. Bołoz W.: *Bioetyka i prawa człowieka*. Wydawnictwo USKW, Warszawa 2007.
14. Mączka G.: Człowiek umierający – psychologiczne aspekty opieki paliatywnej. [w:] *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007: 241-252.
15. Gulla B., Izydorczyk R., Kubiak R.: *Godność i intymność pacjenta aspekty psychologiczne i prawne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.
16. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r., sygn. II CSK 1/13.
17. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 16 sierpnia 2018 r., sygn. akt: V ACa 668/17, LEX nr 2545198.
18. Raport Rzecznika Praw Pacjenta, Postępowania wyjaśniające prowadzone przez Rzecznika Praw Pacjenta w sprawach indywidualnych w latach 2017–2018, Warszawa 2019. <https://www.gov.pl/web/rpp/raport-postepowania-wyjasniajace-prowadzone-przez-rzecznika-praw-pacjenta-w-sprawach-indywidualnych-w-latach-2017-2018> (data dostępu 22.05.2020).

Choroba i umieranie jako doświadczenie wartości życia

Józef Zabielski Ks. prof. dr hab.

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

WPROWADZENIE

Najwyższą wartością ziemskiej egzystencji człowieka jest jego życie. Uszanowanie więc tej wartości stanowi fundamentalne wyzwanie moralne ludzkości. O to powinien troszczyć się każdy człowiek i cała ludzkość. Ten powszechny imperatyw wartościowania życia obowiązuje od jego początku – poczęcia, do końca - naturalnej śmierci. Jest to zobowiązanie wobec każdego człowieka jako bytu osobowego, do czego wzywa nas prawo naturalne oraz prawo stanowione przez Boga [1,2]. Szczególne doświadczenie wartości życia człowiek przeżywa w czasie jego zagrożenia i zbliżania się końca, jakimi są choroba i śmierć. Spotkanie się z chorobą i bliskością końca życia stawia człowieka przed pytaniem o wartość jego egzystencji: czy ma walczyć o przedłużenie swego życia, czy poddać się jego zakończeniu. Te dwa doświadczenia stanowią problem analiz niniejszej aksjologicznej refleksji.

PRZEŻYWANIE CHOROBY I CIERPIENIA JAKO WARTOŚCIOWANIE ŻYCIA

Doświadczenie choroby i cierpienia stanowi szczególne wyzwanie ludzkiej egzystencji. Wyjaśnienie genezy cierpień oraz ich interpretacja zawsze uwarunkowana jest filozoficzną koncepcją człowieka. Jest to powiązane z rozumieniem istoty życia człowieka, wartościowania cierpienia, stanami emocjonalnymi, które powstają na wyższych piętrach centralnego układu nerwowego. Cierpienie uwarunkowane jest chorobą, zwłaszcza długotrwałą, postępującą, a nawet zagrażającą życiu. Cierpienie jest czymś więcej niż ból, jego zaś źródła są bardzo złożone. Cierpienie jest doświadczeniem ludzkim, które ma wielorakie i bogate źródła poza bólem. Cierpienie zaczyna się od bólu, na ból się nakłada i potęguje jego dokuczliwość. Cierpienie jest formą uczucia, jest stanem i postawą ludzkiej egzystencji, gdyż powiązane jest z miłością, smutkiem, rozpaczą lub radością. Jest stanem i postawą, gdyż stanowi ważny element procesu rozwoju osobowego człowieka. Od zarania dziejów człowiek poszukiwał dróg unikania i rozwiązywania tajemnicy cierpienia.

Człowiekowi niewierzącemu cierpienie jest nieszczęściem, którego nie może pokonać. Osobie zaś wierzącej jest cierpienie jest czymś, co należy zaakceptować, gdyż jest mu dane przez Boga i z czasem obróci się w narzędzie chwały i zbawienia. Choroba i cierpienie pojawia się na różnych wymiarach i poziomach ludzkiej egzystencji. Jest przeżyciem autentycznym i szczerym, gdyż jego przyczyna pojawia się nagle i niespodziewanie. W chorobie i cierpieniu zawarta jest nadzieja. Człowiek reaguje na cierpienie zgodnie ze swoją osobowością. Jest to doświadczenie pomiędzy jednostką a otaczającym ją światem. Każda osoba cierpiąca sama najlepiej wie, jak ono ją dotyka. Cierpienie stanowi dla człowieka próbę rodzącą często smutek lub bunt, poczucie samotności czy opuszczenia, a nawet bezradności [3,4].

Rozumienie i przeżywanie choroby i cierpienia w wymiarze cielesnym i emocjonalnym nie stanowi pełni wymiaru tej rzeczywistości. Człowiek bowiem jako byt osobowy, oprócz ciała i sfery emocjonalnej, wyposażony jest we władze duchowe – nieśmiertelną duszę. Pozwala mu to nawiązać kontakt osobowy z Bogiem, co pogłębia pojmowanie siebie oraz wszelkich uwarunkowań swej egzystencji. Odniesienie człowieka do Boga ukazuje też pogłębiony wymiar choroby i cierpienia. *„Dla chrześcijan cierpienie jest czymś oczyszczającym, transformującym. Pozwala na odkupienie swoich win, zyskanie forów u Boga itp. ... im bardziej los będzie dokopywał, tym mamy większe szanse u Boga na życie wieczne. Mówisz – masz. Jest to doskonała religia dla osób, które mają głęboko zakorzenione wzorce oporu przeciwko zmianom, jak i dla tych, którym ten opór wbrew temu, co sami sądzą, sprawia ogromną przyjemność. Chrześcijanie pragną końca cierpienia, bo wierzą, że Bóg im wszystko wynagrodzi i spędzą życie wieczne wolni od cierpienia”* [4].

Wartościowanie choroby i cierpienia uwarunkowane jest też wiekiem, stanem rozwoju osobowego danego człowieka. Okres dzieciństwa jest czasem rozpoznawania wartości i norm ludzkiej egzystencji. Człowiek w tym wieku uaktywnia wzorce zachowania, rozpoznając ich sens i zobowiązanie. Dziecko w pierwszych latach swego życia jest całkowicie bezbronne wobec energii swego otoczenia. Stan chorobowy rodzi w nim ból cierpienie wynikające z niezrozumienia, co właściwie się dzieje. Z wiekiem uaktywniają się kolejne wzorce, ale ich charakterystyka jest już w dużym stopniu indywidualna. Stopniowo wzrasta przekonanie, że trzeba uważać i działać na tyle, na ile można czuć się bezpiecznie. Dwuletnie dziecko doświadczając choroby jest smutne i wyraża to całym sobą np. krzykiem, płaczem, itp., ale zaraz mu to mija i może się śmiać i radować z głębi serca, a po smutku nie doświadcza żalu. Inaczej zaś chorobę i cierpienie przeżywa człowiek dorosły. Doświadczenie to zależne jest od typu jego charakteru, od którego zależą reakcje na konkretne sytuacje. Może zareagować gniewem na siebie, że odczuwa takie emocje, „bo tak nie wolno” albo „to mało ważne”. Wtedy

może dojść do tłumienia emocji na skutek oddziaływania mentalności wzmacniającej blokadę emocji. Reakcją może też być gniew, gdy po stłumieniu emocji człowiek nie odczuwa swego stanu, ale podświadomie go coś gryzie, co powoduje wewnętrzne przybicie. Na szczęście nie ma blokad, których człowiek nie mógłby przezwyciężyć. Faktem jest, że człowiek nie chce chorować i cierpieć, chociaż: „*Smutne to, ale cierpienie jest chyba jedynym niezawodnym sposobem zbudzenia duszy ze snu*” [Samuel Betlow]. Faktem też jest, że Bóg nam sprzyja i jeśli Mu w pełni zaufamy, przejdziemy przez wszystkie cierpienia obronną ręką. Opór zaś przeciwko Boskości rodzi cierpienie. Wszelkie „przeciwności losu” w istocie są darem Bożym, abyśmy otworzyli oczy [5,6,7].

Doświadczenie choroby i cierpienia stawia przed człowiekiem fundamentalne pytanie: czy warto jeszcze żyć? Wielu ludzi przeżywając to doświadcza zachwiania wiary i jedności z Bogiem. Katechizm Kościoła Katolickiego stwierdza: „*Choroba i cierpienie zawsze należały do najpoważniejszych problemów, poddających próbie życie ludzkie. Człowiek doświadcza w chorobie swojej niemocy, ograniczeń i skończoności*” [8]. W wyjaśnieniu i uzasadnieniu tego problemu w Katechizmie czytamy: „*Wiara w Boga Ojca wszechmogącego może być wystawiona na próbę przez doświadczenie zła i cierpienia. Niekiedy Bóg może wydawać się nieobecny i niezdolny do przeciwstawienia się złu. Bóg Ojciec objawił jednak swoją wszechmoc w sposób najbardziej tajemniczy w dobrowolnym uniżeniu i w zmartwychwstaniu swego Syna, przez które zwyciężył zło. Chrystus ukrzyżowany jest więc mocą Bożą i mądrością Bożą. To bowiem, co jest głupstwem u Boga, przewyższa mądrością ludzi (1 Kor1, 24-25). W zmartwychwstaniu i wywyższeniu Chrystusa Ojciec na podstawie działania swojej potęgi i siły okazał przemożny ogrom mocy względem nas wierzących (Ef 1,19)*” [9,10].

Przywołane przez Katechizm teksty Pisma Świętego mogą satysfakcjonować tylko osoby wierzące. Chrześcijanie mogą wejść w plan Boga przez czyn i modlitwę oraz przez chorobę i cierpienie przyjęte i ofiarowane, przez co doświadcniają światła prawdy w swoim sercu. Katechizm uczy, że „*Bóg jest nieskończenie dobry i wszystkie Jego dzieła są dobre. Nikogo jednak nie omija doświadczenie cierpienia i zła obecnego w naturze, które jawią się jako związane z ograniczeniami właściwymi dla stworzeń, a przede wszystkim zagadnienie zła moralnego*” [11]. Jednak zło, które nas otacza może skłonić do głębokich refleksji, zbliżyć do Boga. Chrześcijanin może stawić czoła chorobie i cierpieniu, gdy utkwí wzrok wiary w Ukrzyżowanym Chrystusie, Który jest zwycięzcą nad złem i cierpieniem (zob. Łk 11, 22). Wiara chrześcijańska uczy bowiem szukania nadprzyrodzonego posłużenia się chorobą i cierpieniem. Chrześcijanin więc powinien, znosząc cierpliwie choroby i różnego rodzaju próby życia, przyjmować je jako łaskę, doczesne kary za grzech. „*Powinien starać się przez dzieła*

miłosierdzia i miłości, a także przez modlitwę i różne praktyki pokutne uwolnić się całkowicie od starego człowieka i przyoblec człowieka nowego (por. Ef 4,24)” [12,13,14].

Jezus bowiem powołuje swoich uczniów do wzięcia swego krzyża i naśladowania Go (por. Mt 16,24), gdyż On cierpiał za wszystkich i zostawił wzór, „abyśmy szli Jego śladami” (1 P 2,21). Wzorem takiej postawy jest Maryja - Matka Jezusa. *„Na progu Świątyni, do której niosła Swoje Dziecko, Symeon przepowiedział, że Jej serce przeniknie miecz boleści. Na podobieństwo Jej Syna w agonii aż do końca świata ten miecz nadal i Jej zadaje cierpienie, często okrutne, wywołując jeszcze do dziś krwawe łzy” [15,16].* Choroba i cierpienie jest nierozłącznie powiązane z ludzką naturą i pozostaje tajemnicą. Każde ludzkie cierpienie powiązane jest z cierpieniem Jezusa i z Jego Ofiarą osiąga nową wartość, przenikającą nasze życie. Jezus cierpieniu człowieka nadał nowy sens. Na krzyżu Chrystus wziął na siebie cały ciężar zła (por. Iz 53, 4-6) i zgładził grzech ludzkości (por. J 1, 29), którego skutkiem jest choroba. Przez swoją mękę i śmierć na krzyżu Chrystus nadał cierpieniu nowe znaczenie, dzięki czemu może ono upodobnić nas do Niego i zjednoczyć z Jego zbawczą męką” [17].

UMIERANIE JAKO ODKRYWANIE NOWEGO ŻYCIA

Ludzkie życie z natury jest ukierunkowane ku śmierci, lecz nie można go sprowadzać do poziomu struktury zwierzęcia. Byt ludzki jest bowiem istotą różną od zwierzęcia, gdyż posiada nieśmiertelną duszę, która pozwala mu kształtować świat i spoglądać w przyszłość. Zadaniem człowieka jest więc patrzenie na śmierć i zajęcie odpowiedniej postawy wobec końca swego życia [18]. Człowiek nie powinien więc unikać myślenia o śmierci, gdyż zagrożenie przez śmierć staje się wtedy intensywnie dokuczliwe. Zadaniem człowieka jest zaakceptowanie śmiertelności swego życia, gdyż człowieka wyróżnia zdolność świadomego przyjęcia przyszłej śmierci. Brak akceptacji śmierci oznacza zamknięcie się przed własną słabością, jaką jest śmierć. Wtedy człowiek żyje w złudzeniu, gdyż nie dostrzega konkretnych zadań. Śmierć może przemawiać człowiekowi do sumienia, by dostrzegł swoistość swego bytu i ją zaakceptował. Z uwagi na śmiertelność swego bytu, człowiek może też ulegać złudzeniom [19,20,21].

Dojrzałe wartościowanie ludzkiej egzystencji uświadamia, że nasze życie jest pielgrzymowaniem, śmierć zaś jest ostatnim życiowym zadaniem, z którego nikt nie może nas zwolnić. Umieranie zaś jest zamykaniem życia doczesnego i bezpośrednim przygotowaniem do życia wiecznego. Dotykając tajemnicy choroby i cierpienia i stając w odchodzącego, trudno jest przyjąć to zadanie, lecz jest to czas wielkiej łaski. Chrześcijańska wiara uczy, że życie

ludzkie nie jest dziełem przypadku, lecz odwiecznym planem Stwórcy i wyrazem Jego miłości. Ludzkie życie jest pielgrzymowaniem, którego celem jest niebo. Ta podróż rozpoczyna się od narodzin człowieka, a po trudach doczesnej wędrówki, jest wezwaniem do pełni życia, które przekracza wymiary ziemskiego bytowania, gdyż polega na uczestnictwie w życiu samego Boga. Ludzka egzystencja jawi się jako misterium, gdyż na pielgrzymim szlaku naszej codzienności wielokrotnie doświadczamy cierpienia i śmierci. Współczesny świat, tak bardzo rozwinięty w swej mocy, staje bezradny w obliczu tajemnicy życia i śmierci. Ludzkie umieranie jest zamykaniem życia doczesnego i bezpośrednim przygotowaniem do życia wiecznego. Zamykając etap naszej ziemskiej wędrówki, patrzymy z wdzięcznością na to, co było, to zaś co przed nami wyzwala w nas niepokój. Człowiek potrzebuje zgody na to misterium, by w atmosferze pokoju i bezpieczeństwa przejść do nowego życia. Ten etap wzywa nas do spojrzenia „w dal”. Wyrażając nasze „Tak” pomagamy w przechodzeniu do życia wiecznego. Umieranie jest głębokim doświadczeniem osobistym, wymagającym szacunku i godności. Towarzysząc umieraniu doświadczamy najgłębszej tajemnicy ludzkiego wnętrza. Człowiek umierający daje nam sposobność „dotykania duszy”, a nasza ufność daje pewność Miłości samego Boga. Patrząc sercem możemy zobaczyć o wiele więcej i dotknąć tego, co dla wielu jest barierą tego, co nielogiczne i tego co święte. Wiara pozwala przekroczyć towarzyszący umieraniu próg lęku i pozwala stanąć przed tajemnicą, odkrywając najgłębszy sens. Umieranie wpisuje się w każdy etap naszej ziemskiej wędrówki i dotyczy nie tylko fizycznej strony naszej egzystencji, lecz także sfery ducha. Ostatni etap ziemskiego życia jest także symbolem pełnej dojrzałości. Pan Bóg wzywa nas do siebie w czasie stanowiącym dla nas „czas łaski” i gotowości. To wyzwanie kieruje do człowieka kończącego swą ziemską drogę. Dotykając bezpośrednio tajemnicy umierania, stajemy się świadkami misterium życia. Towarzysząc w ostatnich momentach doczesnego pielgrzymowania, podejmujemy trud obecności „Być”. To wezwanie wymaga dyspozycyjności serca, przestrzeni wolności i odwagi. Żyjąc świadomością własnej przemijalności i zgodą na umieranie, możemy stanąć u boku odchodzącego z pokojem i ufnością, a trzymając za rękę dać poczucie bezpieczeństwa. Każdy z nas uczy się odchodzić z tego świata, by kiedyś narodzić się dla Nieba. Umieranie i śmierć nie muszą nas przerażać, ale są drogą do prawdziwego życia – do życia w pełni [22,23,24].

W rozpoznawaniu pełnej wartości ludzkiego życia w krańcowym okresie ludzkiej egzystencji oraz w przygotowaniu do umierania towarzyszy chrześcijańskie duszpasterstwo hospicyjne. Opiera się ono na duchowości holistycznej, eksponując fakt, że człowiek egzystuje w otoczeniu rzeczywistości Boskiej i wszelkie elementy stworzonego świata stanowią potencjalne objawienie Boga. Holistyczne rozumienie ludzkiej duchowości domaga się

połączenia jej z pełnią osobowego rozwoju człowieka, mając na względzie elementy religijno-duchowe, psychologiczno-społeczne oraz aksjologiczno-kulturowe. Humanistyczno-chrześcijańska postawa wobec kresu ludzkiego życia eksponuje źródła nadziei nieśmiertelności, podkreślając, że życie człowieka nie kończy się na ziemi, lecz znajduje swe dopełnienie w Bogu. Podstawą tej nadziei jest Jezus Chrystus, który objawił: *„Ja jestem zmartwychwstaniem i życiem, kto żyje i wierzy we Mnie, nie umrze na wieki”* (J 11, 25-26). Doświadczenie tej nadziei umacnia człowieka w świadomości zależności ludzkiej egzystencji od Bożej transcendencji. Śmierć bowiem nie jest pojmowana tylko jako „zamknięcie” życia na ziemi, lecz jako „zaproszenie” do otwarcia na spotkanie z Bogiem. Chrześcijanin uświadamia, że w pełni staje się sobą dopiero wtedy, gdy wejdzie w osobową relację ze swoim Stwórcą, co otwiera go na Bożą łaskę. W poszukiwaniu i dążeniu w tej „pełni życia w Chrystusie” chrześcijanin otrzymuje wsparcie w różnych formach religijno-duchowego zatroskania o człowieka chorego i jego bliskich, proponowanych w ramach duszpasterstwa hospicyjnego [25,26,27,28].

Opieka hospicyjna jest nie tylko posługą „medyczno-opiekuńczą”, lecz także rzeczywistością religijno-zbawczą. Człowiek bowiem w agonii śmierci jawi się jak Jezus na Golgocie, a jego rodzina podobna jest do Maryi i Apostołów stojących pod Krzyżem Chrystusa. Istota posługi duszpasterskiej wobec umierających sprowadza się do przygotowania tych osób do Zmartwychwstania, co wyraża się w świadectwie religijnego sensu umierania, stanowiącego zapowiedź zmartwychwstania. Jest to pomoc w przygotowaniu umierającego człowieka do przejścia z „tego świata” do „innej rzeczywistości”, którą chrześcijanie rozpoznają w wymiarze obietnicy zmartwychwstania [29,30]. Uzasadnieniem tych potrzeb ludzi umierających oraz hospicyjnej posługi jest natura osoby ludzkiej. W świetle chrześcijańskiego Objawienia człowiek pochodzi od Boga, który go stworzył „na obraz Boży go stworzył” (Rdz 1, 27), co stanowi fundament godności i celowości ziemskiej egzystencji. Ten Boży zamiar ukierunkowuje ludzką egzystencję na dążenie ku pełni, przekraczającej granice czasu: „Bo dla nieśmiertelności Bóg stworzył człowieka – uczynił go obrazem swej własnej wieczności” (Mdr 2,23). To daje człowiekowi osobiste poczucie wartości ziemskiej egzystencji i jej celowości. *”Człowiek – wyjaśnia Jan Paweł II - jest powołany do pełni życia, które przekracza znacznie wymiary jego ziemskiego bytowania, ponieważ polega na uczestnictwie w życiu samego Boga. Wzniosłość tego nadprzyrodzonego powołania ukazuje wielkość i ogromną wartość ludzkiego życia, także w jego fazie doczesnej. Proces ten (...) zostaje opromieniony obietnicą i odnowiony przez dar życia Bożego, które urzeczywistni się w wieczności”* [31,32,33].

Niech reasumpcją tych refleksji nad szczególnymi momentami naszego życia, jakimi są choroba i umieranie, będą słowa, które nam zostawił L. Tołstoj: *„Życie jest wszystkim, życie jest Bogiem. Wszystko się zmienia, porusza ten ruch – jest Bogiem. I póki istnieje życie, istnieje rozkaz uświadamiania sobie bóstwa. Kochać życie, to kochać Boga. Rzecz najtrudniejsza i najszcześniejsza to kochać życie we własnych cierpieniach, cierpieniach bez winy”* [34]. *„Moc bowiem w słabości się doskonali”* (2 Kor 12,9).

PIŚMIENNICTWO

1. Witschen D.: Menschenrechte als sekundäres Naturrecht. Theologie und Glaube, 1997; 87(3): 247-251.
2. Zabielski J.: Życie jako wartość. Archeus, 2001; 2: 5-21.
3. <http://polki.pl/zdrowie/psychologia,co-jest-cierpienie,10366858,artykul.html>, (dostęp 03.01.2018).
4. Po co cierpieć ? <http://przebudzenie.net/60-po-cocierpiec.html>, (dostęp 03.01.2018).
5. Przebudzenie, <http://przebudzenie.net/60-po-co-cierpiec.html>, (dostęp 03.01.2018).
6. Góralczyk P.: Życie ludzkie pielgrzymowaniem ku pełni. Sosnowieckie Studia Teologiczne 2003; 6: 68-81.
7. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia Św. Jacka, Katowice 2000; 258-260.
8. Katechizm Kościoła Katolickiego, wyd. pol., Warszawa 1994, nr 1500.
9. Katechizm Kościoła Katolickiego, wyd. pol., Warszawa 1994, nr 272.
10. Bianchi E.: Paradoxs krzyża, tłum. J. Czapska. Kraków 2003; 68-69.
11. Katechizm Kościoła Katolickiego, wyd. pol., Warszawa 1994, dz. cyt., nr 385.
12. Katechizm Kościoła Katolickiego, wyd. pol., Warszawa 1994, nr 1473.
13. http://voxdomini.com.pl/vox_art./cierp.html, (dostęp 03.01.2018).
14. Jan Paweł II, List Apostolski “Salvifici doloris”, Kraków 1984: 18-19.
15. http://www.voxdomini.com.pl/vox_art./cierp.html, (dostęp 03.01.2018).
16. Pock J.: Wie finde ich Trost? Sterben, Tod und Trauer als pastorale Herausforderung. Die Heiliger Dienst 2011; 65(1): 30-41.
17. Katechizm Kościoła Katolickiego, wyd. pol., Warszawa 1994, dz. cyt., nr 1505.
18. Alichniewicz A.: Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej. „Twoja śmierć” i ”bycie ku-śmierci” a sztuka umierania [w:] Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki

- kulturowej, Gałuszka M., Szewczyk K. (red.). Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa-Łódź 1996; 126- 166.
19. Ciceron, *Tusculanae Disputationes*, I,75
 20. Seneka, *De brevitae vitae*, 15,1
 21. Epiktet, *Enchiridion*, II, 1,36.
 22. Szling M. L.: Nie można zwolnić ze śmierci – umieranie jest drogą, www.maendelmariens.de [dostęp 06.02.2020].
 23. Dagens C.: Ciało nasze, którego przeznaczeniem jest zmartwychwstanie, *Communio* 1971; 1(61): 110-115.
 24. Ferreira F. C.: Życie ziemskie a życie wieczne. *Communio* 1992; 1(67): 42-44.
 25. Krakowiak P.: Duszpasterstwo w zespołowej opiece paliatywno-hospicyjnej. Nowe wyzwania. *Teologia i Człowiek* 2009; 14: 142-143.
 26. Pangrazzi A.: *Vivere il tamonto*. Trento 2006; 24-27.
 27. Sudar : Glaube als geistlichesKapita. Religion als moralischer Imperativ für den Aufbau des Fridens. „*Concilium*” [niem.] 2015; 51(1): 64-85.
 28. Clémence J.: L’homme source de la morale. *Nouvelle Revue Théologie* 1981; 13(3): 345-348.
 29. Mikołajczyk R.: Towarzystwo umierającym jako zadanie Kościoła. *Ateneum Kapłańskie* 1999; 1(488): 129-130.
 30. Zabielski J.: Posługa duszpasterska w opiece paliatywno-hospicyjnej jako świadectwo miłosierdzia [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J. Kułak W.(red.). Białystok 2016; 14: 188-198.
 31. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 2.
 32. Ockenfels W.: Die Beziehung zwischen Chrystologie und Antropologie [in:] *Europa christlich gestalten* Krysteczko H (ed.). Katowice 2005: 92-102;
 33. Zabielski J.: Opieka hospicyjna jako służba życiu [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.). Białystok 2008; 5: 173-187.
 34. Tolstoj L.: *Wojna i pokój*, Stawał A. tłum. PIW, Warszawa 1979.

Podmiotowość pacjenta i opiekuna w kontekście specyfiki zaburzeń

Dorota Koncewicz

Centrum Edukacji Nauczycieli w Suwałkach

*„W życiu w ogóle, czyli również w życiu z chorobą,
najważniejsza jest bliskość.*

*Człowiekowi, który doświadczył bliskości,
lepiej się żyje, choruje i umiera”.*

Ks. Jan Kaczkowski

Podmiotowość jako cecha kojarzy się najczęściej z autonomią, niezależnością, samodzielnością, zdolnością do decydowania, wyboru, możliwością wpływania na wszystko co dotyczy mnie jako osoby, samosteroownością, kreowaniem swojego życia, odpowiedzialnością za wybory, decydowaniem o jakości życia, o relacjach z innymi ludźmi. Zagadnienie bardzo szerokie, a jednocześnie bardzo istotne, ponieważ odnoszące się do istoty bycia **Osobą, Podmiotem** w każdym aspekcie naszego życia, niezależnie od wykształcenia, statusu społecznego, światopoglądu, kręgu kulturowego, wykonywanego zawodu.

Biorąc pod uwagę to zagadnienie, chciałabym na nie spojrzeć i poddać analizie z dwóch perspektyw: pacjenta i opiekuna. Dlaczego taki zakres? Ponieważ w mojej ocenie ścieranie się tych dwóch perspektyw w kontekście choroby jest bardzo złożonym i istotnym zjawiskiem, które warto zgłębiać właśnie ze względu na podmiotowość obydwu stron. Każda choroba jest sytuacją trudną, która zaburza zaspokajanie podstawowych potrzeb, pełnienie ról społecznych, ogranicza samodzielność i powoduje różny stopień zależności od innych. Można by rzec – wpływa na naszą podmiotowość. Zanim przejdę do szczegółowej analizy podmiotowości pacjenta i opiekuna w kontekście konkretnych zaburzeń, chcę zwrócić uwagę na zagadnienia, które w mojej opinii, są bezpośrednio związane z podmiotowością pacjenta.

Holistyczne podejście do pacjenta zakłada zainteresowanie całą osobą, w kontekście jej potrzeb bio-psycho-społecznych. Takie podejście niesie za sobą jeszcze inne konsekwencje, a mianowicie, pacjent nie jest „biernym odbiorcą świadczonych względem niego usług [...], ale osobą centralną, świadomie i w pełni uczestniczącą w umacnianiu swego zdrowia i w procesie powrotu do niego” [1]. Pacjent jest więc **podmiotem**, co oznacza, że jest podstawą, ośrodkiem

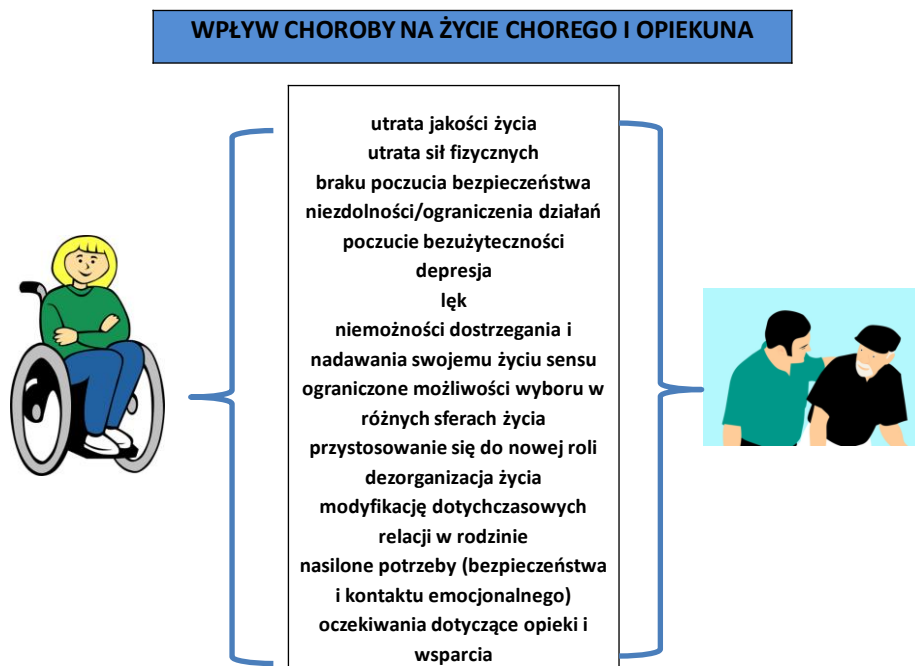
aktywności, osobą, bytem osobowy przeciwstawianym rzeczy lub przedmiotowi [2]. Każdy pacjent jest jedyny i niepowtarzalny i w związku z tym „wymaga innego podejścia, różnych technik terapeutycznych, diety, środków farmaceutycznych, podejścia psychoterapeutycznego i respektowania kulturowych uwarunkowań sposobów chorowania i leczenia. Każdy też ponosi sam odpowiedzialność za własne zdrowie i ma ukryte siły autolecznicze, które trzeba „wydobyć” [3].

Z podmiotowością kojarzą się także inne określenia jak, autonomia, niezależność, **jakość życia**. Szczególnie to ostatnie jest ważne przy rozważaniu podmiotowości pacjenta, ponieważ „odwołuje się do subiektywnego poczucia zadowolenia, doświadczanego i/lub wyrażanego przez jednostkę: nawiązuje do wszystkich sfer osobowości (fizycznej, psychologicznej, socjalnej, duchowej) i od każdej z nich jest uzależniona. Jakość życia definiowana jest również jako subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej, w kontekście własnych potrzeb i możliwości. Jak to wszystko odnieść do sytuacji opiekuna chorego? O zadaniach personelu medycznego, o sposobie traktowania pacjenta napisano bardzo dużo. Na podkreślenie zasługuje fakt, że podejście do pacjenta znalazło swoje miejsce w etyce zawodowej „medyków”. Ale co z opiekunem „nieprofesjonalnym”, najczęściej tym z najbliższego otoczenia czy rodziny pacjenta? Pochylamy się nad podmiotowością pacjenta, a mnie przychodzi do głowy pytanie: co z podmiotowością opiekuna?

Choroba w znacznym stopniu determinuje życie jednostki i jego rodziny. „W warunkach choroby dochodzi do utraty jakości życia, sił fizycznych, braku poczucia bezpieczeństwa, niezdolności do jakichkolwiek działań, a więc bezużyteczności, depresji, lęku, niemożności dostrzegania i nadawania swojemu życiu jakiegokolwiek sensu. Jakość życia osoby chorej związana jest z możliwościami wyboru w różnych sferach życia, pozostaje jednak w dysproporcji z możliwościami wyborów człowieka zdrowego. Człowiek będący w sytuacji choroby skazany jest na przystosowanie się do roli chorego, zależnego od innych. Choroba dezorganizuje życie nieraz na bardzo długi okres, wymusza modyfikację dotychczasowych relacji w rodzinie. Nasila potrzeby, szczególnie bezpieczeństwa i kontaktu emocjonalnego. Stwarza cały system oczekiwań osoby chorej, dotyczących opieki i wsparcia. Radzenie sobie z chorobą oraz efektywność podejmowanych strategii mają wpływ na poziom dobrostanu pacjenta” [1].

Sytuacja choroby stwarza niebezpieczeństwo dla podmiotowości pacjenta, ponieważ często ogranicza go w zakresie samodzielnej realizacji podstawowych potrzeb. „Jeżeli będziemy odnosić się do pacjenta jako do bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i fizycznego”, to powinniśmy go „traktować indywidualnie, z uwzględnieniem jego

podmiotowości oraz potrzeb psychospołecznych” [1]. W tym miejscu widzimy kontekst pacjenta, ale czyż nie można postawić znaku równości pomiędzy wpływem choroby na pacjenta i na opiekuna? Próbą zestawienia tych dwóch światów jest poniższy schemat.



Rycina 1. Wpływ choroby na życie pacjenta i opiekuna – opracowanie własne

Z powyższego schematu wynika, że choroba wpływa na te same aspekty życia zarówno chorego, jak i opiekuna. Powinniśmy zdawać sobie sprawę, że najczęściej choroba trwa długo i trwale wpływa na sposób funkcjonowania obydwu stron. Choroba jako sytuacja trudna, a zarazem nowa zaburza poczucie bezpieczeństwa, wprowadza w stan niepewności, powoduje wejście w nowe role. Z czasem prowadzi do utraty sił fizycznych, a stąd blisko do ukształtowania poczucia bezużyteczności, dezorganizacji, utraty sensu życia. Aby łagodzić te zmiany bardzo istotna jest rola profesjonalistów: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów i innych specjalistów mających kontakt z chorym i jego rodziną.

Dużym zagrożeniem dla podmiotowości pacjenta jest fakt, że „często świat medyczny staje się światem przedmiotów, wyników, parametrów, specjalistycznego sprzętu. To sprzyja obiektywizacji obrazu choroby, dostarcza wyników badań, hipotez patofizjologicznych i wskazówek w zakresie różnicowania przyczyn, ale jednocześnie stanowi niebezpieczeństwo zaniedbania człowieka jako osoby” [4]. Jest to sytuacja, w której trudno jest odnaleźć się samemu choremu, ale także osobom mu towarzyszącym. Silne emocje związane z procesem diagnostycznym, z oczekiwaniem na ostateczny wynik badań, sposób, w jaki zakomunikowano

diagnozę, proponowane metody leczenia i rokowanie, to pierwsze sytuacje, kiedy pacjent i opiekun muszą się odnaleźć i sobie poradzić. Już w tym momencie może pojawić się pierwszy mur – brak **dostępu do informacji o chorobie** osoby bliskiej. A. Sieńko [5] stawia trafne pytania: (...) w jaki sposób osoba bliska ma się opiekować chorym bez informacji o szczegółach tej choroby? Jak ma dbać o leczenie chorego bez zaleceń od lekarza? Skąd opiekun ma wiedzieć, kiedy należy chorego umówić na badanie lekarskie? Innym problemem jest udzielenie choremu pomocy w sprawach urzędowych, prowadzeniu korespondencji itd. [...]. Kłopotem okazują się sprawy najbliższe nie tylko choremu, lecz jego otoczeniu, tzw. sprawy bieżące, codzienne. Dowiedzenie się o stanie zdrowia bliskiego, uzyskanie informacji o rokowaniach, odebranie renty czy emerytury, przyjęcie korespondencji nawet poleconej urasta do poważnego kłopotu, zahaczając nawet o odpowiedzialność karną. Zdecydowanie brakuje w systemie prawa unormowania kompleksowego na wypadek choroby uniemożliwiającej choremu samodzielne troszczenie się o własne sprawy. Autorka pisze, że taka sytuacja jest „*swego rodzaju odarciem z podmiotowości. To odarcie polega na tym, że ani chory, ani nikt z jego bliskich nie mają swobody w działaniu*” [5].

Podmiotowe traktowanie pacjent, to także **przestrzeganie jego praw**. Z przykrością można jednak podać „*przykłady świadczące o przedmiotowym traktowaniu pacjentów – nierespektowanie praw, a w szczególności prawa do szacunku, intymności i informowaniu – brak kontaktu osobowego z chorym – traktowanie pacjenta jako jednostki chorobowej – zbywanie potrzeb pacjentów lub ich pomniejszanie – niegrzeczne odnoszenie się do chorego – pozostawienie chorego samemu sobie – zaniedbywanie sfery psychicznej i duchowej, zwłaszcza u chorych leżących – brak zainteresowania ze strony rodziny*”. [4].

Przyjrzyjmy się zatem, jak przedstawia się sytuacja praw pacjenta oraz status prawny opiekuna. „*Prawa pacjenta są pochodnymi praw człowieka. Co za tym idzie, ich respektowanie nabiera szczególnego znaczenia zarówno moralnego, jak i prawnego*” [6,7]. Katalog praw pacjenta zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przedstawia się tak jak zobrazowano w Tabeli I.

Świadomość swojego statusu prawnego jest bardzo ważna z perspektywy osób towarzyszących pacjentowi. Ustawa określa, że **opiekunem faktycznym** jest osobowa sprawująca, bez ustawowego obowiązku, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny wymaga takiej opieki [8].

W praktyce opiekunem faktycznym może być sąsiad pacjenta, który robi mu zakupy, pomaga w przyjmowaniu leków, mimo iż nie jest z nim spokrewniony, ani nie jest jego prawnym opiekunem

Tabela I. Zestawienia praw pacjenta – opracowanie własne na podstawie [6,7]

Prawa pacjenta	Zakres praw
Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych (art. 6-8 u.p.p.);	• świadczenia oparte na aktualnej wiedzy medycznej • kryterium dostępu do świadczeń zdrowotnych jest jedynie stan zdrowia pacjenta
Prawo pacjenta do informacji (57art. 9-12 u.p.p.)	• informacja powinna być pełna, przekazana w sposób przystępny i zrozumiały • pacjent może upoważnić do dostępu do informacji o swoim stanie zdrowia nawet kilku osobom • tzw. przywilej terapeutyczny, co oznacza, że lekarz przy niepomyślnym rokowaniu może nie przekazać chorem wszystkim informacji, natomiast obowiązany jest je przekazać przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej • naruszeniem prawa jest nieudzielenie informacji • informowanie o prawach pacjenta
Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (art. 12a u.p.p.);	• pacjent/przedstawiciel ustawowy/osoba upoważniona może zgłosić działanie niepożądane produktu leczniczego osobom wykonującym zawód medyczny lub określonym instytucjom
Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych (art. 13-14 u.p.p.);	• przysługuje każdemu pacjentowi automatycznie • związane jest z zachowaniem tajemnicy zawodowej przez personel medyczny • pacjent lub przedstawiciel może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy • są okoliczności związane z wyłączeniem obowiązku zachowania tajemnicy informacji (przepisy innych ustaw, zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta/innych osób)
Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 15-19 u.p.p.);	• prawo do decydowania o samym sobie • pacjent nie może być zmuszony do poddania się świadczeniom zdrowotnym
Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta (art. 20-22 u.p.p.);	• „Poszanowanie godności istoty ludzkiej jest kardynalnym prawem człowieka. Jak słusznie stwierdzono w judykaturze godność osobista jest jednym z aspektów szerszego pojęcia, jakim jest cześć człowieka. Godność osobista jest dobrem osobistym, związanym ze sferą

	<i>osobowości, konkretyzującym się w poczuciu własnej wartości i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi.”</i> • prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego • naruszeniem tego prawa jest wypraszanie osób bliskich z gabinetu • zachowanie intymności w sali wieloosobowej • przy udzielaniu świadczenia dopuszczalna jest wyłącznie obecność osób niezbędnych
Prawo do dokumentacji medycznej (art. 23-30a u.p.p.);	• pacjent lub upoważniona osoba mają prawo dostępu do dokumentacji medycznej (wgląd, odpisy, wyciągi, kopie, wydanie oryginału za pokwitowaniem) • pacjent ponosi koszty wykonania kopii, wyciągów, odpisu • niewydanie dokumentacji pacjentowi uprawnia go do wniesienia skargi na bezczynność do sądu administracyjnego
Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (art. 31-32 u.p.p.);	• prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, które ma wpływ na jego prawa lub obowiązki • sprzeciw wnosi się do Rzecznika Praw Pacjenta
Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33-35 u.p.p.);	• prawo do kontaktu (lub do odmowy) osobistego, korespondencyjnego i telefonicznego z innymi osobami • prawo do skorzystania z dodatkowej opieki pielęgniarstwa w zakresie wykraczającym poza udzielnymi świadczeniami zdrowotnymi
Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36-38 u.p.p.);	• placówka ma obowiązek umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym swojego wyznania
Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39-40 u.p.p.).	• prawo to dotyczy przechowywania rzeczy wartościowych

Jak słusznie podkreślono w doktrynie, opiekunem faktycznym będzie nie tylko ten, kto wykonuje czynności paramedyczne, w rodzaju podawania leków lub pielęgnacyjne przy osobie z postępującym otępieniem lub nieprzytomnej po wylewie krwi do mózgu. W pojęciu tym zmieści się także ten, kto regularnie przynosi zakupy, przyrządza posiłki i zamiata podłogi sąsiadce, pełnosprawnej intelektualnie, lecz pozostającej w domu po urazie nogi, z powodu

zmian zwyrodnieniowych w stawach kolanowych lub innego ograniczenia funkcji motorycznych, względnie np. z powodu fobii społecznej i lęków. Jeśli pewnego dnia, z jakichkolwiek powodów, owa sąsiadka utraci możliwość samodecydowania, opiekun automatycznie nabędzie m.in. uprawnienie, by udzielić zgody na jej zbadanie przez lekarza [9]. Natomiast **osobą bliską** dla pacjenta może być: małżonek, krewny lub powinowaty (rodzina współmałżonka) do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu (potocznie: konkubent) lub osoba wskazana przez pacjenta. W katalogu osób bliskich warto zwrócić uwagę na „osobę wskazaną przez pacjenta”, może to być bowiem osoba, z którą pacjenta łączy jedynie przyjaźń. Nie ma w tym miejscu wymogu, który jest często praktykowany w podmiotach leczniczych, podania stosunku zależności pomiędzy pacjentem a wskazaną przez niego osobą jako osobą bliską. Terminem często stosowanym przez prawodawcę w omawianej ustawie, aczkolwiek niemającym w niej definicji, jest **przedstawiciel ustawowy**. Zgodnie z normą zawartą w art. 98 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego przedstawicielami ustawowymi dziecka są rodzice, z których każde może działać samodzielnie [10]. Świadomy pacjent i świadomy opiekun będą potrafili skutecznie zadbać o siebie w tak trudnej sytuacji oraz będą mogli zapobiec sytuacjom zmierzającym do uprzedmiotowienia pacjenta w procesie diagnozy i leczenia.

„Całościowe podejście do pacjenta [...] oznacza [...] uwzględnienie w postępowaniu z pacjentem: procesu chorobowego, stanu psychicznego, a także czynników, które stan ten warunkują (m.in.: percepcji sytuacji choroby, sytuacji rodzinnej oraz zawodowej pacjenta, jego planów na przyszłość)” [1]. Jest to bardzo szeroka perspektywa spojrzenia na sytuację pacjenta, wykraczająca poza obszar medyczny. To takie spojrzenie na sytuację chorego „z lotu ptaka”, pozwalająca widzieć osobę chorą i osoby jej towarzyszące w konkretnym miejscu i czasie, osadzoną w konkretnych realiach rodzinnych, zawodowych. Takie spojrzenie na pewno sprzyja podmiotowemu traktowaniu, ponieważ opiera się na szczegółowym i całościowym poznaniu pacjenta.

Przejawem podmiotowego traktowania pacjenta i opiekuna stanowi jakość i „sposób porozumiewania się z pacjentem. Komunikacja z łac. *communicatio* oznacza wymianę, łączność, rozmowę [11]. Jest to przekazywanie myśli, treści emocjonalnych pomiędzy nadawcą a odbiorcą. Przebiega na poziomach: niewerbalnym – postawa ciała, gesty, mimika, intonacja wypowiedzi i werbalnym – przekazywane słowa. Naczelne miejsce w komunikacji niewerbalnej zajmuje dotyk, bowiem podczas badań oraz zabiegów pielęgnacyjnych umożliwia poznanie kondycji zdrowotnej pacjenta. Dotyk posiada również wartość symboliczną, oznacza troskę, wsparcie. Istotnym elementem jest także utrzymywanie kontaktu wzrokowego, bowiem

spojrzenie oznacza zainteresowanie, dodaje otuchy, natomiast unikanie wzroku może powodować u pacjenta podejrzenia, iż coś się przed nim ukrywa. Również intonacja wypowiedzi, tempo mówienia są bardzo ważnymi wskaźnikami przeżywanych emocji oraz stosunku do rozmówcy [12,13]. Lekarze, pielęgniarki i pozostały personel medyczny z racji wykonywanych zabiegów, badań, czynności higienicznych, rehabilitacyjnych porusza się w najbliższej sferze pacjenta. Dotyka go, widzi obnażonego, czasem zdeformowanego, schorowanego, całkowicie bezradnego i zależnego od innych. Ile trzeba mieć w takiej sytuacji profesjonalizmu, ale i wrażliwości, aby nie zachwiać poczucia bezpieczeństwa, zaufania i w takiej sytuacji świadczyć usługi na najwyższym poziomie. Jest to ogromne wyzwanie, któremu można sprostać tylko wtedy, kiedy w pacjencie widzimy Osobę - Podmiot z całym wachlarzem jego potrzeb i praw.

W preambule Deklaracji Praw Człowieka ONZ czytamy: *"Uznanie przyrodzonej godności i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej jest podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju świata"* [14]. Biesaga pisze, że *„wrodzona, a nie nadana człowiekowi godność, stanęła u podstaw wszelkich innych uprawnień ludzkich. Nakreśliła ona również granice wolności i samowoli człowieka wobec człowieka.”* [15] To stwierdzenie stoi na straży obrony podmiotowości pacjenta i jego opiekuna. Niestety w czasach dzisiejszych nie brakuje przykładów poglądów, stanowisk dążących *„do wykluczania pewnych ludzi z grona osób, pozbawienia ich godności i podmiotowości ludzkiej, a tym samym należnych im uprawnień”* [15]. Stanowisko to szerzy się szczególnie w anglosaskiej debacie bioetycznej (Peter Singer, Hugo T. Engelhardt, John Harris, Ursula Wolf, Norbert Hoerster, Joel Feinberg, Mary Warren, Michael Tooley i inni). Hugo T. Engelhardt prezentując stanowisko laickiej bioetyki: *"Nie wszyscy ludzie są osobami. (...) Nie wszyscy ludzie są samoświadomi i rozumni (...). Płód ludzki, noworodki, upośledzeni umysłowo, będący w głębokiej śpiączce – są przykładami ludzi, którzy nie są osobami"* [16]. Do grupy tej zalicza również ludzi zniedołężniałych w podeszłym wieku oraz ogólnie tych, którzy nie są zdolni do autonomii, do odpowiedzialności moralnej, nie potrafią się stać uczestnikami wspólnoty społecznej i moralnej [16]. Podobny sposób rozumowania stosuje się, zmierzając do pozbawienia podmiotowości i prawa do życia ludzki ciężko chorych i starych. Zdaniem Engelhardta *"niewłaściwie funkcjonujący układ nerwowy i mózg, a także mocno zaawansowane procesy starzenia (np. mocno zaawansowana miażdżyca) sprawiają, że w podeszłym wieku człowiek nie może być świadomym i aktywnym uczestnikiem kontraktu moralnego. Ludzie w tym stanie tracą przywilej bycia osobą i funkcjonują na poziomie ludzkiego życia biologicznego"* [17]. Kiedy jakość życia ludzi starych jest zbyt niska [18] stają się oni byłymi osobami. Społeczność może się zaopiekować tymi zdefektowanymi

organizmami, ale nie jest do tego zobowiązana moralnie. Teolog protestancki Joseph Fletcher, opublikował piętnaście tzw. wskaźników człowieczeństwa, którymi mają być między innymi: samoświadomość, rozumienie przyszłości i przeszłości, zrównoważenie emocjonalne, zdolność do panowania nad sobą, zdolność nawiązywania kontaktów z innymi, umiejętność troski o innych – mnożą się przeróżne kryteria, którymi chce się podważyć wartość życia ludzkiego i wykluczyć z prawa do życia coraz szersze kręgi ludzi [16]. Tzw. zasada jakości życia staje się coraz wyraźniej zasadą wykluczającą pewne grupy ludzi ciężko chorych czy niepełnosprawnych z prawa do leczenia i z prawa do życia. Jako wskaźniki niskiej jakości życia wymienia się różnorodne **ciężkie schorzenia, stany utraty świadomości, stan terminalnej choroby, stan wegetatywny, jak również niezdolność dokonywania higieny osobistej, przygotowania czy spożywania posiłku**. Na szczęście temu „nurtowi odczłowieczenia” przeciwstawiają się inni. *„Z pozycji personalizmu ontologicznego wszyscy ludzie, niezależnie od etapu rozwoju, koloru skóry, wyznania czy chorób są osobami. Każdy człowiek nosi w sobie godność bycia osobą. Obok godności osoby posiadamy godność osobowościową i osobistą (Adam Rodziński). Choroba nie niszczy godności osoby, godności ludzkiej. Nie można więc pozbawiać kogokolwiek podmiotowości i należnych mu praw moralnych. Każdy pacjent jest podmiotem, a nie przedmiotem interesów państwa czy szpitala. Medycyna, która stałaby się narzędziem selekcji i likwidacji jakichś grup pacjentów, zdradziłaby swój cel, swoją autonomię i stałaby się narzędziem nowych ideologii budowania szczęścia na ziemi kosztem najsłabszych”* [15]. Rzecznikiem godności chorych, niepełnosprawnych, dotkniętych starością, był Jan Paweł II, który w encyklice "Evangelium vitae", w liście apostolskim o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia "Salvifici doloris" oraz w licznych przemówieniach wygłaszanych z okazji różnorodnych spotkań z lekarzami, z chorymi, z ludźmi kultury i nauki, wymieniał różnorodne zagrożenia podmiotowości człowieka dotkniętego niepełnosprawnością, starością czy ciężką chorobą [19]. *"Tak zwana «kultura dobrobytu» [...] często niesie z sobą niezdolność dostrzeżenia sensu życia w sytuacjach cierpienia i ograniczenia, jakie towarzyszą zbliżaniu się człowieka do śmierci”*.

W dalszej części opracowania skupię się na wybranych grupach pacjentów, u których ze względu na specyfikę zaburzeń istnieje spore zagrożenie dla ich podmiotowości, co może być także szczególnie trudne dla opiekunów. Dobór grup pacjentów nie jest przypadkowy. Po uświadomieniu sobie istoty i specyfiki ich zaburzeń, można wyodrębnić obszary funkcjonowania, w których istnieje niebezpieczeństwo naruszenia podmiotowości pacjenta oraz obszary szczególnie wrażliwe i trudne dla opiekuna. Poniższa tabela przedstawia powyższe zagadnienia.

Tabela II. Zestawienie istoty i specyfiki wybranych grup schorzeń – opracowanie własne

Grupy schorzeń/zaburzeń	Istota zaburzeń	Specyfika wynikająca z zaburzeń
Zaburzenia psychiczne	• zmiany chorobowe w zakresie myślenia, świadomości, intelektu, woli, uczuć, działania i innych funkcji psychicznych, prowadzących do znacznych niekiedy zaburzeń zachowania w środowisku społecznym [20] • klinicznie stwierdzalne objawy lub zachowania połączone w większości przypadków z cierpieniem i z zaburzeniami funkcjonowania indywidualnego [21] • ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem zainteresowania psychiatrii klinicznej. Zaburzenia psychiczne można podzielić na zaburzenia psychotyczne, w których występują urojenia, omamy, zaburzenia świadomości, duże zaburzenia emocji i nastroju łączące się z zaburzeniami myślenia i aktywności złożonej, oraz zaburzenia nie psychotyczne obejmujące: nerwice i in. zaburzenia typu nerwicowego, część zaburzeń psychosomatycznych, zespoły organiczne, zaburzenia osobowości, uzależnienia od alkoholu i in. substancji, niektóre dewiacje seksualne [22]	• cierpienie pacjenta • objawy wytwórcze • zaburzenia świadomości • zaburzenia emocji • zaburzenia zachowania • zaburzenia procesów poznawczych • zaburzenia osobowości
Niepełnosprawność intelektualna	• istotnie niższy poziom funkcjonowania intelektualnego współlistnieje z ograniczeniami w zakresie zachowania przystosowawczego [23] • powstaje w okresie rozwojowym, początek tego stanu musi wystąpić przez 18 rokiem życia • spowodowane jest wieloma czynnikami, przy czym im głębszy stopień niepełnospra-	• obniżony poziom inteligencji • ograniczenia w sferze poznawczej • ograniczenia w sferze emocjonalnej • zaburzenia funkcjonowania społecznego • różny poziom zależności od opiekunów • brak zaradności życiowej

	wności intelektualnej tym częściej wykrywane są przyczyny organiczne • nie jest chorobą w sensie medycznym, ani zaburzeniem psychicznym, jest stanem ujawniającym się w zachowaniu jednostki • jest stanem, w którym ograniczone jest aktualne funkcjonowanie jednostki • przy odpowiednim wsparciu funkcjonowanie osoby z niepełnoprawnością intelektualną można polepszyć.	• trudności/brak możliwości przewidywania skutków swoich działań • ograniczenia w zakresie czynności dnia codziennego • labilność emocjonalna
Demencja	• schorzenie, w którego przebiegu dochodzi do rozmaitych zmian zwyrodnieniowych, degeneracyjnych oraz zanikowych różnych tkanek mózgu • u pacjenta dochodzi do postępującego upośledzenia funkcji intelektualnych: problemów z pamięcią, spowolnienia myślenia oraz różnego rodzaju zaburzeń zachowania [24] • postępujące osłabienie funkcji poznawczych, takich jak: pamięć, myślenie, orientacja, liczenie czy zdolność rozumienia	• zanik pamięci. • problemy z orientacją w czasie i przestrzeni, • utrata zdolności uczenia się, • zanik umiejętności rozpoznawania rzeczy i osób, • zanik umiejętności właściwej oceny sytuacji i podejmowania decyzji, • trudności w mówieniu, • problemy z liczeniem, • apatia i wahania nastroju, • drażliwość, • agresja, • lęk.
Choroby nowotworowe	• rozrost patologicznych komórek nowotworowych o bardzo zróżnicowanej lokalizacji w organizmie człowieka	• ogromne zróżnicowanie objawów • rokowanie od pomyślnego do śmiertelnego • przebieg o charakterze przewlekłym (okresy zaostreżeń i remisji) • diagnoza kojarząca się z umieraniem • lęk przed śmiercią • w przypadku rokowań niepomyślnych rosnąca zależność od opiekunów
Niepełnosprawność ruchowa	• stan człowieka znajdującego się w sytuacji obniżonych możliwości motorycznych ciała, związany z różnorakimi	• ogromne zróżnicowanie objawów oraz sprawności pacjenta

	uszkodzeniami kończyn, o bardzo zróżnicowanym pochodzeniu np. zmiany rozwojowe w okresie płodowym choroby, wypadki [25]	• różny poziom zależności od opiekunów • stan pacjenta często zależny od przyczyny niepełnosprawności • może mieć charakter wrodzony lub nabyty • zwykle wymaga sprzętu pomocniczego i specjalistycznego rehabilitacyjnego • powoduje ograniczenia we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka

Na podstawie powyższego zestawienia można wyodrębnić wspólne płaszczyzny, które wymagają dużej wrażliwości ze strony personelu i opiekunów, aby nie naruszyć godności i podmiotowości pacjentów. Należą do nich elementy wymienione na rycinie 2.

Zestawmy wyodrębnione płaszczyzny z poszczególnymi grupami schorzeń, zwracając szczególną uwagę na czynniki sprzyjające podmiotowemu traktowaniu chorego oraz wskazując w tym kontekście perspektywę opiekuna. Można je będzie także potraktować jako „podpowiedź” dla osób zajmujących się pacjentem (Tab. III).

Poniższe zestawienia pokazuje najważniejsze płaszczyzny, bez względu na rodzaj schorzenia, w których łatwo naruszyć podmiotowość pacjenta.

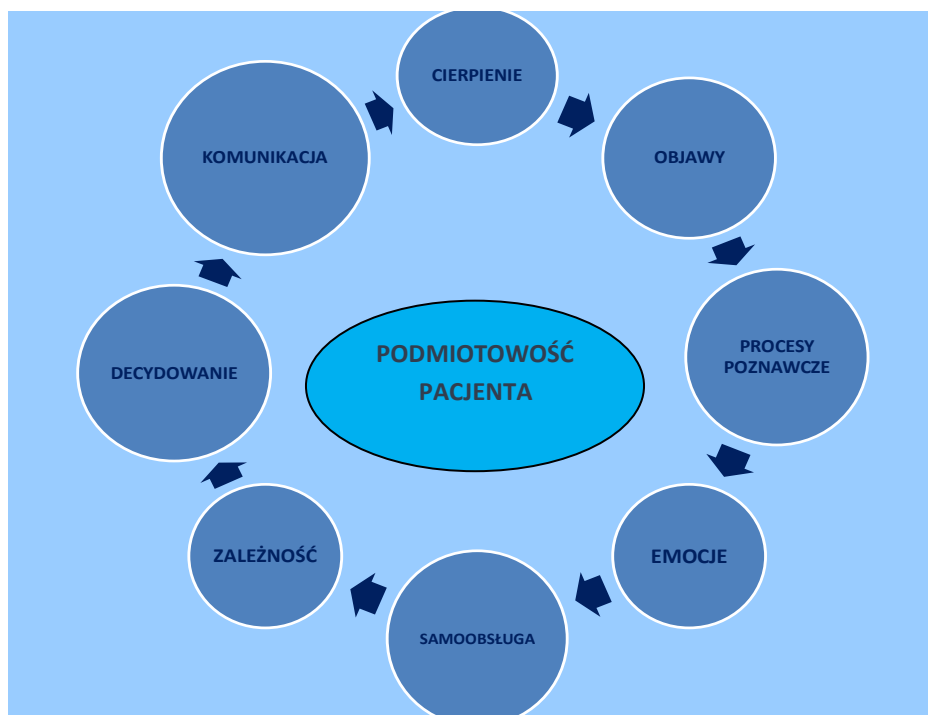
Czasem dzieje się to w sposób niezamierzony, bo wynika z niewiedzy opiekuna, czasem z chęci pomocy wynikającej z jak najlepszych intencji, ale będących w sprzeczności np. z potrzebami pacjenta.

Możemy starać się zrozumieć naszego chorego bliskiego, współczuć, pomagać w codziennym życiu, ale musimy uświadomić sobie to, że nie jesteśmy w stanie zrozumieć jak boli, jak dotkliwe potrafią być inne objawy. Nawet przy wysokim poziomie empatii jest to niemożliwe.

Inny przykład, pomoc w samoobsłudze, w czynnościach dnia codziennego.

Pamiętajmy, że wraz z postępem choroby jest to obszar, który dość długo daje choremu poczucie niezależności, autonomii, samodzielności kiedy może sam wykonać, jak mówią starsze osoby „wszystko wokół siebie”.

Chcąc pomóc – nie zabieramy tego kawałka niezależności. Najwięcej naruszeń godności i podmiotowości wynika chyba z nieprawidłowej komunikacji. Przejawów tych jest bardzo wiele. Myślę, że warto je tu przytoczyć, żeby uwrażliwić na pewne zachowania i słowa.



Rycina 2. Podmiotowość pacjenta a płaszczyzny jego funkcjonowania – opracowanie własne

Tabela III. Zestawienie czynników mających wpływ na podmiotowe traktowanie pacjenta w wybranych grupach schorzeń – opracowanie własne na podstawie [24,26,27,28]

Zaburzenie	Zaburzenia psychiczne	Niepelnosprawność intelektualna	Demencja	Choroby nowotworowe	Niepelnosprawność ruchowa
Płaszczyzna Cierpienie	Wynikające z poczucia braku zrozumienia przez otoczenie	Wynikające z poczucia bycia „innym”	Wynikające ze świadomości stopniowej utraty kontroli nad życiem, utraty kontaktu z otoczeniem	Wynikające z objawów choroby, lęku przed śmiercią	Wynikające z poczucia bycia innym, gorszym, z poczucia straty
Objawy	Bardzo zróżnicowane, sprawiające trudności diagnostyczne	Zależą od stopnia niepełnosprawności intelektualnej	Narastają wraz z postępem choroby	Bardzo zróżnicowane, ból o różnym nasileniu, uciążliwe objawy po chemioterapii oraz cały wachlarz innych zależnych od konkretnego przypadku	Zależą od przyczyny oraz stopnia upośledzenia narządu ruchu

Podmiotowość pacjenta i opiekuna w kontekście specyfiki zaburzeń

Procesy poznawcze	Zaburzenia czynności poznawczych: spostrzegania, myślenia, pamięci, uwagi	Poziom bardzo zróżnicowany, dominuje myślenie konkretno-obrazowe, pamięć krótkotrwała, uwaga niepodzielna, w przypadku głębszych stopni niepełnosprawności możliwość skupiania się na silnych bodźcach	Zanik pamięci, problemy z orientacją w czasie i przestrzeni, utrata zdolności uczenia się, zanik umiejętności rozpoznawania rzeczy i osób, problemy z liczeniem,	Prawidłowe, zaburzenia występują w późniejszym stadium leczenia na skutek przyjmowania silnych leków lub w stadium terminalnym choroby	Prawidłowe, chyba, że mamy do czynienia ze sprzężeniem z niepełnosprawnością intelektualną lub zaburzeniami OUN
Emocje	Zaburzenia stanu emocjonalnego i emocji, zachowania afektywne	Labilność emocjonalna, czasem emocje nieadekwatne do sytuacji, trudność z kontrolowaniem emocji	Apatia i wahania nastroju, drażliwość, agresja, lęk	Przed wszystkim związane z radzeniem sobie z chorobą, lęk przed śmiercią, żal, smutek, poczucie straty, depresja i inne zaburzenia wynikające z indywidualnej sytuacji pacjenta	Związane z przeżywaniem aktualnej sytuacji i umiejętnością radzenia w sytuacji trudnej oraz stopniem akceptacji niepełnosprawności
Samoobsługa	Zaburzona w zależności od występujących objawów	Na poziomie bardzo zróżnicowanym od samodzielności w zakresie czynności samoobsługowych do całkowitej zależności (tzw. pielęgnacja wychowująca)	Wraz z postępem choroby ograniczona, stopniowe zapominanie wykonywania poszczególnych czynności	Wraz z postępem choroby coraz bardziej ograniczona	Poziom bardzo zróżnicowany.
Zależność od innych	Kontrola albo izolacja, potrzebują pomocy w czynnościach dnia codziennego	Poziom zależności zależy od stopnia niepełnosprawności oraz systematyczności w pracy w kształtowaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego	Pogłębia się stopniowo aż do całkowitej	Pogłębia się stopniowo aż do całkowitej	Dla wielu z nich poczucie samodzielności i niezależności jest ważnym elementem strategii radzenia sobie z trudną sytuacją życiową
Decydowanie	Zaburzona świadoma kontrola zachowania, zaburzona	W ograniczonym zakresie, kontrola i przewidywanie konsekwencji swoich zachowań	Zanik umiejętności właściwej oceny sytuacji i	Zachowana zdolność decydowania o sobie.	Bardzo istotne, aby było one zachowane w jak największym zakresie, są to

Podmiotowość pacjenta i opiekuna w kontekście specyfiki zaburzeń

	zdolność przewidywania a konsekwencji swoich zachowań, czasem ograniczone formalno-prawnie	zaburzone, czasem ograniczone formalno-prawnie	podejmowania decyzji		osoby w dużej mierze zdolne do podejmowania decyzji
Komunikacja	Utrudniona przez występowanie zróżnicowanych objawów. Potrzeba nawiązywania i podtrzymywania kontaktu, udzielania informacji zwrotnej. Ułatwienie wyrażania emocji w stosunku do innych	Utrudniona ze względu na ograniczenia intelektualne, ubogi zasób słów. Bogata na poziomie niewerbalnym	Trudności w mówieniu, postępujące trudności w rozumieniu komunikatów	Zaburzona ze względu na objawy choroby, na sposób radzenia z chorobą, czasem wycofywanie się, przeżywanie swojego stanu w samotności, żeby nie obciążać bliskich	W większości przypadków zachowana, trudności wynikają przede wszystkim ze sposobów radzenia sobie z niepełnosprawnością, stresem oraz jakości relacji z otoczeniem
Opiekun	Trudność z akceptacją zachowań odbiegających od przyjętych norm, mierzenie się ze stygmatyzacją w środowisku, „chroniąca kontrola”, przeciążenie, brak poczucia bezpieczeństwa, radzenie z emocjami	Trudność z akceptacją niepełnosprawności, niebezpieczeństwo o traktowania „jak dzieci”, nadmierna kontrola, zmęczenie opieką, poczucie, że zdani są na niego do końca życia, radzenie z emocjami	Trudności z akceptacją tego, że staje się coraz bardziej obcy dla osoby bliskiej, narastające zmęczenie, poczucie wyczerpania, życie ze świadomością, że będzie tylko gorzej, radzenie z emocjami	Trudności z pogodzeniem się z chorobą bliskiej osoby, poczucie bezsilności, lęk przed śmiercią bliskiej osoby, ogromne obciążenie psychiczne	Istotny stopień akceptacji niepełnosprawności, wiedza na temat sprzętu ułatwiającego życie i rehabilitację, wiedza na temat pielęgnacji i opieki, niebezpieczeństwo uszkodzeń kręgosłupa w związku z podnoszeniem i pomocą w przemieszczaniu się, radzenie z emocjami

Przedmiotowym traktowaniem pacjenta i jak podaje literatura, „wykroczeniem przeciwko godności chorego” są następujące zachowania [26]:

- uspokajanie chorego, bagatelizowanie jego niepokoju,
- ocena myśli i zachowań pacjenta.
- wyrażanie zgody na wszystkie zachowania pacjenta,
- mówienie pacjentowi, co ma robić,

- wypytywanie pacjenta,
- ocenianie „jak radzi sobie z chorobą,
- pomniejszanie znaczenia wyrażanych uczuć,
- stereotypowe komentarze, frazesy,
- zaprzeczanie istnieniu problemu,
- zmiana tematu w trakcie rozmowy,
- niesłuchanie pacjenta,
- lekceważenie, wyśmiewanie,
- zdradzanie tajemnic pacjenta
- narzucanie swojego zdania i inne.

Zajmijmy się teraz osobą opiekuna jako podmiotu, który będąc w tej roli, świadomie się jej podjął i w niej funkcjonuje. Taki opiekun to osoba, która:

- posiada wiedzę na temat schorzenia podopiecznego,
- posiada umiejętności, ułatwiające opiekę i pomoc choremu,
- umie opiekować się drugą osobą z zachowaniem własnego bezpieczeństwa,
- odpoczywa systematycznie i dba o swoją regenerację,
- czuje siebie i swoje potrzeby,
- rozpoznaje objawy zmęczenia i przeciążenia,
- sięga po wsparcie.

Tak powinno być, tak powinien funkcjonować opiekun, ale życie pokazuje co innego. U opiekunów dominuje postawa poświęcania się, rezygnowania z siebie, ze swoich potrzeb, permanentne zmęczenie, próba poradzenia samodzielnie ze wszystkimi problemami, brak odpoczynku, a z czasem postawa, że „jeżeli ja tego nie zrobię, to nikt inny tego nie zrobi”. Genialną lekcję bycia opiekunem daje ks. Jan Kaczkowski w książce „Żyć aż do końca. Instrukcja obsługi choroby”, w której tytuł rozdziału poświęconego bliskim chorego, czyli opiekunom, jest bardzo wymowny – zdrowi, ale też chorzy... Uświadamia nam, jak głębokie jest osadzenie w chorobie bliskich ich opiekunów. Przechodzą oni ze swoimi bliskimi wszystkie etapy choroby. Dla opiekuna diagnoza ciężkiej choroby także jest swego rodzaju wyrokiem. Od początku zdaje on egzamin z bliskości i podmiotowego traktowania chorego. To zgoda na towarzyszenie mu i bycie blisko w chorowaniu. *„Oczywiście składając takie zapewnienia, powinniśmy zdawać sobie sprawę, że to uczestniczenie w walce z chorobą naszego bliskiego może oznaczać bardzo duży wysiłek fizyczny i psychiczny”* [28]. Opiekun powinien też pamiętać, że jego *„subiektywne przekonanie o potrzebach chorego może być*

złudne i nietrafne”, a leczenie chorego „powinno być ustalane w dialogu: lekarz/pielęgniarka – chory – bliscy chorego”. Dobrą opiekę jest w stanie zapewnić opiekun, który ma odwagę na szczerą rozmowę z lekarzem, aby poznać faktyczny stan chorego i nauczyć się jak „*sensownie reagować w rozmaitych trudnych sytuacjach*”. Drogą donikąd w opiece nad chorym jest unikanie rozmowy na temat choroby. Wtedy zwykle działają mechanizmy obronne polegające np. na zajmowaniu się pielęgnowaniem, posiłkami i innymi potrzebami, a omijaniu istotnego tematu choroby. Według ks. Kaczkowskiego „*dobre intencje oraz przeświadczenie o swojej wszechwiedzy czy samowystarczalności, a także uparte wzbranianie się przed korzystaniem z pomocy zarówno profesjonalistów, jak i życzliwych ludzi, którzy chcieliby odciążyć nieco opiekujących się chorym, jest szkodliwe dla samych chorych i ich opiekunów*” [28]. Opiekun powinien bardzo uważać, aby oddanie choremu nie stało się udręką i nie doprowadziło do „totalnego wyczerpania”. W opiece bardzo pomocna jest „*delikatna obecność [...], która nie zmusza, nie nakazuje i nie jest zbyt opresyjna – pozostawia pewną wolność. Ale i czuwa...*”, „*trzeba być po prostu mądrze uważnym na drugiego człowieka. Z jednej strony szanować jego autonomię, z drugiej – nie pozostawiać go samemu sobie*” [28]. W tym miejscu nie może zabraknąć **Niezbędnika 3**: dla bliskich (czytaj opiekunów – uwaga autorki) chorego. Jest on jak dekalog, ponieważ zawiera 10 punktów:

1. Dla człowieka chorego obecność i pomoc jego bliskich są rzeczą bezcenną, chociaż nie zawsze potrafi to wyrazić.
2. Bliscy chorego powinni znać twarde dane o jego aktualnym stanie i rokowaniach, a także zdobyć jak największą wiedzę o chorobie i możliwościach leczenia.
3. Towarzysząc choremu człowiekowi, trzeba przede wszystkim poznać jego potrzeby i możliwości, a nie realizować własne pomysły leczenia.
4. Człowiekiem, który dowiaduje się, że choruje na ciężką, a może śmiertelną chorobę, targają silne emocje. Ważne, żeby mógł je wyrażać. Choroba i rokowania nie mogą być tematem tabu.
5. Warto zadbać o to, aby we wszystkich konsultacjach lekarskich towarzyszyła choremu bliska osoba. Stres sprawia, że wiele ważnych informacji może umknąć jego uwadze.
6. Otoczenie chorego troskliwą opieką wiąże się z koniecznością przekonstruowania sposobu życia opiekujących się nim, a także za zmianą funkcjonowania jego rodziny.
7. Bliscy chorego, opiekujący się nim, muszą nauczyć się respektować własne ograniczenia, ładować swoje akumulatory i korzystać z pomocy innych. Jeśli tego nie zrobią, sami będą potrzebowali pomocy specjalistów.

8. Absolutnym nieporozumieniem jest wyręczanie chorego we wszystkim i wyłączenie go z codziennego życia – przeciwnie, warto go aktywizować, zwłaszcza w życiu rodzinnym.
9. Bywają sytuacje, kiedy trzeba zaprzestać walki z chorobą, bo kontynuowanie terapii przynosi więcej bólu niż korzyści. Zgodzenie się na to nie oznacza, że porzucamy swojego chorego.
10. Jeśli stan chorego się pogarsza, najlepsze, co można dla niego zrobić, to zwrócić się do poradni medycyny paliatywnej lub hospicjum. Te placówki zapewnią pomoc, jakiej rodzina nie jest zazwyczaj w stanie udzielić.

W tych dziesięciu punktach zawarte są wskazówki dla dobrego opiekuna. Niestety niełatwo je wypełnić. Ponieważ stały kontakt z cierpiącą osobą zwykle ogranicza realną ocenę sytuacji i zachowanie zdrowego dystansu.

PODSUMOWANIE

Bycie w roli chorego oraz w roli opiekuna nie jest rzeczą łatwą. Zachowanie pewnej równowagi w codziennym funkcjonowaniu obojga jest bardzo trudne i obciążone wieloma emocjami. Często brakuje wsparcia z zewnątrz, niewystarczające są rozwiązania systemu opieki. Opieka nad chorym, dobrowolne przeorganizowanie swojego życia, aby towarzyszyć bliskiej chorej osobie są też dzisiaj niepopularne. Czasy dzisiejsze to czasy „indywidualizmu, utilitaryzmu i hedonizmu. (...) Jedynym celem, który się bierze pod uwagę, jest własny dobrobyt materialny” [19]. Tak zwana „jakość życia” jest interpretowana najczęściej lub wyłącznie w kategoriach wydajności ekonomicznej, nieuporządkowanego konsumpcjonizmu, atrakcji i przyjemności czerpanych z życia fizycznego, natomiast zapomina się o głębszych – relacyjnych, duchowych i religijnych – wymiarach egzystencji” [29]. Wartość i sens życia ocenia się przez możliwość zwiększenia stanu swego posiadania materialnego i możliwości większych przyjemności fizycznych. Nic dziwnego, że fakt choroby, cierpienia, niweczy ten ciasny świat wartości. Żyjący w nim człowiek, dotknięty chorobą czy niepełnosprawnością skłonny jest sądzić, że życie straciło sens. „W tej perspektywie człowiek ciężko chory i umierający, który potrzebuje długotrwałej i specjalistycznej opieki, postrzegany jest – z punktu widzenia kosztów i zysków – jako ciężar przynoszący straty” [30]. Tak myślące społeczeństwo zrywa z człowiekiem chorym i cierpiącym podstawowe dla jego istnienia związki międzyludzkie, w których czułby się on kochany i potrzebny.

Ten artykuł jest też próbą odpowiedzi na pytanie: czy człowiek przez starość, chorobę staje się mniej człowiekiem? Zapewne zmieniają się jego możliwości fizyczne, psychiczne, osobowościowe. Niektóre z nich są drastycznie ograniczone. W ciężkiej chorobie kurczą się zewnętrzne, fizyczne czy psychiczne przejawy jego podmiotowości. Czy jednak zanika również jego podmiotowość, jego człowieczeństwo? [19] „*Istota ludzka nigdy nie traci swej godności – podkreślają naukowcy Papieskiej Akademii «Pro Vita» – bez względu na stan fizyczny i psychiczny, w jakim może się znaleźć, ani na zdolność nawiązywania relacji z innymi. Dlatego każdy człowiek chory, niepełnosprawny, stary, umierający zasługuje stanowczo na bezwarunkowy szacunek należny każdej osobie*” [31]. „*Człowiek, nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostanie człowiekiem. Także nasi bracia i siostry, którzy znajdują się w klinicznym stanie «wegetatywnym», w pełni zachowują swą ludzką godność. Nadal spoczywa na nich miłujące spojrzenie Boga Ojca, który postrzega ich jako swoje dzieci potrzebujące szczególnej opieki*” [32]. Nie należy więc odzierać człowieka ciężko chorego i umierającego z podmiotowości, z jego człowieczeństwa. Pacjent jest zawsze człowiekiem, jest podmiotem aż do swej naturalnej śmierci. Przy końcu swego życia, jako szczególnie podatny na zranienie, tym bardziej potrzebuje podmiotowego traktowania, podobnie jak podmiotowego traktowania potrzebują osoby, które są opiekunami.

PIŚMIENNICTWO

1. Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Lewko J., Łukaszuk C. (red.): Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2005, Tom I, file:///D:/ARTYKU%C5%81%20%20PODMIOTOWO%C5%9A%C4%86%20PACJENTA%20W%20KONTEK%C5%9ACIE%20ISTOTY%20JEGO%20ZABURZENIA/tom_1.pdf (data dostępu 22.04. 2020).
2. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/podmiot.html> (data dostępu 22.04. 2020).
3. Krajewska- Kułak E., Chatzopulu A., Łukaszuk C., Leszczyńska M.: Postrzeganie pacjenta na przestrzeni wieków [w:] Krajewska -Kułak E., Sierakowska M., Lewko J., Łukaszuk C. (red.): Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2005, Tom I, file:///D:/ARTYKU%C5%81%20%20PODMIOTOWO%C5%9A%C4%86%20PACJENTA%20W%20KONTEK%C5%9ACIE%20ISTOTY%20JEGO%20ZABURZENIA/tom_1.pdf (data dostępu 22.04.2020).

4. Florek K.: W trosce – by nie zaniedbać człowieka jako osoby, [w:] Krajewska - Kułak E., Sierakowska M., Lewko J., Łukaszuk C. (red.): Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2005, Tom I, file:///D:/ARTYKU%C5%81%20%20PODMIOTOWO%C5%9A%C4%86%20PACJENTA%20W%20KONTEK%C5%9ACIE%20ISTOTY%20JEGO%20ZABURZENIA/tom_1.pdf (data dostępu 22.04.2020).
5. Sieńko A.: Podmiotowość pacjenta w przebiegu choroby, Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2017; 6(4): 129-131.
6. Sarnacka E.: Prawa pacjenta odmiennego kulturowo [w:] Pacjent odmienny kulturowo, Krajewska – Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM, Poznań 2015: 29-48.
7. Sarnacka E.: Prawa pacjenta odmiennego kulturowo [w:] Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej, Krajewska – Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM, Poznań 2016: 113-132.
8. U S T A W A z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655, 1696. art. 3 ust. 1 p. 1.
9. Konieczniak P.: Status prawny opiekuna faktycznego w prawie medycznym, Prawo i Medycyna 2014; 2, www.prawoimedycyna.pl (data dostępu 26.02.2015).
10. Ustawa z dnia 25.02.1964 Kodeks rodzinny i opiekuńczy, t.j. Dz. U. 2012 poz. 788 ze zm.
11. Kumaniecki K.: Słownik łacińsko – polski. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1983.
12. Mayerscough Ph.R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Psychologia dla lekarzy. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
13. Hogan K.: Sztuka Porozumienia. Wydawnictwo J. Santorski & Co, Warszawa 2001.
14. https://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf, (data dostępu 12.05.2020).
15. Biesaga T.: Promocja godności osoby i praw człowieka, https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/27224,podmiotowosc-osobowa-i-moralna-pacjenta (data dostępu 27.04.2020).
16. Engelhardt H.T.: The foundations of bioethics. Oxford University Press, New York 1996.
17. Hołub G.: Hugo Tristrama Engelhardta koncepcja bioetyki. Praca doktorska. Papieska Akademia Teologiczna w Krakowie, 2003.
18. Engelhardt H.T.: Death by free choice: modern variations on an antique theme [in:] Suicide and euthanasia. Brody B.A. (red). Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1989: 253

19. Biesaga T.: Podmiotowość człowieka chorującego i umierającego, https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/26451,podmiotowosc-czlowieka-chorego-i-umierajacego, (data dostępu 22.04.2020).
20. Wilczek – Rużyczka E.: Komunikowanie się z chorym psychicznie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
21. Pużyński S.: Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska* 2007; 41(3): 299–308.
22. Pużyński S.: *Leksykon psychiatrii*. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
23. <https://stopbarierom.pl/aktualnosci/niepelnosprawnosc-intelektualna/>, (data dostępu 22.04.2020).
24. https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Broszura_Alzheimer.pdf, (data dostępu 22.04.2020).
25. https://pl.wikipedia.org/wiki/Niepe%C5%82nosprawno%C5%9B%C4%87_ruchowa, (data dostępu 22.04.2020).
26. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M. (red.): *Podstawy psychiatrii dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.
27. Rutkowska E.: *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Podręcznik dla zawodowych studiów licencyjnych w zakresie pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
28. Kaczkowski J., Jabłońska K.: *Życie aż do końca. Instrukcja obsługi choroby*. Biblioteka Więzi, Warszawa 2017, tom 331.
29. Encyklika *Evangelium vitae* Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, do kapłanów i diakonów, do zakonników i zakonnic, do katolików świeckich oraz do wszystkich ludzi dobrej woli o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html, (data dostępu 22.04.2020).
30. Jan Paweł II: *Godność człowieka umierającego. Do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii "Pro Vita"*, 27 II 1999. *L'Osservatore Romano*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/cz_umierajacy_27021999.html, (data dostępu 22.04.2020).
31. *Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii "Pro Vita"* 24–27 II 1999, poświęcona godności człowieka umierającego. *L'Osservatore Romano*, wyd. pol., 1999; 4: pkt 1; http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/inne/pro_vita_27021999.html, (data dostępu 22.04.2020).

32. Jan Paweł II: Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność. 20 III 2004 – Do uczestników międzynarodowego kongresu lekarzy katolickich (zatytułowanego: Terapie podtrzymujące życie a stany wegetatywne: postępy nauki i dylematy etyczne). L'Osservatore Romano, 2004; 6: pkt 3; http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/chory_godnosc_20032004.html, (data dostępu 22.04.2020).

Obraz śmierci w kulturze i religii Polski, Słowacji i Czech

Angelika Wawros

Studentka Uniwersytetu Śląskiego, Wydział Humanistyczny

WPROWADZENIE

Niniejszy artykuł przedstawia postrzeganie śmierci w Polsce, na Słowacji i Czechach. Pokazuje, że pojęcie śmierci jest ważne, nie tylko z punktu medycznego. Artykuł składa się z trzech rozdziałów.

W pierwszym z nich omówiono pojęcie śmierci i zanalizowano jej pojęcie. Przedstawiono również różne postawy wobec śmierci.

Rozdział drugi podzielony jest na trzy podrozdziały. W każdym z nich pochyłono się nad tematyką śmierci w innym kraju: w Polsce, na Słowacji i Czechach. Pokazano różnice postrzegania śmierci w powyższych trzech sąsiadujących ze sobą krajach słowiańskich. Ostatnim rozdziałem jest podsumowanie poniższych rozważań.

MATERIAŁ I METODY

Na podstawie dostępnego piśmiennictwa z lat 1998 – 2020 dokonano analizy postrzegania śmierci w kulturze i religii krajów słowiańskich.

POJĘCIE ŚMIERCI

Każdy z nas wie, czym jest śmierć, nie każdy jednak zastanawia się nad jej aspektami i nie poddaje analizie samego pojęcia. Warto podkreślić, że człowiek kształtuje sobie swój świat indywidualnie. Wszyscy wiedzą, co to jest stół, kubek czy długopis, jednak w głowie każdego z nas, po wypowiedzeniu danego słowa pojawi się zupełnie inny obraz. Nie inaczej jest ze śmiercią.

W zależności od struktury psychiki jednostki, układów społecznych, stosunku do świata, ludzi i rzeczy oraz tego, w jakiej kulturze i w jakim kraju zostaliśmy wychowani, postrzeganie śmierci jako zjawiska jest różne.

Według Słownika języka polskiego śmierć to „zakończenie funkcji życiowych organizmu”, jednakże zagadnienie śmierci nie jest jednoznacznie ujmowane we współczesnym świecie.

Z punktu biologicznego wyróżnić można między innymi śmierć kliniczną, biologiczną lub mózgową. Granica pomiędzy życiem a śmiercią nie jest w pełni znana i dlatego nie istnieje jednoznaczna i ogólnie przyjęta definicja śmierci na płaszczyźnie biologiczno-medycznej.

Współcześnie śmierć jest pewnego rodzaju tabu. Nie rozmawia się o niej, bardzo często jest zatajana jak przed umierającym, tak i przed rodziną. Poruszanie tematu śmierci i umierania bywa czymś wstydliwym i przyjęło się, że nie należy o tym rozmawiać. Dzieje się tak, ponieważ śmierć, która obecnie jest oglądana głównie na ekranie telewizora, odbierana jest jako nierzeczywista i zbyt odległa, aby zacząć o niej myśleć [1,2].

Każdy człowiek przyjmuje zupełnie inną postawę wobec śmierci. Postawy wobec śmierci mogą przyjmować różne mechanizmy obronne, które są sposobami zwalczania napięcia. Możemy podzielić mechanizmy stosowane przez umierającego na trzy grupy [3]:

- **Odsuwające groźbę śmierci (regresja)** – cofanie się w swoich własnych reakcjach i zachowaniach do minionych, które są mniej dojrzałymi psychicznie formami, charakterystycznymi dla dziecka
- **Wypierające śmierć poza świadomość** (zaprzeczenie, represja, supresja, racjonalizacja, depersonalizacja) – usuwaniu ze świadomości umierającego faktu, z którym musi się zmierzyć (śmierć). Zaprzeczenie polega na wypieraniu, bagatelizowaniu aspektów rzeczywistości, które kojarzą się z czymś przykrym. Człowiek, który jest bezsilny wobec śmierci, musi się z tym faktem zmierzyć. Racjonalizacja polega na nieadekwatnym wyjaśnianiu przyczyn swojego zachowania, tak zwane zjawisko samooszukiwania się – człowiek broni się nieświadomie przed lękiem.
- **Podjmujące próbę kontrolowania jej** (intelektualizacja, przeciwstawianie się, sublimacja, mechanizm obsesyjno-kompulsywny).

POSTRZEGANIE ŚMIERCI

Polski obraz śmierci w kulturze i religii

Najstarszym znanym tekstem mówiącym o śmierci jest Biblia. Śmierć opisana jest w Niej jako kara od Boga za niewierność i zjedzenie zakazanego owocu.

W średniowieczu uważano, że życie po śmierci jest ważniejsze od życia doczesnego. To życie człowieka na Ziemi miało decydować o jego śmierci, jeśli żył zgodnie z panującymi zasadami – jego śmierć była lekka, jeśli był złym człowiekiem – umierał w męczarniach. W okresie renesansu ze względu na panującą zasadę *Carpe diem*, śmierć była problemem rzadziej poruszonym. Od XVI wieku wróciło przekonanie, że o zbawienie trzeba dbać przez całe życie doczesne. W XVIII i XIX wieku śmierć postrzegana była jako wybawicielka, źródło ukojenia i spokoju. Od XX wieku śmierć stała się tematem tabu, który istnieje do dnia dzisiejszego. Ludzie boją rozmawiać się o śmierci, ale bez względu na to, czy ktoś jest osobą wierzącą lub nie, godne pożegnanie zmarłego podczas ceremonii pogrzebowej jest naszą polską tradycją [2]. Polacy mają różne wyobrażenia o śmierci. Najczęściej wyobrażana jest jako czarna postać z kosą. W Polsce zmarli otaczani są szczególnym szacunkiem. Na podlaskich wsiach utrzymał się do dziś zwyczaj trzydniowego czuwania przy ciele zmarłego, który spoczywa w otwartej trumnie przy zapalonych świecach. Wszystkie lustra w domu należy zasłonić czarną tkaniną, ponieważ panuje przesąd, że gdy zmarły odbije się w lustrze, to śmierć długo nie odejdzie z tego miejsca. Do czasu powrotu z pogrzebu trzeba zatrzymać wszystkie zegary na godzinie zgonu – dzięki temu pokażemy, że czas nie ma znaczenia w tym domu, dlatego śmierć nie może stąd nikogo więcej zabrać. Do niedawna również w niektórych częściach Polski panował zwyczaj niewylewania wody, którą obmyło się zmarłego. Wierzano, że ma właściwości lecznicze [4].

Słowacki obraz śmierci w kulturze i religii

Słownik języka słowackiego (Bratysława 1964) definiuje śmierć, jako: *koniec, zanik życia, zupełne zatrzymanie wszelkich oznak życia, głównie o człowieku*. Śmierć w kulturze słowackiej jest utożsamiana z demoniczną postacią, która nazywa się *Smrtka*. Najbardziej rozpowszechnionym obrazem śmierci na Słowacji jest *Smrtka* jako ubrana na białą kobieta, zasłonięta białym prześcieradłem. W późniejszym okresie ze względu na przywoływane sceny biblijne powstał obraz śmierci koszącej życie. Przedstawiana była jako postać z kosą lub sierpem. W dwudziestym wieku śmierć przyjmuje postać kobiety ubranej na czarno. Obraz śmierci na Słowacji jest uobecniany poprzez obrzędy (np. topienie kukły zwanej *Marzanną* na wiosnę) oraz wierzenia (*Smrtka* i zoomorficzne przedstawienie śmierci w postaci kozy, zająca). Nie tylko śmierć może być przedstawiana w różny sposób. Każdy z nas ma inne wyobrażenie zarówno o śmierci, jak i o wyglądzie duszy. Nie inaczej jest na Słowacji. Dawniej Słowacy wyobrażali sobie duszę jako postać ptaka, przeważnie gołębia (jeśli dusza była dobra), a jeżeli dusza była zła, to była wyobrażana jako postać gawrona, sępa lub wrony [5].

Czeski obraz śmierci w kulturze i religii

W Czechach śmierć jest tematem tabu. Ludzie boją się mówić o śmierci, nie chcą o niej słyszeć [6]. Śmierć wyobrażana jest jako kościotrup z kosą, często pojawia się w czarnych szatach. Nazywana jest *Smrtkou*. Czasem występuje jako starzec lub starsza pani i wtedy nazywana jest *smrt'akem*. Eufemistycznie pojawia się nazwa *zubatá* (zębata) [7]. W czeskich słownikach śmierć definiuje się jako odwrotność życia, przerwanie czynności życiowych i zanik funkcji życiowych – odwołują się do człowieka jako organizmu żywego. Powiązanie śmierci z biologią w sferze języka odzwierciedla procesy, które zachodzą w społeczeństwie. Sposobem oswojenia się ze śmiercią staje się jej medykalizacja. Już nie religia, tylko nauka stała się środkiem, który pozwala się pogodzić z myślą o śmierci [8].

W Czechach panuje tzw. zaniechanie obrzędowości pogrzebowej. Pojawia się brak rytuału pogrzebowego i bardzo częste nieodbieranie urn z krematoriów. Jest to spowodowane tym, że Czechy są państwem ateistycznym, dodatki pieniężne do pogrzebów zostały zniesione, więc większość osób nie może lub nie chce sobie pozwolić na taki wydatek. Oczywiście znajdziemy na terenie Czech cmentarze, a 2 listopada jest święto – Dušičky (Dzień Zaduszny), w czasie którego Czesi, którzy uznają rytuał pogrzebowy, odwiedzają zmarłych [9].

PODSUMOWANIE

W każdym kraju panuje inne postrzeganie śmierci, nie tylko pod względem medycznym, ale również pod względem wierzeniowym i obyczajowym. Śmierć różni się w zależności od miejsca pochodzenia. W danym państwie są różne osoby, które postrzegają śmierć jeszcze inaczej, na swój sposób. Są państwa, w którym śmierć jest czymś strasznym i smutnym, a w innych krajach śmierć jest uważana za przepustkę do lepszego życia. Powyższe rozważania pokazują, że pomimo tego, że Polska, Słowacja i Czechy są krajami sąsiadującymi ze sobą, to mogą się znacznie różnić. Aspekt postrzegania śmierci jest tego dowodem. Pomyślmy sobie, jak znaczące różnice muszą się pojawić w krajach jeszcze bardziej od nas oddalonych. Ale czy to, że każdy człowiek inaczej postrzega śmierć czyni nas różnymi od siebie? Uważam, że każdy ma prawo do postrzegania i przeżywania śmierci po swojemu, a to, jak bardzo te przemyślenia się od siebie różnią przedstawiłam w powyższym artykule.

PIŚMIENNICTWO

1. Aries Ph.: Człowiek i śmierć. Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2011: 24-28.

2. Szaniawski T.: Typy postaw wobec śmierci a osobowość. Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie, Kraków 1998: 15-20.
3. Stala J., Bravena N.: Człowiek wobec bólu, cierpienia i śmierci: praca zbiorowa. Uniwersytet Papieski Jana Pawła II, Wydawnictwo Naukowe, Kraków 2013: 14-48.
4. http://wegemaluch.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1103:pani-z-kosa&catid=113:newsy&Itemid=411 (data dostępu 4.05.2020).
5. Profantová Z.: Językowy obraz śmierci na Słowacji. Etnolingwistyka: problemy języka i kultury 1997: 111-120.
6. https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/rozhovor-s-gerontolozkou-ivou-holmerovou.A140611_154940_domaci_zt (data dostępu 4.05.2020).
7. <https://proofreading.cz/perlicky-z-historie-cestiny-7-dil-tabuizovana-slova/> (data dostępu 4.05.2020)
8. https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/13439/Smierc_w_czeskich_sloownikach_red._Joanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y (data dostępu 4.05.2020)
9. Glensk U., Gawliński P.: Niechciane ciało. O zaniechaniu obrzędowości pogrzebowej w Czechach. [w:] Ciało cielesne, Konarska K (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2011: 198-203.

Cierpienie i śmierć z perspektywy żydowskiej etyki medycznej

Mirosław Twardowski

Kolegium Nauk Przyrodniczych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

WSTĘP

Etyka medyczna nie jest zawieszona w próżni – powstaje i rozwija się w konkretnych kręgach kulturowych. Niemały wpływ na jej kształt wywierają różne tradycje religijne, w których jest głęboko osadzona. Religie nie powinny być wyłączone z debat etycznych. Włączenie perspektywy religijnej do rozważań nad moralnością może być niezwykle cenne, zwłaszcza w zakresie opracowywania szczegółowych kryteriów dopuszczalności określonych praktyk medycznych, wdrażanych technologii i procedur medycznych w danych kręgach kulturowych [1].

Judaizm jest najstarszą religią monoteistyczną, opierającą się na przykazaniach, które czerpią swój autorytet z boskiego źródła. Przykazania obejmują wszystkie aspekty życia ludzkiego, a ich przestrzeganie jest podstawowym wyrazem zaangażowania religijnego wyznawcy religii żydowskiej [2]. Dla judaizmu życie ludzkie (od narodzin aż po śmierć) ma fundamentalną wartość, przysłaniającą wszystkie inne wartości.

Moralność żydowska jest oparta na przekonaniach, wedle których osoba ludzka jest święta i ma społeczną naturę [3]. Świętość stała się silnym fundamentem etyki żydowskiej. Wszystkie działania medyczne winny czerpać głęboko z przekonania o świętości istoty ludzkiej. Nie można jednak zapominać o drugim aspekcie antropologii żydowskiej – człowiek jest istotą społeczną, dlatego też wspólnota ludzka jest niezbędna dla zrozumienia prawdy o człowieku.

Zasadą najczęściej przywoływaną w debatach etycznych w środowisku żydowskim jest reguła *pikuach nefesh*, zgodnie z którą wszystkie zobowiązania religijne mogą być pominięte, gdy w grę wchodzi ochrona życia ludzkiego [1]. Współczesna żydowska etyka medyczna mocno kładzie nacisk na jego ochronę [2]. Fundamentalne postrzeganie człowieka w tradycji żydowskiej jest na wskroś egalitarne: wszyscy ludzie są stworzeni na obraz Boga, co daje im wszystkim (co do zasady) równą pozycję moralną. Każda istota ludzka posiada godność, która wynika z jej czystego „człowieczeństwa”, czyli przynależności do uprzywilejowanego gatunku

w przyrodzie. Ogólna wartość ludzkiej egzystencji leży w uniwersalnej idei szerzenia wizerunku Boga poprzez prokreację istot ludzkich. Na ewentualne różnice między ludźmi ze względu na ich status religijny można patrzeć dopiero po uznaniu i poszanowaniu podstawowej godności człowieka jako takiego.

Kwestie rozpatrywane w ramach etyki medycznej od dawien dawna są twórczo podejmowane przez myślicieli żydowskich. Korpus żydowskiej etyki medycznej (w przeciwieństwie do świeckiej etyki medycznej – najpowszechniej stosowanego systemu w świecie zachodnim) stanowi kontinuum rozważań i rozstrzygnięć sięgających kilku tysięcy lat [4].

Żydowska etyka medyczna może być niezwykle interesująca (i to nie tylko dla medyków) przynajmniej z dwóch powodów [4]. Wywodzi się ona z judaizmu – który jako najstarsza religia monoteistyczna – wpłynął na etyczne perspektywy zachodniej (chrześcijańskiej) cywilizacji. Poza tym, jako jeden z najstarszych spisanych systemów etycznych, może stanowić cenne źródło oceny dylematów moralnych współczesnego człowieka.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie w oparciu o dostępną literaturę (głównie anglojęzyczną) niektórych najważniejszych zasad leżących u podstaw żydowskiego spojrzenia na cierpienie i śmierć. Artykuł ten ma na celu jedynie zapoznanie czytelników z tym tematem i w żadnym wypadku nie wyczerpuje zagadnienia, a jedynie je sygnalizuje. Perspektywa tutaj zarysowana koresponduje zasadniczo z głównym nurtem współczesnego judaizmu – judaizmem ortodoksyjnym praktykowanym w ramach religii żydowskiej od ponad dwóch tysięcy lat.

ŻYDOWSKA TROSKA O CHORYCH I CIERPIĄCYCH (UJĘCIE HISTORYCZNE)

Etyka żydowska jest jednym z najstarszych nadal stosowanych systemów etycznych [4]. Znajdujemy na jej gruncie obszerną pisemną dokumentację odpowiedzi czołowych autorytetów żydowskich na wszelkiego rodzaju dylematy moralne. Wyłania się ona z tradycyjnej praktyki stosowania zasad prawa żydowskiego przy rozwiązywaniu dylematów moralnych [5]. *Biblia* (prawo pisane) i *Talmud* (prawo ustne) są podstawowymi tekstami, na których opierają się takie rozważania. Interpretacja fragmentów tych dzieł stanowi próbę określenia m.in. obowiązków lekarzy i praw pacjentów w obliczu trudnych wyzwań w dziedzinie moralności.

Myśl żydowska odwołuje się do Biblii, która wskazuje na znaczenie uzdrawiania jako boskiego aktu [3]. Nie znajdziemy w niej aprobaty dla zawodu lekarza, gdyż jedynym „lekarzem” jest sam Bóg. Mojżesz apeluje do Jahwe o uzdrowienie Miriam z choroby skóry (Lb 12, 9-14) i o uzdrowienie ludzi ukąszonych przez węże (Lb 21, 6-9), a Tobiasz zostaje pouczony przez anioła Rafała, jak wyleczyć ślepotę swego ojca Tobiasza (Tb 11, 7-8). Biblia *hebrajska* ukazuje więc Boga jako prawdziwego uzdrowiciela chorych. Chociaż znajdujemy w niej pewne przykłady interwencji człowieka w przypadkach choroby, zawsze są one podejmowane pod władzą i zgodnie z instrukcją samego Boga [2]. Jeśli będziemy posłuszni Bożym przykazaniom, Bóg w pierwszym rzędzie zapobiegnie chorobom [6]. Jednak biblijny Bóg również egzekwuje normy moralne, a choroba jest wymieniana jako jedna z kar, jakie wymierza za grzechy. Zrównoważenie tych dwóch perspektyw (Bóg jako współczujący uzdrowiciel i Bóg jako sędzia) jest centralnym i stałym zadaniem wszystkich Żydów, którzy opiekują się chorymi. Podobne poglądy na chorobę i leczenie odnajdujemy w literaturze talmudycznej (na przypadłość patrzy się tam albo w kontekście opatrności Bożej, albo kary Boga za grzechy) [2].

Począwszy od późnego średniowiecza, w tradycji żydowskiej nastąpiła wyraźna zmiana: od zakazu leczenia człowieka (które jest uważane za wykroczenie), poprzez tolerowanie korzystania z usług leczenia (aby zaspokoić ludzką potrzebę psychologiczną), aż do powszechnego zezwolenia na leczenie ludzi (człowiek korzysta z delegacji boskiej) [2]. Odtąd w środowisku żydowskim lekarz jest pojmowany jako delegat Boga, który daje medykowi nie tylko pozwolenie na leczenie, ale nakłada na niego pozytywny obowiązek leczenia. Wraz z obowiązkiem leczenia przez lekarza równolegle istnieje obowiązek pacjenta, by szukać pomocy medycznej. W dzisiejszych czasach w środowisku żydowskim dawna wroga postawa wobec interwencji medycznej jest już tylko echem przeszłości, a wsparcie leczenia w oparciu o zasadę świętości życia stało się powszechnie akceptowane.

PODSTAWOWE ZASADY ŻYDOWSKIEJ ETYKI MEDYCZNEJ

Chociaż dyskusje na tematy związane z etyką medyczną można znaleźć w pismach żydowskich już z czasów starożytnych, współczesne technologie medyczne stawiają zupełnie nowe wyzwania przed interpretatorami tradycji żydowskiej [5]. Kwestie etyczne są rozstrzygane przez współczesnych autorów żydowskich w różny sposób, co odzwierciedla rozmaite orientacje obecne w judaizmie i stopień surowości w interpretacji tekstów biblijnych

i talmudycznych. Duża część żydowskiej literatury etycznej pochodzi od autorów identyfikujących się z nurtem ortodoksyjnego judaizmu, w którym autorytet Boga, wyrażony poprzez Biblię i Talmud, leży u podstaw ich rozważań. W praktyce rabin, którego opinii się poszukuje, służy jako „fachowy doradca” lekarza i pacjenta, interpretujący w konkretnej sytuacji tradycyjne pisma żydowskie.

Pisma te zawierają kilka fundamentalnych zasad bioetycznych. Za Garym Goldsandem, Zahavą Rosenbergiem i Michaeliem Gordonem wymienimy najważniejsze z nich [5]:

- życie ludzkie ma nieskończoną wartość;
- starzenie się, choroba i śmierć są naturalną częścią życia;
- poprawa jakości życia jest stałym zobowiązaniem;
- ludzie powinni aktywnie działać jako odpowiedzialni zarządcy w zachowywaniu swoich ciał, które faktycznie należą do Boga;
- w celu ratowania ludzkiego życia można łamać wszelkie inne prawa (wyłączając morderstwo, kazirodztwo i publiczne bałwochwalstwo).

Wyzwaniem, z którym borykają się ortodoksyjni Żydzi w decyzjach dotyczących końca życia, jest określenie momentu, w którym traci się nadzieję na dalsze ziemskie istnienie [5]. Łagodne orzeczenia w takich przypadkach mogą się opierać równie dobrze na tych samych tekstach, co surowe orzeczenia. Jeden autorytet może postrzegać kontynuowanie leczenia jako przedłużanie życia, podczas gdy inny – jako przedłużanie śmierci. Dylemat powyższy jest powszechną cechą żydowskiego procesu decyzyjnego dotyczącego końca życia.

W rozważaniach etyków żydowskich z ostatnich kilku dekad jako priorytetowa pojawia się kwestia zakresu możliwej autonomii pacjenta przy podejmowaniu decyzji medycznych, zwłaszcza w odniesieniu do planu leczenia [7]. Kwestia ta ma swoje historyczne korzenie w pojęciu świadomej zgody – idei, że pacjent musi rozumieć ryzyko i korzyści wynikające z planu leczenia.

Współcześni myśliciele żydowscy podejmują kwestie związane z potencjalnie niebezpieczną terapią. Wypracowana zasada stwierdza, że proponowana potencjalnie niebezpieczna kuracja musi być ingerencją wcześniej przetestowaną (czyli z przewidywanym korzystnym efektem) [8]. Przez tę ostatnią rozumie się interwencję, która zakończyła się sukcesem w trzech kolejnych przypadkach. Niektóre autorytety żydowskie w przypadkach bezpośrednio zagrażających życiu zezwalają pacjentowi na poddanie się terapii, gdy szansa na wyleczenie wynosi tylko jeden do stu. W innych przypadkach wymagają pięćdziesięciu procent szans na przeżycie po terapii. Pacjent nie może i nie powinien być zmuszany do poddania się

ryzykownym zabiegom medycznym. Pozostaje całkowicie wolny przy podejmowaniu decyzji, czy poddać się proponowanej terapii, czy też nie.

Inną kwestią jest prawo pacjenta do odmowy poddania się terapii ratującej mu życie. Zgodnie z żydowską perspektywą etyczną, ponieważ Bóg obdarzył pacjenta życiem – czy człowiek tego chciał, czy nie – dar życia (w przeciwieństwie do jego dóbr materialnych) nie należy do niego [4]. Dlatego też jest on zobowiązany do usunięcia wszelkich przeszkód, które mogłyby stanowić zagrożenie dla życia.

CHORY I SPOŁECZNOŚĆ LUDZKA Z PERSPEKTYWY ŻYDOWSKIEJ ETYKI MEDYCZNEJ

Żydowska etyka medyczna nie tylko zezwala lekarzowi i całej służbie zdrowia na leczenie pacjenta, ale również nakłada taki obowiązek [4]. Obowiązek lekarzy i współpracujących z nimi osób, aby leczyć chorych, opiera się w pierwszym rzędzie na zasadzie, że wszyscy ludzie są zobowiązani do pomocy Bogu w zachowaniu i ochronie Bożej własności [6]. Bóg stworzył Wszechświat i dlatego jest właścicielem wszystkiego, w tym naszych ciał. On też pozwolił nam korzystać z nich w ciągu naszego życia, ale – jako Właściciel – nakłada również określone wymagania i zakazy, które mają na celu jak najlepsze zachowanie naszego życia i zdrowia. To wymaga, aby nie szkodzić swojemu zdrowiu i aby podejmować działania mające na celu zapobieganie schorzeniom poprzez odpowiednią dietę, ćwiczenia i higienę. Prawo Boga do naszych ciał stoi również za obowiązkiem pomagania innym ludziom w ucieczce przed chorobą, cierpieniem i śmiercią. Bóg wymaga także od nas, jako Bożych współpracowników i partnerów, działania w bieżących zabiegach leczenia.

Obowiązek leczenia nie kończy się jednak na pojedynczych osobach (lekarzach i ich współpracownikach) [6]. Za opiekę medyczną jest odpowiedzialna cała społeczność. Obowiązek opieki nad chorymi myśliciele żydowscy rozumieją jako jeden z wielu aspektów biblijnego przykazania miłości bliźniego. Myśl żydowska kładzie nacisk na interakcję między ciałem i duszą w człowieku. Bóg nie osądza ciała i duszy osoby oddzielnie, lecz jako integralną całość. W związku z tym w prawie żydowskim obowiązki gminy w zakresie wspierania leczenia obejmują nie tylko opiekę medyczną, ale także wsparcie psychologiczne, które udzielane jest w ramach żydowskiego obowiązku odwiedzania chorych. Podczas gdy każdy dobry uczynek międzyludzki spełnia ideał miłości bliźniego, tylko nieliczne akty miłosierdzia są uważane za „kroczenie drogami Bożymi” [9]. Spośród tych aktów miłosierdzia tylko dwa

zostały uznane za przejaw szacunku dla obrazu Boga w człowieku: odwiedzanie chorych i grzebanie zmarłych.

Co należy robić podczas wizyt u ciężko chorych? Elliot Dorff podaje kilka wskazówek [6]. Rodzina i przyjaciele powinni się koncentrować na tym, co może nadać sens reszcie życia pacjenta, mają go podnosić na duchu. Rozmowy z nim powinny obejmować wiele różnych tematów (także teologicznych). Sama „normalność” takich rozmów ma świadczyć o tym, że choroba nie zmniejszyła szacunku gościa do inteligencji i człowieczeństwa pacjenta, a końcówkę życia nadal można wypełniać przynoszącą korzyść rozmową. Ograniczony czas życia pacjenta w takiej sytuacji staje się oczywisty, co często motywuje wszystkich zainteresowanych, aby w swoich relacjach z rodziną i przyjaciółmi byli bardziej otwarci niż wcześniej.

Tradycja żydowska pojmuje więc opiekę zdrowotną jako wspólny wysiłek [6]. Społeczność musi zapewnić środki na opiekę medyczną, a także wsparcie ludzkie i ciepło potrzebne chorym – poprzez wypełnianie przykazania odwiedzania ich. Zarówno fizyczna, jak i psychologiczna posługa wspólnoty jest bogatym źródłem nadziei (potrzebujemy wzajemnej obecności, aby wspierać wolę dalszego życia).

LOUDZKIE PRZEZNACZENIE: INDYWIDUALNE I WSPÓLNOTOWE

Żydowskie perspektywy istotne w kontekście końca życia są następujące: ciało należy do Boga, człowiek ma zarówno pozwolenie, jak i obowiązek leczenia, ostatecznie człowiek jest śmiertelny [10]. Judaizm mocno podkreśla przy tym, że każdy z nas jest stworzony na obraz Boga i jako tacy mamy jednakową wartość. Ponieważ ciało należy do Boga, Żydzi muszą szukać tak profilaktycznej, jak i leczniczej opieki medycznej, a także postępować zgodnie z poradą eksperta, dążąc do zachowania zdrowia. Kiedy kilka form terapii jest uzasadnionych z medycznego punktu widzenia, ale oferują różne korzyści i zagrożenia, pacjent ma prawo wybrać, która z nich ma być stosowana. Z drugiej strony pacjenci nie mają prawa żądać od swoich lekarzy form leczenia, które w ocenie medyków są daremne z perspektywy medycznej. To znaczy, że lekarze, tak samo jak pacjenci, są pełnoprawnymi partnerami w opiece medycznej.

Żydowski pogląd na pełne ujawnienie informacji pacjentowi o jego śmiertelnej chorobie jest generalnie negatywny [11]. W judaizmie obowiązek ratowania i ochrony życia jest nadrzędny w stosunku do obowiązku bycia do końca prawdomównym. Ukrywanie bardzo

złych wiadomości przed pacjentem jest zatem dopuszczalne, gdyż nagłe ujawnienie może wywołać panikę lub ciężką depresję, a nawet doprowadzić do samobójstwa. Jeśli w danym przypadku konieczne jest ujawnienie takiej informacji, należy to zrobić z najwyższym współczuciem i wrażliwością.

Człowiek w końcowej fazie umierania staje się podobny do „migoczącej świecy” [6]. Na tym etapie choroby nawet poruszenie jego ciałem w celu zapobieżenia odleżynom jest zabronione, aby niepotrzebny ruch nie doprowadził do przedwczesnej śmierci. Ponieważ ciało każdego człowieka należy do Boga, pacjent nie ma prawa do popełnienia samobójstwa, a każdy, kto w tym pomaga, popełnia morderstwo [10]. Bezwzględna i nieskończona wartość, jaką judaizm przypisuje życiu, leży u podstaw obowiązku zachowania życia i zdrowia oraz wynikającego z tego zakazu przyspieszania śmierci [12]. Judaizm twierdzi jednak, że choć powinniśmy starać się leczyć i nie możemy robić niczego, co by przyspieszyło śmierć, to z drugiej strony nie powinniśmy sztucznie przedłużać procesu umierania [10]. Co więcej, zawsze musimy decydować o kwestiach medycznych z korzyścią dla pacjenta.

Wreszcie nadchodzi moment śmierci, który tradycyjnie jest zdefiniowany jako ustanie oddechu i bicia serca oraz, według wielu współczesnych autorytetów żydowskich, zaprzestanie wszystkich funkcji mózgu, w tym jego pnia [6]. Związek pomiędzy ciałem i duszą nie jest całkowicie zerwany aż do trzeciego dnia po śmierci. W tym czasie dusza unosi się nad grobem z nadzieją, że zostanie przywrócona ciału. Odchodzi ona definitywnie dopiero wtedy, gdy zaczyna się ono rozkładać. Wierzono, że to właśnie dlatego żałoba bliskich często osiąga swój emocjonalny punkt kulminacyjny trzeciego dnia po śmierci ukochanej osoby. Wiara ta nie umniejszała jednak naciskowi judaizmu, by jak najszybciej pochować ciało [9]. Tylko względy zdrowia publicznego (na przykład epidemia) mogą uzasadniać inne sposoby grzebania niż tradycyjny żydowski pochówek. Gdy jest to konieczne (m.in. dla ratowania życia i w badaniach kryminalistycznych), zezwala się na medyczne wykorzystanie ludzkich szczątków. Nigdy nie powinny być one przechowywane jako okazy anatomiczne, skremowane lub wyrzucane do śmieci.

ZAKOŃCZENIE

Religia jako ważny element tożsamości jednostek i całych społeczeństw była, jest i na zawsze pozostanie cennym źródłem do pogłębionych debat ukierunkowanych na problemy, z którymi zmagają się ludzie przy podejmowaniu ważnych decyzji moralnych. W szczególności etyka

głęboko osadzona w religii opierającej się na boskim autorytecie może wzbogacić dyskurs dotyczący sposobu rozstrzygania współczesnych dylematów moralnych we wszystkich dziedzinach medycyny, w tym kwestii związanych z cierpieniem, umieraniem i śmiercią. Etyka medyczna zbudowana na przesłankach judaizmu dostarcza wartych przemyślenia argumentów w tym temacie; i to nie tylko adresowanych do wyznawców religii żydowskiej. Coraz bardziej upowszechnia się zatomizowana wizja świata zbudowanego z jednostek, w którym liczy się przede wszystkim własna korzyść, a nie dostrzega się problemów i potrzeb innych ludzi. Żydowska etyka medyczna kreśli cenną alternatywną wizję świata, w którym poczucie godności czy autonomii jednostki równoważy się przez kontekst przypominający nam o tym, że jesteśmy na wiele sposobów związani z innymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Mathieu R.: Jewish Ethics and Xenotransplantation. *Xenotransplantation*, 2016; 23: 258-268.
2. Heyd D.: Between Humaneness and Human Rights. A Jewish Perspective on Modern Bioethics. *Studia Bioethica*, 2014; 7(1): 16-23.
3. Rozier M.: Religion and Public Health: Moral Tradition as Both Problem and Solution. *Journal of Religion & Health*, 2017; 56: 1052-1063.
4. Friedman A.N.: Medical Ethics in Nephrology: A Jewish Perspective. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 2016; 7: 2, <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=1dcfc22e-278e-4831-969a-9e9a7ba17f54%40sessionmgr4008> (data dostępu 07.04.2020).
5. Goldsand G., Rosenberg Z.R.S., Gordon M.: Bioethics for Clinicians: 22. Jewish Bioethics. *Canadian Medical Association Journal*, 2001; 2(164): 219-222.
6. Dorff E.N.: Heal Us, Lord, and We Shall Be Healed: The Role of Hope and Destiny in Jewish Bioethics. *Judaism: A Quarterly Journal of Jewish Life and Thought*, 1999; 48(2): 149-165.
7. Berger Z., Cahan R.J.: Patient Autonomy in Talmudic Context: The Patient's „I Must Eat” on Yom Kippur in the Light of Contemporary Bioethics. *Journal of Religion and Health*, 2016; 55: 1778-1785.
8. Levin M., Birnbaum I.: Jewish Bioethics? *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000; 25(4): 469-484.

9. Barilan Y.M.: Jewish Bioethics. Rabbinic Law and the Theology in Their Social and Historical Contexts. New York, Cambridge University Press, 2014.
10. Dorff E.N.: Applying Traditional Jewish Law to PVS. *NeuroRehabilitation*, 2004; 19: 277-283.
11. Rosner F.: Informing the Patient About a Fatal Disease: From Paternalism to Autonomy—The Jewish View. *Cancer Investigation*, 2004; 22(6): 949-953.
12. Sayers M.B.: Analysing risk in medicine and surgery: a traditional Jewish perspective. *Ethics & Medicine: An International Journal of Bioethics*, 2011; 3(27): 177-183.

Skutki zdrowotne katastrofy w Czarnobylskiej elektrowni jądrowej na przestrzeni 34 lat

**Maciej Jerzy Samusik, Bożena Okurowska – Zawada, Karolina Milewska,
Małgorzata Mężyńska**

Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę.” Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny, Wydział Nauk o Zdrowiu i Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

"Niech atom będzie robotnikiem, nie żołnierzem" (ukr. "хай буде атом робітником, а не солдатом") głosi napis na jednym z budynków w Prypieci. Niegdyś żywo rozświetlony neonami przypominał wzniosłe idee żyjącym w mieście 50 tysiącom ludzi. Miasto powstało 4 lutego 1970 r. w celu zapewnienia miejsca do życia pracownikom Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej, która położona była w odległości około czterech kilometrów. Dziś napis nie świeci, a tzw. „miasto widmo” od 34 lat jest kompletnie wyludnione. Pozostały tylko puste, niszczące coraz bardziej budynki. 27 kwietnia 1986 r., dokładnie 36 godzin po katastrofie w elektrowni jądrowej, podjęto decyzję o całkowitej ewakuacji miasta. Wszystkich mieszkańców zapewniano, że po upływie 3 dni wrócą do swoich domów i mieszkań. Nigdy jednak to nie nastąpiło i obecnie miasto Prypeć jest swoistym skansenem ostatnich lat przed rozpadem Związku Radzieckiego. W trakcie ewakuacji ludzie mieli mniej niż 2 godziny na zabranie najpotrzebniejszych rzeczy, dlatego w opuszczonych budynkach jeszcze do niedawna znaleźć można było rzeczy pozostawione przez uciekających w pośpiechu byłych mieszkańców. Od czasu ewakuacji miasto było regularnie plądrowane przez szabrowników i w tej chwili pozostało niewiele przedmiotów przypominających o latach świetności Prypieci. Obecnie miasto jest popularną atrakcją dla turystów z całego świata [1, 2].

OPIS ELEKTROWNI

Czarnobylska Elektrownia Jądrowa im. W.I. Lenina leży na Ukrainie na mokradłach Czarnobylskiego Polesia, nad rzeką Prypeć, we wsi Kopacze. Oddalona jest o ok. 4 km od

miasta Prypeć, 18 km na północny zachód od miejscowości Czarnobyl, 16 km od granicy ukraińsko-białoruskiej i około 110 km od stolicy Ukrainy - Kijowa. Elektrownia posiadała cztery reaktory typu RBMK-1000, każdy o maksymalnej mocy cieplnej 3200 MW [3].

Budowa elektrowni rozpoczęła się w roku 1972. Reaktor nr 1 uruchomiony został w roku 1977, po czym w roku 1978 oddany został do użytku reaktor nr 2, w roku 1981 reaktor nr 3 i w roku 1983 reaktor nr 4. W roku 1986 trwała budowa kolejnych dwóch reaktorów, nr 5 i nr 6, która została anulowana w wyniku awarii reaktora bloku 4 [3].

REAKTOR RBMK

W celu lepszego zrozumienia przyczyn katastrofy warto dokładniej poznać reaktor typu RBMK. Skrót RBMK oznacza Reaktor Kanałowy Dużej Mocy (ros. Реактор Большой Мощности Канальный). Wybudowano 17 reaktorów tego typu, wszystkie wyłącznie w granicach ZSRR, 4 z nich używane były w Czarnobylu. W dniu dzisiejszym pozostało 10 aktywnych reaktorów typu RBMK, wszystkie działają na terenie obecnej Rosji, jednak daleko im do konstrukcji z roku 1986. Przez lata były one wielokrotnie modernizowane w celu zoptymalizowania bezpieczeństwa ich eksploatacji [4, 5].

Konstrukcja RBMK ma swoje korzenie w uranowo-grafitowych reaktorach przeznaczonych do produkcji plutonu na potrzeby militarne. Charakterystyczną cechą tych reaktorów jest ich modułowość, co pozostawia szeroki wachlarz możliwości rozbudowy. Ponadto reaktor nie wymaga kosztownego wzbogacania paliwa jądrowego, czyniąc go bardzo ekonomicznym źródłem energii. Jednak wraz z eksploatacją eksponowane były rażące błędy konstrukcyjne, wpływające na bezpieczeństwo reaktora, takie jak [4, 6, 7]:

- brak obudowy bezpieczeństwa,
- dodatni współczynnik reaktywności powodujący niestabilność pracy reaktora przy małej mocy,
- niebezpieczeństwo zapłonu grafitu,
- wadliwy system awaryjnego wyłączenia reaktora
- ogólna skomplikowana obsługa systemów sterowania elektrownią.

Wszystkie te naruszenia zasad bezpieczeństwa powinny przeważać o decyzji niezwłocznego przerwania użytkowania reaktora i wykonania niezbędnych poprawek i modernizacji. Niestety mimo, że przynajmniej część obsługi elektrowni wiedziała o błędach, nie zadbano o ich usunięcie

PRZEBIEG AWARII

26 kwietnia 1986 roku w Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej przeprowadzany był test systemów bezpieczeństwa. Test, który powinien być wykonany przed oddaniem w 1983 roku reaktora do użytku, zakończył się katastrofą, mimo zapewnień konstruktorów, którzy twierdzili, że reaktor RBMK jest tak bezpieczny, że spokojnie mógłby stanąć na Placu Czerwonym w Moskwie. Jednak w trakcie wykonywania testu wyszedł na jaw szereg niedociągnięć konstrukcyjnych reaktora, potwierdzający niebezpieczeństwo jego użytkowania. Dodatkowo obsługa elektrowni świadomie wyłączyła systemy bezpieczeństwa na potrzeby wykonania eksperymentu. Część personelu przeprowadzająca test była nieświadoma wad konstrukcyjnych reaktora, a na dodatek nie była przygotowana na wykonanie eksperymentu. W efekcie około godziny 01:23 próba całkowicie wymknęła się spod kontroli, doszło do gwałtownego wzrostu mocy, stopienia rdzenia reaktora i o godzinie 01:24 nastąpiły dwa wybuchy. Warto podkreślić, że podczas awarii nie doszło do wybuchów jądrowych, jak w przypadku bomby atomowej. Najpierw nagromadzona pod ogromnym ciśnieniem para wodna rozsadziła ważącą 2000 ton pokrywę reaktora, odsłaniając go. Drugi wybuch nastąpił z powodu nagromadzonego wodoru, który uległ zapłonowi. Kilka ton grafitowych bloków zostało wyrzuconych z wnętrza reaktora i rozrzuconych przez zniszczony dach wokół bloku 4 Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej. Płonący grafit oraz zniszczony reaktor powodowały emisję do atmosfery dużej ilości radioaktywnych izotopów, głównie jodu i cezu [5, 8, 9].

PRZEBIEG AKCJI RATOWNICZEJ

Osoby zatrudnione w elektrowni nie zdawały sobie sprawy, z jakim zagrożeniem mają do czynienia, gdyż dostępne urządzenia dozymetryczne pracowały w zakresie do 0,001R/s, przez co podawały przez cały czas odczyt „poza skalą”. Z dwóch dozymetrów potrafiących dokonać pomiaru do 1000R/s jeden był niedostępny z powodu wybuchu, drugi zaś był wadliwy. Z tego powodu pracownicy przebywali w rejonie skażenia zupełnie niezabezpieczeni żadnymi środkami ochrony przed promieniowaniem lub zabezpieczeni byli w sposób niewystarczający. Moce dawek promieniowania w miejscach najbardziej skażonych dochodził do poziomu ok. 20kR/h (200Gy/h). Dawka śmiertelna dla człowieka wynosi 100R przyjętych w ciągu godziny. Oznacza to, że pracownicy elektrowni przyjęli dawkę śmiertelną już po upływie kilku minut. Pierwszą czynnością, jaka zastała podjęta w tej dramatycznej sytuacji, były próby okiełznania pożaru. Już o godzinie 01:28, czyli ok. 4 min po wybuchach do akcji gaśniczej przystąpiły trzy

zastępy zakładowej straży pożarnej, w liczbie 14 strażaków. Dowodzone były przez Władimira Prawika, który w skutek wystąpienia choroby popromiennej zmarł 11 maja 1986 roku. Strażacy nie wiedzieli, że narażają się na ogromne dawki promieniowania jonizującego, nikt też nie poinformował ich o niebezpieczeństwie. Trwająca ponad pięć godzin akcja gaśnicza, w której brało udział w sumie 15 zastępów straży pożarnej z różnych rejonów obwodu kijowskiego, zakończyła się po godzinie 6 nad ranem. Udało się ugasić wszystkie ogniska pożarowe, zarówno na dachu maszynowni i hali głównej reaktora. Z oficjalnych danych wynika, że spośród ponad 100 strażaków, biorących udział w akcji gaśniczej elektrowni, 7 zmarło w przeciągu 4 miesięcy od ekspozycji [2, 10].

Kolejnym etapem operacji mającej na celu zminimalizowanie skutków awarii było zrzucanie na ciągle rozżarzony reaktor mieszaniny składającej się z m. in. węgliku boru, piasku, ołowiu, dolomitu oraz fosforanów sodu. Ciągłe płonący grafit znajdujący się w zniszczonym reaktorze emitował wielkie ilości promieniowania i zagrażał wszystkim jednostkom służb ratowniczych. Do 10 maja 1986 roku blisko 80 śmigłowców zasypało reaktor 5 tys. ton materiałów sypkich i zakończono w ten sposób z powodzeniem akcję gaszenia grafitu. Następnie ze zbiorników rozbryzgowych leżących pod blokiem czwartym wypompowano wodę, która stwarzała ryzyko wybuchu w razie, gdyby dotarł do niej stopiony rdzeń. Kolejnym krokiem było wykopanie pod reaktorem 150 metrowego tunelu w celu zbudowania „betonowej poduszki” pod zniszczonym reaktorem, która chronić miała wody gruntowe przed skażeniem radioaktywnym. Po tych pracach, zmniejszyło się promieniowanie panujące wokół zniszczonych budynków, ale uwalnianie radioaktywnych izotopów do atmosfery nie ustało [11, 26].

Gdy niebezpieczeństwo kolejnego wybuchu zostało zażegnane postanowiono usunąć radioaktywne szczątki (m.in. fragmenty radioaktywnych grafitowych bloków) zalegające na dachu 3 bloku elektrowni, które zostały wyrzucone ze zniszczonego reaktora na skutek eksplozji. Do akcji usuwania radioaktywnych zgliszczy powołano grupę 3500 osób nazwanych bio-robotami. Pracowali oni w warunkach narażenia na zabójczo wysokie dawki promieniowania, które potrafiły dochodzić do 12000 R/h. W trakcie pracy nie byli oni wyposażeni w odpowiednie kombinezony ochronne ani dozymetry. Nie posiadali też odpowiednich narzędzi pozwalających na minimalizowanie kontaktu ze skażonym gruzem przez co często radioaktywne odpady przenosili rękami. Niekiedy ze względu na bardzo wysokie promieniowanie czas pracy ograniczony był jedynie do 3 lub mniej minut. Jednak nawet tych zasad bezpieczeństwa nie zawsze przestrzegano [10,12].

CZARNOBYL A SPRAWA POLSKA

Polska od roku 1964 dysponowała bardzo dobrze funkcjonującą Służbą Pomiarów Skażeń Promieniotwórczych (SPSP), która posiadała w obrębie kraju 140 punktów pomiarowych. Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej (CLOR) z siedzibą w Warszawie, odpowiedzialne za koordynację pracy SPSP, stanowiło rzetelne i kompetentne źródło informacji na temat skażeń promieniotwórczych.

27 kwietnia 1986 roku Polska nie otrzymała żadnych oficjalnych informacji ze strony ZSRR o katastrofie w elektrowni jądrowej. Używany przez wojsko polskie system służący do wykrywania promieniotwórczych skażeń, skalibrowany był na znacznie wyższe poziomy promieniowania, jak w przypadku ataków jądrowych i nie wykrył tych pochodzenia reaktorowego.

28 kwietnia 1986 roku w godzinach wczesnoporannych jako pierwsza zgłosiła kilkakrotny wzrost mocy dawki promieniowania w powietrzu SPSP w Mikołajkach. Około godziny 9 rano pomiar radioaktywności powietrza w Mikołajkach wskazywał już wartość o 550 000 razy wyższą niż dnia poprzedniego. Podobne obserwacje zostały odnotowane w Warszawskim CLOR. Początkowo obawiano się, że obecność zwiększonego promieniowania może być wynikiem wybuchu jądrowego. Jednak późniejsza dokładna analiza zebranego pyłu promieniotwórczego potwierdziła, że jego skład izotopowy był charakterystyczny dla reaktorów atomowych. Z kolei zebranie raportów ze 140 stacji prowadzących monitoring poziomów promieniowania wskazało, że radioaktywna chmura przybyła do Polski znad ZSRR i zmierza na zachód Europy. O godzinie 18 radio BBC wyemitowało wiadomość o awarii w Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej. Obawiano się, że promieniotwórcze izotopy jodu, które zostałyby wchłonięte do organizmu, skoncentrowałyby się w tarczycy i spowodowały poważne konsekwencje zdrowotne (nowotwory) zwłaszcza u dzieci [6].

O obawach poinformowano władze państwa, które już 29 kwietnia wprowadziły profilaktykę jodową, w formie podawania obywatelom płynu Lugola, w województwach północno-wschodnich, które objęte były największym skażeniem. Podawany dzieciom i dorosłym płyn Lugola, będący wodnym roztworem czystego jodu w jodku potasu, miał za zadanie „zablokować” tarczycę przed wchłonięciem radioaktywnego jodu z opadów promieniotwórczych. Taka decyzja ze strony rządzących była jednym z niewielu przypadków w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, kiedy władze polskie, mimo oficjalnych zaprzeczeń strony radzieckiej, zignorowały ich zalecenia i postanowiły działać w interesie własnych obywateli. Akcja profilaktyczna przebiegała bardzo sprawnie i już w ciągu pierwszych 24

godzin udało się podać stabilny jod około 75% populacji dzieci z północno-wschodnich województw. Do 5 maja płyn Lugola otrzymało 18,5 miliona obywateli Polski, z różnych województw dotkniętych skażeniem, w tym 10,5 miliona dzieci. Dla porównania w ZSRR stabilny jod zaczęto podawać ludności dopiero miesiąc po katastrofie - 25 maja 1986 roku. Z perspektywy czasu i obecnych wyników badań odnośnie wpływu promieniotwórczego jodu na tarczycę można stwierdzić, że była to ostrożność niewspółmierna do zagrożenia. Mimo to przeprowadzenie prozdrowotnych działań profilaktycznych było w tamtych czasach słuszne, a szybkość reakcji na potencjalne zagrożenie wzorowa [6].

Z badań wykonanych do końca roku 1986 i w latach późniejszych, na grupie ponad 1000 dorosłych osób, w większości mieszkańców okolic Warszawy, jasno wynika, że wchłonięte dawki promieniowania nie były groźne [6].

Obecnie minęły już 34 lata od omawianego skażenia pierwiastkami promieniotwórczymi. W tym czasie analizie poddawano różne hipotezy dotyczące skutków zdrowotnych i badano zdrowotność osób narażonych na promieniowanie. Podczas upływu lat wśród ludności Polski nie wykazano żadnych ewidentnych i wiarygodnych, bezpośrednich ani odległych skutków awarii Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej [13].

PRZESIEDLENIA

Wokół Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej w promieniu 30km stworzono strefę wykluczenia, z której przesiedlono całą ludność. Naukowcy są zgodni, że nie wszystkie przesiedlenia, poza strefą bezpieczeństwa, były konieczne. Uzasadniona była ewakuacja ok. 50 tys. osób z miasta Prypeć (oddalonego o 4km od elektrowni) i pobliskiego Janowa, przeprowadzona od 27 kwietnia. W tym czasie istniało realne zagrożenie trzecim i najgroźniejszym w konsekwencjach wybuchem w elektrowni. Władze zapewniały, że ludzie będą mogli powrócić do swoich domów po 3 dniach. Łącznie przymusowemu przesiedleniu poddano 350 tys. osób, które zamieszkiwały tereny dotknięte skażeniem. Większość z nich, nigdy nie powróciła na te tereny. Uznaje się, że duża część przesiedleń nie miała uzasadnienia i spowodowała poważne konsekwencje zdrowotne wśród przesiedleńców. Ewakuacji poddano bowiem ludzi, którzy zamieszkiwali tereny o nikłym skażeniu, na których dawka promieniowania nie przekraczała średnich dawek promieniowania pochodzenia naturalnego. Wysiedleń dokonywano nawet z obszarów o poziomie promieniowania niższym niż tło naturalne takich krajów jak Szwecja czy Finlandia. Co gorsza zdarzało się, że nowe miejsca do życia dla przesiedleńców tworzone na terenach o większym skażeniu pierwiastkami

radioaktywnymi niż występowały w zamieszkałych przez nich dotychczasowych lokalizacjach. U osób dotkniętych przymusową ewakuacją na szeroką skalę wystąpiły negatywne reakcje psychologiczne, związane z katastrofą i lękiem przed promieniowaniem podsycane głównie przez władze i media. Stres wywołany koniecznością zmiany miejsca zamieszkania i wiążące się z tym zerwanie więzi społecznych i kulturowych odbił się w sposób widoczny na zdrowiu psychicznym ludności przesiedlonej. W tym miejscu konieczne jest aby wspomnieć o *samosiołach*, czyli rdzennych mieszkańcach Czarnobylskiego Polesia, którzy mimo niebezpieczeństwa powrócili samowolnie do swoich domów w strefie skażonej radionuklidami. Tęsknota za domem była u nich silniejsza niż zakazy i wojskowe zasieki z drutu kolczastego. Takich samowolnych osadników było w sumie prawie 8 tys. (ok. 1200 po stronie Ukraińskiej oraz ok. 6500 po stronie Białoruskiej). Obecnie po stronie Ukraińskiej żyje ok. 50 *samosiołów* [14].

LIKWIDACJA SKUTKÓW KATASTROFY

W końcu maja 1986 roku podjęto decyzję o budowie sarkofagu, który, przykrywając zniszczenia powstałe na skutek wypadku, miał odizolować radioaktywne zgliszcza od otoczenia, hamując jednocześnie emisję skażeń. Zadanie likwidacji skutków awarii w 30-kilometrowej strefie zamkniętej wokół reaktora, złożono na ręce ponad 600 tys. osób, tzw. *likwidatorów*. W poczet likwidatorów, pracujących przy elektrowni od momentu katastrofy do ukończenia budowy sarkofagu (trwającej 7 miesięcy), zalicza się pracowników elektrowni, pracowników służb awaryjno-ratowniczych, strażaków, żołnierzy zawodowych i rezerwistów, górników oraz robotników budowlanych. Obiekt chroniący pozostałości po reaktorze budowany był w dużym tempie, gdyż chciano jak najszybciej odizolować od atmosfery radioaktywne zgliszcza. Poszczególne elementy konstrukcyjne w postaci półfabrykatów montowane były za pomocą dźwigów w pozbawionym precyzji pośpiechu. Wraz z końcem listopada 1986 roku zakończono budowę sarkofagu. Nie rozwiązało to jednak problemu definitywnie, a jedynie tymczasowo. Konstrukcja po pewnym czasie uległa rozszczelnieniu z powodu wykorzystania przy budowie materiałów słabej jakości i poddała się wyniszczającej korozji. Sytuacja ta zmusiła w roku 1997 do wdrożenia w życie projektu „Ukrycie”, mającego na celu wybudowanie nowej osłony zabezpieczającej. Nowa osłona otrzymała nazwę Arka lub Nowa Bezpieczna Powłoka (ros. Новый Безопасный Конфайнмент). Jej budowę rozpoczęto we wrześniu 2010 roku, zaś ukończono w grudniu 2018 roku. Konstrukcja waży ponad 33 tys. ton a jej budowa pochłonęła ponad 1,5 mld euro. Arka według założeń konstruktorów przetrwa

ponad 100 lat. Całkowity poniesiony koszt związany z katastrofą Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej i usuwaniem jej skutków szacowany jest na ponad 235 mld dolarów [15, 16, 17].

OFIARY W LUDZIACH

Szacuje się, że bezpośrednio na skutek wybuchów śmierć poniosły dwie osoby (ciała jednej nigdy nie odnaleziono, druga zmarła z powodu przerwania rdzenia kręgowego w skutek poniesionych obrażeń podczas wybuchu). Były one pracownikami Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej. W sumie w następstwie katastrofy, głównie z przyczyn wystąpienia ostrej choroby popromiennej, zginęło 31 osób i są one uznawane oficjalnie, za bezpośrednie ofiary wypadku. Wśród tych ofiar znaleźli się głównie członkowie personelu obsługującego blok czwarty elektrowni oraz strażacy biorący udział w gaszeniu pożaru elektrowni jądrowej. Według oficjalnego raportu Komitetu Naukowego ONZ do spraw skutków promieniowania atomowego (UNSCEAR), spośród około 600 pracowników Czarnobylskiej Elektrowni Jądrowej oraz straży pożarnej, biorącej udział w akcji gaśniczej dachu czwartego bloku elektrowni, u 237 osób zdiagnozowano objawy choroby popromiennej. Późniejsza, bardziej szczegółowa diagnostyka, potwierdziła ją u 134 osób. Z tej grupy chorych 28 pacjentów zmarło z powodu wystąpienia zespołu ostrej choroby popromiennej w ciągu czterech miesięcy od katastrofy [16].

Dwie osoby, które zginęły w wyniku wybuchu i jedna, która zmarła z innych, ale powiązanych z katastrofą przyczyn, zaliczone zostały do 31 bezpośrednich ofiar śmiertelnych tragedii. Wedle raportów UNSCEAR, w latach 1987-2004 z pozostałych 106 pacjentów zdiagnozowanych z chorobą popromienną zmarło 19 osób, ale ich śmierć spowodowaną bardzo różnymi przyczynami trudno jest powiązać z konsekwencjami przyjętych dawek promieniowania. Również UNSCEAR szacuje, że w przyszłości z powodu długotrwałych skutków napromienienia, śmierć może ponieść jeszcze 4 tys. osób, głównie *likwidatorów* i członków służb ratowniczych, którzy narażeni byli na oddziaływanie wysokich dawek promieniowania. Możemy się domyślać, iż autorzy tych spekulacji zakładają zgony spowodowane wystąpieniem chorób nowotworowych [10].

Z perspektywy długoletnich badań wynika, że groźniejszymi od promieniowania jest strach i brak rzetelnych informacji. Za przykład może posłużyć fakt, że tysiące ciężarnych Ukrainek i Białorusinek, tuż po katastrofie w Czarnobylu z nieuzasadnionego strachu przed urodzeniem chorego potomstwa zdecydowało się na przerwanie ciąży. W latach 1986-1987 w Białorusi i na Ukrainie liczba niepotrzebnych aborcji wynosiła 1/3 liczby wszystkich dzieci, które urodziły się w tym czasie w Europie Wschodniej [18].

SKUTKI NAPROMIENIENIA

Wyróżnić możemy dwa typy skutków napromienienia:

1. Skutki stochastyczne występują z określonym prawdopodobieństwem, czyli mogą, ale wcale nie muszą wystąpić. Przyjmuje się, że prawdopodobieństwo to zależy w sposób liniowy od otrzymanej dawki. Choroby nowotworowe oraz zmiany dziedziczne u potomstwa zalicza się w poczet skutków stochastycznych. Określenie prawdopodobieństwa wystąpienia konsekwencji napromienienia jest trudne, a niekiedy niemożliwe. Pojawienie się choroby nowotworowej może nastąpić ze znacznym opóźnieniem i spowodowane być może różnymi przyczynami, innymi niż otrzymanie dawki promieniowania.
2. Skutki deterministyczne występują zawsze po otrzymaniu dużych dawek promieniowania jonizującego i objawiają się przejściowym lub trwałym uszkodzeniem tkanek. W wyniku napromienienia bardzo dużymi dawkami przyjętymi równomiernie na całe ciało może dojść do wystąpienia choroby popromiennej, której konsekwencją może być śmierć organizmu. Z takimi skutkami mamy do czynienia przy pochłoniętych dawkach przekraczających 0.5Gy, przy czym należy pamiętać, że ta wartość może być znacząco mniejsza dla konkretnych organów.

Opóźnione skutki zdrowotne to głównie zachorowania na nowotwory. Ich wystąpienie może być obserwowane od 2 do 30 lat od ekspozycji na promieniowanie jonizujące. Szacowanie liczebności wystąpień zachorowań na nowotwory, będących konsekwencją napromienienia, nie uwzględnia podjęcia ewakuacji i innych środków zaradczych. W większości przypadków obliczenia charakteryzują się przeszacowaniem ich liczby, mając tendencję do wskazywania górnego limitu ilości zachorowań [18].

OBJAWY CHOROBY POPROMIENNEJ

Choroba popromienna to zespół objawów klinicznych występujących na skutek napromienienia całego (ok. 60% całej powierzchni ciała) organizmu wysokimi dawkami promieniowania jonizującego. W zależności od dawki promieniowania, czasu jej pochłonięcia i indywidualnej podatności pacjenta choroba popromienna może przebiegać w formie ostrej lub przewlekłej. Pierwsze objawy w zależności od przyjętej dawki mogą wystąpić po kilku minutach do kilku godzin od napromienienia. Do charakterystycznych wczesnych objawów przyjęcia dużej dawki promieniowania na całe ciało zalicza się wymioty, silne bóle głowy i

krwawienie z nosa. W Czarnobylu wielu pracowników doznało uszkodzeń skóry o charakterze oparzeń, tzw. „opalenizny popromiennej” [19, 25].

Patomechanizm choroby popromiennej polega na radiolizie zawartej w tkankach wody przez promieniowanie jonizujące wnikać do organizmu. Uwolnione w wyniku radiolizy rodniki tlenowe i wodorotlenowe powodują rozrywanie łańcuchów kwasów nukleinowych DNA i RNA. W wyniku tego oddziaływania dochodzi do mutacji genetycznych lub martwicy komórek [19, 20].

Zespół ostrej choroby popromiennej może występować w różnych postaciach w zależności od pochłoniętej dawki promieniowania:

1. **Postać subkliniczna** - pochłonięta dawka: 0,5–2 Gy (Grey jest jednostką dawki pochłoniętej energii promieniowania przez kilogram materii).

Do objawów zalicza się ogólne osłabienie chorego i obniżenie ilości limfocytów we krwi obwodowej (limfopenia), które ujawnia się w czasie kilkunastu dni po napromienieniu. Za bezpośrednią przyczynę tych objawów uważa się depresję narządów limfatycznych, gdyż do najbardziej promieniowrażliwych komórek występujących w organizmie człowieka zalicza się wytwarzane przez nie limfocyty. Śmiertelność tej postaci choroby średnio u człowieka wynosi 0%.

2. **Postać hematologiczna** - pochłonięta dawka: 2–4 Gy.

Objawy to podobnie jak w postaci subklinicznej, ogólne osłabienie organizmu, zawroty głowy, duszność, bladość skóry i błon śluzowych, zaburzenia odporności ze skłonnością do infekcji i sepsy oraz obniżenie ilości limfocytów we krwi obwodowej (limfopenia) występujące po kilku dniach od napromienienia. W późniejszym czasie występuje niedokrwistość, nierzadko skaza krwotoczna i obniżenie odporności organizmu. Za bezpośrednią przyczynę uważa się depresję szpiku kostnego. Śmiertelność wśród chorych oscyluje na poziomie do 25%.

3. **Postać jelitowa** - pochłonięta dawka: 4–8 Gy.

Dominujące objawy manifestują się ze strony przewodu pokarmowego z charakterystycznymi krwawymi biegunkami i wymiotami. W wyniku działania promieniowania jonizującego, dochodzi do utraty komórek nabłonkowych, wyścielających krypty jelitowe, przerwaniu ulega bariera śluzówkowa i co skutkuje nieodwracalnym uszkodzeniem przewodu pokarmowego zwanym zespołem żołądkowo-jelitowy. U pacjentów często obecna jest wysoka gorączka, skaza krwotoczna i skłonność do infekcji. Występują też zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej z obrzękami. Po napromienieniu, objawy występują szybko, najpóźniej

do kilkunastu godzin od ekspozycji. Główną, bezpośrednią przyczyną jest popromienne uszkodzenie nabłonka przewodu pokarmowego. Śmiertelność w tej grupie chorych jest znacząca i wynosi 50–100%.

4. **Postać mózgowa** - pochłonięta dawka: 8–50 Gy.

U chorych pojawiają się drgawki, wysoka gorączka, niewydolność oddechowa oraz utrata przytomności niedługo po napromienieniu. Dochodzi do uszkodzenia przewodnictwa nerwowego, głównie synaptycznego co uważane jest za bezpośrednią przyczynę tej postaci choroby. Postać mózgowa choroby popromiennej daje nikłe szanse na przeżycie ze śmiertelnością wynoszącą przeważnie 100% w czasie kilku dni.

5. **Postać enzymatyczna** - pochłonięta dawka: powyżej 50 Gy.

Postać enzymatyczna choroby popromiennej objawia się utratą przytomności i niemal natychmiastową śmiercią. Spowodowane jest to zablokowaniem aktywności enzymatycznej na skutek bezpośredniego rozerwania wiązań chemicznych białek enzymatycznych przez kwanty promieniowania jonizującego (tzw. efekt tarczy). Śmiertelność tej postaci choroby wśród osób napromienionych wynosi 100% [21, 22].

Odległe w czasie skutki jednorazowej ekspozycji na promienienie, bądź skutki będące efektem długotrwałego narażenia na powtarzające się dawki promieniowania określa się mianem przewlekłej choroby popromiennej. Mogą się one ujawnić dopiero po kilku lub nawet kilkunastu latach [21, 22].

Skutkami przewlekłej choroby popromiennej mogą być:

- zaćma
- zwiększona liczba zachorowań na nowotwory złośliwe takie jak białaczki i chłoniaki oraz nowotwory tarczycy, układu kostnego i glejaki
- przyspieszone starzenie się i skrócenie przewidywanej długości życia
- zaburzenia gospodarki hormonalnej
- bezpłodność (często przemijająca)
- uszkodzenia genomu komórek płciowych i tym samym zwiększona liczba wad wrodzonych u potomstwa

W chorobie popromiennej występować może faza utajona, w tych przypadkach, gdy dawka pochłoniętego przez pacjenta promieniowania nie była skrajnie wysoka. Przeżywalność w tym wypadku zależy od długości trwania fazy utajonej, podczas której nie występują żadne objawy. Im dłużej trwa faza utajona tym lepiej, bowiem z każdym dniem bez objawów zwiększa się szansa na przeżycie chorego. Faza utajona trwająca 7 dni daje średnio 25% szans

na przeżycie. U części strażaków gaszących pożar elektrowni w dniu awarii reaktora choroba popromienna była w stadium utajenia przez ok. 3 dni. Po tym czasie objawy nasilały się. W zespole ostrej choroby popromiennej na skórze likwidatorów katastrofy pojawiały się rany pooparzeniowe, w ustach, na języku i policzkach występowały rozrastające się małe rany. Śluzówka zaczynała odchodzić płatami. Ciało i twarz chorych miała kolor siny, czerwony i szarobrunatny. Najbardziej podatnymi na promieniowanie jonizujące są komórki, które często się dzielą. Dlatego do narządów krytycznych zalicza się między innymi szpik kostny, śluzówkę, gonady i gruczoły dokrewne. W badaniu krwi również uwidocznić można objawy choroby. Zniszczenia szpiku kostnego prowadzą do zmian w morfologii krwi. W przypadku przyjęcia dużych dawek promieniowania u likwidatorów ujawniają się objawy ze strony układu nerwowego w postaci drgawek i upośledzenia zdolności umysłowych. Dochodzi do pęknięcia skóry na rękach i nogach oraz ma miejsce obfite wypadanie włosów. Lekarze w wielu przypadkach byli bezradni i leczenie choroby popromiennej sprowadzało się głównie do leczenia objawowego, które polegało na łagodzeniu dolegliwości bólowych [23, 24].

ROK 2020 TRAGEDII CIĄG DALSZY

Od 4 kwietnia 2020 roku, w trakcie pisania tego artykułu, wielki pożar trawi tereny Czarnobylskiej Strefy Zamkniętej, włącznie z najbardziej radioaktywnymi jej terenami. Ponownie pojawił się strach i obawy przed „śmiertelnym” promieniowaniem. Jednak wiele instytucji zajmujących się zagadnieniem promieniowania i ochrony radiologicznej uspokaja i przekonuje, że nie ma realnego zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi. Mimo to wśród opinii społecznej pojawiły się doniesienia o rzekomej promieniotwórczej chmurze, a kraj obiegła informacja o zagrożeniu radiacyjnym. Szerzenie dezinformacji mogłoby zasiać panikę wśród ludności, dlatego Państwowa Agencja Atomistyki uspokaja i zapewnia, że na bieżąco monitoruje stan promieniowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. W chwili obecnej sytuacja radiacyjna pozostaje w normie i nie występuje żadne zagrożenie dla zdrowia i życia ludności skażeniami radioaktywnymi znad Czarnobylskiej Strefy Zamkniętej. Co więcej rzetelne źródło informacji potwierdza, że poziom promieniowania w Czarnobylu jest taki, jak zawsze i nie odbiega od przyjętej normy. Napływają do nas jednak inne przykre doniesienia. Do dnia 26 kwietnia 2020 roku pożoga spustoszyła prawdopodobnie około 60 tysięcy hektarów terenów, zadając ogromne straty przyrodnicze i historyczne. W ciągu trzech tygodni pożarów całkowicie spłonęły 33 miejscowości, będące swoistym skansenem tradycji i kultury Czarnobylskiego Polesia. Szczęśliwie ogień nie dotarł jeszcze do miejscowości, w których żyją *samosioły*. Pożar

ominał również opuszczone miasto Prypeć, składowiska radioaktywnych odpadów i samą Czarnobylską Elektrownię Jądrową. Żywioł wdarł się jednak do miasta Czarnobyl, ale w porę udało się go skutecznie powstrzymać. Do tak rozległych strat doszło głównie przez opieszałość i bagatelizowanie sprawy przez władze ukraińskie. Nie pomaga też przestarzały sprzęt gaśniczy i wozy straży pożarnej, które weszły do służby tuż po katastrofie reaktora. Obecnie w akcjach gaśniczych udział bierze ponad 1000 osób.

PODSUMOWANIE

26 kwietnia 1986 roku na Ukrainie miała miejsce największa w historii energetyki jądrowej awaria. W jej konsekwencji 31 osób poniosło śmierć w przeciągu czterech miesięcy od katastrofy. 350 tys. osób zostało wywiezionych ze swoich domów w ramach akcji ewakuacyjnej i większość z nich już nigdy do nich nie wróciło. Ponad 600 tys. ludzi wzięło udział w akcji usuwania skutków katastrofy. W trakcie jej trwania stale przebywali w obszarze o wysokim poziomie skażenia pierwiastkami radioaktywnymi. W końcu przez pryzmat tragicznych konsekwencji, katastrofa wpłynęła na miliony osób na stałe zmieniając ich postrzeganie wykorzystania reakcji jądrowych w energetyce.

PIŚMIENNICTWO

1. Devell L, Guntay S, Powers DA. The Chernobyl reactor accident source term. Development of a consensus view. NEA/CSNI/R. 1996; file:///C:/Users/Ela/AppData/Local/Temp/csni-r1995-24.pdf, (data dostępu 28.04.2020)>
2. Ginzburg HM, Reis E. Consequences of the nuclear power plant accident at Chernobyl. Public Health Reports. 1991; 106: 32–40.
3. Plokhly S.: Czarnobyl. Historia nuklearnej katastrofy. Kraków, Wydawnictwo Znak. 2019.
4. Jezierski G.: Energia jądrowa wczoraj i dziś. Warszawa, Wydawnictwa Naukowo-Techniczne, 2014.
5. Strupczewski A.: Przyczyny i przebieg awarii w elektrowni Jądrowej w Czarnobylu z reaktorem RBMK. Przegląd Elektrotechniczny. 1987.
6. Trojanowski W, Dobrzyński L, Droste E, Strupczewski A.: W 20-tą rocznicę awarii Czarnobylskiej elektrowni jądrowej. Instytut Problemów Jądrowych. 2006.
7. Medvedev ZA.: The Legacy of Chernobyl. W. W. Norton & Company. 1992.

8. Checherov KP, Kumshaev SB, Tokarchuk MV.: Scale of radionuclide emission at the Chornobyl Nuclear Power Plant in 1986 (The analysis of estimations). *Condensed Matter Physics*. 2000; 23: 597–606.
9. Strupczewski A.: Ochrona przed zagrożeniami po awariach w elektrowniach jądrowych. *Biuletyn PSE*. 2005.
10. Ivanov VK, Tryb AF, Ivanov SI.: *Liquidators of the Chernobyl Catastrophe: Radiation Epidemiological Analysis of Medical Consequences*. Moscow, Galanis, 1999.
11. Kostin I.: *Czarnobyl. Spowiedź reportera*. Warszawa, Wydawnictwo Albatros. 2019.
12. Sekuła P.: *Likwidatorzy Czarnobyla. Nieznane historie*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2019.
13. Żarnowiecki K.: Analysis of radioactive contamination and radiological hazard in Poland after the Chernobyl accident. *CLOR Report*. 120/D. Warsaw 1988.
14. Sekuła P.: *Czarnobyl. Społeczno-gospodarcze, polityczne i kulturowe konsekwencje katastrofy jądrowej dla Ukrainy*. Kraków, Biblioteka Fundacji św. Włodzimierza. 2014.
15. Marples DR.: *Chernobyl and Nuclear Power in the USSR*. 1987.
16. Kutkov VA, Gusev IA, Dementiev SI.: Doses of internal irradiation of the persons involved in April–May 1986 in the liquidation of the consequences of the accident on the Chernobyl nuclear power plant. *Meditinskaya Radiologiya i Radiatsionnaya Bezopasnost*, 1996; 3: 24–31.
17. Bieńkowski K, Biernacki K, Brzeziński P, Surała W, Wolszczak W.: *Czarnobyl 25 lat później*. Warszawa, Wyd. Delta, 2012.
18. Mould, RF. *Chernobyl Record. The definitive History of the Chernobyl Catastrophe*. IOP Publishing. 2000.
19. Singh VK, Romaine PL, Newman VL.: Biologics as countermeasures for acute radiation syndrome: where are we now? *Expert Opinion on Biological Therapy*. 2015; 15(4): 465–471.
20. Garau MM, Calduch AL, López EC.: Radiobiology of the acute radiation syndrome. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*. 2011; 16(4): 123–130.
21. Grammaticos P, Giannoula E, Fountos GP. Acute radiation syndrome and chronic radiation syndrome. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine*, 2013; 16(1): 56–59.
22. Dörr H, Meineke V.: Acute radiation syndrome caused by accidental radiation exposure – therapeutic principles. *BMC Medicine*. 2011; 9: 126.
23. Adelstein SJ.: Uncertainty and Relative Risks of Radiation Exposure. *JAMA*. 1987; 258: 655–657.

24. Aleksijewicz S.: Czarnobylska modlitwa. Kronika przyszłości. Sekowa, Wydawnictwo Czarne, 2018.
25. Leoniak M, Zonenberg A, Zarzycki W.: The radiological situation before and after Chernobyl disaster. Endokrynologia Polska, 2006; 57(1):45-52.
26. Higginbotham A.: O północy w Czarnobylu. Nieznana prawda o największej nuklearnej katastrofie. Kraków, Wydawnictwo Sine Qua Non, 2019.

Śmierć mózgu - czy aby na pewno? Kontrowersje we współczesnej medycynie

Maria Gaj¹, Agnieszka Wichary¹, Magdalena Pogorzelska¹, Krzysztof Wróblewski¹, Marta Madej¹, Jan Gnus^{1,2}, Krzysztof Dorna³

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

WPROWADZENIE

OMNIBUS hominibus moriendum est, czyli wszystko, co ludzkie jest śmiertelne. Śmierć, choć owiana niehumaną wręcz tajemnicą, stanowi nieodłączną część życia, a potrzeba zdefiniowania jej towarzyszy nam od zarania dziejów. Próba dokładnego sprecyzowania momentu śmierci ma aspekt nie tylko naukowy, tj. biologiczno-medyczny, lecz także zakręca o wymiary filozoficzny, moralny i religijny, czyniąc uniwersalną definicję śmierci problematyczną, niejednoznaczną, sporną wręcz. W starożytności wydawało się to nieco łatwiejsze: brak oddechów i ustanie akcji serca wystarczały, aby uznać kogoś za zmarłego. Znamiona śmierci, tj. *livores mortis* (plamy opadowe), *rigor mortis* (stężenie pośmiertne), *algor mortis* (oziębienie zwłok), *putrefecatio* (rozkład pośmiertny) oraz *pallor mortis* (bładość pośmiertna) miały dać pewność, że mamy do czynienia z osobą zmarłą [1]. Czasy średniowieczne jakoby napiętnowały sam akt śmierci oraz chęć zgłębienia jej tajemnic i nie tylko zahamowały postęp starożytnych, a wręcz doprowadziły do dużej regresji, zwłaszcza na polu medycznym. Dopiero z początkiem wieku XVII, kiedy to na wierzch zaczęły przebijać się poglądy scjentystyczne i nastała potrzeba racjonalizacji wszelkich mechanizmów, jakimi rządzi się przyroda, nastąpił przełom, a nowożytność odstygmatyzowała “tabu nieczystości”, stawiając człowieka i jego ciało na piedestale oraz dostarczając nowych pytań i wątpliwości, wyrażających potrzebę redefinicji procesu, jakim jest de facto śmierć. Problemem nie było już zgłębienie tajemnic ludzkiego ciała, zwłaszcza martwego, lecz precyzyjne ustalanie, kiedy to ciało można właściwie uznać za martwe.

Paradygmat krążeniowo-naczyniowy, będący wiodącym w stwierdzeniu zgonu aż do lat 60. XX wieku, stał się niedostatecznym, połowicznym wręcz aż do czasu, gdy w roku 1968 tego samego dnia uchwalono “Deklarację z Sydney” oraz “harwardzkie kryteria śmierci mózgu”, które to wydarzenia wprowadziły równolegle i niezależnie od siebie pojęcie śmierci mózgowej [2], polaryzując znaczenie śmierci na poziomie komórkowym i tkankowym, od śmierci człowieka jako istoty ludzkiej. Piątego sierpnia 1968 roku w Stanach Zjednoczonych powstał *Raport Komisji Nadzwyczajnej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Harvarda do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej (A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death)* [3], z kolei w Australii, w Sydney miał miejsce 22 *Zjazd Światowego Towarzystwa Medycznego (the 22nd World Medical Assembly)*, który wedle danych historycznych został niejako przyćmiony przez paralelnie odbywający się zjazd na Harvardzie [4], niemniej jednak odegrał równie ważną, jeśli nie ważniejszą rolę.

“Harwardzkie kryteria śmierci mózgu” wprowadziły pojęcie *nieodwracalnej śpiączki*, jako główne kryterium stwierdzania śmierci mózgu i co za tym idzie - śmierci somatycznej. Zakładały, że pacjent musi być w głębokiej śpiączce, nie reaguje na bodźce bólowe, nie wykazuje żadnych odruchów, wykazuje bezdech po 3 minutach po odłączeniu od respiratora oraz płaskie badanie EEG (elektroencefalografia), nie jest w hipotermii ani pod wpływem leków usypiających (np. barbituranów), a badanie musi być powtórzone po 24 godzinach [5]. Należy przy tym zaznaczyć, że już wcześniej, w roku 1959, francuscy lekarze opisali podobny stan, charakteryzujący się klinicznymi objawami śmierci mózgu i brakiem jego aktywności bioelektrycznej, nazywając go „*coma depasse*” i „*necroses nerveuses centrales massives*” [6]. Przełom mający miejsce w latach 1959 i 1968 należy osadzić w odpowiednich ramach historyczno-religijnych, gdyż już o wiele wcześniej, w 1957 r., papież Pius XII podczas spotkania z anestezjologami w Austrii, w Innsbrucku, wyznaczył jasną granicę pomiędzy medycyną a religią, twierdząc, że stwierdzenie czyjegoś zgonu leży w kompetencji nie teologów, lecz lekarzy, a sztuczne podtrzymywanie życia, gdy jasnym jest, że szkoda jest nieodwracalna jest nieuzasadnione i na siłę tylko opóźnia proces śmierci [7]. Tym samym, dał on niejako przyzwolenie ze strony Kościoła na dalsze zgłębianie owego tematu, a słowa jego zostały zawarte w sformułowanym 11 lat później raporcie *Komisji Nadzwyczajnej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Harvarda*.

“Deklaracja z Sydney”, z kolei, zrewidowała dotychczasową definicję śmierci, biorąc pod uwagę dwa wysuwające się na pierwszy plan i związane z ewolucją medycyny aspekty, a

mianowicie sztucznie podtrzymywane przez respirator życie oraz potencjał transplantologiczny zwłok. Uznając śmierć za proces gradualny, położyła nacisk na różnicę między indywidualnym zapotrzebowaniem komórek na tlen i ich nieodwracalny stan po znacznej jego deprywacji i sztuczne go podtrzymywanie versus kliniczny los człowieka, który to powinien być rozstrzygnięty przez dwóch lub więcej lekarzy, ukazując tym samym wiodące znaczenie społecznej aksjologii w problematyce orzecznictwa śmierci i posuwając się w swoich wnioskach nawet bardziej do przodu niż *Komisja Nadzwyczajna Uniwersytetu Harvarda* wskutek bardziej filozoficznej eksplikacji. Na 35. Zjeździe Światowego Towarzystwa Medycznego we Włoszech, Wenecji, w 1983 roku, została ogłoszona poprawka w postaci stwierdzenia nieodwracalnego zaprzestania funkcji całego mózgu, w tym pnia mózgu [4].

Dzięki nowemu spojrzeniu na orzecznictwo śmierci, coraz więcej władz ustawodawczych w Stanach Zjednoczonych i na świecie zaczęło powoływać się na powyższe kryteria, które to jednak nie były ujednolicone. Dlatego też, w 1981 roku, za sprawą specjalnie powołanej Komisji Prezydenckiej został spisany *Akt jednolitego określenia śmierci* (*Uniform Determination of Death Act*), wedle którego za zmarłą można uznać osobę, u której nastąpiło nieodwracalne ustanie funkcji krążenia i oddychania bądź nieodwracalne ustanie wszystkich funkcji całego mózgu, włączając w to pień mózgu [8], co stanowiło próbę zespolenia starego kryterium z nowym.

Do Polski pojęcie śmierci mózgowej zawitało w 1984 roku jako permanentne ustanie wszelkich czynności integracyjnych centralnego układu nerwowego ze sztucznie lub naturalnie zachowanymi krążeniem i oddychaniem [9]. Najnowsza ustawa z 2017 roku zakłada, że „stwierdzenie zgonu jest równoznaczne ze stwierdzeniem trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia”, przy czym śmierć mózgu „stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii”, a „nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub pediatrii” [10].

CEL PRACY

Celem tej pracy jest omówienie i ocena kontrowersji związanych z *Aktem jednolitego określenia śmierci (Uniform Determination of Death Act, "UDDA")*, przyjętym jako najbardziej uniwersalny, międzynarodowy wykładnik zgonu. Ponadto, rozprawa nad problematyką, jaką niesie ze sobą przedstawienie śmierci jako ciągłego, "zdysocjowanego" zjawiska [2] i w związku z tym nieuchronnych definicyjnych niejednoznaczności prowadzących do obecnego statusu quo, charakteryzującego się scjentystycznym impasem. Także przedstawienie i analiza argumentów zarówno krytyków, jak i zwolenników neurologicznej koncepcji śmierci oraz rozdzwięk ontologiczny definicji śmierci w aspekcie biologiczno-medycznym versus społeczno-prawnym, osadzonym w społecznej aksjologii [2].

MATERIAŁ I METODY

Praca oparta jest na metaanalizie wszelkich dostępnych i najbardziej adekwatnych polsko- i anglojęzycznych źródeł pisanych związanych z kontrowersjami we współczesnej medycynie, dotyczącymi definicji śmierci opartej na definicji śmierci mózgu.

WYNIKI

Zmodyfikowana definicja śmierci zawarta w *Akcie jednolitego określania śmierci (Uniform Determination of Death Act, "UDDA")* z biegiem czasu, rozwojem wiedzy i technologii medycznych, zaczęła domagać się redefinicji. Krytyka, wysuwana przez oponentów, głównie bioetyków i lekarzy, koncentruje się wokół dwóch głównych osi zagadnienia. Pierwszą z nich jest spór metodologiczny, dotyczący samego formułowania i sprecyzowania kryteriów śmierci, natomiast druga skupia się na technicznym aspekcie stwierdzania zgonu, w zakresie stosowanych procedur i metod diagnostycznych. Głównym zarzutem przeciwników UDDA jest brak precyzji i ostrego zakresu sformułowania definicji śmierci mózgowej, związany z występowaniem dwóch alternatywnych kryteriów - klasycznego - ustania czynności układu krążeniowo-oddechowego oraz neurologicznego - śmierci pnia mózgu. Definicja stanowi przykład alternatywy wykluczającej, jednak jest oczywiste, że oba, równorzędne kryteria zaistnieją po sobie w czasie. Nasuwa się więc pytanie, czy pacjent spełniając drugie w kolejności kryterium, umiera po raz drugi.

Zwolennicy UDDA odpierają argument, wyjaśniając, że pojęcie śmierci jest jedno, natomiast przysługują mu dwa alternatywne kryteria stosowane w zależności od dostępnych możliwości technicznych [2].

Kolejnym, budzącym wątpliwości faktem jest rodzaj postępowania po stwierdzeniu zgonu, który różni się w zależności od przyjętego kryterium. Brak unifikacji postępowania wyraża się w zastosowaniu urządzeń podtrzymujących funkcje życiowe - respiratorów - po stwierdzeniu śmierci pnia mózgu i braku analogii w przypadku śmierci na podstawie kryterium krążeniowo-oddechowego. Kryterium neurologiczne określane jest jako konstrukt społeczny stworzony do utylitarystycznych celów, które stały się zauważalne i istotne wraz z rozwojem transplantologii. R.M. Taylor sugeruje, iż przesłanką dla podtrzymania kryterium śmierci mózgowej, jako prawnej, lecz odmiennej od biologicznej definicji śmierci, są poważne konsekwencje społeczne, które ze sobą niesie [11]. Opóźnianie śmierci biologicznej, sztuczne podtrzymywanie narządów, którym nadano znaczenie ratujących zdrowie i życie biorców, jest bezsprzecznie ingerencją w procesy, których bieg został uprzednio zapoczątkowany. Obawa, dotycząca choćby minimalnego przesunięcia granicy pomiędzy życiem a śmiercią, jest naturalna i wypływa z niespójności pomiędzy śmiercią mózgową a biologicznym ujęciem śmierci oraz jej tradycyjnym rozumieniem [12]. Kontrargumentując, dokument Komisji Prezydenckiej mierzy się równocześnie z zarzutem podejścia utylitarystycznego, stanowiąc: *“użycie rzadkich i drogich urządzeń [potrzebnych] przy intensywnej terapii do [podtrzymania] ciał pozbawionych funkcji mózgowych może nie tylko przedłużać niepewność i cierpienie [...] rodzin, ale również uniemożliwiać dostęp do tych urządzeń pacjentom, którzy mają szansę na powrót do zdrowia”* [13,14]. Podkreślone zostało, iż nadrzędnym celem jest zapewnienie pacjentom właściwej opieki i szacunku, również w przypadku, gdy zachodzi konieczność odłączenia od aparatury martwego ciała.

Kolejnym argumentem na płaszczyźnie metodologicznej jest utożsamianie śmierci mózgowej ze śmiercią całego człowieka. Opiera się ono na przypisaniu mózgowi funkcji integrującej i scalającej wszystkie procesy zachodzące w organizmie, natomiast ustanie czynności pnia mózgu powoduje dezintegrację procesów somatycznych i biologicznych, skutkujących rozkładem, czyli śmierć [2]. Definicja śmierci mózgowej obejmująca śmierć pnia mózgu, jako warunek konieczny do stwierdzenia śmierci organizmu jako całości, została przyjęta przez większość krajów. W Polsce po raz pierwszy wprowadzono ją Komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych odnośnie kryteriów śmierci mózgu, 1 lipca 1984 r. Po kolejnych

modyfikacjach, w 1996 roku zamiast określenia “śmierć mózgu”, zaczęto używać określenia trwałe i nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu [13].

Ideę redukcjonizmu przyjmującej, że możliwe i właściwe jest wyjaśnienie własności złożonego układu, poprzez opis zachowania jego części, zdają się przeczyć przypadki kobiet, które pomimo stwierdzonej śmierci pnia mózgu, podtrzymywane sztucznie, wydały na świat zdrowe dzieci. Liczba podobnych przypadków wzrasta, jednak najbardziej znanym i szeroko opisanym w literaturze jest historia Trishy Marshall. 19 kwietnia 1993 roku w North Okland 28-letnia kobieta usiłowała dokonać napadu rabunkowego, podczas którego doznała postrzału w głowę. Dotychczas zdrowa matka 4 dzieci, jak się okazało była w 17. tygodniu ciąży. 21 kwietnia w lokalnym szpitalu, zgodnie z wytycznymi, stwierdzono śmierć pnia mózgu. Pomimo to, rodzina pacjentki nalegała, aby za pomocą aparatury podtrzymywać jej ciało i umożliwić rozwój płodu. Kobieta była wentylowana mechanicznie i sztucznie odżywiana. W wyniku rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego, 3 sierpnia na świat przyszło zdrowe dziecko, które po miesięcznej hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii, zostało wypisane do domu [15].

Formalne uznanie kobiety za zmarłą nie stało w sprzeczności z funkcjonowaniem jej organizmu, który dzięki zachodzącym nadal procesom fizjologicznym i biochemicznym podtrzymał ciążę. Mimo braku szans na odzyskanie świadomości i poprawę stanu pacjentki, jej organizm wykazywał cechy funkcjonalności i integralności, w zakresie nieuszkodzonych struktur mózgowych. Krytyczne spojrzenie na przedstawioną historię, nasuwa pytanie dotyczące uznania funkcjonowania pnia mózgu jako wystarczającej biologicznej podstawy jedności człowieka jako osoby, przy jednoczesnej deprecjacji roli innych organów [2]. Poszukiwania odpowiedzi podjął się neurolog Alan Shewmon, który w swoich pracach obala funkcję mózgu jako wyłącznego integratora i udowadnia, że pacjenci, kwalifikowani jako zmarli na podstawie testów neurologicznych, wykazują pewien stopień somatycznej konsolidacji - ich ciała utrzymują stabilność hemodynamiczną, temperaturę, wydzielają hormony, eliminują produkty przemiany materii. Powyższe tezy znalazły potwierdzenie nie tylko wśród zmarłych ciężarnych, będących żywymi inkubatorami dla swojego potomstwa, lecz również w grupie pacjentów pediatrycznych, których ciała wykazywały cechy postępującego dojrzewania płciowego po śmierci [16]. W obliczu powyższych badań konieczna stała się redefinicja śmierci, opierająca się na przesłance rezygnacji z postrzegania jej, jako somatycznej dezintegracji. Założenie to realizuje drugie stanowisko *President's Council on Bioethics*, wyrażone w raporcie *Controversies in the Determination of Death*.

Nowa koncepcja zakłada utożsamienie śmierci z momentem, w którym organizm bezpowrotnie traci swoją kluczową funkcję, jaką jest aktywność nakierowana na samozachowanie. Zdaniem autorów, następuje to w momencie nieodwracalnej utraty świadomości i zdolności do oddychania. Zmiana koncepcji potwierdza zasadność testów neurologicznych, integralnie diagnozujących oba powyższe stany [17].

Druga oś, wokół której obraca się krytyczna argumentacja medycznej definicji śmierci mózgu, dotyczy wiarygodności i jednoznaczności testów wykorzystywanych do jej orzekania. Wątpliwości wzbudza zróżnicowanie procedur w zależności od prawodawstwa krajów, w których są stosowane. W Wielkiej Brytanii zrezygnowano z EEG, natomiast w USA, Niemczech, Francji i Włoszech badanie to wciąż jest wymagane, a czas obserwacji przed ostatecznym potwierdzeniem śmierci pnia mózgu wynosi od 12 do 24 godzin [18].

Testom zarzuca się także arbitralność, której granice mogą być wytyczone mylnie oraz mogą być zmienne wraz z rozwojem wiedzy medycznej. Ma to związek z badaniem braku określonych funkcji mózgu, bez uwzględnienia funkcji, które pozostały. Poddaje się także w wątpliwość jednakową wartość integracyjną wszystkich odruchów pniowych. Oprócz wykluczenia ich obecności, UDDA zalecała wykonanie EEG w celu potwierdzenia śmierci wyższych ośrodków nerwowych. Z biegiem czasu w diagnostyce śmierci mózgu zaczęto stosować tomografię komputerową, scyntyografię czy ultrasonografię dopplerowską. Dynamiczny rozwój technik neuroobrazowania przyczynił się do opisu stanów klinicznych, rzucających cień na trafność obowiązujących dotychczas definicji [2]. W 2002 roku międzynarodowe konsylium ekspertów podjęło się sformułowania pojęcia i określenia kryteriów diagnostycznych stanu minimalnej świadomości (ang. MCS - *minimally conscious state*). Potrzeba narodziła się z faktu istnienia grupy pacjentów, którzy nie mieścili się w definicji śpiączki, ani przetrwałego stanu wegetatywnego (ang. PVS - *persistent vegetative state*). Stan minimalnej świadomości charakteryzuje się możliwością prostego kontaktu słownego, mimicznego lub „gestownego” z chorym, dzięki zachowaniu przez niego minimum świadomości dotyczącej jego własnej osoby i otoczenia, natomiast przetrwały stan wegetatywny cechuje zupełny brak świadomości u przytomnego pacjenta [19]. Według szacunków zespół MCS może dotyczyć nawet co trzeciego pacjenta z PVS [2]. Inną jednostką diagnostyczną jest zespół zamknięcia (ang. LIS - *locked-in-syndrome*) określany także jako „choroba zamurowanego żywcem”. Dochodzi do głębokiego uszkodzenia lub braku aktywności pnia mózgu, z jednoczesnym zachowaniem pełnej aktywności kory mózgowej. Pacjent jest w pełni przytomny, świadomy, odczuwa i myśli,

lecz nie jest w stanie poruszać się z powodu całkowitego paraliżu niemal wszystkich mięśni szkieletowych [19]. Za potwierdzenie powyższej tezy mogą posłużyć wyniki badań PET (ang. *positron emission tomography*), które wykazały, że w grupie badanej pacjentów z zespołem zamknięcia, poziom metabolizmu glukozy w bardziej rozwiniętych rejonach kory mózgowej jest porównywalny z grupą kontrolną osób zdrowych w podobnym przedziale wiekowym.

Przesłanki diagnostyczne są wpisane w dynamiczny paradygmat nauki, który zmienia się wraz z rozwojem i postępem nowoczesnych metod neuroobrazowania, i w przyszłości może rzutować na słuszność neurologicznej definicji śmierci. W obecnych czasach pytania rodzi jednoznaczność wykonywanych testów w świetle dostępnej obecnie wiedzy i możliwości technicznych, a także konieczność ciągłej rewizji kryteriów, w prewencji ich dezaktualizacji [2].

PODSUMOWANE

Podsumowując, ewolucja w rozumieniu pojęcia śmierci mózgowej, która dokonała się z upływem lat, uwarunkowana jest rozwojem wiedzy medycznej, nowoczesnych technik obrazowania oraz wyzwaniami, przed którymi staje ludzkość.

Momentem przełomowym w rozwoju zagadnienia było opublikowanie raportu Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej z 1968 r, wprowadzającego pojęcie nieodwracalnej śpiączki, natomiast do położenia solidnych podwalin teoretycznych pojęcia śmierci mózgowej przyczynił się *Akt jednolitego określenia śmierci* przyjęty w prawodawstwach różnych krajów, co świadczy o powszechnej zgodzie na określone w nim założenia. Mimo to, dokument spotkał się z krytyką zarówno na płaszczyźnie metodologicznej, obejmującej precyzję i jednoznaczność kryteriów, redukcjonizm pojęcia śmierci, utylitaryzm, czy kwestie etyczne dotyczące transplantacji, jak i płaszczyźnie technicznej, poddającej w wątpliwość arbitralność i wiarygodność testów, bazujących na paradygmacie naukowym, który może zmieniać się za sprawą dynamicznego rozwoju technologii. Zwraca uwagę formalno-prawny charakter neurologicznego kryterium śmierci mózgu, różny od kryterium naturalnego, pojmującego śmierć jako proces gradualny. Jednak implikacje nowej definicji śmierci mózgowej, w postaci pragmatyzmu społecznego związanego z transplantologią, szeroko pojętymi korzyściami zarówno dla dawców, jak i biorców narządów i ich rodzin, a w konsekwencji całego społeczeństwa, osadzone we

współczesnym kontekście historycznym i kulturowym, zdają się być słuszne, jednocześnie zamieniając w pytanie słynne: *Omnibus hominibus moriendum est*.

PIŚMIENNICTWO

1. Jakliński A., Kobiela J.S., Jaegermann K., Marek Z., Tomaszewska Z., Turowska B.: Medycyna sądowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1983.
2. Janaszczyk A., Sobczak K.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2012; 6(4): 182–190.
3. A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA* 1968; 6: 85-88.
4. Machado C., Korein J., Ferrer Y, Portela L., de la C García M., Chinchilla M., Machado Y, Machado Y, Manero JM: The Declaration of Sydney on human death. *The Journal of Medical Ethics* 2007; 33(12): 699–703.
5. Daroff R.: The historical evolution of brain death from former definitions of death: the Harvard criteria to the present. *The Signs of Death Pontifical Academy of Sciences, Vatican City* 2007, Scripta Varia 110.
6. Iwańczuk W.: Harvardzkie kryteria śmierci mózgu. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2008; 2: 265-273.
7. Pius XII: The Prolongation of Live. *Pope Speaks* 1958; 4: 393-398.
8. Kania W: Kryterium śmierci mózgowej w perspektywie historycznej. *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne* 2007; 40(2): 350-363.
9. Mąkosa J., Wysokiński M., Fidecki W., Kuszplak K.: Prawne aspekty stwierdzenia śmierci mózgu — regulacje polskie. *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2018; 7(1): 46–49.
10. Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r., poz. 767).
11. Taylor RM.: Reexamining the definition and criteria of death. *Seminars of Neurology* 1997; 17(3): 265-270.
12. Wójcik B.: Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka. Problematyka filozoficzno-etyczna. https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/32159,smierc-mozgu-jako-kryterium-smierci-czlowieka-problematyka-filozoficzno-etyczna#1 (dostęp 29.03.2020).

13. Kwolek A.: Kontrowersje wokół medycznej definicji śmierci. Resovia Sacra. Studia Teologiczno-Filozoficzne Diecezji Rzeszowskiej 2006; 13: 137-149.
14. President's Commission for Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Defining Death. A Report on the Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death, Washington 1981. https://books.google.pl/books?hl=pl&lr=&id=fd3sFRTejuIC&oi=fnd&pg=PA1&dq=President%E2%80%99s+Commission+for+Study+of+Ethical+Problems+in+Medicine+and+Biomedical+and+Behavioral+Research,+Defining+Death.+A+Report+on+the+Medical,+Legal,+and+Ethical+Issues+in+the+Determination+of+Death,+Washington,+&ots=MgXyBgBi5M&sig=qtMLv6iPWfCOksSBTk1UiO2s91U&redir_esc=y#v=onepage&q=President%E2%80%99s%20Commission%20for%20Study%20of%20Ethical%20Problems%20in%20Medicine%20and%20Biomedical%20and%20Behavioral%20Research%2C%20Defining%20Death.%20A%20Report%20on%20the%20Medical%2C%20Legal%2C%20and%20Ethical%20Issues%20in%20the%20Determination%20of%20Death%2C%20Washington%2C&f=false (dostęp 29.03.2020)
15. Biesaga T.: Kontrowersje wokół neurologicznej definicji śmierci. <https://www.mp.pl/etyka/kreszcicia/27742,kontrowersje-wokol-nowej-definicji-smierci> (dostęp 29.03.2020).
16. Singer P.: O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej. Wydawnictwo PIW, Warszawa 1997.
17. Shewmon D.A.: The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating "Brain Death" With Death, The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine 2001; 26(5): 457–478,
18. Nowak P.G.: Czy "śmierć mózgowa" to śmierć człowieka? Filozofia w praktyce 2015, 1, <http://filozofiawpraktyce.pl/czy-smierc-mozgowa-to-smierc-czlowieka/> (dostęp 29.03.2020).
19. Podemski RJ: Kompendium neurologii. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2008.

Rys historyczny eutanazji

Ewa Łuszczewska¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DEFINICJA I RYS HISTORYCZNY EUTANAZJI

Słowo eutanazja ma ścisły związek z terminem „euthanasia”, który od dawnych czasów miał znaczyć dobrą i łatwą śmierć, jak również wiązał się z przyspieszeniem zgonu osoby chorej [1,2]. W terminologii prawnej oraz legislacyjnej, a także w literaturze okołomedycznej podczas używania terminu eutanazji jak dotąd nawiązywano do jej pochodzenia. W różnych społeczeństwach śmierć była jako transformacja w inny wymiar lub inną formę życia. Fenomen śmierci rozważali najwybitniejsi filozofowie, tacy jak Platon czy Epikur, pod których wpływem swoje poglądy kształtował Święty Augustyn oraz Święty Tomasz z Akwinu [3,4]. Pojęcie eutanazji jest najczęściej rozumiane jako zaplanowana i celowa procedura, której celem jest bezzwłoczne i natychmiastowe zakończenie życia człowieka, który w założeniu jest nieuleczalnie chory, niewiarygodnie cierpi i jest prawdopodobnie bardzo bliski śmierci. Takie wyjaśnienie terminu eutanazji można by skojarzyć z zabójstwem z tym, że wyjątkowo innym niż tradycyjne, ponieważ zabija się osobę poważnie i nieuleczalnie chorą i że towarzyszy temu wielka liczba wykroczeń [5].

Przyjmujemy, że w literaturze bioetycznej eutanazja dzieli się na dwa przeciwstawne określenia [6]:

- Eutanazja wąska – postrzeganie eutanazji jako działanie, zwykle porównane z zabójstwem, kiedy to lekarz stosuje preparat w sposób bezpośredni osobie terminalnie chorej oraz cierpiącej, mający na celu wywołanie bezbolesnej i uważanej za dobrą śmierć.
- Eutanazja szeroka – mająca bardziej powszechne zastosowanie, według której definicja eutanazji wiąże się z zaaplikowaniem preparatu, który ma spowodować śmierć, odejście pacjenta, ale również ma na celu zaprzestanie procedury medycznej albo całkowitą

rezygnację z korzystania z leków wcześniej podtrzymujących osobę nieuleczalnie chorą przy życiu.

Termin „euthanatos” istniał już w V wieku przed narodzeniem Jezusa Chrystusa i używany był przez Kratynosa – poetę pochodzenia greckiego, który definiował przy jego pomocy śmierć człowieka, która przyszła po bardzo niedługim czasie i raczej bezboleśnie. Od tamtych czasów dobry, nietrudny, jak również bezbolesny zgon był czymś bardzo pożądanym [7].

W czasach ery starożytnej, jak i w dzisiejszych dniach można było zetknąć się z przeciwnikami, ale również ze zwolennikami eutanazji. Platon, będący jednym z tych, którzy popierali eutanazję twierdził, że nie ma żadnego celu przedłużać życie osoby, która jest nieuleczalnie chora. Z tej przyczyny sugerował praktykom medycznym zaniechanie leczenia tych pacjentów, którzy nie wykazywali żadnej siły vitalnej. Arystoteles natomiast proponował, aby nie zajmować się w przyszłości dzieckiem, które jest kaleką lub kuśtyka.

Zupełnie inaczej wypowiedział się Hipokrates, jak też i jego praktykanci. W odróżnieniu od Platona i Arystotelesa nie zezwalali oni na spowodowanie przyspieszonego zgonu starszych osób oraz na zabijanie dzieci, które wydawały się cierpieć na terminalną chorobę [8].

Przechodząc do czasów nowożytnych angielski filozof Francis Bacon powiedział, iż celem współczesnej medycyny jest leczenie chorych, chociaż w przypadku, kiedy nie ma szansy wyleczenia chorego i cierpiącego pacjenta, lekarze mają za zadanie skrócić jego cierpienie. W swoim dziele „Utopia” Tomas More krytykował sytuację, kiedy popełnia się samobójstwo, przy czym uważał też, że w idealnie funkcjonującej cywilizacji każda jednostka w danych okolicznościach powinna mieć prawo do dobrowolnego, jak również godziwego odejścia ze świata żywych [8].

W okresie Renesansu wielu filozofów twierdziło, iż każdy człowiek w czasie jego narodzenia otrzymuje określoną moc i wiele substancji życiowych. Naturalna i dobrowolna śmierć nadchodziła wtedy, kiedy te substancje były traktowane w sposób rozsądny i rzeczowy, mając na myśli przedłużone lata życia. Natomiast w sytuacji, kiedy istota ludzka w sposób nierozsądny i nierozważny sprzecznie podchodziła do nawet jednego z tychże składników vitalnych, śmierć przybierała formę gwałtowną, nieodczuwającą bólu oraz odwrotną do naturalnej [8].

Filozofowie i medycy żyjący w XVII i XVIII wieku postrzegali eutanazję jako proces umierania zbliżający się w sposób naturalny, a będący następstwem długiej i ciężkiej choroby. Śmierć osoby chorej mogła być szybsza poprzez zaaplikowanie leków przeciwbólowych, które

miały na celu przynieść ulgę w cierpieniu tej osoby, jednak było to widziane jako skutek uboczny przestrzegania terapii leczenia pacjenta raczej niż bezpośredni skutek podania medykamentu [8].

W wieku XIX pojawił się termin „eugenika”, który przedstawiał naukę dążącą do ulepszenia inherentnych cech człowieka. Rozwój medycyny szybko pozwolił na przedłużanie życia chorego człowieka, śmierć była początkowo tematem tabu, więc nie poruszano tego tematu wśród najbliższych [9,10]. Później zaczęto „pomagać” pacjentom w ich cierpieniu. W rezultacie tego popularne stały się rozmyślenia powiązane z eutanazją [11]. Szczególnie w tym czasie większość lekarzy rozpoczęło aktywne pomaganie pacjentom bardzo ciężko chorym, które miało polegać na bezbolesnym zadawaniu śmierci. Takie asystowanie mogło jednak zaistnieć tylko i wyłącznie za zgodą osób przewlekłe chorych i dokonywać tego mógł nikt inny, jak tylko lekarz.

W kolejnym stuleciu, a dokładnie w latach 20. i 30. znacząco spopularyzowano ruch eugeniczny, propagujący naukę filozofii eugeniki [8]. W roku 1920 wydano w Niemczech pracę pt. „Pozwolenie na zakończenie życia bez wartości”, której autorami byli K. Binding oraz A. Hoche i która wkrótce przyniosła im rozgłos i uznanie. Zwolennicy i wyznawcy eugeniki wśród innych zaliczali również Adolfa Hitlera, który w następstwie tego przedstawił swoje zdanie poruszające ten temat w swoim dziele „Mein Kampf”. Wszyscy i wszędzie znali jego twierdzenia, a mianowicie, że jednostka ludzka, która nie ma mocy do walki i nie potrafi zatroszczyć się sama o swoje zdrowie i życie, nie ma prawa do egzystencji, ponieważ dane jest ono wyłącznie silnym istotom ludzkim [8]. Taka ideologia przyczyniła się już od początku września 1939 roku do podpisania dokumentu, który zezwalał na odebranie życia osobom terminalnie chorym. W rezultacie tego rozpoczęto działania pod magiczną nazwą T4, na skutek których zdecydowano o uśmierceniu mniej więcej 180 tysięcy chorych ze szpitali psychiatrycznych oraz niedołączonych osób starszych, które wymagały stałej opieki i wsparcia. Uważa się, że kilka tysięcy kalekich maluchów oraz niemowląt urodzonych z wadami genetycznymi, jak też umyślowo chorych nastolatków zostało celowo i brutalnie uśmierconych. W związku tylko z tymi działaniami w szybkim czasie zabito około 250 tysięcy istot żywych [8].

Począwszy od lat 70. XX wieku na całym świecie trwa dyskusja na temat zezwolenia na dokonanie eutanazji oraz jej etyczności w przypadku, kiedy osoba jest w stanie terminalnym i przypuszczalnie bliska śmierci. Bierze się tutaj pod uwagę żądania osób trzecich niebędących medykami i zasadność takich decyzji [12].

Patrząc na powyższe fakty można stwierdzić, iż sprawa eutanazji nie jest dyskutowana i nie istnieje tylko w czasach obecnych, ale rozmyślania i argumentacja z nią związana ma często miejsce dzisiaj i trwa to co najmniej od kilkunastu stuleci [13]. Na przełomie wieków szukanie przez człowieka jego miejsca i odnajdowanie jego pozycji w społeczeństwie, jak również dążenie do osiągania swoich celów w życiu ciągle się zmieniało, zwłaszcza jeżeli bierzemy pod uwagę pojęcie humanizmu. Rola eutanazji jest bezsprzecznie wciąż tematem dużej wagi i bardzo znaczącym w wielu kręgach, i z pewnością nie da się tego w prosty sposób jednomyślnie ocenić [13].

RODZAJE EUTANAZJI

W dziejach ludzkości termin eutanazja był przekazywany wieloznacznie, na różne sposoby. Definicja i rozumienie tego pojęcia mogą się nieco różnić w różnych pracach, artykułach i dokumentach. Słowo „euthanasia” pochodzi z języka greckiego, w którym „eu” oznacza dobry, a „thanatos” oznacza śmierć, tak więc tłumaczone jest ono jako dobra śmierć [14,15]. Obecnie pojęcie to najczęściej oznacza skrócenie lub zakończenie życia pacjentów nieuleczalnie chorych [16,17]. Według wielu źródeł trzeba stwierdzić, że jest kilka istotnych, ale różniących się między sobą rodzajów eutanazji. Powszechnie w literaturze można natknąć się na kategoryzowanie eutanazji według metody jej wykonywania. Zaliczyć tu należy:

- Eutanazję bierną - która polega na nieuzasadnionym w sposób medyczny zatrzymaniu leczenia, którego celem jest przyspieszenie zgonu. Mówi się, że działanie takie da się wytłumaczyć poprzez współczucie okazywane wobec osoby cierpiącej. Biorąc pod uwagę ten typ eutanazji nie możemy całkowicie zaniechać odżywiania, nieustannie staramy się zmniejszyć ból, a także podajemy środki medyczne, które mają za cel pozbycie się ciężkich objawów choroby, które są zwykle nie do wytrzymania dla pacjenta. Z drugiej strony sugeruje się zaprzestanie używania takich leków, które wymierzone są w leczenie przyczynowe, w momencie kiedy nie odnoszą spodziewanego pozytywnego skutku i prawdopodobnie miałyby nigdy nie uczynić nic pozytywnego w przyszłości [18].
- Eutanazję czynną - która jest celowym i świadomym czynem, którego wynikiem ma być doprowadzenie do zgonu w sposób znacznie szybszy, niż miałyby dojść do niego z przyczyn naturalnych. Osoba chora ma umrzeć w rezultacie zaaplikowania leku narkotycznego w bardzo dużej ilości, przy czym podanie leku najczęściej

przyczyni się do pojawienia się ciężkich i niemożliwych do opanowania skutków ubocznych [19,20].

- Samobójstwo wspomagane – z którym mamy do czynienia w przypadku, kiedy jakaś osoba naumyślnie pomaga drugiej osobie zakończyć jej ziemskie życie, co następuje na skutek otwartej i świadomej prośby bez żadnego przymusu. W sytuacji samobójstwa o którym mowa, sprawcą takiego posunięcia okazuje się konkretnie ten człowiek, który myśli, żeby jak najszybciej zakończyć swoje życie, a w jego mniemaniu cierpienie. Odwrotnie jest w przypadku eutanazji, kiedy to druga osoba zapewnia podawanie leków wywołujących szybkie odejście pacjenta. Czasami do takiego samobójstwa dochodzi poprzez asystę kogoś z personelu medycznego i wówczas pojawia się termin PAS. Lekarze wtedy z pełną świadomością zapewniają pacjentowi, który chce popełnić samobójstwo, dostęp do śmiertelnych w skutkach substancji, które każda jednostka jest w stanie przyjąć bez asysty drugiej osoby [21].

Jeśli rozważamy zamiar lekarza dokonamy wówczas następującego skategoryzowania eutanazji [22]:

- Eutanazję pośrednią – która wystąpi w czasie, kiedy zgon pacjenta pojawi się w wyniku wystąpienia skutków ubocznych terapii, mającej na celu zmniejszenie bólu i cierpienia, np. przy zastosowaniu znacznie większej ilości leków łagodzących ból. W takiej właśnie sytuacji lekarze są najczęściej świadomi tego, że jest to jedyny możliwy sposób wspomagania osoby, która znajduje się w stanie terminalnym i taka forma pomocy mogłaby zarazem spowodować szybszy zgon cierpiącego pacjenta.
- Eutanazję bezpośrednią – która wystąpi w przypadku, kiedy spowodowanie śmierci chorego pacjenta jest wyłącznie celowym działaniem służb medycznych.

Trzeci podział eutanazji rozważa się pod kątem woli nieuleczalnie chorego pacjenta i kategoryzuje się na:

- Eutanazję dobrowolną – która występuje na świadomą prośbę osoby cierpiącej. Pacjent ów musi przy tym być świadomy i rozsądny, a jego prośba powinna być oczywista nie tylko dla niego, ale i dla lekarza, i musi przedstawiać jego osobistą, niewspomaganą decyzję o własnym losie [23,24].
- Eutanazję niedobrowolną – która inaczej nazywana jest adobrowolną i dochodzi do niej najczęściej na żądanie osób trzecich wobec osób chorych, którzy jeśli weźmiemy pod uwagę ich stan zdrowia, nie byłoby nigdy w stanie samodzielnie osiągnąć tak ważnej

życiowej decyzji. Mówimy tutaj o osobach trwale upośledzonych, jak i tych, którzy znajdują się w śpiączce, a nawet o noworodkach [24,25].

- Eutanazja przymusowa – która występuje, pomimo że nie istnieje bezpośrednia zgoda pacjenta i odebranie mu życia jest całkowicie wbrew jego woli. Na przeprowadzenie procesu eutanazji decyduje się lekarz, w przypadku kiedy nie widzi on żadnej możliwości utrzymania, nie mówiąc już o poprawie zdrowia chorego pacjenta, chociażby próbowano już wszelkie możliwe odpowiednie formy leczenia. Eutanazja taka to nic innego, jak tylko rodzaj morderstwa, które nawet jeśli ktoś utrzymuje, że było dokonane z litości jest w rzeczywistości dokonane wbrew wszelkim moralnym zasadom [20,26].

EUTANAZJA NA TLE RÓŻNYCH RELIGII

Wszystkie istniejące religie na świecie rozpatrują śmierć jako niezgłębioną tajemnicę. Sama myśl może wzbudzać obawy i niepokoje przed tym, co mogłoby spotkać ludzi po zakończeniu doczesnego życia na Ziemi. Pojawia się więc pytanie, co znajduje się po drugiej stronie: czy jest tam po prostu nicość, czy może też zupełnie inna forma życia, czy może przeobrażamy się i wcielamy w drugie życie? Dlatego też większość religii skupia się na tym, co spotka nas po śmierci, przed czym staniemy twarzą. Niezależnie jakiego wyznania jesteśmy, sami często zastanawiamy się i szukamy odpowiedzi na te pytania. Religie są przy tym po to, aby pomóc nam w rozwikłaniu tej trudnej, nie do końca zbadanej kwestii. Biblia czy też inne Święte Księgi mają nam w tym pomóc. Przyjrzyjmy się tu kilku religiom i ich poglądom oraz ideom na temat eutanazji [27].

Katolicyzm

Kościół i chrześcijaństwo opowiada się za absolutną ochroną życia ludzkiego, sprzeciwiając się wyrażnie legalizacji eutanazji. Stanowisko takie obejmują następujące dokumenty: Deklaracja Kongregacji Nauki i Wiary „lura et bona”, encyklika „Evangelium Vitae” i Katechizm Kościoła Katolickiego [28]. Kościół katolicki proponuje swój Dekalog i stawia przed nami swoje przykazania. Jedno z nich, a mianowicie: „Nie zabijaj!” wyraża sprzeciw wobec eutanazji. Życie uważa się za święte i pochodzące od Boga, który o nim decyduje. Pan Bóg jest postrzegany jako władca życia i śmierci, który sam może dać człowiekowi życie, ale może też go pozbawić. Człowiek podejmujący próbę wyznaczenia kresu

swojego życia lub życia drugiej osoby chce być tym samym na miejscu Stwórcy. Nie jest jednak świadomy, że popełnia ogromne nadużycie i jednocześnie łamie piąte przykazanie [29]. Przykazanie „Nie zabijaj!” kojarzy się zatem z wolą Bożą i dotyczy przyjscia na Świat i życia, ale również nakazuje obronę życia poczętego. W wyniku respektowania tego przykazania i niepoddawania się woli Szatana mamy respekt nie tylko dla życia, ale i dla poszanowania naturalnie zbliżającej się śmierci, w czym pomaga nam fakt, że posiadamy rozum i umiemy z niego korzystać. Przykazanie to jest, jak się okazuje, początkiem wolności oraz daje prawo do życia, które jest, a przynajmniej powinno być pożądanym przez wszystkich ludzi [30].

Opierając się na Biblii i Katechizmie Kościoła Katolickiego osoba, która ma ograniczoną, albo niewystarczająco mocną funkcję życiową, wymaga szczególnego respektu ze strony innych. Pacjenta, który jest upośledzony lub nieuleczalnie chory trzeba wspomagać tak, aby mógł odczuć, że prowadzi normalne życie. Eutanazja bezpośrednia, nie patrząc na jej środki oraz motyw, którymi się kieruje, służy do przyspieszenia śmierci umierającego albo upośledzonego człowieka. Według Kościoła i Biblii niedopuszczalne jest jej przeprowadzenie. Zarówno działanie mające na celu wywołanie śmierci chorego pacjenta po to tylko, aby wyeliminować ból, jak i brak tego działania powszechnie uważa się za zabójstwo, ale którego ostatecznym i nieodwracalnym celem jest spowodowanie śmierci chorego, traktowane jest jako zabójstwo przez Chrześcijan. Akt eutanazji, który jest ostatecznym i nieodwracalnym czynem, uderza w ludzką godność i sprzeciwia się poszanowaniu Boga, który jest Stwórcą, Panem życia i śmierci. Nie możemy czynić niczego, co jest sprzeczne ze słowem Bożym, gdyż spotka nas potępienie i kara po naszej śmierci. Każde zachowanie, które kieruje się Dekalogiem i Słowem Bożym postrzegane jest jako słuszne, wartościowe i godne naśladowania [31].

Prawosławie

Duchowni prawosławni, tak jak i moi Kościoła katolickiego, są przeciwni przeprowadzaniu eutanazji. Twierdzą oni, iż według ich wiary nie jesteśmy dawcami życia, i w związku z tym nie jest ono naszą własnością i nie mamy takiego prawa, które umożliwiłoby nam odbieranie komukolwiek życia z przeróżnych pobudek.

Życie człowieka jest bezsprzecznie uważane jako najcenniejszy dar otrzymany od Boga i nikt inny tylko Bóg ma prawo decydować o jego zapoczątkowaniu, jak i zakończeniu.

Postawa Kościoła Prawosławnego bazuje na postępujących hipotezach [32]:

- Umożliwienie eutanazji nie docenia dekalogu, a zwłaszcza przykazania „Nie zabijaj!”
- Jeżeli rozważamy kwestię śmierci odpowiedzialny jest tutaj tylko Bóg, nie ludzie

- Cierpienie cielesne jest w pewien sposób zesłane przez Boga jako kara za grzechy, która ma za zadanie wprowadzić człowieka w życie wieczne.

Cerkiew prawosławna postrzega eutanazję jako bezpośrednie doprowadzenie do śmierci człowieka cierpiącego lub chorego. Jest jednak jeszcze jedna kwestia, a mianowicie fakt, że zaprzestanie aktywności medycznej w sytuacji, gdy osoba cierpiąca lub nieuleczalnie chora nieuchronnie zbliża się do swojej śmierci bez możliwości żadnej pomocy, nie jest traktowane w religii prawosławnej jako eutanazja [33].

Protestantyzm

Wyznawcy protestanccy również wnoszą wyraźny sprzeciw wobec stosowania eutanazji rozumianej jako decydowanie o życiu osoby, będącej nieuleczalnie chorą, poprzez pracę lekarza, ale również poprzez podawanie przez osobę prowadzącą środków niezbędnych do przybliżenia się coraz bardziej do samobójstwa przez samego pacjenta [34].

Opublikowana przez federację protestanckiej Francji w roku 1991 „Biała księga komisji etycznej” wyraźnie przedstawiła postawy protestantów wobec eutanazji. Stwierdzono wyraźnie, że żadna instancja moralna ani też żadne prawo nie może anulować odpowiedzialności etycznej pacjenta przy pomocy zalegalizowania eutanazji lub potwierdzenia jej zakazu. Każdy człowiek został wykreowany na wzór i podobieństwo Boga, czyniąc też fakt oczywistym, iż nikt nie powinien mieć takiej władzy, by określać jej kryteria [27].

Istnieje taka organizacja, jak Wspólnota Ewangelickich Kościołów w Europie, która od dawna broni praw osób umierających lub śmiertelnie chorych. Prawo to dotyczy w przeważającej mierze umożliwienie prawa do życia osobie nieuleczalnie chorej, ale również prawa do przystopowania albo całkowitego zaprzestania uporczywej terapii. W artykule wydanym przez GEKE pod tytułem „Czas życia i umierania” spróbowano wyjaśnić, jakie jest etyczno-teologiczne uzasadnienie eutanazji oraz asystowania podczas popełniania samobójstwa. Według tego artykułu w żaden sposób nie da się usprawiedliwić ani eutanazji, ani asystowania przy samobójstwie. Najważniejsze jest bowiem życie, jak i uporczywa terapia trwająca do końca egzystencji człowieka [27].

Hinduizm

Wiara Hindusów podejmująca się kwestii powolnego odchodzenia, a w rezultacie śmierci wywodzi się od starodawnych zachowań tak medycznych, jak i kulturowych. W hinduizmie nie ma jednej, wspólnej i konkretnej księgi odnoszącej

się do zasad etycznych kierujących wyznawców na taką, a nie inną drogę postępowania. Reguły w tej wierze są elastyczne i mogą być interpretowane na różne sposoby w różnych społecznościach.

Istnieją dwie ważne, wyróżniające się i charakterystyczne myśli, według których mogą postępować i rozważać wiele kwestii naśladowcy hinduizmu [35]. W tenże sposób podchodzą oni do sprawy związanej z dobrowolną oraz czynną eutanazją. Nadrzędna koncepcja to „karma”, która będąc podstawą do odnalezienia stosunku do eutanazji wiernych w hinduizmie, jest myślą przewodnią, którą muszą się oni kierować. Kolejną ideą jest „drahma”, która wyznacza prawa etyczne i moralne, a ich codzienne wykorzystywanie, a zatem również przyjmowanie za słuszne powinno być obowiązkiem i celem dla każdego praktykującego wyznawcy hinduizmu. Wierzą oni, że w rezultacie zagwarantuje im to szczęście, spokój i błogość po śmierci, tak jak i w doczesnym życiu [35]. Ujęte są tutaj reguły oraz wyznaczniki dotyczące każdego aspektu życia. Głównym motywem wiary wyznawanej przez hinduistów była, jest i będzie reinkarnacja oraz przemieszczanie się dusz i wobec tego absolutnie nie można tu samodzielnie przeszkadzać ani interweniować. Dlatego też każda metoda, która miałaby polegać na skróceniu życia, w tym nawet samobójstwo powiązane z eutanazją nie jest w hinduizmie uznawana. Istnieje jednak jedna przyjęta przez wszystkich forma odbierania swojego życia, a mianowicie samouduszenie, które odbywa się albo przez niemożność oddychania, albo przez zagłodzenie samego siebie [35].

Biorąc pod uwagę sprawy związane z wydłużaniem życia metodami sztucznymi, wierni i praktykujący Hindusi wyrażają swój sprzeciw, aby niepotrzebnie nie doprowadzać do niekończącego się cierpienia osobie chorej, ponieważ człowiek cierpiący, a tym bardziej nieuleczalnie chory w swoim przeznaczeniu ma za zadanie odejść z doczesnego świata w pełnym spokoju bez żadnych interwencji ani zakłóceń. Hinduizm nie akceptuje sztucznego przedłużania życia, ponieważ może to doprowadzić do uwięzienia duszy w ciele, a poprzez to powstrzymać jej dalszą wędrówkę [32,36].

Buddyzm

Kolejną religią, na którą należy zwrócić uwagę jest buddyzm, który obok Hinduizmu zalicza się do takiego rodzaju wyznań, w których nie istnieje żadna nadzieja, jako że jakakolwiek ona by nie była to i tak zwiastuje cierpienie. Biorąc to właśnie pod uwagę można by się zastanowić, czy nie lepsze jest szybkie i spokojne odejście ze świata doczesnego, ponieważ byłaby to zapewne jedyna metoda na odnalezienie sensu w życiu.

W buddyzmie najważniejsze jest, aby zgon każdego człowieka nastąpił będąc całkowicie świadomym, tego, co się wokoło dzieje, a pacjent cierpiący i umierający musi wówczas być otoczony rodziną, ale również i mnichami, którzy mają na celu wsparcie i pomoc przekazywane osobie terminalnie chorej po to tylko, aby miała ona pogodę ducha, a jak wiadomo dużo lepiej jest znosić powolne umieranie mając wokół siebie przyjaciół i duchownych. Doczesna śmierć, według zwolenników buddyzmu, nie jest postrzegana jako kompletne zakończenie istnienia, lecz jako droga wiodąca do późniejszej reinkarnacji, aż osiągnięty zostanie cel ostateczny, a mianowicie wejście w Nirwanę ,inaczej wyzwolenie [35].

Wyznawcy buddyzmu sądzą, że w momencie, kiedy nie ma możliwości wyleczenia terminalnie chorego pacjenta, powinno się jak najszybciej zaprzestać sztucznego przeciągania życia, tylko po to, by każdy z nas był świadomy, że doświadczy spokojnej, szybkiej i godnej śmierci. Zniszczenie ciała w rezultacie dokonania samobójstwa lub eutanazji nie ma w ogóle sensu, ponieważ czyn taki nie spowoduje ucieczki od cierpieniem. Skutkiem popełnienia któregośkolwiek z tych dwóch czynów, tzn. samobójstwa lub eutanazji doprowadza się do odejścia duszy umierającego pacjenta w bardzo złej i dotkliwej atmosferze, i w wyniku tego do zaakceptowania faktu, że w przyszłości będzie on odczuwał „złą karmę”, czyli fatalne w skutkach i bolesne skutki złego postępowania. Zła karma warunkuje cierpienie człowieka i powinna przetrwać do momentu skończenia, aby nie przechodziła na dalsze pokolenia, gdyż przerwanie jej zadecyduje o jej powrocie w następnych wcieleniach. W buddyzmie dopuszcza się bierną eutanazję, chociaż nie ma jej jasnych i określonych granic. Buddyści nie postrzegają śmierci jako porażki i dlatego nie powinno się jej przeciągać w nieskończoność. Jeśli nie będzie już szansy na dojście pacjenta do zdrowia, sztuczne utrzymywanie życia również traci sens [37].

Islam

W wierze muzułmańskiej szacunek dla ludzkiego życia wydaje się być pierwszorzędną ideą w prawie Koranu. Samobójstwo, tak jak i eutanazja są źle postrzegane, ponieważ jest to samowola człowieka, a życie każdej osoby w tej religii leży w rękach Allaha, który podobnie jak Bóg ma wyłącznie decydować o losie, a zatem i o śmierci człowieka. Eutanazję uważa się więc za czyn wysoce niemoralny, którego nie można się dopuścić nawet w okolicznościach panującej długo nieuleczalnej choroby, a co gorsza z litości. W Kuwejcie w 1981 roku w czasie Pierwszej Międzynarodowej Konferencji Medycyny w Muzułmańskim Kodeksie Etyki Medycznej zakazano stosowania praktyk eutanazji [37,38].

Islam kieruje się słowami pochodzącymi z Koranu, a mianowicie „*Kto zabije człowieka..., ten odpowie za krew jego przed całym rodem ludzkim; kto zaś uratuje życie człowieka, będzie nagrodzonym, jakby uratował życie całego rodu ludzkiego*” [39].

Judaizm

Podobnie jak w Islamie, również w Judaizmie dla ludzkiego życia musi być należny dozgonny szacunek i godność, gdyż życie uważa się za dar pochodzący od Boga, który w swojej wyłączności ma prawo podjąć decyzję o tym, jak oraz kiedy zginiemy. Dla wiernych należnych do wyznawania judaizmu popełnienie wszelkich czynów przeciwko własnemu życiu lub też życiu innej osoby bezsprzecznie uważa się za jeden z kilku najważniejszych grzechów śmiertelnych.

Judaiści wierzą, iż eutanazja czynna postrzegana jest jako etycznie nieuzasadniona, a zarówno samobójstwo, jak i eutanazja uważane są za swego rodzaju morderstwo. Nasze doczesne życie jest święte, pochodzi od Boga i nie można pozwolić sobie na zakończenie go tylko dla czyjejś wygody lub czyjejś korzyści, ani też z powodu współczucia dla pacjenta cierpiącego i chorego [35].

Biorąc pod uwagę przypadek, w którym życie osoby jest podtrzymywane sztucznie, rozważa się możliwość odłączenia człowieka od aparatury podtrzymującej życie, ale tylko żeby zezwolić mu umrzeć naturalnie i godnie. Pozwolenie takie istnieje w momencie, kiedy z klinicznego punktu widzenia nie widzi się już szansy, żeby osoba terminalnie chora była w stanie funkcjonować i żyć samodzielnie.

Ogólnie rzecz biorąc zakazuje się bezpośrednich działań skierowanych na skrócenie czyjegoś życia, ale zezwala się na podawanie środków przeciwbólowych w celu uśmierzenia bólu [39].

PODEJŚCIE DO EUTANAZJI W RÓŻNYCH KRAJACH

Eutanazja w Prawie Międzynarodowym nie ma wykładni żadnego wzoru konwencyjnego, który bezpośrednio zajmowałby się jej kwestią. Argumentuje się, że zakaz eutanazji ma swoje uregulowania, które decydują o tym, że żaden człowiek nie ma prawa być pozbawionym życia w umyślny sposób [40].

Zalecenie Rady Europy zatytułowane „Ochrona Praw Człowieka i Godności Osób Nieuleczalnie Chorych i Umierających” natomiast podchodzi otwarcie do kwestii obowiązku zachowania szacunku oraz ochrony godności umierających oraz nieuleczalnie chorych

pacjentów. Państwa należące do Unii Europejskiej na bazie tego zalecenia powinny dostarczyć tym osobom nie tylko prawną, ale i społeczną ochronę, i opiekę podczas uporczywej terapii, samotności w obliczu śmierci, bólu, którego nie sposób wytrzymać, czy też samobójstwa dokonanego w wyniku altruizmu. Cytując paragraf 9 ujęty w zaleceniach Rady Europy stwierdza się, iż osoby trzecie nie mają żadnego prawa pozbawiać życia pacjenta nieuleczalnie chorego, nawet gdyby bezgranicznie pragnął śmierci. Stosując się do postanowień Rady Europy zakazuje się eutanazji, nie mówiąc już o eutanazji czynnej, która okazuje się być przestępstwem w przeważającej większości państw położonych na terytorium kontynentu europejskiego [40].

Eutanazja w Polsce

Eutanazja w Polsce od samego początku uważana była i uznawana jako zabójstwo. Wszyscy jesteśmy świadomi faktu, że Prawo Polskie bazujące na Konstytucji gwarantuje wszystkim obywatelom prawo do życia [41]. Ponadto, dokładne regulacje prawne dotyczące eutanazji zawierają się w artykule 150 Kodeksu Karnego. W ustępie pierwszym tegoż artykułu zabójstwo osoby na jej prośbę lub wobec silnego współczucia okazywanego wobec drugiej osoby powszechnie uważa się za czyn zabroniony, a lekarz lub ktokolwiek inny dokonujący takiego czynu musi być świadomy, że narażony jest na karę więzienia od 3 miesięcy do 5 lat. Natomiast ustęp drugi tegoż artykułu mówi o możliwości danej sądowi na decydowanie o nadzwyczajnym złagodzeniu kary lub całkowitemu odejściu od niej w sytuacji, kiedy położenie jest wyjątkowe. Polska, będąc krajem katolickim i w przeważającej mierze na tle innych krajów wyjątkowo chrześcijańska, stanowczo sprzeciwiała się i będzie się zawsze sprzeciwiać zabijania drugiego człowieka, a więc także i eutanazji [40].

Eutanazja w Holandii

W Holandii eutanazja została zalegalizowana w roku 2002 w specyficznych okolicznościach zachowania przezorności, do których można zaliczyć dobrowolną prośbę osoby cierpiącej oraz w momencie, kiedy osoba nieuleczalnie chora nie dostała już żadnej nadziei na przeżycie ze strony personelu medycznego [42]. Średnio w roku w Holandii przeprowadza się ponad 3500 eutanazji wykonywanej na prośbę pacjenta oraz prawie 400 pacjentów będących prawdopodobnie w sytuacji bez wyjścia decyduje się na samobójstwo, przy czym następuje ono z udziałem osób trzecich. Ponadto ważny jest fakt, iż około 1000 pacjentów każdego roku ma odebrane życie bez względu na to, czy wyrażą oni jednoznaczną zgodę, czy nie. Taka sytuacja doprowadziła do tego, iż ogromna liczba obywateli tego kraju podpisuje CredoCard w obawie przed odebraniem im życia. Tak sygnowana

deklaracja nie pozwoli w żadnych okolicznościach na dokonanie eutanazji nawet w sytuacji, w której dany pacjent nie jest w stanie sam stwierdzić, czy warto, czy trzeba i czy powinno się już dokonać eutanazji. Niemniej jednak Holandia jest krajem, który, można stwierdzić jako jeden z niewielu, przyczynia się do rozpowszechnienia terminu, jakim jest eutanazja wśród obywateli i nie przewiduje się kary za jej przeprowadzanie [42].

Eutanazja w Belgii

Kolejnym państwem, które ma podobne podejście w kwestii eutanazji jest Belgia. Belgijski Parlament w dniu 16 maja 2002 roku przyjął ustawę pozwalającą na przeprowadzanie eutanazji. W tym kraju dokonać eutanazji nie może nikt inny jak tylko lekarz, który jest świadomy faktu, że aby nie być poddanym karze, powinno być spełnionych całkiem sporo kwestii prawno-formalnych, a mianowicie: położenie osoby chorej i cierpiącej w ocenie lekarzy jest fatalne i beznadziejne i nie rokuje w żadnym wypadku poprawy oraz kiedy pacjent czuje ciągły, uporczywy, ostry ból i wyraźnie cierpi, a zarazem nie da się tej sytuacji zmienić, ani też w najmniejszym stopniu poprawić po tym, kiedy lekarze przeprowadzili już wiele rozmów z chorym po to, żeby dotrzeć do jego świadomości co do konsekwencji podjętych ewentualnie przez nich trudnych decyzji [43].

Dodatkowo, w lutym 2014 roku wprowadzono poprawkę w obowiązującej w Belgii Ustawie Eutanatycznej. Zezwala ona na przeprowadzenie eutanazji nawet na terminalnie chorych dzieciach w każdym wieku. Można ją przeprowadzić, podobnie jak w sytuacji osób starszych, na skutek dobrowolnej i danej z pełną świadomością prośby chorego, ale jednak biorąc pod uwagę dzieci wszystko powinno być dokonane przy jednoczesnej zgodzie rodziców, którzy, jak każdy mógłby wywnioskować, przyczyniają się w znacznej mierze do rozpowszechniania i dokonywania eutanazji. Belgia, można by jasno i wyraźnie stwierdzić, nie jest wcale restrykcyjna, jeśli rozpatrujemy kwestię eutanazji [44].

Eutanazja w Luksemburgu

W Luksemburgu przyjęto w dniu 16 marca 2009 roku ustawę legalizującą eutanazję po 13 latach badań i rozważań dotyczących kwestii, czy powinno być to zaakceptowane, czy nie. Wobec powyższego Luksemburg jako trzeci kraj będący członkiem Unii Europejskiej zatwierdził, przyjął i poparł dokonywanie eutanazji [45,46].

Jednak artykuł 15 zamieszczony w ustawie zezwala lekarzowi odmówić przeprowadzania eutanazji, jak też udziału w samobójstwie wspomaganym. Kiedy zdecyduje

się na taki krok zobowiązany jest do przekazania informacji o swojej decyzji pacjentowi minimum 24 godziny wcześniej, wyjaśniając przy tym, jaki jest powód tejże odmowy. Jeśli personel medyczny nie chce być odpowiedzialny cywilnie lub karnie za swój czyn muszą być wzięte pod uwagę następujące czynniki: pacjent cierpiący ma być w wieku pełnoletnim i musi określić swoją prośbę świadomie i otwarcie, osoba chora nie widzi już żadnej szansy na zmianę, a tym bardziej na poprawę swojego zdrowia, pacjent nieuleczalnie chory przeżywa przy tym ogromne cierpienie i męki związane z jego chorobą, których nie da rady już znosić, ale najważniejsze jest, aby prośba dotycząca dokonania eutanazji była zatwierdzona i poświadczona pisemnie. Luksemburg jako trzeci kraj Beneluksu nie sprzeciwia się wobec kwestii eutanazji i z łatwością decyduje się na jej dokonanie [45].

Eutanazja we Francji

Kierując się swoim kodeksem karnym Francja uznaje eutanazję jako zabójstwo, które może być podzielone na dwie kategorie. Pierwsze rozwiązanie jest w sytuacji, kiedy śmierć drugiej osoby jest przeprowadzana w sposób dobrowolny, taki typ zabójstwa doprowadzić może do kary nawet 30 lat. Drugą kategorią jest zabójstwo dokonane z premedytacją i ten typ podlega karze dożywocia. Niemniej jednak eutanazja bierna według prawa francuskiego uznawana jest jako zaniechanie wszelkich czynności i nie ma wyszczególnionej w takim przypadku żadnej kary [40].

Eutanazja w Stanach Zjednoczonych

Stany Zjednoczone według prawa federalnego nie zezwalają na przeprowadzanie eutanazji. Dla kontrastu prawo stanowe daje możliwość podjęcia działań i stworzenia warunków, które zezwolą na dokonanie eutanazji, jak też samobójstwo wspomagane. Kilka stanów, a mianowicie Connecticut, Oregon, Teksas oraz Vermont przeprowadzały już badania w tej kwestii i mają prawą możliwość dokonywania eutanazji [40].

W stanie Oregon istnieje Ustawa o Umieraniu z Godnością, która dopuszcza podanie przez lekarza prowadzącego leku, który ma na celu doprowadzenie do śmierci osoby chorej i cierpiącej w przypadku choroby nie dającej żadnych szans na przeżycie. Ażeby samobójstwo wspomagane znalazło swoje prawne zastosowanie, dorosły obywatel stanu Oregon, który jest terminalnie chory, a jego śmierć naturalna miałaby nastąpić nie dłużej jak w 6 miesięcy w momencie swojej prośby, musi mieć nieograniczoną do podejmowania własnych i świadomych decyzji. Pacjent ma obowiązek przedstawić swoją prośbę co najmniej dwa razy, a jeśli chodzi o użycie substancji letalnych, prośba będzie spełniona pod warunkiem sporządzenia jej

na piśmie. Stan Oregon wymaga od lekarza prawa wykonywania zawodu, omówienia wspólnie z pozostałym personelem medycznym konkretnego przypadku pacjenta oraz jego zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji, nie zapominając o poinformowaniu rodziny osoby chorej o przeprowadzeniu zabiegu eutanazji, jeżeli pacjent wyraża taką wolę. Tylko w przypadku spełnienia tych warunków lekarz nie będzie poddany żadnej prawnej karze. Natomiast eutanazja czynna w stanie Oregon, inaczej niż samobójstwo wspomagane, jest niedozwolone [40].

EUTANAZJA W OCZACH MEDYKÓW

W naszym kraju obowiązuje Polski Kodeks Etyki Lekarskiej, a zawarty w nim artykuł 31 zabrania lekarzom przeprowadzania eutanazji, a także nie zezwala na oferowanie osobom chorym pomocy w samobójstwie [47,48]. Kodeks na poparcie zawartych w nim tez wyraźnie stwierdza, że zawód lekarza jest w głównej mierze po to, aby uchronić życie człowieka i nie powinien być wykorzystywany do doprowadzenia pacjenta do śmierci. Każdy jest zobowiązany uczynić wszystko co jest w stanie, ażeby zapewnić osobie, nawet tej nieuleczalnie chorej, humanitarną opiekę na końcowym etapie jej choroby oraz godne warunki w chwili zbliżającego się zgonu [49].

W przypadku pacjenta terminalnie chorego lekarzowi przysługuje prawo do kontynuowania lub zaniechania reanimacji, uprzednio dogłębnie analizując i oceniając dalsze szanse leczenia [47,48].

PIŚMIENNICTWO

1. Bunikowski D.: Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2010.
2. Śledzianowski J.: Eutanazja- dobra śmierć, czy zabójstwo człowieka. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010.
3. Pająk K.: Bioetyka a wybrane aspekty umierania człowieka. Pielęgniarstwo u Zdrowie Publiczne 2011; 1: 77-81.
4. Brzeziński T.: Etyka Lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
5. Fenigsen R.: Eutanazja – śmierć z wyboru? Wydawnictwo W drodze, Poznań 2002.
6. Zając M.: Bioetyczne ujęcie eutanazji. Człowiek-Rodzina- Prawo, 2012; 6: 10.
7. Bołoz W.: Utrzymanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii. Punkt widzenia etyka. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2013; 7(3-4): 69-74.

8. Rusznica A., Kieca M., Kleska Ł.: Eutanazja i samobójstwo: filozoficzne-prawne refleksje nad śmiercią z wyboru,. Wydawca Łukasz Kleska, Rzeszów 2016.
9. Skreczko A.: Śmierć jako sprawdzian dla żyjących [w:] W drodze do brzegu życia. t. IV., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2008: 109-119.
10. Sobczak K.: O pocieszeniu, jakie daje śmierć [w:] W drodze do brzegu życia. t. IV. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2008: 109-149.
11. Czarnecki P.: Dylematy etyczne współczesności. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
12. Gazeta lekarska: Dyskusja w sprawie eutanazji, 2019, <https://gazetalekarska.pl/?p=53135> (data dostępu 6.05.2020).
13. Tokarz W.: Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja- Anioł Śmierci czy Zbawienia?, Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 16-23.
14. Wolska H.: Eutanazja - dobrodziejstwo czy cywilizacja śmierci? [w:] Disputatio Życie. t. VII. Ciechanowicz- McLean J. (red.). Stowarzyszenie Pro Societas, Gdańsk 2009: 154-169
15. Biesaga T.: Etyka w Medycynie. Medycyna Praktyczna – Chirurgia 2005; 5: 115-118.
16. Orłowska B.: Eutanazja – dylematy prawne i moralne. Studia Prawnoustrojowe 2008; 8: 245-254.
17. Dziedzic J.: Eutanazja [w:] Encyklopedia bioetyki, Muszala A (red.). Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen, Radom 2007: 188-196.
18. Brzeziński T.: Etyka Lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 219-227.
19. Kirmes T., Wilk M., Chowaniec C.: Eutanazja – próba uporządkowania pojęcia. Wiadomości Lekarskie 2017; 70(1): 118-126.
20. Pietrzykowski T.: Spór o eutanazję: etyczne problemy prawa. Wydawnictwo Sonia Draga, Katowice 2007.
21. Radbruch L., Leget C., Bahr P., Müller-Busch Ch., Ellershaw J., de Conno F., Vanden Berghe F.: Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care, Palliative Medicine 2016; 30: 104–116.
22. Chańska W.: Eutanazja- głos filozofa. Czasopismo aptekarskie 2008; 5(173): 40-51.
23. Malczewski J. (red.): Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
24. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

25. Kaczmarek T., Macinkowski J. T.: Kryptoeutanazja – jaka jest skala tego problemu? [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C. (red.). UMB Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2009: tom VI, 235-246.
26. Wawrzyniak J.: Etyka Eutanazji, Studium filozoficzno-aksjologiczne. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2015.
27. Zając M.: Eutanazja i jej ocena w religiach świata. Drohiczyński Przegląd Naukowy 2013; 5: 135-153.
28. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A.: Eutanazja. Współczesna Onkologia 2008; 6: 290-293.
29. Głowacki J.: Eutanazja – problem życia, a nie śmierci. Teologia i człowiek 2011; 11: 190-198.
30. Papieska Komisja biblijna, Biblia a moralność. Biblijne korzenie postępowania chrześcijańskiego, Kielce 2009.
31. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2012, artykuł 2076-2077.
32. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.): Pielęgniarstwo transkulturowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
33. Stefanowski P.: Kościół prawosławny a problem eutanazji. Prosto z mostu. Młodzi, Ekumenizm. Bóg 2015; 45: 12-14.
34. Sojka J., Korczago A.: Oczekiwania pacjenta wyznającego protestantyzm [w:] Pacjent odmienny kulturowo, Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań 2015: 276.
35. Skura-Nadziała A.: Religie świata i ich stanowisko wobec eutanazji. Annales. Etyka w życiu gospodarczym 2009; 12(2): 25-34.
36. Szulc W., Niewiadomska W.E.: Etnopielęgniarstwo. Pielęgniarstwo 2000 1999; 2(43): 34-6.
37. Klocker M., Tworuschka M., Tworuschka U.: Etyka wielkich religii. Wydawnictwo Verbinum, Warszawa 2009.
38. Orońska A.: Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009; 3(2): 82-85.
39. Klimaszewska K., Kondzior D. i in.: Eutanazja – zagrożenie współczesności [w:] W drodze do brzegu życia. t. VI. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2009: 217-227.

40. Pacian J., Pacian A., Skórzyńska H.: Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata. *Hygeia Public Health* 2014; 49(1): 19-25.
41. Debita M.: Polska regulacja eutanazji w świetle polskiej regulacji prawnej oraz nauki społecznej Kościoła Katolickiego. *Ogrody Nauk i Sztuk* 2015; 5: 74-83.
42. Dorfmueller M., Dietzfelbinger H.: *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
43. Szadkowska M.: Zabójstwo eutanatyczne – tendencje liberalizacyjne w Europie na przykładzie Belgii. *Studia Iuridica Toruniensia* 2013; 13: 221-240.
44. Bieńkowska D.: Biurokratyzacja śmierci. Aspekt prawno-etyczny w pryzmacie belgijskiej ustawy eutanatycznej. *Sztuka leczenia* 2015; 1-2: 13-24.
45. Michałek-Janiczek A.: Legalizacja eutanazji i samobójstwa wspomaganego w Luksemburgu. *Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego* 2010; 8: 35-48.
46. Klimaszewska K. i in.: Eutanazja w Polsce i na świecie [w:] *W drodze do brzegu życia* T.X. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2012: 539-545
47. Kuć D.: Kodeks Etyki Lekarskiej. *Medycyna Praktyczna* 2016; 7-8: 118-120.
48. Kuć D.: Kodeks Etyki Lekarskiej. *Medycyna Praktyczna* 2016; 9: 112-116.
49. Świątkowska-Flis B., Pierzchała K., Flis C.: Zasady etyczne, aspekty prawne, a problem eutanazji. *Wiadomości Lekarskie* 2009; 67(2): 142-145.

Opieka paliatywna a eutanazja

Ewa Łuszczewska¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ARGUMENTY LUDZI PRZYCHYLNIE NASTAWIONYCH WOBEC EUTANAZJI

*W żadnej sprawie nie powinniśmy być bardziej ulegli duszy jak w sprawie śmierci.
Niechaj dusza idzie za swoim pierwszym porywem: czy zapraśnie miecza, czy powroza, czy
trucizny wypełniającej żyły, niechaj dokona swego dzieła i niech złamie okowy niewoli.*

*Każdy powinien również innym przyznać prawo do życia, sobie - prawo do śmierci:
najlepsza jest śmierć, którą się wybiera.*

Lucius Annaeus Seneca (Seneka) - Myśli [1]

Ludzie, którzy od zawsze stawiali siebie po stronie eutanazji jako pierwszorzędną kwestię, poruszają godność oraz całkowitą autonomię człowieka [2,3]. Zgodnie z ich założeniami każdy człowiek posiada jakąś wartość, często ukrytą oraz powinien być obdarzony szacunkiem i respektem ze strony innych ludzi. Zwolennicy eutanazji twierdzą też, że każdy człowiek powinien mieć swoje własne prawo do podejmowania decyzji o swoim przyszłym życiu, jak też i o tym, kiedy miałyby nadejść jego śmierć, aż do momentu, kiedy nie narusza on swobody i praw innego człowieka [2,3].

Aby uznać eutanazję jako dobrowolną, jej zwolennicy insynuują, iż wskazania tutaj padają na trzy następujące kwestie [4]:

- Chory jest zobligowany w sposób faktyczny, świadomy i klarowny przedstawić esencję swojej prośby
- Osoba chora powinna nie tylko na bieżąco mieć informacje o stanie swojego zdrowia, jak też być informowana o możliwości nieuchronnych zmian
- Decyzja chorego pacjenta w żadnym wypadku nie może być pod wpływem osób trzecich.

ARGUMENTY PRZECIWNIKÓW EUTANAZJI

*W rzeczy samej, ta smutna sytuacja, fakt, iż poważnie zastanawiamy się nad eutanazją,
świadczy tylko o niemal całkowitym zaniku wartości duchowych.*

Ludzie nie znajdują żadnego oparcia w sobie i żadnej inspiracji wokół siebie.

*Taka sytuacja byłaby nie do pomyślenia w społeczności tybetańskiej,
gdzie umierający mają oparcie w naukach, o których rozmyślali przez całe życie i które
przygotowały ich na śmierć - wszystkie niezbędne punkty odniesienia i siłę wewnętrzną.*

Ponieważ zdołali nadać znaczenie swemu życiu, wiedzą też, jak nadać je śmierci.

Jean-François Revel - Mnich i filozof [1]

Rozpatrując głosy przeciwników eutanazji żaden pacjent nie powinien mieć możliwości podjęcia decyzji dotyczącej własnej śmierci, ponieważ celem zachowania rodzaju ludzkiego było i będzie utrzymanie przy życiu wszystkich, choćby najsłabszych jednostek. Życie każdego z nas bez względu na płeć, rasę czy wyznanie jest święte bez względu na okoliczności jego istnienie i powinno mieć sens pomimo przeżywanych cierpień [5].

Przeciwnicy kładą nacisk na to, że żadna osoba, ani żaden lekarz nie posiada takiego prawa, aby decydować o zabieraniu komukolwiek życia, nawet w trudnych do akceptacji okolicznościach, kiedy osoba chora jest długotrwale nieprzytomna [6,7]. Popierają oni swoje założenia faktem, że każdy pacjent, który pozostaje długo w stanie nierokującym żadnych zmian może w każdej chwili otrzymać szansę na odzyskanie świadomości. Niedane jest nikomu zatem tej możliwości skrócić, ani odbierać, gdyż nasze dalsze życie leży w rękach Boga. Gdybyśmy bowiem znali koleje naszej egzystencji moglibyśmy wszystkiemu zapobiec, wszystkim pomóc i wszystko zmienić, ale niestety tak nie było, nie jest i nie będzie. Dajmy tę możliwość każdemu, nawet tym, którzy są, jak im się wydaje, pogodzeni ze swoim losem i życiem [6,7].

TERAPIA DAREMNA A EUTANAZJA

Czemuż nie uśmiechnięty

w błogi odchodzisz spokój, po uczcie życia syty?

Jeśli zaś żywot miałeś twardy i nieużyty, szczęście marnie stracone ?

czyż na to jeszcze czekasz, co przepadnie podobnie?

Toż nędzny los człowieka raczej ci warto przerwać i skończyć z tem cierpieniem? [8]

Priorytetowym celem medycyny jest przywrócenie zdrowia leczonemu pacjentowi [9]. W przypadku, kiedy istnieje zagrożenie życia głównym zadaniem stojącym przed lekarzem jest utrzymanie chorego przy życiu, lecz aby osiągnąć ten cel lekarze muszą wykorzystać wszelkie dostępne środki. Podczas leczenia króla Karola II w 1686 wyglądało to następująco: upuszczono krew, podano środek przeciwwymiotny, zgolono włosy, posypano głowę proszkiem z ciemniernika, przyklejono plastry z gołębim łajnem na stopy i znów upuszczono krew. Nie nastąpiły oczekiwane efekty, więc dalej podawano: ziarna arbuza, wyciąg z lilii wodnej, piwonię, lawendę, goździki, gałkę muszkatołową, perły rozpuszczone w occie i jako ostateczność wypróbowano kamień bezoarowy. Po tym wszystkim król umarł. Robiono więc wszystko co możliwe, aby osiągnąć pożądany efekt terapeutyczny. Obecnie nazywa się to „efektem placebo” [9].

Terapia daremna, z definicji, to brak skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości składania oświadczeń woli w oddziałach intensywnej terapii [10,11].

Pacjenci z niewydolnością wielonarządową najczęściej wymagają zarówno medycznego, jak i farmakologicznego wspomagania czynności podstawowych dla życia organów [10,11].

Zwykle u pewnej grupy pacjentów nie da się wyleczyć całkowicie niewydolności wielonarządowej [10,11]. Doprowadza się wówczas pacjenta do stanu, w którym przewlekłe podtrzymuje się funkcjonowanie jego narządów. Powstaje pytanie, czy terapia daremna jest potrzebna i czy może głębsze spojrzenia należałoby tu skierować na eutanazję? Kościół Katolicki przedstawia swoje podejście dotyczące terapii daremnej w artykule 2278 KKK wyraźnie zeznając, iż może nastąpić przypadek odejścia od zabiegów medycznych tylko w sytuacji, kiedy nie dają one oczekiwanych wyników. Mówimy wówczas o sytuacji, w której nie powinno się przeszkadzać w zbliżającym się spotkaniu z Bogiem [10,11].

Każdego pacjenta w nawet najtrudniejszych przypadkach powinno się kierować na Oddział Intensywnej Terapii, ale przyjęcie go na stanowisko intensywnej terapii po to tylko, żeby umarł jest nieuzasadnione medycznie i klinicznie [12]. Taka terapia jest bardzo kosztowna, więc kraje w których eutanazja jest możliwa do wykonania preferują udział lekarza i jego pomoc w zadecydowaniu o życiu pacjenta, który w najczęstszych przypadkach nie zdążył lub nie miał okazji podpisać zgody na własną śmierć w przypadku krytycznym. Patrząc na ten problem ze strony finansowej i jednocześnie rozważając stan zdrowia pacjenta trzeba przyznać, iż lepiej jest zapewnić miejsce na Oddziale Intensywnej Terapii pacjentom, którzy rokują dobrze i jest realna szansa na doprowadzenie ich do pełni zdrowia nawet po dłuższym leczeniu.

Jeśli natomiast przyjmimy pacjentów bez możliwości przywrócenia funkcji narządów, nie jesteśmy w stanie uratować życia innym nieuleczalnie chorym pacjentom [12]. Powinny być więc, określone wytyczne, które pomogłyby szpitalom odpowiednio funkcjonować. Gdyby szpital mógł kierować się konkretnymi wskazaniami do przyjęcia i wypisze pacjentów w oparciu o wytyczne nadzoru specjalistycznego lub towarzystw naukowych, skuteczność leczenia i działalność szpitali byłaby z pewnością korzystniejsza. Nie należy przy tym całkowicie rezygnować ze stosowania terapii daremnej, poprzez tylko restrykcyjną politykę przyjęć czy wypisów. Musi być więc znaleziony złoty środek tak, aby nie szukać winnych, kiedy już życie pacjenta będzie zakończone. A walka o życie pacjenta powinna być kwestią nadrzędną [12].

W Judaizmie, na przykład, zdania dotyczące stosowania terapii daremnej są podzielone, gdyż część rabinów sądzi, że prawo Talmudu zezwala na odstępianie od tych działań, pozostali twierdzą, iż powinno się utrzymywać pacjenta przy życiu za wszelką cenę [13]. Wszyscy wiemy, że obecne wykorzystywanie technologiczne zaawansowanego sprzętu oraz wprowadzanie nowych, coraz bardziej wyrafinowanych i skutecznych urządzeń pomaga lekarzom w utrzymaniu pacjentów przy życiu [14,15].

Podstawowe czynności życiowe da się utrzymać przez bardzo długi czas [16]. Powstaje coraz częściej dylemat, czy jesteśmy w stanie w obecnej sytuacji utrzymywać przy życiu tak dużą liczbę chorych jednocześnie, czy damy radę zaspokoić sumienie wielu osób naraz wiedząc, że możemy w dobie postępu technologicznego działać jeszcze skuteczniej. Tylko czy ci chorzy, nie mówiąc już o tym, że są to najczęściej nieuleczalnie chorzy pacjenci, mają szansę na przeżycie i normalne funkcjonowanie w przyszłości. Nikt z nas, nie wiedząc co go czeka później, nie chce utracić możliwości korzystania z tych pięknych chwil na bieżąco. Tylko czy są to piękne chwile, czy jest to jednak przedłużenie cierpienia. A może ten wspaniały czas nastąpi dopiero po śmierci. To dlatego, nie tylko z powodów ekonomicznych, wielu adwersarzy eutanazji uważa, że terapia daremna nie ma swojego uzasadnienia. Podtrzymywanie funkcji narządów według nich jest niczym innym, jak pozbawieniem godności pacjenta w obliczu tego, co go czeka niebawem. Ponadto cierpią też niepotrzebnie najbliżsi krewni leczonej osoby. Co najważniejsze, cierpi w znacznym stopniu system opieki zdrowotnej zarówno organizacyjnie, jak i ekonomicznie [16].

Każdy lekarz w ramach swoich obowiązków powinien stwierdzić, czy jego działania będą skuteczne podczas terapii swoich pacjentów [12]. Jeśli uważa on, że możliwość doprowadzenia pacjenta do stanu, w którym będzie świadomie i sprawnie funkcjonował jest na tyle duża, że warto podjąć wysiłek, wówczas terapia daremna jest potrzebna i uzasadniona. Jeśli

natomiast jest to tylko przedłużenie cierpienia w wypadku, kiedy zgon zbliża się i tak nieuchronnie, taka terapia wydaje się być sprzeczna z interesem chorego człowieka, gdyż niemożność uzyskania założonych celów terapeutycznych jest niczym innym, jak tylko rzeczywistą terapią daremną i jest w rezultacie błędem w postępowaniu medycznym [12].

Nawet w tak odległych czasach, jak druga połowa wieku XVII Jean de La Bruyere stwierdził, że choroba będąca trwale na krawędzi życia i śmierci sprawi, że śmierć będzie korzystniejsza i będzie to bardziej komfortowe rozwiązanie zarówno dla osoby, która umiera, jak i dla osób, które pozostają [17].

Dwa stulecia później kolejny afirmator, John Muir, wnioskował, że w żadnej kwestii nasze koncepcje nigdy nie były tak zawile i tak żałosne, jak w przypadku śmierci [12]. Pozwólmy dzieciom iść w zgodzie z naturą, a w rezultacie będą świadome, że śmierć jako kwestia nieuchronna i niemożliwa do pokonania jest w rzeczywistości bezbolesnym przeżyciem, równie pięknym jak całe przemijające życie, a z grobem nie da się zwyciężyć, bo grób nie prowadzi walki. Wszystko według Johna Muira jest niczym innym, jak tylko boską harmonią. Pojawia się pytanie, czy można tę świętość życia naruszyć, pogwałcić i zniszczyć szczególnie w okolicznościach, kiedy staje się ono nieakceptowalne przez osobę chorą, która nie pragnie, a może mogłaby żyć dalej [12].

Wiele praw, konstytucji i decyzji sądowych uznaje, że każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa [15]. Są to między innymi [15]:

- Uniwersalna Deklaracja Praw Człowieka z roku 1948,
- Afrykańska Ustawa Praw Człowieka z roku 1981,
- Europejska Konwencja Ochrony Praw Człowieka i Fundamentalnej Wolności z roku 1950
- Amerykańska Konwencja Praw Człowieka z roku 1969.

Zasadniczo wszystkie te Konwencje i Ustawy na pierwszym miejscu stawiają człowieka i jego prawo do życia [15]. Eutanazja natomiast skierowana jest na odebranie życia człowiekowi przez drugiego lub przy pomocy drugiego człowieka z motywem uważanym za humanitarny. Jednakże niszczyć ludzkie życie, należałoby uznać eutanazję za nieprawą i niemoralną etycznie. Pomimo zgody, często nieświadomie podejmowanej przez pacjenta, odbieranie mu życia w większości krajów i społeczeństw prowadzi do przeróżnych sankcji prawnych i obarczane jest winą. Nie czynimy chorym tego, czego nie uczynilibyśmy w świadomy sposób sobie. Wyjątek stanowi samobójstwo, ale to od czasów Jezusa Chrystusa, a nawet wcześniej skazywane było na potępienie [15].

OPIEKA PALIATYWNA A EUTANAZJA

*Pragnęłoby się wiedzieć, że się gasnąć będzie.
Nie tak jak knot ogarka, pełzający w swędzie,
Lecz jak żarówki, które w okamgnieniu gasną,
A przedtem do ostatniej chwili świecą jasno? [18]*

Filozofia opieki paliatywnej zawarta w eutanazji to nic innego jak fakt, iż umieranie jest częścią naszego życia, dlatego też może mieć głębokie znaczenie [19]. Idea opieki paliatywnej stała się koncepcją uniwersalną w medycynie i na przełomie XX i XXI wieku została przedstawiona jako należne ludzkości prawo, które współczesna cywilizacja powinna zaoferować ludziom [19].

Opiekę paliatywną powszechnie uważa się za alternatywę do eutanazji [20,21,22]. Kiedy pacjent ma coraz krótszą drogę do śmierci zmienia się podejście do niego, to znaczy zastępuje się intensywną terapię, terapią objawową, która polega na łagodzeniu skutków choroby, a nie w walce z nią. Zapewnia się środki przeciwbólowe, pożywienie, a nawet opiekę duchową. Kiedy opieka paliatywna jest bezbłędnie stosowana, nieczęsto występują prośby o eutanazję. Pacjent nie żąda skrócenia życia i akceptuje swój stan w danej chwili [20,21,22].

Hospicja i domy opieki proponują wizję życia i śmierci mając na uwadze to, iż jedynie pacjent może podjąć decyzję co do swojej śmierci, gdy tylko przyjdzie na to odpowiedni moment. Motywem przewodnim jest życie i dbanie o to, by było ono podtrzymane. Już w latach 60. założycielka hospicjum Cicely Saunders zauważyła skuteczność opieki paliatywnej jako alternatywa wobec eutanazji [23,24,25]. W związku z tym eliminowanie bólu i cierpienia, czyli opieka paliatywna, jest jak najbardziej wskazana i ma na celu poprawić życie osoby chorej. Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej podkreśla, niejako głosem swoich obaw i troski o pacjenta, że zalegalizowanie eutanazji byłoby początkiem końca opieki paliatywnej i wprowadzanie eutanazji na coraz większym obszarze świata jest szkodą dla bezbronnych pacjentów, zwłaszcza osób starszych i niepełnosprawnych, a także hamuje rozwój opieki paliatywnej będąc niczym innym, jak alternatywą dla niej, chociaż opieka paliatywna i zalegalizowana eutanazja razem opierają się na medycznych i etycznych wartościach autonomii pacjenta, i osoby oferującej dobroczynną dla pacjenta pomoc, obie postrzegane są jako antagonistyczne, czyli przeciwne sobie [26,27]. Patrząc na argumenty przeciwko eutanazji pojawia się przekonanie, że odpowiednia opieka paliatywna nie dopuści do sytuacji, w której pacjenci będą dopraszać się eutanazji. Głównym celem opieki paliatywnej

jest łagodzenie i kontrolowanie bólu po to, by osoba nieuleczalnie chora czuła się lepiej, co więcej czuła się potrzebna. Pracownicy zajmujący się opieką paliatywną uważają, że opieka ta nie odniesie sukcesu, jeśli pacjent i tak będzie wyrażał życzenie zakończenia swojego życia. Mimo to nie zawsze opieka paliatywna może zagwarantować, że cierpienie pacjenta będzie łatwo pokonać. Ponadto nie da się zagwarantować, że każdy pacjent będzie miał spokojną i bezbolesną śmierć [26,27]. Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenie można sądzić, że również jest miejsce na eutanazję w opiece paliatywnej, ponieważ w sytuacji kiedy nie można już dalej uśmierzyc bólu, uzasadnionym może być pomoc pacjentowi w zakończeniu jego drogi życiowej. Jednakże w krajach, gdzie eutanazja została zalegalizowana, a opieka paliatywna rozwija się coraz bardziej i efektywniej, rola eutanazji jest obecnie umniejszana. Można więc dojść do wniosku, że opieka paliatywna jest zdecydowanie lepszym rozwiązaniem w dobie wyrafinowanej, pełnej postępu medycynie, na co wskazują decyzje podejmowane przez medyków w Holandii lub Belgii, czyli w krajach, które jako pierwsze wprowadziły eutanazję. Medycyna paliatywna przychodzi z pomocą osobom terminalnie chorym i umierającym, bazując na zaakceptowaniu faktu, iż śmierć czeka każdego i przekonaniu, iż nikt nie ma prawa odebrania życia komukolwiek wbrew naturze za wszelką cenę [26,27].

OŚWIADCZENIE DNR I WOLA ŻYCIA

U kresu życia człowiek staje w obliczu tajemnicy śmierci. (...) Śmierć jest uważana za „bezsensowną”, kiedy niespodziewanie kładzie kres życiu otwartemu jeszcze na przyszłość, która może przynieść wiele interesujących doświadczeń; staje się natomiast „upragnionym wyzwoleniem”, gdy ludzka egzystencja zostaje uznana za pozbawioną dalszego sensu, ponieważ jest pogrążona w bólu i nieuchronnie wystawiona na coraz dotkliwsze cierpienie
Jan Paweł II [28]

Postęp w medycynie istotnie miał wpływ na coraz dłuższe życie człowieka, jak i na proces umierania. Powstało w związku z tym wiele kwestii dotyczących uporczywej terapii [29].

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych nastąpiły znaczące zmiany w uporczywej terapii i innych naukach biomedycznych, które zdecydowanie wpłynęły na pojawienie się idei testamentu życia [30].

Taki właśnie testament może być napisany przez pełnoletniego chorego człowieka, będącego wciąż w pełni zdrowego umysłu. Znajdują się tam zalecenia, jak ma postąpić lekarz w przypadku choroby nieuleczalnej, nieodwracalnego stanu i innych zaburzeń, które nie pozwoliłyby na wyrażenie woli pacjenta. Lekarze mieliby wówczas nie stosować żadnej reanimacji, ani zapobiegawczych środków tylko powinni używać środków łagodzących ból i zarazem mogących spowodować zgon [10].

W innym przypadku pacjent wyznaczy kogoś innego do decydowania o jego życiu i zdrowiu, gdy ten nie będzie w stanie sam już tego uczynić [10]. Takie pełnomocnictwo, w tym przypadku zwane deklaracją, ma obejmować następujące kwestie [29]:

- opisana terapia otrzymana przez pacjenta w przyszłości,
- wyszczególnienie zabronionych terapii,
- potrzebne leczenie dla pacjenta bez względu na okoliczności,
- pełnomocnictwo do podejmowania decyzji wobec danych okoliczności
- konkretne przypadki dotyczące odmowy leczenia.

Zasada DNR, czyli DO NOT RESUSCITATE, pojawiła się początkowo w roku 1974 [10,31]. W Ameryce zdecydowano wówczas, że w niektórych stanach medycznych nie będzie podejmowana resuscytacja krążeniowo – oddechowa, czyli zaniechanie wszelakich czynności, kiedy jest zatrzymane krążenie i oddychanie. Najpierw stosowano tę zasadę wobec pacjentów w szpitalu, później w domach opieki, hospicjach, a nawet we własnych domach pacjentów, którzy mieli wady genetyczne, nieuleczalne choroby neurologiczne i byli terminalnie chorzy. Pacjent w USA, który znalazł się w szpitalu, wobec ustawy o prawie pacjenta do samodecydowania z 1991 roku, miałby otrzymać szansę na dopełnienie kwestii zawartych w testamencie życia, gdyby tylko tego pragnął [10,31].

W naszym kraju nie istnieje prawo dotyczące poszanowania czyjejś woli w formie testamentu życia i DNR, dlatego lekarze sami zobowiązani są do podejmowania takich decyzji w imieniu pacjentów. Jednak w poprawce do ustawy z dnia 6.11.2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta dotyczącej właśnie tej kwestii, artykuł 16 zezwala na to, aby osoba dorosła mogła podejmować osobiście decyzję dotyczącą niepodejmowania działań resuscytacji krążeniowo – oddechowej [32,33].

Regulacje prawne są niezmiernie istotne w tej kwestii tak, aby pacjenci będący jeszcze w czystej świadomości mogli sami podejmować decyzje co do ich dalszego leczenia lub jego zaniechania. Testament życia i deklaracja DNR dają właśnie taką możliwość pacjentom, którzy mogliby się znaleźć w stanie choroby terminalnej [10,30].

DNR A KRAJ

*Działania lekarza i każdego rozumnego człowieka dobrej woli
nie do tego powinny zmierzać, by wytępić ludzi cierpiących,
ale do tego, by usuwać cierpienie.*

Ryszard Fenigsen [34]

Dokumenty DNR są powszechne w niektórych krajach i niedostępne w innych. W krajach, gdzie DNR jest niedostępny decyzja kończenia resuscytacji jest wykonany wyłącznie przez lekarzy.

Bliski Wschód

DNRs nie są rozpoznawane w Jordanie. Lekarze reanimują wszystkich pacjentów, niezależnie od indywidualnych lub rodzinnych życzeń.

Zjednoczone Emiraty Arabskie mają przepisy zmuszające pracowników służby zdrowia do reanimacji pacjenta, nawet jeżeli posiada on DNR lub nie chce żyć. Są kary za naruszenie przepisów [35,36].

W Arabii Saudyjskiej pacjent nie może legalnie podpisać DNR, ale jest on akceptowany przez lekarza podstawowej kolejności w przypadku chorych terminalnie [35,36].

W Izraelu możliwe jest podpisanie formularza DNR w przypadku, gdy długo pacjent umiera i jest świadomy swoich działań [35,36].

Anglia i Walia

W Anglii i Walii wstrzymać resuscytację krążeniowo-oddechową (CPR) można w przypadku zatrzymania krążenia. Jeśli chorzy mają zdolności zdefiniowane pod Mental Capacity Act 2005 mogą odmówić resuscytacji. Pacjenci mogą również określić swoje życzenia i/lub podejmowania decyzji przez pełnomocnika przy użyciu wcześniejszych dyrektyw (testamentów). Pacjenci i krewni nie mogą żądać leczenia (w tym CPR), które lekarz uważa za bezcelowe i w tej sytuacji obowiązkiem lekarza są działania w najlepszym interesie chorego (czy kontynuację lub przerwaniu leczenia, używając ich oceny klinicznej) [35,36].

Szkocja

W Szkocji nie ma jednolitej polityki stosowanej we wszystkich NHS Scotland. Sytuacja prawna jest podobna do tej w Anglii i Walii, w tym CPR jest postrzegana jako leczenie. Pacjenci i ich rodziny nie mogą żądać CPR.

Stany Zjednoczone

Regulacje prawne dotyczące DNR nie mają w Stanach Zjednoczonych charakteru uniwersalnego i różnią się w poszczególnych stanach.

W Stanach Zjednoczonych resuscytacja krążeniowo-oddechowa (CPR) i reanimacja (ACL) nie będą wykonywane, jeżeli ważny jest zapis DNR.

Kanada

DNR musi być omówione przez lekarzy z pacjentem lub pełnomocnikami pacjenta. Jednostronne DNR przez lekarzy mogą być stosowane tylko wtedy, gdy pacjent znajduje się w stanie wegetatywnym [35,36].

Włochy

DNR nie jest rozpoznawany przez Włochy. Lekarze muszą próbować reanimować wszystkich pacjentów, niezależnie od indywidualnych lub rodzinnych życzeń, nawet jeśli pacjent ma DNR lub nie chce żyć. Są kary więzienia (od 6 do 15 lat) dla pracowników opieki zdrowotnej naruszających to prawo, na przykład „omicidio del consenziente” [35,36].

PIŚMIENNICTWO

1. <https://lubimyczytac.pl/cytaty/t/eutanazja> (data pobrania 6.05.2020).
2. Kuć D.: Kodeks Etyki Lekarskiej. Medycyna Praktyczna 2016; 7-8: 118-120.
3. Kuć D.: Kodeks Etyki Lekarskiej. Medycyna Praktyczna 2016; 9: 112-116.
4. Bubula D.: Eutanazja a prawo do życia. Filozoficzny spór o zakres obowiązywania normy „Nie zabijaj”. Tarnowskie Studia Teologiczne, 2013; 32(1): 17-31.
5. Klimaszewska K., Kondzior D. i in.: Eutanazja – zagrożenie współczesności [w:] W drodze do brzegu życia. t. VI. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.): Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2009: 217-227.
6. Staciwa M.: Problem eutanazji. Impuls, Biuletyn Warszawskiej OIPiP 2008; 10-11: 6-9.
7. Fenigsen R.: Przysięga Hipokratesa: rozważania o etyce i eutanazji. Świat Książki, Warszawa 2010.
8. Lukrecjusz: O naturze wszechrzeczy, III, tł. E. Szymański. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1957.
9. Shapiro A.K., Shapiro E.: The powerful placebo. The John Hopkin's University Press, Baltimore 1997.
10. Szeroczyńska M.: Czy pacjent ma prawo do śmierci? Standardy Medyczne 2001; 5: 54-59

11. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.): Pielęgniarstwo transkulturowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
12. Siewiera J., Kübler A.: Terapia Daremna dla lekarzy i prawników. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
13. Klocker M., Tworuschka M., Tworuschka U.: Etyka wielkich religii. Wydawnictwo Verbinum, Warszawa 2009.
14. Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z.: Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2014; 46(4): 229–234.
15. Malec-Milewska M., Woroń J.: Kompendium leczenia bólu. Medical Education, Warszawa 2017.
16. Łuków P.: Zrozumieć śmierć człowieka. Wydawnictwo Astellas, Warszawa 2015.
17. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G.: Kultura Śmierci kultura umierania, tom I. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2016.
18. Kotarbiński T.: Fraszki polskie, wybór i opracowanie J. Bułatowicz, Kęty, Wydawnictwo Antyk, 2002.
19. Brennan F.: Palliative Care as an International Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 33: 494-495.
20. Domaradzka E.: Opieka paliatywna. Alternatywa eutanazji. *Magazyn Pielęgniarek i Położnych* 2011; 4: 18-19.
21. Leppert W., Łuczak J., Góralski P.: Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny. *Polska Medycyna Paliatywna* 2005; 2: 67-76
22. De Walden-Gałuszek K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
23. Aumonier N., Beignier B., Letellier P.: Eutanazja. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2003.
24. Trendak W., Rasmus A., Gaszyński W.: Opieka paliatywna jako sprzeciw wobec eutanazji. *Zdrowie publiczne* 2005; 2: 212-215.
25. Kuźmich I., Brzostek T., Kózka M.: Rozważania o eutanazji w świetle opieki paliatywnej. *Pielęgniarka i Położna* 2004; 2: 4-7.
26. Jarosz K.: Opieka paliatywna w onkologii. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2005; 2: 109-115.

27. Sadowska L., Przygoda Ł.: Opieka hospicyjna jako alternatywa eutanazji w świetle opieki paliatywnej. *Pielęgniarka i Położna* 2004; 2: 4-7.
28. <http://janpawel2.blogspot.com/2008/04/dramat-eutanazji.html> (data dostępu 6.05.2020).
29. Śledzianowski J., Eutanazja- dobra śmierć, czy zabójstwo człowieka. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010.
30. Wichrowski M.: Testament życia a odpowiedzialność moralno-prawna lekarzy [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, Chańska W., Hartman J. (red.). Wydawnictwo Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010: 29-38.
31. Chyrowicz B.: Życie ludzkie: wartość bezcenna, ale kosztowna. *Służba Zdrowia* 2006; 84–87: 30–33.
32. Morończyk D.: *Do not resuscitate*. Wydawnictwo Św. Stanisława BM, Kraków 2011.
33. Wichrowski M.: Testament życia. *Wprost* 2009; 18: 56-57.
34. <https://pl.wikiquote.org/wiki/Eutanazja> (data dostępu 6.05.2020).
35. <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm> (data dostępu 6.05.2020).
36. <https://www.resus.org.uk/dnacpr/> (data dostępu 6.05.2020).

Eutanazja w percepcji pracowników bloku operacyjnego i intensywnej terapii

Ewa Łuszczewska¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Na całym świecie kontrowersje dotyczące eutanazji poruszają wiele ludzkich opinii, debat, a nawet decyzji podejmowanych w sądzie. Wybór od wieków nie był najprostszy – życie czy śmierć.

Niektórzy ludzie spierają się z faktem, że wielu z tych, którzy bardzo cierpią z powodu choroby, często nieuleczalnej skorzystałoby, gdyby eutanazja była zalegalizowana. Jednak reakcja innych jest taka, że liczba ludzi cierpiących, starszych, kalekich w dzisiejszych czasach postępu medycyny jest coraz wyższa i to właśnie oni czuliby się zagrożeni, gdyby prawo zezwalające na eutanazję zostało zalegalizowane.

Temat ten od dłuższego czasu dotyczy kwestii nie tylko medycznej, ale i etycznej, prawnej, antropologicznej, czy też religijnej. Antropologia dla przykładu jest nie zgłębioną do końca wiedzą o naturze człowieka, o jego życiu we wszechświecie i społeczeństwie oraz o źródłach jego praw i obowiązków. Antropologia jest więc podstawą światopoglądu, a światopogląd decyduje o ludzkich postawach, zachowaniach i wyborach. W ostateczności zatem to światopogląd decyduje o trwałości porządku społecznego. Tak więc każda siła tworzy i promuje własną odpowiadającą jej interesom antropologię i usuwa ze społecznej świadomości cokolwiek, co miałoby być z nią sprzeczne. Tak było, tak jest i tak zawsze będzie. Ważna jest więc przede wszystkim antropologia chrześcijańska, a z drugiej strony nie wolno zapominać o antropologii współczesnej.

Jan Paweł II pisząc encyklikę „Evangelium Vitae” stwierdził, że na życie ludzkie czyha wiele niebezpieczeństw, które oferuje nam dzisiaj współczesny świat. Papież zaznaczył, że

życie ludzkie było i będzie świętą wartością i trzeba je od początku do końca chronić i doceniać [1,2]. Należałoby dodać, że antropologia chrześcijańska nie jest i nigdy nie była antropologią antyreligijną, więc ma tutaj przeogromne znaczenie. Życie istnieje, według Chrześcijan, od momentu powstania i powinno być traktowane jako dar nieocenianej dobroci i wielkości Boga. Dlatego też nie ma tu miejsca na odbieranie życia, czyli eutanazję, termin, który w antropologii współczesnej nabiera coraz szerszej wymowy. Z kolei w antropologii współczesnej jest miejsce na eutanazję, co płynie z pojawiania się wszędzie coraz większych swobód pozbawionych moralnych ograniczeń. Przedmiotowo traktując człowieka zwolennicy jakości życia uważając, że najważniejsze są zyski i korzyści płynące z ludzkiego istnienia, a życie samo w sobie nie ma dużej wartości [3].

Dążąc do osiągnięcia ważnych interesów przeróżne ideologie, takie jak socjalizm czy komunizm nie dostrzegają wartości i godności pojedynczego człowieka, tylko własne cele. Dlatego nawet problem odebrania życia innemu człowiekowi nie ma żadnego wpływu na ustawianie własnych światopoglądów i ideologii. Wniosek nasuwa się sam, a mianowicie dechrystianizacja przyczynia się do śmierci i w rezultacie do zagłady człowieka, a nawet całego świata. Definicję życia ludzkiego trzeba bezwzględnie połączyć z ideą świętości życia nierozłącznie związaną z Bogiem [4,5].

Eutanazja, jako problem światowy, od dawna jest sprawą poruszaną w wielu kręgach: prawo, medycyna, religia i etyka. Prowadzone są na ten temat różnorakie badania, jak też pisane wszelakie prace naukowe i artykuły, aby w pełni przedstawić ten problem.

Powstaje pytanie, czy w przypadku choroby nieuleczalnej i bólu przewlekłego należałoby kontynuować leczenie, czy może lepiej zakończyć czyjeś życie, będące ciężarem dla państwa, systemu opieki medycznej i rodziny.

Ale czy potrafimy zakończyć czyjeś życie, które jest przecież wartością najwyższą dla każdego człowieka?

Przeciwnicy i zwolennicy eutanazji spierają się od dłuższego czasu w kwestii jej legalizacji.

Celem tej pracy było:

- określenie postawy personelu medycznego Bloku Operacyjnego i Oddziału Intensywnej Terapii w szpitalu w Białymstoku
- zdobycie informacji czy eutanazja jest zasadna czy też nieakceptowalna
- stwierdzenie, czy istnieje zgoda służby medycznej na przeprowadzenie legalizacji eutanazji w naszym kraju.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono wśród 100 osób personelu medycznego, pracującego w Bloku Operacyjnym i Intensywnej Terapii dorosłych.

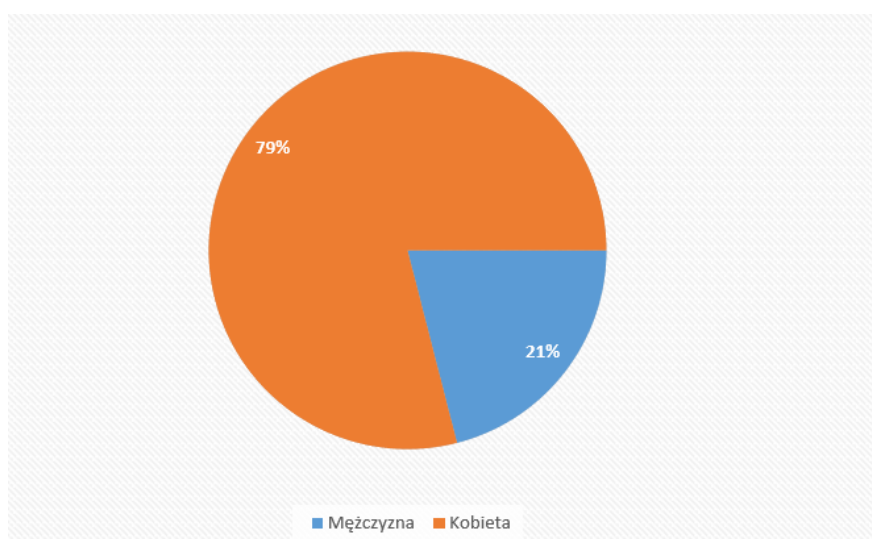
Do przeprowadzenia badań został wykorzystany kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, składający z 32 pytań, w tym 4 pytania metryczkowe.

Osoby biorące udział zostały poinformowane o anonimowym, dobrowolnym udziale w badaniach oraz, że wyniki zostaną użyte wyłącznie do celów naukowych, na potrzeby danej pracy.

Uzyskane wyniki poddane zostały analizie opisowej i statystycznej. Obliczenia i grafikę opracowano w arkuszu kalkulacyjnym Libre Office. Wyniki przedstawiono za pomocą wykresów.

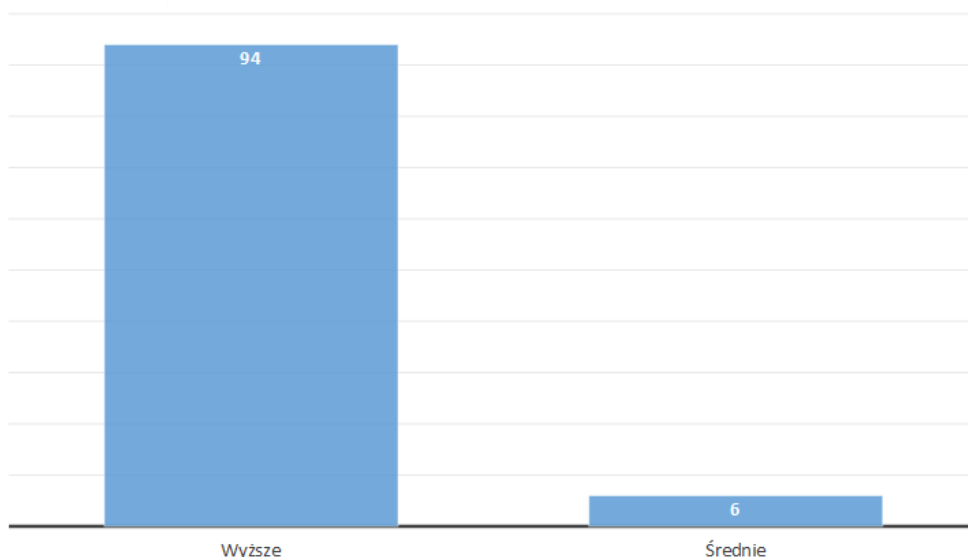
WYNIKI

W badaniu wzięło udział 100 osób pracujących na Bloku Operacyjnym Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. Kobiety stanowiły 79% wszystkich ankietowanych, natomiast mężczyźni 21%. Dane przedstawione są na poniższej rycinie 1.



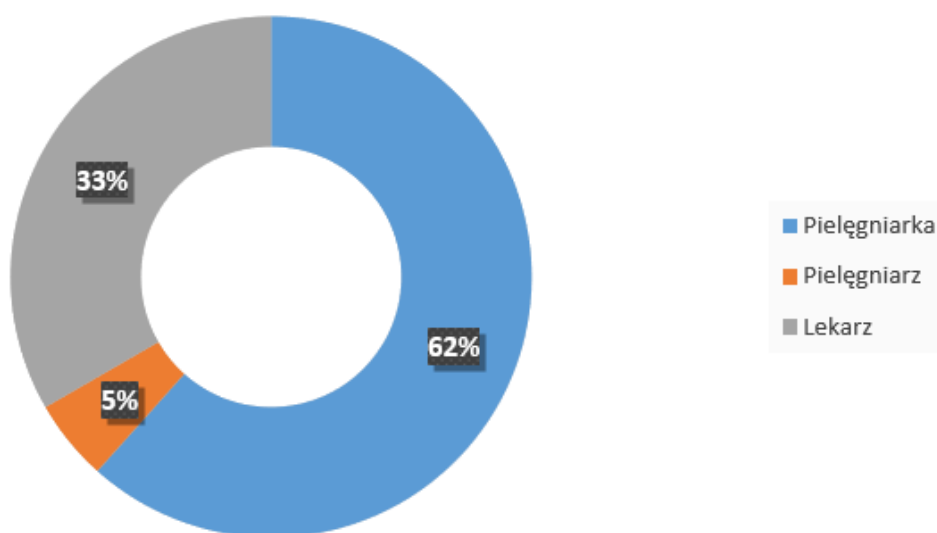
Rycina 1. Płeć ankietowanych

Spośród wszystkich respondentów 94 osoby (94%) miały wykształcenie wyższe, a 6 osób (6%) wykształcenie średnie. Dane te widoczne są na rycinie 2.



Rycina 2. Wykształcenie ankietowanych

Znacząca liczba ankietowanych, bo aż 62 osób (62%) stanowiły pielęgniarki, 33 osoby (33%) stanowili lekarze, natomiast do najmniej licznej grupy zaliczali się pielęgniarze 5 osób (5%). Dane obrazuje rycina 3.

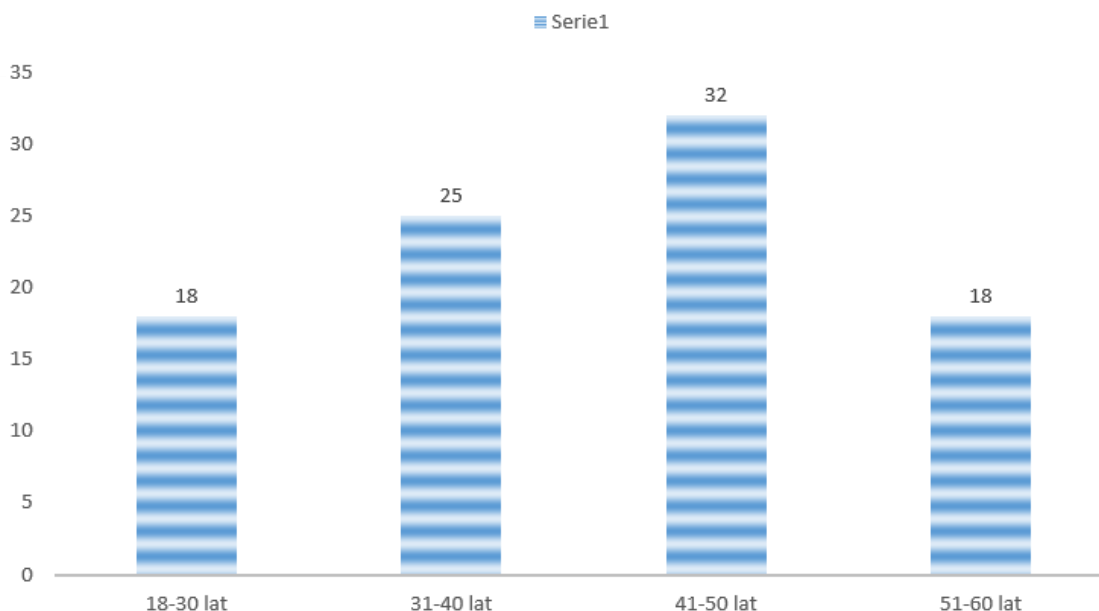


Rycina 3. Wykonywany zawód ankietowanych

Najliczniejszą grupę wiekową stanowili ankietowani w wieku 41-50 lat – 32 osoby (32%), a najmniej liczne były grupy w przedziałach 18-30 lat – 18 osób (18%) oraz 51-60 lat – 18 osób (18%).

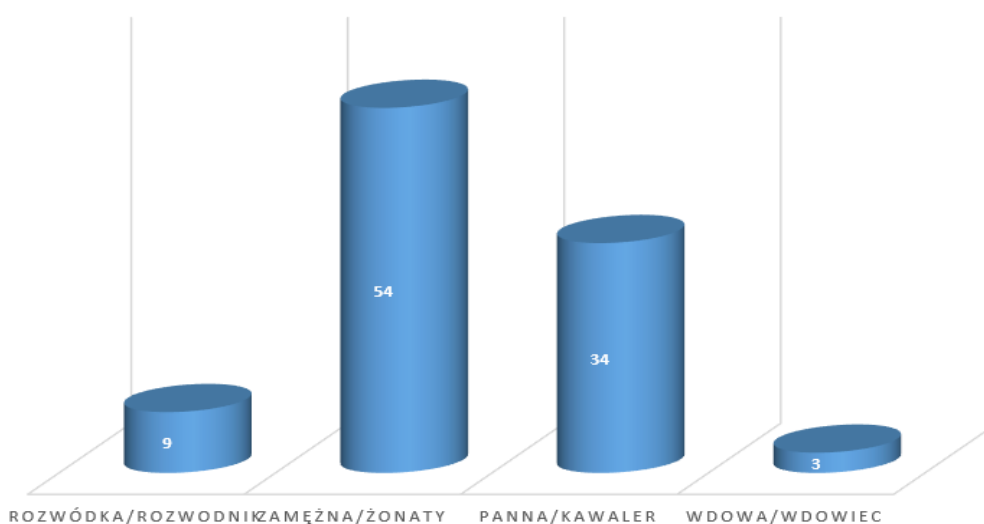
Dokładne dane przedstawia rycina 4.

Eutanazja w percepcji pracowników bloku operacyjnego i intensywnej terapii



Rycina 4. Wiek ankietowanych

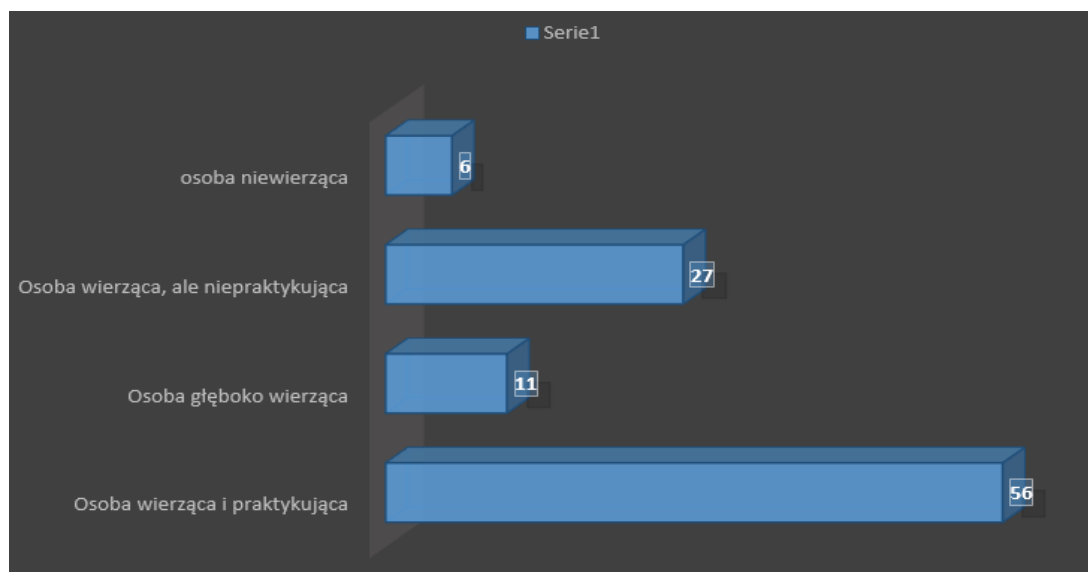
Zdecydowanie najwięcej osób wśród respondentów, bo aż 54 osoby (54%) pozostawały w związkach małżeńskich. Kolejną grupę stanowiły osoby wolne, czyli panny i kawalerowie 34 osoby (34%). Nieznaczna liczba to osoby rozwiedzione, 9 osób (9%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby owdowiałe w liczbie 3 osób (3%). Szczegółowe dane przedstawia poniżej rycina 5.



Rycina 5. Stan cywilny ankietowanych

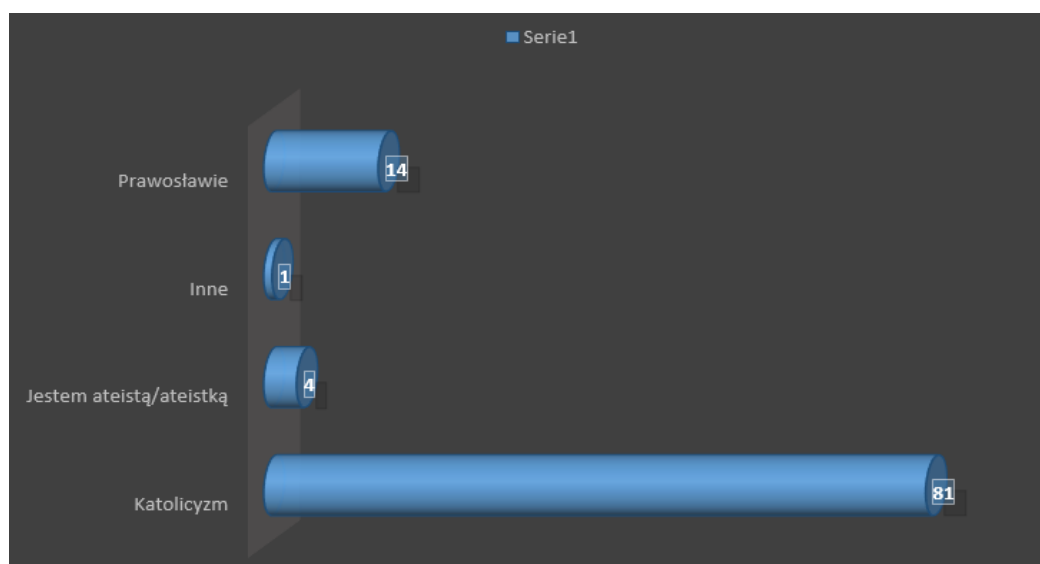
Zdecydowana większość badanych ankietowanych to osoby wierzące i praktykujące 56 osób (56%), są też osoby bardzo religijne, głęboko wierzące,

w liczbie 11 osób (11%). Ale również trochę osób wierzących stwierdziło, że są niepraktykujący, czyli ich wiara nie jest głęboka – 27 osób (27%). Pojedyncze osoby poza tym to osoby niewierzące – 6 osób (6%). Dane widoczne są na rycinie 6.



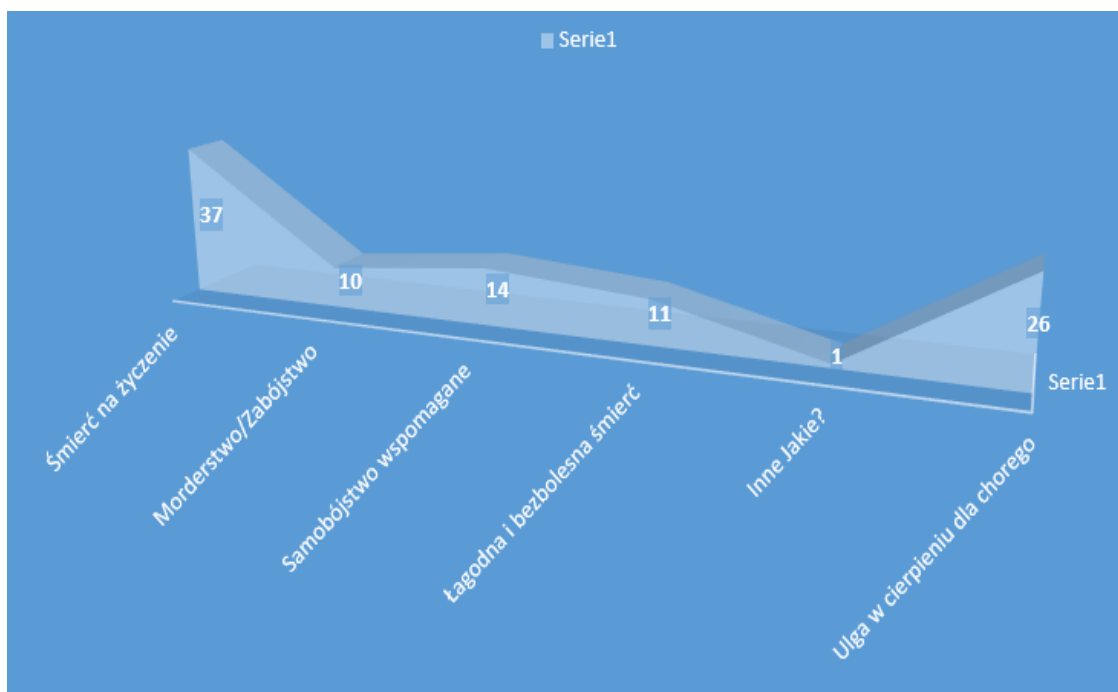
Rycina 6. Głębokość wiary

Biorąc pod uwagę wyznanie ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby wyznania katolickiego – 81 (81%) osób, nieco mniejsza grupa to osoby prawosławne 14 osób (14%). Pojedyncze osoby były albo ateistami, albo innego wyznania. Dokładne dane przedstawia rycina 7.



Rycina 7. Wyznanie ankietowanych

Większość badanych osób stwierdziła, że termin „eutanazja” kojarzy im się ze śmiercią na życzenie osoby chorej – 37 osób (37%), nieco mniejsza liczba uważała, że jest to ulga w cierpieniu osoby chorej – 26 osób (26%). Porównywalna liczba osób potraktowała eutanazję jako zabójstwo, samobójstwo wspomagane i łagodną i bezbolesną śmierć – nieco ponad 10%. Dokładne dane obrazuje rycina 8.



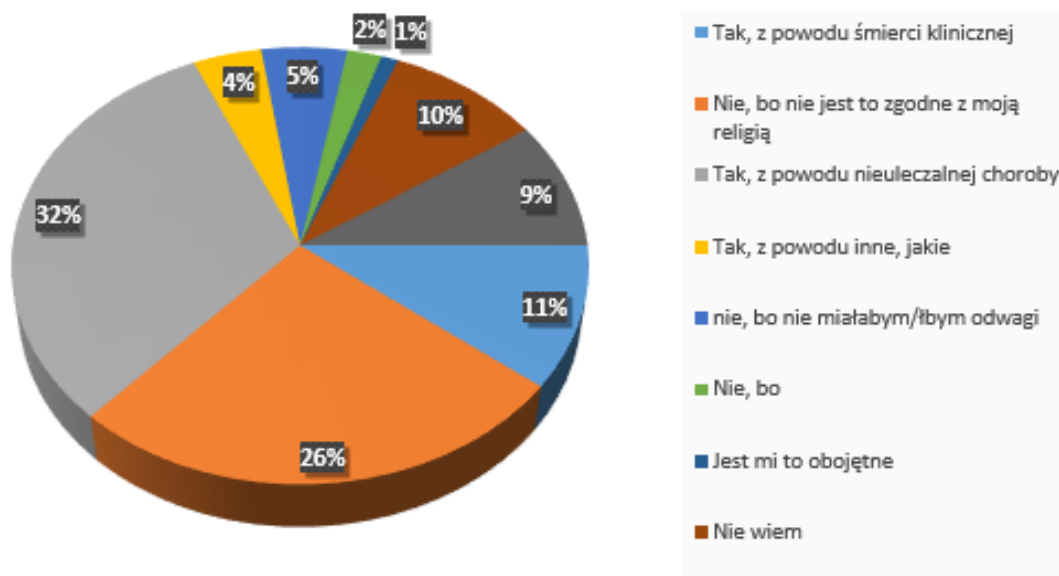
Rycina 8. Ocena pojęcia eutanazji

Najwięcej respondentów uważało, że legalizacja byłaby możliwa z powodu nieuleczalnej choroby – 32 osób (32%), natomiast 26 ankietowanych (26%) odpowiedziało, że nie jest to zgodne z ich religią, więc nie byłiby raczej za legalizacją. 11 osób opowiada się za legalizacją eutanazji, z powodu śmierci klinicznej (11%) i podobna liczba osób nie uznaje eutanazji jako niezgodną z ich zasadami moralnymi (9%). Szczegółowe dane przedstawia rycina 9.

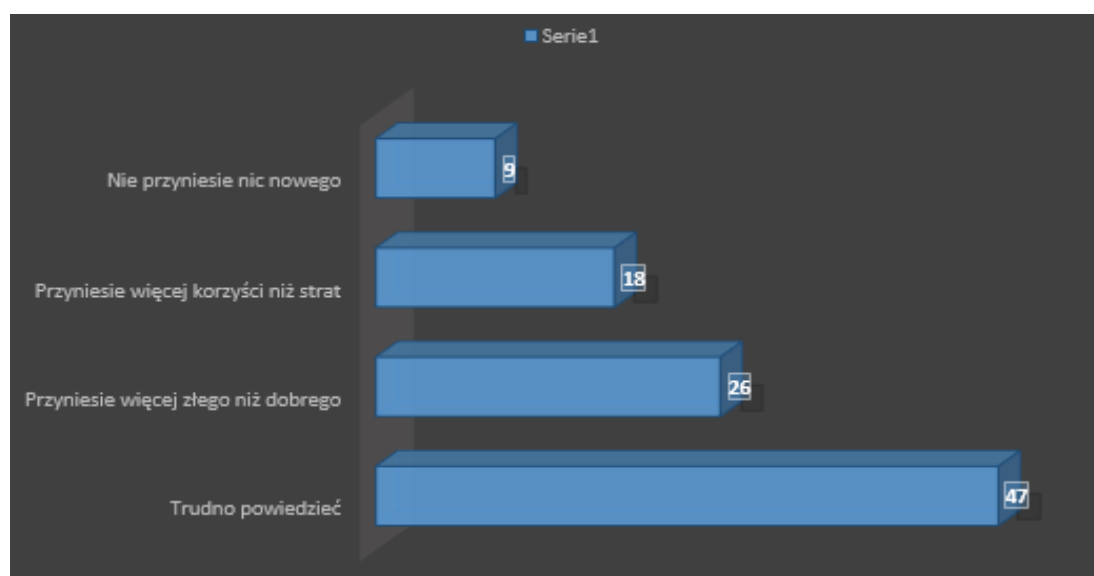
Zdecydowana większość badanych nie jest w stanie stwierdzić, czy i jakie skutki wywołałaby legalizacja eutanazji w naszym kraju – 47 osób (47%), można stwierdzić, że są to osoby niezainteresowane tym tematem, traktując go jako kwestię nieistniejącą. Podobna liczba ankietowanych była zdania, że legalizacja eutanazji będzie miała zły wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa (26%), a z drugiej strony (18%) była zdania, że zalegalizowanie przyniosłoby więcej korzyści dla społeczeństwa i kraju.

Dane obrazuje rycina 10.

Eutanazja w percepcji pracowników bloku operacyjnego i intensywnej terapii



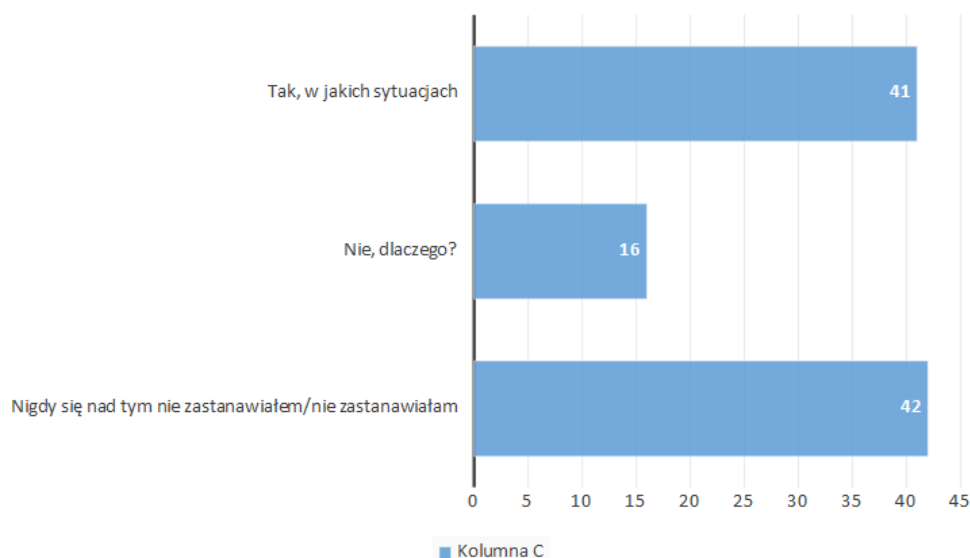
Rycina 9. Stosunek ankietowanych do legalizacji eutanazji w Polsce



Rycina 10. Skutki zalegalizowania eutanazji w Polsce

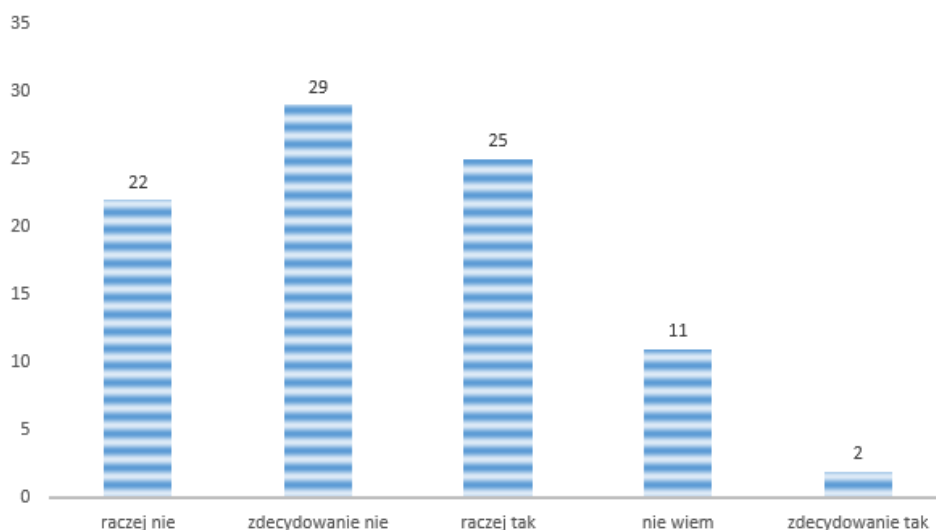
Większość badanych nigdy nie zastanawiała się nad kwestią uzasadnienia eutanazji, bo aż 42 osoby (42%). Podobna liczba respondentów, a mianowicie 41 osób (41%) uważa, że eutanazja w niektórych przypadkach może być uzasadniona, na przykład jeśli osoba tylko cierpi i nie ma szansy na żadną poprawę i najczęściej znajduje się w stanie wegetatywnym. Szczegółowe dane pokazuje rycina 11.

Eutanazja w percepcji pracowników bloku operacyjnego i intensywnej terapii



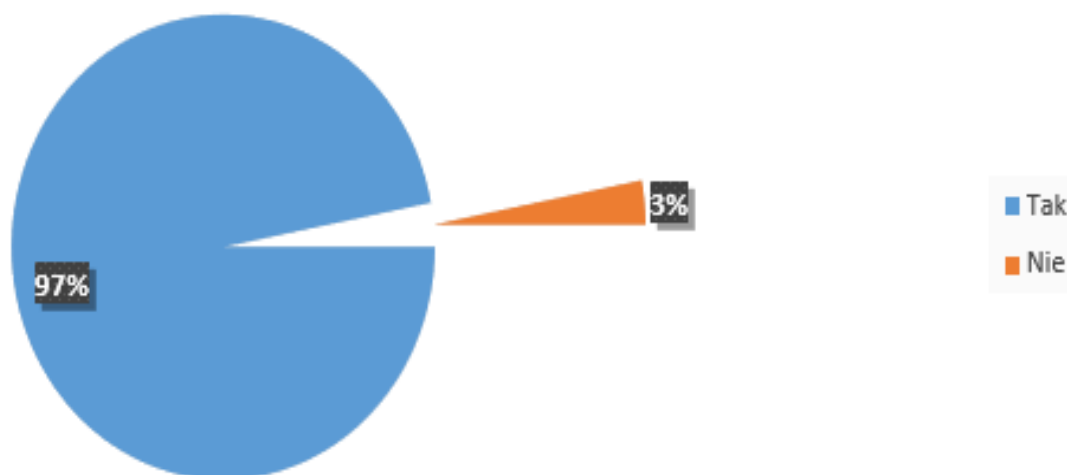
Rycina 11. Zasadność eutanazji

Najwięcej badanych pielęgniarek/pielęgniarzy zdecydowanie nie asystowałaby przy zabiegach eutanazji – 29 osób (29%), a 22 osoby raczej nie asystowałyby podczas przeprowadzania eutanazji. Z drugiej strony 25 ankietowanych osób uważa, że mogłoby uczestniczyć przy procedurze eutanazji. Dokładne dane obrazuje rycina 12.



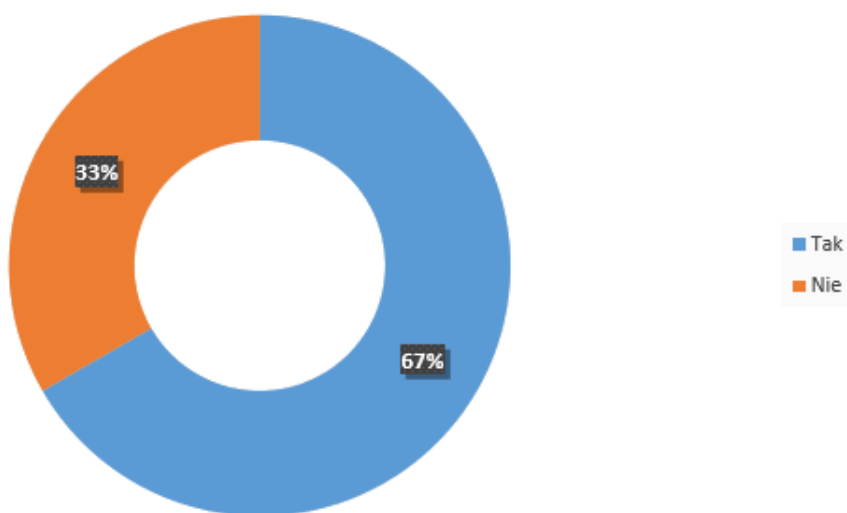
Rycina 12. Zdanie pielęgniarek/pielęgniarzy na temat asystowania przy procedurze eutanazji

Zdecydowanie najwięcej wśród respondentów, bo aż 97 osób miało kontakt z osobą nieuleczalnie chorą, ale nie ma w tym nic dziwnego, ponieważ osoby te na co dzień pracują w szpitalu. Dane przedstawia rycina 13.



Rycina 13. Kontakt ankietowanych z osobą nieuleczalnie chorych

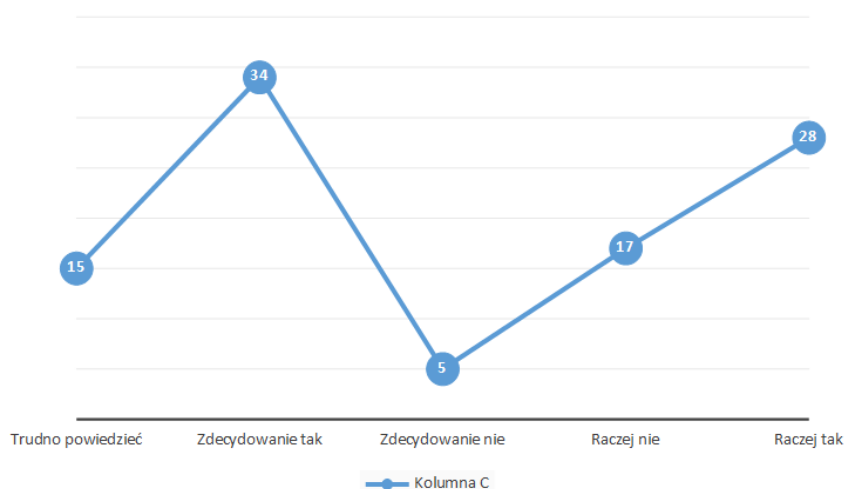
Większość ankietowanych miało osobę bliską nieuleczalnie chorą – 67 osób (67%), 33 osoby (33%) nie miały takiej osoby. Dane obrazuje rycina 14.



Rycina 14. Kontakt ankietowanych z bliską osobą nieuleczalnie chorą

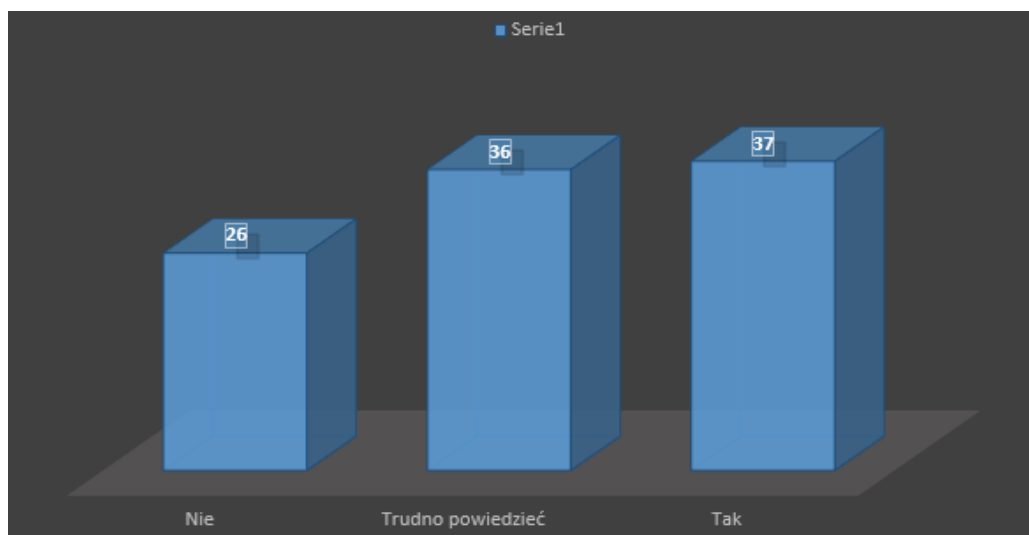
Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące opieki paliatywnej, jako skuteczne zapobieganie lub ograniczenie liczby próśb nieuleczalnie chorych o eutanazję były zróżnicowane. „Zdecydowanie tak” odpowiedziały 34 osoby (34%), zdecydowanie przeciwnych było 5 osób (5%), a 15 (15%) wśród ankietowanych nie miało zdania. Można stwierdzić jednakże, iż większość osób akceptuje opiekę paliatywną jako skuteczne i pomocne narzędzie w pracy z nieuleczalnie chorym pacjentem. Szczegółowe dane poniżej na rycinie 15.

Eutanazja w percepcji pracowników bloku operacyjnego i intensywnej terapii



Rycina 15. Zdanie ankietowanych na temat opieki paliatywnej

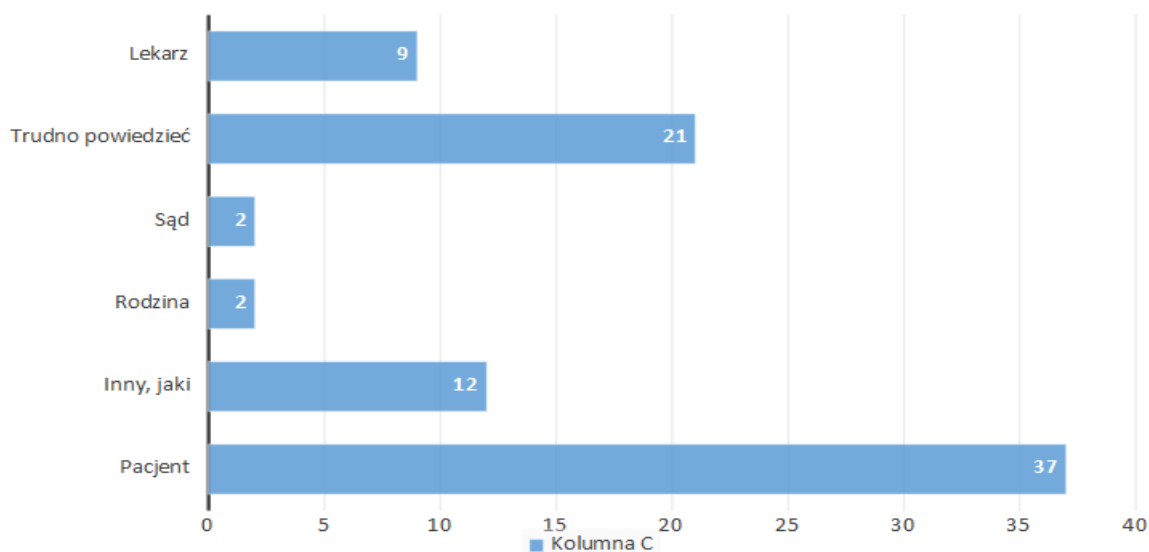
Odpowiedzi ankietowanych na pytanie o to, czy chory ma prawo sam decydować o skróceniu swojego życia były zróżnicowane. Najwięcej badanych odpowiedziało „tak” - 37 osób (37%), natomiast na „nie” odpowiedziało 26 osób (26%). 36 osób nie miało zdania na ten temat (36%). Decyzja byłaby prostsza do podjęcia, gdyby był jasno określony stan pacjenta. Dane przedstawione są na rycinie 16.



Rycina 16. Zdanie ankietowanych o prawie chorego do decydowania o skróceniu swojego życia

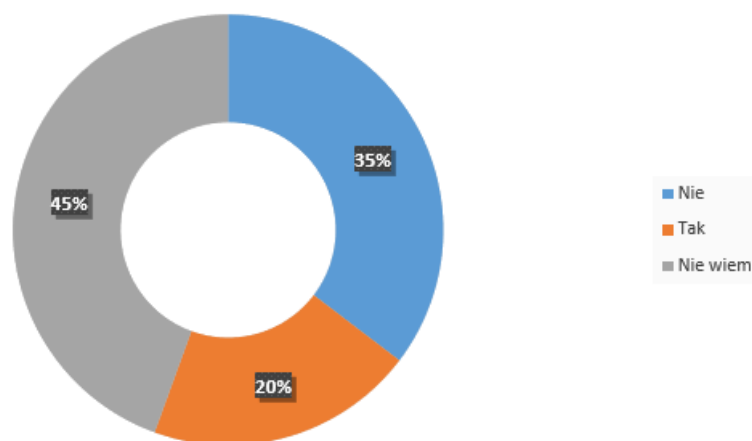
Decyzja dotycząca tego, kto ma ostatecznie zadecydować o przeprowadzeniu eutanazji według badanych jest podzielona. Najwięcej osób stwierdziło, iż tylko pacjent powinien decydować o swoim życiu lub o jego zakończeniu – 37 osób (37%), kolejna grupa nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie, były to osoby niezdecydowane w liczbie 21 osób (21%). Niektórzy

uważali, że lekarz, jako osoba najlepiej znająca sytuację i stan chorego, powinien podjąć ostateczną decyzję – 9 osób (9%). Szczegółowe dane obrazuje rycina 17.



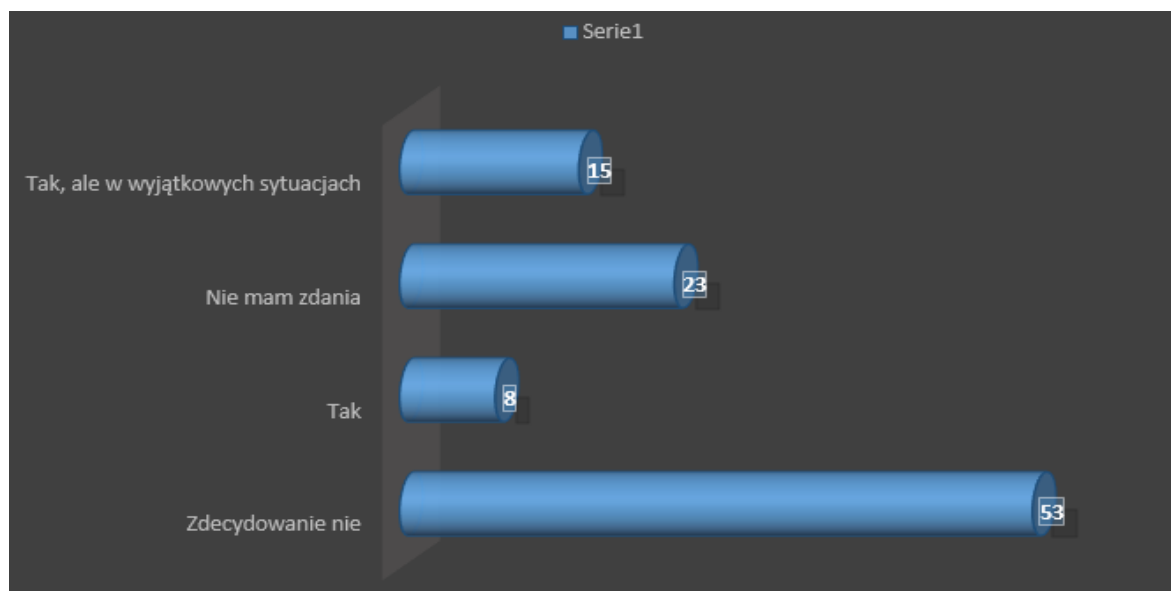
Rycina 17. Ocena ankietowanych kto powinien decydować o dokonaniu eutanazji

Kolejną trudną decyzją do podjęcia dotyczy tego, czy dana osoba potrafiłaby zadecydować o przeprowadzeniu zabiegu eutanazji na innej osobie w rodzinie. Ponieważ trudno jest decydować o czyimś życiu, większość respondentów była niezdecydowana – 45 osoby (45%). Nieznacznie mniej, bo 35 osób (35%) nie podjęłoby takiej decyzji w czyimś imieniu. Pewna grupa osób byłaby w stanie jednak zadecydować o zakończeniu życia drugiej osoby we własnej rodzinie – 20 osób (20%). Są to zapewne osoby przychylne eutanazji. Wyniki dotyczące tej kwestii przedstawia poniższy wykres kołowy.



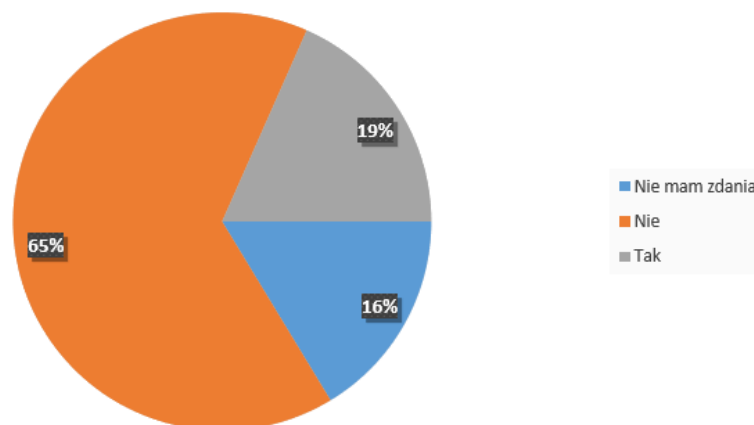
Rycina 18. Decyzja ankietowanych o dokonaniu eutanazji na osobie nieuleczalnie chorej w ich rodzinach

W przypadku, kiedy cierpiący pacjent nie jest w stanie decydować sam o swoim życiu z różnych względów, większość ankietowanych również nie byłaby w stanie podjąć decyzji za kogoś, zwłaszcza jeśli chodzi o czyjeś życie – 53 osoby (53%). Część badanych jednak mogłaby podjąć taką decyzję, szczególnie w wyjątkowych okolicznościach, takich jak stan wegetatywny przewlekle chorego pacjenta. Dokładne dane obrazuje rycina 19.



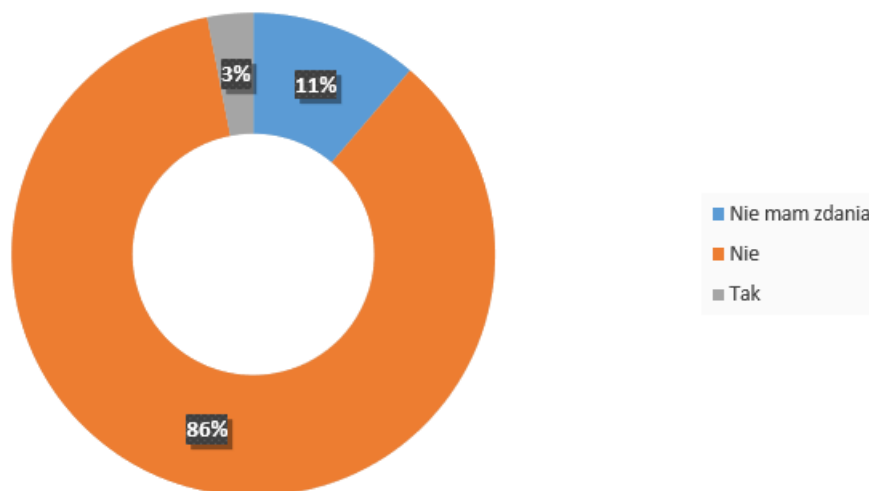
Rycina 19. Decyzja rodziny w imieniu osoby chorej o poddaniu eutanazji

Zdecydowana większość nie chciałaby, aby lekarz w imieniu przewlekle chorego poddał go eutanazji – 65 osób (65%), natomiast 19 osób (19%) twierdzi, że lekarz ma prawo zdecydować za pacjenta. Szczegółowe dane przedstawiono poniżej na rycinie 20.



Rycina 20. Decyzja lekarza w imieniu chorego o poddaniu go eutanazji

Według personelu medycznego pielęgniarki nie powinny decydować o poddaniu chorego pacjenta zabiegowi eutanazji, tak zdecydowała większość badanych – 86 osób (86%). Zapewne tylko lekarz mógłby mieć takie prawo. Wyniki przedstawione są na wykresie poniżej (ryc. 21).

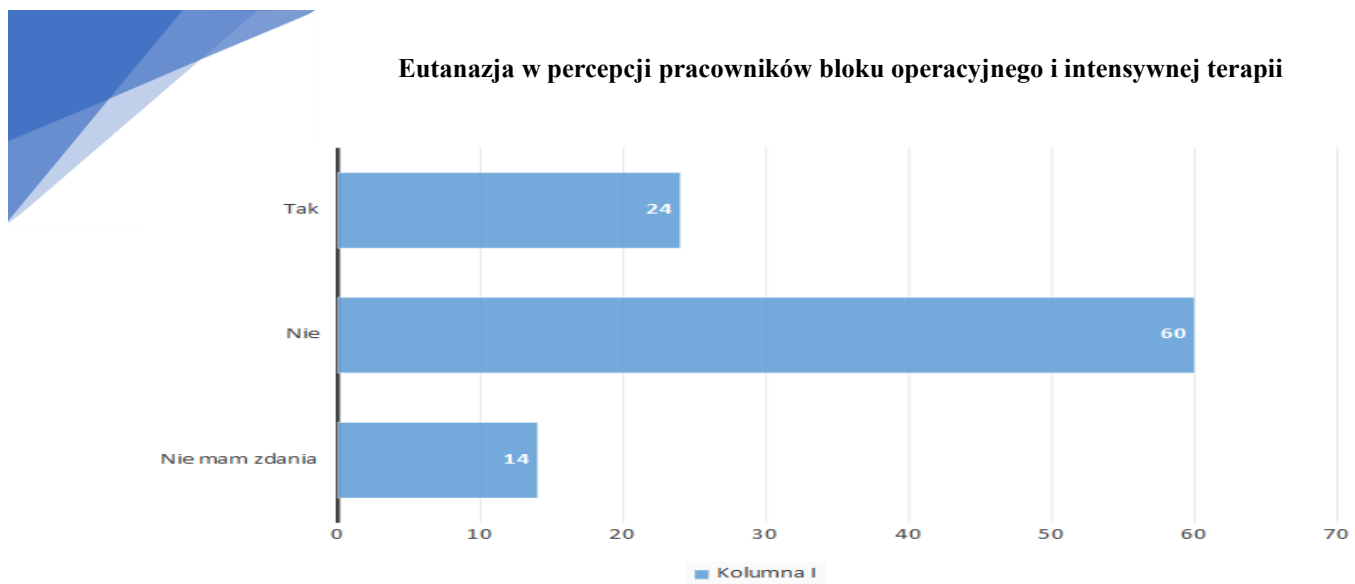


Rycina 21. Decyzja pielęgniarki w imieniu chorego o poddaniu go eutanazji

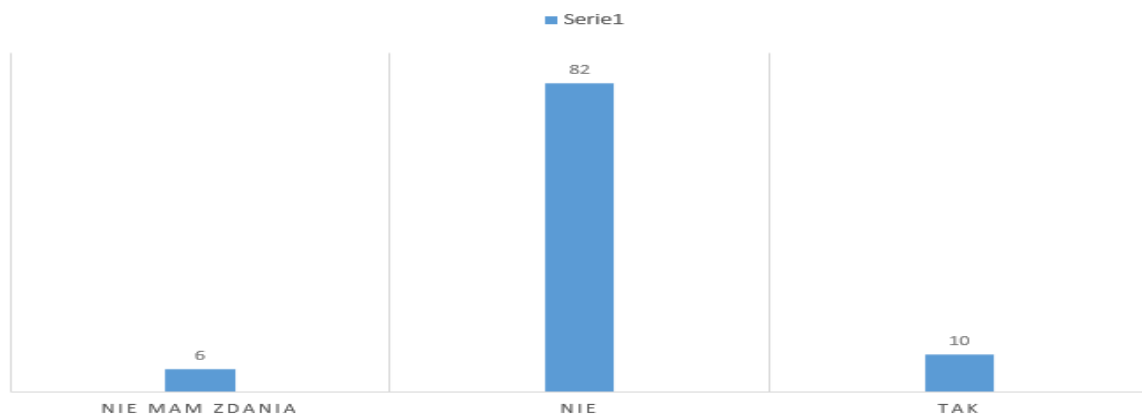
Według ankietowanych lekarz zdecydowanie nie powinien zalecać rodzinie chorej osoby rozważenia możliwości poddania pacjenta zabiegowi eutanazji – 60 osób (60%), chociaż 24 osoby (24%) uważały, że byłaby to słuszna decyzja, pod warunkiem, że pacjent nie rokuje żadnej poprawy. Część osób nie miała na ten temat żadnego zdania – 14 osób (14%). Dane przedstawia rycina 22.

Rozważając wiek pacjenta, który miałby być poddany eutanazji, zdecydowana większość ankietowanych osób uznała, iż wiek nie jest w tym przypadku w ogóle istotny – 82 osoby (82%). Tylko nieznaczna liczba osób wypowiedziała się na tak – 10 osób (10%). Dane są widoczne na poniższym wykresie – rycina 23.

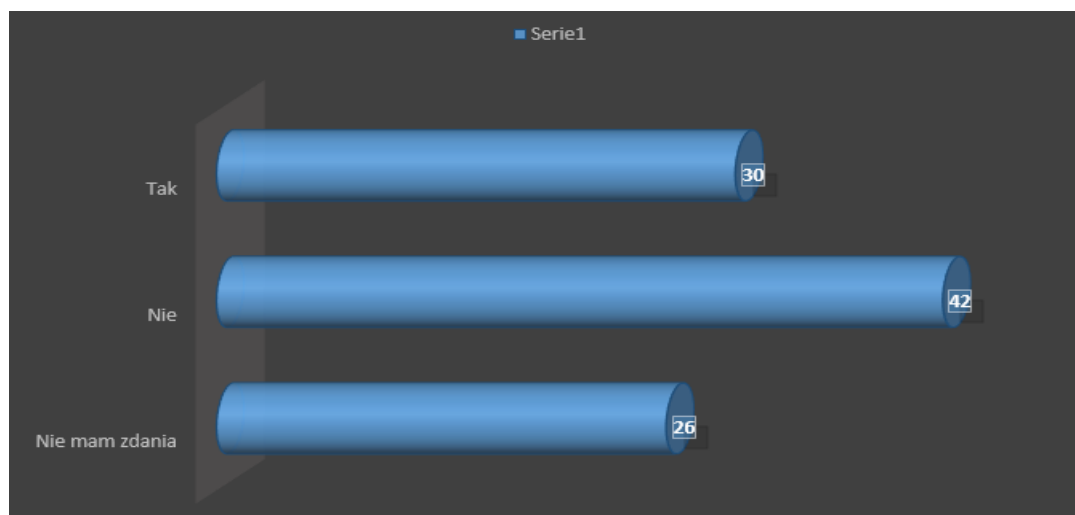
Według większości ankietowanych lekarz nie powinien spełniać woli osób cierpiących przy pomocy środków powodujących zgon, mimo iż domagają się one takiej pomocy lekarza w swoim cierpieniu; tak stwierdziły 42 osoby (42%). Z drugiej strony aż 30 osób (30%) wyraziły opinię, iż lekarz powinien wspomagać pacjenta pod warunkiem, że pacjent ma taką wolę – są to osoby będące zwolennikami eutanazji, pozostałe osoby nie miały zdania na ten temat. Wykres przedstawia dokładne dane w tej kwestii.



Rycina 22. Ocena ankietowanych o tym czy lekarz powinien zaproponować rodzinie chorego możliwość rozważenia dokonania eutanazji w sytuacji, gdy rokowania pacjenta są jednoznaczne oraz nie prowadzą do całkowitego wyleczenia

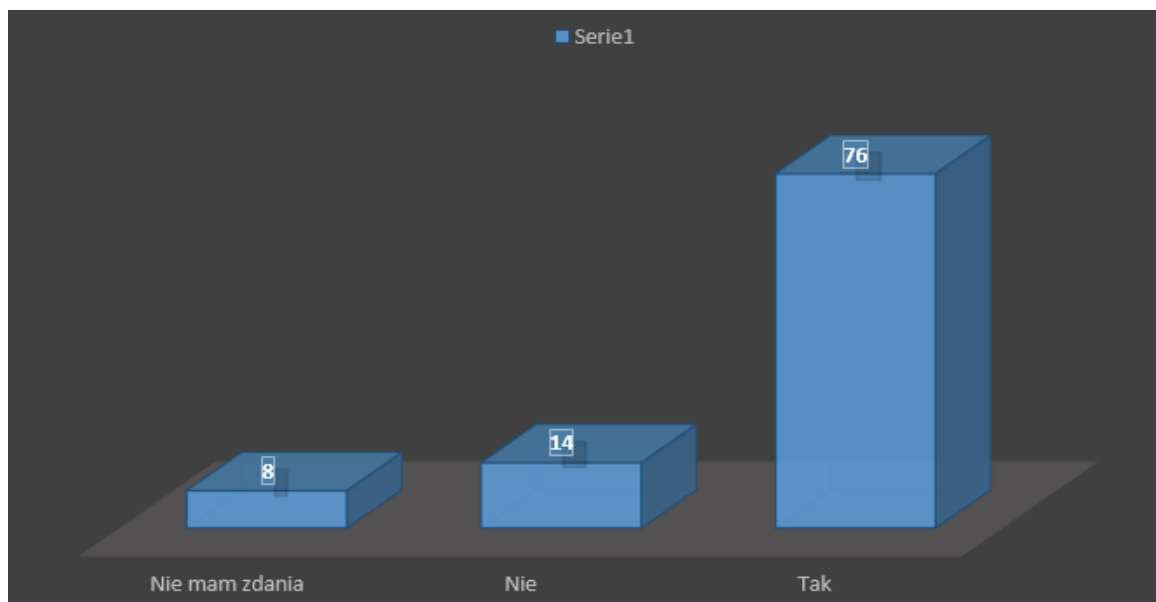


Rycina 23. Opinia ankietowanych o wieku chorego jako kryterium, które należy brać pod uwagę przy eutanazji



Rycina 24. Decyzja ankietowanych o tym, czy lekarz powinien spełniać wolę osób cierpiących i nieuleczalnie chorych

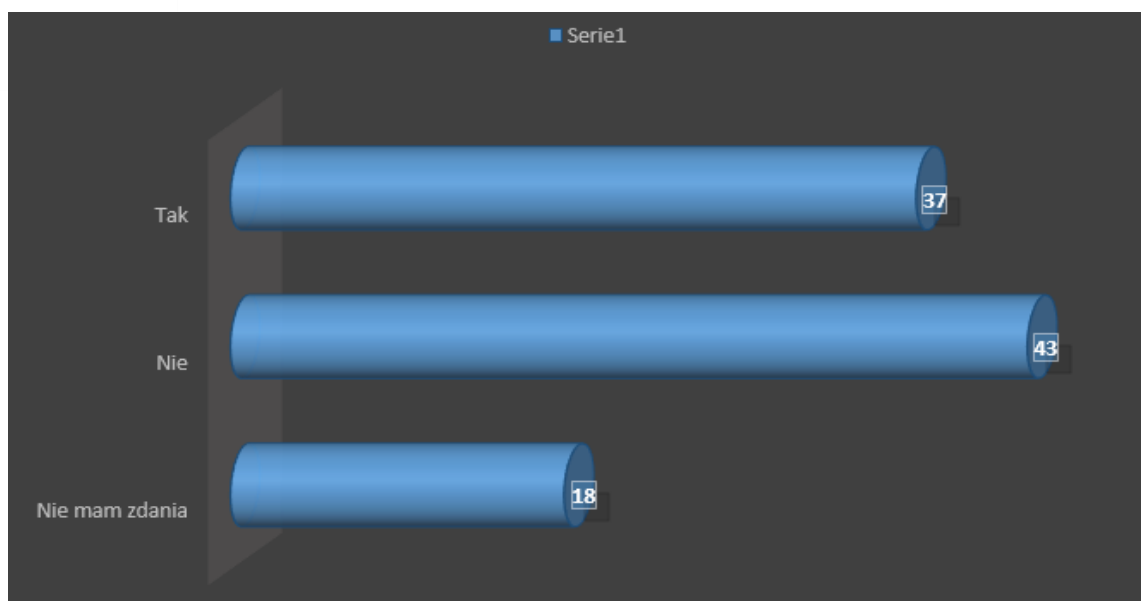
Poglądy religijne są bardzo istotne, jeśli chodzi o podejście wobec wykonywanych zabiegów eutanazji, ponieważ 76 osób (76%) uznało, iż religia w tej kwestii jest sprawą kluczową. Nie powinno się bowiem dokonywać procedury eutanazji, jeśli postępuje się zgodnie z zasadami nakreślonymi przez poszczególne religie. Rycina 25 obrazuje podejście ankietowanych do tej sprawy.



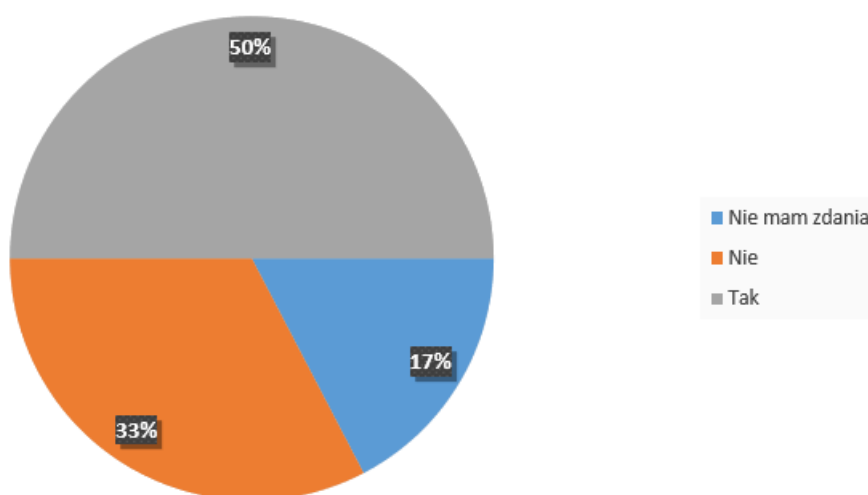
Rycina 25. Kwestia poglądów religijnych do eutanazji

Rozpatrując pojęcie eutanazji jako „dobrą śmierć” trzeba również zastanowić się, czy nie jest to po prostu zabójstwo. Większość ankietowanych osób personelu medycznego uznała, że nie – 43 osoby (43%). Jednakże znaczna liczba osób potwierdziła, iż eutanazja według nich jest niczym innym jak tylko zabójstwem – 37 osób (37%). Pozostali ankietowani nie potrafili wyrazić swojego zdania na ten temat. Dane widoczne są na poniższej rycinie 26.

Kolejna kwestia jest również ideologicznie związana z religią. Zgodnie z zasadami teologicznymi nie można odbierać życia drugiej osobie, eutanazja mogłaby ewentualnie wystąpić w szczególnych przypadkach, na przykład: stan wegetatywny i brak reakcji ze strony pacjenta. Połowa, czyli 50 osób (50%) stwierdziło, że tylko Bóg może decydować o życiu każdej osoby, więc tylko Bóg może to życie zakończyć. Z kolei 33 osoby (33%) nie podeszły pozytywnie do tej kwestii uznając, iż Bóg nie ma tu nic do rzeczy, a decyzję mógłby podjąć na przykład lekarz prowadzący. Dane zobrazowane są na rycinie 27.



Rycina 26. Czy eutanazja to zabójstwo? - według ankietowanych

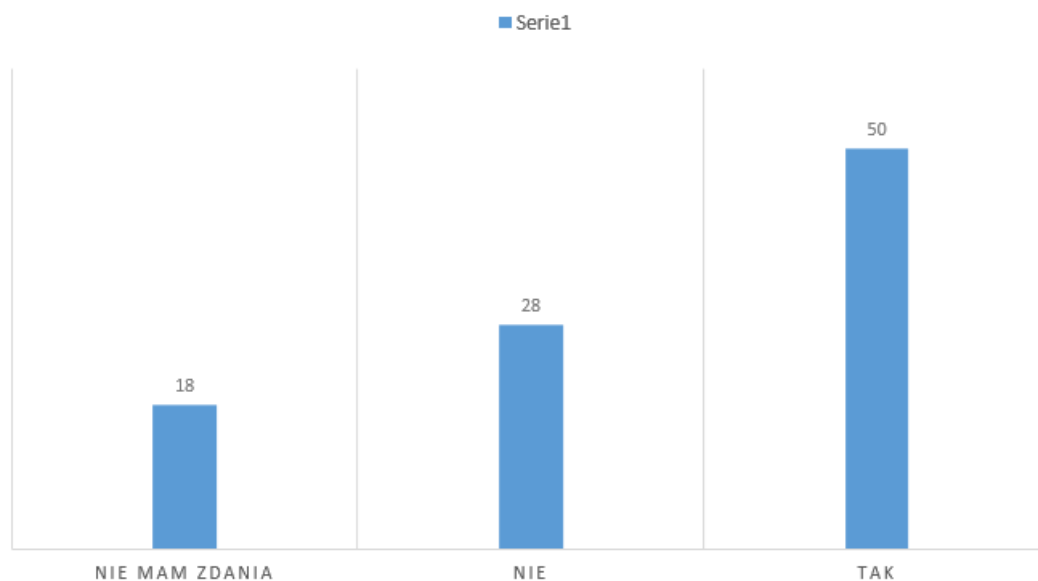


Rycina 27. Ankietowani i ich odpowiedzi na tezę „Bóg daje życie i tylko Bóg może je odebrać”

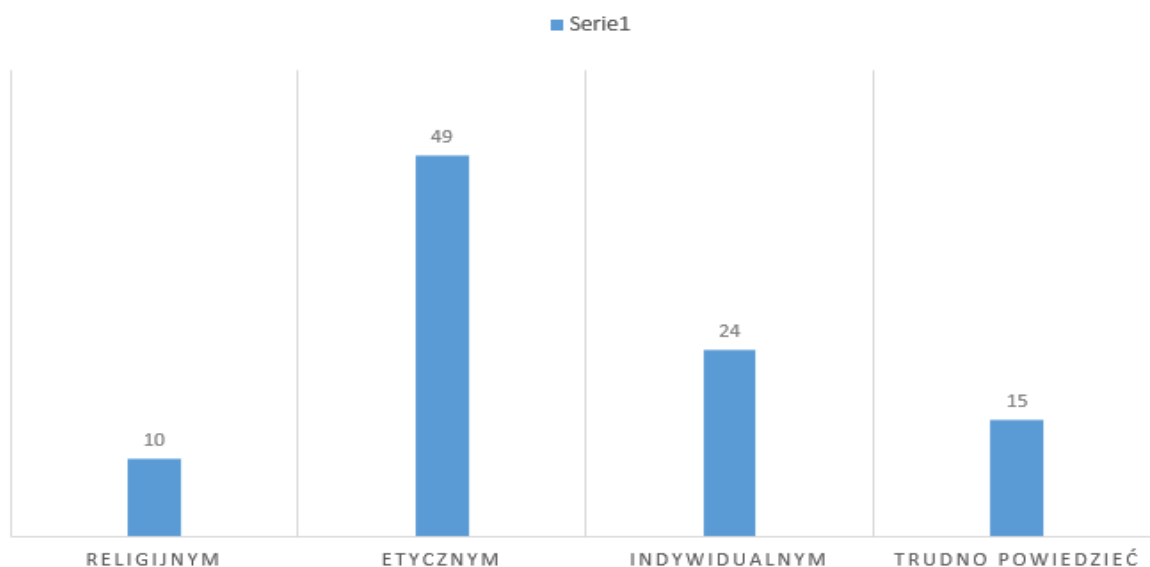
Większość osób uważa, że człowiek powinien żyć od momentu narodzin do jego naturalnego zgonu, bez pomocy osób trzecich – 20 osób (50%). Pozostałe osoby nie miały zdania na ten temat lub też zezwoliły na ingerencję lekarza co do zakończenia życia pacjenta w trudnym jego przypadku i nie pozostawiającym złudzeń stanie pacjenta cierpiącego. Szczegółowe dane przedstawia rycina 28.

Eutanazja, według ankietowanych, powinna być rozpatrywana w głównej mierze pod względem etycznym, a nie religijnym: 49 vs 10 osób. Część osób jednak uznało, iż każdego

pacjenta należy rozpatrywać indywidualnie w zależności od jego choroby i stanu – 24 osoby, a niektórzy nie mieli zdania w tej kwestii – 15 osób. Dane przedstawione poniżej na rycinie 29.



Rycina 28. Zdanie ankietowanych wobec życia każdego człowieka i jego trwania od poczęcia do naturalnej śmierci

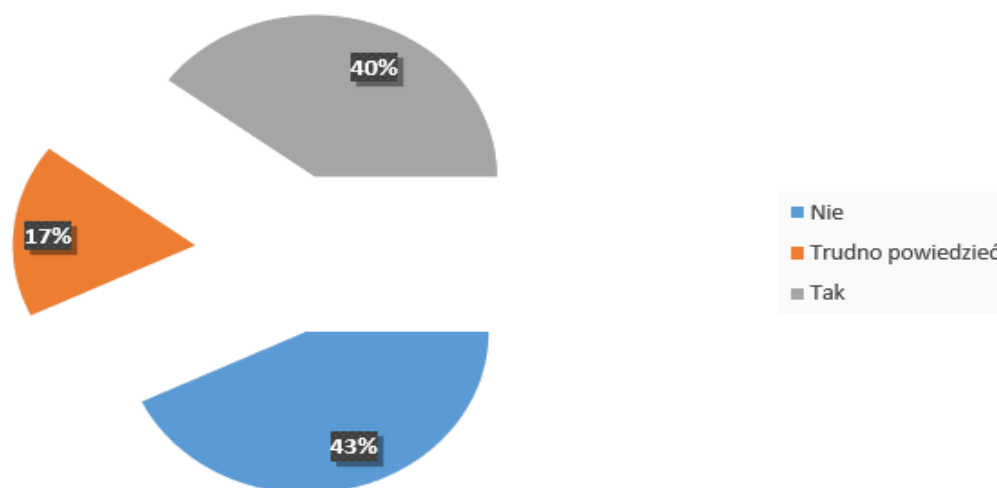


Rycina 29. Zdanie ankietowanych o charakterze eutanazji

Porównywalna liczba osób na pytanie o orientację w sankcjach prawnych wynikających z przeprowadzenia eutanazji odpowiedziała, że albo jest świadoma albo nie jest świadoma sankcji prawnych 40 vs 43. 17 osób nie miało zdania na ten temat.

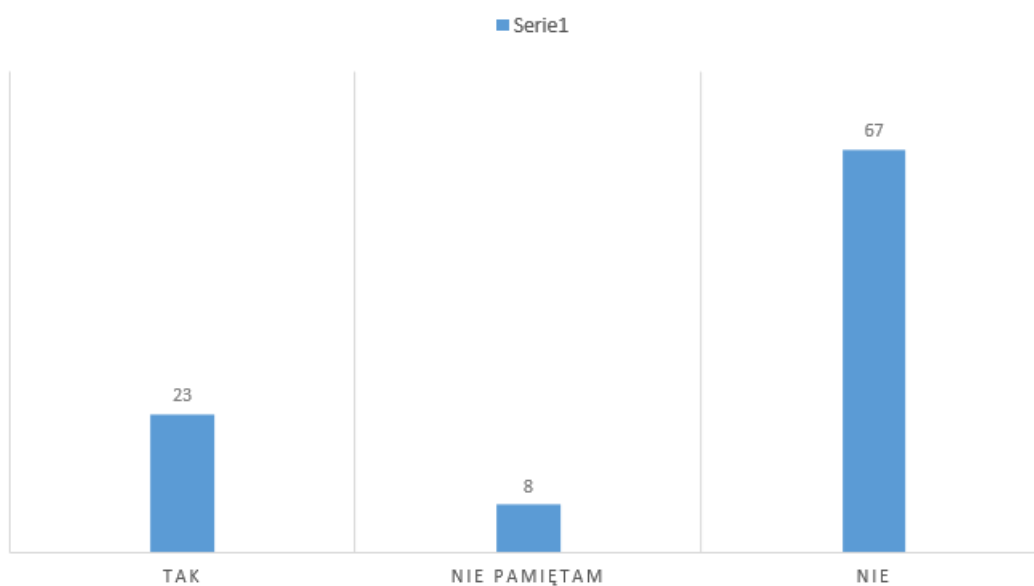
Dane pokazuje rycina 30.

Eutanazja w percepcji pracowników bloku operacyjnego i intensywnej terapii



Rycina 30. Orientacja ankietowanych w sankcjach prawnych wynikających z przeprowadzenia eutanazji

Eutanazja w naszym kraju nie jest dozwolona, dlatego odpowiedź na pytanie czy pracownicy Bloku Operacyjnego i Oddziału Intensywnej Terapii spotkali się z sytuacją, w której osoba nieuleczalnie chora prosiła o dokonanie eutanazji jest oczywista, bo aż 67 osób nie usłyszała takiej prośby, 8 osób nie pamięta takiego życzenia. Związane jest to też z pewnymi sankcjami prawnymi, gdyby miało dojść do zabiegu eutanazji w naszym kraju. Szczegółowe dane przedstawia rycina 31.



Rycina 31. Spotkanie ankietowanych z sytuacją, gdy osoba nieuleczalnie chora prosiła o dokonanie na niej eutanazji

DYSKUSJA

Spory związane z eutanazją rozpoczęły się wieki temu, ale na przełomie wieków dostrzegamy różnicę w podejściu do sprawy tak wielkiego znaczenia, jakim jest życie i śmierć. Wcześniej określano eutanazję jako łagodną, dobrą śmierć, jak zresztą wskazuje na to sama definicja. Obecnie raczej uważa się, że jest to umyślny czyn prowadzący do śmierci pacjenta z nawiązaniem do ulgi w cierpieniu. Wiele autorytetów jednak jest zdania, iż eutanazja kojarzy się głównie z morderstwem [6].

W literaturze bioetycznej eutanazja jest rozdzielona na dwie definicje: wąską – przedstawiającą eutanazję jako działanie porównywane do zabójstwa w momencie, kiedy lekarz aplikuje osobie nieuleczalnie chorej oraz cierpiącej preparat, który wywołuje pozbawioną bólu, dobrą śmierć oraz szeroką – posiadającą częstsze zastosowanie, traktującą eutanazję jako opiera się na podaży preparatu wywołującego śmierć, ale także na zaniechaniu procedury medycznej, albo wycofania się z korzystania z leków służących do podtrzymania przy życiu osoby nieuleczalnie chorej [7].

W obecnych badaniach większość badanych osób stwierdziła, że termin „eutanazja” kojarzy im się ze śmiercią na życzenie osoby chorej – 37 osób (37%), nieco mniejsza liczba uważała, że jest to ulga w cierpieniu osoby chorej – 26 osób (26%). Porównywalna liczba osób potraktowała eutanazję jako zabójstwo, samobójstwo wspomagane i łagodną, i bezbolesną śmierć – nieco ponad 10%.

W 2007 roku badania dotyczące eutanazji przeprowadzone przez Kowalewską i wsp. wśród stu studiujących pielęgniarstwo i 112 pracujących pielęgniarek pokazały, że 70,5% pielęgniarek oraz 42% studentów pielęgniarstwa uznało, iż eutanazja rozumiana jest jako śmierć na życzenie. Z drugiej strony 23% studentów i 9,8% pielęgniarek kojarzyło eutanazję z morderstwem [8].

Szymańska, w roku 2012 poprosiła o opinię 112 słuchaczy kierunku prawa, przyszłych księży z seminarium oraz studiujących na kierunku pielęgniarstwo. Zgodę na przeprowadzenie eutanazji wyraziło prawie 32% słuchaczy pielęgniarstwa oraz prawie 40% słuchaczy z wydziału prawa, a prawie wszyscy klerycy byli przeciwni eutanazji, która według nich jest celowym wywołaniem zgonu pacjentów nieuleczalnie chorych. Studenci pielęgniarstwa w liczbie 17% nie chcieliby własnej eutanazji, podobnie jak 45% studentów prawa i 96% kleryków. Duża większość nie zgodziłaby się również na eutanazję kogokolwiek z bliskiej rodziny. Studenci pielęgniarstwa i duchowni są przeciw legalizacji eutanazji w Polsce, tylko niektórzy studenci prawa wyraziliby na to zgodę. Podobnie też studenci prawa twierdzą, że

sam pacjent mógłby decydować o zakończeniu swojego życia, zaś klerycy uważają, że nikt poza Bogiem nie ma prawa podejmować takiej decyzji [9].

W obecnych badaniach najwięcej respondentów uważało, że legalizacja byłaby możliwa z powodu nieuleczalnej choroby – 30 osób (30%), natomiast 25 ankietowanych (25%) odpowiedziało, że nie jest to zgodne z ich religią, więc nie byłoby raczej za legalizacją. 10 osób opowiada się za legalizacją eutanazji z powodu śmierci klinicznej (10%) i podobna liczba osób nie uznaje eutanazji jako niezgodną z ich zasadami moralnymi (9%).

Jeżeli rozważymy podejście wobec eutanazji w różnych krajach, nasze państwo jako typowo katolickie jest w przeważającej mierze nieprzychylnie przeprowadzaniu takich zabiegów.

Mierzecki i wsp. [10] zbadali opinię studentów z Niemiec, Szwecji i Polski w tej kwestii i stwierdzili, iż 82% ankietowanych z Niemczech jest za uznaniem takich procedur, 61% Szwedów byłoby skłonnych zaakceptować eutanazję i 48% Polaków wyraziłoby na nią zgodę. 20% Polaków, w porównaniu z 12% Szwedów i 3% Niemców, byłoby przeciwnych legalizacji eutanazji, ale też około 30% studentów nie miało zdania na ten temat. Najwyraźniej przekonania religijne miały tu duże znaczenie, jako że akceptację wyrazili głównie studenci z Niemiec, w mniejszym stopniu Szwedzi, a w najmniejszym Polacy, którzy będąc głównie katolikami nie zgadzają się na przeprowadzenie eutanazji [10].

Celowym byłoby też zbadanie studentów nie tylko na pierwszym roku studiów, ale również tych kończących naukę, zwłaszcza absolwentów wydziałów lekarskich. Badania własne pokazały bowiem, że zdecydowana większość osób nie jest w stanie stwierdzić, czy i jakie skutki wywołałaby legalizacja eutanazji w naszym kraju – 47 osób (47%), można stwierdzić, że są to osoby niezainteresowane tym tematem, traktując go jako kwestię nieistniejącą. Podobna liczba ankietowanych była zdania, że legalizacja eutanazji będzie miała zły wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa (26%), a z drugiej strony (18%) była zdania, że zalegalizowanie przyniosłoby więcej korzyści dla społeczeństwa i kraju.

W 2010 roku badania przeprowadzone przez Mickiewicz i wsp. w grupie 183 aktywnych zawodowo pielęgniarek pokazały, że znacząca grupa osób – 42% była przeciwna zalegalizowaniu prawnym eutanazji, natomiast niespełna 25% poparło legalizację; aż 31% miało trudności w wyrażeniu swojej opinii w tej kwestii [11].

Badania Zielińskiej - Więczkowskiej i wsp. [12] wśród 300 studentów bydgoskich uczelni wykazały, że za dopuszczeniem eutanazji było w sumie 42% studentów psychologii i pedagogiki z Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego oraz 86,7% studentów zarządzania oraz telekomunikacji i elektrotechniki z Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego.

Przeciwnych legalizacji było 58% studentów Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego i zaledwie 13,3% studentów Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego [12].

Z kolei badania Leszczyńskiej i wsp. w grupie 50 sióstr ze Zgromadzenia Miłosierdzia Św. Wincentego a Paulo Prowincji Warszawskiej oraz 50 diakonów z Wyższego Metropolitalnego Seminarium Duchownego Archidiecezji Warszawskiej wykazały, że przeciwko zalegalizowaniu eutanazji w Polsce były wszystkie siostry zakonne i wszyscy diakoni [13].

Duże badania przeprowadzała Sierżantowicz i wsp. w roku 2005 i 2006 na 100 studentach pielęgniarstwa, 100 lekarzach i 100 pacjentach. Prawie połowa, czyli 41% pracowników służby medycznej, 27% pacjentów oraz 31% słuchaczy kierunku pielęgniarstwa nie zgodziło się na legalizację eutanazji w Polsce. Połowa badanych w trzech grupach jednak uznała, iż specjalnie powołany zespół lekarzy mógłby w ostateczności decydować o przeprowadzeniu eutanazji. 40% pracowników służby zdrowia oraz 30% pozostałych grup uznałoby wolę pacjenta jako deklarację DNR zezwalającą na przeprowadzenie procedury eutanazji [14].

Stwierdzili oni, iż trwałe cierpienie, czy też śmierć pnia mózgu byłoby uzasadnione w przypadku decyzji na przeprowadzenie eutanazji. Jeżeli chodzi o definicję słowa eutanazja ankietowani w przeważającej liczbie – 93% opisywali to pojęcie jako „chęć zakończenia życia lub przyspieszenie śmierci na życzenie pacjenta”, co zgadza się z pierwotnym pojęciem eutanazji jako godnej i dobrej śmierci, a później jako łagodną śmierć bez przykrych cierpień. Obecnie eutanazja postrzegana jest jako „celowe działanie lub wstrzymanie się od działania powodujące śmierć z samej swej natury lub działanie w intencji spowodowania śmierci celem wyeliminowania wszelkiego bólu” [15].

Większość badanych osób w moim badaniu stwierdziła, że termin „eutanazja” kojarzy im się ze śmiercią na życzenie osoby chorej – 37 osób (37%), nieco mniejsza liczba uważała, że jest to ulga w cierpieniu osoby chorej – 26 osób (26%). Porównywalna liczba osób potraktowała eutanazję jako zabójstwo, samobójstwo wspomagane i łagodną i bezbolesną śmierć – nieco ponad 10%.

Najlepszym rozwiązaniem byłoby objęcie pacjentów opieką psychologa, a pacjentów nieuleczalnie chorego opieką duchownego. Trzeba zapoznać całe społeczeństwo z panującymi formami opieki nad osobami terminalnie chorymi, zwłaszcza wyedukować ludzi na temat opieki paliatywnej [15].

W badaniach przeprowadzonych przez Tokarz w 2011 roku wśród personelu medycznego, gdzie większość stanowiły pielęgniarki – 67%, w mniejszym stopniu lekarze –

37% i w większości były to kobiety. Ankietowani w głównej mierze – 78% stwierdzili, że prawo do życia jest przestrzegane, a także w odpowiedzi na pytanie, czy prawo do życia człowieka zdrowego jest tożsame z prawem do życia osoby nieuleczalnie chorej - udzielona pozytywna odpowiedź osiągnęła 87%. Ankietowany personel również potwierdził, że w swojej pracy zetknął się z uporczywą terapią – 21% regularnie, a 75% kilkakrotnie [16].

W badaniach własnych zdecydowanie najwięcej wśród respondentów, bo aż 95 osób miało kontakt z osobą nieuleczalnie chorą, ale nie ma w tym nic dziwnego, ponieważ osoby te na co dzień pracują w szpitalu. Większość ankietowanych według moich badań miało osobę bliską nieuleczalnie chorą – 66 osób (66%), 34 osoby (34%) nie miały takiej osoby.

Według Kodeksu Karnego w naszym Kraju, artykułu 150 §1 [17] dotyczącego uregulowań prawnych eutanazji, kara pozbawienia wolności wynosi od trzech miesięcy do 5 lat. Ankietowani w 41% uznali tę karę za słuszną, 34% za zbyt lekką, a 25% za surową.

W przeprowadzonych przeze mnie badaniach porównywalna liczba osób na pytanie o orientację w sankcjach prawnych wynikających z przeprowadzenia eutanazji odpowiedziała, że albo jest świadoma, albo nie jest świadoma sankcji prawnych 39 vs 41. 17 osób nie miało zdania na ten temat. Na pytanie dotyczące kwestii podjęcia osobistej decyzji o przeprowadzeniu eutanazji zdecydowana większość lekarzy, aż 75% stwierdziła, że nie podjęłaby się takiego zabiegu. Większość również nie zgodziłaby się na asystowanie przy zabiegu eutanazji – 50% ankietowanych, a 35% nie miało zdania.

Najwięcej respondentów w moim badaniu, czyli pielęgniarek/pielęgniarzy zdecydowanie nie asystowałyby przy zabiegach eutanazji – 29 osób (29%), a 22 osoby raczej nie asystowałyby podczas przeprowadzania eutanazji. Z drugiej strony 25 ankietowanych osób uważa, że mogłoby uczestniczyć przy procedurze eutanazji.

W badaniu personel medyczny zwraca uwagę na szczególne przypadki, w których wyraziliby zgodę, to znaczy choroba nowotworowa, niemożność zniesienia cierpienia, stan wegetatywny czy też świadoma zgoda chorego [16].

W roku 2010 przeprowadzono badania dotyczące eutanazji, którą można byłoby przeprowadzić na krewnym. Chmiel oszacowała, że ponad 80% pielęgniarek nie dałaby swojej akceptacji, nawet gdyby zakończyć cierpienie terminalnie chorego pacjenta. Niespełna 13% pielęgniarek pracujących w zawodzie wyraziła zgodę na procedurę eutanazji [18].

Kolejną trudną decyzją do podjęcia dla ankietowanych dotyczy tego, czy dana osoba potrafiłaby zadecydować o przeprowadzeniu zabiegu eutanazji na innej osobie

w rodzinie. Ponieważ trudno jest decydować o czyimś życiu, większość respondentów była niezdecydowana – 44 osoby (44%).

Nieznacznie mniej, bo 35 osób (35%) nie podjęłoby takiej decyzji w czyimś imieniu. Pewna grupa osób byłaby w stanie jednak zadecydować o zakończeniu życia drugiej osoby we własnej rodzinie – 21 osób (21%). Są to zapewne osoby przychylne eutanazji.

Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Majkę i wsp. [19] na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie oraz Katolickim Uniwersytecie Lubelskim stwierdzono, iż religia odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu postawy wobec eutanazji według 34% ankietowanych studentów [19].

Rozpatrując pojęcie eutanazji jako „dobrą śmierć”, trzeba również zastanowić się, czy nie jest to po prostu zabójstwo. Większość obecnie ankietowanych osób (44%) uznała, że nie. Jednakże znaczna liczba badanych (37%) potwierdziła, iż eutanazja według nich jest niczym innym jak tylko zabójstwem. Pozostali ankietowani nie potrafili wyrazić swojego zdania na ten temat.

Najlepszym rozwiązaniem byłoby objęcie pacjentów opieką psychologa, a pacjentów nieuleczalnie chorych opieką duchownego [1,15].

Trzeba zapoznać całe społeczeństwo z panującymi formami opieki nad osobami terminalnie chorymi, zwłaszcza wyedukować ludzi na temat opieki paliatywnej [1,15].

WNIOSKI

Przeprowadzone badania związane z problematyką eutanazji pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Większość respondentów akceptowała opiekę paliatywną jako skuteczne i pomocne narzędzie w pracy z nieuleczalnie chorym pacjentem.
2. Większość badanych zdefiniowała eutanazję jako śmierć na życzenie lub ulgę w cierpieniu i uważała ją za problem o charakterze etycznym, a nie religijnym.
3. Respondenci byli przekonani, że legalizacja eutanazji byłaby możliwa jedynie z powodu nieuleczalnej choroby lub gdyby wystąpiła śmierć kliniczna.
4. Ankietowani uważali, że o skróceniu swojego życia powinien zadecydować Bóg lub sam chory, a nie powinna ani rodzina, ani lekarz.

PIŚMIENNICTWO

1. Jan Paweł II.: *Evangelium Vitae* [w:] Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II. Wydawnictwo Znak, Kraków 2006: 841 – 986.
2. Machinek M.: Zagadnienie terapii uporczywej w świetle wypowiedzi Magisterium Kościoła. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 3: 91–98.
3. Morończyk D.: *Do not resuscitate*. Wydawnictwo Św. Stanisława BM, Kraków 2011.
4. Gałuszka M.: Społeczne i kulturowe powinności medycyny. Wydawnictwo WTN, Wrocław 2003.
5. Chyrowicz B.: Życie ludzkie: wartość bezcenna, ale kosztowna. *Służba Zdrowia* 2006; 84–87: 30–33.
6. Pacian J., Pacian A., Skórzyńska H.: Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. *Regulacje prawne wybranych państw świata. Hygeia Public Health* 2014; 49(1): 19-25.
7. Zając M.: Bioetyczne ujęcie eutanazji. *Człowiek-Rodzina- Prawo* 2012; 6: 10.
8. Kowalewska B., Krajewska – Kułak E., Jankowiak B., Gołębiowska A., Wróblewska K., Chilińska J., Kowalczyk K.: Opieka hospicyjna i paliatywna oraz eutanazja w opinii pielęgniarek i studentów kierunku pielęgniarstwo. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008; 1: 164-169.
9. Szymańska K.: Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2012; 2: 125–133.
10. Mierzecki A., Rękawek A., Świątkowski J. i wsp.: Ocena podejścia do eutanazji studentów pierwszego roku medycyny w Szczecinie, Greifswaldzie i Lund. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2008; 1: 164-169.
11. Mickiewicz I., Krajewska – Kułak E., Kędziora – Kornatowska K., Roslan K.: Postawy pielęgniarek wobec eutanazji. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011; 1: 199 – 208.
12. Zielińska – Więczkowska H., Januszewska M.: Opinie studentów bydgoskich uczelni na temat eutanazji. *Hygeia Public Health* 2013; 2: 238-242.
13. Leszczyńska M. i in.: Społeczna ocena eutanazji w opinii duchowych kościoła katolickiego – badania wstępne. [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszyk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2014; 12: 127-136.
14. Sierżantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H.: Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji. *Gerontologia Polska* 2011; 19(2): 99-106.

15. Gadzinowski J., Wiśniewski J.: Eutanazja – medyczne, filozoficzne, psychologiczne, teologiczne problemy współczesnej neonatologii. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003.
16. Tokarz W.: Contemporary dilemma of intensive therapy – euthanasia – solvation or death angel? *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6(16): 23.
17. Kodeks Karny, artykuł 150 §1, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=W DU19970880553> (data dostępu 6.05.2020).
18. Chmiel I. i in.: Postawy pielęgniarek paliatywnych wobec eutanazji. [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2012; 10: 157-165.
19. Majka E., Kociuba – Adamczyk K., Bałos M.: Wpływ religijności na ukształtowanie postawy wobec eutanazji. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011; 1(34): 11-15.

Sedacja Paliatywna - stan aktualny oraz obecne i przeszłe kontrowersje

**Jan Bieniasz¹, Konrad Dendys¹, Mikołaj Kreń¹, Katarzyna Kuśmierczyk¹, Jan Gnus^{1,2},
Karolina Radzikowska¹, Małgorzata Paprocka-Borowicz^{1,2}**

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

WSTĘP

Według “Interny Szczeklika”, wiodącego polskiego podręcznika medycznego, co roku w Polsce umiera około 320 tysięcy ludzi [1]. Około 200 tysięcy z nich potrzebuje opieki paliatywno-hospicyjnej, a aż 90 tysięcy umiera na nowotwory złośliwe, którym zazwyczaj towarzyszą duże dolegliwości bólowe.

Kiedy wyczerpane zostały wszelkie, objawowe oraz przyczynowe, metody leczenia dolegliwości towarzyszących umieraniu, ostatnią “deską ratunku” pozostaje sedacja paliatywna (SP). Choć w literaturze istnieją źródła mówiące o braku jednolitej definicji [2], to uznane podręczniki i czasopisma, a także dostępne wytyczne [3,4,5] definiują ją jako kontrolowane użycie środków sedujących w celu redukcji odczuwania nieprzyjemnych i opornych na leczeniu objawów towarzyszących umieraniu, gdy zawiodły inne środki ich zwalczania. Oznacza to częściowe lub całkowite wyłączenie świadomości umierającego człowieka. Z natury rzeczy nie jest to temat łatwy. Kontrowersyjne kwestie w ramach sedacji paliatywnej, to:

- różnica między sedacją paliatywną a eutanazją,
- możliwość przejścia sedacji paliatywnej w eutanazję,
- wpływ na długość życia,
- kwestia pozbawienia świadomości,
- kwestia dalszego decydowania pacjenta o sobie,
- możliwość zastosowania w leczeniu cierpienia niespowodowanego dolegliwościami fizycznymi.

Sytuacji nie polepsza brak jednoznacznych wytycznych na poziomie krajowym. Celem naszej pracy było podsumowanie obecnych zaleceń oraz wymienianych w literaturze praktyk

dotyczących SP, opisanie zarówno dawnych, jak i obecnych kontrowersji oraz wskazanie zagadnień z zakresu sedacji paliatywnej, które wydają się jeszcze niezbadane.

AKTUALNE ZALECENIA

Aktualnie żadna polska organizacja ani towarzystwo naukowe nie wydały zaleceń i wytycznych dotyczących sedacji paliatywnej. Jako najpowszechniej stosowane wytyczne zazwyczaj podaje się wytyczne EAPC (*European Association for Palliative Care*), pochodzące z 2009 roku [4]. Opublikowane w 2014 roku zalecenia ESMO (*European Society for Medical Oncology*) bazują w dużej mierze na zaleceniach EAPC [6]. Swoje zalecenia wydały natomiast takie państwa, jak Włochy, Francja czy Dania.

Autorzy wytycznych EAPC nazywają je szkicem (framework) i wielokrotnie powtarzają, że ich propozycje muszą być uszczegółowione i dostosowane do miejscowych przepisów [5]. Dokument składa się z 10 punktów, jakie powinny uwzględniać krajowe (szczegółowe) wytyczne dotyczące sedacji paliatywnej, każdy z punktów jest krótko rozwinięty. EAPC omawia cele sedacji paliatywnej i sytuacje, w których należy ją zastosować, proponują sposób postępowania z pacjentem oraz jego rodziną, podają przykłady środków stosowanych do sedacji oraz proponują dwie powszechnie używane w anestezjologii skale do oceny stopnia sedacji. Autorzy często odwołują się do indywidualnego doświadczenia lekarza.

Poniżej przedstawiono krótki opis procedury sedacji paliatywnej, wytyczne EAPC uzupełniono innymi dostępnymi źródłami. Stosowana jest ona w przypadkach pojawienia się w końcowym okresie życia objawów powodujących cierpienie chorego, których nie można zwalczyć innymi metodami. Przewijające się w piśmiennictwie przyczyny zastosowania sedacji to ból, drgawki, duszność, nadmierne pobudzenie, ciągłe wymioty. SP może być ciągła lub przerywana, w literaturze pojawiają się różne długości trwania sedacji przerywanej, proponuje się od 6 do 48 godzin [2,4]. Proponowane przez EAPC leki to benzodiazepiny, chlorpromazyna, barbiturany, lewomepromazyna oraz propofol. Wybór środka powinien być podyktowany dręczącymi pacjenta objawami; przykładowo benzodiazepiny dla pacjenta z drgawkami, a chlorpromazyna dla osoby uporczywie wymiotującej. W praktyce najczęściej stosuje się midazolam [4,7]. Wszystkie leki podawane są dożylnie lub podskórną. Tempo podawania leków jest stosunkowo powolne, EAPC zaleca kontrolę pacjenta co 20 minut w trakcie indukowania sedacji oraz trzykrotną kontrolę w ciągu dnia. EAPC zaleca także monitorowanie akcji serca, ciśnienia tętniczego oraz saturacji. Warto zauważyć, że dwa

pierwsze parametry mogą świadczyć o odczuwaniu przez pacjenta bólu. Zalecane metody monitorowania głębokości stopnia sedacji to skale RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*) oraz CCPOP (*Critical-Care Pain Observation Tool*). Ważne jest skonfrontowanie stanu pacjenta z obserwacjami osób zajmujących się nim w ostatnim czasie. Choć omawiane wytyczne nie wspominają o podawaniu tlenu, w praktyce stosuje się jego rutynowe podawanie. EAPC nie określa poziomu oczekiwanej saturacji, czyli poziomu wysycenia krwi tlenem. W związku z przeprowadzaniem sedacji przez lekarza medycyny paliatywnej lub anestezjologa kwestia ta mogła być dla autorów wytycznych oczywista, jeden z polskich artykułów edukacyjnych proponuje poziom 90% [7]. Kwestię odżywiania i nawadniania chorego EAPC określiło jako niezależną od decyzji o samej sedacji. Autorzy wytycznych przyznają, że decyzja w tej kwestii może być związana albo z prowadzeniem uporczywej terapii, albo z przyspieszaniem śmierci chorego i zalecają indywidualne jej rozpatrzenie. Lekarze praktycy podają, że zazwyczaj stosuje się minimalne nawadnianie chorego [4,7]. Z etycznego punktu widzenia kwestia ta wzbudza szerokie kontrowersje i została wielokrotnie opisana w literaturze [8]. Odżywianie i nawadnianie jest elementem leczenia i pacjent może nie wyrazić na nie zgody.

DANE LICZBOWE

Nie są znane statystyki dotyczące ilości wykonanych procedur sedacji paliatywnej w Polsce. Istnieją one natomiast dla innych państw; badania zazwyczaj mocno różnią się od siebie metodologią. W Holandii procent wszystkich zgonów, którym towarzyszyła sedacja paliatywna wzrosła od 8,2% w roku 2005 do 18,3% w roku 2015. Dane zebrano przeprowadzając ankiety wśród około 6000 lekarzy wypisujących akty zgonu [9]. Autorzy tłumaczą ponad dwukrotny wzrost użycia sedacji zwiększoną świadomością lekarzy oraz pacjentów, zwiększoną potrzebą kontroli nieprzyjemnych objawów oraz zmianą definicji oporności na leczenie tychże objawów. W badaniu przeprowadzonym na grupie 8309 umierających z powodu nowotworu pacjentów południowokoreańskich szpitali SP zastosowano wśród 16,1% z nich [10]. Odsetek zgonów z towarzyszącą sedacją jest tutaj zastanawiająco mały w porównaniu do sytuacji w Holandii, gdzie w 2015 roku aż 28,9% zgonów z powodu choroby nowotworowej towarzyszyła SP [9]. Może to wskazywać na istotne znaczenie różnic kulturowych w częstotliwości jej zastosowania. Z kolei w brazylijskim oddziale opieki paliatywnej, spośród 374 pacjentów, aż 54% otrzymało przed zgonem leki wprowadzające w stan sedacji paliatywnej. [11] Opublikowane w 2016 roku belgijskie

badanie (lata 2007-2013, ankieta wśród lekarzy) wykazało spadek użycia SP z 14,5% do 12% w ciągu 6 lat zbierania danych [12]. Według autorów publikacji była to pierwsza praca, która przedstawiała spadkowy trend w użyciu SP. Oprócz pojawienia się lepszych, alternatywnych, metod leczenia bólu oraz ostrożniejszego stosowania SP, belgijscy naukowcy wiążą ten trend ze zwiększeniem w ich kraju częstości oraz dostępu do eutanazji. Jedyna, pochodząca z 2013 roku, publikacja dotycząca Polski obrazuje procent stacjonarnych ośrodków opieki paliatywnej stosujących SP [13]. W badaniu, przeprowadzonym w 2010 roku, zebrano ankiety z 36 polskich hospicjów. W 15 z nich (41%) wykonywano procedurę sedacji paliatywnej. Praca ta wskazuje na potrzebę dalszego upowszechniania SP w Polsce. Jest to ważne ze względu na samą istotę SP – jest to metoda leczenia bólu stosowana, gdy żadne inne sposoby nie zadziałały. Zatem całkowity brak stosowania SP w jakimś hospicjum oznacza potencjalne skazanie wielu pacjentów na śmierć w cierpieniach, niezależnie od wykszolenia, chęci i starań lekarzy.

ASPEKTY ETYCZNE

W zagadnieniu sedacji paliatywnej wyróżnić można kilka tematów wzbudzających medyczno-etyczne kontrowersje. Część z tych kwestii rozważana jest, zwłaszcza na gruncie etycznym, według zasady podwójnego skutku. Szerokie omówienie tej reguły etycznej można znaleźć w publikacji M. Tomczyk i in., w niniejszej pracy została ona przytoczona tylko skrótowo [14]. Zasada podwójnego skutku mówi, że „działanie, które posiada zarówno pewien dobry, jak i zły skutek, może być moralnie dopuszczalne lub niedopuszczalne zależnie od tego, czy jego zły skutek jest przez działający podmiot jedynie przewidywany, czy zamierzony jako środek lub też jako cel” [15]. Oznacza to, że złe efekty SP nie mogą być ani celem, ani środkiem towarzyszącym dobremu działaniu, jakim jest pozbawienie pacjenta nieprzyjemnych objawów, można jedynie przewidywać możliwość ich wystąpienia z oczekiwaniem, że będą mniejsze od złego efektu terapii.

Najważniejszym z kontrowersyjnych zagadnień związanych z SP wydaje się być kwestia ewentualnego skracania życia umierającego pacjenta w wyniku zastosowania procedury sedacji. W myśl zasady podwójnego skutku, efektem negatywnym SP jest tu śmierć pacjenta. Wytyczne EAPC stwierdzają niewielkie ryzyko przyspieszenia zgonu jedynie w niektórych stanach chorobowych [5]. Choć ostatnie cytowane w wytycznych badania dotyczące tego tematu pochodzą z 2009 roku; „nie znaleźliśmy nowszych doniesień o wpływie SP na skrócenie życia. Pojawiające się w literaturze przekonanie [14] jakoby badanie

[16] przeprowadzone w 1999 roku w USA pokazało, że SP może przedłużać życie jest błędne. W pracy tej udowodniono brak statystycznego wpływu SP na skrócenie życia w obserwowanej placówce. Istnieją badania ankietowe wśród lekarzy przeprowadzających procedurę SP, w których przyznają oni, że stosują SP w celu skrócenia życia pacjenta. Należy dodać, że do wiarygodnej oceny tego problemu potrzebne jest randomizowane badanie z podwójnie ślepą próbą, w którym pacjentom niepoddanym SP podawano by placebo. Powodowało by to zbędne cierpienie pacjenta, co siłą rzeczy uniemożliwia przeprowadzenie takiego badania. Wydaje się, że większość nowszych publikacji przestaje poruszać temat możliwości przyspieszania zgonu pacjenta, który stał się akceptowalną częścią procedury SP (oczywiście nie da się tego obiektywnie zbadać). Nie wiadomo też, jak bardzo etycy i filozofowie są świadomi tego, że większość procedur medycznych obciążona jest ryzykiem. Przykładowo: najnowsze dane 30-dniowej śmiertelności dla operacji pomostowania aortalno-wieńcowego wynoszą około 1,3% [17].

Możliwość przejścia SP w eutanazję z pewnością istnieje. Zarówno wytyczne EAPC, publikacje medyczne [4,14], jak i dedykowane analizy humanistyczne [19] pokazują, że za kluczową powszechnie uważa się intencje działania. Przeprowadzone w 2012 roku w Belgii badanie ankietowe pokazało, że 37,8% zareportowanych przypadków SP miało na celu przyspieszenie śmierci pacjenta [18]. Należy wziąć pod uwagę ankietowy charakter badania oraz niejednorodne podejście do odżywiania oraz nawadniania pacjenta w stanie SP, także to, że odpowiedzi respondentów wyrażały ich jednostkową wrażliwość. Z kolei japońska publikacja z 2002 roku mówi, że wypalenie zawodowe może zwiększać częstość stosowania sedacji paliatywnej [20]. Rodzi to pytanie, czy wypalenie zawodowe lekarza nie wpłynie też na niewłaściwe zwiększenie dawki leku sedującego. Wartą zbadania wydaje się być ewentualna wyższa częstość stosowania SP, mająca na celu przyspieszyć zgon pacjenta, w nadmiernie obciążonych hospicjach.

Autonomia pacjenta w SP jest bardzo mocno ograniczona. Rodzi to konsekwencje natury formalnej oraz etycznej. EAPC zaleca, żeby wytyczne krajowe obejmowały nie tylko zebranie i udokumentowanie woli pacjenta, ale też prawne rozwiązanie kwestii konsultacji z rodziną. Doświadczeni lekarzy stosujący SP w swojej praktyce zwracają uwagę, że jest to konieczne ze względu na możliwe różnice zdań wśród członków rodziny [4]. EAPC zwraca też uwagę, że rolą najbliższych pacjentowi osób nie jest podjęcie decyzji, a zastanowienie się czego mógłby chcieć pacjent. Z etycznego punktu widzenia; jeżeli uznać by utratę świadomości za coś złego, czyni to SP niedopuszczalną w świetle zasady podwójnego skutku – utrata przytomności staje się zarówno środkiem do ograniczenia bólu, jak i celem procedury

medycznej. Choć w literaturze polskiej pojawiają się głosy, że utrata autonomii i możliwości decydowania o sobie są moralnie wątpliwe, to w przeanalizowanych piśmiennictwie anglojęzycznym nie znaleziono takich wniosków [2,14]. Należy pamiętać, że jest to kwestia indywidualnej wrażliwości. Nie wiadomo też, jak bardzo etycy świadomi są tego, że w trakcie każdej operacji wykonywanej w znieczuleniu ogólnym pacjent jest pozbawiany możliwości decydowania o swoim losie w przypadku wystąpienia ostrych powikłań. W kontekście takiego pozbawienia możliwości decydowania o sobie często wspominana jest natomiast kwestia dokładnego określenia jego życzeń przed zastosowaniem SP (analogicznie jak odbywa się to przed ryzykowną operacją). Jest to ważne w kontekście odróżniania SP od eutanazji, zwłaszcza w kontekście odstępiania od żywienia i nawadniania – jeżeli taką decyzję podejmie pacjent, to można traktować to jako rezygnację z leczenia [21]. Zalecenia pacjenta stają się szczególnie ważne w przypadku braku możliwości wyprowadzenia go z sedacji. Duszność, której może towarzyszyć upośledzające funkcje poznawcze niedotlenienie, jest często wymieniana jako przyczyna zastosowania SP; przykładowo w jednej z analiz stanowiła ona 78% przyczyn wykonania procedury SP [22].

Należy krótko wspomnieć o braku pewności co do faktycznej skuteczności sedacji i braku odczuwania bólu – żaden ze stosowanych w SP środków nie ma sam w sobie działania przeciwbólowego. Istnieją badania potwierdzające, że pacjenci, którzy według oceny standardowymi narzędziami proponowanymi przez EAPC (CCPOT, RASS, skala Ramseya) są głęboko uśpieni, mogą mieć zachowaną charakterystyczną dla stanu świadomości aktywność elektryczną mózgu [14,23]. Wśród personelu medycznego istnieje przekonanie o potrzebie włączenia monitorowania aktywności mózgu do procedury SP [24].

Kontrowersyjna pozostaje sedacja paliatywna u chorych umierających, którzy nie odczuwają bezpośrednich dolegliwości fizycznych, towarzyszy im natomiast lęk przed śmiercią (lęk egzystencjalny) lub inne dolegliwości psychiczne. Z etycznego punktu widzenia zazwyczaj SP w takiej sytuacji uważana jest za niewłaściwą [8]. Z punktu widzenia zasady podwójnego skutku uśmierzenie lęku przed śmiercią nie jest wartością moralnie wyższą niż potencjalne przyspieszenie zgonu chorego lub pozbawienie go autonomii. W literaturze kwestia ta często pozostawiana jest bez rozstrzygnięcia, dlatego skupiono się na publikacjach zawierających konkretne zalecenia. EAPC zaleca, żeby SP stosowane w uśmierzeniu objawów psychicznych stosowane było po konsultacji psychiatrycznej (upewnienie się, czy objawy są odporne na leczenie innymi metodami), stosowanie SP początkowo jedynie w formie sedacji przerywanej oraz obecność kapłana, oraz etyka w zespole podejmującym decyzję o leczeniu. Choć wytyczne nie stwierdzają tego wprost, zasugerowane jest, że

szczególnie istotna jest obecność w zespole osób, które nawiązały z pacjentem jakąś więź. Opublikowane w 2017 roku kanadyjskie badanie ankietowe pokazało, że 31% spośród ankietowanych lekarzy stosuje SP w celu zmniejszenia niepożądanych objawów psychicznych [25]. Zwraca uwagę, że w omawianym badaniu odpowiedzi zwrotnej udzieliło jedynie około 25% respondentów.

ZAKOŃCZENIE

Szeroko stosowana sedacja paliatywna jest szansą na śmierć bez bólu, duszności czy ciągłych skurczów mięśni. Brakuje badań pozwalających ocenić skalę stosowania SP w Polsce. Nasz kraj nie wypracował także wytycznych dotyczących tej procedury, pomimo istnienia wskazówek EAPC, jak takie szczegółowe wytyczne stworzyć. Być może pozwoliłyby one na szersze stosowanie SP. Kwestia ewentualnego przyspieszenia śmierci pacjenta, jego odżywianie i autonomia w stanie sedacji zdają się być kwestiami dobrze przedyskutowanymi. Nadal kontrowersyjne są natomiast problemy stosowania SP w celu złagodzenia objawów psychicznych towarzyszących umieraniu. Istotna jest także kontrola stopnia sedacji i upewnienie się co do odpowiedniej nieświadomości pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Łuczak J., Mierzewski P., Wesołowska I., de Walden-Gałuszko K., Pawlak Z.: Zagadnienia ogólne opieki paliatywnej. [w:] Interna Szczeklika 2018. Gajewski P.(red.). Szczeklika A. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018: 2604-48.
2. Graf L., Ślężiona M.: Dylematy związane z sedacją paliatywną stosowaną u chorych u schyłku życia. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2016; 2: 45-51.
3. Shih K., Dev R., Reddy S.K.: Pain Management and Symptom Control. [in:] The MD Anderson Manual of Medical Oncology. Third Edition. Kantarjian H. M. (ed.). Wolff R.. McGraw-Hill Education, New York 2016: 1169-1187.
4. Cherny N.I., Radbruch L., Chasen M., Coyle N., Charles D., Dean M., Derby S., Fallon M., Ferrel B., Ferris F., Kirk T., Lacy J., Lie R., Lieber S., Loprinzi C., Oberman A., Rosengarten O., Regnard C., Sella G.B., Shvartzman P., Shalom J., Sprung C., Strasser F., Ullrich C., Gunten C Von., Caraceni A., Berkovitch M., Firth P., Hegedus K., Nabal M., Payne S., Rhebergen A., Schmidlin E., Sjogren P., Tishelman C., Wood C., DeConno F.: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine 2009; 23(7): 581–93.

5. Patel C., Kleinig P., Bakker M., Tait P.: Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life. *Australian Journal of General Practice* 2019; 48(12): 838–845.
6. Schrijvers D., Cherny N.I.: ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Annals of Oncology* 2014; 25: 138–42.
7. Orzoł M.: Zasady opieki terminalnej nad pacjentami z chorobą nowotworową. *Medycyna po Dyplomie*, 2012: 7–8; <https://podyplomie.pl/medycyna/10632,zasady-opieki-terminalnej-nad-pacjentami-z-choroba-nowotworowa> (data dostępu 22.05.2020),
8. Wach B.: Terminalna sedacja – między eutanazją a opieką paliatywną. *Analiza i Egzystencja* 2017; 37(2): 25-41.
9. Rietjens J.A.C., Heijltjes M.T., van Delden J.J.M., Onwuteaka-Philipsen B.D., van der Heide A.: The Rising Frequency of Continuous Deep Sedation in the Netherlands, a Repeated Cross-Sectional Survey in 2005, 2010, and 2015. *Journal of the American Medical Directors Association* 2019; 20(11): 1367–72.
10. Kim Y.S., Song H-N., Ahn J.S., Koh S-J., Ji J.H., Hwang I.G., Yun J., Kwon J.H., Kang J.H.: Sedation for terminally ill cancer patients. *Medicine* 2019; 98(5): e14278.
11. Prado, B.L., Gomes, D., Usón Júnior, P., Taranto, P., França, M.S., Eiger, D., Mariano, R.C., Hui, D., Del Giglio, A.: Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. *BMC palliative care* 2018; 17(1):13.
12. Robijn L., Cohen J., Rietjens J., Deliens L., Chambaere K.: Trends in Continuous Deep Sedation until Death between 2007 and 2013: A Repeated Nationwide Survey. *PLOS ONE* 2016; 11(6): e0158188.
13. Grabowska B.M.: Sedacja paliatywna w terapii bólu u pacjentów będących w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób leczonych w stacjonarnych oddziałach opieki paliatywnej w Polsce – analiza własna na podstawie danych uzyskanych w 2010 r. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5(1): 20–27.
14. Tomczyk M., Sopata M.J., Viallard M-L., Beloucif S., Mamzer M-F., Herve C.: Sedacja paliatywna u dorosłych – wybrane aspekty etyczne. *Medycyna Paliatywna* 2014; 6(2): 76-80.
15. Janikowski W.: Zasada podwójnego skutku, zasada moralnej symetrii i kwestia legalizacji eutanazji. *Analiza i Egzystencja* 2013; 22: 125-138.
16. Sykes N., Thorns A.: Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(3): 341–344.

17. Zhang Y., Yang L., Zhang W., Liu J.: Effect of volatile anesthetics on mortality and clinical outcomes in patients undergoing coronary artery bypass grafting: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Minerva Anestesiologica*, 2020, <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y9999N00A20031101> (data dostępu 22.05.2020).
18. Rys S., Deschepper R., Mortier F., Deliens L., Bilsen J.: Continuous sedation until death with or without the intention to hasten death-a nationwide study in nursing homes in flanders, Belgium. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014; 15(8): 570–575.
19. Have H.T., Welie J.V.M.: Palliative sedation versus euthanasia: An ethical assessment. *Journal of Pain and Symptom Management* 2014; 47(1): 123–136.
20. Morita T., Akechi T., Sugawara Y., Chihara S., Uchitomi Y.: Practices and Attitudes of Japanese Oncologists and Palliative Care Physicians Concerning Terminal Sedation: A Nationwide Survey. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20(3): 758–764.
21. Quill T.E., Lo B., Brock D.W.: Palliative Option of Last Resort. A Comparison of Voluntarily Stop Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician Assisted Suicide. *JAMA* 1997; 278(23): 2099–2104.
22. Tin W.W-Y., Lo S-H., Wong F.C-S.: A retrospective review for the use of palliative sedation in a regional hospital in Hong Kong. *Annals of Palliative Medicine* 2019, 8. <http://apm.amegroups.com/article/view/29649> (data dostępu 22.05.2020).
23. Six S., Laureys S., Poelaert J., Bilsen J., Theuns P., Musch L., Deschepper R.: Should we include monitors to improve assessment of awareness and pain in unconscious palliatively sedated patients? A case report. *Palliative Medicine* 2019; 33(6): 712–716.
24. Six S., Overmeire R. V., Bilsen J., Laureys S., Poelaert J., Theuns P., Deschepper R.: Attitudes of professional caregivers and family members regarding the use of monitoring devices to improve assessments of pain and discomfort during continuous sedation until death. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020; 24: S0885-3924(20)30101-9.
25. Voeuk A., Nekolaichuk C., Fainsinger R., Huot A.: Continuous palliative sedation for existential distress? A survey of Canadian palliative care physicians' views. *Journal of Palliative Care* 2017; 32(1): 26–33.

Zarys zagadnienia transplantacji

Piotr Ochotny

Wydział Teologiczny Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Działaniami szczególnie cenionymi z punktu widzenia zachowania zdrowia i życia ludzkiego, a jednocześnie budzącymi wiele kontrowersji medycznych, etycznych i prawnych, są ingerencje transplantacyjne. Niezależnie od kontrowersji, jakie wzbudzają, już od ponad pięćdziesięciu lat, choć w różnym, ale stale rozszerzającym się zakresie, stanowią one realną, skuteczną, a często jedyną drogę ratowania lub przedłużania życia pacjentów.

Niniejsze opracowanie jest efektem dążenia do systematycznego, uporządkowanego i interdyscyplinarnego namysłu nad zagadnieniem transplantacji. Jak każda tego rodzaju praca nie może ona rościć sobie pretensji do wyczerpania podjętego tematu i pełnego zaprezentowania omawianych w niej kwestii. Dlatego należy ją traktować jako ogólne wprowadzenie do zagadnienia transplantacji, obejmujące podstawowe pojęcia związane z medycyną transplantacyjną (1), rodzaje transplantacji (2), historyczny rys rozwoju transplantologii w Polsce i na świecie (3), aktualnie obowiązujące regulacje prawa polskiego w zakresie przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (4), a także medyczne ograniczenia transplantologii (5).

POJĘCIE TRANSPLANTACJI

Słowo „transplantacja” pochodzi od łacińskiego czasownika *transplantare*, który oznacza czynność polegającą na przeszczepieniu lub przesadzeniu. Powstało ono ze złożenia dwóch łacińskich słów: *trans*, używanego w złożeniach i oznaczającego: „za, poza, z tamtej strony” oraz *plantatio*, które oznacza sadzenie roślin [1]. Termin ten odnosi się do metody chirurgicznego przeszczepiania komórek (np. szpiku), tkanek (np. skóry) i narządów (np. serca) w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami. Transplantacja polega więc na leczeniu przy pomocy wymiany organów, tkanek bądź substancji [2,3].

Pozostając w kręgu rozważań definicyjnych należy dookreślić pewne dodatkowe pojęcia związane z obszarem medycyny przeszczepowej. Eksplantacja (łac. *ex-plantatio*) oznacza operacyjne pobranie z organizmu organu lub fragmentu tkanki, lub grupy komórek w celu ich przeszczepienia. Implantacja (łac. *in-plantatio*) to w jednym ze swych znaczeń zabieg chirurgiczny polegający na wszczepieniu do organizmu narządu lub fragmentu tkanki. Z kolei termin replantacja (łac. *re-plantatio*) używany jest na oznaczenie powtórnego umieszczenia narządu lub tkanki w tym samym organizmie [4]. Przeszczepiany fragment nazywa się transplantatem. Precyzyjną definicję transplantatu podaje *Słownik encyklopedyczny* R. M. Youngsona. Według niego transplantat to „tkanka lub narząd pobrany z innej okolicy ciała lub innej osoby (dawcy), wszczepiony operacyjnie w celu wypełnienia ubytku lub zastąpienia niewłaściwie funkcjonującej tkanki czy narządu” [5].

W ścisłe medycznym rozumieniu zabieg transplantacji (przeszczepiania) oznacza operacyjne przeniesienie komórek, tkanek lub całych narządów (przeszczepów), w przypadku określonych stanów chorobowych, z jednego miejsca w drugie u tego samego człowieka lub od jednego człowieka (dawcy) do drugiego (biorcy), które ma na celu uzupełnienie ubytku lub przywrócenie czynności [6]. Zatem, ze względu na przedmiot transplantacji wyróżnia się przeszczepy organów, przeszczepy tkanek i przeszczepy komórek. Zgodnie z powyższym ujęciem transplantacja może dotyczyć przemieszczania narządu lub jego części nie tylko w obrębie ciała jednej osoby lub z osobnika na osobnika w obrębie tego samego gatunku, ale także pomiędzy różnymi gatunkami [4,7].

RODZAJE TRANSPLANTACJI

W literaturze medycznej wyróżnia się kilka kryteriów podziału przeszczepów. Najbardziej popularne to kryterium zgodności genetycznej dawcy i biorcy. Na jego podstawie przeszczepy dzieli się na: autogeniczne (przeszczep w ramach tego samego osobnika), izogeniczne (przeszczep pomiędzy osobnikami identycznymi genetycznie), allogeniczne (przeszczep pomiędzy osobnikami należącymi do tego samego gatunku) i ksenogeniczne (przeszczep międzygatunkowy). Odrębną kategorię przeszczepów stanowią przeszczepy z niebiologicznych materiałów i przygotowanych wcześniej martwych odpowiedników tkanek ludzkich.

Przeszczepy autogeniczne (autologiczne, własnopochodne, autografty) polegają na przeniesieniu własnej tkanki lub narządu biorcy z jednego miejsca na drugie (np. przeszczepienie skóry, przeszczepienie żyły do układu tętniczego, przeszczepienie nerki z

miejsca prawidłowego w inne) [8]. Przeszczepy autogeniczne dokonywane są w ramach tego samego organizmu, przy całkowitej identyczności genetycznej przeszczepionego materiału i biorcy, a ponieważ w normalnych warunkach nigdy nie powodują reakcji immunologicznej w postaci odrzucenia przeszczepu ze strony organizmu biorcy i funkcjonują prawidłowo po zabiegu, są od dawna powszechnie i z powodzeniem stosowane.

Przeszczepy izogeniczne (syngeniczne, izologiczne) oznaczają przeniesienie tkanki lub narządu między osobnikami identycznymi genetycznie. W warunkach naturalnych sytuacja taka istnieje tylko w przypadku bliźniąt jednojajowych, a przeszczep przyjmowany jest przez biorcę jak tkanki własne. W warunkach doświadczalnych za przeszczepienie tkanek izogenicznych uważa się przeszczepienie tkanki lub narządu u zwierząt należących do tzw. szczepu wsobnego, który uzyskuje się w wyniku krzyżowania przez kilkanaście pokoleń rodzeństwa, co skutkuje niemal całkowitym ujednoliceniem genotypu wewnątrz populacji [9]. Z perspektywy biologii transplantacyjnej przeszczep izogeniczny zachowuje się prawie tak samo jak przeszczep autogeniczny, tzn. funkcjonuje prawidłowo po przeszczepieniu.

Przeszczepy allogeniczne (homogeniczne, bliźniopochodne, allografty, homotransplantacje) oznaczają przeniesienie tkanki lub narządu między osobnikami różnymi genetycznie, jednak w obrębie tego samego gatunku, a więc z człowieka na człowieka, z myszy na mysz itp. [9]. W ramach przeszczepów allogenicznych, ze względu na witalny stan dawcy, wyodrębnia się przeszczepy *ex mortuo* (ze zwłok ludzkich) i przeszczepy *ex vivo* (od osoby żyjącej). Transplantacja organów pochodzących z ciał zmarłych rodzi uzasadnione wątpliwości, które skupiają się głównie wokół kilku zagadnień: uzyskiwania właściwej zgody, określenia momentu śmierci, proporcji między dobrem biorcy a ryzykiem zabiegu, przestrzegania rzeczywiście terapeutycznych celów operacji.

Przeszczepy ksenogeniczne (heterologiczne, obcogatunkowe, odzwierzęce, ksenografty) polegają na przeszczepieniu tkanki lub narządu między osobnikami dwóch różnych gatunków. Definicja ksenotransplantacji przeprowadzanych u ludzi jest zakresowo obszerniejsza. Według U. S. Public Health Service jest to każda procedura, która obejmuje transplantację, implantację czy infuzję człowiekowi żywych komórek, tkanek lub organów pochodzących od zwierząt, a także płynów ustrojowych, komórek, tkanek czy narządów człowieka, które weszły w kontakt *ex vivo* ze zwierzęcymi komórkami, tkankami lub narządami [10]. Wszelkie ingerencje medyczne z wykorzystaniem tkanek i narządów odzwierzęcych rodzą pewne trudności, dotyczące m.in. eksperymentalnego charakteru takich działań, znikomej skuteczności przyjęcia się wszczepianych organów, znaczących kosztów związanych

z tego typu praktyką, ryzyka zagrożeń chorobami odzwierzęcymi, a także uśmiercania zwierząt w celu pozyskiwania organów do przeszczepów.

Omawiane dotąd ingerencje transplantacyjne można zaliczyć do przeszczepów biowitalnych, które polegają na przeszczepieniu żywego narządu lub zawiesiny komórek (np. szpiku), w wyniku którego podejmują one prawidłową czynność, pozwalając na uratowanie życia człowieka. Odrębną kategorię przeszczepów stanowią przeszczepy biostatyczne i przeszczepy z niebiologicznych materiałów (alloplastyka). Przeszczepy biostatyczne polegają na wszczepieniu przygotowanych wcześniej martwych tkanek pochodzących ze zwłok osób zmarłych nagle, rzadziej z tkanek zwierzęcych. Są to głównie kości, powięzi, rozciągna, chrząstki, zastawki serca, naczynia krwionośne [11]. Przeszczepy z niebiologicznych materiałów, wykonanych z tworzywa sztucznego (alloplastyka), pełniąc w organizmie biorcy funkcje mechaniczne, sprzyjają powrotowi do zdrowia.

Biorąc pod uwagę miejsce przeszczepiania tkanki lub narządu wyróżnia się przeszczep ortotopowy i przeszczep heterotopowy. Przeszczep ortotopowy polega na usunięciu niewydolnego narządu i umieszczeniu przeszczepianego organu w miejscu anatomicznie równoważnym (w tym samym położeniu). Przykładem takiej transplantacji jest przeszczep serca. Z kolei w przypadku przeszczepu heterotopowego nie usuwa się niewydolnego narządu. Narząd przeszczepiony umieszcza się w innym miejscu niż anatomiczne. Przykładem tego rodzaju przeszczepu może być przeszczepienie nerki do naczyń w dole biodrowym u biorcy lub przeszczep płatu skóry z pośladków do twarzy [8,9].

ROZWÓJ MEDYCyny TRANSPLANTACYJNEJ

Poszukując historycznych wzmianek na temat transplantacji należy podkreślić, że od bardzo dawna człowiek poszukiwał możliwości zamiany utraconych lub nieuleczalnych tkanek i narządów, chociaż nie znał skutecznego sposobu realizacji owego zamierzenia. O pierwszych próbach transplantacji świadczą ryciny powstałe w bardzo odległych od naszych czasów cywilizacjach Azteków, Etrusków, Majów, Tybetu i Chin [12]. W tradycji chrześcijańskiej Europy patronami transplantologii są święci Kosma i Damian, medycy z Cylicji, praktykujący wśród ubogich, żyjący i działający na terenie Syrii w III wieku. W ich życiorysie pojawia się legenda o przeszczepieniu dolnej kończyny pielgrzymowi cierpiącemu na gangrenę. Według legendy, podczas snu w miejsce chorej nogi święci wstawili mu nową, pobraną od niedawno zmarłego, głęboko wierzącego Etiopczyka [13]. W przekazach na temat starej medycyny hinduskiej odnaleźć można najstarsze wzmianki o próbach przeszczepiania narządów.

Prawdopodobnie już w czasach starożytnych stosowano technikę odwróconego przeszczepu skóry z czoła w celu rekonstrukcji nosa, a hinduski chirurg Susrata rekonstruował obcięte złoczyńcom nosy za pomocą przeszczepianej skóry [14].

W epoce renesansu podjęto pierwsze próby przeszczepiania chrząstek i kości, kierując się względami bardziej estetycznymi niż terapeutycznymi. Przykładem operacji plastycznej, mającej na celu korektę braków i deformacji ludzkiego ciała, jest rekonstrukcja nosa bogatego patrycjusza z wykorzystaniem skóry policzka przeszczepionej najprawdopodobniej od niewolnika, dokonana w 1503 roku przez lekarza sycylijskiego Brance [12]. W tym czasie wprowadzano technikę etapowego przeniesienia skóry z ramienia na nos (Gasparo Tagliacozzi, 1597), którą nazwać można próbą autotransplantacji skóry. W kolejnych wiekach dokonywał się dalszy rozwój techniki transplantacyjnej [15,16]. W 1771 roku angielski chirurg John Hunter dokonał pierwszej implantacji zdrowych zębów [17]. Powodzeniem zakończyła się także operacja przeszczepu skóry z człowieka na człowieka, przeprowadzona w 1816 roku przez angielskiego chirurga Josepha Carpue w Londynie [18]. W dwa lata później James Blundell, angielski fizjolog i położnik, mógł się pochwalić sukcesami pionierskiej metody przetaczania krwi. Po kolejnych dwóch latach niemieccy lekarze dokonali transplantacji kości i wkrótce po tym – rogówki, gruczołu tarczycowego i tkanki nerwowej [12].

Za punkt zwrotny w rozwoju transplantacji należy uznać przejście od przeszczepów komórek, tkanek i narządów zewnętrznych człowieka do przeszczepów jego narządów wewnętrznych, jakie dokonało się w XX wieku. Za prekursora nowoczesnej transplantologii uważa się Alexisa Carrela, francuskiego biologa i chirurga, który w 1902 roku opracował metodę ponownego łączenia przeciętych naczyń za pomocą szwu naczyniowego, a także wykonując doświadczenia z przeszczepami narządów na zwierzętach odkrył barierę biologiczną między dawcami i biorcami. Wraz z Charlesem Claudem Guthrie dowiódł, że własna nerka osobnika przeszczepiona w inne miejsce może pracować długo, a przeszczepiona innemu zwierzęciu szybko obumiera. W ten sposób rozróżniono auto- i hetero- przeszczepy [14]. Pierwsza połowa XX wieku to okres prowadzenia doświadczeń nad przeszczepieniem m.in. rogówki oka (E. Zirm, 1906), nerki pobranej ze zwłok (J. J. Voronov, 1933), szpiku kostnego (E. E. Osgood, M. C. Riddle, T. J. Mathews, 1939) [19]. W tym czasie powstało także pierwsze naukowe opracowanie dotyczące istoty odrzucania przeszczepów, opublikowane przez C. S. Williamson w Baltimore w 1923 roku [20].

Postępujące badania naukowe, podejmowane w wielu ośrodkach na świecie w drugiej połowie XX stulecia, powodowały dalszy postęp w dziedzinie przeszczepiania narządów i lepsze rozumienie niepowodzeń z tym związanych. Ukoronowaniem tych badań był pierwszy

udany przeszczep nerki bliźniaczej (J. E. Murray, 1954), trzustki (R. Lillehei, W. Kelly, 1966), wątroby (T. Starzl, R. Calne, 1968). 3 grudnia 1967 roku w Kapsztadzie zespół pod kierunkiem Chrystiaana N. Barnarda dokonał pierwszego udanego przeszczepu serca, po którym pacjent przeżył 18 dni. W 1969 roku w Houston pierwszy udany przeszczep płuc i serca przeprowadził Denton Cooley. W 1998 roku Jean-Michel Dubernard dokonał pierwszego udanego przeszczepu ludzkiej ręki, a w 2002 roku przeszczepu obu rąk. Pierwszy na świecie całkowity przeszczep twarzy przeprowadzony został w Barcelonie w 2010 roku przez zespół trzydziestu lekarzy, na którego czele stał Joan Pere Barret [13].

Od lat 60. XX wieku sukcesy odnotować można również w polskiej transplantologii. W 1966 roku pierwszego przeszczepu nerki dokonał w Warszawie Jan Nielubowicz wraz z zespołem, a w 1968 roku we Wrocławiu Wiktor Bross przeszczepił nerkę pobraną od osoby spokrewnionej. Pierwszą transplantację serca w Polsce przeprowadził (bez powodzenia) Jan Moll w 1969 roku. Dopiero w 1985 roku w Zabrze Zbigniew Religa dokonał pierwszego udanego przeszczepu serca. Nieudane próby przeszczepiania wątroby wykonali w 1987 roku Roman Kostyrko oraz Marian Pardela w Zabrze. Pierwsze zakończone sukcesem przeszczepienia wątroby w Polsce miały miejsce w 1990 roku. Operacje wykonał Piotr Kaliciński u sześciorga dzieci w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. W 1999 roku w tym samym ośrodku został przeprowadzony pierwszy przeszczep rodzinny wątroby. W roku 2000 zespół pod kierunkiem Mariana Zembali przeprowadził w Zabrze udany przeszczep serca i płuc oraz w tym samym roku równoczesny przeszczep serca i nerki, a w 2003 roku odbył się udany przeszczep płuc [13]. W 2006 roku pomyślnie została przeprowadzona transplantacja ręki przez Jerzego Jabłeckiego, a w 2013 roku dokonano przeszczepu twarzy przez zespół pod kierunkiem Adama Maciejewskiego. Do innych osiągnięć w dziedzinie polskiej transplantologii zaliczyć można pierwszy przeszczep szpiku kostnego od dawcy niespokrewnionego z biorcą (1999), przeszczep rogówki od rodzinnego dawcy (2000), jednoczesny przeszczep wątroby i nerki (2000), przeszczep jelita cienkiego i wątroby u 11-miesięcznego niemowlęcia (2001) [21]. W 2008 roku w klinice w Cleveland, czwartą na świecie i pierwszą w Stanach Zjednoczonych prawie całkowitą (80%) operację przeszczepu twarzy przeprowadził zespół lekarzy specjalistów, którym kierowała Polka – Maria Siemionow [22,23]. W lutym 2015 roku w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie zespół specjalistów w składzie: Andrzej Chmura, Artur Kwiatkowski oraz Rafał Kieszek przeprowadził pierwszy w Polsce tzw. przeszczep krzyżowy nerek od żywych niespokrewnionych dawców. W czerwcu 2015 roku ten sam zespół lekarzy przeprowadził tzw. przeszczep łańcuchowy nerek pomiędzy trzema parami, które wymieniły się pomiędzy sobą nerkami [24].

PODSTAWOWE UREGULOWANIA PRAWNE W ZAKRESIE TRANSPLANTACJI W POLSCE

Transplantacja jako metoda terapeutyczna jest przedmiotem regulacji prawnych wielu państw, które określają kierunki jej wykorzystywania, warunki, w jakich może być przeprowadzona oraz cel i zasady wyznaczające granice zastosowania. Na gruncie polskiego systemu prawnego transplantacja regulowana jest w podstawowym zakresie w ustawie z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2005 Nr 169 poz. 1411). Poprzednio problematykę tę regulowała ustawa z dnia 26 października 1995 roku o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 1995 Nr 138 poz. 682 z późn. zm.) [25]. Ustawa transplantacyjna określa m.in. zasady przeszczepiania komórek (w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej), tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich (art. 1, p. 1). Z zakresu przedmiotowego ustawy, podobnie jak poprzedniej, wyłączono:

- pobieranie i przeszczepianie komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części;
- pobieranie, przechowywanie i dystrybucji krwi do celów jej przetaczania, oddzielania jej składników lub przetworzenia w leki (art. 1, p. 2).

W świetle wspomnianej ustawy transplantacja – co do zasady – jest dopuszczalną przez prawo interwencją medyczną, jednakże na zasadach w niej sprecyzowanych. Konieczność reglamentacji prawnej tej interwencji wynika z faktu, że tylko z punktu widzenia biorcy przeszczepu ma ona charakter terapeutyczny. Natomiast z perspektywy dawcy przeszczepu (żywego dawcy) interwencja ta przybiera postać nieterapeutyczną, a czasami wręcz obniża ogólny stan zdrowia i upośledza jego funkcje, okresowo lub na stałe [26].

Ustawa transplantacyjna, stwarzając spójne i wyraźne ramy prawne transplantacji (podstawę legislacyjną), wprowadza słownik definicji legalnych zawierających pojęcia ściśle powiązane z przeszczepami (art. 2, p. 1). Dawca, według powyższej ustawy, to żywy człowiek lub zwłoki ludzkie, od których pobiera się komórki, tkanki bądź narządy. Donacja oznacza przekazywanie komórek, tkanek lub narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia lub zastosowania u ludzi. Komórka jest określona jako najmniejsza struktura morfologiczna i czynnościowa organizmu, która jest zdolna do podstawowych funkcji życiowych, występująca pojedynczo lub grupowo, niepowiązana ze sobą tkanką łączną. Z kolei tkanka to zespół komórek o wyspecjalizowanych funkcjach powiązanych ze sobą substancją międzykomórkową. Narząd, według ustawy transplantacyjnej, to wyodrębniona i istotna część

ludzkiego ciała, zbudowana z różnych tkanek, zdolna do utrzymywania swojej struktury, ukrwienia i możliwości pełnienia autonomicznych funkcji fizjologicznych. Pojęciem ściśle powiązanym z transplantacją jest bank tkanek i komórek. Oznacza ono jednostkę organizacyjną prowadzącą działalność w zakresie gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek. Jednostka tego rodzaju może również pobierać lub testować tkanki i komórki.

Ustawa odrębnie reguluje pobieranie transplantatów do przeszczepów ze zwłok ludzkich i od żywych dawców. W obu przypadkach jednakowo rozumie się pobieranie jako czynność, w wyniku której komórki, tkanki lub narządy są pozyskiwane w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych lub dydaktycznych (art. 2, p. 1). W myśl art. 12 pobranie komórek, tkanek lub narządów od osoby żywej może nastąpić w sytuacjach, gdy biorca wobec dawcy jest krewnym w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, dziadkowie), rodzeństwem lub małżonkiem, osobą przysposobioną (adoptowaną), a także na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste. Ustawodawca wyróżnił zatem dwie grupy związków zachodzących pomiędzy żywymi dawcą a biorcą. Do pierwszej grupy należą osoby jasno wyszczególnione przez ustawodawcę. W świetle kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nie nastręcza większych wątpliwości interpretacyjnych określenie, kiedy mamy do czynienia z małżeństwem, pokrewieństwem w linii prostej oraz rodzeństwem. Druga grupa podmiotów określona została przez ustawodawcę w sposób nieostry. Ustawodawca posłużył się klauzulą generalną „szczególnych względów osobistych”, uzasadniając dopuszczalność pobrania komórek, tkanek czy narządów w celu przeszczepienia u niespokrewnionego biorcy [27].

Natomiast w przypadku dawcy zmarłego ustawa stanowi, że art. 5 ust. 1 „pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu” (art. 5, p. 1). Oznacza to, że przypuszczalnie za życia wyraziłaby się aprobowająco o możliwości ofiarowania swoich organów potrzebującej osobie. Decyzja negatywna, zakazująca pobranie przeszczepów, powinna wynikać ze stwierdzenia podważenia domniemania zgody donatora [28]. Podważenie to powinno się opierać na istnieniu jednej z form sprzeciwu na pobranie narządów wyrażonego przed śmiercią przez potencjalnego dawcę przeszczepów: wpis do Centralnego Rejestru Sprzeciwów; pisemne oświadczenie podpisane własnoręcznie; ustne oświadczenie, które zostało złożone w obecności przynajmniej dwóch świadków i pisemnie przez nich potwierdzone (art. 6, p. 1) [29,30].

Zgodnie z art. 20 ustawy dopuszczalne jest również przeszczepienie ludziom w celach leczniczych komórek, tkanek lub narządów pochodzących od zwierząt. Przeszczepienie takie wymaga uzyskania pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej. Przy przeszczepie od zwierzęcia stosuje się ponadto przepisy dotyczące eksperymentów medycznych zawarte w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2005 Nr 226, poz. 1943 z późn. zm., art. 21-29).

Obowiązująca ustawa, określając zasady pobierania materiału do przeszczepu, przyjmuje podstawowe zasady funkcjonujące w tym zakresie [31]:

- zasadę celowości transplantacji;
- zasadę prawnego statusu dawcy i biorcy;
- zasadę kolejności pobierania przeszczepów;
- zasadę określenia dysponenta przeszczepów *ex mortuo*;
- zasadę właściwych kryteriów doboru biorców przeszczepów;
- zasadę donacji przeszczepów;
- zasadę wielostronnych relacji uczestników procesu transplantacyjnego;
- zasadę tajemnicy lekarskiej;
- zasadę odpowiedzialności cywilnej i majątkowej lekarza i zakładu opieki zdrowotnej za szkody związane z transplantacją.

AKTUALNE MEDYCZNE OGRANICZENIA TRANSPLANTOLOGII

Dział medycyny klinicznej zajmujący się problemami transplantacji nazywa się transplantologią. Zasadniczo dzieli się go na [32]:

- transplantologię eksperymentalną, zajmującą się mechanizmami, które odpowiadają za przyjęcie przeszczepu;
- transplantologię kliniczną, do zadań której należą: pobieranie materiału do przeszczepu (komórek, tkanek, narządów), przygotowanie do przeszczepu, przygotowanie biorcy i dawcy do zabiegu oraz jego przeprowadzenie, a także opieka po przeszczepie.

Należy pamiętać, że transplantologia to nauka interdyscyplinarna, obejmująca swoim zakresem nauki podstawowe, czyli immunologię i genetykę oraz działy medycyny klinicznej, takie jak interna, chirurgia oraz wiele innych. Postęp transplantologii i przeszczepiania narządów nie miałby miejsca bez udziału nauk podstawowych i diagnostyki laboratoryjnej oraz fizyki, biochemii i licznych metod medycyny obrazowej [33]. Obecne osiągnięcia w zakresie

medycyny transplantacyjnej są efektem licznych badań naukowych, przeprowadzanych w wielu ośrodkach badawczych na całym świecie. Badania te dotyczą przede wszystkim opracowywania sposobów i udoskonalania technik przeszczepiania tkanek i narządów oraz problematyki wszelkiego rodzaju powikłań i odrzutów przeszczepu [34]. Współczesna medycyna osiągnęła tak wysoki stopień rozwoju, że w zasadzie nie ma trudności technicznych, które uniemożliwiałyby wykonanie nawet najbardziej złożonych zabiegów, jak np. przeszczepienie nerki, serca, wątroby czy całych kończyn. Jednak od początku zasadniczym problemem transplantacji było i nadal pozostaje ryzyko odrzutu przeszczepu przez organizm biorcy. Dlatego większość prowadzonych obecnie badań w tej dziedzinie zmierza do dokładnego wyjaśnienia procesu rozpoznawania i usuwania (odrzucań) przeszczepionych tkanek oraz do opracowania metod, pozwalających na częściowe lub całkowite zahamowania tego procesu [35].

Główną przeszkodą w trwałym przeżyciu przeszczepionego narządu stanowi niezgodność immunologiczna, zwana popularnie „barierą immunologiczną”, która powoduje, że układ odpornościowy biorcy rozpoznaje antygeny przeszczepu jako „nie swoje” i uruchamia reakcję odrzucania, dążąc do zniszczenia obcej tkanki. Podobnie jak przetaczanie krwi możliwe jest jedynie przy zachowaniu zgodności antygenów krwinek czerwonych dawcy i biorcy, również w przypadku przeszczepiania narządów należy dążyć do tego, aby różnice w antygenach zgodności tkankowej między dawcą i biorcą były jak najmniejsze. W zależności od czasu wystąpienia oraz tempa odrzucania przeszczepu wyróżnia się [36,37]:

- odrzucanie nadostre,
- odrzucanie ostre,
- odrzucanie przewlekłe.

Odrzucanie nadostre zachodzi natychmiast po przeszczepieniu i spowodowane jest głównie obecnością we krwi biorcy przeciwciał reagujących z antygenami obecnymi na komórkach śródbłonna dawcy narządu [36,37].

Odrzucanie ostre występuje w okresie od kilku dni do kilkunastu miesięcy po zabiegu przeszczepienia. Może być komórkowe, humoralne lub mieszane. Uważa się, że w patogenezie ostrego odrzucania dominują mechanizmy odpowiedzi komórkowej [36,37].

Odrzucanie przewlekłe może pojawiać się w różnym czasie po transplantacji (najczęściej po roku) i nieuchronnie prowadzi do zniszczenia i utraty przeszczepu. W ostatnim czasie dominuje przekonanie, że za późną utratę przeszczepu w głównej mierze odpowiadają przeciwciała specyficzne dla dawcy [36,37].

Proces odrzucania przeszczepu jest odczynem zapalnym wywołanym przez swoistą reakcję immunologiczną. Reakcja ta jest tym silniejsza, im większe są różnice antygenowe między dawcą i biorcą narządu. W literaturze medycznej dla celów opisowych wyodrębnia się trzy fazy procesu odrzucania przeszczepu [38]:

- drogę dośrodkową odczynu immunologicznego, która stanowi fazę rozpoznania obcego antygeny przez układ odpornościowy gospodarza,
- fazę centralną – aktywacji, różnicowania i namnażania różnych subpopulacji limfocytów
- drogę odśrodkową odczynu immunologicznego, w wyniku której dochodzi do niszczenia przeszczepu.

W związku z tym, że w obecnym stanie wiedzy niemożliwy jest taki dobór dawcy i biorcy narządu, aby mieli oni identyczne antygeny zgodności tkankowej (poza przypadkami przeszczepiania narządu między bliźniętami jednojajowymi), we wszystkich przypadkach biorca przeszczepu musi zostać poddany leczeniu immunosupresyjnemu, które ma na celu zniesienie lub zmniejszenie jego odczynu immunologicznego biorcy przeszczepu.

Powodzenie transplantacji narządów u ludzi zależy od [38,39,40]:

- odpowiedniego doboru dawcy i biorcy narządu z punktu widzenia antygenów zgodności tkankowej;
- stosowania optymalnego leczenia immunosupresyjnego, pozwalającego na modyfikację odczynu ze strony ustroju biorcy na przeszczepiony narząd;
- odpowiedniego klinicznego doboru biorców i dawców narządu, wraz ze zwróceniem uwagi na chorobę podstawową biorcy, która doprowadziła do jego niewydolności, wiek biologiczny i jego predyspozycję psychiczną;
- zabezpieczenia narządu pobieranego ze zwłok przed uszkodzeniem wynikającym z niedokrwienia oraz od stosowania aktualnie najlepszej metody ułatwiającej czasowe przechowywanie pobranego narządu;
- stosowania prawidłowej techniki chirurgicznej oraz zapobiegania licznym powikłaniom, które mogą pojawić się po zabiegu lub też odpowiedniego ich leczenia.

ZAKOŃCZENIE

Transplantologia, jako dynamicznie rozwijająca się dziedzina medycyny, uległa ogromnemu postępowi, co aktualnie skutkuje zarówno podniesieniem skuteczności tej metody

terapeutycznej, jak i znacznym rozszerzeniem wskazań do jej stosowania. Chociaż pierwsze wzmianki o próbach zastąpienia organu uszkodzonego organem zdrowym sięgają starożytnych cywilizacji, to dopiero w XX wieku zabiegi transplantacyjne stały się realną możliwością terapeutyczną. Dynamiczny rozwój tej dyscypliny medycznej, a także sukcesy, jakie ma na swoim koncie, otworzył nowe możliwości i perspektywy oraz rozbudził nadzieję wielu pacjentów na wyleczenie i normalne funkcjonowanie, które dotąd nie były możliwe.

PIŚMIENNICTWO

1. Kopaliński W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Bertelsmann Media Klub Świat Książki, Warszawa 2000.
2. Barczyński M., Bogusz J.: Medyczny słownik encyklopedyczny. Oficyna Wydawnicza FOGRA, Kraków 1993.
3. Wolf P., Boudjema K., Ellero B., Cinqualbre J.: Transplantacja narządów. Kompendium. Volumed, Wrocław 1993.
4. Guzik-Makaruk E. M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym: studium prawnoporównawcze. Temida 2, Białystok 2008.
5. Youngson R. M.: Słownik encyklopedyczny – medycyna. Wydawnictwo RTW, Collins 1997.
6. Breczko A.: Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomedycznego. Temida 2, Białystok 2011.
7. Wałaszewski J., Stryjenka-Rowińska D.: Dawcy narządów unaczynionych [w:] Transplantologia kliniczna. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). PZWL, Warszawa 2004: 35-38, 48-49.
8. Gomułka W. S., Rewerski W.: Encyklopedia zdrowia. PWN, Warszawa 2000.
9. Szmidt J.: Podstawy chirurgii – podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej. Medycyna Praktyczna, Kraków 2003.
10. Smorąg Z., Słomski R.: Ksenotransplantacja – możliwości i ograniczenia. Nauka 2005; 4: 133.
11. Dziedzic-Gocławska A.: Właściwości biologiczne sterylizowanych radiacyjnie przeszczepów biostatycznych [w:] Przeszczepy biostatyczne. Konserwacja i zastosowanie. Komender J. (red.). PZWL, Warszawa 1981: 54.
12. Tokarczyk R.: Zarys regulacji transplantacji organów ludzkich. Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny 2000; 62(1): 16-18.

13. Skalski J.: Historia przeszczepiania narządów. CX News 2009; 28: 4-5.
14. Sobiak J.: Przeszczepianie narządów i komórek krwiotwórczych – rys historyczny. Nowiny Lekarskie 2011; 80(1): 157-158.
15. Tilney N.L.: Invasion of the Body. Revolutions in Surgery. Harvard University Press, London 2011.
16. Granzow J.W., Boyd J.B.: Grafts, Local and Regional Flaps [w:] Plastic and Reconstructive Surgery. Siemionow M.Z., Eisenmann-Klein M. (red.). Springer, London 2010: 65.
17. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej. Polski Przegląd Nauki o Zdrowiu 2016; 46(1): 115.
18. Thompson L.: Plastic surgery. Greenwood, Santa Barbara 2012.
19. Sieńkowski E.: Chirurgia i specjalności zabiegowe w XIX i XX wieku [w:] Historia medycyny. Brzeziński T. (red.). PZWL, Warszawa 1995: 382.
20. Williamson C.S.: Some Observations on the Length and Survival of Homogenous Kidney Transplants. Preliminary Report. Journal of Urology 1923; 10: 275-287.
21. Duda J.: Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne. Zakamycze, Kraków 2004.
22. Czechowska H.: Doktorat honoris causa dla profesor Marii Siemionow. Fakty Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2013; 5: 8.
23. Siemionow M., Sonmez E.: Face as an Organ: The Functional Anatomy of the Face [w:] The Know-How of Face Transplantation. Siemionow M., Sonmez E. (red.). Springer, London 2011: 3-10.
24. W Warszawie przeprowadzono pierwszy w Polsce tzw. przeszczep łańcuchowy. <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C405550%2Cw-warszawie-przeprowadzono-pierwszy-w-polsce-tzw-przeszczep-lancuchowy.html> (data dostępu 09.11.2019).
25. Duda J.: Transplantacja w prawie polskim. Aspekty cywilnoprawne. Zakamycze, Kraków 1998.
26. Żelichowski M.: Aspekty prawne transplantacji. Medycyna Praktyczna 2009; 1: 145.
27. Haberkro J.: „Szczególne względy osobiste” a przeszczep od żywego dawcy. Państwo i Prawo 2011; 7-8: 45-46.
28. Tokarczyk R.: Zarys regulacji transplantacji organów ludzkich. Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny 2000; 62(1): 24.

29. Kubicki L.: Prawo medyczne – próba ustalenia zakresu. *Prawo i Medycyna* 2000; 5: 19-26.
30. Biesaga T.: Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji. *Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo* 2006; 2: 9-13.
31. Tokarczyk R.: Prawa narodzin, życia i śmierci. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
32. Wojarski J., Żegleń S., Przybylski R.: Wdrożenie pierwszego w Polsce programu transplantacji płuc szansą na uratowanie chorych z trwałym i nieodwracalnym uszkodzeniem tego narządu. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2008; 5: 163-170.
33. Klimaszewska K., Kondzior D., Jankowiak B.: Transplantologia wczoraj i dziś [w:] *W drodze do brzegu życia*. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W., Duchno, Białystok 2015: 252.
34. Wasak A.: *Dar życia. Transplantacje*. Polwen, Radom 2007.
35. Sabliński J.: *Przeszczepianie tkanek*. PWN, Warszawa 1965.
36. Klinger M., Banasik M.: Mechanizmy odrzucania narządu. Monitorowanie immunologiczne biorcy [w:] *Transplantologia kliniczna. Zasady ogólne*. Cierpka L., Durlik M. (red.). Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2015: 119.
37. Marson L. P., Forsythe J. L. R.: Transplantologia [w:] *Chirurgia*. Garden O.J., Bradbury A. W., Forsythe J. L. R., Parks R. W. (red.). Edra Urban & Partner, Wrocław 2015: 498.
38. Rowiński W., Dziak A.: *Chirurgia dla pielęgniarek*. PZWL, Warszawa 1994.
39. Podobińska I.: Metody immunologiczne stosowane w transplantologii klinicznej [w:] *Przeszczepianie nerek*. Orłowski T. (red.). PZWL, Warszawa 1995: 51-66.
40. Górski A.: Leki immunosupresyjne [w:] *Przeszczepianie nerek*. Orłowski T. (red.). PZWL, Warszawa 1995: 67-74.

Transplantacje organów w świetle żydowskiej etyki medycznej

Mirosław Twardowski

Kolegium Nauk Przyrodniczych, Uniwersytet Rzeszowski

WSTĘP

Myśl żydowska nie jest statyczna – mimo że mocno zakorzeniona w tradycji, która jest niezmienna, stale się rozwija, wciąż podejmując nowe wyzwania i problemy [1, 2]. Na żydowską tradycję składają się zwłaszcza *Tora* i *Talmud*. Ta pierwsza (pięć pierwszych ksiąg Pisma Świętego) – zawierająca Dekalog i 613 innych przykazań – jest centralną częścią hebrajskiej Biblii. Została ona objawiona przez Boga Mojżeszowi na górze Synaj. Podczas gdy *Tora* (szerzej: Biblia hebrajska) stanowi zawsze punkt wyjścia, nigdy nie jest ostatecznym kryterium oceny [3]. Tradycja utrzymuje, że wraz z Prawem pisanym Tory Mojżesz otrzymał Prawo ustne, które ostatecznie zostało opracowane między II a VI wiekiem w formie Talmudu i związanych z nim dzieł, takich jak Komentarze, Kodeksy Prawa i Responsy. Talmud zawiera powstałą na przestrzeni wieków interpretację Prawa pisanego. Ważnym elementem tradycji judaistycznej są Responsy – udzielane przez kompetentne władze odpowiedzi na pytania dotyczące wszystkich aspektów prawa żydowskiego [4]. Współczesne autorytety żydowskie analizują je dogłębnie, zanim podejmą ostateczną decyzję w konkretnej sprawie [3].

W judaizmie na przestrzeni wieków rozwinęły się różne ruchy religijne, a wraz z nimi odmienne podejścia do tradycji żydowskiej. Współcześnie największe znaczenie mają trzy z nich: ortodoksyjne, konserwatywne i reformowane [5]. Ortodoksja jest jedynym ruchem formalnie i prawnie uznanym przez państwo Izrael. Pozostałe dwa pozostały w dużej mierze cechą charakterystyczną judaizmu w diasporze. Warto też dodać, że judaizm nie posiada żadnego autorytatywnego ciała zarządzającego (jak na przykład Kościół rzymskokatolicki), które dokonywałoby oceny moralnej pojawiających się nowych problemów [3]. Rozstrzygnięcia, mimo że są opierane na niezmiennych zasadach i wartościach, muszą być konfrontowane z różnymi żydowskimi autorytetami. Ten rozproszony system w judaizmie często owocuje tym, że jest dopuszczalne więcej niż jedno stanowisko w danej kwestii.

Święte tradycyjne teksty żydowskie mogą być istotne dla rozwiązywania współczesnych dylematów moralnych dotyczących zdrowia [6]. Żydowski dyskurs rozwijany

w tym obszarze zagadnień przez wieki bazował na wzajemnych powiązaniach między ciałem i duszą. Judaizm uznaje jako kluczowy związek między troską o ciało a troską o duszę. Zgodnie z takim punktem widzenia wspólne uczestnictwo w życiu religijnym i prywatna pobożność mają nieoceniony wpływ na zdrowie ludzi. Poza tym tradycja żydowska podkreśla, że życie ludzkie jest święte [7]. Koncepcja świętości życia wywodzi się z wiary, że człowiek jest stworzony na obraz Boga. Bóg jest nieskończony, więc również życie ludzkie – każde bez wyjątku – ma nieskończoną wartość. Życie starszej lub chorej osoby jest warte nie mniej niż osoby młodej lub zdrowej. Waga, jaką w judaizmie przypisuje się życiu, wiąże się z aktywnym obowiązkiem jego ochrony.

Wreszcie kluczowym żydowskim pojęciem jest nadzieja [8]. Tradycyjne żydowskie znaczenie nadziei odnosi się do tego, co można osiągnąć w tym życiu, a także w życiu po śmierci. Nadzieja ta, zgodnie z tradycją żydowską, rzutuje na nasze rozumienie Boga, człowieka i jego losu. Przekonania te kształtują również żydowskie wytyczne moralne dotyczące życia w ogóle, a w szczególności w obszarze medycyny.

W niniejszym opracowaniu, w oparciu o dostępną literaturę (anglojęzyczną), zostaną przedstawione i przeanalizowane różne stanowiska żydowskich myślicieli w kwestiach moralnych związanych z transplantacją organów. Uwaga zostanie skoncentrowana wokół takich zagadnień jak: przeszczepy od dawców żywych (przeszczepy *ex vivo*), przeszczepy od dawców zmarłych (przeszczepy *ex mortuo*), ocena ryzyka związanego z przeszczepami *ex vivo*, definicja śmierci (kryterium oddechowe, krążeniowe i mózgowe), ksenotransplantacje (przeszczepy narządów między osobnikami różnego gatunku).

ŻYDOWSKIE SPOJRZENIE NA TRANSPLANTACJE NARZĄDÓW

Narządy potrzebne do ratowania życia i zdrowia ludzi mogą być pobierane od dawców żywych lub zmarłych. Żydowski dyskurs etyczny związany z tym tematem dotyczy zarówno jednego, jak i drugiego przypadku. Trzeba jednak już na wstępie zaznaczyć, że zdecydowanie więcej nośnych moralnie i światopoglądowo kwestii odnosi się do transplantacji organów od osób zmarłych.

W kwestiach dotyczących przeszczepów narządów od zmarłych kluczową jest żydowska zasada, zgodnie z którą zakaz niepokojenia tych, którzy od nas odeszli, może być przysłonięty jedynie ideą świętości życia i potrzebą jego zachowania [1]. Przeszczepy mogą być przeprowadzane tylko wtedy, gdy jest uzasadniona nadzieja, że przyniosą wymierne i bezpośrednie korzyści potrzebującemu człowiekowi. Nie jest jednak jasne, czy zmarły żyd

może być ich dawcą. Dlatego też w tym temacie wśród myślicieli żydowskich nie było i wciąż nie ma jednolitego stanowiska.

Jedni (zdecydowana mniejszość) uważają, że człowiek nie jest właścicielem swojego ciała i nie może dysponować nim według własnego uznania na wszelkie możliwe sposoby [9]. Zdekompletowane za sprawą ludzkiej ingerencji ciało pozostawałoby też w wyraźnym dysonansie z żydowską wiarą w zmartwychwstanie ciał. Dlatego ci żydowscy myśliciele nie popierają (choć nie zabraniają) przeszczepiania narządów od zmarłych. Kategorycznie zabraniają pobierania narządów w sytuacji braku ich wcześniejszej (wyrażonej za życia) zgody. Myśliciele ci są także przeciwni praktyce pozwalającej na używanie do badań naukowych ciał zmarłych. Opowiadają się za ich traktowaniem z pełnym szacunkiem, co zakłada szybki pochówek i powstrzymanie się od dezintegracji ciał i czerpania z nich jakichkolwiek korzyści. Powołują się na prawo żydowskie, które ma zabraniać samookaleczenia (w przypadku dawstwa żywych nerek) lub oszpecania ciała zmarłego (w przypadku dawstwa narządów od osób zmarłych).

Inne autorytety żydowskie (zdecydowana większość), nie zgadzając się z wyżej zajmowanym stanowiskiem, twierdzą, że każdy człowiek jest panem swojego ciała i może go używać tak, jak chce, byle w granicach prawa Bożego [9]. Zabronione jest jedynie – jak twierdzą – bezmyślne niszczenie własnego ciała, w tym samookaleczanie. W związku z tym myśliciele ci popierają oddawanie organów do przeszczepu. W środowisku żydowskim panuje powszechne przyzwolenie na przeprowadzanie sekcji zwłok ofiary morderstwa na potrzeby śledztwa sądowego w celu poszukiwania jego sprawcy. W kontekście pełnego szacunku traktowania każdego fragmentu ludzkich szczątków instytucje kryminalistyczne są zobowiązane do stosowania najnowocześniejszych technologii. Gdy jest to konieczne, autorytety żydowskie zezwalają na medyczne wykorzystanie ludzkich szczątków. Płatność za takie użycie jest zdecydowanie zabroniona. Tylko natychmiastowe wykorzystanie ratujące życie uzasadnia takie działanie bez świadomej zgody. Warto też wspomnieć, że izraelska ustawa o dawstwie narządów z 2008 roku przyznaje pierwszeństwo na liście oczekujących pacjentów tym, którzy posiadają kartę dawcy od co najmniej trzech lat. Gdy o organ ubiega się dwóch pacjentów, którzy uzyskują jednakowe wyniki, według żydowskich standardów pierwszeństwo ma posiadacz takiej karty.

Zasadą najczęściej przywoływaną we współczesnych żydowskich debatach na temat transplantacji organów jest zasada *pikuach nefesz* (obowiązek zachowania życia ludzkiego) [9]. Zgodnie z nią wszystkie powinności religijne można pominąć, gdy w grę wchodzi ochrona życia ludzkiego. Szczególnym warunkiem zastosowania zasady *pikuach nefesz* w omawianym

kontekście jest przepis wymagający, aby osoba będąca dawcą organu była znana (choćby niekoniecznie fizycznie obecna). Oznacza to, że banki narządów mogą stanowić przeszkodę z punktu widzenia prawa żydowskiego. Innym kryterium jest możliwość obiektywnego określenia prawdopodobieństwa uratowania życia ludzkiego dzięki przeszczepieniu narządu.

Z przeszczepami *ex vivo* ściśle wiąże się ocena połączonego z tym ryzyka. Powstaje więc pytanie: czy ktoś jest prawnie zobowiązany do podjęcia ryzyka w celu uratowania innej osoby? W środowisku żydowskim istnieje w tej kwestii rozbieżność stanowisk [9]. Podczas gdy jedni argumentują, że nie ma obowiązku narażania się na ryzyko, inni stwierdzają, że może istnieć obowiązek zaryzykowania własnego życia w celu ratowania drugiego człowieka. Większość rozwiązuje ten konflikt, rozróżniając między zobowiązaniem prawnym w ścisłym tego słowa znaczeniu a drogą pobożności, pozostawiając jednostce odpowiedź na pytanie, czy zostać dawcą, czy nie.

W judaizmie ryzyko dzieli się na: niskie, umiarkowane i wysokie [7]. Działanie z niskim ryzykiem jako cieszące się powszechną akceptacją społeczeństwa może być podejmowane w każdych okolicznościach, bez obawy o możliwość wystąpienia szkody (urazu fizycznego lub uszkodzenia). Na przykład prowadzenie samochodu jest powszechnie akceptowane w społeczeństwie. Działanie z wysokim ryzykiem definiuje się jako takie, w którym istnieje 50-procentowe lub większe prawdopodobieństwo wystąpienia szkody. W judaizmie zasadniczo nie ma na nie społecznej akceptacji, chyba że w bardzo szczególnych okolicznościach (aby ocalić własne życie). Wreszcie działanie z umiarkowanym ryzykiem można zdefiniować jako takie, które jest podejmowane z uzasadnionego powodu (na przykład w celu umożliwienia zarabiania na życie), a prawdopodobieństwo wystąpienia szkody jest stosunkowo niewielkie. Najbardziej powszechną procedurą medyczną związaną z umiarkowanym ryzykiem jest znieczulenie ogólne. Obecne ryzyko śmierci w związku ze znieczuleniem wynosi od 0,5 do 10 na 10 000 podawanych środków znieczulających.

Dawstwo narządów *ex vivo* rodzi pytanie o równowagę przewidywanych korzyści i ryzyka [7]. Biorąc pod uwagę niebezpieczeństwa związane z samą operacją przeszczepu, oprócz ryzyka infekcji i znieczulenia, ryzyko śmierci dawców z powodu oddawania organów jest stosunkowo niewielkie. (Ryzyko śmierci z powodu oddawania nerek wynosi 3,1 na 10 000 dawców). Można by sklasyfikować dawstwo narządów jako umiarkowane ryzyko. Dobroczynność tego działania zasługuje na dopuszczalność, pomimo znacznego ryzyka nałożonego na dawców. Ma to jednak zastosowanie tylko w takich scenariuszach, w których ryzyko szkody dla dawcy jest mniejsze niż 50%. Gdy jest większe, należy je rozpatrywać w kategoriach godnego najwyższej pochwały czynu heroicznego.

TRANSPLANTACJE ORGANÓW A DEBATA NA TEMAT DEFINICJI ŚMIERCI

Zasadnicze pytanie, jakie uczeni żydowscy stawiają w kontekście przeszczepów narządów, brzmi: kiedy dawcę należy uznać za zmarłego? To ważne zagadnienie było – i wciąż jest – przedmiotem gorącej debaty.

Historycznie moment śmierci dla wielu myślicieli żydowskich był tożsamy z „wyjściem duszy”, które z kolei zwykle wiązało się z ostatnim zauważalnym oddechem [9]. W średniowieczu można rozróżnić dwa podejścia do określania momentu śmierci: pierwsze – wyrażające ufność w zdolność zwykłego człowieka do precyzyjnego jego określenia, drugie – oddające zasadniczą niepewność co do zdolności człowieka do dokładnego uchwycenia tej chwili (dlatego osoba mogła być traktowana jako martwa nie w momencie śmierci, ale dopiero krótko po nim).

W późniejszym okresie, w XVIII wieku, wiele autorytetów uzależniało zgodę na pochówek od aktu zgonu podpisanego przez lekarza [9]. Konieczne było więc złożenie podpisu wyedukowanego medyka w celu potwierdzenia, że dana osoba nie żyje. Inni w dalszym ciągu bronili tradycyjnych sposobów pochówku, zdecydowanie odrzucając wszelkie zmiany w praktykach pogrzebowych, odmawiając lekarzom kluczowej roli w ustalaniu momentu śmierci. Żydowskie towarzystwa pogrzebowe orzekały śmierć na podstawie objawów oddechowych, sprawdzania bicia serca i testu „złamanego oka” (utruty przeźroczystości oczu).

W XX wieku postawiono sobie za zadanie opracować niezawodną metodę diagnostyczną pozwalającą na potwierdzanie śmierci bez powodowania znacznego opóźnienia w pochówku [9]. Sformułowano trzy niezbędne testy: pacjent nie porusza się ani nie reaguje, nie bije jego serce i nie oddycha. Niestety wszystkie te testy okazały się bardzo nieprecyzyjne. W szczególności odczuwanie pulsu, nawet za pomocą stetoskopu, to bardzo nieprecyzyjny sprawdzian aktywności serca. Podobnie chory podpięty do pompy sercowej byłby uważany za żywego według opinii, zgodnie z którą człowiek żyje tak długo, jak długo serce pompuje krew. Wobec powyższych trudności z ustaleniem za pomocą tradycyjnych testów momentu śmierci niektórzy żydowscy myśliciele zaczęli powoływać się na kryterium neurologiczne. Dla tych badaczy śmierć jest zdarzeniem neurologicznym. Kluczowym wyzwaniem w tym zakresie jest ustalenie statusu osób trwale nieprzytomnych, które ani nie dają wyraźnych oznak życia, ani nie ma na to szans w przyszłości.

Nie wszyscy jednak akceptują to kryterium, stojąc niewzruszenie na stanowisku, że życie ludzkie jest święte i należy je chronić [9]. Dla tych myślicieli nie ma znaczenia, że brak jest niektórych organów – tak długo, jak jest krążenie i dotleniane są tkanki, człowiek żyje.

Przeciwstawiają się kryterium śmierci mózgu, twierdząc że nie można zaklasyfikować jako „martwego” ciepłego ciała z bijącym sercem czy łzawiącymi oczami.

Obecnie zdecydowana większość autorytetów żydowskich zgadza się, że dopuszczalne jest pobieranie narządów od pacjentów, którzy są uznawani za zmarłych zgodnie z kryterium śmierci mózgu [9]. Żaden z nich nie popiera jednak przymusowego pobierania narządów od zmarłych. Niektórzy uważają, że zgoda na oddanie narządu jest aktem osobistego obowiązku („nadprzyrodzona dobroczynność”).

PROBLEMY ETYCZNE ZWIĄZANE Z KSENOTRANSPLANTACJAMI

W przeciwieństwie do innych tradycji religijnych, teologia żydowska nie postrzega stworzenia jako czegoś definitywnie zakończonego, ale raczej jako coś, co wymaga dalszego dokończenia, do czego człowiek może i powinien się przyczynić jako naśladowający Stwórcę [10]. Etyka żydowska bezpośrednio bazuje na tej prawdzie przy ustalaniu rozstrzygnięć dotyczących takich współczesnych procedur biomedycznych jak ksenotransplantacje. Koncepcja „zabawy w Boga”, która jest czasami przywoływana w różnych środowiskach w celu zdyskredytowania tych technologii jako przejawu ludzkiej pychy, nie znajduje uznania wśród większości etyków żydowskich. Przekraczanie danego stanu stworzenia interpretują oni nie jako pychę, ale jako autentyczne i moralnie uprawnione naśladowanie samego Boga.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy ksenotransplantacje są dopuszczalne z punktu widzenia żydowskiej etyki, należy odnieść się szczegółowo do kilku kwestii. Przeanalizujmy te zagadnienia, posiłkując się przemyśleniami Richarda Mathieu.

Pierwsza kwestia: prowadzone badania dotyczące ksenotransplantacji wymagają doświadczeń na zwierzętach, co rodzi pytanie o ich dopuszczalność, ponieważ mogą one wiązać się z zadawaniem im bólu i cierpienia [10].

Jednym z charakterystycznych przykładów eksperymentowania na zwierzętach pojawiających się w kontekście żydowskim są doświadczenia na owcach, które były przeprowadzane w celu ustalenia jasnych kryteriów w dyskusjach na temat statusu płodu, jak również kontrowersjach związanych ze śmiercią mózgową. Eksperyment na owcach stanowi potwierdzenie, że doświadczenia na zwierzętach są dopuszczalne, nawet jeśli zysk dla człowieka polega przede wszystkim na wyjaśnieniu teoretycznej kwestii, która może ostatecznie przyczynić się do dalszego zwiększania na przykład dostępności narządów dawców. Zadawanie zwierzętom bólu i cierpienia w celu leczenia człowieka zgodnie z takim

podejściem znajduje uzasadnienie. Ratowanie życia ludzkiego upoważnia bowiem daną osobę do ignorowania wszystkich innych praw, w tym praw zwierząt.

Druga kwestia: czy ksenotransplantacje są sprzeczne z nakazami i zakazami dotyczącymi kaszrutu? [10] Tora zakazuje zarówno spożywania wieprzowiny, jak i dotykania tuszy wieprzowej. Wielu myślicieli żydowskich nie postrzega jednak implantacji komórek, tkanek lub organów świń jako formy regularnego spożycia. Nawet niekoszerne lekarstwa przepisywane w przypadkach, gdy jest zagrożone zdrowie pacjenta, a nie jego życie, są dopuszczalne, jednak pod warunkiem, że lek ten jest spożywany w nietypowy sposób, na przykład połknięty bez żucia, a kosztowna alternatywa jest niedostępna w danym momencie. Typowym przykładem są tabletki z żelatynową powłoką, które są połykane, a nie spożywane w zwykły sposób. Tak więc nawet spożycie doustne produktów niekoszernych jest dopuszczalne, jeśli istnieją wskazania medyczne. W kontekście zasad kaszrutu w judaizmie dokonuje się szeregu rozróżnień: istnieją artykuły spożywcze, których spożywanie jest (tylko) zabronione; inne, z których nie wolno czerpać korzyści; jeszcze inne, których kupowanie i sprzedaż jest zabroniona. Ponadto prawo żydowskie zakazuje na przykład spożywania krwi zwierzęcia koszerne, podczas gdy dozwolone jest kupowanie i sprzedawanie lub czerpanie z niej korzyści.

Wreszcie, jeśli chodzi o przeszczepianie pochodzących od świni komórek wysepek trzustkowych, w judaizmie dominuje stanowisko, że nie jest to forma ratowania życia w ścisłym sensie, a zatem zasada *pikuach nefesz* nie ma tutaj zastosowania [10]. Wiąże się z tym jednak ważna kwestia. Można by argumentować, że chociaż przeszczepione komórki są funkcjonalne – i w tym sensie żywe, to jednak samo zwierzę-dawca jest martwe, a zatem ksenotransplantacje wiążą się z koniecznością dotykania szczątków martwej świni, co jest zakazane przez Torę. Jednak żydowscy myśliciele zwracają uwagę na to, że zapisany w Torze zakaz dotykania tusz wieprzowych obowiązuje tylko w czasie świąt pielgrzymkowych i był wymogiem rytualnej czystości. Tak więc może być postrzegany jako niemający zastosowania w odniesieniu do ksenotransplantacji. W związku z tym zasady kaszrutu zasadniczo nie wykluczają żadnego rodzaju ksenotransplantacji i nie mogą być stosowane w celu uzasadnienia zakazu stosowania technologii wykorzystujących produkty ksenogeniczne.

ZAKOŃCZENIE

Ważną wskazówką, jaką można wyciągnąć z żydowskich rozważań etycznych na temat przeszczepów narządów, jest ta, że nie ma łatwych odpowiedzi na złożone problemy, zwłaszcza

jeśli są one bezpośrednio związane z ludzkim życiem. Różnorodność opinii w interesujących nas kwestiach zarysowana w tym krótkim opracowaniu zdaje się to wyraźnie potwierdzać. Nawet jeśli w rozważaniach podpieramy się ponadczasowymi zasadami i wartościami wyprowadzonymi z autorytatywnych (świętych) tekstów (Biblii i Talmudu), nie eliminujemy możliwej (w pewnych dopuszczalnych granicach) polaryzacji stanowisk. Nie sposób nie zauważyć, że jest jednak jeden aspekt zgodnie przyjmowany przez wszystkich – nieskończona wartość przypisana ludzkiemu życiu. Ten wspólny trzon ostatecznie rzuca światło na rozstrzygnięcia w omawianej kwestii transplantacji organów. Otóż, chociaż towarzysząca takim szczytnym działaniom świadomość istnienia zagrożenia życia może ostatecznie prowadzić do konfliktu między szczerym pragnieniem dawcy a chęcią zachowania własnego życia, to koniec końców warto pozwolić człowiekowi na odpowiedzialną i dojrzałą swobodę w podejmowaniu suwerennych decyzji. Wszyscy (żydzi i nie-żydzi) możemy skorzystać z tej lekcji.

PIŚMIENNICTWO

1. Simon E.: Review: Jewish Bioethics, by Fred Rosner and J. David Bleich, Hoboken, 2000. Shofar: An Interdisciplinary Journal of Jewish Studies, 2001; 1(20): 147-148.
2. Goldsand G., Rosenberg Z.R.S., Gordon M.: Bioethics for Clinicians: 22. Jewish Bioethics. Canadian Medical Association Journal, 2001; 2(164): 219-222.
3. Zivotofsky A.Z., Jotkowitz A.: A Jewish Response to the Vatican's New Bioethical Guidelines. The American Journal of Bioethics, 2009; 9(11): 26-30.
4. Schenker J.G.: Human Reproduction: Jewish Perspectives. Gynecological Endocrinology, 2013; 29(11): 945-948.
5. Dorff E.N.: Applying Traditional Jewish Law to PVS. NeuroRehabilitation, 2004; 19: 277-283.
6. Levin J., Prince M.F.: Judaism and Health: Reflections on an Emerging Scholarly Field. Journal of Religion & Health, 2011; 50: 765-777.
7. Sayers M.B.: Analysing risk in medicine and surgery: a traditional Jewish perspective. Ethics & Medicine: An International Journal of Bioethics, 2011; 3(27): 177-183.
8. Dorff E.N.: Heal Us, Lord, and We Shall Be Healed: The Role of Hope and Destiny in Jewish Bioethics. Judaism: A Quarterly Journal of Jewish Life and Thought, 1999; 48(2): 149-165.

9. Barilan Y.M.: Jewish Bioethics. Rabbinic Law and the Theology in Their Social and Historical Contexts. New York, Cambridge University Press, 2014.
10. Mathieu R.: Jewish Ethics and Xenotransplantation. Xenotransplantation, 2016; 23: 258-268.

Status ontyczny embrionu ludzkiego we współczesnej bioetyce żydowskiej

Mirosław Twardowski

Kolegium Nauk Przyrodniczych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

WSTĘP

Jak każda bioetyka osadzona w religii, bioetyka żydowska dokonuje oceny konkretnych problemów moralnych pojawiających się w kontekście rozwoju medycyny, wykorzystując do tego własne święte źródła [1]. Tradycyjne żydowskie myślenie etyczne opiera się na lekturze i interpretacji trzech głównych źródeł [2]. Najstarszym i najbardziej autorytatywnym jest *Biblia*, na którą składają się *Tora (Prawo)*, *Prorocy* i *Pisma*. Drugim źródłem jest *Talmud*, składający się z komentarzy do Tory pisanych w kontekście obowiązku zachowywania żydowskiego prawa. Trzecim głównym źródłem myśli żydowskiej są *Responsy*, poprzez które wybitni uczeni żydowscy na przestrzeni wieków wyrażali opinie na temat współczesnych problemów interpretowanych przez pryzmat Biblii i Talmudu. Około 1000 tomów, zawierających ponad pół miliona odpowiedzi autorytetów żydowskich, ukazało się drukiem.

Należy też zauważyć, że we współczesnym judaizmie istnieją trzy główne podejścia do tradycji żydowskiej: ortodoksyjne, konserwatywne i reformowane. (Ortodoksja jest jedynym ruchem formalnie i prawnie uznanym przez państwo Izrael; ruchy nieortodoksyjne, bardziej liberalne, pozostały w dużej mierze charakterystyczną cechą judaizmu w diasporze) [3]. Ortodoksyjny judaizm utrzymuje, że Żydzi muszą przestrzegać prawa żydowskiego, ponieważ taka jest wola Boga, a ludzie w każdych okolicznościach mają obowiązek się do niej stosować [4]. Konserwatywny judaizm oznacza wiarę, że prawo żydowskie jest wiążące, ale od samego początku było wytworem zarówno Boga, jak i jego ludzkich interpretatorów. Żydzi muszą więc go przestrzegać w takiej formie, w jakiej rozwijało się na przestrzeni wieków. Judaizm reformowany twierdzi, że tradycja żydowska jest ludzkim artefaktem powstałym w odpowiedzi na Boga, a poszczególni Żydzi muszą zdecydować, jakie jej fragmenty należy stosować w życiu. Ponieważ ortodoksyjni i konserwatywni Żydzi uważają, że prawo żydowskie jest wiążące, będą chcieli znać i śledzić interpretację prawa żydowskiego przez swojego rabina przy ustalaniu oceny moralnej konkretnego zagadnienia. Reformowani Żydzi mogą konsultować się z rabinem, ale jego słowa nie będą autorytatywnym prawem, do którego powinni się

bezwzględnie stosować. W niniejszym artykule, w oparciu o dostępną literaturę (anglojęzyczną), zostanie zarysowane zasadniczo tradycyjne, ortodoksyjne stanowisko bioetyków żydowskich w kwestiach moralnych związanych z początkiem życia ludzkiego.

BIOETYKA ŻYDOWSKA WOBEC POCZĄTKÓW ŻYCIA LUDZKIEGO

Od czasów biblijnych tradycja żydowska kładzie duży nacisk na posiadanie dzieci jako formę indywidualnej i wspólnotowej ciągłości [5]. Doktryny rabinackie podkreślają, że żydowska ciągłość religii i narodu zależy od prokreacji i wychowania. Zostało to jeszcze bardziej podkreślone w obecnych czasach, kiedy ciągłość żydowska jest zagrożona przez niski wskaźnik rozrodczości oraz przez zawieranie małżeństw mieszanych. (Według szacunków na rok 2012 na świecie żyje około 14 milionów Żydów, czyli około 0,2% światowej populacji, około 6 milionów mieszka w Izraelu) [3]. W rezultacie Żydzi powszechnie akceptują wszystkie możliwe sposoby wspierania prokreacji [5].

Zdaniem Josepha Schenkera wniosek na temat tego, kiedy tak naprawdę zaczyna się życie ludzkie, można wyciągnąć z następującego fragmentu Biblii [3]: „Gdyby mężczyźni, bijąc się, uderzyli kobietę, powodując poronienie, ale bez jakiegokolwiek szkody, to winny zostanie ukarany grzywną, jaką na nią nałoży mąż tej kobiety, i wypłaci ją za pośrednictwem sędziów polubownych. Jeżeli zaś ona poniesie jakąś szkodę, wówczas on odda życie za życie, oko za oko, ząb za ząb, rękę za rękę, nogę za nogę, oparzenie za oparzenie, ranę za ranę, siniec za siniec” (Wyj 21, 22-25) [6]. Z tego fragmentu można, jak twierdzi Schenker, wywnioskować, że płód nie jest w pełni osobą ludzką, której przysługuje pełnia ludzkich praw, gdyż zabicie nienarodzonego dziecka nie jest uważane w prawie żydowskim za morderstwo karane śmiercią [3].

W opinii myślicieli żydowskich pełne życie ludzkie nie rozpoczyna się w embrionalnym lub płodowym stadium rozwoju [3]. Tytuł do życia w pełni ludzkiego powstaje dopiero w chwili urodzenia. Płód posiada pewien (niepełny) ludzki status, dlatego wartość jego życia nie jest taka sama jak życia matki – może zostać poświęcony, jeśli jej życie znajduje się w niebezpieczeństwie.

Do ukończenia 40 dnia od zapłodnienia (do zakończenia organogenezy) zarodek jest definiowany w kontekście przyznawania określonych praw jako „zwykła woda” [3]. Zarodek, który nie ukończył 40 dni, nie jest w związku z tym uważany w jakimkolwiek sensie prawnym za osobę. (Dlatego też niektóre autorytety żydowskie aprobowują aborcję we wczesnych stadiach

ciąży, czyli w ciągu pierwszych 40 dni). Potem, dopóki się nie narodzi, zarodek czy płód jest traktowany jako „podludzki”.

Należy doprecyzować, że w judaizmie status ludzkiego embrionu i płodu zależy od dwóch czynników: wieku rozwojowego i implantacji [7]. Zarodek, który począł się mniej niż 40 dni wcześniej i nigdy nie został implantowany kobiecie, nie ma takiego samego statusu prawnego jak wszczepiony embrion, który ma już ponad 40 dni. Niemniej jednak wiele autorytetów żydowskich stwierdza, że zarodek, który ma mniej niż czterdzieści dni, może zostać usunięty z łona matki tylko wtedy, gdy istnieją ważne powody medyczne. Nie popierają oni zwykłego bezcelowego pozbywania się zdrowego zarodka (zezwalają jednak na niszczenie nieimplantowanych zygot ze względów medycznych i pozwalają na wykorzystanie ich do badań biomedycznych).

Istnieją więc różne stadia embrionu i zasadniczo od tego zależy odpowiedź na pytanie, kiedy zaczyna się ludzkie życie. John Loike, Ruth Fischbach, Moshe Tendler charakteryzują je w następujący sposób [7]: Pierwszy etap rozwoju embrionalnego rozpoczyna się w momencie poczęcia i trwa 40 kolejnych dni. Swoisty duchowy i biologiczny kamień milowy stanowi 40 dzień rozwoju embrionalnego. Kolejny przełomowy etap to trzy miesiące ciąży. Wtedy jest możliwość rozpoznania ciąży. (Jest to jeden z powodów, dla których kobieta nie może ponownie wyjść za mąż przez około 90 dni po owdowieniu lub rozwodzie, gdyż trzeba upewnić się, że nie jest w ciąży, aby uniknąć wszelkich wątpliwości co do genetycznego pochodzenia dziecka). Kolejnym przełomowym krokiem w rozwoju płodu są jego narodziny. Prawo żydowskie zezwala na usunięcie płodu, aby uratować życie matki, nawet jeśli płód jest w końcowym okresie swego rozwoju, ponieważ życie matki ma pierwszeństwo przed życiem płodu. Ale też doprecyzowuje: kiedy głowa dziecka „wyłania się z macicy matki”, życie dziecka ma wtedy równą wartość z życiem matki (dziecko nie jest już „zależne od oddechu matki” i ustanawia swoje niezależne człowieczeństwo). Zgodnie z prawem żydowskim płód jest uważany za część ciała matki, a nie za odrębną istotę, dopóki nie zacznie opuszczać łona podczas porodu (osiągnie status *nefesh*, co po hebrajsku oznacza duszę) [3].

Podsumowując powyższe rozważania, trzeba stwierdzić, że w judaizmie traktuje się aborcję w bardzo niejednoznaczny, arbitralny sposób. Istnieją wyraźnie dozwolone aborcje, na przykład gdy życie matki jest zagrożone, oraz wyraźnie zabronione terminacje ciąży, na przykład w późniejszym okresie bez zasadnych powodów – „na życzenie” (sposób stosowania tego zakazu jest przedmiotem dyskusji) [8]. Wiele autorytetów nie uważa embrionu czy płodu za „pełną” osobę (a jedynie „potencjalną”) i dlatego są one pobłażliwe przy ewentualnym dopuszczaniu aborcji w „trudnych okolicznościach”. Chociaż wielu żydowskich

opiniotwórców zezwala na aborcję, nie należy wnioskować, że religijni Żydzi nie doceniają wartości życia płodowego [9]. Należy też dodać, że wiele, jeśli nie większość, religijnych żydowskich kobiet i mężczyzn jest przerażonych już na samą myśl o dokonaniu aborcji.

BIOETYKA ŻYDOWSKA O STATUSIE ZYGOTY WYTWORZONEJ PODCZAS ZAPŁODNIENIA *IN VITRO*

W judaizmie wielką wartość przywiązuje się do prokreacji (jest ona wymieniona jako pierwsze z 613 biblijnych przykazań) [8, 10]. Schenker żydowski stosunek do prokreacji wywodzi z pierwszego przykazania Bożego [3]: *„Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, abyście zaludnili ziemię i uczynili ją sobie poddaną; abyście panowali nad rybami morskimi, nad ptactwem powietrznym i nad wszystkimi zwierzętami pełzającymi po ziemi”* (Rdz 1, 28). Tradycja żydowska zwraca uwagę na trynitarną miłość, w której Bóg, mężczyzna i kobieta uczestniczą w akcie stwórczym człowieka [7]. Każdy z tych trzech partnerów biorących udział w jego tworzeniu wnosi coś wyjątkowego, a zatem każdy człowiek jest zobowiązany do poszanowania Boga, swego ojca i swojej matki. Myśl żydowska wprowadza fundamentalną filozoficzną zasadę, że Bóg jest aktywnym partnerem w „tworzeniu dziecka”.

Etyka żydowska pozwala na praktykowanie wszystkich technik wspomaganego rozrodu – pod warunkiem, że komórka jajowa i plemniki pochodzą odpowiednio od prawowitej żony i prawowitego męża [3]. Stanowisko (katolickie), że nowe życie ludzkie nie może być utworzone w żaden inny sposób, jak tylko poprzez akt płciowy dokonujący się między prawowitym mężem a prawowitą żoną, myśliciele żydowscy uważają za wspaniały ideał, do którego należy dążyć. Jednak akceptują też inne formy, zwłaszcza zapłodnienie *in vitro* [8]. Bioetyka żydowska przypisuje wartość relacjom małżeńskim samym w sobie, a także nadaje znaczenie prokreacji jako wartości niezależnej. I choć zwykle są one ze sobą powiązane, każda z nich ma wartość i może mieć miejsce w przypadku braku drugiej. Dlatego też wszystkie metody, w tym zapłodnienie *in vitro*, mogą zostać wykorzystane do zajścia w ciążę.

Procedura *in vitro* wiąże się z produkcją wielu zygot, spośród których część nigdy nie zostanie implantowana do łona matki czy zamrożona, a inne będą rutynowo niszczone [8]. Judaizm nie postrzega takiej pozaustrojowej zygoty jako pełnego człowieka i dlatego ma w stosunku do niej bardzo liberalny stosunek. Zatem zasadniczo nie ma problemu z jej zamrażaniem (jest dozwolone, gdy zostaną podjęte wszelkie środki w celu zapewnienia, że tożsamość ojca nie zostanie utracona) [3] i ewentualnym jej niszczeniem [8]. Z żydowskiej

perspektywy tak jak panuje zgoda na niszczenie nieimplantowanych zygot, tak samo pozwala się na ich wykorzystanie do badań biomedycznych.

Dyskutowane są także kwestie dotyczące przedimplantacyjnej diagnostyki genetycznej. Zagadnienia te z żydowskiego punktu widzenia koncentrują się wokół selektywnego doboru cech potomstwa [8].

Powszechnie przyjmuje się, że aby zapobiec narodzinom dzieci dotkniętych wadami genetycznymi, w przypadku ciąży mnogich dopuszczalne jest selektywne wybieranie tych zygot, które nie zawierają wadliwego genu. Dopuszcza się również selekcję ze względu na płeć w celu zapobieżenia chorobie genetycznej związanej z płcią (takiej jak na przykład hemofilia). W przypadku stosowania przedimplantacyjnej diagnostyki genetycznej do zwykłej selekcji płci jest ona mniej akceptowana, ale w szczególnych przypadkach, ze względu na potrzeby społeczne i psychologiczne, nawet ona znajduje przyzwolenie. Z kolei stosowanie przedimplantacyjnej diagnostyki genetycznej w celu zmiany cech (takich jak inteligencja, agresja lub preferencje seksualne) jest z punktu widzenia bioetyki żydowskiej niewłaściwe [7]. Judaizm przywiązuje bowiem dużą wagę do wpływu środowiska rodzinnego na kształtowanie osobowości moralnej dziecka. Dlatego na rodzicach spoczywa obowiązek jego właściwego wychowania i stworzenia dla niego środowiska wzbogacającego rozwój intelektualny i moralny.

ZAKOŃCZENIE

Judaizm jako najstarsza religia monoteistyczna wywarł wpływ na późniejsze wielkie religie, zwłaszcza na chrześcijaństwo i islam. W wizji moralności obu tych tradycji religijnych można dostrzec wiele cech wspólnych z tradycją żydowską. Są też między nimi znaczące różnice.

Istnieje wiele punktów wspólnych między stanowiskiem chrześcijańskim, reprezentowanym przez najliczniejszą grupę wyznaniową – katolicyzm [11], a tradycją żydowską, jak również kilka ważnych kwestii, co do których istnieje wyraźna rozbieżność opinii. Obydwa stanowiska postrzegają życie ludzkie jako boski dar. Tak w oczach żyda, jak i chrześcijanina jest ono święte, gdyż człowiek został stworzony na „obraz Boży”. Obydwa systemy dostrzegają w człowieku pierwiastek cielesny i duchowy, eksponując również jego społeczną naturę. I Kościół katolicki, i judaizm opisują każdorazowe powstanie istoty ludzkiej jako narodziny owocu cudownej trynitarniej miłości, w której mężczyzna, kobieta i Bóg niejako dzielą się ze sobą stwórczymi zadaniami.

Rozbieżność opinii dotyczy zwłaszcza statusu ontycznego embrionu i płodu ludzkiego oraz związanej z tym dopuszczalności aborcji. Stanowisko Kościoła katolickiego jest w tym temacie niezmiennie jasne i precyzyjne: życie człowieka zaczyna się od zygoty i kończy wraz z jego naturalną śmiercią, a jakakolwiek forma jego przedwczesnego skracania (na każdym etapie rozwoju embrionalnego, płodowego i osobniczego) jest najcięższą, wołającą o pomstę do nieba zbrodnią. W szczególności katolicyzm postrzega zygotę (nawet poczętą na drodze in vitro i nieimplantowaną) jako w pełni ludzki byt osobowy. Tym samym traktuje manipulowanie nią lub jej niszczenie w jakikolwiek sposób jako morderstwo. Pozostające w wyraźnej rozbieżności (w tych punktach) względem powyższego stanowisko tradycji żydowskiej zostało szczegółowo zarysowane w niniejszym artykule.

Bez wątpienia dużo więcej punktów stycznych w odniesieniu do zagadnień związanych z początkami życia ludzkiego można dostrzec między judaizmem a islamem [12]. Centralną ideą muzułmańskiej antropologii – podobnie jak antropologii żydowskiej – jest pojęcie jedności istoty ludzkiej: człowiek jest jednością ciała i duszy, odzwierciedlając w swoim obrazie jedność boską. Zarówno choroba, jak i zdrowie nie są więc dla myślicieli islamskich (podobnie jak żydowskich) kwestią wyłącznie sfery fizyczno-biologicznej, lecz również sfery psychiczno-duchowej. W islamie – podobnie jak w judaizmie – życie, poczynając od narodzin, jest święte, dlatego jesteśmy zobowiązani do jego ochrony przed śmiercią, chorobą i cierpieniem.

Podobnie jak w judaizmie, także i w islamie życie ludzkie – wraz z przysługującymi mu prawami – nie otrzymuje pełnej wartości od razu w momencie poczęcia, ale stopniowo, wraz z rozwojem. Zgodnie z powszechną opinią panującą w środowisku muzułmańskim zarodek przed 120 dniem od zapłodnienia nie jest „pełną”, a jedynie „potencjalną” osobą. W związku z tym nie przysługują mu pełne prawa istoty ludzkiej. Nawet po 120 dniach płód, mimo że ma status osoby, wciąż nie jest traktowany tak, jak jest postrzegany człowiek po urodzeniu. Kara za zabicie takiego płodu wciąż różni się od kary za zabicie człowieka, który „żył i oddychał”.

Zapoznanie się z rozstrzygnięciami w obszarze tak fundamentalnych kwestii etycznych, jak te związane ze statusem ontycznym embrionu i płodu ludzkiego, reprezentowanymi przez współczesną bioetykę żydowską, może – a nawet powinno – być przyczynkiem do jakże potrzebnego dziś konstruktywnego dialogu (tam, gdzie jest to możliwe), prowadzonego z przedstawicielami innych religii i kultur w duchu tolerancji oraz szacunku dla odrębnych przekonań.

PIŚMIENNICTWO

1. Mathieu R.: Jewish Ethics and Xenotransplantation. *Xenotransplantation*, 2016; 23: 258-268.
2. Goldsand G., Rosenberg Z.R.S., Gordon M.: Bioethics for Clinicians: 22. Jewish Bioethics. *Canadian Medical Association Journal*, 2001; 2(164): 219-222.
3. Schenker J.G.: Human Reproduction: Jewish Perspectives. *Gynecological Endocrinology*, 2013; 29(11): 945-948.
4. Dorff E.N.: Applying Traditional Jewish Law to PVS. *NeuroRehabilitation*, 2004; 19: 277-283.
5. Dorff E.N.: „Heal Us, Lord, and We Shall Be Healed”: The Role of Hope and Destiny in Jewish Bioethics. *Judaism: A Quarterly Journal of Jewish Life and Thought*, 1999; 48(2): 149-165.
6. Zespół Biblistów Polskich z inicjatywy Benedyktynów Tynieckich: *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Poznań-Warszawa, Wyd. Pallottinum, 1991.
7. Loike J.D., Fischbach R.L., Tendler M.D.: Jewish Views on the Beginnings of Human Life and the Use of Medical Intervention to Produce Children. *The American Journal of Bioethics*, 2009; 11(9): 45-47.
8. Zivotofsky A.Z., Jotkowitz A.: A Jewish Response to the Vatican's New Bioethical Guidelines. *The American Journal of Bioethics*, 2009; 9(11): 26-30.
9. Barilan Y.M.: *Jewish Bioethics. Rabbinic Law and the Theology in Their Social and Historical Contexts*. New York, Cambridge University Press, 2014.
10. Heyd D.: Between Humaneness and Human Rights. A Jewish Perspective on Modern Bioethics. *Studia Bioethica*, 2014; 7(1): 16-23.
11. Jan Paweł II: Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego *Evangelium vitae*. Libreria Editrice Vaticana, Watykan 1995; 14(43): 60–63. http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html (data dostępu 24.04.2020).
12. Twardowski M.: Debata nad statusem ontycznym embrionu ludzkiego we współczesnej bioetyce muzułmańskiej. [w:] Kończak I., Woźniak-Bobińska M. (red.): *Ciągłość i zmiana w świecie islamu*. Łódź, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, 2016: 108-118.

Uwarunkowania prawne oraz współczesne problemy aborcji w Polsce i innych krajach

Martyna Gworys¹, Wojciech Kolasa¹, Martyna Czakiert¹, Katarzyna Kurek¹, Jan Gnus^{1,2}, Łukasz B. Lewandowski¹, Krzysztof Dorna³

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

ABORCJA – DEFINICJA

Aborcja to termin określający zakończenie ciąży przez usunięcie zarodka lub płodu razem z łożyskiem z macicy. Może zostać wykonana metodą chirurgiczną lub farmakologiczną. W celu poprawy bezpieczeństwa terminacji ciąży WHO opracowało wytyczne, które obejmują m.in. wybór metody w zależności od wieku ciążowego oraz rekomendacje dotyczące opieki nad kobietą przed i po zabiegu [1,2].

Aktualnie do aborcji farmakologicznej zalecany jest mifepriston, uzupełniony po 1-2 dniach misoprostolem. Chirurgiczne metody, ujęte w rekomendacjach, obejmują manualną lub elektryczną metodę próżniową do 12.-14. tygodnia ciążowego, natomiast po tym okresie rozszerzenie szyjki macicy i ewakuacja zawartości macicy [2].

Sytuacja prawna kiedyś i dziś

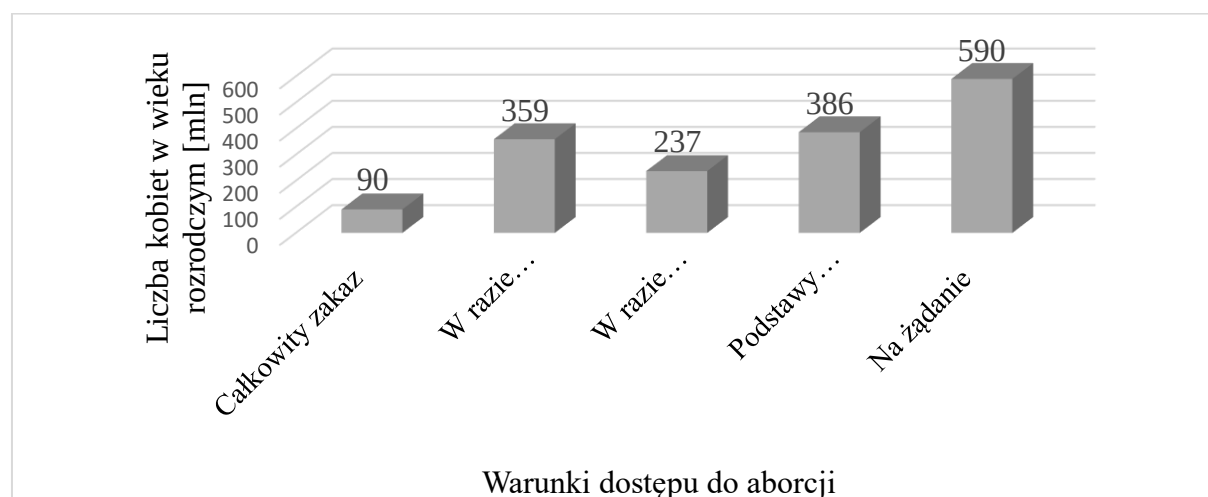
Terminacja ciąży była stosowana od bardzo dawna. Już prymitywne ludy używały w tym celu różnych metod, m.in. trujących ziół [3]. Przed XIX wiekiem aborcję powszechnie stosowano we wczesnej ciąży, tj. przed poczuciem pierwszego ruchu płodu [4]. W XIX wieku sytuacja zaczęła się zmieniać. Lekarze zaczęli zwracać uwagę na fakt, że pojawienie się wyczuwalnej aktywności płodu nie jest ważniejsze od innych etapów jego rozwoju, więc prawo zabraniające aborcji po tym momencie, powinno obowiązywać także przed nim. Do przyjęcia takiego stanowiska przyczyniły się również inne czynniki, które były tańsze od

profesjonalistów i stanowiły dla nich konkurencję, m.in. przerywanie ciąży przez osoby bez szkolenia medycznego [5].

W 1803 r. w Anglii pojawiło się prawo regulujące kwestie dotyczące terminacji ciąży. Uwzględniono w nim m.in. karę śmierci za wykonanie aborcji po wystąpieniu ruchów płodu. W kolejnych latach została ona jednak zniesiona, natomiast rozszerzono zakaz aborcji niezależnie od długości trwania ciąży [6]. W latach 20. XIX wieku zaczęły się pojawiać regulacje prawne dotyczące aborcji w USA. Początkowo wprowadzono zakaz rozpowszechniania trucizny służącej do wywołania poronienia [7], a w 1873 całkowicie zakazano publikacji informacji dotyczących przerywania ciąży oraz metod antykoncepcyjnych [8]. W XX wieku wiele państw zaczęło łagodzić swoją politykę antyaborcyjną, zezwalając na zabiegi pod różnymi warunkami. Główną przyczyną była potrzeba ograniczenia ilości powikłań i śmierci spowodowanych nielegalnym przerywaniem ciąży. Przykładami takich krajów są ZSRR, które jako pierwsze państwo na świecie zezwoliło na aborcję w każdej sytuacji, w tym „na żądanie”, oraz Polska, która w 1932r. jako pierwszy kraj w Europie, poza ZSRR, zezwoliła na terminację ciąży w przypadku gwałtu lub zagrożenia życia matki [9,10].

Obecnie aspekty prawne dotyczące aborcji w Polsce są ujęte w Ustawie z 1993 roku o planowaniu rodziny oraz w Kodeksie karnym z 1997 roku. W wymienionych dokumentach opisane są m.in. warunki dopuszczenia usunięcia ciąży na terenie Polski oraz kary za bezprawne wykonanie i namawianie do takiego zabiegu [11,12].

Aktualnie, w zależności od obowiązującego prawa oraz warunków przyzwalających na aborcję, możemy podzielić kraje na kilka grup (Rycina 1).



Rycina 1. Ilość kobiet w wieku rozrodczym żyjących w krajach z różnymi warunkami przyzwalającymi na aborcję [F].

W państwach, które całkowicie zakazują aborcji żyje aż 90 milionów kobiet w wieku rozrodczym. Należą do nich leżące w Europie, Malta i Watykan, ale także Egipt, Irak czy Filipiny. Aborcja na żądanie jest legalna w 67 krajach na świecie. Różnią się one m.in. dopuszczalnym wiekiem ciążowym, jednak najczęstszą granicę stanowi 12. tydzień ciąży. W Europie najbardziej liberalne prawo aborcyjne występuje na Islandii, gdzie terminacja ciąży jest możliwa do 22 tygodnia od zapłodnienia [13].

Współcześnie uwarunkowania prawne dotyczące przerywania ciąży wciąż są modyfikowane. W roku 2019 można było zaobserwować dynamicznie zmieniającą się sytuację prawną dotyczącą aborcji w USA. Kolejne stany zaczęły wprowadzać bardzo restrykcyjną politykę, zabraniając aborcji po 6. tygodniu ciąży, kiedy większość kobiet nawet nie jest świadoma jej istnienia. Do 30.05.2019 r. taki projekt ustawy wprowadziły stany: Georgia, Ohio, Kentucky, Mississippi oraz Louisiana. Celem takiego postępowania jest zwrócenie uwagi ustawodawców i członków kongresu na skalę problemu oraz ograniczenie prawa do aborcji i zmniejszenie jej liczby na terenie kraju [14].

KLAUZULA SUMIENIA

Jest to ważne pojęcie w tematyce aborcji. Odnosi się do jednego z podstawowych praw człowieka jakim jest wolność sumienia. Umożliwia lekarzowi postępowanie zgodnie z jego przekonaniami i odmówienie wykonania aborcji, jednakże jednocześnie może uniemożliwić otrzymanie pomocy na czas kobiecie, która jej potrzebuje. Uregulowanie prawne możemy znaleźć m.in. w Międzynarodowym Pakcie Praw Politycznych i Obywatelskich w art. 18 ust. 1, który stanowi, że „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania” [15,16].

W Polsce każdy lekarz ma prawo odmówić wykonania zabiegu aborcji, jeżeli jest to sprzeczne z jego wiarą lub zasadami moralnymi. Prawo to wynika m.in. z art. 39 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996: „*Lekarz może powstrzymać się od wykonywania świadczeń medycznych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego*”. Pojęcie „klauzula sumienia” ma szerokie zastosowanie, umożliwia ona nie tylko odmówienie aborcji, ale także m.in. wypisania środków antykoncepcyjnych czy pomoc w eutanazji [17].

Prawo do odmowy wykonania zabiegu terminacji ciąży ma osoba w zawodzie medycznym w każdym kraju, w którym taki zabieg jest dopuszczalny. Aktualnie obserwuje się coraz większą ilość osób powołujących się na klauzulę sumienia i odmawiających wykonania zabiegu przerwania ciąży, co może prowadzić do zwiększenia ilości niebezpiecznych aborcji oraz związanych z nią problemów [18].

Na zjawisko rosnącego wykorzystywania klauzuli sumienia do odmowy wykonania aborcji zwraca uwagę m.in. organizacja „International Women’s Health Coalition”. Wydany przez nią raport sygnalizuje, że wzrastająca niechęć do terminacji ciąży wśród lekarzy, narusza podstawową zasadę, aby nie czynić szkody drugiemu człowiekowi. Pomimo wskazania innego ośrodka lub osoby, gdzie dana kobieta może szukać pomocy, często jest już za późno i występuje wiele powikłań, których można byłoby uniknąć przeprowadzając wcześniejszy zabieg. Organizacja podkreśla również, że takie postępowanie może przyczynić się do ponownego rozwoju nielegalnych aborcji, bardzo często mających poważne konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiet. Dodatkowo poszukiwanie innych możliwości usunięcia ciąży może pociągać za sobą duże koszty i prowadzić do problemów finansowych [18].

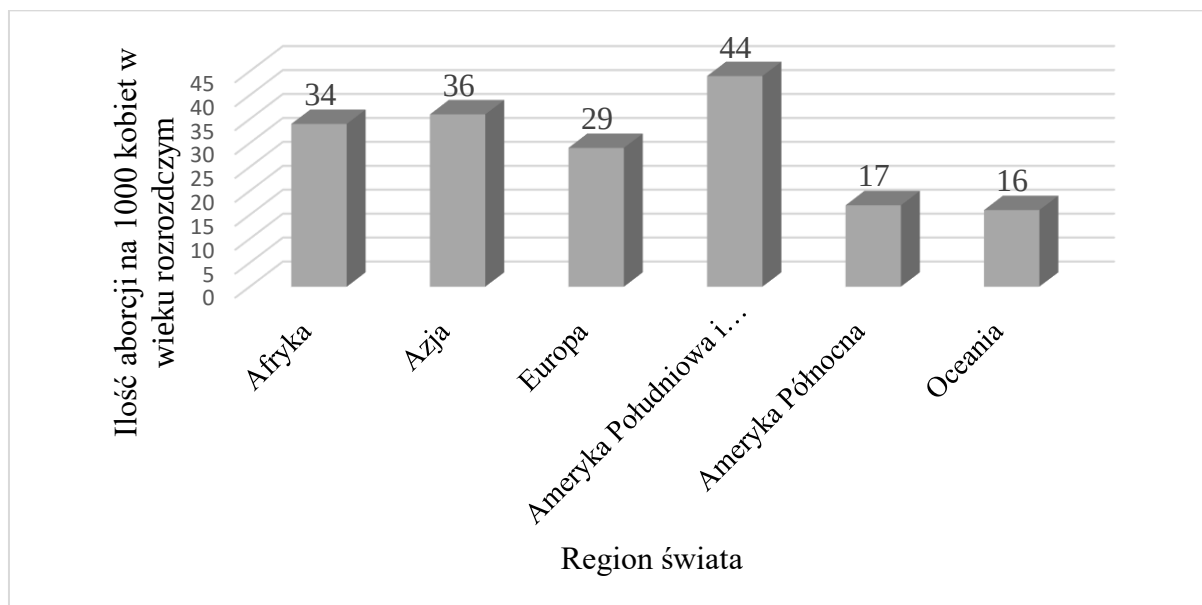
STATYSTYKA

Według danych WHO szacuje się, że 25% wszystkich ciąż kończy się aborcją. W latach 2010-2014 wykonano rocznie na całym świecie około 56 milionów takich zabiegów, co daje 35 zabiegów na 1000 kobiet w wieku rozrodczym. Należy zaznaczyć, że 25 milionów stanowiły aborcje niebezpieczne, tzn. wykonywane poza odpowiednią placówką i przez niewyszkoloną osobę, co daje wysokie ryzyko ciężkich powikłań, a nawet śmierci po zabiegu. Zdecydowana większość z nich miała miejsce w krajach rozwijających się [19].

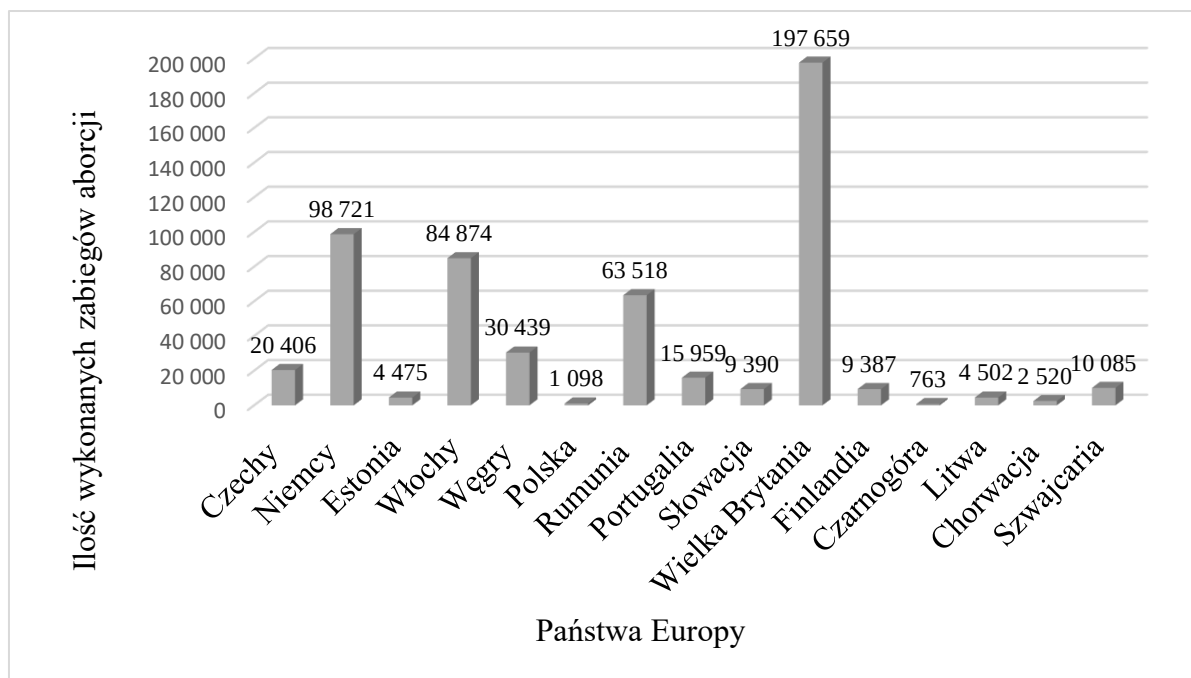
Największy wskaźnik terminacji ciąży notuje się w Ameryce Południowej i Środkowej, natomiast najmniejszy w Oceanii i Ameryce Północnej (Rycina 2 2). W ostatnich latach obserwuje się spadek ilości takich zabiegów, szczególnie w państwach rozwiniętych. W krajach rozwijających się duży odsetek stanowią wciąż aborcje niebezpieczne, w związku z czym trudno jest uzyskać dane na temat ich dokładnej ilości [20].

Informacje o przeprowadzonych aborcjach w Polsce są gromadzone w bazie Eurostatu, czyli instytucji zajmującej się statystyką w Unii Europejskiej. Dane o wykonanych zabiegach przekazywane są do niej przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Współcześnie sposób prowadzenia statystyki w Polsce jest problemem. Przesyłanie danych na temat aborcji

przez GUS do ww. bazy jest dobrowolne. Jest to przyczyną dużych niedoszacowań statystycznych na temat terminacji ciąży na tle innych krajów, co może prowadzić do błędnej oceny skali zapotrzebowania na opisywany zabieg medyczny oraz jej zmienności w kolejnych latach [21]. Według danych Eurostatu w Polsce w 2016 roku przeprowadzono 1 098 zabiegów aborcji, podobnie było w poprzednich latach. Polska jest jednym z krajów Europy, w którym zabiegów terminacji ciąży przeprowadza się najmniej (Rycina 3) [22].



Rycina 2. Współczynnik aborcji w regionach świata, źródło [20].



Rycina 3. Ilość przeprowadzonych zabiegów aborcji w wybranych państwach Europy w roku 2016, źródło [22].

Inną przyczyną małej liczby zgłaszanych aborcji może być prawne ograniczenie dostępu do tego zabiegu, co skłania kobiety do poszukiwania alternatywnych rozwiązań. Mogą wskazywać na to dane zawarte w sprawozdaniu z realizacji wykonania zapisów Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży za rok 2013, według którego w 1988 roku wykonano 105 333 legalnych zabiegów aborcji, a w roku wejścia ww. ustawy już tylko 676. Wydaje się mało prawdopodobne, że wprowadzenie zmian w prawie w rzeczywistości tak drastycznie obniżyło ilość terminacji ciąży w ciągu roku. Kobiety, którym odmawiane jest udzielenie pomocy w ośrodkach publicznych, często zwracają się do osób lub klinik prywatnych, gdzie brak jest jakiegokolwiek dokumentacji usunięcia ciąży. Może to za sobą nieść szereg negatywnych skutków dla pacjentki, m.in. narażenie życia lub zdrowia w razie poddania się zabiegowi przeprowadzonemu przez niedoświadczone osoby lub w mało bezpiecznym miejscu. Kobiety, których status ekonomiczny nie pozwala na opłacenie takiego zabiegu, próbują „domowych metod”, np. przez mieszanie różnych leków lub mechaniczne próby usunięcia niechcianej ciąży, co może mieć fatalne skutki dla ich zdrowia [23].

LEGALNY DOSTĘP DO ABORCJI W UE

W większości krajów Europy, w których prawo dotyczące możliwości terminacji ciąży jest mniej restrykcyjne niż w Polsce, kobiety teoretycznie mają swobodny dostęp do aborcji, również „na życzenie”. W rzeczywistości często wygląda to inaczej. W takim kraju jak Austria czy Francja, mimo liberalnego prawa, dostęp do klinik aborcyjnych lub innych miejsc, w których można dokonać aborcji nie jest powszechny. Dodatkowo, coraz więcej lekarzy nie chce przeprowadzać tego zabiegu [24]. Takie sytuacje często zmuszają kobiety do podróży do innego państwa, aby tam go wykonać [25].

Problem migracji kobiet w celu uzyskania pomocy i znalezienia ośrodka, który dokona aborcji został przedstawiony w projekcie „Europe Abortion Access Project”, koordynowanym przez Uniwersytet Barceloński. Opisano w nim przyczyny, które uniemożliwiają lub utrudniają kobietom usunięcie ciąży, nawet w krajach zezwalających na podobny zabieg. Takimi „barierami” są m.in. dopuszczalny wiek ciążowy, obowiązkowy okres oczekiwania przed samym zabiegiem i wywiad z konsultantem lub psychologiem czy psychiatrą oraz klauzula sumienia. Porównanie sytuacji w wybranych krajach Europy objętych programem, przedstawiono w tabeli I [25].

Tabela I. Porównanie kryteriów dopuszczających do wykonania aborcji w różnych krajach Europy, źródło [25].

Państwo	Kryterium		
	Limit wieku ciążowego	Obowiązkowy okres oczekiwania przed zabiegiem	Obowiązkowa konsultacja
Wielka Brytania	24 tygodnie	0 dni	Nie
Holandia	22 tygodnie	5 dni	Nie
Hiszpania	14 tygodni	3 dni	Nie
Francja	12 tygodni	0 dni	Nie (tylko dla niepełnoletnich)
Belgia	12 tygodni	6 dni	Tak
Niemcy	12 tygodni	3 dni	Tak (przy aborcji na żądanie)
Włochy	90 dni	7 dni	Nie

Jak wynika z powyższej tabeli, państwem w którym występuje najmniej obostrzeń jest Wielka Brytania. Nie dziwi więc fakt, że wiele kobiet spoza tego kraju, decyduje się na aborcję właśnie tam. Dane Departamentu Zdrowia Anglii i Walii wskazują, że w 2016 roku wykonano tam 4810 aborcji kobietom z 14 krajów, najczęściej z Francji i Włoch. Podobna sytuacja występuje również w Holandii – prawie 3000 kobiet, głównie z Francji, Belgii i Niemiec, przybyło tam w 2014 w celu usunięcia ciąży. Takie migracje są spowodowane wieloma powodami. Może to być przekroczenie limitu dopuszczalnego wieku ciążowego w danym kraju, czy chęć uniknięcia obowiązkowej konsultacji, ale też chociażby obawa przed stygmatyzacją w danej społeczności czy brakiem odpowiednich kwalifikacji u lekarzy. Często też kobiety podróżują, ponieważ prawo nie pozwala im usunąć ciąży we własnym kraju bez istnienia konkretnej przyczyny, jak na przykład w Polsce [25].

W większości krajów Europy, z wyjątkiem Austrii, aborcja jest refundowana przez instytucje rządowe, natomiast ceny prywatnych zabiegów w tych krajach, również dla osób zza granicy, zależą od wieku ciążowego i całkowita opłata za leczenie może sięgać nawet 1500 funtów. Do tych kosztów należy doliczyć wydatki związane z transportem [26]. Szeroki dostęp do refundowanych zabiegów terminacji ciąży, pozwolił w takich krajach na znaczne zmniejszenie ilości wykonywanych nielegalnych aborcji [24].

PROBLEMY OGRANICZENIA DOSTĘPU DO LEGALNEJ ABORCJI

Według danych WHO w latach 2010-2014 przeprowadzano rocznie 25 milionów niebezpiecznych aborcji na całym świecie. Największy odsetek takich rozwiązań ciąży wciąż występuje w krajach rozwijających się. Kobiety decydują się na nielegalne usunięcie ciąży z wielu powodów: mogą nie mieć pieniędzy na zabieg w klinice aborcyjnej, personel medyczny odmawia pomocy powołując się na klauzulę sumienia, w ich kraju aborcja jest nielegalna lub wręcz grozi za nią kara [19].

Liczba niebezpiecznych terminacji ciąży wciąż jest duża, mimo ciężkich powikłań jakie mogą ze sobą nieść. Według danych WHO takie zabiegi stanowią nawet 75% wszystkich aborcji wykonywanych na terenie Ameryki Środkowej i Południowej oraz Afryki. Każdego roku są przyczyną śmierci od 4,7 % do 13,2 % grupy kobiet, do której należą ciężarne i matki do 42. dnia po porodzie. Poza tym taka terminacja ciąży może być wykonana niekompletnie oraz wiązać się z wieloma powikłaniami jak krwotok, infekcje, perforacja macicy, a także uszkodzenie dróg rodnych i narządów wewnętrznych. Są to stany zagrażające życiu, a często te kobiety nie mogą natychmiast uzyskać potrzebnej pomocy medycznej [19]. Dla przybliżenia wielkości problemu można porównać śmiertelność niebezpiecznych aborcji przeprowadzonych w Afryce, która wynosi 460/100 000 zabiegów, do legalnych zabiegów w USA, gdzie wskaźnik utrzymuje się na poziomie 0,7/100 000 [27,28].

Oprócz dużej śmiertelności kobiet oraz ciężkich uszkodzeń ciała, nielegalne aborcje prowadzą również do szkód socjalno- ekonomicznych. Szacuje się, że tylko w 2006 roku, na leczenie poważnych powikłań takich zabiegów przeznaczono ponad 500 milionów dolarów amerykańskich [29].

PODSUMOWANIE

Stosunek do aborcji i jej uwarunkowania prawne zmieniają się w różnych krajach na przestrzeni lat. Na całym świecie polityka dotycząca zabiegów terminacji ciąży jest bardzo zróżnicowana - od całkowitego zakazu aż po możliwość wykonania jej przez cały okres trwania ciąży „na żądanie”. Dużym problemem współczesnego świata są niebezpieczne aborcje, szczególnie w krajach rozwijających się, które powodują wiele powikłań zdrowotnych, a nawet prowadzą do śmierci. W niektórych państwach istnieją kliniki oferujące obywatelkom refundowane zabiegi usunięcia ciąży. Kobiety zza granicy mogą również

skorzystać z nich w takiej placówce, jednak odpłatnie. Jest to jedna z możliwości rozwiązania problemu braku dostępu do bezpiecznej aborcji, lecz dla wielu z nich kwota zabiegu i podróży jest niemożliwa do opłacenia. Oprócz aspektu zdrowotnego istotny jest także ekonomiczny – koszty leczenia powikłań niebezpiecznych terminacji ciąży często znacząco przewyższają koszty bezpiecznych zabiegów. Ważne jest zatem, by rozważyć łatwiejszy dostęp do bezpiecznych placówek z wyszkolonym personelem medycznym dla kobiet chcących z różnych przyczyn zakończyć ciążę, aby uniknąć tych sytuacji. Wiele przyszłych matek jest w ciężkiej sytuacji życiowej lub dowiaduje się o obecności wady u płodu i boi się, że sobie nie poradzi. Dlatego, aby zapobiegać nieprzemyślanym, pochopnym decyzjom warto wprowadzić dla kobiet obowiązek spotkania z psychologiem oraz dostęp do konsultacji z różnymi specjalistami, aby mogły one uzyskać informacje na każdy temat oraz potrzebną pomoc.

PIŚMIENNICTWO

1. Kulczycki A.: Abortion. <https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0090.xml?rskey=tygpVh&result=1> (data dostępu 08.01.2020).
2. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research: Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition, 2012
3. Reagan L.J.: When abortion was a crime. Berkeley, University of California Press, 1997
4. Potts M., Campbell M.: History of Contraception, Gynecology and Obstetrics, 2002; 6(8). https://www.24grammata.com/wp-content/uploads/2014/08/Malcolm-Potts-and-Martha-Campbell-24grammata.com_.pdf (data dostępu 05.02.2020)
5. Mohr J.C.: Abortion in America : the origins and evolution of national policy, 1800-1900. New York, Oxford University Press, 1978.
6. Keown J.: Abortion, Doctors and the Law. Some Aspects of the Legal Regulation of Abortion in England from 1803 to 1982. Georgetown University, Washington DC 2002
7. ALFORD S.M.: IS SELF-ABORTION A FUNDAMENTAL RIGHT? <https://pdfs.semanticscholar.org/18f1/6f8913ac9a68ce0b509bf3560882c56c7cad.pdf> (data dostępu 05.02.2020)
8. Lewis J.J.: Abortion History in the U.S. A brief history of the abortion controversy in the United States. <https://www.thoughtco.com/history-of-abortion-3528243> (data dostępu 05.02.2020)

9. Gross Solomon S.: The demographic argument in Soviet debates over the legalization of abortion in the 1920's. https://www.persee.fr/doc/cmr_0008-0160_1992_num_33_1_2306 (data dostępu 05.02.2020)
10. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. Kodeks karny, art. 233 (Dz.U. 1932 nr 60 poz. 571).
11. USTAWA z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny , art. 152,153,154 (Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553).
12. USTAWA z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, art. 4 (Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78).
13. [https://reproductiverights.org/worldabortionlaws?category\[294\]=294](https://reproductiverights.org/worldabortionlaws?category[294]=294) (data dostępu 08.01.2020)
14. Nash E.: A Surge in Bans on Abortion as Early as Six Weeks, Before Most People Know They Are Pregnant, Guttmacher Institute <https://www.guttmacher.org/print/article/2019/03/surge-bans-abortion-early-six-weeks-most-people-know-they-are-pregnant> (data dostępu 08.01.2020)
15. ORZESZYNA K.: Klauzula sumienia jako gwarancja realizacji prawa do wolności sumienia. <https://wil.org.pl/wp-content/uploads/01b-Orzeszyna.pdf> (data dostępu 09.01.2020)
16. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, art. 18 ust. 1 (Dz.U. 1977 nr 38 poz. 167).
17. USTAWA z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 39 (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152).
18. I.Truong M., Wood S.Y.: Unconscionable WHEN PROVIDERS DENY ABORTION CARE https://iwhc.org/wp-content/uploads/2018/06/IWHC_CO_Report-Web_single_pg.pdf (data dostępu 09.01.2020)
19. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> (data dostępu 15.01.2020)
20. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide> (data dostępu 15.01.2020)
21. Zakres danych dotyczących stanu i struktury ludności oraz ruchu naturalnego, a także ich dostępność w świetle Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1260/2013 w sprawie statystyk europejskich w dziedzinie demografii Baza Eurostat-u w zakresie statystyki demografii https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/25/1/1/baza_eurostatu_demografia.pdf (data dostępu 15.01.2020)

22. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_fabort&lang=en (data dostępu 19.01.2020).
23. Grzywacz A., dr n. med. Jawień B., Kacpura K., Więckiewicz K., Zimniewska M.: 20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce Raport 2013. https://federa.org.pl/wp-content/uploads/2017/07/raport_federacja_2013.pdf (data dostępu 20.01.2020).
24. <http://abortion-clinics.eu/abortion-europe/easy-access-foreign-women/> (data dostępu 17.01.2020).
25. <https://europeabortionaccessproject.org/> (data dostępu 17.01.2020).
26. <https://www.bpas.org/abortion-care/considering-abortion/prices/> (data dostępu 18.01.2020).
27. Bartlett L.A. MD, Berg C.J. MD, Shulman H.B., Zane S.B., Green C.A. MD, Whitehead S. MD, Atrash H.K. MD: Risk Factors for Legal Induced Abortion–Related Mortality in the United States https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2004/04000/Risk_Factors_for_Legal_Induced_Abortion_Related.20.aspx (data dostępu 21.01.2020).
28. World Health Organization. (2011). Unsafe abortion : global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44529> (data dostępu 21.01.2020)
29. Singh S.: Global consequences of unsafe abortion <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2217/WHE.10.70> (data dostępu 21.01.2020).

Terapie genowe w medycynie - historia, aspekty etyczno-prawne, zastosowanie i perspektywy

Sławomir Czerniak¹, Krzysztof Kowalski¹

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu im. Piastów Śląskich, Wrocław

WSTĘP

Terapia genowa definiowana jest najprościej jako modyfikacja genetyczna komórek pacjenta w celu odniesienia korzyści terapeutycznej [1]. Zależnie od potrzeb, różny może być zakres komórek podlegających zmianie, dokładny mechanizm modyfikacji, jak również sposób jej dostarczenia.

Metody terapeutyczne wykorzystujące odkrycia inżynierii genetycznej są dynamicznie rozwijającą się gałęzią współczesnej medycyny eksperymentalnej. Budzą nadzieje szerokiego grona chorych, a jednocześnie zakres ich wykorzystania jest przedmiotem sporu bioetyków. Dopuszcza się modyfikowanie komórek somatycznych, natomiast terapie germinalne są powszechnie zakazane, choć w ostatnim czasie chińscy naukowcy dokonali kontrowersyjnych eksperymentów z użyciem metody CRISPR-Cas9, które wzbudziły duże zainteresowanie świata nauki [2].

HISTORIA

Za protoplastę terapii genowych można ostrożnie uznać polskiego naukowca prof. Wacława Szybalskiego prowadzącego swoje badania na uniwersytecie w Wisconsin, który w 1962r. jako pierwszy przeprowadził transformację genetyczną komórek eukariotycznych. Mianowicie wprowadził on do komórki fragment ludzkiego prawidłowego DNA w miejsce zmutowanych genów w komórkach szpiku. Po raz pierwszy dokonano wówczas naprawy nieprawidłowej nici DNA, co stanowiło podwaliny innych zabiegów i metod terapii genowej. Co więcej, Szybalski po raz pierwszy użył samego terminu “terapia genowa” oraz “biologia syntetyczna” oraz współpracował w projekcie HGP (*Human Genome Project*) [3].

Kolejnym doniosłym wydarzeniem było odkrycie w 1970r. enzymów restrykcyjnych w komórce bakteryjnej przez amerykańskich naukowców, natomiast w tym samym roku

naukowcy z amerykańskiego Massachusetts Institute of Technology izolują odwrotną transkryptazę, co poprzedziły obserwacje cyklu powielania wirusa RSV (*respiratory syncytial virus*). Oba zespoły po kilku latach za swoje osiągnięcia otrzymały Nagrodę Nobla [4,5]. Dzięki swoim właściwościom enzymy te stały się podstawowym narzędziem w pracy genetyków i biologów molekularnych.

Niewątpliwie za przełomowy można uznać rok 1988, kiedy podjęto decyzję o rozpoczęciu Programu Poznania Ludzkiego Genomu (*Human Genome Project*). Doszło wówczas do nietypowej sytuacji- mianowicie motywacją do przyspieszenia prac nad ww. rządowym, międzynarodowym projektem stał się fakt rywalizacji o prawo patentowe z firmą amerykańskiego biotechnologa Craiga Ventera “*Celera Genomics*”. Finalnie w dniu 14 kwietnia 2003 roku na konferencji z Bethesda (USA) ogłoszono oficjalne zakończenie prac nad dekodyfikacją ludzkiego zapisu DNA. Jego ostateczną wersję opublikowano w 2004r. na łamach “*Nature*” [6].

Za pierwszą udaną terapię genową można uznać wprowadzenie genu kodującego ADA (deaminaza adenozy) do limfocytów T 4-letniej dziewczynki chorującej na SCID (*severe combined immunodeficiency*) przez zespół Andersona w 1990r. Zabieg ten, ze względu na okres przeżycia limfocytów musiał być okresowo powtarzany, jednakże stan pacjentki uległ poprawie [7].

W 2003r. chiński *State Food and Drug Administration of China* wydał licencję na terapię genową przeznaczoną dla chorych na raka płaskonabłonkowego skóry [8]. Kolejnym państwem, które zezwoliło na sprzedaż terapii genowej na swoim terytorium była Rosja, dopuszczając tą metodę do leczenia niedokrwienia kończyn w 2011 roku [9]. Niedługo później, w 2012 roku Komisja Europejska za rekomendacją Europejskiej Agencji Leków zatwierdziła pierwszy lek tego typu na swoim obszarze [10]. Niedawno, w 2017 roku amerykańska *Food and Drug Administration* dopuściła do sprzedaży terapię opartą na modyfikacji genetycznej limfocytów pobranych w trakcie procesu leczenia od pacjenta, przeznaczoną do leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej z linii B [11].

Do listopada 2017r. zainicjowano już ponad 2500 badań klinicznych nad terapiami genowymi. W blisko $\frac{3}{4}$ były związane z leczeniem onkologicznym [12].

W listopadzie 2018r. urodziły się pierwsze dzieci o materiale genetycznym zmodyfikowanym z wykorzystaniem metody CRISP-Cas9 [2]. Lider projektu prof. He Jankui został skazany w grudniu 2019r. na 3 lata więzienia oraz 3 miliony juanów kary za sfałszowanie materiałów do oceny etycznej, naruszenie krajowych przepisów dotyczących badań i zarządzania medycznego oraz wyrządzenie szkody społeczeństwu [13].

MECHANIZMY DZIAŁANIA TERAPII GENOWYCH

Zakres dotkniętych modyfikacją genetyczną komórek jest w pierwszej kolejności modyfikowany przez wybór pomiędzy następującymi możliwościami [14]:

- Modyfikacja *ex vivo* zakłada wydobycie od pacjenta docelowych komórek, w obrębie których zostanie zmieniony materiał genetyczny, następnie wprowadza się zmodyfikowane komórki z powrotem do ciała pacjenta. Ta metoda umożliwia ograniczenie zmian genetycznych do pobranej grupy komórek oraz ich komórek potomnych, jeżeli posiadają zdolności podziału.
- Modyfikacja *in vivo* przebiega z podaniem środka modyfikującego materiał genetyczny do tkanek chorego. Zakres dotkniętych modyfikacją komórek zależy od wykorzystania poszczególnych technologii.

Terapie genowe rozróżnić można też na podstawie tego, jaki efekt wywierają na materiał genetyczny docelowych komórek [12,14]:

- Dodanie genów funkcjonujących, które mają zrekompensować geny uszkodzone, których mutacja wywołuje chorobę. W tym przypadku komórki zawierają po terapii wersję prawidłowo działającą, jak i wadliwą. To podejście przynosi korzyść, gdy choroba spowodowana jest brakiem możliwości wyprodukowania prawidłowego białka.
- Zmodyfikowanie genów obecnych w komórce, osiągane przez technologie edycji genomu. Umożliwia wyłączenie uszkodzonego genu, odpowiadającego za szkodliwy produkt białkowy bądź zastąpienie go prawidłową postacią, dzięki czemu w komórce występuje jedynie jego fizjologicznie funkcjonująca wersja. Pozwala to na zastosowanie do szerszego spektrum chorób genetycznych, niż zwykła suplementacja genomu, choć jest bardziej problematyczne ze względów technicznych.
- “Doskonalenie” genomu polega na dodaniu do komórki genu, który nie występuje w niej w sposób naturalny bądź fizjologicznie jest wyciszony w danym rodzaju komórek. Ten rodzaj ingerencji w genom znajduje zastosowanie szczególnie wśród badań nad leczeniem nowotworów. Można tu też zaliczyć stosowanie oligonukleotydów antysensownych, które to mają za zadanie znaleźć określoną sekwencję w DNA komórki i ją zablokować.

Aby materiał genetyczny dotarł do wnętrza komórek i spełnił swój cel, należy wybrać odpowiedni środek jego transportu. Wykorzystuje się do tego celu zmodyfikowane wirusy,

plazmidy lub metody fizykochemiczne. Wybór jednego z nich będzie określał, jak dużą ilość materiału genetycznego można przenieść, czy zostanie on zintegrowany z niemi DNA gospodarza, stopień, w jakim układ immunologiczny odpowiada na wektor, długotrwałość dokonanych zmian, jak również to, czy może zmienić komórki dzielące się bądź w stanie spoczynku [14].

Wirusy stanowią wygodny wektor materiału genetycznego. Przede wszystkim, umieszczanie w komórkach gospodarza swojego DNA lub RNA jest częścią składową ich procesu replikacji, więc są do tego celu naturalnie predysponowane. Usuwa się z wirusowego materiału wszelkie geny, które służą powielaniu, jak również produkcji ich kapsydów. Wektorem wykorzystywanym w około 17% prowadzonych badań są retrowirusy, będące wirusami RNA. Ich cechami jest infekowanie komórek aktywnie się dzielących, wśród których dokonana modyfikacja się utrzymuje, integracja przenoszonego materiału z genomem, średnia pojemność. Ryzykiem jest natomiast wbudowanie się w niewłaściwym miejscu, co może nieść komplikacje w postaci niechcianych mutacji. Wzrastający udział w badaniach mają lenti wirusy używane w około 10%, również są to RNA-wirusy, ich przewagą nad poprzednimi jest natomiast zdolność infekowania komórek niedzielących się.

Najczęściej, bo w 18,6%, wykorzystywanym wektorem do badań są adenowirusy. Zapewniają większą pojemność niż przedstawione wyżej, nie wbudowują się do genomu gospodarza, przez co ekspresja przeniesionych genów zanika. Infekują komórki dzielące się, jak również w fazie spoczynku. Znaczną wadą jest wysoka immunogenność, istnieje szansa, że pacjent nie zareaguje na terapię, gdyż wytwarza przeciwciała przeciwko danemu wirusowi. Kolejną znaczącą grupą o rosnącym udziale, obecnie 7,9% są wirusy związane z adenowirusami - AAV. Przenoszą niewielką ilość materiału genetycznego, jednak integrują się z predyspozycją do szczególnego miejsca na chromosomie 19 pary. Ponadto dostarczają ładunek genetyczny zarówno do dzielących się, jak i niedzielących komórek.

Z mniejszą częstością wykorzystuje się też inne wirusy zależnie od ich szczególnych właściwości, których wykorzystanie może być szczególnie korzystne dla konkretnej terapii, np. predyspozycja do infekcji komórek nerwowych dla wirusa opryszczki zwykłej [14,15].

Plazmidy wykorzystywane w 15,1% badań są jedynie kolistą cząsteczką DNA, występującymi w przyrodzie głównie wewnątrz bakterii. Ich zaletą jest bardzo wysoka pojemność. Mogą być zamykane w lipidowych strukturach bądź dostarczane jako zawiesina, tak zwane nagie DNA. Wykorzystywane *in vivo* wykazują zróżnicowaną zdolność do dostarczenia materiału genetycznego i trwałej ekspresji, względnie skutecznie działają na

komórki mięśniowe, szczególnie w kombinacji z elektroporacją *in vivo* [14,15].

Wśród pozostałych metod dostarczania materiału genetycznego największą rolę odgrywa lipofekcja, wykorzystująca liposomy z zamkniętymi wewnątrz nićmi DNA bądź RNA. Taka technika zapewnia dużą pojemność, małą toksyczność i immunogenność. Niewielka liczba badaczy wykorzystuje zmodyfikowane bakterie bądź grzyby [16].

DOTYCHCZASOWE ZASTOSOWANIA

Przedstawione zostaną pokrótce wybrane schorzenia i wprowadzone na rynki preparaty przeznaczone do ich leczenia.

Rak płaskonabłonkowy stanowi około 20% nowotworów złośliwych skóry, rozwija się w większości przypadków na powierzchni skóry długotrwale nasłonecznionej, tak więc głównie na powierzchni twarzy, małżowin usznych [17,18]. Radykalne leczenie chirurgiczne, jak również radioterapia zapewniają wysoką skuteczność w leczeniu zmian miejscowych. Natomiast rzadko występujące przerzuty narządowe wiążą się z dużo gorszym rokowaniem. RAd-p53 jest zmodyfikowanym adenowirusem dostarczającym do zainfekowanych komórek gen *TP53* (*tumor protein 53*) indukując w nich nadekspresję białka p53, co skutkuje zatrzymaniem cyklu podziałowego oraz wywołaniem apoptozy, o ile ten mechanizm nie uległ również przekształceniu w danej populacji komórek nowotworowych. Terapia podawana jest jako wstrzyknięcie do guza, dożylnie lub domięśniowo. Wykazano bardzo wysokie bezpieczeństwo podawania leku, nie zgłaszano poważnych powikłań, natomiast częsta (50-60% leczonych) podwyższona temperatura ciała ustępuje po kilku godzinach. Terapia ta stosowana w skojarzeniu ze standardową chemioterapią i/lub radioterapią znacząco zwiększa odpowiedź na leczenie [19].

Niedokrwienie kończyn dolnych jest stanem, w którym kończyny dolne są przewlekłe zaopatrzone w zbyt niski przepływ krwi, co jest w 97% przypadków spowodowane miażdżycą tętnic. Dla chorych dominującą dolegliwością jest łatwa męczliwość kończyn dolnych, a także ból występujący po przebyciu dystansu, zależnego od stopnia upośledzenia ukrwienia, czyli chromanie przestankowe. Wśród standardowych metod leczenia znajdują się przezskórne zabiegi wewnątrznacyniowe, leczenie operacyjne, wtórna prewencja chorób sercowo-naczyniowych, trening marszowy, leczenie farmakologiczne [20].

PCMV-*vegf165* wstrzykiwane domięśniowo, dostarcza do komórek materiał genetyczny w postaci plazmidowego DNA odpowiadające za ekspresję VEGF (*vascular endothelial growth factor*), naczyniowo-śródnabłonkowego czynnika wzrostu. Prowadzi to do

indukcji angiogenezy w regionach, skutkując skuteczniejszym ukrwieniem. Skutkiem dla pacjenta jest osiągnięcie poprawy, którą mierzono na kilka sposobów. Wśród pacjentów dochodzi do znacznego wydłużenia dystansu przebywanego przed wystąpieniem silnego bólu kończyn dolnych. Zależnie od stopnia niedokrwienia przed podaniem terapii, % zwiększenie tego dystansu waha się po okresie 2 lat od podania pomiędzy 161,7% a 828%, gdzie największą poprawę wyrażoną we wzroście % względem stanu początkowego, osiągnięto u pacjentów z wyższym poziomem niedokrwienia ocenianym wg klasyfikacji Fontaine'a. Prędkość przepływu krwi w tętnicach uległa zwiększeniu. Zmiany w unaczynieniu uwidoczniło się za pomocą angiografii u 75% pacjentów, a ich zakres obejmował od zwiększenia średnicy naczyń obocznych do znacznego zwiększenia ich ilości. Jakość życia oceniana za pomocą kwestionariusza SF-36 (*The Short Form 36 Health Survey*) zwiększyła się zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Nie wykazano poważnych efektów ubocznych [21].

Rodzinny niedobór lipazy lipoproteinowej jest bardzo rzadką chorobą dziedziczącą się autosomalnie recesywnie, występującą z częstością szacowaną na 1-2 / 1 000 000. Defekt ma znaczący wpływ na metabolizm chylomikronów i VLDL (*Very-low-density lipoprotein*), w konsekwencji dochodzi do chylomikronemii i bardzo wysokich stężeń trójglicerydów we krwi, nawet 10 do 100-krotnie przekraczających wartości uznawanych za prawidłowe. Oprócz takich powikłań jak hepatomegalia, splenomegalia, neuropatia obwodowa, chorzy cierpią na wysokie ryzyko nawracających ostrych zapaleń trzustki, z możliwością przewlekłego zapalenia trzustki z jej niewydolnością, czy też rozwojem raka trzustki. Standardowe postępowanie obejmuje stosowanie restrykcyjnej diety obniżającej udział tłuszczów w dziennym spożyciu kalorii, spożywanie tłuszczu o średniej długości łańcuchów oraz powstrzymania się od spożycia alkoholu dożywotnio. Nawet przy stosowaniu się chorego do tych zastrzeżeń nie jest to postępowanie zawsze skuteczne. Leki obniżające stężenie trójglicerydów mają niezadowalającą skuteczność.

Alipogene tiparvovec dostarcza do komórek, za pomocą niereplikującego wirusa AAV1 (*Adeno-Associated Virus Serotype 1*), ludzki gen *LPL* (*Lipoprotein Lipase*) wariant S447X, który występuje w populacjach kaukaskich z częstością ok. 20%, cechuje się również zwiększoną wydajnością. Podawany jest za pomocą wstrzyknięć do mięśni uda i podudzia, obustronnie, w jednej serii. Działania niepożądane należą do łagodnych, choć pojawiają się często. W większości są to dolegliwości miejsc wstrzyknięcia, obrzęk kończyn, ból mięśniowy, jak również ból głowy, męczliwość, utrata apetytu. Efektami terapeutycznymi były znaczne, około 40-60% redukcje poziomu trójglicerydów we krwi, który to jednak stopniowo narastał w kierunku wartości sprzed zastosowania środka, utrzymująca się ekspresja lipazy,

kilkukrotnie niższa częstość występowania ostrego zapalenia trzustki i napadów silnego bólu brzucha [22].

Wrodzona ślepotą Lebera jest to grupa dystrofii siatkówki objawiająca się głównie w pierwszym roku życia upośledzeniem widzenia oraz oczopląsem, prowadzi do ślepoty. Można też zaobserwować podrażnianie gałki ocznej palcami przez dotknięte chorobą dziecko. Odpowiedzi w badaniu elektretinograficznym są często nieobserwowalne [23,24].

Jest chorobą rzadką, występuje z częstością 1:80000 do 1:30000 zależnie od badań i populacji [23,24]. Wrodzona ślepotą Lebera ma podłoże genetyczne, wywołać ją mogą mutacje w przynajmniej 18 różnych genach, w tym w genie *RPE65* (*Retinal Pigment Epithelium-Specific Protein 65*), który odpowiedzialny jest za produkt białkowy zaangażowany w produkcję barwników, niezbędnych w procesie widzenia [23,24].

Dla osób dotkniętych mutacją w tym genie dostępna jest terapia *voretigene neparvovec-rzyl*. Oparta jest ona na żywym, niereplikującym wirusie AAV2 zmodyfikowanym do przenoszenia ludzkiego cDNA (*complementary DNA*) z genem *RPE65*. Zawiesina z lekiem podawana jest we wstrzyknięciu podsiatkówkowym [25]. Podawanie leku nie jest zalecane dla pacjentów młodszych niż 12 miesięcy, ze względu na przewidywany brak efektywności. Badanie wykazało klinicznie i statystycznie znaczącą poprawę wśród pacjentów. Osiągnięto u nich zwiększenie wrażliwości na światło, poszerzenie efektywnego pola widzenia, zdolność nawigacji w warunkach słabego oświetlenia [26].

Rdzeniowy zanik mięśni jest chorobą autosomalną recesywną przebiegającą z degeneracją neuronów ruchowych rdzenia kręgowego, a w konsekwencji symetrycznego zaniku i osłabieni mięśni, przeważająco grup mięśni dosiebnych, kończyn dolnych. Towarzyszą temu często drżenia włókienkowe języka, drżenia rąk [27].

Choroba występuje z częstością około 1 na 10000. Przebieg zależy od wagi zmiany w materiale genetycznym, mogąc przyjmować postacie od typu I, ujawniającej się w niemowlęctwie i kończącej śmiercią do najczęściej 2-4 roku życia, do typu IV, w którym objawy zaczynają się ujawniać w wieku dorosłym. Przyczyną choroby jest niewystarczająca ilość funkcjonalnego białka SMN (*Survival of motor neuron*) w trakcie rozwoju i życia człowieka. Spowodowane jest to zmianą w genie *SMN1*, podczas gdy kopie genu *SMN2* za sprawą niekorzystnej obróbki mRNA nie zapewniają wystarczającego poziomu białka [27].

Onasemnogene ABEPRVVEC bazuje na niereplikującym wirusie AAV9 przenoszącym materiał genetyczny z ludzkim genem *SMN1*. Podawany jest w jednorazowym, dożylnym wstrzyknięciu. Przeznaczony jest obecnie dla dzieci w wieku poniżej 2 lat, podanie leczenia

najwcześniej jak to możliwe rokuje najlepszy efekt. Dzieci z rdzeniowym zanikiem mięśni typu pierwszego po podaniu leczenia, w ponad 90% rozwinęły zdolność mówienia, siadania, w przeciwieństwie do chorych w przebiegu naturalnym. Znacząco poprawia się również zdolność samodzielnego oddychania i połykania, jedynie ok. 40% wymagało nieinwazyjnego wsparcia wentylacji po 24 miesiącach, żadne natomiast nie wymagało mechanicznej wentylacji. Wstępne badania wśród chorych na typy rdzeniowego zaniku mięśniowego ujawniające się później, wskazują na zmniejszoną utratę funkcji motorycznych również u nich. W opozycji do znaczących pozytywnych efektów na funkcje motoryczne, stoją przemijające efekty uboczne w postaci wymiotów i znacznie podwyższonych stężeń ALT (aminotransferaza alaninowa), AST (aminotransferaza asparaginianowa) [28,29,30].

Ostra białaczka limfoblastyczna z linii B to agresywny nowotwór wywodzący się z prekursorów linii limfocytów B, zasiedlających głównie szpik i krew, czasem węzły chłonne lub inne tkanki. Choć w fazie początkowej mogą występować jedynie nieprawidłowości w składzie komórkowym krwi oraz powiększenie węzłów chłonnych i śledziona, w stadium zaawansowanym dochodzi do licznych powikłań septycznych, krwotocznych i związanych z naciekami na narządy, co bez leczenia prowadzi w trakcie kilku tygodni do śmierci [31].

Chłoniak rozlany z dużych komórek B stanowi właściwie heterogenną grupę agresywnych nowotworów hematologicznych, charakteryzujących się łącznie szybkim przebiegiem naturalnym, chorzy bez leczenia przeżywają kilka do kilkunastu miesięcy od rozpoczęcia procesu rozrostowego [32].

Tisagenlecleucel jest terapią przeznaczoną dla pacjentów do 25. roku życia z nawrotem ostrej białaczki limfoblastycznej z linii B lub jej postacią oporną na standardowe leczenie, jak również dla dorosłych pacjentów z rozlanym chłoniakiem nieziarniczym z dużych komórek B. Przygotowywany jest dla każdego pacjenta osobno, pobierana jest od niego krew, ekstraktowane z niej limfocyty T, następnie *ex vivo* zmodyfikowane przez dodanie genów odpowiedzialnych za ekspresję specjalnych receptorów chimerycznych. Są one zaprojektowane do wykrywania białka CD19 znajdującego się na komórkach z linii B. Leczenie zapewnia wysoki współczynnik remisji wśród pacjentów z tymi agresywnymi chorobami, około 80% pacjentów po 6 miesiącach nie ma nawrotów. Wywołuje jednak poważne działania nieporządane u blisko 73% leczonych. Najczęstszym z nich jest zespół wyrzutu cytokin, a u 40% osób może też dochodzić do powikłań neurologicznych, takich jak encefalopatia, splątanie, delirium, drgawki [33,34].

KIERUNKI OBECNYCH BADAŃ I PERSPEKTYWY ZWIĄZANE Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI

Choroby monogenowe, jako że posiadają zidentyfikowany gen, którego nieprawidłowa funkcja lub jej brak powoduje objawy, wydają się w pierwszej chwili najlepszym celem dla terapii genowych, jednak więcej prowadzonych badań w tej dziedzinie dotyczy leczenia nowotworów - 66,8%, w porównaniu do 11,7% dla chorób monogenowych. Dalej należy też wymienić choroby infekcyjne i sercowo-naczyniowe, obie grupy reprezentowane podobną częścią badań wynoszącą 6,1%. Całość dobrowolnie zgłaszanych badań wynosiła 3001.

Jeżeli zaś chodzi o rodzaj przenoszonego genu, przeważają te odpowiedzialne za ekspresję antygenów i receptorów po 17,8% badań każde, następnie odpowiedzialne za produkcję cytokin - 12,9%, uzupełniające brak funkcjonalnego genu - 8,6%, czynników wzrostu - 6,4%, geny supresyjne 6,1% [35].

Czternaście ze zgłoszonych badań wykorzystywało kompleks CRISPR-Cas9 jako środek do zmienienia materiału genetycznego pacjenta. Jest to jeden z mechanizmów edycji genomu, wywodzący się od mechanizmów broniących bakterie przed bakteriofagami. Odpowiednie zaprojektowanie gRNA (*guide RNA*), wchodzącego w skład kompleksu, pozwala wybrać cel wewnątrz łańcucha DNA docelowych komórek, który ulegnie zmianom. Obejmują one zerwanie nici DNA przez Cas9, a następnie jego naprawę przez wewnętrzne mechanizmy naprawy komórki. Może to prowadzić do wyłączenia funkcji docelowego genu bądź umieszczenia w tym miejscu dodatkowej zamierzonej sekwencji DNA, o ile była ona również dostarczona do komórek. Choć mechanizm nie jest idealny i może wprowadzać zmiany w niezamierzonych miejscach, ich częstość jest niska, porównywalna z naturalną częstością uszkodzeń materiału genetycznego [36].

Większość badań wykorzystuje CRISPR-Cas9 *ex vivo*, choć zastosowanie *in vivo* również jest testowane. Druga z tych strategii umożliwia między innymi oddziaływanie na materiał genetyczny wirusów wewnątrz tkanek pacjenta, nie polegając na zakłóceniu ich replikacji, lecz na unieczynnieniu ich uśpionych form, co może mieć zastosowanie w leczeniu np. zakażeń HBV [37].

Rozpoczęto już próby wykorzystania mechanizmów CRISPR-Cas9 *in vivo* dla pacjentów z wrodzoną ślepotą Lebera typu 10. Ten wariant choroby dotyczy genu *CEP290* (*Centrosomal protein 290*), który jest bardzo obszerny, wykracza poza zdolności transportowe niektórych popularnie używanych wirusów. Dlatego też przyjęto strategię naprawy tego genu na miejscu zamiast dostarczenia prawidłowo działającej kopii. Wciąż jednak używany jest

wektor wirusowy, który to dostarcza do komórek DNA potrzebne do syntezy kompleksu CRISPR-Cas9 [38].

Podjmuje się również badania nad zwiększeniem specyficzności tkankowej tego rodzaju terapii. Jak zostało już wspomniane, mechanizmy CRISPR-Cas pojawiły się w toku ewolucji wśród bakterii, jako obrona przeciw bakteriofagom. Wśród tych drugich natomiast pojawiła się odpowiedź w postaci genów dla białek blokujących działanie enzymów obronnych bakterii. Wykorzystano to, by zaprojektować terapię zmieniającą genom jedynie w komórkach wybranej tkanki, pomimo podania wektora wirusowego ogólnoustrojowo (badanie przeprowadzono dotychczas na myszach). Wektor przenosił geny potrzebne do wewnątrzkomórkowej konstrukcji kompleksu CRISPR-Cas9 oraz gen *Acr* (*Anti-CRISPR protein*), odpowiedzialny za białko hamujące kompleks. Z tego powodu, komórki otrzymujące ten materiał genetyczny nie podlegały modyfikacji. Jednak drugi z tych genów został zaprojektowany w taki sposób, aby jego ekspresja była hamowana przez specyficzny dla docelowych komórek miRNA (mikro RNA), w tym wypadku miR-122, niewielkie fragmenty RNA mające fizjologiczne znaczenie regulacyjne. W ten sposób tylko w pożądanej tkance aktywny był funkcjonujący kompleks CRISPR-Cas9 zapewniając, że zmiana materiału genetycznego obejmie jedynie tą populację komórek w organizmie [39].

Bardzo podobnym rozwiązaniem jest rozwinięta niedawno technologia *prime editing*. Kompleksy enzymatyczne składające się ze zmodyfikowanej nikazy Cas9, wzorcowego pegRNA (*prime editing guide RNA*) i domeny odwrotnej transkryptazy, nazwane PEs (*Prime editors*), modyfikują docelowy materiał genetyczny samodzielnie, nie polegając na wrodzonych mechanizmach naprawczych komórki, przez co są w większym stopniu przewidywalne niż przedstawiony powyżej mechanizm CRISPR-Cas9. PEs nie muszą przerywać jednocześnie obu nici DNA, by wprowadzić takie zmiany, jak insercje, delecje, transwersje zasad i ich kombinacje. Ilość niezamierzonych modyfikacji jest dużo niższa niż w poprzedniej metodzie. Przewiduje się, że z wykorzystaniem *prime editing* będzie możliwa korekcja około 89% znanych patologicznych wariantów genetycznych [40].

ETYKA I FILOZOFIA

Rozwój inżynierii genetycznej spowodował gwałtowny postęp technologiczny w wielu dziedzinach życia ludzkiego. W medycynie spowodował dysonans pomiędzy przedstawicielami nauk ścisłych oraz bioetykami. Możemy wyróżnić kilka kategorii sporu:

- wątpliwości związane z samym procesem poznawczym
- wątpliwości dotyczące możliwości wykorzystania diagnostyki genetycznej
- wątpliwości związane z zastosowaniem terapii genetycznych [41].

Ze względu na tematykę niniejszej pracy nacisk zostanie położony głównie na ostatnie z wyżej wymienionych zagadnień.

Troska o zdrowie, stanowiące jedną z najbardziej fundamentalnych wartości egzystencjalnych człowieka, zasługuje na pełne uznanie etyczne. Na pozytywną ocenę zasługują zwłaszcza terapie, które nie tylko łagodzą objawy i tempo zmian patologicznych, ale również leczą przyczynowo. Do takiego typu zabiegów można zaliczyć właśnie terapie genowe. Główne zastrzeżenia etyczne budzą manipulacje na materiale genetycznym, które stają się dziedzicznymi cechami. Są to:

- terapie linii płciowych (gamet)
- terapie zarodkowe

Ze znacznie większą akceptacją spotykają się natomiast terapie somatyczne [42].

W Polsce, krajach Europy Zachodniej i USA na obraz współczesnej etyki wyraźne piętno odcisnęły nauki chrześcijańskie. W 2008 r. w papieskiej instrukcji ds. problemów bioetycznych wyraźnie potępiono procedury wykorzystujące zapłodnienie pozaustrojowe [43]. Dokument ten podkreśla, że ryzyko związane z manipulacją genetyczną przy komórkach zarodkowych *“przy obecnym stanie badań działanie powodujące przechodzenie na potomstwo potencjalnych szkód, nie jest moralnie dopuszczalne”*. Podobne stanowisko można odnaleźć również w Kodeksie Etyki Lekarskiej, gdzie również wyraźnie zaznaczone jest, iż *“lekarz może dokonać interwencji w obrębie ludzkiego genomu wyłącznie w celach profilaktycznych lub terapeutycznych”* [44]. Z drugiej strony, w dokumencie watykańskim spotykamy się z pozytywną oceną terapii na poziomie komórek somatycznych u dzieci i dorosłych z zastrzeżeniem zachowania wysokiego profesjonalizmu, odpowiedniego stopnia ostrożności i unikania nieproporcjonalnego ryzyka. W kontekście potencjalnego rozwoju przyszłości badań nad terapiami komórek zarodkowych należy wspomnieć o stanowisku zawartym w encyklice *“Światło życia”* o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego, gdzie papież Jan Paweł II stwierdza, że eksperymentów o charakterze badawczym nie można prowadzić na osobach niezdolnych do wyrażania zgody (w tym również na ludzkich embrionach i płodach) [45].

Podobne stanowisko jest wyrażone przez obecnie urzędującego papieża Franciszka w adhortacji apostoelskiej *“Radość Ewangelii”*: *“zakłada ona przekonanie, że każda istota ludzka jest zawsze święta i nienaruszalna w jakiegokolwiek sytuacji i w każdej fazie swego*

rozwoju. Jest ona celem samym w sobie, a nigdy środkiem do rozwiązania innych trudności” [46].

Z uwagi na dynamiczny rozwój terapii genowych i kontrowersyjnych badań w Chinach rozważania byłyby niepełne bez analizy systemów filozoficznych i religijnych Dalekiego Wschodu. Po pierwsze, należy zwrócić uwagę na konfucjanizm, który odcisnął wyraźny ślad na etyce i etosie pracy w Azji Południowo-Wschodniej. W tej doktrynie jednostkowe życie biologiczne nie jest wartością najwyższą samą w sobie, jego sensem jest wypełnienie dwóch kardynalnych cnót konfucjańskich, tj. humanitarności (*ren*) i prawości (*yi*). Etyka konfucjańska zakłada zatem, że tylko dzięki kultywowaniu cnoty jednostka może osiągać wewnętrzną harmonię w stosunku do samej siebie i otaczającego świata. Pojęcie *yi* jest utożsamiane ze sprawiedliwością i uczciwością - jest jedną z najważniejszych cech wymaganych od osób sprawujących władzę, opiekę czy nadzór, takich jak lekarz. Natomiast zasada *ren* jest ściśle związana z wiarą w zdolność ludzi do podnoszenia warunków życia zarówno jednostkowego, jak i wspólnotowego, na wyższy poziom - sprzyja postawom samodoskonalenia i samorozwoju. Według chińskiego myśliciela normy etyczne wynikające z powyższych wartości powinny stanowić dla człowieka większy autorytet aniżeli prawo stanowione. W odróżnieniu od myśli chrześcijańskiej, prymat cnót może w pewnych okolicznościach pełnić rolę nadrzędną wobec świętości ludzkiego życia, które nie jest najwyższym dobrem. W kontekście badań eksperymentalnych warto przytoczyć legendę, który łączy powstanie medycyny chińskiej z postacią mitycznego cesarza, który samodzielnie dla dobra społeczności postanawia testować na sobie działanie różnych gatunków roślin, aby oddzielić te o właściwościach prozdrowotnych od trujących. Dla Konfucjusza wiedza powinna przynosić praktyczną mądrość życiową i określony pożytek [47]. Deontologia konfucjańska zatem implikuje definicję człowieka jako istoty stricte społecznej w kontraście do promowanego przez chrześcijański, oparty na greckiej filozofii personalizm człowieka jako bytu indywidualnego, który krytykowany jest przez wschodnich bioetyków jako liberalne oderwanie tożsamości człowieka od tkanki społecznej [48].

Nie bez wpływu na dzisiejsze postawy moralne Azjatów pozostaje również myśl taoizmu i buddyzmu, które w analogiczny sposób holistycznie spoglądają na rzeczywistość, uwypuklając konieczność harmonijnego współdziałania jednostek na rzecz dobra wspólnoty [49].

Próbując zestawić myśl świata zachodniego z uwarunkowaniami kulturowymi Dalekiego Wschodu, można dostrzec wręcz symetryczne postrzeganie niektórych zagadnień

bioetycznych. Pozwala lepiej to zrozumieć, skąd wynika większa powściągliwość wobec najbardziej rewolucyjnych tendencji w biotechnologii wśród europejskich i amerykańskich naukowców.

Tymczasem środowiska naukowe nie pozostają bierne wobec dyskusji bioetycznych. Świadomi doniosłości związanych z możliwością wykorzystania inżynierii genetycznej i, w konsekwencji, również jej zagrożeniami, wybitni naukowcy z dziedziny biologii i genetyki zwołali już w 1975r. konferencję w amerykańskim Monterey (USA), na której zalecili wiele środków ostrożności, aby dalsze badania były prowadzone bezpiecznie. Zachowali stosunkowo wyważone stanowisko, podkreślając znaczenie zwłaszcza zachowania najwyższych środków ostrożności w kontekście potencjalnego przeniknięcia wektorów rekombinowanego DNA do środowiska naturalnego. Uwzględniono również, że część zagrożeń pozostaje nieznana i wymagane jest regularne podwyższanie standardów bezpieczeństwa wraz z dalszym rozwojem badań [50].

W roku 2015, po pierwszych próbach zastosowania metody CRISP-Cas9 na ludzkich embrionach w Chinach, w Waszyngtonie miała miejsce głośna konferencja bioetyczna, na której doszło do zażartej dyskusji między uczonymi odnośnie terapii germinalnych. Argumentem zwolenników metody jest niepodważalna korzyść takiej terapii w przypadku, gdy oboje z rodziców cierpią z powodu choroby jednogenowej dziedziczonej recesywnie i ich dzieci nieuchronnie również będą chorować. W trakcie debaty harwardzki naukowiec Steven Pinker skomentował krytyczne stanowisko bioetyków nazywając je *“fetyszyzacją ogólnych kategorii, takich jak godność, równość, sprawiedliwość społeczna, nienaruszalność, prywatność i wyrażanie zgody - kosztem zdrowia i życia ludzi z krwi i kości”* [51].

Po stronie naukowców stoją również niektórzy filozofowie współcześni. Uzasadnia się, że w trosce o zdrowie nienarodzonych dzieci człowiek podejmuje wiele innych decyzji medycznych, takich jak suplementacja kwasu foliowego czy szczepienia ochronne, natomiast człowiek postrzegany jest jako jednostka dążąca do autodeterminacji i wraz z rozszerzeniem spektrum swojej autonomii decyzyjnej wykorzystanie technik genetyki reprodukcyjnej staje się wręcz nieuniknione [52].

W związku z tym należy zadbać o bezpieczeństwo i jakość tych procedur, wskazując na zagrożenie ze strony woli współzawodnictwa w kreowaniu własnych dzieci, aniżeli starać się ich bezwzględnie zakazywać. Twierdzi się nawet, że niewykorzystanie technik w niektórych przypadkach, np. wspomnianego wcześniej dziedziczenia chorób jednogenowych jest zaniedbaniem moralnego obowiązku o nieszkodzeniu dziecku [52].

Podsumowując, bioetyka spełnia funkcję delimitacyjną na polu badań genetycznych, wskazując właściwe ramy do podejmowania ryzykownych działań naukowo-badawczych, które wiążą się z koniecznością proporcjonalnego zbilansowania możliwych korzyści i strat. Pomimo faktu, że ewolucja stanowisk bioetycznych jest znacznie wolniejsza i bardziej konserwatywna niż tempo rozwoju nauk ścisłych, niewątpliwie wciąż będzie odgrywała znaczącą rolę w kształtowaniu charakteru dalszych badań nad terapiami genowymi.

PRAWO

Problemem związanym z wdrożeniem w Polsce terapii genowych jest niedoprecyzowane i nieściśle prawo dotyczące samych badań genetycznych, które są nieodzowną procedurą poprzedzającą działanie terapeutyczne, co zostało wyraźnie zaznaczone w raporcie Najwyższej Izby Kontroli z 2017r. [53]. Można w związku z tym stwierdzić, że w świetle istniejącego prawa działania związane z terapiami genowymi w Polsce praktykowane są w myśl zasady „*co nie jest zabronione, jest dozwolone*”.

W Unii Europejskiej początkowy brak szerszych regulacji w sprawie najnowszych osiągnięć medycyny doprowadził do dywergencji prawa w stosunku do poszczególnych państw narodowych [54]. Dopiero w 2007 roku państwa członkowskie zaakceptowały Regulację dot. Zaawansowanych Terapii, gdzie terapie genowe zostały zaklasyfikowane do tzw. ATMPs (*advanced therapy medicine products*). Dozwolone są jedynie badania nad komórkami somatycznymi [55]. Akt ten miał na celu zapewnienie swobodnego przepływu technologii w krajach członkowskich w celu wyrównania dostępności terapii oraz zwiększenia konkurencyjności europejskich ośrodków badawczych z zachowaniem najwyższego bezpieczeństwa dla pacjentów. Co więcej, w 2018r. zostały wydane wytyczne dla badań klinicznych z zastosowaniem organizmów genetycznie modyfikowanych, w tym terapii genowych, przez Komisję Europejską i zatwierdzone przez większość krajów członkowskich [56]. Niestety, w związku z tym, że terapie genowe uznawane są jako GMO (*genetically modified organism*), podlegają również szeregom regulacji środowiskowych i agrokulturowych, odpowiednich dla poszczególnych państw członkowskich. Budzi to wiele kontrowersji wśród naukowców, ponieważ międzynarodowe zespoły badawcze zmagają się ze zróżnicowaniem prawa i procedur odpowiednio dla własnego kraju każdego z członków grupy badawczej, co postrzega się jako przyczynę spowolnienia rozwoju badań nad zaawansowanymi technologiami medycznymi w Unii Europejskiej. Największy stosunek ilości prowadzonych

badan klinicznych do rozmiarów państwa mają Szwajcaria, Belgia oraz Dania [57].

W celu zobrazowania trudności związanych z ustawodawstwem dotyczącym terapii genowych należy pochylić się również nad rozwiązaniami zaimplementowanym w krajach azjatyckich.

Dla przykładu, w Korei Południowej w 2016r. został znowelizowany tzw. “BioAct” z 2008r., który stanowi podstawową ustawę dotyczącą badań biologicznych. Zasadniczo zabronione jest tam przeprowadzanie terapii genowych na komórkach linii płciowych, zarodkach i płodach. Niemniej jednak nie jest zabronione bezwzględnie prowadzenie badań nad terapiami genowymi, ponieważ inny paragraf przyzwala na prowadzenie badań nad embrionami w celu leczenia niepłodności, dystrofii mięśniowych i innych nieuleczalnych schorzeń wyznaczonych przez Narodowy Dekret. Kolejnym utrudnieniem uniemożliwiającym na ten moment wprowadzenie terapii genowych w praktyce klinicznej jest zakaz celowego wytwarzania zarodków w celu prowadzenia takich badań. Można jedynie korzystać z zarodków rezydujących po terapii zapłodnienia *in vitro*, powstałych na drodze partenogenezy lub oocyty po transferze jądra. Jak widać, legislacja pozostaje stosunkowo nieprecyzyjna, a poszczególne zapisy nie tworzą spójnej wizji tego, na co mogą pozwolić sobie koreańscy naukowcy [58].

PIŚMIENNICTWO

1. Drewa G., Ferenc T.: Podstawy genetyki dla studentów i lekarzy. Wydawnictwo Elsevier & Partner, Wrocław 2003.
2. Cohen J.: The untold story of the ‘circle of trust’ behind the world’s first gene-edited babies.<https://www.sciencemag.org/news/2019/08/untold-story-circle-trust-behind-world-s-first-gene-edited-babies#sidebar> (data dostępu 06.02.2020).
3. Dulaj J.: Profesor Wacław Szybalski. Prekursor terapii genowych. *Wszechświat* 2013; 114 (1-3): 78-82.
4. Smith H., Wilcox K.W.: A Restriction enzyme from *Hemophilus influenzae*. Purification and general properties. *Journal of Molecular Biology* 1970; 51(2): 379–391.
5. Baltimore D.: RNA-dependent DNA polymerase in virions of RNA tumour viruses. *Nature* 1970; 226(5252): 1209–1211.
6. International Human Genome Sequencing Consortium. Finishing the euchromatic sequence of the human genome. *Nature* 2004; 431: 931-945.
7. Nowak J.: Postępy terapii genowej chorób dziedzicznych. *Kosmos* 1994; 43(2): 571-584.

8. Pearson S., Jia H., Kandachi K.: China approves first gene therapy. *Nature Biotechnology* 2004; 22(1):3-4.
9. Deev R., Plaksa I., Bozo I., Isaev A.: Results of an International Postmarketing Surveillance Study of pl-VEGF165 Safety and Efficacy in 210 Patients with Peripheral Arterial Disease. *American Journal of Cardiovascular Drugs* 2017; 17(3): 235-242.
10. Richards S.: Gene therapy arrives in Europe. <https://www.the-scientist.com/news-opinion/gene-therapy-arrives-in-europe-40230> (data dostępu 27.04.2020).
11. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approval-brings-first-gene-therapy-united-states> (data dostępu 27.04.2020).
12. Anguela X., High K.: Entering the Modern Era of Gene Therapy, *Annual Review of Medicine* 2019; 70: 273–288
13. Hollingsworth J. and Yee I.: Chinese scientist who edited genes of twin babies is jailed for 3 years. <https://edition.cnn.com/2019/12/30/china/gene-scientist-china-intl-hnk/index.html> (data dostępu 27.04.2020).
14. Ferenc T., Kowalczyńska L.: Terapia genowa [w:] *Genetyka Medyczna. Podręcznik dla studentów*. Drewa G., Ferenc T. (red.). Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 795-810.
15. <http://www.abedia.com/wiley/vectors.php> (data dostępu 27.04.2020).
16. Ginn S.L., Amaya A.K., Alexander I.E., Edelstein M., Abedi M.R.: Gene therapy clinical trials worldwide to 2017: An update. *The Journal of Gene Medicine*, 2018; 20(5): e3015.
17. Ginn S., Alexander I.: Gene therapy. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2016: 1-19..
18. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-skory/> (data dostępu 27.04.2020).
19. Zhang W.-W., Li J., Li D., Li X., Li W., Xu X., Zhang M. J., Chandler L. A., Lin H., Hu A., Xu W., Lam D. M.-K.: The First Approved Gene Therapy Product for Cancer Ad-p53 (Gendicine): 12 Years in the Clinic. *Human Gene Therapy* 2018; 29(2): 160-179.
20. Frołow M., Leśniak W., Bodzoń W.: Niedokrwienie kończyn dolnych [w:] *Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2019/2020*. Gajewski P. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2019: 373-380
21. Deev R.V., Bozo I.Y., Mzhavanadze N.D., Voronov D.A., Gavrilenko A.V., Chervyakov Y.V., Staroverov I.N., Kalinin R.E., Shvalb P.G., Isaev A.A.: pCMV-veg165 Intramuscular Gene Transfer is an Effective Method of Treatment for Patients With Chronic Lower Limb Ischemia. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics* 2015; 20(5): 473-482.

22. Gaudet D., Méthot J., Déry S., Brisson D., Essiembre C., Tremblay G., Tremblay K., de Wal J., Twisk J., van den Bulk N., Sier-Ferreira V., van Deventer S.: Efficacy and long-term safety of alipogene tiparvovec (AAV1-LPLS447X) gene therapy for lipoprotein lipase deficiency: an open-label trial. *Gene Therapy* 2012; 20(4): 361-369.
23. Tsang S.H., Sharma T.: *Leber Congenital Amaurosis*. [w:] *Atlas of Inherited Retinal Diseases*, Tsang S. H., Sharma T. (red.). Springer International Publishing, 2018: 131–137.
24. <https://omim.org/entry/204000> (data dostępu 27.04.2020).
25. <https://www.fda.gov/media/109906/download> (data dostępu 27.04.2020).
26. Russell S., Bennett J., Wellman J.A., Chung D.C., Yu Z.F., Tillman A., Wittes J., Pappas J., Elci O., McCague S., Cross D., Marshall K.A., Walshire J., Kehoe T.L., Reichert H., Davis M., Raffini L., George L. A., Hudson F. P., Dingfield L., Zhu X., Haller J. A., Sohn E. H., Mahajan V. B., Pfeifer W., Weckmann M., Johnson C., Gewaily D., Drack A., Stone E., Wachtel K., Simonelli F., Leroy B. P., Wright J. F., High K. A., Maguire A. M.: Efficacy and safety of voretigene neparvovec (AAV2-hRPE65v2) in patients with RPE65-mediated inherited retinal dystrophy: a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 2017; 390(10097): 849-860.
27. Lunn M.R., Wang C.H.: Spinal muscular atrophy. *Lancet* 2008; 371(9630): 2120-2133.
28. Hoy S. M.: Onasemnogene Abeparvovec: First Global Approval. *Drugs* 2019; 79: 1255-1262.
29. Stevens D., Claborn M. K., Gildon B. L., Kessler T. L., Walker C.: Onasemnogene Abeparvovec-xioi: Gene Therapy for Spinal Muscular Atrophy. *Annals of Pharmacotherapy* 2020; 1-9.
30. <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=68cd4f06-70e1-40d8-bedb-609ec0afa471> (data dostępu 27.04.2020).
31. Hołowiecki J.: *Ostre białaczki limfoblastyczne (ALL)* [w:] *Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2019/2020*. Gajewski P. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2019: 1011-1013.
32. Liu Y., Barta S. K.: Diffuse large B-cell lymphoma: 2019 update on diagnosis, risk stratification, and treatment. *American Journal of Hematology* 2019; 94(5): 604-616.
33. Maude S.L., Laetsch T.W., Buechner J., Rives S., Boyer M., Bittencourt H., Bader P., Verneris M.R., Stefanski H. E., Myers G.D., Qayed M., De Moerloose B., Hiramatsu H., Schlis K., Davis K.L., Martin P.L., Nemecek E.R., Yanik G.A., Peters C., Baruchel A., Boissel N., Mechinaud F., Balduzzi A., Krueger J., June C H., Levine B.L., Wood P.,

- Taran T., Leung M., Mueller K.T., Zhang Y., Sen K., Lebwohl D., Pulsipher M. A., Grupp S.A.: Tisagenlecleucel in Children and Young Adults with B-Cell Lymphoblastic Leukemia. *The New England journal of medicine* 2018; 378(5) :439–448.
34. <https://www.fda.gov/media/107296/download> (data dostępu 27.04.2020).
35. <http://www.abedia.com/wiley/genes.php> (data dostępu 27.04.2020).
36. Foss D.V., Hochstrasser M.L., Wilson R.C.: Clinical applications of CRISPR-based genome editing and diagnostics. *Transfusion* 2019; 59(4): 1389-1399
37. Jiang C., Mei M., Li B., Zhu X., Zu W., Tan W., Wang Q., Guo Y., Dong Y., Tan X.: A non-viral CRISPR/Cas9 delivery system for therapeutically targeting HBV DNA and pcsk9 in vivo. *Cell research* 2017; 27: 440-443.
38. Ledford H.: CRISPR treatment inserted directly into the body for first time. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00655-8> (data dostępu 27.04.2020).
39. Lee J., Mou H., Ibraheim R., Liang S.-Q., Liu P., Xue W., Sontheimer E. J. Tissue-restricted Genome Editing in vivo Specified by MicroRNA-repressible Anti-CRISPR Proteins. *RNA* 2019; 25(11): 1421-1431.
40. Anzalone A.V., Randolph P.B., Davis J.R., Sousa A. A., Koblan, L.W., Levy J.M., Chen P.J., Wilson C., Newby G.A., Raguram A., Liu D.R.: Search-and-replace genome editing without double-strand breaks or donor DNA. *Nature* 2019; 576(7785): 149-157.
41. Brzeziński T.: *Etyka lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
42. Wróbel J.: *Terapie genowe z perspektywy bioetycznej*. *Teologia i moralność* 2010; 8: 7-24.
43. *Kongregacja Nauki Wiary. Dignitatis personae*. Rzym 2008.
44. *Naczelna Izba Lekarska. Kodeks Etyki Lekarskiej*. Toruń 2003, Art. 51h.
45. Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, Rzym 1995.
46. Franciszek, *Evangelii gaudium*, Rzym 2013.
47. Gregorczyk K.: *Bioetyka konfucjańska jako odpowiedź na wyzwania współczesnej biomedycyny*. *Gdańskie Studia Azji Wschodniej* 2018; 14: 39-52.
48. Strzdała A.: *Kryzys globalnej bioetyki. Neokonfucjańska krytyka bioetyki globalnej*. *Kultura - historia - globalizacja* 2011; 8: 175-184.
49. Carus P.: *Nauki Buddy*. Oficyna Wydawnicza UNUS, Wrocław 1991.
50. Berg P., Baltimore D., Brenner S., Roblin R., Singer M.: Summary Statement of the Asilomar Conference on Recombinant DNA. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 1975; 72(6): 1981–1984.

51. Miller H.: W obronie terapii germinalnej <https://opinie.wp.pl/henry-miller-w-obronie-germinalnej-terapii-genowej-6017812619814017a?nil=> (data dostępu 27.04.2020).
52. Dryła O.: Dlaczego wolno wykorzystywać zdobycze genetyki klinicznej w celach prokreacyjnych? *Filozofuj* 2019; 29(5): 9-12.
53. Popławska M., Mirończuk M.: *Badania genetyczne w Polsce*. Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Warszawie 2017.
54. <http://www.genetherapynet.com/europe.html> (data dostępu 27.04.2020).
55. Regulation No 1394/2007 of the European Parliament and of the Council. Official Journal of the European Union 2017.10.12
56. Good Practice on the assessment of GMO-related aspects in the context of clinical trials with human cells genetically modified by means of retro/lentiviral vectors. 2018
57. Fernandez C.R.: EU regulations are holding back gene and cell therapy clinical trials. <https://www.labiotech.eu/regulatory/eu-regulations-cell-gene-therapy-trials/> (data dostępu 27.04.2020).
58. Na-Kyoung K.: Gene-Editing: Interpretation of Current Law and Legal Policy. *Development & Reproduction* 2017; 21(3): 343–349.

Holistyczny wymiar opieki zdrowotnej – sfera duchowa

Halina Kulik¹, Hanna Paszko², Józefa Dąbek³

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa
2. Członek Apostolstwa Chorych, członek Komisji Etyki przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
3. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra i Klinika Kardiologii

„...dobre słowa są jak kwiaty, zawsze można je ofiarować”

Jacek Tonkowicz, Jaśminowa miłość

WPROWADZENIE

Współczesna medycyna, podobnie jak cały świat, pełna jest różnych zawiłych antagonizmów i wielopłaszczyznowych konfliktów. Wprawdzie jej istnienie nigdy nie było i nadal nie jest kwestionowane, to jednak w miarę rozwoju jej potęgi, „dobro chorego” jak również „zdrowie i życie człowieka”, będące przez tysiąclecia najwyższym celem, stały się pojęciami niejednoznacznymi.

Za finalne osiągnięcie w dziedzinie obiektywizacji teorii i praktyki medycznej uznaje się tzw. medycynę opartą na dowodach (*Evidence-based medicine*, EBM), a w ślad za tym praktykę pielęgniarstwa opartą na dowodach (*Evidence Based Nursing Practice*, EBNP), które kategorycznie odrzucają „wartość intuicji, niesystematycznego doświadczenia klinicznego, a także tych podstaw patofizjologicznych, których znaczenie dla zrozumienia konkretnych chorób lub sytuacji nie zostało sprawdzone”[1].

Medycyna naukowa oparta na metodzie naukowej, na prawach matematyki, fizyki i chemii nie jest jednak w stanie dostrzec i zaspokoić wszystkich potrzeb i oczekiwań człowieka chorego – zwłaszcza duchowych, wytwarzając destruktywną i demobilizującą pustkę. Na tę pustkę zwrócono uwagę już na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia podczas międzynarodowego sympozjum poświęconego uniwersalizmowi w kształceniu i kulturze

medycznej [2]. *Natura abhorret vacuum!*”. Profesor Kazimierz Imieliński (1929-2010), polski lekarz seksuolog, profesor medycyny zaznaczył wówczas, że tę pustkę, czyli to co zostało pominięte przez medycynę i lekarzy, wypełniają często przypadkowe, niejednokrotnie szkodliwe dla zdrowia teorie i „terapeuci” – znachorzy, uzdrowiciele i szarlatani, modne trendy, duchowi guru i inni mistrzowie [3].

Holistyczny model zdrowia, powstały w oparciu o założenia teorii systemów Ludwiga von Bertalanffy`ego (1901-1972), austriackiego biologa i filozofa, aspirujący do całościowego pojmowania funkcjonowania człowieka respektuje pomijane dotąd w koncepcjach klinicznych obszary [4]. Warto nadmienić, że wspomniane obszary w epoce przednaukowej należały do fundamentalnych, a „pralekarz”, był pośrednikiem pomiędzy *sacrum*, wokół którego koncentrowały się praktyki religijne, wierzenia i obrzędy, a *profanum*, czyli sferą ludzką [5].

W modelu holistycznym medycyna jest bardziej „*sztuką opartą na podstawach naukowych niż nauką*” [3].

Empatyczne relacje pomiędzy wykonawcą zawodu medycznego, lekarzem lub pielęgniarką a pacjentem wyzwalały niesamowite potencjały siły i energii mające właściwości uzdrawiające. To fundament samoregulacji, samonaprawy i samowyzdrowienia.

Bodźcem inicjującym są nie tylko działania (procedury) lecznicze, ale także czynniki osobowościowe, takie jak: zrozumienie, życzliwość, szacunek i współczucie, uśmiech, empatyczna troska, sugestia oraz wiara i nadzieja.

CEL PRACY

Celem pracy było zwrócenie uwagi na znaczenie duchowości i etyki troski w holistycznej opiece nad pacjentem.

Współczesne zawody medyczne, zróżnicowane pod względem spełnianej roli, posiadają odrębną tożsamość zawodową, jak również odrębne techniki diagnozowania i przybliżania się do człowieka chorego i cierpiącego. I jest to prawidłowość. Jednak w zakresie zasadniczego spojrzenia z perspektywy całego człowieka, jego życia i problemów chorobowych, w każdym ze wspomnianych zawodów medycznych wyłania się (powinna się wyłaniać) na plan pierwszy duchowość i etyka troski.

Bez tych elementów, niezbędnych w przybliżaniu się do każdego człowieka cierpiącego, a w szczególności chorego objętego opieką paliatywną i hospicyjną, cały profesjonalizm wpleciony w systemy procedur i wyznaczników finansowych, może stać się bardzo trudną pracą.

DUCHOWOŚĆ I ETYKA TROSKI W OPIECE NAD PACJENTEM

„Duchowy wymiar człowieka jest trudny do uchwycenia i opisania, bo pozostaje w znacznym stopniu poza poznaniem rozumowym. Przekracza cielesność, umysł i emocjonalność jednostki, chociaż może się przez nie wyrażać. Jest jakby drugą stroną rzeczywistości, gdzie spełnia się inny rodzaj widzenia, rozumienia, często wykraczający poza tradycyjnie rozumianą logikę” [6].

Przez wieki duchowa sfera człowieka była przedmiotem rozważań, głównie teologów i filozofów. W ostatnich dekadach wzrosło zainteresowanie duchowością na gruncie psychologii, jak również medycyny [7-12]. Niezależnie jednak od dziedziny nauki wielu autorów zwraca uwagę na trudności związane z definiowaniem duchowości, podkreślając jej złożoność i wielowymiarowość [13-16].

Badania nad wpływem duchowości na zdrowie zainicjowane zostały w Stanach Zjednoczonych, a jedną z inicjatorek była profesor medycyny Christine Puchalski, liderka międzynarodowego ruchu integrującego duchowość z opieką zdrowotną w warunkach klinicznych i w edukacji medycznej [12,17]. W Stanach Zjednoczonych już w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia, zwrócono uwagę na niepokojące negatywne skutki pomijania bądź ignorowania potrzeb duchowych podkreślając, że pacjenci mają prawo i powinni oczekiwać, że lekarze uszanują ich przekonania i będą potrafili rozmawiać z nimi na temat problemów duchowych z szacunkiem i troską [18].

Wyniki przeprowadzonych badań nad jakością życia jednoznacznie potwierdziły potrzebę uwzględniania, pomijanej sfery duchowej. Stwierdzono, że duchowość jest powiązana z jakością życia w takim samym stopniu, jak dobrostan fizyczny, którego znaczenia w nauce nie kwestionowano [19]. Autorzy licznych badań potwierdzili zarówno zależność pomiędzy wartościami duchowymi i przekonaniami religijnymi pacjenta, a takimi wyznacznikami zdrowia, jak: ogólna jakość życia, umiejętność radzenia sobie z chorobą, powrotem do zdrowia i sił po: przebytej ciężkiej chorobie, interwencji chirurgicznej, ciężkim urazie, wypadku lub epizodzie depresji oraz optymistycznym nastawieniem pomimo trudnej sytuacji zdrowotnej [12]. Dowiedziono również, że pacjenci oczekują uwzględniania ich potrzeb duchowych w procesie terapeutycznym [20]. Sfera duchowa okazała się szczególnie ważna w sytuacji chorób zagrażających życiu (77%), innych poważnych schorzeniach (74%) oraz po utracie osób bliskich (70%) [20].

Już wówczas sformułowano przekonanie o potrzebie włączenia do programów kształcenia zagadnień etycznych związanych z rolą duchowości w opiece medycznej

i wdrażanie do praktyki klinicznej. Stowarzyszenie Amerykańskich Uczelni Medycznych (*Association of American Medical Colleges – AAMC*) zorganizowało konferencję poświęconą znaczeniu duchowości i zdrowia w praktyce klinicznej, podczas której przyjęto definicję duchowości, podkreślając jej doniosłe znaczenie dla „całościowej” opieki medycznej [12]. Sformułowano również przekonanie, że podstawowe wartości, takie jak: altruizm i służenie innym są fundamentem opieki „całościowej”, a sama opieka nad pacjentem to nie tylko zawód, ale i „powołanie”. Pomijanie sfery duchowej kryje w sobie podejście redukcjonistyczne. Nie można bowiem rozważać cierpienia związanego z chorobą w inny sposób, jak tylko opisując je jako stan psycho-społeczno-duchowy i fizyczny [12].

Przyjętą wówczas definicję duchowości rozumiano jako: *„poszukiwanie przez osobę najwyższego sensu poprzez uczestniczenie w religii i/lub wierze w Boga, rodzinie, naturalizmie, racjonalizmie, humanizmie oraz sztuce. Wszystkie wymienione aspekty mogą wpływać na to, jak pacjenci i pracownicy opieki zdrowotnej postrzegają zdrowie i chorobę oraz jak kształtują się ich wzajemne relacje”* [12]. Warto wspomnieć również, że powyższa definicja harmonizuje ze standardami etyki lekarskiej. Zgodnie bowiem z „Kodeksem etyki lekarskiej”, opracowanym przez AMA (*American Medical Association*), *lekarze powinni zapewnić profesjonalną opiekę opartą na szacunku i współczuciu – podstawowych wartościach duchowych*, a według ACP (*American College of Physicians*), *lekarze opiekujący się poważnie chorymi powinni się zająć nie tylko ich bólem fizycznym, ale także ich cierpieniem psychicznym, społecznym, egzystencjalnym i duchowym* [12].

W 2012 roku w Stanach Zjednoczonych ukazał się pierwszy podręcznik poświęcony zagadnieniu duchowości [21]. Puchalski podała, że już w 1992 roku zostały wprowadzone zajęcia poświęcone duchowości na Uniwersytecie George’a Washingtona (*George Washington University’s Institute for Spirituality and Health – GWISH*), które cztery lata później zostały wpisane w program nauczania obowiązkowego. Ważną rolę wspierającą powyższą inicjatywę spełnił powstały na wymienionym Uniwersytecie - Instytut ds. Duchowości i Zdrowia, zapoczątkowując specjalny program, w ramach którego wyróżniano uczelnie decydujące się wprowadzić opisane zajęcia. W efekcie, w Stanach Zjednoczonych aż 75% uczelni medycznych realizuje zajęcia z duchowości [12]. Zdefiniowane zostały szczegółowe efekty kształcenia, jak również kompetencje i postawy osób prowadzących zajęcia. Opracowano również standardy i procedury pozwalające włączyć duchowość w system kształcenia i system opieki zdrowotnej.

Małgorzata Krajnik, profesor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu i Prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie, w komentarzu do cytowanego

w pracy artykułu Puchalskiej, pt.: *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, podkreśliła, że: „Wielu polskich lekarzy i innych członków zespołów terapeutycznych uważa, że poza pewnymi wyjątkami (jak np. opieka paliatywna) wymaganie od nich poznania „historii duchowej” chorego, czy też udzielanie mu wsparcia w sferze duchowej jest już przesadą. A te właśnie zadania są podstawowymi składowymi obowiązkowych programów nauczania dla przyszłych lekarzy amerykańskich”[22]. Autorka w sposób szczególny podkreśliła „dlaczego opłaca się duchowość w medycynie”, zwracając uwagę nie tylko na jej wspierającą wartość w procesie leczenia, ale również na argumenty natury ekonomicznej. „Wyniki przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych badań wykazały, że koszt leczenia chorych w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, którzy nisko oceniali uzyskane od zespołu terapeutycznego wsparcie duchowe, był o około 2400 dolarów wyższy w porównaniu z tymi, którzy byli zadowoleni ze wsparcia duchowego”[22].

Pod koniec 2015 roku w Krakowie powstało Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM), którego celem było nie tylko określenie standardów dobrej praktyki w tym zakresie, ale również „...integrowanie i reprezentowanie środowiska osób zainteresowanych opieką duchową w medycynie” [23].

Duchowość jest jednym z wymiarów ludzkiego życia, stanowiącym odniesienie do transcendencji i innych egzystencjalnie ważnych wartości [24]. Wielu autorów podkreśla uniwersalny charakter wymienionej sfery życia człowieka, ważnej zarówno dla ludzi wierzących, jak i niewierzących [25-28].

Władysław Biegański (1857-1917), lekarz internista, filozof i etyk, pod koniec XIX wieku w *Myślach i aforyzmach o etyce lekarskiej* pisał:

„Już Hipokrates dowodził, że leczyć trzeba nie tylko ciało, ale i duszę chorego. Na chore ciało stosujemy leki i inne zabiegi lecznicze, na cierpiącą wskutek choroby ciała duszę stosować powinniśmy ciepłe słowa pociechy i serdecznego współczucia” [29].

Misję medycyny i lekarzy bardzo trafnie oddają kolejne sentencje autora:

„Pamiętajmy o tym, że medycyna urodziła się z niedoli, a jej rodzicami chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może wstrętnym nawet rzemiosłem”.

„Gdyby medycyna nie posiadała żadnego skutecznego środka w walce z chorobą, to i wtedy lekarze byłiby potrzebni, jako pocieszyciele w chorobie, w tej wielkiej ludzkiej niedoli” [29].

Nie będzie przesadą stwierdzenie, że współczesna medycyna oparta na metodzie naukowej, ma problem z zaakceptowaniem sfery duchowej człowieka. Brakuje powszechnie przyjętej definicji duchowości, narzędzi pomiaru i kryteriów oceny oraz możliwości diagnozowania i identyfikacji określonego stanu (diagnoza nozologiczna), a w ślad za tym pozostałych, ważnych z punktu widzenia lekarskiego, elementów rozpoznania, czyli możliwości określenia przyczyny zaburzeń, stopnia ich zaawansowania, metod terapii oraz prognozowanych skutków.

Personel medyczny potrzeby duchowe pacjentów najczęściej utożsamia z praktykami religijnymi i pozostawia je kapelanowi szpitalnemu. Rozpoznanie i reakcja na duchowe potrzeby pacjentów, czyli wsparcie duchowe, nie wiąże się z koniecznością podejmowania dodatkowych procedur i posiadania w tym zakresie kwalifikacji. Wystarczy chęć zrozumienia i pomocy oraz odrobina pokory, towarzyszenie, czyli zwykła obecność przy chorym, wspierające dobre słowa, gesty i dotyk, umiejętność odbierania wysyłanych przez chorego sygnałów, a w szczególności dostrzeganie lęku i cierpienia, czyli zdolność do empatii.

Dojrzałość zawodowa wszystkich pracowników medycznych nasycona empatyczną troską o chorego powinna w codziennej pracy przejawiać się w zrozumieniu, uznaniu różnic zawodowych innych pracowników oraz stałą gotowość wychodzenia naprzeciw cierpiącym i potrzebującym chorym. To „wychodzenie” w każdych okolicznościach należy prezentować swoją postawą, jako przejaw ugruntowanej wiedzy, duchowości i miłości do każdego bliźniego, nie oczekując nic w zamian.

Przyznać należy, że są to wysokie wymagania. A taką pozytywną postawę mogą prezentować ludzie *wyjątkowi*, nazywani także ludźmi *wielkiego*, ale *skromnego* formatu. Bo „ta szczególna wielkość” skryta jest w prostocie zachowania, w serdecznym słowie, w pokornej służbie drugiemu człowiekowi bez odrobiny blichtru przynależnego celebrytom, z pierwszych stron gazet.

Prostota, to nic innego jak postawa, z której chory wyczyta przyjazną troskliwość i wsparcie zawarte w serdecznym, dobrym słowie, geście czy samej obecności.

Prawdą jest (i chyba wszyscy zgadzamy się z tą prawdą), że nikt nie chce chorować. Biedny, bogaty, młody czy dorosły. Nikt. Nikt także nie czeka na przykre wiadomości podczas procesu diagnostycznego. Nikt nie chce, aby w sytuacjach zagrożenia życia lub jego nieuchronnego kresu, ktoś postawił na jego chorej osobie *krzyżyk*. Nawet wtedy, gdy na klinicznym lub szpitalnym wypisie widnieje przerażający, niezrozumiały wyraz: nieuleczalny. Z nadzieją w sercu każdy człowiek, bez wyjątku pragnie, aby przestało boleć, aby iskierka zdrowia i życia nadal się tliła.

Każdego dnia personel medyczny realizujący swoje zadania, pamięta o obawach związanych z chorobą, która może dotknąć także ich. Nie dziwi się, lecz akceptuje frustracje i niepokoje ludzi chorych. Pamięta o tym, że już w Biblii, w Księdze Mądrości, zostały zapisane wyjątkowe słowa:

*„Zdrowie i siła lepsze są niż wszystko złoto,
a mocne ciało niż niezmierny majątek.
Nie ma większego bogactwa nad zdrowie człowieka
i nie ma zadowolenia nad radość serca.
Lepsza jest śmierć niż przykre życie
i lepszy wieczny odpoczynek niż stała choroba” [30].*

„Białą” personel pracując przy chorym widzi i słyszy, jak przewlekłe chory lub nieuleczalnie cierpiący człowiek (niezależnie od płci i statusu społecznego) zadaje podobne pytania: *„dlaczego ja, dlaczego właśnie ja mam umierać, dlaczego teraz?”* Bywa, że właśnie w takich chwilach, w swoim głębokim osamotnieniu i wewnętrznym przeżywaniu bólu człowiek chory klóci się nawet z Bogiem, w którego wierzy. Głębia tych doświadczeń i indywidualnych (bardzo intymnych) przeżyć jest niewyobrażalna i trudna do opisanie.

Pracownik medyczny o ugruntowanej postawie etycznej i moralnej, o wzbogaconej własnej duchowości bardzo dobrze wie, że gniewu człowieka dotkniętego wszechogarniającym bólem nie można pomylić z zagniewaniem człowieka zdrowego. Ten gniew z pogranicza życia i śmierci należy akceptować aż do ostatniego oddechu. Należy otoczyć szacunkiem i zrozumieniem. Tego wymaga postawa bezwzględnego szacunku dla życia każdego człowieka. Pielęgniarka i lekarz wskazują całą swoją osobą, że postawa człowieka o szlachetnej duszy jest postawą człowieka sumienia.

„Musimy przede wszystkim być pokorni. (...). Chorzy nie znoszą szablonu w postępowaniu. /.../.

Błagam o jedno, niech nam nikt nie okazuje współczucia z powodu naszej trudnej pracy. My jesteśmy szczęśliwe, że możemy czynić te posługi. Tak często zapomina się, że nowe przykazanie dał nam Chrystus, ilustrując je właśnie przykładem dobrego Samarytanina. Jeśli my idziemy za tym przykładem, to czy należy nam współczuć?” [31].

Hanna Chrzanowska (1902-1973), prekursorka pielęgniarstwa rodzinnego, działaczka społeczna i błogosławiona Kościoła katolickiego, wypowiedziała te słowa czterdzieści pięć lat temu. Ich aktualność i ponadczasowość nie budzą jednak wątpliwości. Mając na uwadze dobro człowieka chorego podkreślała, że „chorzy nie znoszą szablonu” w postępowaniu. Dzisiaj, co bardzo łatwo zauważyć, dawny „szablon” zmienił się w „procedurę” i to właśnie procedura

chce zajmować miejsce najważniejsze. Wiele razy pacjenci słyszą zwroty: „procedura mi nie pozwala”. Czy na pewno? Czy tak być powinno? Czy człowiek ma się zmienić na przypisany mu numer chorobowy i dopasowaną do niego procedurę?

Drugi element, który podnosiła cytowana wcześniej autorka w przytoczonym fragmencie wypowiedzi, to pokora. Pokora w nas. To „biały personel” pracujący z cierpiącym człowiekiem ma mieć pokorę w sobie, ma głosić „dobrą nadzieję”.

„Pracując w hospicjum dziesięć lat, nie jestem w stanie odpowiedzieć, czy da się przygotować do śmierci, czy nie, bo każdy to przeżywa po swojemu. I im dłużej pracuję z chorymi, tym bardziej uczę się p o k o r y w wydawaniu sądów, że posiadamy jakiś cudowny sposób przygotowania pacjentów do śmierci”[32].

Przybliżając się do ludzi potrzebujących opieki paliatywnej i hospicyjnej, każdy członek zespołu terapeutycznego zadaje sobie te same pytania: Czy jestem w stanie pomagać, pracować, wspierać i współodczuwać? Czy mam w sobie potrzebną pokorę?

Z własnego doświadczenia wiemy, że diagnozowanie własnej postawy zawodowej przepełnionej pokorą, szczególnie w sytuacjach zbliżania się do „cudzej śmierci” nie jest sprawą ani prostą, ani łatwą. Między innymi dlatego, że współcześnie niektóre osoby „pokorę” uważają za „zbędną ckliwość lub za archaizm”.

Ksiądz Jan Twardowski (1915-2006) uważał, że pokora nie jest umniejszaniem samego siebie lecz jest prawdą o sobie samym. Pokorę nazywał wewnętrznym skarbem i wewnętrzną wartością. Dodawał, że dzięki pokorze człowiek uczy się dziękować Bogu za wszystko, także za doznane przykrości i upokorzenia [33].

Czy we współczesnej medycynie jest jeszcze miejsce na pokorę? Pokorę wobec życia i sił, które nim rządzą, własnych słabości i błędów, a przede wszystkim drugiego człowieka (chorego, podwładnego, współpracownika)?

Wiesław Nasiłowski (1920-1982), lekarz-humanista, profesor chirurgii i pionier kombustologii, z niepokojem pisał o dehumanizacji sztuki i medycyny połowy dwudziestego wieku:

„Wyrazem humanizmu winna być przede wszystkim sztuka i ... medycyna. Sztuka współczesna w wielu swych współczesnych nurtach oderwała się od humanizmu i kroczy drogą „szukania oryginalności za wszelką cenę”. A medycyna zrodzona została w walce z bólem i nieszczęściem. Córa miłosierdzia i produkt najszlachetniejszych idei pomocy bliźniemu – czy przesycona jest tym właśnie pierwiastkiem humanizmu pojętego najszerzej? Humanizmu dla którego powstała? W naszych warunkach medycyna jest przede wszystkim organizacją, a w drugiej kolejności wiedzą. Inne cechy kryją się dość wstydliwie na peryferiach. Zbudowano

potężny gmach organizacji medycyny. Powstał olbrzymi instrument podzielony na paragrafy, na punkty i podpunkty” [34].

Pokora, w każdej sytuacji życiowej pozwala człowiekowi na uszanowanie tego, czego sam nie rozumie. Jest więc priorytetem w okolicznościach zbliżania się do końca czyjegoś życia. Śmierci nie można po ludzku, bez wiary i szacunku zrozumieć.

Dlatego wyjątkowo mocno podkreślić należy wartość *troski* o drugiego człowieka, która wymaga od osób wykonujących zawody medyczne wyjątkowych umiejętności słuchania ze zrozumieniem, wsłuchiwania się i akceptowania dyżurowych trudności, niezależnie od własnych słabości. Zawsze, przed podjęciem decyzji o pracy z ludźmi „szczególnej troski” (a przecież takimi są osoby chore, a w szczególności będące u kresu życia, które np. znajdują się pod opieką hospicjum), potrzebna jest pokora i autoanaliza własnej sprawności psychicznej i fizycznej, własnej duchowości i świadomości. Pomocnym w podejmowaniu decyzji są proste lecz znaczące pytania: „chcę?” czy „muszę?”.

Nie może być tak (a niestety, nieraz bywa), że do hospicjum „wpadnę” po innym trudnym dyżurze. Opieka hospicyjna wymaga poświęcenia i czasu. Każdy chory człowiek objęty takim rodzajem opieki wymaga czasu i poświęcenia. Wpadać można do kawiarni na kawę. Własny wybór musi pozostać jasny i jednoznaczny. Jestem, bo tak chcę!

Chcę z wyboru własnego zawsze oznaczać będzie pragnienie, gotowość do pracy, otwartość na realizowanie (lekarskiej, pielęgniarzkiej) troski w imię miłości do bliźniego, wyciągniętą pomocną dłoń, która wesprze i podtrzyma, a jeśli taka potrzeba zaistnieje złoży ręce do modlitwy.

Muszę z innego wyboru, zawsze oznaczać będzie zniewolenie, męczący obowiązek, niechęć, brak zrozumienia, brak perfekcji w wykonywaniu zadań. Kto się zmusza do realizowania pielęgniarzkiej troski, nigdy nie będzie usatysfakcjonowany, nie będzie dobrym opiekunem chorego. Lepiej zrezygnować niż trwać w tak trudnym zniewoleniu.

Marcin Kacprzak (1888-1968), lekarz, pedagog i pionier medycyny społecznej podkreślał, że: *„Medycynę powinni wybierać tylko ci, którzy będą mogli nią żyć, którzy w czynnościach lekarskich znajdą zadowolenie takie, jakiego inny zawód dać im nie może”*[35].

Wykonywanie zawodu medycznego z przymusu czyni nieszczęśliwym nie tylko jego wykonawcę - dawcę usług zdrowotnych, ale również te wszystkie osoby, które będą podmiotem jego troski.

Konsekwencje niewłaściwego wyboru zawodu bardzo trafnie oddają kolejne aforyzmy Biegańskiego:

„Znałem lekarzy, którzy nie cierpieli swojego zawodu. Ludzie ci byli podwójnie nieszczęśliwi: po pierwsze dlatego, że nie mieli powodzenia w swoim zawodzie, następnie dlatego, że żyli w wiecznej rozterce moralnej. Czy może coś więcej ciążyć człowiekowi, jak przymus wykonywania przez całe życie tego, do czego czuje wstręt nieprzezwyciężony”.

„Kto szuka tylko chleba w swoim zawodzie, ten chleb może znaleźć, ale pustki życia tym sposobem nie wypełni. A wypełnić życie tak, żeby w nim żadnej szczeliny, żadnej pustki nie pozostało, stanowi całą sztukę życia i bodaj czy nie całe szczęście człowieka?” [29].

M. Keirse podkreślał, że niezwykle istotnym, chociaż często pomijanym elementem procesu leczenia jest towarzyszenie. Jego istotą jest sama obecność, czyli bycie blisko drugiego człowieka, niezależnie od jego sytuacji i stanu. *„To granie drugich skrzypiec”* [36]. To zarazem bycie jego bliźnim i propozycja stałej gotowości do bycia z nim w czasie, gdy doświadcza sytuacji trudnej. Taka bliskość i propozycja troski daje poczucie bezpieczeństwa i uspokaja. Niezwykle trudno jest towarzyszyć człowiekowi umierającemu. Oznacza to, że będzie się z nim przebywać stale, że będzie się obecnym przy nim w jego najbardziej intymnych przeżyciach – bólu i cierpieniu oraz w czasie jego zmagania się z bolesną, trudną do przyjęcia prawdą. Ale przede wszystkim, że będzie się obecnym przy nim w drodze do brzegu życia.

Dobre, terapeutyczne relacje pomiędzy osobą chorą a pracownikiem medycznym zależą od wielu czynników. Fundamentem niezwykle złożonego i wielowymiarowego procesu porozumiewania się są słowa. Współcześnie, pomimo że dysponujemy coraz doskonalszymi możliwościami i technikami komunikowania się, to jednak coraz trudniej jest nam się porozumieć i zrozumieć. Zmieniło się znaczenie, wartość i smak wielu słów. Paszko określiła „słowo” elementem bazowym pielęgniarstwa, podkreślając, że świadoma i odpowiedzialna pielęgniarka wie, jaką wartość mają takie zwroty, jak na przykład: *„śpij spokojnie, ja będę czuwać”, „jestem tuż obok ciebie, więc nie bój się, nie obawiaj się niczego”* [37]. Chociaż są niezwykle proste w swojej wymowie, to nie wolno ich lekceważyć, ponieważ słowa te dla człowieka cierpiącego, pogrążonego w rozpacz i bezradności, stanowią parasol bezpieczeństwa dając ukojenie i ulgę w cierpieniu. Świadomość odpowiedzialności za każde wypowiedziane i zapisane słowo, to fundament wszystkich dokonywanych przez pracowników medycznych wyborów, podejmowanych decyzji oraz postaw etycznych.

Równie ważny jest dotyk, jeden z najważniejszych zmysłów, a zarazem niewerbalna forma porozumiewania się. Podobnie jak słowo stanowi nić porozumienia pomiędzy bliskimi sobie ludźmi. Należy jednak pamiętać, że dotyk należy do sygnałów uwarunkowanych kulturowo i regulowanych ściśle określonymi zasadami. Co w jednej kulturze stanowi normę i jest akceptowane, a nawet wymagane, w innej może być niedopuszczalne.

W sytuacji świadczenia profesjonalnej opieki medycznej dotyk nabiera szczególnego znaczenia. Z jednej strony może działać kojąco i przynosić ulgę, a z drugiej może również stać się przyczyną urazu lub poważnego dyskomfortu [38]. Wszyscy wykonawcy zawodów, w których zakres kompetencji wpisane jest wchodzeniem w tzw. przestrzeń intymną, a w szczególności lekarze, pielęgniarki, położne i fizjoterapeuci, są świadomi wysokiego terapeutycznego potencjału dotyku. Jest wiele sytuacji, w których dotyk jest nieodzowny i bardzo wskazany, ale również są takie, w których należy zachować szczególną ostrożność w jego stosowaniu [39].

Dotyk, czyli metaforyczne połączenie klinicysty i terapeuty ma siłę uzdrawiania [40]. Szczególnego znaczenia nabiera w terapii manualnej. Znaczący zagadnienia podkreślają, że to właśnie dotyk może odgrywać kluczową rolę w terapii, a cała reszta to efekt placebo [40].

Od zarania dziejów w medycynie zwracano uwagę na wartość terapeutyczną właściwego kontaktu z chorym. Warto podkreślić, że przez całe tysiąclecia była ona bezradna wobec wielu problemów zdrowotnych. Można również przypuszczać, że o powodzeniu i skuteczności stosowanego leczenia nie decydowało ono samo, ale właśnie okazywanie choremu zainteresowania, współczucia i dobroci oraz duchowej pociechy.

I w tym miejscu warto zacytować myśl W. Biegańskiego:

„Gdyby medycyna nie posiadała żadnego skutecznego środka w walce z chorobą, to i wtedy lekarze byliby potrzebni, jako pocieszyciele w chorobie, w tej wielkiej niedoli ludzkości”[29].

Cierpienie jest zjawiskiem niezwykle złożonym i wielowymiarowym. *„Człowiek jest niezwykle, złożoną indywidualnością ze swoją fizycznością i duchowością. Każdy odbiera i przyjmuje cierpienie inaczej /.../. Pielęgniarka również jest kimś niepowtarzalnym z własnym bagażem kultury i doświadczeń życiowych, stąd też reaguje bardzo indywidualnie na zawodowe spotkanie z cudzym bólem, cierpieniem, płaczem, osamotnieniem i odchodzeniem na drugą stronę życia. Niezależnie jednak od sytuacji jest świadoma, że w komunikowanie z pacjentem – serdeczne i dające otuchę – powinna wkładać współodczuwanie i pokorę – elementy kobiecej szlachetności. Słowa wypowiedane przez pielęgniarkę nie mogą ranić i zasmucać. Powinny przynosić nadzieję, bo pacjent zawsze czeka na słowa nadziei”* [41].

Niestety w programach kształcenia na kierunkach medycznych niewiele jest miejsca na inne, niż fizyczne, rozumienie cierpienia.

Niezwykle trudno jest zrozumieć i przyjąć cierpienie, zwłaszcza w jego wszechogarniającym wymiarze. Sztuką i darem jest więc umiejętność odczytywania cierpienia

i niesienia w nim ulgi. Profesjonalne wsparcie pozwala pokonać strach oraz przynosi wyraźną ulgę, dodając siły pozwalającej na dalsze trwanie. To lek, do którego każdy cierpiący ma prawo. Empatia nie koliduje z wiedzą czy umiejętnościami, wręcz przeciwnie – stanowi ich dopełnienie. Wysokie kwalifikacje zawodowe w połączeniu z empatią czynią lekarza, pielęgniarkę lub położną prawdziwym „wykwalifikowanym przyjacielem chorego”.

PODSUMOWANIE

Artykuł jest apelem o uwzględnianie potrzeb duchowych człowieka chorego, cierpiącego, pogrążonego w rozpacz i niepewności. Jest zawołaniem o przywrócenie pomijanej i wręcz lekceważonej wartości duchowości w profesjonalnej opiece medycznej. Jest również zaproszeniem do refleksji nad duchowym wymiarem troski o człowieka potrzebującego pomocy i wsparcia.

Pod rozagę czytelnikom pozostawiamy słowa cytowanego już W. Nasiłowskiego, który kończąc swoje wspomnienia napisał:

„Czekam z utęsknieniem na odrodzenie medycyny. Musi ono przyjść. Nie może tak pozostać nadal, aby pacjent był petentem. By w kręcącej się maszynerii biurokratycznego urzędowania zarówno ból człowieka, jak i jego psychika były marginesem naszej działalności. To przecież musi być meritum zagadnienia medycyny. Inna medycyna to po prostu nieporozumienie.

Radość pomagania innym. Tysiąc razy już chyba żałowałem, że jestem lekarzem. Tysiąc razy już chyba powtarzałem sobie, że jest przecież tyle zawodów, tyle możliwości, że można po prostu odejść. Ale nie odchodzę i... nie odejdę. Jestem tym zawodem „napiętnowany”. Nie mogę odejść. Jest w tym moim zawodzie „ta siła fatalna” [34].

PIŚMIENNICTWO

1. Tatoń J.: Filozofia w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
2. Imieliński K.: Uniwersalizm i medycyna. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1992.
3. Imieliński K.: Medycyna u progu XXI wieku. [w:] Uniwersalizm i medycyna. Imieliński K. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1992: 15-27.
4. Ostrzyżek A., Marcinkowski J. T.: Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. Problemy Higieny i Epidemiol. 2012; 93(4): 682–686.

5. Domosławski Z.: Szkice z dziejów medycyny. Wydawnictwo Erechton, Wrocław 1996: 5.
6. Sokół-Jedlińska J.: Duchowość na co dzień. Wydawnictwo W. A. B. Warszawa 2004: 10.
7. Pietrasiniński Z.: Rozwój człowieka dorosłego. Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1990.
8. Popielski K.: Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia. Wyd. KUL, Lublin 1994.
9. Popielski K.: Noopsycho-somatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. Przegląd Psychologiczny 1999; 42: 17-41.
10. Heszen-Niejodek I., Gruszczyńska E.: Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. Przegląd Psychologiczny, 2004; 47(1): 15-31.
11. Heszen-Niejodek, I.: Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. [w:] Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.). Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003: 33-47.
12. Puchalski Ch.M.: Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta. Medycyna Praktyczna 2016; 5: 116–124.
13. Socha P. (red.): Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000: 15-44.
14. Molesztak A.: Duchowy wymiar zdrowia człowieka, [w:] Konteksty zdrowia i edukacji zdrowotnej, Kuchcińska M., Kościńska E. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2010: 109-129.
15. Romanowska-Łakomy H.: Psychologia doświadczeń duchowych. Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 1996.
16. Rolheiser R. OMI: W poszukiwaniu duchowości XXI wieku. Wydawnictwo Salwator, Kraków 2000.
17. Puchalski Ch.M.: <https://smhs.gwu.edu/gwish/about/dr-puchalski> (data pobrania 28.10.2019).
18. Puchalski Ch.M., Larson D.B.: Developing curricula in spirituality and medicine. Academic Medicine 1998; 73: 970–974.
19. Brady M.J., Peterman A. H., Fitchett G., Mo M., Cella D.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. Psycho-Oncology 1999; 8: 417–428.
20. McCord G., Gilchrist V. J., Grossman S. D., King B. D., McCormick J. E., Oprandi A. M., Schrop S. L., Selius B. A., Smucker W. D., Weldy D. L., Amorn M., Carter M. A., Deak

- A. J., Hefzy H., Srivastava M.: Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *The Annals of Family Medicine* 2004; 2: 356–361.
21. Puchalski Ch.M., Cobb M., Rumbold B. (red.): *Oxford Textbook of Spirituality and Healthcare*. Oxford University Press, New York 2012.
22. Krajnik M: Komentarz. [W:] *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, Puchalski Ch.M. *Medycyna Praktyczna* 2016; 5: 122–124.
23. Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie. <http://ptodm.org.pl/> (data pobrania 28.10.2019).
24. Co to jest duchowość? Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie. <http://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> (data pobrania 28.10.2019).
25. Klimasiński M.W., Ziemkiewicz M., Neumann-Klimasińska N.: Potrzeby duchowe pacjentów istotne w codziennej praktyce klinicznej. *Medycyna Paliatywna* 2017; 9(4): 210–217.
26. Byock I.R.: The nature of suffering and the nature of opportunity at the end of life. *Clinics in Geriatric Medicine* 1996; 12: 237-252.
27. Büssing A., Koenig G.: Spiritual Needs of patients with chronic diseases. *Religions* 2010; 1: 18-27.
28. Saunders C.: Spiritual pain. *Journal of Palliative Care* 1988.
29. Biegański W.: *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1957.
30. *Biblia Tysiąclecia*. Wydawnictwo Pallottinum, Poznań 2014: 834.
31. Chrzanowska H.: Fragmenty referatu wygłoszonego przez H. Chrzanowską 14 lutego 1973 roku w Warszawie. *Apostolstwo Chorych*, Katowice 2018; 4: 15.
32. *Miłość jeździ starym tarpanem, Rozmowa z ks. Janem Kaczkowskim*. Apostolstwo Chorych, Katowice 2015.
33. Twardowski J.: *Budzić nadzieję, Abecadło dziewięćdziesięciolatka*. Oficyna Wydawnicza ASPRA - JR, Warszawa 2007: 168.
34. Nasiłowski W.: *Asystent kliniki*. Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice 1994.
35. Kacprzak M.: *Pisma wybrane*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1968.
36. Keirse M.: *Życie z chorobą*. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007.
37. Paszko H.: Słowo element bazowy pielęgniarstwa troski. [w:] *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*. Pielęgniarstwo: prawo – praktyka - etyka Rogala-Pawelczyk G.,

- Kubajka-Piotrowska J., Kilarska M. (red.). Wydawnictwo Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2013: 318–328.
38. Raniszewska-Wyrwa A.: Etyka dotyku. Aspekty etyczne wykorzystywania dotyku w praktykach terapeutycznych. *Studia Philosophiae Christianae* 2014, 50(2): 85–104.
39. Marć M.: Dotyk w pielęgnowaniu [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. [red.]. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004: 182-189.
40. Chochowska M., Marcinkowski J. T.: Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich. Cz. 2. Dotyk jako czynnik terapeutyczny i kod kulturowy. *Hygeia Public Health* 2013, 48(3): 269–273.
41. Przychodzić z nadzieją. Wywiad R. K. Cogiel z Hanną Paszko, emerytowaną pielęgniarką. Apostolstwo Chorych, Katowice 2019.

Dylematy etyczne, społeczne i prawne dotyczące macierzyństwa zastępczego

Katarzyna Szmuc, Dominika Cuprian, Urszula Porycka

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

WROWADZENIE

Rodzicielstwo zastępcze jest szansą na posiadanie dziecka dla kobiet, które ze względów zdrowotnych nie będą nigdy mogły zająć w ciążę i urodzić dziecka, mężczyźni w związkach homoseksualnych, czy osób samotnych [1]. Do wskazań medycznych dla tej procedury należy przede wszystkim nieobecność macicy (wrodzona np. w zespole Mayera-Rokitansky'ego-Küsterera-Hausera czy z powodu histerektomii), ale także nawykowe poronienia (>3 z rzędu), wielokrotne nieudane zapłodnienia in vitro czy poważne choroby ogólnoustrojowe (np. nerek, serca czy autoimmunologiczne). Wprowadzenie nowoczesnych metod wspomaganego rozrodu (obejmujących sztuczne zapłodnienie zarówno wewnątrzmaciczne, jak i wewnątrzmaciczne) daje możliwość stworzenia embrionu z komórki jajowej oraz plemnika pary starającej się o dziecko.

Dzięki temu może ona posiadać dziecko z własnym materiałem genetycznym, mimo przeszkody natury biologicznej lub innej [2,3,4].

Na przestrzeni ostatnich lat odnotowuje się wzrost tego rodzaju procedur na całym świecie [5]. Osoby, które pragną zostać rodzicami decydują się na zapłodnienie komórki jajowej pochodzącej od przyszłej genetycznej matki lub pozyskanej z banku komórek jajowych (od dawczyń). Ze względu na obostrzenia prawne, występujące w wielu krajach na świecie, obserwuje się rozwój międzynarodowej turystyki związanej ściśle z macierzyństwem zastępczym [1].

Pojęcia „matka zastępcza” i „surogatka” odnoszą się do kobiet, które noszą i rodzą dziecko z zamiarem zrzeczenia się go na rzecz rodziców genetycznych po porodzie. Za idealną kandydatkę do tej roli uważana jest zdrowa kobieta w dobrej kondycji fizycznej, pomiędzy 25.-35. r.ż., posiadająca co najmniej jedno dziecko w wieku co najmniej 3 lat (jeżeli posiada więcej dzieci – z odstępem między kolejnymi ciążami nie krótszym niż 2 lata), najlepiej nie planująca już powiększania własnej rodziny. Dodatkowo powinna znajdować się w stabilnym związku, a mąż lub partner powinien być świadomy i możliwie najbardziej zaangażowany w proces

macierzyństwa zastępczego. Zarówno kandydatka na surogatkę, jak i jej życiowy partner przed zabiegiem poddawani są badaniom w kierunku nosicielstwa wirusów HBV, HCV oraz HIV. Implantacja zarodka powstałego w warunkach in vitro może zostać przeprowadzona w odpowiedniej fazie naturalnego cyklu menstruacyjnego matki zastępczej lub w warunkach stymulacji hormonalnej [1,3].

Kobieta, która ma zostać dawczynią komórki jajowej, również musi zostać kompleksowo przebadana przed tą procedurą. Sprawdzana jest kondycja jajników poprzez badanie poziomu FSH, LH oraz estradiolu w surowicy. Na tej podstawie ocenie poddaje się ich odpowiedź na stymulację hormonalną. Dodatkowym badaniem powinno być USG, które oprócz oceny aktywności jajników może dać informację o ich położeniu w miednicy mniejszej. Zarówno kobieta, jak i mężczyzna, którzy mają być genetycznymi rodzicami dziecka, są też badani w kierunku nosicielstwa wirusów HBV, HCV oraz HIV. Dodatkowe badania są przeprowadzane na podstawie indywidualnych wskazań. Przygotowanie do zapłodnienia, czyli stymulacja hormonalna matki genetycznej i pobieranie komórki jajowej nie różni się od przebiegu standardowej procedury zapłodnienia in vitro. Rozbieżność pojawia się dopiero na etapie wszczepienia embrionu (maksymalnie dwóch) – zabiegowi temu poddawana jest surogatka, a nie dawczyni komórki jajowej [3].

Liczba ciąż i żywych urodzeń uzyskanych metodą rodzicielstwa zastępczego jest porównywalna, a w niektórych przypadkach nawet wyższa niż w przypadku standardowego zapłodnienia in vitro. Koreluje to bezpośrednio ze stanem zdrowia dawczyń komórek jajowych, które są najczęściej młodymi, zdrowymi kobietami nieposiadającymi macicy oraz kandydatek na matki zastępcze, które pod kątem stanu zdrowia są precyzyjnie selekcjonowane [3].

Ze względu na pokrewieństwo między surogatką a dzieckiem wyróżniamy proste macierzyństwo zastępcze (nazywane też częściowym) oraz ciążowe macierzyństwo zastępcze (inaczej całościowe). Pierwszy przypadek dotyczy sytuacji, w której surogatka, oprócz noszenia ciąży, jest także dawczynią komórki jajowej – staje się więc jednocześnie matką genetyczną dziecka. Drugi wariant odnosi się do okoliczności, kiedy pomiędzy surogatką a dzieckiem nie ma pokrewieństwa genetycznego (oocyt i nasienie użyte do zapłodnienia in vitro pochodzi od pary starającej się o dziecko). Kobieta decydująca się zostać surogatką może należeć do rodziny potencjalnych rodziców, być bliską przyjaciółką albo zostać wybrana z grupy wsparcia dla osób starających się o dziecko z działającej komercyjnie (np. w Stanach Zjednoczonych) lub jako non-profit organizacji (np. w Wielkiej Brytanii). Występuje też podział ze względu na korzyści finansowe, jakie matka zastępcza otrzymuje z tytułu pełnionej funkcji. Wyróżnia się rodzicielstwo zastępcze komercyjne, kiedy kobieta otrzymuje finansowe

wynagrodzenie za ciężę oraz altruistyczne, jeżeli poza pokryciem kosztów związanych z opieką medyczną nie uzyskuje żadnych korzyści materialnych [1,3].

TURYSTYKA SZTUCZNEGO ZAPŁODNIENIA

Turystyka reprodukcyjna (ang. *reproductive tourism*), określana też jako transgraniczna opieka reprodukcyjna (ang. CBRC – *cross-border reproductive care*), jest zjawiskiem polegającym na podróży do innego kraju w celu uzyskania dostępu do technik wspomaganego rozrodu (ang. ART - *assisted reproductive technologies*) [6]. Jedną z popularniejszych form CBRC są usługi surogackie, pożądane m.in. przez osoby będące singlami, pary homoseksualne, osoby transpłciowe, a nawet pary w starszym wieku, ale przede wszystkim w największym stopniu przez bezpłodne pary starające się bezskutecznie o potomstwo [7].

Przyczyny skłaniające wyżej wymienione osoby do poszukiwania surogatek poza granicami swojego państwa to m.in. niższe koszty procedur sztucznego zapłodnienia, brak dostępności usług ART lub restrykcyjne przepisy prawne dotyczące surogacji w ojczystym kraju, pozbawienie dostępu do takich usług, np. osób samotnych, par homoseksualnych czy osób, które przekroczyły daną granicę wiekową, zbyt długi czas oczekiwania na znalezienie dawcy nasienia/komórki jajowej bądź matki zastępczej w związku z wydłużaniem się listy osób zainteresowanych tym rodzajem usług, chęć skorzystania z wysokiej jakości opieki reprodukcyjnej, a także czynniki społeczno-kulturalne (np. pragnienie zachowania prywatności lub podobieństwa kulturowego i poglądów religijnych z kobietą, która ma zostać surogatką) [7,8].

Ze względu na różne przeszkody napotymane w swoich ojczystych krajach przez osoby pragnące posiadać dziecko i jednocześnie borykające się z problemem niepłodności, ich wyjazdy zagraniczne w celu znalezienia odpowiedniego rozwiązania i pomocy zyskały również miano „reprodukcyjnego wygnania” (ang. *reproductive exile*), a oni sami opisują siebie jako zmuszonych do opuszczenia swojego państwa w celu uzyskania dostępu do bezpiecznych, efektywnych i legalnych metod ART w cenie, którą są w stanie pokryć [9].

Łączy ich zatem dobrowolna decyzja o chęci posiadania potomstwa, ale podróż zagraniczna w tym celu jest raczej wymuszona.

Istnieją dwa rodzaje surogacji: tradycyjna (ang. *traditional surrogacy*) oraz ciążowa (ang. *gestational surrogacy*). W przypadku pierwszej z nich dochodzi do sztucznego zapłodnienia komórki jajowej surogatki, co oznacza, że jest ona matką genetyczną dziecka. Znacznie bardziej popularna obecnie surogacja ciążowa oznacza natomiast zapłodnienie

pozaustrojowe (*in vitro*), do którego nie są wykorzystywane komórki jajowe surogatki. Tak powstały embrion podlega następnie transferowi do macicy matki zastępczej, która nie jest spokrewniona genetycznie z dzieckiem [6].

Zjawisko transgranicznej surogacji zyskiwało na popularności w ostatnich latach ze względu na sprzeczności regulacji prawnych różnych krajów i rosnący stopień zaawansowania technologii, czyniący surogację ciążową łatwiejszą procedurą [10]. To sprawiło, że wartość globalnego rynku surogacji komercyjnej jest oceniana szacunkowo na 6 miliardów dolarów rocznie [11]. W samych tylko Indiach, gdy były one liderem w zapewnianiu płatnych metod ART, wartość tych usług szacowano na 400 milionów dolarów generowanych przez 3 000 specjalistycznych klinik [12]. W przypadku innego kraju cieszącego się także popularnością surogacji – USA – Stowarzyszenie Technologii Wspomaganego Rozrodu uważa, że rodzi się tutaj ponad 1000 dzieci rocznie w wyniku surogacji ciążowej [13]. Natomiast w Europie ok. 5% przypadków starania się o potomstwo wiąże się z podróżami transgranicznymi w tym celu [14]. Prognozuje się, że zapotrzebowanie na usługi surogackie będzie nadal rosło, co ma związek między innymi ze spadkiem płodności w Europie (w Polsce problem niepłodności dotyka już co piątą parę) [15].

Pionierem procedury ciąż zastępczych zostały w latach 80. XX w. Stany Zjednoczone i nadal są one jednym z nielicznych obecnie państw, gdzie odpłatna surogacja jest legalna w większości stanów, choć należy pamiętać o różnicach w regulacjach prawnych poszczególnych stanów. W USA najwięcej porodów przez matki zastępcze odnotowuje się m.in. w Kalifornii i New Jersey [13].

W przypadku turystyki reprodukcyjnej zaobserwować można trend podróży osób poszukujących ART i pochodzących zwykle z zamożnych, rozwiniętych państw do krajów o niższym statusie ekonomicznym, w którym zjawisko płatnej surogacji jest uregulowane prawnie. Stąd celem takich podróży są m.in. Ukraina, Gruzja, Rosja, a jeszcze do niedawna, przed wprowadzeniem prawa pozbawiającego obcokrajowców dostępu do usług surogackich, do państw tych zaliczały się także Indie i Tajlandia. Wyjątkiem wydają się być natomiast Stany Zjednoczone, gdzie rynek usług surogackich jest najdroższy – w poszukiwaniu usług matek zastępczych udają się tam osoby zamożne, mające na uwadze głównie wysoką jakość świadczonych usług. Do takich podróźnych, wybierających USA za cel swej podróży, zaliczali się kiedyś m.in. zamożni Chińczycy, którzy byli skłonni wydać duże sumy pieniędzy, aby ominąć restrykcyjne przepisy w swoim kraju, które zezwalały na posiadanie tylko jednego dziecka. Ponadto miało to zapewnić im także spokojną przyszłość, gdyż dzieci urodzone na terenie USA otrzymują tamtejsze obywatelstwo, a po ukończeniu 21 lat mogą sprowadzić

członków swojej rodziny do USA [15]. Mieszkańcy Stanów Zjednoczonych wykazywali natomiast tendencję do poszukiwania tańszych form surogacji poza granicami kraju – np. w Indiach lub Meksyku.

Problemami wynikającymi z surogacji i turystyki reprodukcyjnej są zwykle różne utrudnienia prawne napotymane przez osoby zaangażowane w ten proceder. Przykładem mogą być trudności związane z uzyskaniem praw rodzicielskich przez pary korzystające z usług surogatek. Wiele państw postrzega bowiem kobietę rodzącą dziecko jako jego matkę, nie uwzględniając pokrewieństwa genetycznego. Przełomowy wydaje się tutaj być 1990r., kiedy amerykański sąd po raz pierwszy wydał decyzję, w której uznano za matkę tę kobietę, która miała intencję poczęcia i wychowania dziecka, nie zaś tę, która je urodziła. Problematiczne są także sytuacje, gdy ojczyzna pary starającej się o dziecko przy pomocy matki zastępczej zabrania surogacji – wówczas decyzja o przyznaniu dziecku obywatelstwa i tym samym wydaniu odpowiednich dokumentów, np. paszportu, zostaje wstrzymana, co może uniemożliwić powrót rodziców z nowo narodzonym potomkiem do swojego kraju oraz stawia dziecko w sytuacji bycia bezpaństwowcem. Kłopoty potencjalnym rodzicom może sprawić także brak precyzyjnych ustaleń, kto może sprawować opiekę nad dzieckiem, co niekiedy doprowadzało, np. w niektórych stanach USA do ubiegania się o prawa opiekuńcze wobec dziecka surogatek, które po porodzie zmieniły swoją decyzję i postanowiły zatrzymać przy sobie dziecko.

Inne wyzwania turystyki reprodukcyjnej są dobrze ilustrowane przez konkretne przykłady. W 2008 r. miał miejsce słynny przypadek nazwany „dziecko Manjhi”, w którym para z Japonii postanowiła skorzystać z usług surogatki ciążowej, jednak rozwiodła się jeszcze zanim ich dziecko narodziło się. Po rozwodzie Japonka (nie będąca genetycznie spokrewniona z dzieckiem), w przeciwieństwie do swego męża, zrezygnowała z chęci uzyskania praw rodzicielskich nad dzieckiem. Stworzyło to problematyczną sytuację, gdyż japońskie prawo nie uznawało surogacji, natomiast indyjskie zabraniało samotnemu mężczyźnie zaadoptować dziecko. Kolejną kłopotliwą sytuację stwarza fakt urodzenia się dziecka z ciąży surogackiej z ciężką, nieuleczalną chorobą, jak miało to miejsce w przypadku „dziecka Gammy” w 2015r. Australijska para wynajęła wówczas surogatkę w Tajlandii, która urodziła bliźnięta. Niestety jedno z nich, Gammy, urodziło się z zespołem Downa, co skutkowało porzuceniem dziecka przez potencjalnych rodziców i powrotem do domu tylko z jednym, zdrowym bliźniakiem. Ponieważ choroba genetyczna została zdiagnozowana u dziecka już prenatalnie, para próbowała nakłonić matkę zastępczą do dokonania aborcji chorego płodu, jednakże ta odmówiła, powołując się na swoje przekonania religijne.

Część osób zwraca też uwagę na problem wykorzystania niektórych kobiet (szczególnie z uboższych krajów), ze względu na odmienne wynagrodzenia matek zastępczych w różnych państwach: dane mówią, że surogatka indyjska za urodzenie cudzego dziecka mogła otrzymać wynagrodzenie w wysokości ok. 6 tysięcy dolarów, podczas gdy surogatka z USA otrzymałaby za to ok. 20 tysięcy dolarów.

ASPEKTY PRAWNE

Transgraniczne wyjazdy spowodowane chęcią posiadania dziecka odbywają się na tle szybko ulegających zmianom ustaleń prawnych w poszczególnych krajach.

Jeszcze jakiś czas temu, Indie i Tajlandia były jednymi z nielicznych państw, gdzie surogacja była dość powszechnym zjawiskiem, a jednocześnie przepisy prawne czyniły ją legalną. Jednakże, sytuacja ta uległa zmianie na początku 2015r., w wyniku opisanego wcześniej problematycznego przypadku znanego jako „dziecko Gammy” – od tego czasu w Tajlandii zakazano obcokrajowcom korzystania z płatnej surogacji [16]. Indie, od 2002r., gdy komercyjne usługi surogatek stały się tam całkowicie legalne [6], zaczęły zyskiwać miano jednego z największych biznesów cięż zastępczych na świecie. Przyczyniły się do tego ceny nawet trzykrotnie niższe niż w Europie czy USA, a także korzystne umowy zawierane z matką zastępczą – kobieta udostępniała swoje ciało i jednocześnie zrzekała się praw rodzicielskich, dziecko nie nabywało jej narodowości ani obywatelstwa, jej nazwisko nie figurowało w akcie urodzenia. Dodatkowo, władze Indii nie wymagały zgody sądu na wywiezienie dziecka z kraju. Pierwsze restrykcje dotyczące surogacji w Indiach pojawiły się w 2013r., gdy stwierdzono, że z usług tych mogą korzystać wyłącznie heteroseksualne pary małżeńskie [17]. Ostatecznie, w grudniu 2018r. weszła w życie ustawa, której projekt został przygotowany już 2 lata wcześniej – tzw. „the Surrogacy (Regulation) Bill, 2016”. Regulacja ta powstała w odpowiedzi na wykorzystywanie kobiet w Indiach przez niesprawiedliwy biznes surogacki [18]. Ustawa zezwala na akceptację w Indiach jedynie surogacji altruistycznej, a korzystać z niej mogą wyłącznie obywatele Indii pozostający w związku małżeńskim, pozbawieni możliwości posiadania dzieci przy użyciu tradycyjnych metod.

Ponadto, matka zastępcza musi być bliską krewną potencjalnych rodziców dziecka, a pary, które posiadają już co najmniej jedno dziecko nie będą uprawnione do skorzystania z usług surogatek. Surogacja komercyjna oraz korzystanie z jakichkolwiek usług matek zastępczych przez obcokrajowców na terenie Indii zostały zdecydowanie zabronione [19].

Podobna sytuacja miała miejsce także w Nepalu i Meksyku, które były postrzegane jako

alternatywne, niedrogie cele turystyki reprodukcyjnej, jednak tylko do czasu wprowadzenia zakazu dostępu obcokrajowcom do surogacji – w Nepalu nastąpiło to w 2015r., natomiast w Meksyku w 2016r.

W 2001r. zakazano surogacji w Chinach, jednak mimo to istnieją doniesienia o funkcjonowaniu tam czarnego rynku usług surogatek [20]. Japonia także formalnie nie akceptuje tej metody reprodukcyjnej.

W przypadku USA kwestia legalności surogacji uzależniona jest od systemów prawnych poszczególnych stanów, z których najbardziej otwartymi w tym zakresie są m.in.: Kalifornia, Floryda, Teksas [21]. Przeciwnie, stanem, który zabrania jakiegokolwiek formy surogacji i surowo ją karze, jest Michigan. Znaczne ograniczenia tego procederu obowiązują także na terenie stanów: Louisiana i Nowy Jork. Poza tym, w większości stanów USA surogacja jest dozwolona prawnie.

Inne państwa, które dopuszczają zarówno altruistyczne, jak i komercyjne macierzyństwo, to: Rosja, Ukraina, Gruzja, Armenia, Kazachstan oraz Izrael (kraj, który jako pierwszy wprowadził surogację kontrolowaną przez państwo, jednakże jest ona dość restrykcyjna – każdy kontrakt wklajający macierzyństwo zastępcze musi zostać zaakceptowany przez rząd, a surogatką może być tylko kobieta samotna, rozwiedziona lub wdowa).

Do krajów dopuszczających jedynie altruistyczne macierzyństwo zastępcze zaliczamy: Australię, Belgię, Brazylię, Kanadę (za wyjątkiem prowincji Quebec, gdzie jest ona zupełnie zabroniona), Danię, Grecję, Indie, Holandię, Nową Zelandię, Portugalię, RPA, Tajlandię, Wielką Brytanię.

Kraje, które zabraniają jakiegokolwiek form macierzyństwa zastępczego to natomiast: Austria, Niemcy, Hiszpania, Francja, Szwajcaria, Norwegia, Finlandia, Estonia, Włochy, Serbia, Turcja, Arabia Saudyjska, Pakistan.

W większości państw na świecie surogacja nie jest jeszcze jednak uregulowana w żaden sposób – szczególnie w takich przypadkach na status macierzyństwa zastępczego wpływ ma praktyka sądowa w danym kraju. Warto zauważyć, że niekiedy ustalenia legislacyjne nie nadążają za ulegającymi szybkim zmianom medycyną czy etyką.

W Polsce, w myśl treści art.61 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, matką dziecka jest kobieta, która je urodziła – w związku z tym o ustaleniu macierzyństwa przesądza fakt urodzenia dziecka, a nie pokrewieństwo genetyczne. W przypadku ciąży zastępczej, za matkę uznana będzie więc kobieta, która urodziła dziecko (matka zastępcza), natomiast kobieta, od której pochodzi jedynie materiał genetyczny nie zostanie uznana jako matka dziecka. Warto zwrócić uwagę na fakt, że zasada ta nie może być zniesiona na podstawie umowy stanowiącej

inaczej – np. zawartej między surogatką a parą starającą się o uzyskanie sprawowania praw rodzicielskich nad dzieckiem. Umowy te - o zrzeczeniu się przez surogatkę praw do dziecka - uznawane są za nieważne ze względu na sprzeczność z zasadami współżycia społecznego (art.58 k.c.). Ponadto, Europejska Konwencja Bioetyczna wskazuje, że ciało ludzkie ani jego części nie mogą stanowić źródła korzyści finansowych. Natomiast w rozumieniu artykułu 189a kodeksu karnego zawarcie odpłatnej umowy między surogatką a potencjalnymi rodzicami, które zobowiązuje surogatkę do donoszenia ciąży, a następnie oddania rodzicom dziecka za ustaloną opłatą, może być uznane nawet za handel ludźmi.

SUROGATKI W KONTEKŚCIE SOCJOPSYCHOLOGICZNYM

Macierzyństwo zastępcze stwarza wyjątkową możliwość posiadania dzieci przez niepełne pary. Nie można jednak pominąć pewnych obaw psychospołecznych, jakie niesie ze sobą wykorzystywanie do urodzenia dziecka matki zastępczej- surogatki. Obawy te można wyrazić m.in. w pytaniach: Jakie są psychospołeczne skutki macierzyństwa zastępczego?

Jakie są długoterminowe skutki dla surogatki i dla potomstwa? Czy surogatki różnią się cechami psychologicznymi lub pozycją społeczną? [25].

Dotychczasowe badania wykazały, że główną motywacją do zaangażowania się w macierzyństwo zastępcze jest altruizm. W rzeczywistości jest to główny rodzaj motywacji zgłaszany przez surogatki ciążowe nie tylko w krajach, w których altruistyczne macierzyństwo zastępcze jest legalne, takich jak Wielka Brytania, ale także w krajach, w których przyzwala się na rekompensatę zastępczej matce, jak dzieje się to w USA [23]. Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Reprodukcyjnej (ASRM) sugerują, że wiek surogatek powinien być między 21. a 45. rokiem życia oraz powinny one przejść jedną donoszoną ciążę bez komplikacji, ale przyszła matka zastępcza nie powinna być po więcej niż 5 naturalnych porodach lub 3 cięciach cesarskich [24]. Status socjoekonomiczny docelowych rodziców znacznie różni się od statusu surogatek. Surogatki są starsze, mają znaczącą historię położniczą i są słabiej wykształcone. Na szczęście nie odnotowano żadnych negatywnych skutków nierówności społeczno – ekonomicznych [25]. Zaobserwowano jednak, że brak wykształcenia wpływał na większe zaangażowanie emocjonalne matki zastępczej w stosunku do nienarodzonego dziecka niż w przypadku surogatek mających chociaż wykształcenie podstawowe. Sugerowano, iż surogatki rozwijające silne więzi z dzieckiem, które nosiły w łonie, mogą cierpieć na depresję w czasie ciąży i po porodzie, jednak założenie to nie zostało potwierdzone [28].

Surogatki ogólnie deklarują, że cieszą się ciążą i porodem, a ciąża generuje pozytywne uczucia w ich życiu, takie jak wzrost poczucia własnej wartości i pewności siebie. Narodziny dziecka mogą być istotnym czynnikiem wywołującym stres zarówno dla przyszłych rodziców, jak i dla surogatki ciążowej. Niemniej jednak różne badania wykazały pozytywne i negatywne aspekty tego wydarzenia. Narodziny wydają się być szczęśliwym momentem, w którym zastępcza matka odczuwa ulgę oraz sukces z zakończenia ciąży, ale także smutek z powodu zbliżającego się końca procesu bycia surogatką i przekonania, że może stracić kontakt z rodzicami narodzonego dziecka oraz z nim samym [23]. Udostępnianie symbolicznych prezentów, pamiątek i zdjęć po narodzinach dziecka może być pomocne w zminimalizowaniu ewentualnych uczuć wyzysku lub pustki ze strony surogatki i może pomóc docelowym rodzicom czuć się bezpiecznie w procesie przeniesienia opieki nad dzieckiem na nich [24].

Istnieją obawy, że noszenie, rodzenie, a następnie rezygnacja z dziecka może mieć negatywny długoterminowy wpływ psychologiczny na kobiety będące surogatkami [26]. Jednak niewielki zbiór badań przeprowadzonych na doświadczeniach surogatek i ich dobrostanie psychicznym nie potwierdza tych przypuszczeń. Zamiast tego wydaje się, że większość kobiet nie żałuje bycia surogatkami i nie ma trudności z porzuceniem dziecka. Dowody na to, że macierzyństwo zastępcze może być bardzo pozytywnym i satysfakcjonującym doświadczeniem, obejmują fakt, że niektóre kobiety decydują się być surogatkami więcej niż raz [24]. Stwierdzono, że surogatki nie przywiązując się do płodu radzą sobie z dzieckiem po porodzie i w ten sposób minimalizują potencjalne uczucie utraty [26]. W badaniach autorstwa Olgi B.A.van den Akker [25] przeprowadzonych na terenie Indii przedstawione są agencje, których celem jest wsparcie surogatek w radzeniu sobie z własnymi myślami i uczuciami macierzyńskimi. Teoretycznie wiadomo, że kobiety rozwijają różne stopnie przywiązania do swojego płodu w czasie ciąży i jest to przenoszone na dziecko po urodzeniu. Badania przeprowadzone w latach 80. i 90. wykazały, że na przywiązanie prenatalne wpływa wiele czynników, takich jak wiek matki i stosunek do ciąży [25]. Sugeruje się, że postrzeganie macierzyństwa zastępczego jako płatnego zatrudnienia oraz brak intencji bycia rodzicem i przewidywana separacja po urodzeniu mogą pomóc surogatkom zachować emocjonalny dystans wobec płodu [28].

Istotnym zagadnieniem są relacje występujące w triadzie: matka zastępcza, matka (lub para) docelowa oraz potomstwo. W badaniu autorstwa Susan Imrie, Vasanti Jadv [27,29] w większości przypadków macierzyństwa zastępczego surogatki pozostawały w kontakcie z rodzinami zastępczymi i postrzegały większość związków powstałych w wyniku macierzyństwa zastępczego jako pozytywne, przy czym częstotliwość kontaktów była bardzo

zróznicowana. Jednak w badaniu „The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates” [28] zidentyfikowano problem niepewności surogatek co do tego, czy spotkają się z dzieckiem i potencjalnymi rodzicami, co mogło być powodem ich cierpienia. Ponadto surogatka będąca bliskim krewnym rodziny może czuć się zmuszona do utrzymywania relacji z nią. W badaniu zwrócono uwagę na fakt, że surogatka nie może wybrać poziomu zaangażowania, jaki ma w stosunku do przyszłych rodziców i dziecka. Wykazano, że brak wsparcia w czasie ciąży, ukrywanie macierzyństwa zastępczego przed rodziną i przyjaciółmi oraz krytykowanie przez rodzinę lub sąsiadów za to, że kobieta została surogatką to czynniki ryzyka depresji.

Na podstawie badań wiemy, że dzieci urodzone przez macierzyństwo zastępcze wykazują ogólny dobry stan zdrowia psychicznego. Rodziny utworzone przy pomocy wspomaganej reprodukcji (w tym macierzyństwo zastępcze) wykazują wyższy poziom ciepła i wzmożonych interakcji między rodzicami a dziećmi, niż w przypadku potomstwa urodzonego bez wspomaganej reprodukcji. Te pozytywne relacje są utrzymywane przez okres dojrzewania [24]. Naukowcy przypisali te wyniki temu, że rodzice mieli silne pragnienie dziecka i wykazali wysoki stopień motywacji do rodzicielstwa, a zatem byli bardzo zaangażowani w opiekę i silnie przywiązani do dziecka [23]. Badania udowodniły [25], że należy informować dziecko o macierzyństwie zastępczym, ponieważ konsekwencje braku takiego przekazu mogą być dramatyczne. Przedstawiono jednak przypadki matek mających trudności, kiedy powiedzieć o tym swojemu dziecku. Wytyczne amerykańskie zachęcają do informowania dzieci o ich pochodzeniu, ale nie określają, w jaki sposób i kiedy jest optymalny czas na poinformowanie dziecka. Docelowe matki korzystające z ciążowego macierzyństwa zastępczego (własnego oocytu) znacznie częściej, w porównaniu do innych form wspomaganej reprodukcji, informują dziecko, że zostało poczęte przy zaangażowaniu osób trzecich [25].

W pierwszym badaniu w Stanach Zjednoczonych poświęconemu dobrostanowi psychologicznemu własnych dzieci surogatek, 75% z nich stwierdziło pozytywny wpływ bycia matką zastępczą na swoje dzieci, natomiast 38% tych dzieci zgłosiło przeżywanie negatywnych emocji w odniesieniu do zastępczej ciąży ich matki. Jedną z wymienianych przyczyn było oczekiwanie na rodzeństwo. Istnieje hipoteza, że te dzieci mogą odczuwać niepokój z powodu zrzeczenia się dziecka noszonego przez matkę. Zauważono, że dzieci młodsze częściej reagowały niepokojem. 23% matek surogatek wyrażało obawy o własne dzieci [22]. Większość surogatek w przeprowadzonych badaniach spodziewała się kontynuowania kontaktu po urodzeniu dziecka, co argumentowano możliwością lepszego zrozumienia procesu przez własne dzieci matki zastępczej. Sugerowana jest obawa docelowych rodziców o ingerencję

matki zastępczej ich dziecka w proces jego wychowania [25].

Jeśli matka zastępcza ma partnera, ważna jest ocena stabilności związku i upewnienie się, że ma z jego strony wsparcie, aby móc stworzyć macierzyństwo zastępcze [24].

PROBLEMY ETYCZNE

Instynkt macierzyństwa jest najpotężniejszym pragnieniem, które istnieje we wszystkich żywych istotach. Rozmnażanie jest nadrzędnym celem każdego gatunku. Wraz z ogromnym postępem w dziedzinie medycyny, niepłodność znana w Indiach jako piętno społeczne, może być teraz leczona przy użyciu nowych technologii medycznych, zwanych technologią wspomaganego rozrodu (ART), takich jak zapłodnienie in vitro (IVF) lub iniekcja spermy wewnątrzmacicznej (ICSI) itp. Narodziny Louise Brown 25 lipca 1978 r., pierwszego dziecka na świecie poczętego dzięki technice zapłodnienia in vitro, były przełomowym krokiem w kontrolowaniu niepłodności i są uważane za jedno z najważniejszych osiągnięć medycznych ostatniego stulecia [30].

Od czasu pojawienia się IVF, rozwinęły się różne rozwiązania w zakresie rozrodu. Wraz z postępem zaawansowanych technologii medycznych, możliwości wyboru reprodukcyjnego i globalizacji, rynek międzynarodowego macierzyństwa zastępczego znacznie się rozwinął. Pojawiły się jednocześnie liczne obawy natury zdrowotnej, społecznej i etycznej związane z dobrostanem matek zastępczych i dzieci. Obejmują one zagadnienia naruszenia autonomii i wolnego wyboru oraz zagrożenia dla godności ludzkiej [33]. Obawy budzi również potencjalne niewłaściwe stosowanie macierzyństwa zastępczego z przyczyn niemedycznych - na przykład "dla wygody" [35]. Powstała nowa rzeczywistość, w której docelowe matki uważają się za prawdziwą matkę, a matki zastępcze, mimo łączących je z dzieckiem aspektów prawnych, biologicznych (ciążowych) i genetycznych nie są określane tym mianem. Ta nowa rzeczywistość jest sprzeczna z definicją macierzyństwa podawaną przez Słownik Oksfordzki. Zgodnie z nią, prawdziwym zastępcą jest ten, który działa w miejsce innego, a taka sytuacja nie ma miejsca w macierzyństwie zastępczym [35]. Podejście do macierzyństwa zastępczego oparte na etyce opieki pozwoliłoby na stworzenie szerszej pojętej definicji, która skupiałaby się na rozwijaniu relacji opiekuńczych [31].

W przypadku, kiedy rodzice chcą mieć dzieci, ale nie są w stanie wytworzyć własnych gamet, w procedurze wspomaganego rozrodu pochodzą one od dawców, co daje możliwość, aby stać się rodzicami społecznymi. Efektem poczęcia z gamet dawców jest to, że dzieciom brak będzie powiązań genetycznych z jednym lub obojgiem rodziców. Aby zrekompensować

ten brak pokrewieństwa genetycznego, niektóre kliniki płodności angażują się w praktykę dopasowywania dawców gamet do rodziców w odniesieniu do pochodzenia etnicznego.

Celem jest zwiększenie prawdopodobieństwa, że powstałe dziecko będzie miało cechy fenotypowe rodzica biorcy, pomimo braku bezpośredniego powiązania genetycznego. Jak zauważył Fogg Davis, dopasowanie etniczne w darowiźnie gamet zakłada rasizm, sugerując, że "gamety danej osoby są przekąźnikami znaczeń rasowych, które mogą i powinny być selektywnie przekazywane dziecku za pomocą technologii reprodukcyjnych". To, w jakim stopniu ważne jest podobieństwo dzieci do rodziców, ma uwarunkowanie kulturowe.

Zauważono, że rodziny w społeczności afroamerykańskiej nie przykładają wartości do podobieństwa, ponieważ uznają różnorodność środowisk genetycznych w obrębie swojej społeczności. Polityka dopasowania etnicznego może przyczynić się do pojawienia się pewnych cech, które są uważane za "lepsze" ze względu na ich związek z uprzywilejowaną społecznie większością etniczną [32].

Świadome podjęcie roli matki zastępczej może być podstawą, na której należy zbudować nowe ramy etyczne dla turystyki reprodukcyjnej. Obecny model zakłada, że jeśli surogatka jest świadoma swojego ryzyka i jeśli lekarz, klient i państwo podejmą rozsądny wysiłek, aby w pełni przekazać informacje o tym ryzyku, bez wywierania przymusu oraz pod warunkiem, że będą przekonani, że są zrozumiani przez matkę zastępczą – wówczas procedura, jakkolwiek ryzykowna, jest wystarczająco etyczna. Powstaje problem granic opieki nad matką zastępczą. Jej zdrowie jest ważne dla docelowych rodziców w czasie ciąży. Biorąc pod uwagę prawdopodobieństwo urazu poporodowego (lub depresji) nasuwa się pytanie, kto jest ostatecznie odpowiedzialny za zapewnienie surogatce wystarczającej opieki. Następną kwestią etyczną jest możliwość selektywnej redukcji zarodków, dokonywanej z kilku medycznie uzasadnionych powodów. Taka selektywna redukcja nie jest rzadkością występującą w ART. W miarę rozwoju światowego przemysłu turystyki reprodukcyjnej obowiązkiem wszystkich stron, w tym rządu i społeczeństwa obywatelskiego, jest poszukiwanie rozwiązań wielu problemów natury etycznej, z którymi wiąże się to zjawisko [34].

PODSUMOWANIE

Macierzyństwo zastępcze to praktyka polegająca na tym, że kobieta pozostaje w ciąży dla innej kobiety z zamiarem przekazania jej dziecka po porodzie [36]. Stanowi ono szansę na posiadanie potomstwa przez pary niepłodne, mężczyzn w związkach homoseksualnych lub też osób samotnych. Istnieją dwa rodzaje surogacji: tradycyjna (*ang. traditional surrogacy*) oraz

ciążowa (*ang. gestational surrogacy*). Pierwsza ma miejsce w przypadku, gdy matka zastępcza jest dawczynią komórki jajowej, natomiast w surogacji ciąży nie ma związku genetycznego surogatki z potomstwem. Ze względu na motywacje możemy podzielić surogatki na altruistyczne i komercyjne. Z powodu spadku płodności w Europie sugeruje się wzrost zapotrzebowania na matki zastępcze. W latach 80. XX w. Stany Zjednoczone przodowały w przeprowadzaniu procesu macierzyństwa zastępczego. Obecnie w dobie turystyki reprodukcyjnej (*ang. reproductive tourism*), określanej też jako transgraniczna opieka reprodukcyjna (*ang. CBRC – cross-border reproductive care*) na popularności zyskały kraje takie, jak Indie i Tajlandia ze względu na brak lub łagodniejsze obostrzenia prawne tej procedury oraz mniejsze koszty. Obecnie dostępne są nieliczne badania na temat psychosocjologicznych konsekwencji surogacji. Fakt ponownej decyzji zostania surogatką może sugerować, że macierzyństwo zastępcze może pozytywnie wpływać na kobiety.

Niewątpliwie sytuacja wiąże się z wieloma stresami i rzutuje na relacje z własnymi dziećmi, ale również można analizować ją w kontekście społecznym. Mimo że sama ciąża wydaje się skutkować podniesieniem samopoczucia, okres po porodzie i oddaniu dziecka może być przyczyną depresji dla surogatki. Przyszli docelowi rodzice nie są pozbawieni problemów – oprócz tych związanych z prawnymi regulacjami – muszą zmierzyć się również z tymi, które dotyczą relacji z dzieckiem, w tym kwestii przekazania informacji o pochodzeniu. Na podstawie badań wiemy, że dzieci urodzone przez matki zastępcze wykazują ogólny dobry stan zdrowia psychicznego. Mimo możliwości płynących z macierzyństwa zastępczego trzeba zastanowić się nad jego etycznymi aspektami i potencjalnymi zagrożeniami. Surogacja komercyjna może być traktowana jako środek do osiągania własnych celów, co budzi moralne zastrzeżenia w kontekście wykorzystywania ciała ludzkiego dla dochodów finansowych.

Istnieje również jako opozycja do wskazań Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Niepokój powoduje polityka dopasowania etnicznego, która może stanowić pole do nadużyć. Po roku 1990, w którym w Ameryce decyzją sądu matką została kobieta, która nie urodziła dziecka, ale miała intencję poczęcia i jego wychowania, nasuwa się pytanie o definicję słowa „matka”. W Polsce – według treści art.61 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego – o tym, kto jest matką, decyduje fakt urodzenia, a nie pokrewieństwo genetyczne.

Z pewnością macierzyństwo zastępcze, oprócz unikalnej możliwości spełnienia naturalnego pragnienia posiadania potomstwa, powinno być wnikliwie rozważone pod względem etycznym, ponieważ zagadnienie to dotyczy godności ludzkiej, prokreacji, jak również wiąże się z wieloma aspektami natury prawnej, psychologicznej i społecznej [36].

PIŚMIENNICTWO

1. Patel N., Jadeja Y., Bhadarka H., Patel M., Patel N., Sodagar N.: Insight into different aspects of surrogacy practices. *Journal of Human Reproductive Sciences* 2018; 11: 212-218
2. Beski S., Gorgy A., Venkat G., Craft I., Edmonds K.: Gestational surrogacy: a feasible option for patients with Rokitansky syndrome. *Human Reproduction* 2000; 15(11): 2326-2328.
3. Brinsden P.: Gestational surrogacy. *Human Reproduction Update* 2003; 9(5): 483- 491.
4. Guerrier D., Mouchel T., Pasquier L., Pellerin I.: The Mayer-Rokitansky-Küster- Hauser syndrome (congenital absence of uterus and vagina) – phenotypic manifestations and genetic approaches. *Journal of Negative Results in BioMedicine* 2006; 5(1): 1-8.
5. Goli M., Farajzadegan Z., Heidari Z., Kohan S.: Reproductive and sexual Health of surrogate mothers, developing a care program: a protocol for mixed methods study. *Reproductive Health* 2019; 16(1): 1-6.
6. Deonandan R.: Recent trend in reproductive tourism and international surrogacy: ethical considerations and challenges for policy. *Risk Management and Healthcare Policy* 2015; 8: 111-119.
7. Salama M., Isachenko V., Isachenko E., Rahimi G., Mallmann P., Patrizio P., Westphal L.M., Inhorn M.C.: Cross border reproductive care (CBRC): a growing global phenomenon with multidimensional implications (a systematic and critical review). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2018; 35: 1277-1288.

8. Blyth E., Auffrey M.: International policy on cross border reproduction services. <https://www.ifsw.org/cross-border-reproductive-services/> (data dostępu 23.04.2019).
9. Inhorn M.C., Patrizio P.: Rethinking reproductive „tourism” as reproductive „exile”. *Fertility and Sterility* 2009; 92: 904-906.
10. Mohapatra S.: Achieving Reproductive Justice in the International Surrogacy Market. <https://lawecommons.luc.edu/annals/vol21/iss1/18/> (data dostępu 24.04.2019).
11. Smerdon UR: Crossing bodies, crossing borders: international surrogacy between the United States and India. *Cumberland Law Review* 2008; 39: 15-85.
12. Bhalla N., Thapliyal M.: Foreigners are flocking to India to rent wombs and grow surrogate babies. <https://www.businessinsider.com/india-surrogate-mother-industry-2013-9?IR=T> (data p dostępu 23.04.2019).
13. Gugucheva M.: Surrogacy in America. <http://www.councilforresponsiblegenetics.org/pagedocuments/kaevej0a1m.pdf> (data dostępu 25.04.2019).
14. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine: Cross-border reproductive care: an Ethics Committee Opinion. *Fertility and Sterility* 2016; 106: 1627 – 1633.
15. Wilk P.: Surogatki. Jak działa system matek zastępczych. <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/1591517,1,surogatki-jak-dziala-system-matek-zastepczych.read> (data dostępu 24.04.2019).
16. The Guardian: Thailand bans commercial surrogacy. <https://www.theguardian.com/world/2015/feb/20/thailand-bans-commercial-surrogacy> (data dostępu 26.04.2019).
17. Jackson E., Millbank J., Karpin I., Stuhmcke A.: Learning from Cross-Border Reproduction. *Medical Law Review* 2017; 25: 23-46.
18. Timms O.: Ending commercial surrogacy in India: significance of the Surrogacy (Regulation) Bill, 2016. *Indian Journal of Medical Ethics* 2018; 3: 99-102.
19. Tiwari V.: Surrogacy Regulation Bill Passed In Lok Sabha: 10 Points. <https://www.ndtv.com/india-news/surrogacy-regulation-bill-passed-in-lok-sabha-10-points-1965215> (data dostępu 26.04.2019).
20. Pandey A.K., Inder D., Sharma N.: Surrogacy and women’s right to health in India: issues and perspectives. *Indian Journal of Public Health* 2013; 57: 65-70.
21. Lebensztejn M.E.: Macierzyństwo zastępcze – problemy etyczne i prawne. *Miscellanea Historico-Iuridica* 2014; 13: 299-315.
22. Riddle M.P.: An investigation into the psychological wellbeing of the biological children of surrogates, *Cogent Psychology* 2017, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/>

23311908.2017.1305035 (data dostępu 26.04.2019).

23. Ruiz- Robledillo N., Moya- Albiol L.: Gestational surrogacy: Psychosocial aspects, *Psychosocial Intervention*, 2016; 25(3): 187- 193.
24. Koert E., Daniluk J.C.: Chapter 10 Psychological and Interpersonal Factors in Gestational Surrogacy, *Handbook of Gestational Surrogacy*, ed. E. Scott Sills. Published by Cambridge University Press, 2016.
25. Olga B. van den Akker A.: Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update* 2007; 13(1): 53–62.
26. Olga B, van den Akker A.: Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction* 2007; 22(8): 2287–2295.
27. Jadv V., Imrie S., Golombok S.: Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human Reproduction* 2015; 30(2): 373–379.
28. Lamba N., Jadv V., Kadam K., Golombok S.: Psychology and counselling The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction* 2018; 33(4): 646–653.
29. Imrie S., Jadv V.: The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive BioMedicine Online* 2014; 29: 424–443.
30. Sharma R.S.: Social, ethical, medical & legal aspects of surrogacy: an Indian scenario, *Indian Journal of Medical Research* 2014; 140: 13-16.
31. Cameron J.: An Ethics of Care Approach to Regulating Surrogacy. *The Journal of Law and Medicine* 2018; 26(2): 374-388.
32. Maung HH., Ethical problems with ethnic matching in gamete donation, *Journal of Medical Ethics* 2019; 45(2): 112-116.
33. Knoche J.W.: Health concerns and ethical considerations regarding international surrogacy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014; 126(2): 183-186.
34. Deonandan R., Green S., van Beinum A.: Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism. *Journal of Medical Ethics* 2012; 38, 742-745.
35. Olga B. van den Akker A.: Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update* 2007; 13(1): 53–62.
36. Pedro F. Silva- Ruiz: Macierzyństwo zastępcze - przegląd prawnoporównawczy. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 1991; 53(4): 123-132.

Argument przeciwko dopuszczalności moralnej samobójstwa odwołujący się do nieutilitarnej wartości osoby ludzkiej (D. Velleman)

Aleksandra Biegalska

Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie

WSTĘP

Tematem niniejszego artykułu będzie jeden z występujących w literaturze przedmiotu argumentów przeciwko dopuszczalności moralnej samobójstwa, mianowicie argument z nieutilitarnej wartości osoby ludzkiej w ujęciu Davida Vellemana [1]. Zwrócę też uwagę na to, że argument ten odnosi się jedynie do popełnienia samobójstwa w pewnych okolicznościach i, jak twierdzi sam Velleman, z jego koncepcji wynika nakaz popełnienia samobójstwa w niektórych sytuacjach.

Wielu przeciwników dopuszczalności moralnej samobójstwa argumentuje, że jego popełnienie jest postępowaniem nieadekwatnym wobec szczególnej wartości, jaką posiada ludzkie życie. Jest to wartość wewnętrzna, to znaczy życie posiada ją samo w sobie, a nie ze względu na coś innego. Argumentacja taka często wiąże się ze sformułowaniem, że życie ludzkie jest święte, co ma implikować całkowity zakaz zadawania śmierci, choć niekoniecznie przedłużanie życia za wszelką cenę [2,3].

David Velleman proponuje pewną szczególną formę takiej argumentacji, odwołującą się do nieutilitarnej wartości osoby ludzkiej. Jego koncepcja ma swoje źródło w myśli Kanta [1]. Podobne tezy głosi polski etyk katolicki Tadeusz Ślipko [4].

W ramach uwag wstępnych należy jeszcze wyjaśnić, jakie znaczenie praktyczne ma rozważany przez nas problem dopuszczalności moralnej samobójstwa. Otóż, jest on istotny dla etyki samobójstwa wspomaganego przez lekarza, gdyż aby odpowiedzieć na pytanie o dopuszczalność moralną tej procedury medycznej, trzeba najpierw zrobić to w odniesieniu do samego aktu popełnienia samobójstwa przez pacjenta. Pytanie o dopuszczalność moralną samobójstwa jest również istotne dla etyki eutanazji dobrowolnej, gdyż poddanie się takiej eutanazji jest podobne pod względem moralnym do popełnienia samobójstwa [5], a wg niektórych jest nawet tożsame z jego popełnieniem [2]. Dlatego będę kładła szczególny nacisk na etykę samobójstwa, które nazywam eutanatycznym i które definiuję jako samobójstwo

dokonane przez osobę ciężko chorą, zazwyczaj w fazie terminalnej, dla uniknięcia negatywnych skutków związanych z chorobą.

PREZENTACJA ARGUMENTU

Punktem wyjścia jest tutaj Kantowski imperatyw kategoryczny w sformułowaniu, zwanym formułą człowieczeństwa: *„Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twojej osobie, jak też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka”* [6]. Jak mówi sam Kant, osoba popełniająca samobójstwo w celu uwolnienia się od cierpienia *„posługuje się sobą tylko jako środkiem do zachowania znośnego stanu aż to końca życia”* [6].

Velleman definiuje wartość jako normatywną determinantę wartościowania, czyli coś, co sprawia, że powinniśmy do nosiciela wartości odnosić się w określony sposób – „szanować, podziwiać, pożądać, cenić” itp. [1]. Następnie stara się scharakteryzować pewną szczególną wartość, jaką jest dobro czy interes danej osoby, będący często przedmiotem bioetyki. Definiuje dobro dla osoby jako to, czego można racjonalnie chcieć ze względu na tę osobę. Sformułowanie „ze względu na” prowadzi go do tezy, iż dobro danej osoby czerpie swą moc normatywną z faktu, że sama ta osoba stanowi wartość. W przeciwnym wypadku to, co dobre dla osoby, nie powinno nas obchodzić, albo trzeba by szukać jakiejś innej podstawy. Stosunek wartości dobra dla osoby do wartości samej jest osoby jest czymś takim, jak stosunek środka do celu [1].

Velleman charakteryzuje wartość samej osoby w następujący sposób: *„Wartość tego rodzaju, którą osoba posiada w sobie, a nie dla kogoś, stanowi podstawę teorii moralnej Kanta. Kant określa tę wartość mianem >>godności<< i przypisuje ją wszystkim osobom z uwagi na ich racjonalną naturę. Wymaganiem moralności jest, zdaniem Kanta, ażebyśmy szanowali godność tych osób”*. Godność jest *„czymś w każdym z nas, co jest większe, niż każdy z nas, czymś, co czyni życie ludzkie czymś więcej, niż wymianą kosztów na korzyści, czymś więcej, niż tylko pracą czy wycieczką do centrum handlowego”, „wartością tkwiącą w nas i stanowiącą dla nas wyzwanie – wartością, której musimy sprostać”*. Kluczowy w argumentacji Vellemana jest nieutylitarny charakter tej szczególnej wartości [1]. W związku z tym nie można zakończyć życia „po prostu dlatego, że ktoś nie czerpie z niego wystarczająco dużo dla siebie. Trzeba się raczej zastanowić, czy w stosunku do niego postępuje się właściwie. Jeśli osoba nie posiada wartości, której musi sprostać lub podolać, wówczas życie staje się zwykłym instrumentem, którego można użyć lub pozbyć się w zależności od tego, czy służy jej

interesowi” [1]. Samobójstwo popełnione ze względu na własną korzyść jest zachowaniem analogicznym do sprzedania się w niewolę dla osiągnięcia korzyści [1].

Nie można, zdaniem Vellemana, uzasadniać prawa do samobójstwa poszanowaniem wyboru jednostki. Oznaczałoby to ochronę możliwości dostępnych osobie bez ochrony samej osoby. Omawiany autor krytykuje stanowisko Francis Kamm, etyczki również odwołującej się do Kanta. Kamm twierdzi, że można „*uznawać ogromną (zazwyczaj przewyższającą inne) wartość bycia osobą (...) i równocześnie przyznać, że pewne trudne warunki mogą przyćmić ową ogromną wartość*” [1]. Takie rozumowanie, zdaniem Vellemana, jest w tradycji Kantowskiej niedopuszczalne, ponieważ zakłada, że wartość osoby można położyć na jednej szali i porównywać z wartościami pochodnymi od interesu osoby. Nie chodzi jednak o problem związany z samym brakiem wspólnej miary, tzn. z niemożliwością przypisania określonej wagi w rachunku, lecz o to, że byłoby to błędem kategoryalnym. Wartość osoby jest warunkiem możliwości istnienia wartości związanych z interesem osoby i właśnie dlatego są to wartości niewspółmierne, podobnie jak środek i cel. Odnosząc się do zastosowanej przez Kamm metafory przyćmienia wartości osoby przez trudne warunki Velleman pisze, że wartości związane z interesem osoby nie mogą przyćmić wartości osoby ze względu na to, że same są jej cieniem [1].

Skoro wartości definiujemy jako normatywne determinanty zachowań, jak powinniśmy się zachowywać wobec wartości ludzkiej osoby czy, inaczej mówiąc, jej godności? Powiedzieliśmy już, że godność osoby wymaga, abyśmy „*nie handlowali nią w zamian za zyski lub ulgę od szkód*” [1]. Podobnie pogwałceniem swojego statusu osoby jest sprzedanie się w niewolę [1].

SAMOBÓJSTWO JAKO OCHRONA OSOBY LUDZKIEJ PRZED DEGRADACJĄ

Dla naszego tematu ważne jest jednak to, że zdaniem Vellemana etyka Kantowska dopuszcza możliwość, że popełnienie samobójstwa będzie nie tylko zachowaniem niesprzecznym z poszanowaniem godności osoby, lecz wręcz jego wyrazem. Chodzi o sytuację, w której racjonalna natura osoby ludzkiej ulega w toku choroby swoistej degradacji, znajdując się w takim stanie, który urąga jej godności [1]. „*Jeśli osoba nie jest w stanie równocześnie utrzymać procesów życiowych i zachować godności, wówczas jej śmierć istotnie może być moralnie usprawiedliwiona*” [1]. Velleman podaje przykład nieznośnego bólu w stanie terminalnym. W takim przypadku samobójstwo jest dozwolone nie

dlatego, że ból jest ogromny, lecz dlatego, że jest nieznośny, co oznacza, że nie da się go znosić z godnością, gdyż odbiera umierającemu człowiekowi racjonalną podmiotowość sprawiając, że jedyne, o czym może on myśleć, to poszukiwanie ulgi [1]. W ten sposób osoba ludzka zredukowana jest do wizji „*zwierzęcia szukającego przyjemności, unikającego bólu – która rzeczywiście godna nie jest*” [1]. Osoba „rozpada się w bólu”, „*Nawet jeżeli cieszy się momentami ulgi i jasności umysłu, dezintegruje się diachronicznie, będąc w najlepszym wypadku osobą rozproszoną w czasie*” [1]. Wydaje się zatem, że koncepcja Vellemana będzie się również tym bardziej stosowała również do osoby dotkniętej demencją.

Dlaczego w takiej sytuacji poszanowaniem godności osoby będzie jej unicestwienie? Po pierwsze dlatego, że „*ból zdołał już podważyć godność pacjenta jako taką – i to nieodwracalnie*” [1], zatem nie pogorszymy już tej sytuacji. Po drugie ze względu na analogię z innymi bytami posiadającymi wartość godnościową, takimi jak zwłoki czy flaga państwowa. Najbliższa jest analogia zwłok, gdyż chowamy je po to, by nie dopuścić „*aby ciało stało się obrazą dla tego, czym kiedyś było*” [1]. Warunek jest taki, że utrata godności musi być nieodwracalna [1]. Po trzecie unicestwienie przedmiotu posiadającego wartość godnościową jest dopuszczalne ze względu na to, że wartość ta nie domaga się pomnażania ani zachowania – nie chodzi o to, aby w świecie było jak najwięcej godności, lecz o to, aby byty godnościowe traktować z należną im czcią [1].

KRYTYKA I WNIOSKI

Argumentacja Vellemana zasługuje na uwagę z kilku powodów. Po pierwsze dlatego, że broni się jej współcześnie w etyce świeckiej [6]. Po drugie argumentacja deontologiczna jest cennym uzupełnieniem popularnego w bioetyce podejścia utylitarystycznego. Po trzecie kategoria godności wydaje się istotna w etyce umierania i relacji lekarz-pacjent.

Słabym punktem argumentacji Vellemana jest arbitralność eksplikacji niejasnego pojęcia poszanowania godności osoby. Eksplikacja ta jest dobrze uzasadniona jedynie w obrębie systemu etycznego Kanta, który sam w sobie jest kontrowersyjny. W związku z tym kontrowersyjne są również wnioski Vellemana. Łatwo się zgodzić, że zabicie jednej osoby dla dobra drugiej jest niemoralnym utylitarnym traktowaniem osoby zabitej. Nie jest jednak oczywiste, że zabijając siebie dla swojego własnego dobra, traktuję siebie utylitarnie i nie szanuję swojej godności. Wydaje się wręcz, że Velleman celowo używa sformułowania

„interes osoby” zamiast pozytywnie kojarzącego się „dobra osoby”, aby wzmocnić retorycznie swoją argumentację.

Ponadto, kiedy nie podziela się poglądu Vellemana, można go uznać za szkodliwy w sytuacji, kiedy będzie on implikował skazanie na bezcelowe cierpienie osoby cierpiącej bardzo, lecz „znośnie”.

Co ciekawe, z koncepcji Vellemana wynika również potępienie moralne dla osób popełniających samobójstwo dla dobra innej osoby, podczas gdy większość z nas uważa takie osoby za wzorzec moralności.

PIŚMIENNICTWO

1. Velleman D.: Prawo do samounicestwienia? [w:] Wokół śmierci i umierania, Galewicz W. (red.). Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009: 319-335.
2. Cholby M: Suicide [in:] Zalta E.N. (ed.): The Stanford Encyclopedia of Philosophy, lato 2016, <https://plato.stanford.edu/entries/suicide/> (data dostępu 15.05.2020).
3. Malczewski J.: Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.
4. Ślipko T.: Etyczny problem samobójstwa. Wydawnictwo Petrus, Kraków 2008.
5. Dixon N.: On the difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia. The Hastings Center Report 1998; 28(5): 25-29.
6. Galewicz W.: Decyzje o zakończeniu życia. [w:] Wokół śmierci i umierania, Galewicz W. (red.). Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009: 7-84.

Argument przeciwko dopuszczalności moralnej samobójstwa odwołujący się do obowiązków samobójcy wobec konkretnych osób

Aleksandra Biegalska

Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie, Kraków

WSTĘP

Tematem niniejszego artykułu jest analiza jednego z argumentów na rzecz niedopuszczalności moralnej samobójstwa: argumentowi odwołującemu się do obowiązków osoby mającej umrzeć wobec konkretnych osób. Skupię się szczególnie na pytaniu o dopuszczalność moralną samobójstwa eutanatycznego. Analizując wspomniany argument zwrócę uwagę na to, że można dokonać jego swoistego odwrócenia, czyli pokazać, że prowadzi on w niektórych przypadkach do tezy, że osoba mająca umrzeć ma obowiązek się zabić. Tak twierdzi John Hardwig w artykule „*Czy mamy obowiązek umrzeć?*” [1].

Rozważana kwestia ma istotne znaczenie dla etyki samobójstwa wspomaganego przez lekarza, gdyż, jak wskazuje Włodzimierz Galewicz, aby odpowiedzieć na pytanie o dopuszczalność moralną tej procedury medycznej, musimy udzielić odpowiedzi na cztery pytania: „(1) *Czy samobójstwo w niektórych wypadkach jest moralnie usprawiedliwione?* (2) *Czy pomoc w samobójstwie, które nie budzi obiekcji moralnych, jest przynajmniej nieraz moralnie usprawiedliwiona?* (3) *Czy pomocy w samobójstwie, w razie gdy jest ona moralnie usprawiedliwiona, powinni udzielać lekarze?* (4) *Czy (medycznie wspomagana) pomoc w samobójstwie powinna zostać prawnie dozwolona?*” [2]. Pytanie o dopuszczalność moralną samobójstwa jest również istotne dla etyki eutanazji dobrowolnej, gdyż poddanie się takiej eutanazji jest podobne pod względem moralnym do popełnienia samobójstwa [3], a wg niektórych jest nawet tożsame z jego popełnieniem [4].

Rozważając, czy samobójstwo w niektórych wypadkach jest moralnie usprawiedliwione, musimy mieć na uwadze, że ciężar dowodu spoczywa na osobie głoszącej tezę przeciwną, czyli twierdzenie, że samobójstwo jest zawsze moralnie złe. Jest tak dlatego, że, jak zgodzi się większość z nas, co nie jest zabronione, jest dozwolone. Dlatego musimy przeanalizować argumenty, jakimi posługują się przeciwnicy moralnej dopuszczalności samobójstwa, pod kątem tego, czy dowodzą one tego, że samobójstwo jest zawsze złe.

Natomiast biorąc pod uwagę kontekst samobójstwa wspomaganego przez lekarza i eutanazji, musimy zastanowić się, czy te argumenty dowodzą, że zły jest konkretny rodzaj samobójstwa, które nazywam eutanatycznym. Nazywam tak samobójstwo dokonane przez osobę ciężko chorą, zazwyczaj w fazie terminalnej, dla uniknięcia negatywnych skutków związanych z chorobą.

W literaturze spotyka się następujące argumenty przeciwko dopuszczalności moralnej samobójstwa [2,5]:

- argument religijny, głoszący, że tylko Bóg lub bogowie mają prawo odbierać życie,
- tomistyczny argument dotyczący niezgodności samobójstwa z prawem naturalnym i interesem podmiotu,
- argument z nieużytecznej wartości osoby ludzkiej,
- rodzina argumentów społecznych, głoszących, że samobójstwo jest naruszeniem obowiązków wobec:
 - wspólnoty ludzkiej (argument „kosmopolityczny”),
 - wspólnoty politycznej,
 - konkretnych osób.

Najbardziej obiecującym spośród wszystkich tych argumentów jest właśnie ostatni z wymienionych argumentów, będący przedmiotem niniejszego artykułu. Dotyczy on najczęściej obowiązków samobójcy wobec osób bliskich, choć Tadeusz Kotarbiński wspomina także o obowiązkach innego rodzaju, takich, jak spłata długu wobec wierzyciela [5,6].

ARGUMENT Z OBOWIĄZKU WOBEC KONKRETNÝCH OSÓB

Kiedy mówimy o wpływie samobójstwa na pozostałych przy życiu bliskich, pierwszym, co przychodzi na myśl, jest to, że samobójcy pozostawiają ich nie tylko w żałobie, ale także z dużym poczuciem winy. Zatem popełnienie samobójstwa mogłoby być sprzeczne z obowiązkiem dbania o ich dobro. Owo poczucie winy, jak wskazuje Michael Cholby, może obejmować po pierwsze przekonanie, że dana osoba przyczyniła się do samobójstwa bliskiej osoby, po drugie, że powinno się rozpoznać kryzys samobójczy, a nie zrobiło się tego, a po trzecie, że powinno się zapobiec samobójczej śmierci [4]. Margaret Battin twierdzi, że źródłem tych reakcji jest założone negatywne wartościowanie samobójstwa jako takiego, w związku z czym powoływanie się na nie jako na argument przeciwko samobójstwu jest obarczone cyrkularnością [4]. Wydaje się jednak, że po pierwsze nie musi tu chodzić o założenie, że

samobójstwo jest aktem złym moralnie, lecz że jest niekorzystne dla jednostki. To odsuwałoby zarzut cyrkularności. Po drugie wyrzuty sumienia u osób bliskich samobójcy nie muszą wiązać się z negatywnym wartościowaniem samego samobójstwa, lecz cierpienia, które do niego doprowadziło. Można mieć wyrzuty, że samobójca cierpiał psychicznie, a my nie udzieliliśmy mu pomocy. Zwykle uważa się bowiem, że taki rodzaj cierpienia jest możliwy do złagodzenia poprzez wsparcie bliskich osób czy podjęcie leczenia psychiatrycznego. Bardzo często takie wyrzuty sumienia są wyolbrzymione względem rzeczywistych możliwości wpływu na sytuację cierpiącej osoby. Można zatem twierdzić, że popełnienie samobójstwa jest złe, gdyż naraża na nie bliskich. Tezę tę można nawet pogodzić ze stwierdzeniem, że zwykle ogromne cierpienie, którego doświadcza samobójca, zwalnia go z odpowiedzialności moralnej. Należy jednak pamiętać, że dobro innych osób nie jest jedynym kryterium oceny moralnej aktu samobójczego.

Samobójstwo eutanatyczne, o ile jest popełniane ze względu na cierpienie fizyczne, jest w tym kontekście bardzo szczególnym przypadkiem. Cierpienie takie w modelowym przypadku takiego rodzaju samobójstwa jest niemożliwe do złagodzenia bez względu na to, jak bardzo bliscy będą się starali. Zatem wyrzuty sumienia, jakie mogą się u nich pojawić, będą całkowicie nieadekwatne. Wydaje się, że takie nieadekwatne wyrzuty sumienia u rodziny nie powinny być dla chorego argumentem przeciwko podjęciu decyzji o samobójstwie, lecz raczej powinno się im zapobiegać poprzez odpowiednią edukację społeczeństwa i pomoc psychologiczną.

Istnieje jednak inny rodzaj szkód, które samobójca może wyrządzić innym ludziom. Chodzi o konkretne szkody związane z niespełnieniem specyficznych obowiązków wynikłych z charakteru relacji z poszczególnymi osobami. Najlepszym przykładem jest samobójstwo osoby, która ma na utrzymaniu dzieci lub starszych rodziców. Wraz z jej śmiercią bliscy tracą źródło utrzymania, a dzieci dodatkowo zostają pozbawione psychicznej opieki ze strony rodziców. Innym przykładem jest obowiązek spłaty długu wobec wierzyciela [5,6]. Trudno jednak za pomocą tego typu argumentacji usprawiedliwić zakaz samobójstwa jako takiego. Istnieją samobójstwa, które nie wyrządzają bliskim żadnej istotnej szkody, choćby dlatego, że nie każdy człowiek posiada bliskich [4]. Tadeusz Kotarbiński tak pisał o argumencie z obowiązków wobec konkretnych osób: *„nie jest to jednak argument przeciw samolikwidacji jako takiej: po prostu nie wolno w żaden sposób wymigiwać się od obowiązków, każdy ma prawo robić co chce, lecz w granicach zaciągniętych zobowiązań i pod warunkiem wywiązywania się z nich”* [6].

Również w tym przypadku należy zwrócić uwagę, że nawet gdyby dane samobójstwo było uchyleniem się od obowiązku wobec konkretnych osób, nie przesądza to, że jest ono

moralnie złe. Mogą bowiem istnieć inne racje moralne, które, położone na drugiej szali, przeważają i usprawiedliwiają samobójstwo. Będą to najprawdopodobniej racje związane z interesem własnym samobójcy.

Jeśli chodzi o typowe samobójstwo eutanatyczne, osoby mające je popełnić zazwyczaj nie są w stanie świadczyć opieki żadnego typu wobec nikogo. Nie są w stanie pracować na utrzymanie dzieci czy starych rodziców, nie są też w stanie ich pielęgnować. W wielu wypadkach nie są też w stanie świadczyć opieki w wymiarze psychicznym, skoro ich życie ogranicza się do walki z bólem, mdłościami czy dusznościami. Podobnie nie są w stanie pracować, aby spłacać dług wobec wierzyciela. Trudno zatem z obowiązków wobec konkretnych osób wyprowadzić zakaz samobójstwa eutanatycznego, chyba że mamy do czynienia z mniej typową sytuacją, kiedy stan chorego nie jest aż tak zły.

MOŻLIWOŚĆ ODWRÓCENIA ARGUMENTU – JOHN HARDWIG

Co istotne, argument z obowiązków wobec konkretnych osób daje się odwrócić tak, że staje się argumentem na rzecz samobójstwa. John Hardwig w artykule opublikowanym w 1997 roku pokazuje, że ta możliwość odwrócenia nie jest jedynie zgrabnym posunięciem teoretycznym, ale dotyczy konkretnych kwestii praktycznych i zasługuje na bardzo poważne potraktowanie [1].

Hardwig przeciwstawia się tam dominującemu w bioetyce pogładowi, który nazywa „fantazją indywidualistyczną”. Polega ona na przekonaniu, że *„pacjent jest jedyną osobą, na którą mają wpływ decyzje dotyczące jej leczenia”* [1], czego konsekwencją jest uwzględnianie w tych decyzjach jedynie interesu i woli pacjenta. W rzeczywistości decyzje te wpływają nie tylko na innych podatków, ale przede wszystkim na osoby bliskie pacjentowi. Trzeba więc wybierać nie tylko to, co będzie dobre dla pacjenta, ale dla wszystkich zainteresowanych [1].

Rozważania Hardwiga odnoszą się głównie do państw, gdzie nie istnieją bezpłatne domy opieki lub jest ich za mało [1]. W takiej sytuacji przedłużanie życia chorego pacjenta wiąże się ze znacznymi obciążeniami dla bliskich. Obejmują one często konieczność zapewnienia opieki dwadzieścia cztery godziny na dobę samodzielnie lub przez opłacenie kogoś innego. Hardwig przytacza raport dotyczący opieki nad osobami, których szanse na przeżycie kolejnych sześciu miesięcy oceniano na mniej niż pięćdziesiątek procent. W warunkach USA *„w dwudziestu procentach przypadków członek rodziny musiał zrezygnować z pracy lub dokonać jakichś innych poważnych zmian w swoim sposobie życia,*

jedna trzecia rodzin straciła wszystkie swoje oszczędności, a trochę mniej niż trzydzieści procent straciło główne źródło dochodów” [1]. W związku z tym widzimy, że w grę wchodzi poważne straty rzutujące na przyszłość osób bliskich, takie jak zaprzepaszczenie kariery zawodowej, brak zabezpieczenia finansowego czy niemożność podjęcia nauki na uczelni. Chodzi też o straty na poziomie emocjonalnym, takie, jak rezygnacja z własnego życia przez osobę, która długotrwale i intensywnie opiekuje się chorym, co może również zrujnować jej więzi z innymi członkami rodziny lub przyjaciółmi [1]. Widać więc, że stawką nie są wartości, które moglibyśmy określić jako płytkie lub hedoniczne.

Jedną z przesłanek rozumowania Hardwiga jest wskazanie na nieproporcjonalność kosztów, które ponosi rodzina, wobec korzyści, którą odnosi chory. W tekście pojawia się przykład osiemdziesięciosiedmioletniej kobiety, która ma podjąć leczenie dające jej pięćdziesiąt procent szans na przedłużenie życia o sześć miesięcy i jej pięćdziesięcioletniej córki, która dla zapewnienia matce opisanego wyżej leczenia ma stracić wszystkie oszczędności, dom i zrezygnować z kariery zawodowej [1]. Jednak argumentacja Hardwiga nie jest utylitarystyczna – zastanawia się on raczej, kiedy nałożenie na rodzinę ciężarów związanych z opieką nad chorym będzie sprawiedliwe [1,4]. Sprzeciwia się tezie, że choremu należy się wszystko, ponieważ jest on w gorszej sytuacji, niż inni członkowie rodziny. Po pierwsze nie jest oczywiste, czy w perspektywie całego życia osoba umierająca rzeczywiście ma gorzej. Często osoby poświęcające się dla opieki nad chorym będą w gorszej sytuacji, niż osoba chora w podeszłym wieku, dla której terminalna choroba jest jedynie ostatnim odcinkiem udanego życia [1]. Po drugie nawet gdyby „*śmierć była największym obciążeniem*” [1] „*fakt, że znoszę więcej, niż inni członkowie mojej rodziny, nie uprawnia mnie jeszcze do wyboru tego, czego chcę dla siebie, ani też z konieczności nie zwalnia mnie z odpowiedzialności za to, by starać się chronić ich przed pogorszeniem się jakości ich życia*” [1]. To prawda, że rodzina ma zobowiązania wobec chorego, ale również chory ma obowiązek wobec rodziny [1] „*Solidarność rodzinna, altruizm, znoszenie ciężaru nieszczęścia ukochanej osoby i lojalność – wszystko to są ważne cnoty charakteryzujące rodzinę. Ale wszystkie one zakładają relację obustronną*” [1]. Twierdzenie, że osoba chora nie ma już żadnych obowiązków, byłoby odmówieniem jej statusu podmiotu moralnego, a twierdzenie, że rodzina ma obowiązek poświęcić się dla chorego – zredukowaniem jej do roli środka do celu [1].

Hardwig postuluje zatem istnienie obowiązku śmierci w określonych sytuacjach, choć podkreśla, że nie jest to obowiązek, który generowałby prawo rodziny do tego, aby dana osoba umarła [1]. Obowiązek ten dotyczyć ma odmowy poddania się leczeniu przedłużającemu życie, ale również aktywnego samobójstwa [1]. Jeśli chodzi o osoby niezdolne do podejmowania

autonomicznych decyzji, Hardwig zachowuje ostrożność w przypisywaniu im obowiązku śmierci. Dlatego też formułuje postulat, że możemy być zobowiązani do zadania sobie śmierci zanim utracimy podmiotowość moralną, o ile przewidujemy taki rozwój wypadków. Alternatywnym rozwiązaniem byłoby pozostawienie testamentu życia, o ile takie rozwiązanie istnieje w systemie prawnym danego kraju i jest respektowane [1].

Ciekawe są również uwagi końcowe, w których omawiany autor argumentuje, iż istnienie obowiązku śmierci paradoksalnie przynosi osobie mającej umrzeć pewnego rodzaju korzyści. Po pierwsze pozwala zachować podmiotowość. Po drugie fakt, iż będąc osobą w stanie terminalnym mam obowiązki moralne wobec innych jest potwierdzeniem mojej podmiotowości moralnej, a, co za tym idzie, po Kantowsku rozumianej godności. Po trzecie śmierć z obowiązku wobec bliskich jest potwierdzeniem mojej więzi z nimi i posiada tym samym znaczenie, nie jest bez sensu. Sensem mojej śmierci będzie dobrostan moich bliskich, który będzie trwał po mojej śmierci. Nie będę mógł zatem powiedzieć, że wraz z moją śmiercią przepadnie wszystko, o co się troszczyłem [1].

Hardwig nie podaje precyzyjnych warunków, które muszą być spełnione, aby obowiązek śmierci zaistniał [1]. Punktem ciężkości tekstu jest teza, że taki obowiązek jest w ogóle możliwy i będzie występował dość często.

Krytycy koncepcji Hardwiga wskazywali, że przyjęcie takiego sposobu myślenia może doprowadzić do zmuszenia kogoś do samobójstwa wbrew jego woli, a szczególnie narażone na to miałyby być grupy dyskryminowane społecznie, takie, jak kobiety czy biedni [4]. Jednak z interesującego nas punktu widzenia tekst Hardwiga spełnia swoją rolę, pokazując, że argument przeciwko samobójstwu podnoszący obowiązki umierającej osoby wobec bliskich w typowych sytuacjach eutanatycznych nie tylko nie będzie działał, ale będzie zazwyczaj ulegał odwróceniu. Z drugiej strony argumentacja zawarta w omawianym artykule prowadzi do wniosku, że sposób rozumowania zawarty w argumencie z obowiązku wobec konkretnych osób jest poprawny, tylko w kontekście eutanatycznym zazwyczaj nie występują odpowiednie przesłanki.

WNIOSKI

Podsumowując całość powyższych rozważań, należy przypomnieć, że pozostawienie bliskich z wyrzutami sumienia może być argumentem za niemoralnością samobójstwa w niektórych przypadkach. Jednak w typowej sytuacji eutanatycznej wyrzuty te będą nieadekwatne w związku z niemożnością poprawy sytuacji chorego. Powinno się im

zapobiegać poprzez odpowiednią edukację społeczeństwa i pomoc psychologiczną. Jeśli chodzi o obowiązki samobójcy wynikające z pełnionych ról społecznych, w wielu sytuacjach samobójstwo może być ich naruszeniem, choć przy ocenie moralnej należy wziąć pod uwagę również czynniki związane z interesem własnym samobójcy. Jednak w typowych sytuacjach eutanatycznych chory jest niezdolny do pełnienia jakichkolwiek ról społecznych, a wymaga opieki, w związku z czym argument w tej wersji również można odwrócić. John Hardwig pokazuje, że w społeczeństwach, gdzie brakuje bezpłatnej opieki nad chorym, koszty związane z opieką są często ogromne i nieproporcjonalne wobec odniesionych korzyści, zatem na wielu chorych ciąży poważny obowiązek popelnienia samobójstwa.

PIŚMIENNICTWO

1. Hardwig J.: Czy mamy obowiązek umrzeć? [w:] Wokół śmierci i umierania, Galewicz W. (red.), Kraków, Wydawnictwo Universitas, 2009: 281-302.
2. Galewicz W.:, Decyzje o zakończeniu życia [w:] Wokół śmierci i umierania, Galewicz W. (red.), Kraków, Wydawnictwo Universitas, 2009: 9-82.
3. Dixon N.: On the difference between Physician-Assisted Suicide and Active Euthanasia, The Hastings Center Report, 1998; 28(5): 25-29.
4. Cholby M.: Suicide [in:] The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Zalta E.N. (red.), 2016, <https://plato.stanford.edu/entries/suicide/> (data dostępu 15.05.2020).
5. Malczewski J.: Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem, Warszawa, Wolters Kluwer Polska, 2012.
6. Kotarbiński T.: Być albo nie być? [w:] Medytacje o życiu godziwym, Kotarbiński T., Warszawa, Wiedza Powszechna, 1985: 80-85.

**ZADANIA PRACOWNIKÓW
OCHRONY ZDROWIA
W OPIECE NAD CHORYMI,
W ZWALCZANIU
DYSKRYMINACJI, AGRESJI
STYGMATYZACJI
I UZALEŻNIEŃ**



Komunikacja z pacjentem z rozpoznaną chorobą nowotworową

Sebastian Artur Zdończyk

Akademia Pomorska w Słupsku

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku

Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku

WPROWADZENIE

Spośród wszystkich chorób somatycznych nowotwory niezmiennie wywierają najsilniejszy wpływ na funkcjonowanie emocjonalne człowieka i bardzo często oznaczają wszechogarniający kryzys w życiu chorego oraz jego najbliższego otoczenia [1].

Pacjent, który dowiedział się, że rozpoznano u niego chorobę onkologiczną, zazwyczaj postrzegana jako śmiertelną jest przerażony, a reakcje na tę wiadomość są różnorodne – od paralizującego strachu i paniki po głęboką izolację od świata. W momencie otrzymania onkologicznej diagnozy, pacjent staje w obliczu konieczności zmierzenia się zarówno z licznymi problemami, jak i wyzwaniem na poziomie psychicznym i fizycznym. Uciążliwe leczenie, zwolnienie tempa życia, utrata ról społecznych, weryfikacja trwałości związków z ludźmi, lęk o przyszłość, zmierzenie się z pytaniami natury egzystencjalnej, to tylko część problemów, z którymi każdy chory onkologicznie musi się skonfrontować. Bycie pacjentem onkologicznym, niejednokrotnie oznacza życie połączone z cierpieniem i obawą rychłej śmierci [1].

Sposób myślenia o chorobie, tzw. obraz choroby, który człowiek sobie tworzy, zależy między innymi od posiadanych informacji, od kontaktu z osobami chorymi, niekiedy od osobistych doświadczeń. Po okresie wstrząsu emocjonalnego wywołanego rozpoznaniem, u większości pacjentów kolejnym etapom choroby towarzyszy oswojenie się z nią i w miarę spokojne myślenie i mówienie o niej. To, co uderza u chorych na każdym etapie choroby, to potrzeba posiadania informacji [2].

Większość chorych na raka w zaawansowanym stadium choroby wymaga nie tylko tego, aby udzielono im szczegółowych wiadomości dotyczących prognozy, ale także chce mieć wpływ na rodzaj, zakres, sposób oraz czas uzyskiwania informacji [3].

Istnieje wiele metod przekazywania niepomyślnych informacji, jak np. protokoły: Empatia [4], Spikes [5] czy też metoda „*In person, In Time*” [6].

Celem niniejszej pracy jest prezentacja podstawowych zasad skutecznej i efektywnej komunikacji, stanowiącej podłoże-fundament relacji związanych z niesieniem pomocy drugiemu człowiekowi – pacjentowi.

PODSTAWY KOMUNIKACJI

Komunikacja jest jedną z najbardziej zróżnicowanych i najważniejszych umiejętności ludzkich, polegającą na wymianie informacji pomiędzy jej uczestnikami. W procesie przekazywania informacji udział biorą trzy czynniki: nadawca, czyli osoba, która przesyła określoną informację; odbiorca, czyli osoba, do której dana informacja jest kierowana oraz określony kod, czyli sposób przekazu tej informacji – słowa, obrazy, gesty. Muszą też istnieć trzy ogniwa: aktywne słuchanie, słowne przekazywanie informacji i sygnały niewerbalne (ton, mimika, gesty, układ ciała, organizacja przestrzeni itp.) [7]. Obok treści mówionych blisko dwie trzecie informacji przekazywanych jest drogami wzrokowymi i słuchowymi. Liczne wypowiedzi łączą się z mimiką i gestykulacją. Istotne wydaje się dotarcie do odbiorcy z przekazem poznawczym, społecznym i emocjonalnym. Należy pamiętać, że komunikacja następuje także w trakcie milczenia, unikania kontaktu bądź w sytuacji mocnego rozdrażnienia, podniecenia, a więc w sytuacji kryzysowej. Na rodzaj i jakość komunikacji decydujący wpływ mają interakcje pomiędzy rozmówcami [8].

ZASADY KOMUNIKACJI Z PACJENTEM ONKOLOGICZNYM

Myśl jak mędrzec, ale mów jak prosty człowiek
Arystoteles

Umiejętność adekwatnego komunikowania się z pacjentem uznaje się za jedną z podstawowych kompetencji klinicznych personelu medycznego. Rozmowa o nieuleczalnej chorobie czy złym rokowaniu wymaga wcześniejszego przygotowania merytorycznego, dozowania informacji, a ponadto odpowiedniego czasu i otoczenia zapewniającego intymność [9].

Uzmysłowienie sobie, jakie przyczyny mogą powodować trudności w komunikacji

z pacjentem, pozwala szerzej spojrzeć na procesy komunikacji. Dokonane analizy wskazują na takie czynniki, jak: wiek pacjenta (wiek senioralny, dzieci i młodzież), wcześniejsze doświadczenia pacjenta i członków rodziny związane z chorobą, czynniki związane z chorobą lub stosowanym leczeniem, obecność niepokojących objawów, takich jak między innymi: ból, duszności, wymioty, działania blokujące, zagadnienia kulturowe [10]. Należy także pamiętać, że dążąc do jak najlepszego porozumienia z pacjentem, nie można lekceważyć takich barier komunikacyjnych i zakłóceń, jak: pozbawianie pacjenta możliwości samodzielnego podejmowania decyzji, narzucanie własnych wartości pacjentom (osądzanie), niewłaściwie zorganizowanego miejsca pracy, sprzeczności komunikatu niewerbalnego i werbalnego, używanie języka niezrozumiałego dla pacjenta, generalizowania, przerywanie i zmiany tematu [11].

Zdiagnozowanie nieuleczalnej choroby jest dla pacjenta ogromnym ciosem psychicznym, stąd też zachowanie optymizmu może okazać się bardzo trudne [12]. Różny bywa przebieg choroby nowotworowej, dlatego to od niego zależą określone reakcje psychiczne na chorobę. Lęk, gniew, przygnębienie lub rozpacz, to mieszanina intensywnych uczuć występujących naprzemiennie i przeplatanych przeblyskami nadziei, którą zaobserwować można u wszystkich. Co do zasady towarzyszą im trudności ze skupieniem uwagi, czynnościowe zaburzenia pamięci, niemożność wykonywania codziennych zajęć, odbywania zwyczajnych rozmów itp. [13].

Na przestrzeni wielu lat pracy z chorymi onkologicznie Kübler - Ross wyodrębniła pięć etapów reakcji emocjonalnych na chorobę nowotworową, mogących odgrywać funkcje adaptacyjne [14]. W pierwszych chwilach po ustaleniu rozpoznania pacjenci najczęściej reagują negacją diagnozy. Towarzyszące temu stany emocjonalne, to: szok, niedowierzanie, zaprzeczenie, połączone z zaburzeniem integracji wszystkich funkcji psychicznych. Taki rodzaj reakcji pozwala zmniejszyć poczucie zagrożenia i daje czas na mobilizację sił, uruchomienie innych mechanizmów zaradczych po doświadczeniu niespodziewanego szoku. Charakterystyczne dla tego okresu jest występowanie i podejmowanie nieprzemyślanych decyzji, pojawianie się myśli samobójczych, występowanie zaburzeń zachowania. Często występują też zaburzenia wegetatywne, bezsenność, brak łaknienia i inne. W sytuacji, gdy pacjent nie jest już w stanie negować faktów, dociera do niego informacja o ciężkiej, być może nieuleczalnej chorobie. Emocjami dominującymi są gniew i bunt. Osoby chore zadają sobie pytanie: dlaczego ja? Gniew może stanowić źródło energii i aktywności, a odpowiednio skanalizowany może przekształcić się w siłę dopingującą do walki z chorobą, ale niekiedy może stać się także siłą ukierunkowaną na walkę przeciwko sobie lub otoczeniu, co powoduje

konflikty i brak zrozumienia ze strony osób z otoczenia. Następnym etapem jest czas układów i pertraktacji oraz ciągłych prób układania się z losem, z siłą wyższą. Tak we wcześniejszych fazach choroby, jak i w tym czasie zachowania pacjentów mogą być gwałtowne i nieprzewidywalne. W kolejnym stadium pojawia się depresja związana z nieustającym doświadczaniem i przeżywaniem lęku. Dochodzi do obniżenia nastroju i pojawienia się poczucia winy. Przeważające emocje to: smutek, żal, rozpacz, brak nadziei. Występuje i wzmacnia się uczucie wyczerpania psychicznego i fizycznego, brak siły do dalszej walki. Przejście przez poprzednie etapy prowadzi do szeroko pojętej, nie zawsze pozytywnej, akceptacji zaistniałej sytuacji. Część pacjentów odczuwa na tym etapie wewnętrzny spokój, który zapewnia im emocjonalną równowagę. W ocenie autorki wymienione etapy choroby nie muszą występować w porządku chronologicznym, jak też nie wszystkie fazy choroby muszą pojawiać się u poszczególnych pacjentów. Na poszczególnych etapach rozwoju choroby mogą one powracać [14].

Należy mieć świadomość tego, że obraz choroby stworzony przez chorego, co do zasady różni się od obrazu odbieranego przez personel medyczny [15]. Również dużym wyzwaniem dla personelu medycznego może być przekazanie wiadomości o niepomyślnej diagnozie i niekorzystnym rokowaniu pacjentowi. Fundamentalnym w przekazywaniu diagnozy o niepomyślnym rokowaniu jest przestrzeganie i zastosowanie zasady, że prawda jest jak lekarstwo, które trzeba dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego. Nieodzwonne jest również pamiętanie o tym, że przekazywanie złych informacji jest procesem, który trwa wiele dni i ma swoją dynamikę rozwojową. Trzeba także wziąć pod uwagę, że stopień zapotrzebowania na informacje tego typu jest bardzo różny u różnych ludzi i że zmienia się w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Należy zatem w każdym takim przypadku ustalić, czy chory informacje te zrozumiał i jak je przyjął (czy jest bardzo zdenerwowany, czy wymaga pomocy psychologa, środków uspakajających, nasennych itp.). Niewłaściwe przekazanie niekorzystnych wiadomości potencjalnie może powodować zamieszanie, długotrwały stres oraz żal i rozgoryczenie [16].

W praktyce dostępne są algorytmy przekazywania niepomyślnych informacji. Przekazanie wiadomości o rozpoznaniu łączy się z poinformowaniem chorego o dalszym leczeniu, dlatego też warto pamiętać, że informacje o rozpoznaniu i leczeniu wraz z odpowiednim wyjaśnieniem w istotny sposób redukują lęk chorego i nastawiają pozytywnie do zaproponowanej terapii. Odnosi się to zwłaszcza do takich sposobów leczenia, jak radioterapia i chemioterapia. Niebywale istotne jest, aby przed rozpoczęciem leczenia chory poznał istotę działania cytostatyków lub promieni rtg. Równie ważne jest poinformowanie chorego o rodzaju

ewentualnych objawów ubocznych leczenia (np. utrata włosów, wahania nastroju, biegunki, wymioty, zaburzenia snu) oraz sposobach ich usuwania lub łagodzenia. Taka metoda informowania ma za zadanie wypełnienie wyobraźni chorego pozytywnymi obrazami oraz zmianę jego nastawienia do leczenia. Istotne jest także, aby podczas rozmowy pozwolić choremu na wyrażanie uczuć pamiętając, że płacz może być czasami bardzo pomocny [17].

Warto również pozwolić „wybrzmieć” agresji pacjenta, albowiem stłumiona jest nieobliczalną energią budzącą lęk. „Wybrzmienie” przyczynia się do oswojenia agresji. Gniew, jako reakcja na „niesprawiedliwość” choroby, podobny jest do agresji. Może być to gniew ogólny (skierowany wobec losu i Boga), gniew „przeniesiony” (skierowany na personel medyczny), gniew „usprawiedliwiony” (zawinili lekarze), gniew ukryty (brak współpracy, uogólnione nastawienie negatywne) i gniew stłumiony (brak zgody na ujawnianie) [18].

Zupełnie naturalnym objawem jest nieprzyjmowanie do wiadomości prawdy o chorobie. Chorzy nie zadają pytania o rozpoznanie, leczenie, gdyż boją się potwierdzenia najgorszych przypuszczeń. Równocześnie trzeba sobie uświadomić, że niewiedza i wynikająca z niej niepewność jest również często przyczyną niepokoju. Z pacjentem należy prowadzić rozmowę językiem dostosowanym do poziomu intelektualnego chorego, a nie medycznym żargonem. Najbardziej istotne lub nowe kwestie należy powtórzyć, aby mieć pewność, że pacjent zrozumiał i zapamiętał. Należy pamiętać, że samo przekazywanie informacji będzie skuteczne, jeżeli dostosujemy czas na rozmowę do stanu emocjonalnego pacjenta. Trzeba mieć przy tym na uwadze, że każda wypowiedź, reakcja personelu medycznego będzie zapamiętana i analizowana przez chorego [19]. To lekarz odpowiedzialny za cały proces leczenia najczęściej informuje o negatywnych wynikach i dalszej terapii. Ważną jednak rolę w przekazywaniu trudnych wiadomości, poza lekarzem, odgrywają pozostali członkowie zespołu medyczno-opiekuńczego. W hospicjach i opiece długoterminowej tymi osobami są najczęściej pielęgniarki, psychologowie/psychoonkolodzy, kapelani, a także wolontariusze. Pomocne jest także zaangażowanie rodziny i innych ważnych dla pacjenta osób. Moment spotkania z chorym, podczas którego przekazuje się niepomyślne informacje, można podzielić na kilka etapów: fazę wstępną, fazę informacyjną, fazę emocjonalną i fazę poszukiwania rozwiązań [20].

Rozmowa z chorym powinna być swobodna, zwyczajna i szczerą. Udawanie, zakładanie masek czy przyjmowanie wydumanych postaw w niczym nie pomaga, zawsze szkodzi. Chory, zwłaszcza ten, który ma za sobą negatywne doświadczenia, będzie rozmawiał, uważnie obserwując zachowania swojego rozmówcy [21]. Należy również wspomnieć, że lekarz ma możliwość skorzystania z instytucji prawnej, tzw. przywileju terapeutycznego, który polega na tym, że w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta,

lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji (Art. 31.4, Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 2015, poz 466 z późn. zmianami).

Do najsukuteeczniejszych metod przekazywania niepomyślnych wiadomości zalicza się, zaproponowane przez Rogersa, doradztwo zorientowane na klienta (pacjenta). Wskazuje on trzy czynniki służące budowaniu i pogłębianiu wzajemnych relacji pomiędzy pacjentem i personelem medycznym. Są to: bycie prawdziwym i szczerym, oferowanie bezwarunkowej, pozytywnej uwagi, poczucie empatycznego zrozumienia [22].

Empatia to swoistego rodzaju wsłuchiwanie się w to, co komunikuje o sobie drugi człowiek słowami, gestami, milczeniem. To psychiczne „wejście” w świat jego myśli, przeżyć i pragnień [23]. Sprowadza się do chwilowej identyfikacji i spojrzeniu na sytuację oczyma pacjenta. Nie polega na pełnym utożsamianiu się z chorym, lecz raczej na zdolności wzięcia pod uwagę jego poglądów, uczuć i potrzeb stojących za tymi uczuciami. Empatia prezentowana przez personel medyczny pozwala pacjentowi poczuć się rozumianym i akceptowanym, dając dobry kontakt i poczucie bezpiecznej bliskości. To właśnie empatia tworzy klimat bliskości i zaufania, dający pacjentowi poczucie bezpieczeństwa [24].

Empatia ma ogromne znaczenie dla tworzenia dobrej, emocjonalnej atmosfery w kontakcie, jak też dobrego porozumienia [25]. Umiejętność rozumienia i dzielenia uczuć pacjenta jest pożądaną cechą personelu medycznego [26]. Lekarz nie może prowadzić rozmowy w sposób „patriarchalny”, urzędowy czy protekcyjny, ponieważ komunikacja z pacjentem powinna wzbudzić jego pozytywne, emocjonalne zaangażowanie – empatię [27]. Empatia powoduje też, że pacjenci nabierają dystansu do samych siebie i do swoich problemów, i łatwiej dokonują reorientacji [28]. Niebywale istotnym narzędziem okazywania pacjentowi empatii jest aktywne słuchanie [29].

W aktywnym słuchaniu nastawionym na zrozumienie rozmówcy ważną rolę odgrywają takie elementy, jak: utrzymywanie kontaktu wzrokowego; przejawianie zainteresowania tym, co mówi rozmówca, zachęcanie do rozmowy; zadawanie dodatkowych pytań; parafrazowanie; powstrzymywanie się od komentowania, udzielania rad; wyrażanie tolerancji, cierpliwość, umiejętne porządkowanie rozmowy. Aktywne słuchanie wypełnia trzy kluczowe funkcje: potwierdza zrozumienie przez słuchającego, przekazuje empatię i akceptację, pozwala rozwinąć wypowiedź [30].

Aktywne słuchanie obliguje do elastycznego stosowania w rozmowie wypowiedzi pomagających lepiej rozumieć pacjenta i jednocześnie zakomunikować mu swoje zrozumienie [31]. Korzyści płynące z przestrzegania zasad prawidłowej komunikacji odnoszą zarówno personel medyczny, pacjent, jak i jego rodzina. Należą do nich między innymi pogłębienie zaufania pacjenta do personelu medycznego, co umożliwia przekonanie chorego do poddania się najwłaściwszym sposobom terapii. Również dzięki właściwej komunikacji lekarz jest w stanie pozyskać bardziej szczegółowe dane dotyczące pacjenta, co przekłada się na większą skuteczność w rozpoznawaniu choroby, a tym samym daje satysfakcję z profesjonalnie wykonywanego zawodu. Pacjent z kolei zyskuje poczucie kontroli nad swoim stanem zdrowia, bezpieczeństwa i godności, a także poufności informacji. Przeświadczenie o byciu słuchanym i rozumianym sprawia, że pacjent ma większą swobodę, gdy wypowiada się na temat swojej choroby. Natomiast rodzina pacjenta otrzymuje informacje pozwalające na zbudowanie rzeczywistej oceny sytuacji zdrowotnej chorego [32].

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Proces komunikacji personelu medycznego z chorym jest wielowymiarowy, a jego skuteczność powinna być rozpatrywana na wielu płaszczyznach. Efektywna komunikacja ma za zadanie realizację wielu celów. Każdy kontakt lekarza z pacjentem powinien być efektywny, celowy i terapeutyczny [33].

Prawidłowo przeprowadzona rozmowa z chorym i nawiązanie przez to dobrego kontaktu warunkuje dobrą współpracę i gotowość do wypełniania zaleceń terapeutów. Chorzy prawidłowo poinformowani i zmotywowani do leczenia rzadziej zmieniają ilość przyjmowanych leków lub rezygnują z ich zażywania [34].

Ponieważ zdecydowana większość pacjentów nie posiada kompetencji do oceny merytorycznej działań medycznych, na stopień satysfakcji z usług zdrowotnych ostatecznie wpływa relacja pomiędzy personelem a pacjentem oraz empatia, rozumiana przez pacjenta jako możliwość uzyskania od lekarza takiej ilości informacji, która zapewni mu poczucie bezpieczeństwa, a także chory będzie miał szansę przedstawić, w jaki sposób odczuwa dyskomfort i dolegliwości związane z chorobą onkologiczną [35].

Niezadowolenie pacjentów z komunikacji z lekarzem może znacznie ograniczyć wolę podporządkowania się reżimowi leczenia, wzbudzać wątpliwości dotyczące kompetencji lekarza, wydłużyć okres rekonwalescencji [36].

Przeprowadzone badania uwypukliły konieczność indywidualizacji i personalizacji kontaktów pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Wśród kluczowych, oczekiwanych przez pacjentów zasad komunikowania się w procesie diagnostyczno-terapeutycznym znalazły się: odpowiednia ilość czasu przeznaczona na wytłumaczenie pacjentowi istotnych i wyczerpujących zagadnień dotyczących aktualnego leczenia, dostosowanie terminologii medycznej do stanu wiedzy pacjenta, umożliwienie pacjentowi nieskrępowanego opisu dolegliwości, jak również swobodnego przedstawienia wątpliwości związanych z leczeniem [37].

Ponadto ważne okazało się empatyczne podejście do pacjenta, uważne słuchanie, powtarzanie najistotniejszych informacji, traktowanie pacjenta w sposób indywidualny oraz wsparcie emocjonalne połączone z podtrzymywaniem w nim nadziei [38].

Istotne zatem staje się doskonalenie pracowników medycznych w procesie komunikacji z pacjentem ze szczególnym uwzględnieniem takich umiejętności, jak: przekazywanie złych wiadomości związanych z diagnozą i leczeniem choroby nowotworowej, empatycznego zrozumienia i nieprzełamywania mechanizmów obronnych pacjenta, aktywnego słuchania oraz korzyści płynących z prawidłowej komunikacji, bowiem sytuacja pacjenta z rozpoznaniem choroby nowotworowej należy do bardzo trudnych, wywołujących stres [39].

PIŚMIENNICTWO

1. Kosowicz M.: Psychoonkologia – Wybrane aspekty psychologiczne funkcjonowania w chorobie nowotworowej [w:] Podstawy onkologii klinicznej. Meder J. (red.). CMKP, Warszawa 2011: 237-245.
2. de Walden-Gałuszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
3. Janiszewska J.: Umiejętności komunikowania się z chorymi i rodziną [w:] Medycyna Paliatywna, de Walden Gałuszko K., Ciałkowska Rysz A.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 45-57.
4. Jankowska K.A.: Przekazywanie niepomyślnych wiadomości w praktyce lekarskiej. Protokół Empatia. [w:] Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy, Nowina Konopka M., Feleszko W., Małecki Ł. (red.). Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2018: 141-148.
5. Jarosz M.: Przekazywanie niepomyślnych informacji w praktyce klinicznej. Onkologia w Praktyce Klinicznej 2013; 9(6): 225–229.

6. Sobczak K.: In Person, In Time. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2013; 45(4): 241–243.
7. Stangierska I., Horst-Sikorska W.: Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem,. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007; 1(1): 58-68.
8. Dorfmueller M.: Podstawy komunikacji [w:] *Psychoonkologia. Diagnostyka-metody terapeutyczne*, Dorfmueller M., Dietzfelbinger H.(red.). Wydawnictwo Elsevier Urban, Wrocław 2011:89-92.
9. Stangierska I., Horst-Sikorska W.: Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007; 1(1): 58-68.
10. Kinghorn S., Gaines S., Satterley G.: Komunikacja w zaawansowanej chorobie: wyzwania i możliwości [w:] *Opieka paliatywna*, Kinghorn S., Gaines S.(red.). Elsevier Urban Partner, Wrocław 2012:100-116.
11. Rogiewicz M.: Podstawy komunikacji z chorym [w:] *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*, Rogiewicz M. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2015:23-66.
12. Krajnik M.: Informowanie o fakcie nieuleczalności choroby [w:] *Opowieści o raku. Sztuka komunikacji w opiece onkologicznej*, Krajnik M.(red.). Via Medica, Gdańsk 2009: 27-31.
13. de Walden-Gałaszko K., Ciałkowska-Rysz A.: *Medycyna Paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
14. Kübler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Media Rodzina, Poznań 1998.
15. de Walden-Gałaszko K., Ciałkowska-Rysz A.: *Medycyna Paliatywna*. PZWL, Warszawa 2015.
16. Ratajska A.: Zasady komunikowania się z pacjentem leczonym onkologicznie [w:] *Jak rozmawiać z pacjentem. Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Ostrowska A.(red.). Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2017: 93.
17. de Walden-Gałaszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
18. Buczkowski K., Rogiewicz M.: Aspekty psychologiczne umierania i żałoby [w:] *Opieka paliatywna*, Buczkowski K., Krajnik M. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 95-114.
19. Makara –Studzińska M.: *Komunikacja z pacjentem*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
20. Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A, Sikora B.: Przekazywanie niepomyślnych wiadomości w chorobie zmierzającej ku śmierci [w:] *Zdrowa rozmowa. Sztuka*

- komunikacji z osobami u kresu życia i ich opiekunami, Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A., Sikora B (red.). Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2014: 53-79.
21. Krakowiak P.: Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w hospicjum. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2009.
 22. Janiszewska J.: Umiejętności komunikowania się z chorymi i rodziną [w:] Medycyna Paliatywna, de Walden Gałuszko K., Ciałkowska Rysz A.(red.). PZWL, Warszawa 2015: 45-57.
 23. Kosowicz M.: Poprawna komunikacja drogą do porozumienia. Przegląd Urologiczny 2012; 2(72):24–29.
 24. Motyka M.: Rola aktywnego słuchania w komunikacji z pacjentem. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19(2):259-265.
 25. Motyka M.: Komunikacja terapeutyczna jako ważny obszar psychologii zdrowia [w:] Zdrowie w cyklu życia człowieka, Ogińska-Bulik N., Miniszewska J. (red.). Wydawnictwo UŁ, Łódź 2012: 127-140.
 26. Marcinowicz L.: Rozmowa z pacjentem [w:] Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną, Marcinowicz L., Chlabicz S. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 31-50.
 27. Tatoń J.: Innowacyjna komunikacja między medykami a przewlekle chorymi pacjentami [w:] Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja, Doroszewski J., Kulus M., Markowski A.(red.). Wyd. ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2014: 92-122.
 28. Dietzfelbinger H.: Sztuka prowadzenia bezpiecznych i skutecznych rozmów z pacjentem [w:] Psychoonkologia. Diagnostyka-metody terapeutyczne, Dorfmueller M., Dietzfelbinger H.(red.). Wydawnictwo Elsevier Urban, Wrocław 2011: 147-151.
 29. Motyka M.: Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. Sztuka leczenia 2013; 3-4: 17-24.
 30. Kosowicz M., Kulpa M., Świstak-Sawa S.: Wybrane psychologiczne aspekty budowania poprawnej komunikacji między lekarzem a pacjentem [w:] Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja, Doroszewski J., Kulus M., Markowski A.(red.). Wyd. ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2014:43-62.
 31. Motyka M.: Rola aktywnego słuchania w komunikacji z pacjentem. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19(2): 259-265.
 32. Włoszczak-Szubzda A., Jarosz M.J.: Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz-pacjent-rodzina. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012; 18(3): 206-211.
 33. Makara –Studzińska M.: Komunikacja z pacjentem. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.

34. de Walden-Gałaszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
35. Maciąg A.: Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych. Istota relacji pacjent-lekarz w medycynie. Studia i materiały z zarządzania UW 2008; 1: 125-133.
36. Rębiałkowska-Stankiewicz M.: Komunikacja lekarza z pacjentem w chorobie nowotworowej. Psychiatria 2015; 12(4): 238-244.
37. Sobczak K., Leoniuk K., Pawłowski L., Spolak N.: Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów. Pomeranian Journal of Life Sciences 2016; 3: 67-73.
38. Stangierska I., Horst-Sikorska W.: Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. Forum Medycyny Rodzinnej 2007; 1(1): 58-68.
39. Adamczyk K.: Specyfika kontaktu z pacjentem onkologicznym [w:] Komunikacja w opiece medycznej, Makara –Studzińska M. (red.). Wyd. Medical Education, Warszawa 2017: 249.

Ciąża, poród na przestrzeni wieków

Magdalena Anna Kulmaczewska¹, Joanna Kuklińska², Elżbieta Krajewska-Kulak³

1. Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
2. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

POSTRZEGANIE CIĄŻY NA PRZESTRZENI WIEKÓW

Brzeziński [1] podkreśla, że narodziny dziecka od dawna były ważnym wydarzeniem w każdej kulturze, o czym świadczą rysunki i malowidła skalne zachowane z czasów prehistorycznych.

Na przestrzeni wieków zmieniały się jednak zasady opieki nad kobietą w ciąży. Papirusy z V wieku przed Chrystusem, za Muszala [2], przekazują np. teorię medyczną, według której *„embrion ludzki jest formowany z nasienia męskiego w swoich częściach twardych, zaś od matki otrzymuje budulec do formowania części miękkich (także serca) i płynów ustrojowych”* „Jeśli chodzi o jego ciało i skórę, to utworzyła je matka za pomocą swojego mleka, zaś co się tyczy jego kości, powstały z nasienia ojca”.

Embriologia starożytnego Egiptu *„bazowała głównie na przekonaniach religijnych, wywodząc swoje teorie z mitologii. W tym okresie uważano, że nasienie męskie tworzy się w kościach (najbardziej „męskim” elemencie ludzkiego ciała), natomiast o tym, czy kobieta będzie matką, zadecydują bogowie. Wierzono także, iż krew menstruacyjna odgrywa ważną rolę w formowaniu zarodka ludzkiego i tworzy tkanki miękkie”* [cyt. za 3]. Przypuszczano również, że do zapłodnienia prowadzi zmieszanie się męskiego nasienia z krwią menstruacyjną, która czeka na nie w ciele kobiety [4]. Macicę wyobrażano sobie zaś, jako *„łóże dla dziecka”* w jamie brzusznej kobiety, z którego potem dziecko jest wypierane przez „wiatr” [4].

Najbardziej popularny test ciążowy w starożytnym Egipcie, opisanym w egipskim papirusie z Kahun z XXIII wieku p.n.e., polegał na podlewaniu moczem kobiety ziaren

pszenicy oraz jęczmienia zasianych w dwóch doniczkach i jeżeli nasiona wzeszły, kobieta była w ciąży [5]. Egipcjanie wierzyli również, że jeśli pierwszy wykiełkował jęczmień, dziecko będzie chłopcem, a jeśli pszenica - urodzi się dziewczynka [5].

Do zmiany powyższych wyobrażeń przyczyniły się między innymi teksty Suśruty, wybitnego lekarza starożytnych Indii, poświęcone położnictwu i podające pierwszy dokładny opis kobiecej miednicy oraz opis rozwoju dziecka w łonie matki: „(...) w trzecim miesiącu ciąży rozpoczynało się różnicowanie się płodu na głowę i członki. W czwartym rozwijały się piersi, serce i brzuch. W szóstym wykształcały się włosy, paznokcie i kości, ścięgna i kanały (naczynia) [cyt. za 6, cyt. za 7, cyt. za 8].

W literaturze przedmiotu [cyt. za 6, cyt. za 7, cyt. za 8] podaje się, iż w razie śmierci matki, Suśruta opisywał zabieg, który później był znany jako cięcie cesarskie oraz podawał zalecenia dietetyczne w okresie połogu, dotyczące karmienia piersią, a także mlekiem krowim i kozim.

Położnictwo w Grecji, za Brzezińskim [1], opierało się na wiadomościach z anatomii i fizjologii, propagowanych przez Arystotelesa oraz innych filozofów przyrody. Jajniki były nieznane, macicę uważano za dwurożną, a pochwę traktowano jako część macicy [cyt za 1].

Herofilos, jako pierwszy wymienił w swych pismach jajniki, a Rufus z Efezu wyodrębnił pochwę i nazwał poszczególne części macicy [cyt za 1].

Egipcjanie czas trwania ciąży określali na 271-294 dni [5]. Soranos z Efezu, określany jako największy akuszer starożytności, opisywał narząd rodny bardzo skromnie, opierając się na anatomii zwierząt. Macicy nie uważał jednak za narząd dwurożny i przyrównywał ją do bańki [cyt. za 1]. Podkreślał także, iż miesiączka nie u wszystkich kobiet wypada w tym samym czasie, ale opisał także dietę i zachcianki w ciąży [cyt. za 1]. Przyczynę poronień upatrywał we „wstrząśnieniu” ciała kobiety oraz w chorobach matki i płodu. Wymieniał także osiem niewłaściwych położzeń dziecka, takich jak np.: położenie poprzeczne, pośladkowe, blokadę jednego lub obu ramion oraz powikłania w połogu, takie jak wypadanie macicy i schorzenia sutka [6,7,8]. Zwalczał zabobony, szukał sposobu ulżenia pacjentkom w bólu i propagował edukację położnych. Za najlepszy wiek do rodzenia dzieci uznał okres między 15. a 40. rokiem życia. Rozróżniał trzy fazy ciąży i opisał sposób postępowania podczas każdej z nich. Uważał, iż w pierwszym miesiącu kobieta powinna zaniechać gwałtownych ruchów i silnych emocji, a także podnoszenia ciężkich przedmiotów, przysiadów, siedzenia na twardych krzesłach i picia alkoholu. Od siódmego miesiąca ciąży zalecał ograniczenie ćwiczeń fizycznych, a aby ulżyć ciężarnej zalecał obwiązywanie jej brzucha bandażami przewiązanymi wokół ramion.

Usuwno je po ósmym miesiącu, by działanie grawitacji przyspieszyło poród (aby zapobiec rozstępom, namaszczano ciało oliwą z oliwek) [5].

Erasistaros z Keos, starożytny lekarz grecki, miesiączkę umiejscawiał wyłącznie w czasie zmniejszania się księżyca [cyt. za 1].

Poglądy na proces zapłodnienia, chorób kobiecych i porodu, Hipokrates wyraził w dziełach: *„O chorobach kobiecych; „O nasieniu i naturze dziecka”*. Przedstawił w nich także budowę miednicy kostnej oraz pogląd, że kości miednicy rozchodzą się podczas porodu. *„...Nasienie, jak kobiety, tak i mężczyzny powstaje z całego ciała i ze słabych części - słabe, a z silnych – silne”*. (...) *„Nasienie (płód) otrzymuje wzrost z krwi matki, postępującej do macicy”*. (...) *„Ciało wzrasta od oddychania, dzieli się na członki. Rozdzielenie się części (tzn. członków, kończyn) następuje u dziewczynki w ciągu 42 dni, a u chłopca 30 dni, kiedy trwa najdłużej”* [cyt. za 1].

Według Hipokratesa, za Brzezińskim [cyt. za 1], miesiączka trwa 3 dni, a do zapłodnienia dochodzi najłatwiej w czasie jej trwania lub wkrótce po zakończeniu.

Powyższy pogląd dzielali Hipokratycy, którzy, za Brzezińskim [cyt. za 1], twierdzili, iż *„do zapłodnienia dochodzi wtedy, gdy przez siedem dni nie wypływa nasienie zatrzymane siłą przyciągającą macicy. Jeżeli objawy ciąży są silniej zaznaczone po stronie prawej, zwiastują urodzenie chłopca. Jajo ludzkie połączone jest łożyskiem’*. Poronienie zaś następowało wtedy, gdy *„nasienie odchodziło po siedmiu dniach od zapłodnienia, a za przyczynę poronień powtarzających się uważano szybszy rozwój płodu niż macicy lub też obfitsze miesiączkowanie i zły gatunek nasienia”* [cyt. za 1]. Za jedynie prawidłowe uważali położenie główkowe, ale znali różne ułożenia miednicowe i wymieniali także łożysko przodujące. Odradzali także stosunki płciowe z ciężarnymi. Znali rozwój płodu w różnych okresach i opisywali, że płód *„ssie zrazy łożyska, z których pobiera powietrze”*. Znali wady rozwojowe płodów i byli przekonani, że 7-miesięczne płody są żywotniejsze od 8-miesięcznych. Poród uznawali za działanie samego płodu, który nie ma już miejsca w macicy po spożyciu zapasów [cyt za 1].

Galen, lekarz rzymski, stworzył podstawy fizjologii płodu, opisując obieg krwi u niego [cyt. za 1]. Oddzielił też skurcze macicy od działania tłoczni brzusznej. Znał rolę wód płodowych i uważał przedwczesne ich odejście za powikłanie [cyt. za 1].

Platon, filozof grecki, przekazał wiadomości o attyckiej sztuce położnych, a Arystoteles opisał odklejanie się łożyska [cyt. za 1].

Pitagoras był przekonany, iż *„istoty żywe rodzą się jedne z drugich, z nasienia. [...] Nasienie jest kroplą mózgu, która ma w sobie ciepłą parę. Ta para przeniesiona z mózgu do macicy tworzy limfę, płyn wilgotny i krew, z których powstają: mięso, nerwy, kości, włosy i całe*

ciało; z pary zaś powstaje dusza i wrażliwość zmysłowa. Pierwsze ukształtowanie następuje w ciągu dni czterdziestu, a wedle praw harmonii płód wychodzi na świat najczęściej w siódmym lub dziewiątym, a najpóźniej w dziesiątym miesiącu. Ma on już w sobie wszystkie prawa życia, których powiązanie odbywa się zgodnie z zasadami harmonii: wszystko dzieje się we właściwym czasie” [cyt. za 9].

Anaksagoras twierdził, iż „w nasieniu znajdują się już włosy, paznokcie, żyły, tętnice, nerwy i kości; są one niewidoczne ze względu na ich małość, lecz wzrastając, zaczynają się stopniowo odróżniać. Bo jakże mógłby powstać włos z tego, co nie jest włosem, a ciało z tego, co nie jest ciałem?” [cyt. za 3].

Empedokles z Agrigentu uważał, iż „cały komponent nowego człowieka znajduje się w nasieniu męskim” („teoria pojedynczego nasienia”) lub też, że „także kobieta wnosi swój materialny czynnik w akcie zapłodnienia” („teoria podwójnego nasienia”) [cyt. za 3]. Podał także opis pierwszych stadiów życia człowieka w łonie matki. Twierdził, że „najpierw tworzy się serce. Następnie mięśnie i krew zostają utworzone z czterech żywiołów w różnych proporcjach. Jeszcze później tworzą się kości, które zawierają dwie części ziemi, dwie części wody i cztery części ognia. Embrion zostaje uformowany pomiędzy 36. a 49. dniem. Płód żyje od pierwszej chwili, ale nie oddycha; wymiana pokarmów i powietrza zachodzi przez przewód pępowinowy, w którym zawarte są cztery naczynia krwionośne. Łączą one organizm matki z wątrobą embrionu, by karmić go substancjami krwistymi i pneumatycznymi”. Według niego embrion męski rozwijał się szybciej niż żeński [cyt. za 3].

Mojżesz [cyt. za 3] posiadał wiedzę o tym, kiedy kobieta mogła zajść w ciążę, a kiedy znajdowała się w okresie jałowości i zalecał swoim wyznawcom zbliżenia seksualne w małżeństwie tylko w celu zapłodnienia. „Niewiasta, która co miesiąc cierpi na upławy krwi przez 7 dni będzie odosobniona.”

POSTRZEGANIE AKTU PORODU NA PRZESTRZENI WIEKÓW

Już w starożytności znano pozycje wertykalne i zalecano przyjmowanie ich podczas porodu. Potwierdzają to płaskorzeźby pokrywające mury egipskich grobowców oraz pisma wielkich lekarzy starożytnej Grecji i Rzymu [1,10].

W starożytnym Egipcie rodzącej towarzyszyło kilka kobiet, które ją podtrzymywały i wspierały, a jedna z nich przyjmowała poród [1,10]. Często były to kapłanki bogini porodów „Tueris”. W opinii Baranowskiej [1,10] o tym, iż u Egipcjan poród dziecka z przodującą główką uważany był za normalny, informują współczesnych dwa hieroglify przedstawiające

kobietę ciężarną i poród. Egipcjanki rodziły stojąc, kucając bądź siedząc na odpowiednio ustawionych ceglach lub kamieniach, co było prototypem krzesła porodowego [1,10].

W Grecji poród prawidłowo przebiegający prowadziły położne. Łożysko usuwano pociągając za pępowinę lub potrząsając rodzącą, a czasem zalecano jego wyparcie lub wydobywano je ręcznie [1,10].

Soranus, grecki lekarz żyjący w II wieku, tak opisuje cechy kobiety odbierającej poród: *„Potrzebna jest znajomość pisania, rozum, dobra pamięć, pilność, uczciwość, w ogóle musi się ona odznaczać bystrymi zmysłami, być wolną od wszelkiego kalectwa i silną”* [1,10]. Niezbędne wyposażenie, które powinna przygotować i używać akuszerka w czasie porodu, składało się z: oliwy z oliwek, gorącej wody, maści rozgrzewających, miękkiej morskiej gąbki, kilku fragmentów wełnianej tkaniny, bandaży (do owinięcia noworodka), kadzideł (różne substancje zapachowe: kaszę jęczmienną, jabłka, cytryny, melony, ogórki), stołka lub krzesła porodowe, dwóch łoży (twarde, które było używane podczas przygotowania do właściwego porodu i miękkie - do odpoczynku po porodzie) i właściwego pomieszczenia (pokój powinien być średniej wielkości, a temperatura w nim umiarkowana). Rodząca była układana na boku, na twardym niskim łożu, z podpartymi biodrami, złączonymi razem stopami i rozdzielonymi udami. Obok rodzącej musiała leżeć tkanina nasączona gorącą oliwą, a po jej bokach wypełnione gorącą oliwą zwierzęce pęcherze. W momencie, gdy pojawiała się rozwarcie szyjki macicy, akuszerka poprzez delikatne pocieranie rozwierającej się szyjki posmarowanym oliwą wskazującym palcem lewej dłoni, przyspieszała poród. Jednym z najważniejszych obowiązków akuszerki było nauczanie rodzącej, w jakim tempie powinna oddychać oraz w jaki sposób powinna przeć. Asystowały jej trzy kobiety, które stały po bokach i za krzesłem porodowym. Ich zadaniem było uspokajanie rodzącej i delikatne naciskanie jej brzucha, aby przyspieszyć poród [1,10].

Czynnikiem decydującym o wystąpieniu porodu, według Hipokratesa i jego zwolenników, za Grabowiecka [11], było zmniejszenie dopływu pokarmu dla płodu: *„... Kiedy zaś tego wszystkiego staje się mu zbyt mało i dziecko stawczy się większym, pragnie więcej pokarmu niż jest obecnie, to ono zaczyna się wić i rozrywa powłoki”*.

Klapa [12] podaje, że w starożytnej kulturze Indii duże znaczenie miała wiara w działanie sił nadprzyrodzonych, a Hindusi w owym czasie znali lek na przyspieszenie porodu, potrafili wykonywać wewnętrzny obrót płodu oraz zabieg usunięcia martwego płodu.

Począwszy od średniowiecza do czasu powstania pierwszych szpitali porody odbywały się głównie w domach [1,13]. Rozwój szpitalnictwa, zapoczątkowany powstaniem w 1640 roku szpitala Hotel-Dieu, spowodował przeniesienie aktu porodowego z domowego zacisza do sali

porodowej. W Polsce, aż do początku XX wieku dziecko rodziło się zwykle w tym pokoju, w którym zostało poczęte. Porody domowe dominowały zwłaszcza na wsiach i małych miasteczkach, w których nie było szpitali [1,13].

CIAŻA I PORÓD W RÓŻNYCH RELIGIACH

W kościele katolickim, za Ogarek [14], preferowane jest stanowisko, iż „*macierzyństwo jest misją szczególnej odpowiedzialności i służby życiu, a każda kobieta w stanie błogosławionym nie może być pozostawiona sama i powinna mieć zagwarantowaną wszechstronną pomoc zarówno ze strony rodziny, jak i współwyznawców*”. Przygotowanie do rodzicielstwa powinno zaś uwzględniać miejscowe przyzwyczajenia i warunki oraz potrzeby rodzin [cyt. za 14].

W religii prawosławnej, za Bodys-Cupak i wsp. [cyt. za 15], przygotowania kobiety do porodu i opieki po porodzie nie różnią się od kobiet innych wyznań. Kobieta rodzi dziecko w szpitalu, a jeśli z jakiś przyczyn poród odbywa się domu, rodzącej pomagają inne kobiety. Dziecko od urodzenia jest karmione piersią. Dawniej, 40 dni po urodzeniu dziecka oraz w czasie menstruacji kobiecie nie wolno było przystępować do komunii świętej, ale obecnie może bez przeszkód przystępować do komunii świętej w okresie ciąży i karmienia piersią [cyt. za 15].

W wyznaniu grekokatolickim, za Musiał [cyt. za 16], kobiety w ciąży, jeżeli ich stan zdrowia tego wymaga, uzyskują dyspensę i nie muszą przestrzegać postów.

W judaizmie, za Zalewska-Puchała [cyt. za 17], tradycja nakazuje, aby kobieta w ciąży dbała o siebie ze szczególną troską, ze względu na zdrowie swoje i rozwijającego się w niej życia. W związku z tym nie obowiązują jej rytualne posty (*Jom Kippur*, *Tisza be-Aw*). Kobieta w ciąży powinna poddawać się wszelkim badaniom, w tym prenatalnym oraz zabiegom mającym na celu ratowanie jej zdrowia, nawet za cenę życia jej przyszłego dziecka. Preferowanym sposobem porodu jest poród naturalny, w tym także poród rodzinny. W przypadku wystąpienia powikłań, komplikacji podczas porodu wskazane jest rozwiązanie za pomocą cięcia cesarskiego. W judaizmie wierzy się, że po porodzie matka dziecka jest „nieczysta” rytualnie przez 7 dni po urodzeniu chłopca lub przez 14 dni po urodzeniu dziewczynki, co oznacza zakaz dotykania mężczyzn, nawet młodocianych synów, z wyłączeniem noworodka. Kobietom w połogu zabrania się pościć w *Jom Kippur* i *Tisza be-Aw* (ponieważ mogłoby to narazić ich życie na niebezpieczeństwo), ale nie zwalnia się jej m.in. z zakazu mycia się,

płukania ust, z obowiązku zapalenia świec w szabat, o ile pozwala na to jej stan fizyczny [cyt. za 17].

W hinduizmie, za Kłapa [12], narodziny dziecka są bardzo ważne, a macierzyństwo jest jedną z najważniejszych wartości. W każdej rodzinie z wielkim szacunkiem i oddaniem oczekuje się przyjęcia na świat potomka, a Hindusi, bez względu na swój stan zdrowia i sytuację materialną, chcą być w ciąży. W okresie ciąży bardzo często zwalniane są z ciężkiej pracy domowej i ciężkiej pracy fizycznej. Muszą jednak np. unikać postów, wychudzenia ciała i podróży. Poród odbywa się zarówno drogami natury, jak i przez cięcie cesarskie, a podczas porodu przy rodzącej mogą przebywać mężowie. Niemożność posiadania potomstwa, poronienie lub utrata dziecka bywają odbierane, jako kara dla kobiety i w związku z tym mogą prowadzić do gorszego jej traktowania przez krewnych. W związku z tym opieka nad kobietą ciężarną i położnicą powinna uwzględniać również psychiczne wsparcie w przypadku śmierci dziecka lub poronienia [cyt. za 12].

W buddyzmie, za Ogarek-Tęcza [18], przywiązuje się wielką wagę do posiadania potomstwa i uważa się, że dzieci mają ludzkie szlachetności. Posiadanie dziecka jest uważane za szczęście identyfikowane z możliwością opiekowania się nim oraz zapewnieniem ciągłości życia, zaś brak dzieci odbierane jest jako wielkie zmartwienie. Kobieta ciężarna powinna dbać o sferę psychiczną i fizyczną, myśleć pozytywnie i uczestniczyć w praktykach religijnych (odmawianie specjalnych modlitw, które mają na celu ochronę dziecka i matki). Uważa się, iż w przypadku, kiedy w okresie ciąży kobieta jest narażona na liczne stresy, może to prowadzić do wystąpienia chorób u dziecka. Ciężarna powinna więc odpowiednio długo spać, prawidłowo odżywiać się oraz dużo spacerować, a od 7. tygodnia ciąży -ograniczyć pracę. Wielką wagę przykładają do ostatnich dwóch tygodni ciąży, kiedy to szczególnie wskazany jest całkowity relaks, wyciszenie emocji i dobry sen. Wierzy się, iż stres w tym okresie może prowadzić do problemów z porodem, powikłań ginekologicznych lub konieczności wykonania cesarskiego cięcia, zaś zmniejszenie negatywnych emocji związanych z bólem gwarantuje zachowanie spokoju przy położnicy oraz obecność przy niej prawych ludzi. W okresie narastania bólów porodowych i w godzinę po porodzie kobieta otrzymuje specjalną, bardzo pożywną zupę w celu uzupełnienia energii, a po porodzie - nalewkę alkoholową. Wykonuje się jej również masaż głowy i okolicy barków, chroniące organizm, a zwłaszcza narząd rodny i nerki, przed utratą ciepła. Kobieta przynajmniej przez rok karmi dziecko i w okresie połogu może uczestniczyć we wszystkich praktykach religijnych [cyt. za 18].

Świadkowie Jehowy, za Ziarko i wsp. [19], uważają, iż życie zaczyna się w chwili poczęcia. W ich przekonaniu, zagrożenie zdrowia matki, ujawnione wady genetyczne płodu,

ani ciąża będąca skutkiem przestępstwa np. gwałtu lub kazirodztwa, nie stanowią uzasadnienia zabiegu aborcji. Małżonkowie mają prawo decydowania się na kontrolę urodzeń i wybór rodzaju środka antykoncepcyjnego, ale powinni wystrzegać się środków powodujących śmierć już rozwijającego się płodu. Niedopuszczalne jest jednak wykorzystywanie w zapłodnieniu *in vitro* nasienia i komórki jajowej pochodzących od mężczyzny i kobiety, którzy nie są małżeństwem [cyt. za 19].

W kulturze **Romów**, za Baran-Osak [20], szczególnie oczekiwane są narodziny (*łocija*) pierwotnego dziecka. Brak potomka jest traktowany jako kara za popełnione grzechy lub naganne życie. W przypadku bezpłodności często dochodzi do tzw. wewnętrznej adopcji, polegającej na tym, iż wielodzietne małżeństwo oddaje swojego kolejnego noworodka bezdzietnej parze i ta od tej pory staje się jego nową rodziną. Niedopuszczalne, wręcz przestępstwem, jest pozostawienie dziewczyny w ciąży. W celu ochrony ciężarnej stosuje się dwa rodzaje izolacji, terytorialną (zakaz przebywania w pomieszczeniu z osobami starszymi, mężczyznami i osobami spoza rodziny) oraz funkcjonalną (zakaz wykonywania niektórych czynności, które mogłyby wpłynąć niekorzystnie na ciążę lub poród albo w czasie wykonywania których kobieta mogłaby swoje właściwości kalające przenieść na jakiś przedmiot przez dotyk). W niektórych grupach Romów ciężarna nie może podawać do stołu, a zastępuje ją matka, siostra lub teściowa. Ciężarne nie mogą także wykonywać gwałtownych ruchów, przemęczać się i nosić ciężkich rzeczy. Obecnie porody w większości odbywają się w szpitalu, ale wybierane są z reguły oddziały położnicze, stwarzające ciężarnej możliwość przebywania w osobnych pokojach. Preferowana jest także obsługa przez personel żeński. Przy porodzie nigdy nie ma ojca dziecka, ponieważ mógłby on ulec skalaniu przez samo przebywanie w miejscu, w którym są rodzące i położnice. Ojciec często więc oczekuje przed szpitalem na koniec porodu i pojawia się na oddziale tylko po to, aby zobaczyć swoje dziecko. Położnica, podczas porodu i po nim, uważana jest za największe źródło skalania dla osób i miejsc, w których przebywa oraz przedmiotów, których dotyka. Po porodzie, miejscem izolacji położnicy jest mieszkanie. Takie odosobnienie ma charakter funkcjonalny i dotyczy wypełniania takich obowiązków domowych, jak pranie, sprzątanie i gotowanie, które przejmuje z reguły matka lub teściowa położnicy. Młoda matka nie może podawać do stołu, czy też używać tych samych rzeczy, co inni członkowie rodziny: talerzy, kubków, sztućców, ścierek, ręczników itp. Kontaktuje się wtedy z kobietą, która jej pomaga. Po zakończeniu tego okresu izolacji wszystkie rzeczy używane przez kobietę zostają wyrzucone. Uważa się także, iż właściwości kalające ma również noworodek i w związku z tym, w początkowym okresie kontakt ojca z dzieckiem jest ograniczony, a dziadek często nie dotyka wnuka czy wnuczki

nawet przez 3 miesiące od urodzenia. Inni mężczyźni należący do rodziny nie mają kontaktu z dzieckiem nawet przez 6 miesięcy [cyt. za 20].

Wyznawcy Islamu, za Jarząbek i wsp. [21], traktują kobiety islamskie jako istoty świadome własnej przewagi nad mężczyznami, wynikającej z ich fizycznych atrybutów. Kobieta postrzegana jest jako potencjalna matka, a jej płodność ma kluczowe znaczenie dla jej osobistego szczęścia i zamążpójścia. W religii tej, za Majda [2], wierzy się, iż kobieta po porodzie do końca połogu (ok. 40 dni od porodu) pozostaje nieczysta. W tym czasie nie pości, nie współżyje, nie odmawia modlitwy, ponieważ musi zregenerować swoje siły, przebywając w rodzinnym domu, w którym matka lub siostry zapewniają jej całodobową opiekę. Na zakończenie tego okresu przejść tzw. obrzęd oczyszczenia. Dziecko powinna karmić piersią przez 2 lata, a zamiar wcześniejszego jego odstawienie od piersi konsultować [cyt. za 2]. W niektórych środowiskach muzułmańskich kobieta w okresie połogu nie dotyka i nie karmi dziecka, a zajmuje się nim mamka. Kobieta niemogąca zająć w ciążę, która poroniła lub straciła dziecko po porodzie, często szuka pomocy Boga, udając się do miejsc cudownych, słynących ze wspomagania płodności. W kulturze islamu nie ma tradycji porodów rodzinnych, ale obecność mężczyzny przy porodzie jest dopuszczalna, chociaż nie jest obowiązkiem, ani czynem pochwalanym. Cesarskie cięcie jest dozwolone pod warunkiem, że nie zagraża dziecku i matce [cyt. za 2].

PIŚMIENNICTWO

1. Brzeziński T. (red.): Historia medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
2. Majda M.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi islam [w:] Pielęgniarstwo trans kulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009:91-109.
3. Muszala A.: Embrion ludzki w starożytnej myśli teologicznej. Wydawnictwo WAM, Kraków 2009.
4. Łepecka – Klusek C. (red.): Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
5. <http://www.wprost.pl/ar/90612/Rodzic-po-rzymsku/?I=1224>, (data dostępu 22.05. 2020).
6. Chybicka A., Kaźmierczak M.: Kobieta w kulturze – kultura w kobiecie. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
7. Kawecki Z.: W kręgu konfrontacji światopoglądowych. Wydawnictwo MON, Warszawa 1986.

8. Łyko Z.: Socjopatologie w aspektach chrześcijańskiej etyki. Wydawnictwo Znak Czasu, Warszawa 1987.
9. Laertios A.: Żywoty i poglądy słynnych filozofów. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
10. Baranowska B., Dmoch-Gajzlerska E.: Historia zapłodnienia in vitro. Położna. Nauka i praktyka 2008; 3: 64-67.
11. Grabowiecka L.: Hipokrates – geniusz starożytnej medycyny. Twórca metody lekarskiego rozumowania i postępowania (IV) (460–377 r. przed naszą erą). Położna 1954: 2 – 5.
12. Kłapa Z.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi hinduizm [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 110-123.
13. Kuczyński W., Zimmer M., Radwan J.: Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie leczenia niepłodności metodami rozrodu wspomaganego medycznie. Ginekologia po Dyplomie 2008; 10(1): 13.
14. Ogarek M.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi katolicyzm [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 32-43.
15. Bodys-Cupak I., Fąfara I., Ziarko E.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi prawosławie [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 44-54.
16. Musiał Z.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi grekokatolicyzm [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 55-61.
17. Zalewska-Puchała J.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi judaizm [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 73-90.
18. Ogórek-Tęcza B.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi buddyzm [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 124-140.
19. Ziarko E., Bodys-Cupak I., Fąfara I.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad Świadcami Jehowy [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 141-149.

20. Baran-Osak B.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad Świadkami Jehowy [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 150-164
21. Jarząbek G., Kamińska N., Undrych P.: Kobieta i jej seksualność w klasycznej tradycji Islamu. Ginekologia Praktyczna 2007; 3: 36-39.

Żałoba po utracie ciąży wczesnej

Anna Weronika Szablewska^{1,2}, Sebastian Artur Zdończyk^{3,4}

1. Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu z IPiP i IMMiT, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego
2. Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu z IPiP i IMMiT, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego
3. Akademia Pomorska w Słupsku, Instytut Pedagogiki, Zakład Pedagogiki Ogólnej i Podstaw Edukacji
4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku sp. z o.o., Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku

WPROWADZENIE

Żałoba jest określana jako naturalna odpowiedź na stratę. Utrata wywołuje głęboki kryzys, podczas którego uruchamiane są różne procesy adaptacyjne, mające za zadanie przystosowanie do nowej, trudnej sytuacji. Przeżywanie żałoby jest związane nie tylko ze śmiercią bliskiej osoby – może dotyczyć również utraty innych zasobów: rozstania, zdolności do realizowania swojej pasji, a nawet końca pewnego etapu w życiu.

Szczególną sytuacją w życiu rodzica jest utrata dziecka – również w okresie prenatalnym. Kobieta, która utraciła swoje dziecko w wyniku poronienia, boryka się nie tylko z wieloma silnymi uczuciami, ale również z nagłym przerwaniem fizycznej więzi, która nawiązała się między nią a dzieckiem. Proces przemian, jaki rozpoczął się w ciele kobiety już w pierwszych tygodniach ciąży, nie znajduje naturalnego domknięcia, w postaci porodu.

Teoriami przeżywania straty zajmowały się m.in. Elisabeth Kübler-Ross oraz Catherine M. Sanders. Z ich obserwacji wynikało, że żałoba przebiega według pięciopunktowego schematu, jednak nie każda osoba będzie przeżywała stratę w ten sam sposób. Kolejność poszczególnych etapów może być inna, mogą się one ze sobą przeplatać, a niektóre w ogóle mogą nie wystąpić.

W opiece nad pacjentką po stracie dziecka, istotne jest różnicowanie żałoby z żałobą przewlekłą i depresją.

DEFINICJA, PODZIAŁ I ETIOPATOGENEZA PORONIEŃ

Poronienie to przedwczesne zakończenie ciąży, polegające na wydaleniu z jamy macicy obumarłego zarodka lub płodu, przed ukończeniem 22. tygodnia ciąży [1].

Poronienie samoistne stanowi jedno z najczęstszych powikłań ciąży - u 25% kobiet, które zaszły w ciążę, doznały utraty jednej lub więcej ciąż.

Określenie częstości występowania poronień w ogólnej populacji jest trudne, gdyż do utraty wielu ciąż dochodzi przed ich potwierdzeniem.

Największy odsetek poronień występuje przed implantacją zarodka i stanowi około 50% przypadków; po tym okresie odsetek poronień zmniejsza się do 12% - 24%.

Po 8. tygodniu ciąży ryzyko wystąpienia poronienia zmniejsza się do 10%. Po 13. tygodniu ciąży poronieniu ulega tylko 1% - 2%.

Najczęstszą przyczyną poronień samoistnych są zaburzenia chromosomalne. W badaniach cytogenetycznych płodów pochodzących z poronień samoistnych, aż 50-70% płodów ma nieprawidłowy kariotyp.

U kobiety, u której pierwsza ciąża zakończyła się poronieniem, ryzyko kolejnego poronienia wynosi 20%, podczas gdy dla kobiety, która nie była jeszcze w ciąży lub urodziła żywe dziecko, odsetek ten nie przekracza 5%. Przyczyny genetyczne są odpowiedzialne za 80% poronień u kobiet po 40. roku życia. Ponadto pojawiają się one częściej w grupie kobiet z poronieniami nawracającymi względem grupy kontrolnej, co potwierdza zasadność diagnostyki prenatalnej w grupie kobiet, które przeżyły dwa poronienia i więcej [2]. Odsetek utraty wczesnych ciąż zależy również od wieku kobiety: zwiększa się po 35. roku życia i osiąga 50% po 40. roku życia. Kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka jest występowanie chorób współistniejących oraz infekcji. Na drugim miejscu wśród przyczyn poronień wymienia się wady anatomiczne w obrębie narządu rodnego. Częstość ich występowania określa się na 1-27%. Innymi wymienianymi w literaturze przyczynami są zaburzenie endokrynologiczne i immunologiczne u matki oraz nikotynizm [3].

Poronienia dzielimy na poronienia zagrażające, w toku oraz zatrzymane (chybione).

Poronienie zagrażające charakteryzuje się krwawieniem z dróg rodnych, podczas którego mogą wystąpić skurcze macicy o niewielkim natężeniu.

Poronienie w toku charakteryzuje się krwawieniem z dróg rodnych i bólami o różnym nasileniu. Najczęstszym postępowaniem jest łyżeczkowanie jamy macicy, po kontrolnym badaniu USG.

Poronienie chybione (zatrzymane) oznacza, że nie doszło do wydalenia obumarłego zarodka lub płodu w przewidzianym czasie, tj. 8 tygodni od momentu stwierdzenia braku akcji serca płodu. Leczenie w przypadku poronienia zatrzymanego polega na farmakologicznej indukcji poronienia [3].

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY UTRATY DZIECKA W OKRESIE PRENATALNYM

Doświadczenie utraty dziecka w okresie prenatalnym jest problemem medycznym, psychologicznym i społecznym. Pierwszymi reakcjami po stracie dziecka są często poczucie winy, złość i zaburzenia zachowania. Utrata ciąży może również rzutować na życie seksualne partnerów.

Strata upragnionego dziecka oznacza również utratę przyszłości, która wiązałaby się z procesem wychowawczym. Gdy ciąża była efektem oczekiwań i starań, u matki pojawia się smutek, poczucie winy oraz niekompetencji w roli kobiety. Kobieta najczęściej doszukuje się przyczyny utraty dziecka w swoim ciele, zachowaniu lub błędach w trosce o dziecko. Po utracie dziecka, kobieta doświadcza silnego lęku związanego z traumą po przeżytym poronieniu. Wizja każdej kolejnej ciąży wiąże się z potencjalnym ryzykiem następnej straty, co tylko wzmacnia trudny stan emocjonalny kobiety oraz potęguje problem w bliskości z partnerem. Zapewnienie kompleksowej opieki przez personel medyczny, poprzez udzielenie wsparcia emocjonalnego oraz informowanie o możliwych i dostępnych formach wsparcia, ułatwia kobiecie radzenie sobie w trudnej sytuacji [4].

Sytuacja utraty ciąży wczesnej (poronienie) została opisana w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, jako sytuacja szczególna w opiece nad kobietą. W dokumencie szczegółowo opisano zadania personelu medycznego oraz jego rolę w informowaniu pacjentki o przysługujących jej prawach i formach wsparcia [5].

ŻAŁOBA POWIKŁANA, ŻAŁOBA PRZEWLEKŁA I DEPRESJA

Żałoba jest określana jako naturalna odpowiedź na stratę. Utrata wywołuje głęboki kryzys, podczas którego uruchamiane są różne procesy adaptacyjne, mające za zadanie przystosowanie do nowej, trudnej sytuacji. Przeżywanie żałoby jest związane nie tylko ze śmiercią bliskiej osoby – może dotyczyć również utraty innych zasobów: rozstania z

partnerem, utraty pasji lub zdolności do realizowania swojego hobby, a nawet końca pewnego etapu w życiu. Szczególną sytuacją w życiu rodzica jest utrata dziecka – również w okresie prenatalnym. Kobieta, która utraciła swoje dziecko w wyniku poronienia, boryka się nie tylko z wieloma silnymi uczuciami, ale również z nagłym przerwaniem fizycznej więzi, która nawiązała się między nią a dzieckiem. Proces przemian, jaki rozpoczął się w ciele kobiety już w pierwszych tygodniach ciąży, nie znajduje naturalnego domknięcia, w postaci porodu.

Wymienione aspekty powodują, że pogodzenie się z utratą dziecka wymaga czasu i przeżycia intensywnych oraz trudnych emocji.

Proces żałoby zawsze przebiega indywidualnie – nie ma jednego wzorca, ani dobrych czy złych reakcji. Różnice te mogą dotyczyć zarówno zachowania osób, które doświadczyły straty, jak i ich potrzeb. Istotnym problemem przeżywania żałoby po starcie ciąży wczesnej, jest poczucie kobiety, że świat zewnętrzny nie pozwala jej przeżyć żałoby w sposób odpowiadający jej potrzebom. Udzielanie porad, generalizowanie przez osoby z jej otoczenia, może powodować frustrację i głębokie poczucie niezrozumienia. Czas trwania ciąży nie powinien być wykładnikiem ocenienia czy pomniejszania wartości smutku przeżywanego przez kobietę.

Celem prawidłowo przebiegającego procesu żałoby jest pogodzenie się z utratą i adaptacja do nowej sytuacji. Twa on do około 12 miesięcy. Niekiedy jednak dochodzi do powikłań – do rozwinięcia się depresji lub przewlekłej żałoby. Szacuje się, że u około 2–3% populacji występują powikłania w procesie żałoby [6,7]. Istotą żałoby powikłanej jest chroniczne doświadczanie intensywnych i specyficznych przeżyć związanych z sytuacją śmierci ukochanej osoby, co powoduje istotne pogorszenie codziennego funkcjonowania.

Istotnym kryterium, pozwalającym odróżnić żałobę niepowikłaną od powikłanej jest czas, jaki upłynął od śmierci bliskiej osoby. Kryteria czasowe odnoszą się do czasu, w jakim można mówić o utrwaleniu doświadczanych objawów, jak i do norm dotyczących przeżywania żałoby, przyjętych w danej kulturze.

Badania podłużne przeprowadzone przez Prigerson i wsp. w grupie 291 osób pogrążonych w żałobie dowiodły, że diagnoza żałoby powikłanej przed upływem 6. miesiąca, od momentu utraty kogoś bliskiego jest nieuzasadniona, ponieważ nie pozwala na trafną identyfikację osób stanowiących grupę ryzyka długotrwałych zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego. Badania ujawniły również, że osoby spełniające kryteria żałoby powikłanej w okresie 6–12 miesięcy od momentu śmierci kogoś bliskiego, również w późniejszym czasie doświadczają szeregu trudności: 83,3% osób badanych wskazywało na

niską jakość życia (w porównaniu z 14,7% osób niespełniających kryteriów żałoby powikłanej), a u 28,6% stwierdzono zaburzenia zdrowia psychicznego, nieobecne wcześniej (depresja, zaburzenia po stresie traumatycznym, zespół lęku uogólnionego) [8].

Z przeżywaniem przewlekłej żałoby związane jest także zwiększone ryzyko popełnienia samobójstwa, stąd też problem należy traktować poważnie i go nie bagatelizować.

U osób w żałobie występują objawy depresyjne, jednak same w sobie nie stanowią podstawy do zdiagnozowania depresji klinicznej.

Cechy żałoby oraz epizodu depresyjnego są do pewnego stopnia zbliżone, jednakże istnieją między nimi różnice.

Podobieństwa między przeżywaniem straty a depresją to m.in. smutek i obniżony nastrój oraz wycofanie z kontaktów społecznych. Odmienny jest jednak charakter tych stanów: w czasie żałoby osoba doświadcza nie tylko negatywnych stanów psychicznych, jak również tych pozytywnych. Z kolei depresja wiąże się z anhedonią, to znaczy z niemożnością przeżywania pozytywnych emocji.

Żałoba jest procesem trwającym w czasie, którego istotą pozostaje zmaganie się z bólem i cierpieniem po stracie bliskiej osoby".

Według Sanders "żałoba niesie w sobie pewien szczególny, pokrewny wstydomi rodzaj piętna, wynikający z traktowania śmierci jako kary. W żadnej innej sytuacji nie jest to tak oczywiste, jak w wypadku utraty dziecka" [9].

Specjaliści wyróżniają różne etapy procesu żałoby. E. Kübler-Ross zdefiniowała tzw. „pięć etapów żałoby”[10]:

1. Zaprzeczenie, rozumiane jako brak akceptacji sytuacji, która się wydarzyła. Niedowierzanie i szok może prowadzić do tzw. fiksacji, z powodu braku możliwości adaptacyjnych.
2. Poczucie winy oraz gniew i bunt.
3. Negocjacje. Etap ten charakteryzuje się targowaniem się z losem, składaniem obietnic. Celem pertraktacji i negocjacji jest osiągnięcie iluzorycznego porozumienia z losem lub z Bogiem. Ponadto pojawia się regresywne wierzenie, że można cofnąć to, co nieodwracalne, jeżeli spełni się obietnicę.
4. Zwątpienie, brak motywacji do działania. Występuje tu żal, smutek, uczucie pustki oraz trudnej do akceptacji tęsknoty.
5. Akceptacja straty, pogodzenie się, powrót do normalnej codzienności życia. Czasami wyraża się uznaniem faktu tego, co się wydarzyło.

Kolejność poszczególnych etapów może wyglądać inaczej, tj. mogą się one ze sobą mieszać, a niektóre w ogóle mogą nie wystąpić. Również czas trwania poszczególnych etapów może różnić się u każdej osoby.

Inne etapy żałoby wyróżniła Catherine Sanders [9]:

1. Szok - naturalna izolacja mogąca łagodzić wybuch rozpacz, rodzaj odrętwienia. Cechuje się wzburzeniem, niedowierzaniem, dystansowaniem się oraz objawami somatycznymi.
2. Uświadomienie sobie straty - etap żalu, objawiający się silną dezorganizacją emocjonalną, niepokojem i przewlekłym stresem.
3. Chronienie siebie - okres izolacji, "hibernacji", wycofania się, osłabienia systemu odpornościowego. Objawy przypominają stan depresji.
4. Powracanie do zdrowia - po etapie bierności następuje stopniowe przejmowanie kontroli nad własnym życiem. Charakteryzuje się to rezygnowaniem z dawnych ról oraz tworzeniem nowej tożsamości.
5. Odnowa – powrót do codzienności - jest podjęciem próby życia bez zmarłej osoby.

Rozumienie żałoby przedstawione w powyższych koncepcjach oznacza, iż żałoba jest procesem, który ma swój początek, ale również i koniec.

Granica pomiędzy normalnym a patologicznym przeżywaniem żałoby jest trudna do sprecyzowania, jednak za główny objaw patologii przyjmuje się brak przeżywania żałoby – wycofanie, a także przedwczesne zakończenie procesu żałoby [11].

Czynnikami mającymi wpływ na patologiczny przebieg żałoby są m.in.:

- cechy osobowościowe (np. skłonność do pesymizmu, bierność);
- wcześniejsze zaburzenia psychiczne bądź nerwicowe;
- brak przygotowania na utratę bliskiej osoby;
- doświadczenia życiowe [12].

Czas cierpienia powoduje niemożliwość dopuszczenia myśli, że kiedykolwiek dojdzie do stabilizacji emocjonalnej, jednak z upływem czasu dynamiczny proces ulega zmianom, a większość rodziców ma możliwość powrotu do równowagi psychicznej. E. Kübler-Ross nazywa ten stan akceptacją, natomiast C. Sanders powracaniem do zdrowia.

Zakończenie procesu żałoby oznacza, że matka nauczyła się żyć z tą utratą. Nie oznacza to jednak, że już nie poczuje żalu i tęsknoty za dzieckiem. W różnych okresach ich życia emocje i wspomnienia będą powracały.

Rozumienie żałoby jako niekończącego się stanu, jest błędem - taka sytuacja jest bowiem patologią tego procesu.

PODSUMOWANIE

Przeżywanie żałoby przez kobietę po utracie ciąży wczesnej jest naturalną odpowiedzią na stratę. Brak wsparcia lub nieodpowiednie warunki do przeżywania żałoby mogą potęgować poczucie bycia nierozumianą i zwiększają ryzyko wystąpienia powikłań w przebiegu procesu żałoby. Udzielenie wsparcia emocjonalnego oraz poinformowanie pacjentki o przysługujących jej prawach i dostępnych formach pomocy psychologicznej stanowi standard opieki nad pacjentką po utracie ciąży w okresie prenatalnym [5].

PIŚMIENNICTWO

1. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i Ginekologia. Tom I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
2. Kwinecka-Dmitriew B.: Częstość występowania aberracji chromosomowych w materiale z poronień. Ginekologia Polska 2010; 81: 896-901.
3. Bręborowicz G.H.: Położnictwo. 1st ed. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
4. Bubiak A. Bartnicki J., Knihnicka-Mercik Z.: Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. Pielgniarstwo Zdrowie Publiczne 2014; 4(1): 69-78.
5. Minister Zdrowia. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z Dnia 16 Sierpnia 2018 r. w sprawie Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej.; 2018:21. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>. (data dostępu 20.05.2020).
6. Ludwikowska-Świeboda K., Lachowska B.: Polska wersja Inwentarza Żałoby Powikłanej – wstępna walidacja. Psychiatria Polska 2019; 5(53): 1069-1086.
7. Shear MK.: Complicated grief. The New England Journal of Medicine 2015; 372(2): 153–160.
8. Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S.C., Parkes C.M., Aslan M., Goodkin K.: Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med. 2009; 6(8), <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000121> (data dostępu 20.05.2020).

9. Sanders C.: Jak Przeżyć Stratę Dziecka. Powrót Nadziei. Wydawnictwo GWP; Gdańsk 2001.
10. Kübler-Ross E.: Dzieci i Śmierć. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2007.
11. Brudkiewicz P.: Żałoba i depresja w przebiegu żałoby. Psychiatria- Medycyna Praktyczna 2013. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/91656,zaloba-i-depresja-w-przebiegu-zaloby>. (data dostępu 20.05.2020).
12. Krzyżanowski D., Różańska O., Chybicka A., Mess E.: Osierocenie osób dorosłych po stracie osoby bliskiej. Onkologia Polska. 2005; 8(3): 128-130. <http://cornetis.pl/artikul/2753.html>. (data dostępu 20.05.2020).

Relacje pomiędzy polskojęzycznymi a anglojęzycznymi studentami uczelni medycznych

**Magdalena Zawiślak¹, Marcin Zaniuk², Patrycja Gierszon², Tomasz Krysa¹,
Patryk Zimnicki¹**

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
 2. Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- Opiekun naukowy: dr hab. n. med. Marzena Samardakiewicz

WSTĘP

Postępująca globalizacja sprawia, że znikają bariery, które dotychczas ograniczały edukację tylko do rodzimego kraju. W dzisiejszych czasach wielu polskich studentów wybiera naukę za granicą, a polskie uczelnie przyciągają studentów z całego świata. Trend ten widoczny jest szczególnie wyraźnie na uczelniach medycznych, gdzie wydziały anglojęzyczne istnieją już od wielu lat [1].

Znaczący wzrost migracji w celach edukacyjnych odnotowano w Polsce po wstąpieniu do Unii Europejskiej, co przełożyło się na znaczne zmniejszenie się barier, związanych z zagraniczną edukacją. Dodatkowo, w ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba obcokrajowców, podejmujących studia w Polsce wzrosła niemal pięciokrotnie, zgodnie z danymi z roku 2015 w Polsce studiowało 46 tysięcy obcokrajowców.

Za popularność polskich uczelni medycznych wśród studentów zagranicznych odpowiadają w dużej mierze niskie koszty utrzymania oraz mniej rygorystyczne kryteria przyjmowania kandydatów. Studenci zagraniczni doceniają również jakość kształcenia na polskich uniwersytetach [2].

Niestety, problem nietolerancji jest w Polsce nadal bardzo poważny, co widać szczególnie w mniejszych miejscowościach. Wynika to z różnego rodzaju stereotypów, związanych z osobami z zagranicy, które nadal mają wpływ na postrzeganie innych osób. Może

przerodzić się to w zachowania ksenofobiczne oraz rasistowskie, wpływając na zdrowie psychiczne zagranicznych studentów w Polsce [3].

Studenci anglojęzyczni w Polsce często wydają się izolować od studentów polskojęzycznych. Niezależnie od modelu kształcenia oraz tego, czy studiują na tym samym wydziale, co pozostali, czy na osobnym, utworzonym dla studentów zagranicznych wydziale, zjawisko braku integracji jest widoczne w obu przypadkach [4].

Podjęcie studiów w obcym kraju wiąże się również z narażeniem młodych ludzi na stres związany z aklimatyzacją w nowym miejscu oraz z napotykaniami barier językowych oraz kulturowych [5].

Istotnym problemem dla studentów anglojęzycznych w Polsce może być bariera językowa, która wynika z niskiej znajomości języka polskiego, tęsknota za domem oraz różnice kulturowe. Studenci wydziałów anglojęzycznych przyznają również, że czują szok kulturowy oraz, w ich opinii, są odosobnieni i nie otrzymują należytego wsparcia od uczelni, które mogłoby pomóc im w integracji z resztą społeczności akademickiej [6].

W związku z występowaniem podobnych zjawisk również wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, postanowiono zbadać podejście studentów polskojęzycznych do studentów z zagranicy, a także sprawdzić, jak studenci anglojęzyczni odbierają studiowanie w Polsce. Zbadanie podejścia studentów oraz asystentów uczelni medycznych do studentów anglojęzycznych może pozwolić na dostrzeżenie i wyeliminowanie istniejących problemów, co przyczyni się do podniesienia komfortu zarówno życia, jak i edukacji w obcokrajowców w Polsce.

MATERIAŁ I METODY

W celu zebrania danych, niezbędnych do analizy zagadnienia, przygotowano autorską ankietę w polskiej oraz angielskiej wersji językowej, aby zbadać opinię zarówno studentów polskojęzycznych, jak i anglojęzycznych. Badanie zostało udostępnione w formie online.

Obie wersje zawierają 14 pytań, występują między nimi drobne różnice, wynikające z charakterystyki organizacji wydziału anglojęzycznego.

Pierwsze i drugie pytanie miały za zadanie określenie wieku i płci ankietowanych. Kolejne pytanie dotyczy kierunku studiów osoby ankietowanej. W ankiecie polskojęzycznej do wyboru był jeden z 12 kierunków, w wersji anglojęzycznej – 8 kierunków. Różnica wynika z faktu, że Uniwersytet Medyczny w Lublinie prowadzi mniejszą ilość kierunków w języku angielskim.

Następne pytania miały na celu ustalenie, czy ankietowani dostrzegają różnice w sposobie traktowania studentów polsko- i anglojęzycznych, a także określenie tych różnic. Ankietowani mogli wybrać odpowiedzi spośród przygotowanych przez nas lub dopisać swoją odpowiedź, jednak ograniczeni byli limitem liczby możliwych odpowiedzi - maksymalnie 5.

Kolejne pytanie dotyczyło tego, w jaki sposób studenci polskojęzyczni podchodzą do tych z zagranicy. Ankieta sprawdzała również, czy badani spotkali się ze zjawiskiem dyskryminacji studentów zagranicznych, a także czy istnieje zjawisko integracji między studentami z wydziału polskojęzycznego i anglojęzycznego.

W kolejnym pytaniu sprawdzono, czy ankietowani mają znajomych lub przyjaciół z drugiego wydziału - czy osoba wypełniająca ankietę polskojęzyczną ma znajomych z wydziału anglojęzycznego i na odwrót - czy osoba wypełniająca wersję anglojęzyczną ma znajomych z wydziału polskojęzycznego. W wersji polskiej do wyboru były następujące odpowiedzi: Polacy nie; tak,; tak, obcokrajowcy, natomiast w wersji angielskiej można było wybrać jedną z dwóch odpowiedzi: tak lub nie.

Następne pytanie miało na celu ustalenie chęci wzięcia udziału w integracji pomiędzy studentami z wydziału polskojęzycznego i anglojęzycznego.

Kolejne pytania sprawdzały, czy ankietowani spotkali się z przejawami rasizmu lub ksenofobii, a także czy, w opinii ankietowanych, istnieje zjawisko alienacji studentów anglojęzycznych oraz izolowania się przez nich w obrębie własnych społeczności.

Ostatnie pytanie dotyczyło opinii ankietowanych na temat tego, czy uczelnia czerpie korzyści z obecności studentów anglojęzycznych.

Większość pytań w ankiecie była krótkimi pytaniami zamkniętymi z możliwością odpowiedzi tak, nie lub nie wiem. W kilku przypadkach jednak dodano opcję udzielenia własnej odpowiedzi.

WYNIKI

W ankiecie polskojęzycznej wzięło udział 198 osób, w anglojęzycznej zaś 87. W związku z tym całe badanie zostało przeprowadzone na grupie 285 osób.

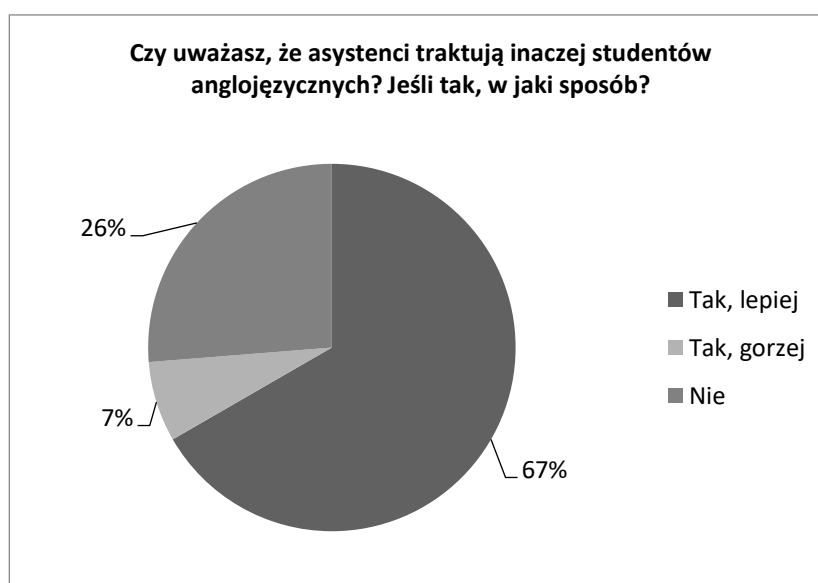
Wśród studentów polskojęzycznych najwięcej było w wieku 22-24 lata (42,9%) oraz 19-21 lat (51%). Wśród studentów zagranicznych dominowała grupa wiekowa 22-24 lata (51,7%), a w wieku 19-21 lat było 24,1%. Powyżej 25 lat miało 6% studentów polskojęzycznych i 22, 9% anglojęzycznych.

Pod względem płci wśród studentów polskojęzycznych dominowały kobiety (67,7%), podobnie jak wśród anglojęzycznych (52,9%). Znaczna większość badanych studiuje na kierunku lekarskim, odpowiednio 82,8% osób polskojęzycznych i 85,1% obcokrajowców. Pozostała część (14,9%) studentów z zagranicy studiuje stomatologię, wśród polskojęzycznych badanych z kolei 8,1% to studenci pielęgniarstwa, 6,1% analityki medycznej oraz pojedyncze osoby (w sumie 2%) pozostałe kierunki.

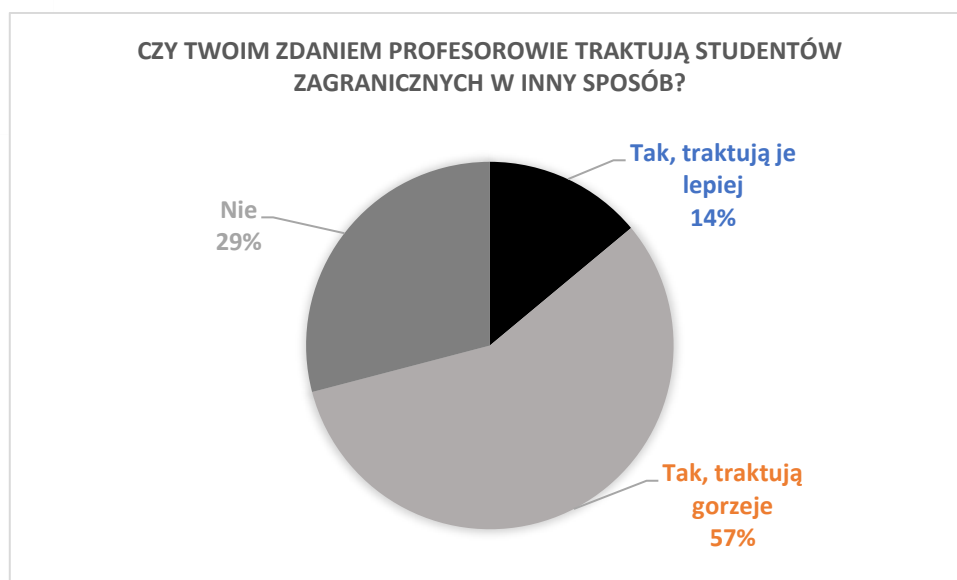
Tylko jedna osoba wśród polskojęzycznych badanych (0,5%) studiuje w języku angielskim. Wśród odpowiedzi uzyskanych od studentów zagranicznych, jedna osoba uważa, że wykładowcy używają w trakcie zajęć zarówno języka polskiego, jak i angielskiego (1%).

Większość studentów polskojęzycznych (81,8%) uważa, że studenci zagraniczni są traktowani inaczej. Aż 66,7% ankietowanych uważa też, że są lepiej traktowani przez asystentów. Tylko 7,1% ankietowanych uważa, że studenci zagraniczni są traktowani gorzej.

W pytaniu mającym sprecyzować różnice w traktowaniu, według 51% studenci anglojęzyczni są faworyzowani, mają łatwiejszy tok studiów (58,6%), ich egzaminy są łatwiejsze do zdania (44,9%), mają mniej zajęć (15,2%) oraz powtarzają im się pytania na egzaminach (13,6%). Wśród pozostałych odpowiedzi przewijają się zarzuty, jakoby studenci zagraniczni byli priorytetem dla prowadzących pod względem tłumaczenia zagadnień oraz wybierania sal, a także zapewniają uczelni „prestż”. Tylko 5,6% uważa, że są traktowani gorzej, a jedna osoba (0,5%) zauważa problem dyskryminacji.



Rycina 1. Opinia studentów polskojęzycznych na temat różnic w sposobie traktowania studentów poszczególnych wydziałów przez asystentów (opracowanie własne)



Rycina 2. Opinia studentów anglojęzycznych na temat różnic w sposobie traktowania studentów poszczególnych wydziałów przez asystentów (opracowanie własne)

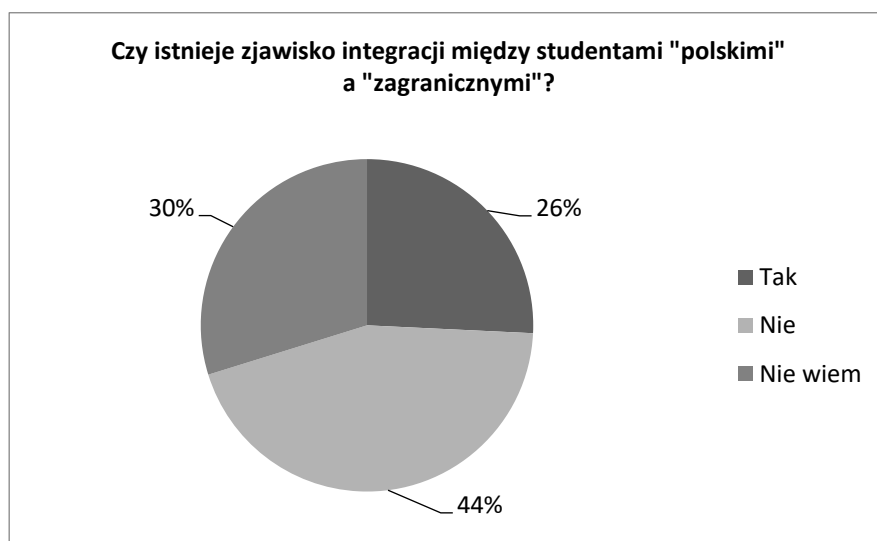
Według studentów anglojęzycznych również większość (85,1%) dostrzega różnice w traktowaniu obu grup. Ponad połowa (57%) uważa, że asystenci gorzej traktują studentów anglojęzycznych, niż polskojęzycznych, a odwrotną sytuację zauważa tylko 14%. Zapytani o konkretne różnice w traktowaniu, studenci anglojęzyczni wymieniają: faworyzowanie studentów polskojęzycznych (70,5%), powtarzające się pytania na testach studentów anglojęzycznych (16,7%), łatwiejszy tok studiów anglojęzycznych (11,5%) oraz łatwiejsze testy (9%). Tylko 10,3% ankietowanych uważa, że studenci anglojęzyczni są traktowani lepiej, a 9%, że są traktowani tak samo, jak polscy. Wśród pozostałych odpowiedzi pojawiają się głosy świadczące o dyskryminacji anglojęzycznych studentów, takie jak brak odpowiedniej komunikacji z uczelnią, niereagowanie na potrzeby wydziału anglojęzycznego, mniejsze zaangażowanie asystentów, większe trudności z ćwiczeniem umiejętności praktycznych, mniejszy dostęp do poprawnych, dobrych jakościowo materiałów dodatkowych oraz problemy wynikające z bariery językowej.

Wśród studentów polskojęzycznych, tylko 29,3% uważa, że studenci gorzej traktują obcokrajowców, tylko dwie osoby (2%) uważają, że traktują ich lepiej, a pozostali (69,7%), że są traktowani tak samo przez innych studentów. Wśród studentów zagranicznych 33,7% czuje się traktowana gorzej przez polskich studentów, 7% uważa, że są traktowani lepiej, a 59,3% nie widzi różnicy.

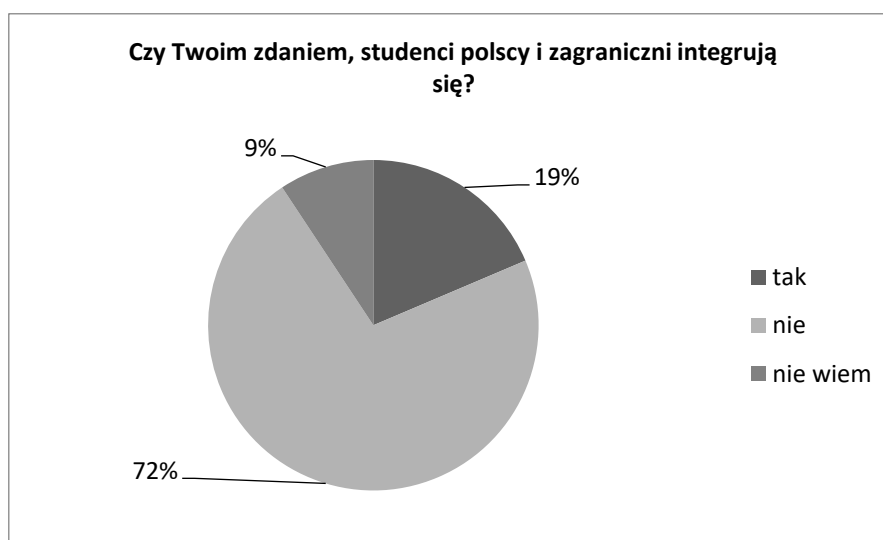
Tylko 18,7% polskich studentów spotkało się kiedykolwiek z dyskryminacją studentów zagranicznych. Wśród obcokrajowców aż 65,1% doświadczyło kiedykolwiek dyskryminacji ze

strony polskich studentów. Tylko 19,2% polskojęzycznych studentów spotkała się z zachowaniami ksenofobicznymi na uczelni, podczas gdy wśród studentów anglojęzycznych było to aż 66,3%.

Według 44,4% studentów polskojęzycznych nie istnieje zjawisko integracji pomiędzy studentami z wydziału polsko- i anglojęzycznego. Tylko 25,8% zauważa integrację, a pozostała część nie jest pewna jej istnienia. Większość (76,3%) studentów polskojęzycznych chciałaby skorzystać z możliwości integracji ze studentami anglojęzycznymi, jednak 62,9% uważa, że alienują się oni od reszty społeczności akademickiej.



Rycina 3. Opinia studentów polskojęzycznych na temat występowania zjawiska integracji pomiędzy wydziałami (opracowanie własne)



Rycina 4. Opinia studentów anglojęzycznych na temat występowania zjawiska integracji pomiędzy wydziałami (opracowanie własne)

Studenci anglojęzyczni również dostrzegają brak integracji pomiędzy studentami (72,1%), tylko 18,6% uważa, że taka integracja istnieje. Większość (83,5%) studentów zagranicznych również chciałaby skorzystać z możliwości integracji międzywydziałowej. Ponad połowa (53,5%) ankietowanych obcokrajowców uważa, że zjawisko alienacji nie występuje.

Dodatkowo, tylko 35,4% ankietowanych studentów polskojęzycznych ma znajomych, studiujących na wydziale anglojęzycznym, z czego połowa (17,7%) z nich to Polacy i tyle samo – obcokrajowcy. Studenci anglojęzyczni z kolei w większości (65,1%) przyznają, że mają znajomych z Polski.

Obie grupy ankietowanych zgadzają się co do tego, że uczelnia czerpie korzyści z obecności obcokrajowców. Wśród studentów polskojęzycznych uważa tak 91,9% badanych, a wśród anglojęzycznych – 94,2%.

DYSKUSJA

Problem dyskryminacji oraz izolacji zagranicznych studentów w Polsce został poruszony w licznych badaniach. Jest on szczególnie widoczny wśród studentów Uniwersytetów Medycznych, gdzie obcokrajowcy stanowią znaczny odsetek wszystkich studiujących.

Dla studentów anglojęzycznych dużym problemem jest aklimatyzacja w nowym otoczeniu, o czym świadczą wyniki pracy „Analiza stresu związanego z akulturacją oraz strategii radzenia sobie ze stresem wśród studentów English Program Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie”. Trudności w radzeniu sobie z akulturacją, odczuwane przez studentów anglojęzycznych wpływały na ich poczucie dyskryminacji. Wykazano korelację pomiędzy tymi czynnikami, na podstawie której stwierdzono, że im gorzej studenci radzą sobie z przystosowaniem się do nowej rzeczywistości, tym bardziej dyskryminowani się czują [5].

Istotnym problemem związanym z odczuciem dyskryminacji wśród studentów anglojęzycznych jest niewielka ilość spotkań, dających szansę na integrację obcokrajowców ze studentami polskimi. W badaniu przeprowadzonym wśród studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego uzyskano wyniki, które potwierdzają brak chęci i okazji do integracji studentów polskojęzycznych z anglojęzycznymi. Studenci zapytani o miejsca, w których spotykają studentów anglojęzycznych, w większości przypadków wskazywali uniwersytet, szpital czy bibliotekę. Większość badanych (46%) nie utrzymuje kontaktów ze

studentami zagranicznymi, tylko 8% deklaruje spotkania towarzyskie z obcokrajowcami [7].

Podobne wyniki uzyskano również w autorskiej ankiecie, w której znaczna większość studentów polskojęzycznych deklaruje brak znajomych z wydziału anglojęzycznego.

Problemy związane z integracją studentów polskojęzycznych z obcokrajowcami poruszone są również w pracy przeprowadzonej wśród studentów lubelskich uczelni „Studenci zagraniczni w Lublinie. Studenci socjologii KUL, UMCS i medycyny Uniwersytetu Medycznego o swoich zagranicznych kolegach”. Wyniki powyższych badań potwierdzają, że studenci z wydziału polskojęzycznego i anglojęzycznego tworzą dwa odrębne, nie integrujące się ze sobą światy [4].

Wyniki autorskiej ankiety pokazują, że zarówno studenci polskojęzyczni, jak i anglojęzyczni są świadomi korzyści, jakie uczelnia czerpie z kształcenia obcokrajowców. Zgodnie z pracą „Sytuacja studentów cudzoziemców w Polsce”, dzięki obecności cudzoziemców, polskie uniwersytety zyskują więcej prestiżu na arenie międzynarodowej, nasz kraj umacnia swoją pozycję zarówno polityczną, jak i gospodarczą. Dodatkowym atutem są również dochody uczelni z tytułu kształcenia obcokrajowców, które umożliwiają poprawę jakości kształcenia, czy poszerzanie oferty edukacyjnej [8].

WNIOSKI

Problem dyskryminacji oraz izolacji studentów anglojęzycznych w Polsce jest złożony i wymaga podjęcia działań, które mogłyby go zniwelować. Kluczowym aspektem, który należy wziąć pod uwagę w zwalczaniu tego zjawiska jest zwiększenie możliwości integracji oraz poprawienie komunikacji zarówno pomiędzy studentami obu wydziałów, jak i studentami anglojęzycznymi, a przedstawicielami uczelni podczas ćwiczeń.

Zarówno studenci polskojęzyczni, jak i anglojęzyczni są zgodni, co do występowania różnic w traktowaniu obu grup. Istotnym problemem jest fakt, że obie grupy mają tendencję do stawiania siebie w gorszej sytuacji oraz zarzucania pracownikom uczelni lepszego traktowania tej drugiej grupy. Najczęściej pojawiającymi się zarzutami ze strony studentów polskojęzycznych są: faworyzowanie studentów anglojęzycznych w trakcie wyboru sal, w których przeprowadzane są ćwiczenia, nieadekwatnego poziomu trudności egzaminów oraz łatwiejszego toku studiów. Studenci anglojęzyczni z kolei dostrzegają trudności związane z ćwiczeniami praktycznymi, ograniczoną dostępnością materiałów do nauki, czy niechęcią asystentów do tłumaczenia problematycznych zagadnień. Poprawienie komunikacji pomiędzy studentami oraz podjęcie przez uczelnie pewnych kroków, mających na celu poprawienie

pewnych aspektów, na które skarżą się studenci mogłoby wpłynąć pozytywnie i zmniejszyć poczucie dyskryminacji wśród studentów anglojęzycznych.

Istotnym problemem, zgłaszanym przez studentów anglojęzycznych jest spotykanie się z dyskryminacją oraz zachowaniami ksenofobicznymi zarówno ze strony polskich studentów, jak i innych osób. Niestety, ankietowani studenci polskojęzyczni zauważają ten problem w znacznej mniejszości przypadków bądź nie są pewni, czy dana sytuacja była zachowaniem ksenofobicznym bądź dyskryminującym drugą stronę. Warto w związku z tym poszerzyć świadomość studentów na temat dyskryminacji, rasizmu oraz ksenofobii, dzięki czemu unikanie tego typu zachowań stanie się łatwiejsze.

Obie grupy badanych przyznają, że zjawisko integracji pomiędzy polskimi i zagranicznymi studentami jest rzadkie, jednak polscy studenci dostrzegają je częściej. O niewielkiej integracji świadczy fakt, że znaczna większość studentów polskojęzycznych nie ma znajomych bądź przyjaciół studiujących na wydziale anglojęzycznym. Wśród obcokrajowców sytuacja wygląda lepiej, bo aż dwie trzecie ankietowanych ma znajomych w Polsce. Dodatkowo, zarówno polscy, jak i zagraniczni studenci wyrażają w większości przypadków chęć wzięcia udziału w integracji.

Znaczna część studentów polskojęzycznych uważa też, że studenci anglojęzyczni alienują się, co utrudnia integrację. Interesujący jest fakt, że niemal połowa studentów anglojęzycznych również zauważa tendencję do alienacji wśród obcokrajowców. Taki stan rzeczy może wynikać z problemów z aklimatyzacją obcokrajowców, czy licznymi problemami, takimi jak szok kulturowy bądź bariera językowa, z którymi spotykają się w obcym kraju.

Studenci anglojęzyczni w Polsce napotykają liczne problemy związane zarówno ze studiami, jak i życiem w nowym kraju. Prowadzi to do poczucia dyskryminacji, izolacji oraz trudności z aklimatyzacją, co potwierdzają zarówno wyniki autorskiej ankiety, jak i licznych badań. Istotne jest podjęcie działań, takich jak poprawienie komunikacji pomiędzy studentami a władzami uczelni, dzięki czemu zarówno studenci polskojęzyczni, jak i anglojęzyczni mogliby przedstawić problemy, z którymi się spotykają oraz wspólnie z uczelnią pracować nad ich rozwiązaniem. Dodatkowo, zaoferowanie studentom anglojęzycznym możliwości skorzystania z opieki psychologicznej mogłoby przynieść pozytywne skutki w postaci poprawienia ich umiejętności radzenia sobie z poczuciem odosobnienia i przełamywaniem barier kulturowych. Stworzenie dodatkowych możliwości integracji pomiędzy studentami polskojęzycznymi oraz anglojęzycznymi mogłoby również wpłynąć pozytywnie na ich samopoczucie oraz proces aklimatyzacji w nowym środowisku. Korzystnym rozwiązaniem mogłoby okazać się również położenie większego nacisku na edukację w zakresie zagrożeń

związanych z rasizmem czy ksenofobią, co zwiększyłoby świadomość studentów polskojęzycznych i pozwoliłoby unikać tego typu zachowań.

PIŚMIENNICTWO

1. Krzyżelewska-Kowalewska A., Milewska A.: Need my help? – studenci English Division w bibliotekach polskich uczelni medycznych. *Badania wielośrodowe. Forum Bibliotek Medycznych* 2015; 8(2): 11-39.
2. Andrejuk K.: Narodowa integracja czy europeizacja? Strategie osobiste i zawodowe imigrantów edukacyjnych w państwach Unii Europejskiej. *Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny* 2011; 2: 149-166.
3. Muniak R., Skrzeczowski M. i Zeidler-Janiszewska A. (red.), dz. cyt. *World Wide Web*: <http://dialog2008.pl/index.php?page=art&artid=265>, (data dostępu: 29 V 2015)
4. Butrym M.: Studenci zagraniczni w Lublinie. Studenci socjologii KUL, UMCS i medycyny Uniwersytetu Medycznego o swoich zagranicznych kolegach. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Sociologica* 2015; 2: 106-119,
5. Szkup M., Polakiewicz P., Schneider-Matyka D., Jurczak A., Stanisławska M., Wieder-Huszla S., Kotwas A., Karakiewicz A., Grochans E.: Analiza stresu związanego z akulturacją oraz strategii radzenia sobie ze stresem wśród studentów English Program Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22(1): 74-81.
6. Błaszowska K., Milewska A.: Szok kulturowy wśród studentów English Division Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – fakt czy mit? *Forum Bibliotek Medycznych* 2014; 7(2): 219-238.
7. Chalińska A., Rybka E.: Studenci zagraniczni widziani oczami polskich studentów i bibliotekarzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Próba odnalezienia recepty na pozytywną zmianę. *Forum Bibliotek Medycznych* 2015; 8(2): 40-65.
8. Matkowska M.: Sytuacja studentów cudzoziemców w Polsce. *Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzanie* 2010; 18: 87-98.

Odmiennność kulturowa, religijna i obyczajowa – najważniejsze aspekty

Jolanta Sawicka – Czernik¹, Grzegorz Bejda², Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Współczesne procesy globalizacyjne na świecie przejawiają się wzajemnym przenikaniem się narodów, ras, kultur, wyznawanych religii, światopoglądów, społecznych struktur, wartości materialnych i niematerialnych, oczekiwań, uwarunkowań środowiskowych.

Wielokulturowość jest wyzwaniem dla istniejącego świata, także dla pielęgniarstwa. Wymaga i zmusza do uwzględnienia w opiece nad osobą chorą nie tylko potrzeb biologicznych, zdrowotnych, psychicznych, duchowych, ale także odmienności narodowo – etnicznej.

Doświadczenia lat minionych pokazały, że problem pacjenta odmiennego kulturowo w strukturze i organizacji polskiego systemu ochrony zdrowia nie był dostrzegany, a miejsce osoby o wyznawanych innych wartościach nieokreślone.

Obecnie w społeczeństwie zachodzą ogromne zmiany determinowane czynnikami politycznymi, demograficznymi, społeczno – kulturowymi, środowiskowymi. Sytuacja ta wiąże się ze znacznym napływem emigrantów do naszego kraju, czego skutkiem jest zróżnicowanie narodowo – etniczne ludności zamieszkującej w Polsce.

Pracownicy ochrony zdrowia muszą mieć świadomość zachodzących przemian, a osoby zajmujące się leczeniem, opieką i pielęgnowaniem powinny być odpowiednio przygotowane do sprawowania kompleksowej terapii zgodnej z zasadami etyki zawodowej. W świadczeniu profesjonalnej opieki zdrowotnej kluczowe jest posiadanie wiedzy o zachowaniach wobec zdrowia i choroby członków danej, odmiennej społeczności. Wymaga to poznania, zrozumienia i uzupełniania wiedzy dotyczącej zróżnicowania kulturowego i religijnego, praw pacjenta, zagadnień etycznych, aby wszystkie te czynniki zostały uwzględnione w procesie planowania i realizacji opieki na najwyższym poziomie. Konieczne jest kwestionowanie stereotypów, uprzedzeń i obiegowych przekonań, wytworzenie wrażliwości na różnice kulturowe, wzmacnianie szacunku wobec drugiej osoby i wyznawanych przez nią poglądów i

religii. Taka postawa pozwoli na właściwe, profesjonalne i etyczne udzielenie pomocy osobie potrzebującej z poszanowaniem zasad i wartości drugiego człowieka.

WIELOKULTUROWOŚĆ W POLSCE

Polska na przestrzeni dziejów stanowiła jeden z niewielu ośrodków tolerancji, dając schronienie i umożliwiając wzajemną koegzystencję obywateli różnych kultur, w oparciu o pokój i bezpieczeństwo. Zamieszkiwana była przez członków rozmaitych grup etnicznych, kulturowych, językowych i religijnych. Zwraca się w literaturze uwagę, że mozaikę ludności Rzeczypospolitej stanowili Białorusini, Żydzi, Grecy, Ukraińcy, Ormianie, Niemcy, Litwini, Tatarzy [1].

W średniowieczu na terenach Polski azyl uzyskali judaïsici, będący uciekinierami przed prześladowaniami dokonywanymi na ziemiach Europy Zachodniej. W latach 1452 – 1455 za zgodą rodzimych możnowładców w Polsce osiedliło się około 400 śląskich Żydów obawiających się prześladowań ze strony Inkwizycji [2].

W wieku XVI Czesi znaleźli enklawę spokoju na terenach Wielkopolski, a na początku XX wielu Rosjanie osiedlali się w Polsce uciekając przed zawirowaniami rewolucji rosyjskiej. W roku 1933 niemieccy Żydzi wyemigrowali do Polski uciekając przed prześladowaniami ze strony faszystów, a polityka prowadzona przez polskie władze zabezpieczyła ich przed egzekucjami [3].

W dwudziestoleciu międzywojennym XX wieku około 30% mieszkańców Polski stanowili przedstawiciele innych narodowości, ale II wojna światowa i okres powojenny zmieniły sytuację. Przesunięcie granic i akcja wysiedleńcza spowodowały, że Polska stała się państwem niemal jednolitym kulturowo i narodowościowo, a grupy mniejszościowe funkcjonowały na marginesie społeczeństwa. Zmiany polityczne i upadek komunizmu w roku 1989 spowodowały napływ imigrantów, uchodźców i repatriantów. Zaczęto dostrzegać także mniejszości narodowe i etniczne oraz zwrócono uwagę na istnienie zjawiska wielokulturowości [4].

Polska w tamtych latach zaczęła ulegać istotnym zmianom politycznym i gospodarczym. Zainicjowane zostały także przemiany kulturowe i społeczne, pojawiły się nowe ideologie [5].

Wstąpienie Polski w roku 2004 do Unii Europejskiej przyczyniło się między innymi do otwarcia granic i tym samym nasilenia migracji obywateli innych państw i osiedlania się osób

odmiennych kulturowo i wyznaniowo [6], a przybysze reprezentowali także inne wartości, zwyczaje, styl życia, czy zachowania zdrowotne [7].

Lata 2012 – 2016 oceniane są jako czas największej migracji ludności w Europie na przestrzeni ponad 70 lat, od czasów zakończenia II wojny światowej. Polska nadal jest krajem atrakcyjnym dla nowych przybyszów jako obszar zatrudnienia, podjęcia nauki i osiedlenia się [8].

Wielu imigrantów, uchodźców, czy repatriantów związanych jest z Polską od kilku - kilkunastu lat z różnych powodów, takich jak np. powrót po latach pobytu na obczyźnie do ojczyzny, ucieczka przed wojną, prześladowaniami, znalezienie bezpiecznego azylu, kontynuacja nauki, podjęcie pracy, założenie rodziny, zapewnienie lepszego bytu niż w kraju ojczystym [9].

Imigrantem jest każda osoba „nieposiadająca polskiego obywatelstwa, a przybywająca na teren Polski”. Uchodźcą z kolei to „człowiek opuszczający swoją ojczyznę w obawie przed utratą życia, zdrowia czy wolności z powodu prześladowań lub uciekający przed wojną”. Repatriacja „dotyczy tych osób, które potrafią przedstawić polskie pochodzenie i z różnych przyczyn znalazły się poza granicami państwa i wracają do ojczyzny”. Przybywają z ważnymi dokumentami wjazdowymi, a celem jest osiedlenie się na stałe. Przekroczenie granicy jest momentem nabycia przez uchodźcę polskiego obywatelstwa, a obowiązkiem jednostki zapraszającej jest zapewnienie mieszkania całej rodzinie i wyszukanie pracy. Do Polski przybywają uchodźcy zamieszkujący tereny dawnego Związku Radzieckiego lub z azjatyckiej części należącej do Federacji Rosyjskiej [cyt. za 4].

O polskim pochodzeniu mówimy w sytuacji, gdy „co najmniej jedno z rodziców lub dziadków, ale także dwoje pradiadków posiadało narodowość polską. Istotne jest pielęgnowanie polskiego języka, tradycji i zwyczajów”. Uznanie polskiego pochodzenia dotyczy także tych osób, które deklarują narodowość polską i potrafią wykazać związek z polskością, a w przeszłości posiadały obywatelstwo polskie lub co najmniej jedno z rodziców albo dziadków lub dwoje pradiadków posiadało polskie obywatelstwo. W momencie, gdy repatriacja dotyczy obojga rodziców, ich niepełnoletnie dziecko nabywa polskie obywatelstwo, natomiast gdy repatriantem jest jedno z rodziców, drugi rodzic musi wyrazić pisemną zgodę przed konsulem na nabycie przez to dziecko polskiego obywatelstwa. Gdy osoba skończyła 16 lat, ale nie ma jeszcze 18 lat, musi wyrazić zgodę na przyjęcie obywatelstwa polskiego [10].

Znaczna część cudzoziemców traktuje Polskę jako kraj tranzytowy i kolejny etap w drodze na Zachód lub drogę powrotu na Wschód. Przebywają tu czasowo, nie starają się o otrzymanie dokumentów uprawniających do legalnego pobytu i mieszkają w ramach wizy

czasowej, jest to jednak jednoznaczne z brakiem wielu praw, m. in. do bezpłatnego kształcenia dzieci [cyt. za 4].

Według danych demograficznych przedstawianych przez Główny Urząd Statystyczny na podstawie przeprowadzonego w roku 2011 w Polsce Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 94,8% ogółu społeczeństwa stanowią obywatele o jednorodnej polskiej tożsamości, z mniejszością romską identyfikuje się 17 tys. mieszkańców Polski. Przynależność do społeczności żydowskiej zadeklarowało 7,5 tys. osób, a 5,1 tys. respondentów stwierdziło, że wyznaje islam lub są muzułmanami. Okazało się, że 91,7% Romów i 88,3% Żydów to mieszkańcy miast [11].

Warto pamiętać, iż liczba osób deklarujących pochodzenie odmienne od polskiego może być zaniżona z uwagi na fakt, że spisu dokonano w czasie, gdy jeszcze nie funkcjonowały ustawowe uregulowania charakteryzujące mniejszości narodowe czy etniczne [4].

W 2016 roku obywatelstwo polskie nabyło 4569 osób, w roku 2017 – 4597. W ramach repatriacji do Polski w 2016 roku 354 osobom zostały wydane wizy repatriacyjne, w 2017 roku takie wizy otrzymało 298 osób. W 2017 roku 235626 cudzoziemców otrzymało zezwolenie na pracę w Polsce. W 2016 roku 128 osób otrzymało status uchodźcy, a w 2017 roku 151 osób. Zgodę na pobyt na terenie Polski ze względów humanitarnych w 2016 roku otrzymało 177 osób, w 2017 roku 184 osoby. Zezwolenie na pobyt stały w 2016 roku uzyskało 9042 cudzoziemców, a w roku 2017 otrzymało takie zezwolenie 13304 obywateli innych państw. Zezwolenie na pobyt czasowy w 2016 roku dostało 86616 osób, w roku 2017 już 103215 cudzoziemców [12].

Pojęcie „etniczność” pochodzi od greckiego słowa „*ethnos*” oznaczającego rasę i jest to ogół niepowtarzalnych cech charakteryzujących daną społeczność i równocześnie umożliwiających odróżnienie jej od innych. Należą do nich:

- nazwa przynależna danej społeczności i wyodrębniająca ją ze społeczeństwa,
- stosowany język,
- wyznawana religia,
- tożsamość przynależnościowa
- socjalizacja w grupie [13].

Członkowie należący do określonej grupy etnicznej zauważają i podkreślają swoją odmienność. Narodowość może być utożsamiana z etnicznością, istnieje jednak między nimi różnica. Narodowość ma odbicie w postrzeganiu narodu jako instytucji uporządkowanej i mającej na celu stworzenie własnego państwa [13].

Szacuje się, że na terenie Polski przebywają przybysze z niemal 130 państw [7]. Reprezentują oni zróżnicowane środowiska, biorąc pod uwagę pochodzenie etniczne, wyznawaną religię, wartości kulturowe, zajmowane pozycje społeczne. Ich wizerunek i traktowanie trudno jest poddać jednoznacznym uogólnieniom, ponieważ stanowią złożone zjawisko o wielowymiarowym charakterze. Przewiduje się, że trwa cały czas przekształcanie się polskiego społeczeństwa monokulturowego w wielokulturowe [8].

Termin „wielokulturowość” może być rozumiany w wieloraki sposób. Może charakteryzować i opisywać sytuację, w której obok siebie funkcjonują różne nacje, ale także może stanowić narzędzie do określenia prowadzonej polityki rządowej, która ma na celu zmniejszenie napięć społecznych powiązanych z istnieniem wielokulturowości. Terminem tym można również określać posunięcia mające na celu emancypację środowisk o charakterze mniejszościowym, w celu osiągnięcia możliwości głębszego i intensywniejszego uczestnictwa w życiu społeczno – politycznym danego państwa [1].

Wielokulturowość może stanowić swoisty wzorzec życia społecznego, w którym żyją obok siebie i wchodzą we wzajemne relacje społeczności o odmiennym pochodzeniu i wartościach kulturowych [1].

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polski z dnia 2 kwietnia 1997 r. zawarte są zapisy dotyczące grup społecznych zamieszkujących Polskę, a należących do mniejszości narodowo – etnicznych:

Art. 35. [14]

1. *„Rzeczpospolita Polska zapewnia obywatelom polskim należącym do mniejszości narodowych i etnicznych wolność zachowania i rozwoju własnego języka, zachowania obyczajów oraz rozwoju własnej kultury”.*
2. *„Mniejszości narodowe i etniczne mają prawo do tworzenia własnych instytucji edukacyjnych, kulturalnych i instytucji służących ochronie tożsamości religijnej oraz do uczestnictwa w rozstrzyganiu spraw dotyczących ich tożsamości kulturowej”.*

Art. 53. [14]

1. *„Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii”.*
2. *„Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują”.*

3. *„Rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego, i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniami”.*
4. *„Religia kościoła lub innego związku wyznaniowego o uregulowanej sytuacji prawnej może być przedmiotem nauczania w szkole, przy czym nie może być naruszona wolność sumienia i religii innych osób”.*
5. *„Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania” .*

MUZULMANIE

Według Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w roku 2011, islam jako religię wyznawaną zadeklarowało 5.100 osób, ale obecnie trudne jest sprecyzowanie, ile faktycznie na polskich ziemiach przebywa muzułmanów. Imigranci muzułmańscy wywodzą się spośród przybyłych do Polski w latach 70. i 80. XX wieku studentów. W Polsce na ogół pozostawali i budowali nowe życie przybysze z krajów ogarniętych wojnami lub konfliktami, doskonale adaptując się do warunków lokalnych, z uwagi na znajomość języka polskiego i posiadane wykształcenie. Należą do nich lekarze, biznesmeni, inżynierowie. W 2011 roku posiadaczami ważnych kart pobytu stało się ponad 2 tys. Turków, którzy wyemigrowali do Polski z powodów ekonomicznych, a z czasem stawali się posiadaczami małych restauracji, czy barów [1].

Od początku lat 90. XX wieku do Polski zaczęli przybywać uciekinierzy wojenni z Czeczenii, szukający schronienia i bezpieczeństwa. Kolejne napięcia wojny rosyjsko - czeczeńskiej w 2000 roku spowodowały, że liczba uchodźców wzrosła. Część z nich ubiegała się o azyl, ale większość wyemigrowała do innych państw europejskich. Niewielka część do chwil obecnych przebywa w Polsce [15].

Tereny Polski od wieków zamieszkuje mniejszość tatarska licząca obecnie około 1828 obywateli. Ich przodkowie wyemigrowali lub uciekli z ziem Złotej Ordy i Krymu, mieszkali na terenach Wielkiego Księstwa Litewskiego od końca XIV wieku. Na przestrzeni dziejów i wydarzeń historycznych Tatarzy wielokrotnie dawali przykład lojalności, oddania i wierności stając w szeregach wojsk polskich w bitwie pod Chocimiem w 1673 r., w 1683 r. w bitwie pod Wiedniem. Formacje ułańskie składające się z żołnierzy tatarskich słynęły ze sprawności, odwagi, waleczności i karności, charakteryzując się świetną prezencją. W XVII wieku stopniowemu zanikowi uległ ich język ojczysty, przy czym Tatarzy nadal pozostali wierni islamowi, zwyczajom i tradycji. W czasach Księstwa Warszawskiego otrzymali wszystkie

prawa polityczne. Nadal aktywnie uczestniczyli w zrywach wolnościowych w czasie trwania zaborów, w I wojnie światowej służyli w polskich formacjach wojskowych, mieli swój udział w „cudzie nad Wisłą” w 1920 r. W czasie II wojny światowej walczyli w wojskach polskich [16].

Na Podlasiu Tatarzy zasiedlają typowo rdzenne miejscowości tatarskie Kruszyniany i Bohoniki, będące najdalej na wschód wysuniętymi siedliskami osadnictwa tatarskiego, są mieszkańcami Białegostoku, Gdańska, Warszawy, Dąbrowy Białostockiej, Sokółki. Wyznają islam odległy od muzułmańskiej ortodoksji i obchodzą święta ściśle związane z muzułmańskim kalendarzem. Jednakże wspólne świętowanie z Polakami stanowi także okazję do spotkań i integracji środowiska [1].

Główną organizacją skupiającą polskich Tatarów jest Związek Tatarów Rzeczypospolitej Polskiej. Na Podlasiu organizowane są Dni Kultury Tatarskiej [17]. Istotne znaczenie odgrywa także działalność Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej powstałego na terenie Polski w 1925 roku, a zarejestrowanego prawnie 21 kwietnia 1936 roku. Związek zajmuje się nauczaniem religii muzułmańskiej, prowadzi działalność informacyjną, udziela pomocy charytatywnej osobom potrzebującym i uchodźcom. W nakładzie 500 egzemplarzy wydaje kwartalnik *Przegląd Tatarski* i publikacje książkowe. Inne zgromadzenia skupiające wyznawców islamu to: Islamskie Zgromadzenia Ahl-ul-Bayt, Liga Muzułmańska w RP, Stowarzyszenie Jedności Muzułmańskiej [18].



Zdjęcie 1. Mizar (cmentarz) w Kruszynianach (źródło własne)

Podlascy Tatarzy widoczni są na różnego rodzaju imprezach plenerowych, jarmarkach, targach sprzedając dania kuchni tatarskiej, stali się właścicielami restauracji, są bohaterami programów telewizyjnych. Niejednokrotnie nie odróżniają się od Polaków, nie obnoszą się ze swoją innością, nie prowokują napięć i konfliktów z innymi członkami społeczności, a osoby z ich otoczenia często nie wiedzą o ich odrębności etnicznej [19]. Uważają się za obywateli Rzeczypospolitej i Polaków pochodzenia tatarskiego [16].

Obecni w Polsce Tatarzy i napływowi imigranci muzułmańscy bardzo znacząco się od siebie różnią. Pozycja i rola tych pierwszych jest od wielu lat ugruntowana, są postrzegani jako grupa szanująca polską kulturę i zasymilowana z rodzimym środowiskiem. Z kolei imigranci są widoczni, wyróżniają się spośród tłumu, m. in. ze względu na noszenie przez kobiety chust na głowie czy specyficznego stroju lub charakterystycznego zarostu na brodzie przez mężczyzn. Powoduje to ich niechętnie lub nieprzyjacieł traktowanie przez mieszkańców naszego kraju [20].

ROMOWIE

Romowie (Cyganie) stanowią grupę etniczną od stuleci zamieszkującą tereny Polski. Stanowią zarazem egzotyczny i mało poznany otoczeniu i badaczom element lokalnego folkloru. Ich wspólnoty kultywują tradycyjne obyczaje, od wieków w niemal niezmienionej formie, rządzą się swoimi prawami, porozumiewają się przetrwałym w żywej mowie i sobie tylko znanym języku, strzegą cygańskiej odrębności i izolacji. Zamieszkują wiele państw, a w Polsce ich społeczność liczy około 17 tysięcy osób, z czego niewiele ponad 3 tysiące przebywa w województwie podlaskim. W domu 72,3% populacji romskiej posługuje się swoim językiem rodzimym [11].

Romowie polscy należą do czterech szczepów różniących się trybem życia, obyczajami i dialektem języka cygańskiego. Są to [21]:

- Cygani wyżynni - stanowią grupę najdłużej zamieszkującą ziemie polskie – okolice Tatr i tereny podkarpackie. Od pokoleń prowadzą osiadły tryb życia, częściowo zatraciły umiejętności, np. wróżbiarstwa, ale też nie zasymilowały się z lokalnym społeczeństwem.
- Cyganie nizinni (Polska Roma) - do niedawna prowadzili wędrowny tryb życia. Język ich zawiera sporo wtrąceń z języka niemieckiego. Noszą polskie nazwiska kończące się na -ski. Mężczyźni w większości nie zajmują się żadną pracą, a zarobkowanie i utrzymanie rodziny należy do kobiet.

- Lowari - zamieszkują w większości duże miasta – Kraków, Poznań, Wrocław, Szczecin – i stanowią zlepek grup romskich przebywających w Polsce od dawna i Lowarów ze Związku Radzieckiego. Uważają się za cygańską „arystokrację”, lubią dostatek, zbytek i okazałość.
- Kelderasza. należą do szczepu Cyganów szczególnie przedsiębiorczych i tym samym zamożnych. Po wojnie wchłonęli grupy Cyganów przybyłych do Polski i zdołali utrzymać „królewską” władzę nad wszystkimi polskimi Cyganami.

Praojczyzną Romów są Indie. To stamtąd (z nieustalonych do czasów współczesnych przyczyn) rozpoczęli wędrówkę w świat przez Persję, Armenię i Grecję do środkowej i zachodniej Europy. Pierwsza wzmianka o przybyszach pochodzi z połowy XI wieku. W 1322 roku na Krecie napotyka się „osobliwych ludzi”, w XIV wieku Cyganie wyprawiają się grupami z Grecji w wędrówce ku północy. Doniesienia z 1416 roku wzmiankują o Cyganach osiedlających się w Czechach, a w następnym roku znajdują się już w Zurychu, Magdeburgu i Lubece. W tym samym czasie prawdopodobnie pojawili się na ziemiach polskich, ale brak jest jakichkolwiek zapisków na ten temat [21].

Dokument pisany, poświadczający obecność Cyganów w Krakowie pochodzi z roku 1401 [17]. Kolejna zapisana wzmianka pochodzi z 1419 roku i zawiera informacje o osiedleniu się w Trześniowie, w ziemi sądeckiej przybysza nazywającego się Petrus Cygan. Kolejni wędrowcy pojawili się na południowych włościach ziemi polskiej za panowania Władysława Jagiełły. Początkowo bramy miast stały przed nimi otworem. Kreowali się na wędrujących pokutników i umieli przystosować się do obowiązujących hierarchii społecznych. Uprawiali kowalstwo, parali się wróżbiarstwem, zyskali przychyłność władz, a ludność miejscowa darzyła ich zabobonnym respektem. Z czasem sytuacja ta zaczęła ulegać zmianie i zaczęto ich izolować od rodzimych społeczności [3].

Polityka hitlerowska w czasach II wojny światowej założyła doprowadzenie do zagłady Cyganów. Organizowane były transporty ludności romskiej do obozów koncentracyjnych lub do gett żydowskich i konfiskata mienia. Na tereny Polski zwożeni byli Romowie z całej Europy, gdyż tu znajdowały się obozy ich eksterminacji. Akcja ludobójstwa przebiegała na masową skalę. Po wojnie ocalała nieliczna grupa ludności cygańskiej, wielu przybyło z terenów Związku Radzieckiego w ramach repatriacji. W grudniu 1949 roku władze polskie zainicjowały spis ludności cygańskiej, aby w efekcie doprowadzić do jej osiedlenia się i produktywizacji na terenie całej Polski. Rozpoczęto także akcję pomocy materialnej w celu zachęcenia wędrujących grup do zmiany trybu życia. Nie przyniosło to spodziewanych efektów, tabory cygańskie nadal przemieszczały się, ludność romska – według cygańskiego powiedzenia -

„wyjechała na wolność”. W 1964 roku zabroniono Cyganom jeździć taborami, więc rozpoczęły się wędrówki innymi środkami lokomocji. Nadal dominował analfabetyzm, a nastoletnie dziewczynki wychodziły za mąż i rodziły dzieci. Obecnie istnieją podziały w społeczności romskiej, ale nadal obowiązuje niepisany kodeks obyczajowości, a jej rdzeń pozostaje nietknięty [21].

Romowie stanowią jedną z najbardziej prześladowanych nacji na przestrzeni minionych dziejów. Funkcjonowali na marginesie życia europejskich społeczeństw. Przez wiele stuleci zajmowali się zaklinaniem i łapaniem szczurów, wyrobem patelni, kłódek, łańcuchów, kołowrotek, innych produktów z żelaza, drewna i miedzi, które potem na targach sprzedawali. Byli kowalami, treserami niedźwiedzi, kobiety wróżyły, potrafili grać na różnych instrumentach, tańczyć i śpiewać dla zarobku [21].

Kultura romska stanowi tajemnicę, a Romowie postrzegani są w dwojaki sposób, jako naród ceniący wolność, wędrówkę z taborami, muzykę i taniec, barwne stroje, a z drugiej jako osoby z pogranicza społeczeństwa, bez wykształcenia, oszustów, porywaczy dzieci, naciągaczy. Nadal funkcjonują negatywne stereotypy na temat tej grupy etnicznej. Romowie nie wyznają oficjalnej religii, nie posiadają tradycji religijnych i z reguły przyjmowali religię dominującą lub dozwoloną w państwie, do którego przywiódł ich koczowniczy tryb życia [22].

W Polsce zdecydowana większość to członkowie Kościoła Rzymskokatolickiego. Mniejszość romska nie ma swoich reprezentantów w Polskim Parlamencie. Główne organizacje romskie, to między innymi Związek Romów Polskich, Stowarzyszenie Kulturalno – Społeczne – Centrum Kultury Romów w Polsce, Fundacja Bahtałe Roma, Stowarzyszenie Asystentów Edukacji Romskiej w Polsce i wiele innych lokalnych. Wydawane są czasopisma – dwumiesięcznik „Romano Atmo”, kwartalniki „Dialog – Pheniben” i „Kwartalnik Romski”. Znane, lubiane i chętnie oglądane są imprezy kulturalne: Międzynarodowe Spotkania Zespołów Cygańskich Romane Dyvesa w Gorzowie Wielkopolskim, coroczne od 1990 roku Obchody Międzynarodowego Dnia Romów 8 kwietnia, czy Międzynarodowy Festiwal Piosenki i Kultury Romów [17].

W Polsce problemem społecznym dotyczącym romską grupę etniczną jest niski poziom edukacji i wysokie bezrobocie [22], a lokalizacja na dole hierarchii społecznej w znacznym stopniu ogranicza dostęp do pełni obywatelstwa [13].

Cyganie posiadający ugruntowaną sytuację życiową zmieniają jednak zdanie w kwestii wykształcenia warunkując to jednak tym, aby nauka nie wkraczała, czy nie niszczyła tradycji romskiej, gdyż zachowanie własnej tożsamości jest dla nich priorytetem [23].

Cyganie (Romowie) są społecznością zróżnicowaną, obecną w Polsce od wieków [21]. Nigdy nie posiadali własnego państwa i nigdy nie dążyli do jego utworzenia. Przez niemal tysiąclecie udało im się przetrwać jako wyizolowanej grupie, nie tracąc zarazem swojej kultury [23]. Czynnikiem wspólnym jest przestrzeganie reguł i zwyczajów wynikających z rozumienia zasad rządzących romską kulturą – romanipen [21]. Kodeks romanipen wyznacza najważniejsze wzorce zachowania i postępowania, określa normy współżycia, nakazuje samowystarczalność, samorządność, zakazuje wykonywania zawodów medycznych z uwagi na fakt, że osoby należące do personelu lekarskiego czy pielęgniarstwa mają kontakt z umarłymi, nieczystościami i dolnymi partiami ciała. Najważniejsze są pojęcia „czystości” i „skalania”. Postępowanie niezgodne z zasadami i ich przekroczenie stanowi przyczynę skalania i wejścia w stan rytualnej nieczystości. Najgorsza kara to wydalenie ze społeczności [22].

Obowiązuje podział ważności „skałań”. Podlegają one jedynie orzecznictwu cygańskiemu, a rozstrzygnięcia dokonuje „Szero - Rom (Głowa-Cygan) zwany także Baro – Szero (Wielka Głowa) [21]. „Wielkie skalania” obejmują „nieczystość” kobiety i należących do niej spódnicy i obuwia mających moc kalania. „Nieczystość” obejmuje kobiety w wieku prokreacyjnym, wykluczone są kobiety starsze i dziewczynki przed wejściem w okres dojrzewania. „Małe skalanie” dotyczy kobiet lekkich obyczajów. Za nieczyste uznaje się ciało kobiety poniżej pasa, także wszystko, co się z nim w tych partiach styka – bielizna, spódnica, buty. Dotykanie przez mężczyznę kobiecego ciała poniżej pasa usprawiedliwione jest koniecznością i potrzebą prokreacji, nie może jednak dotykać ubrań mających kontakt z tymi częściami ciała. Zakazane jest pranie razem ubrań męskich i kobiecych, korzystanie z tych samych misek. Kobiety muszą nosić kilka spódnic, aby nie doszło do skalania przedmiotów znajdujących się w otoczeniu, czy pożywienia, nie mogą także usiąść na czapce Roma lub na stole. Niedopuszczalna jest sytuacja, w której kobieta może znajdować się nad mężczyzną. Kalanie dotyczy wspólnego mieszkania, kobiety nie mogą przebywać na piętrach budynku powyżej mężczyzny [22].

Szczególnie respektowane jest unikanie skalania porodowego. Nikt z Cyganów, niezależnie od płci, nie może pomagać kobiecie rodzącej - zakazane jest dotykanie jej i noworodka. Położnica w tym czasie nie może dotykać zastawy kuchennej, musi jeść tylko z naczyń dla niej przeznaczonych. Separacja związana z macierzyńską nieczystością trwa 3 tygodnie [21].

Dzieci dostają amulety i talizmany mające chronić je przed „złym spojrzeniem” i przynoszące szczęście i pomyślność [22].

Romskie małżeństwa zawierane są w bardzo wcześnie, dziewczynki mają 13 – 14 lat, chłopcy 16 – 17. Nie mogą zostać oficjalnie zalegalizowane, gdyż jest to niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa cywilnego i kanonicznego. Małżeństwa często kojarzone są przez rodziców i wówczas ojciec chłopca wnosi zapłatę za dziewczynę, zdarzają się przypadki porwań dziewcząt przez młodzieńców. W przypadku, gdy dojdzie do rozwodu zapłata musi zostać zwrócona. Ma to być gwarantem zabezpieczenia żony przed złym traktowaniem przez męża. Ślub odbywa się według tradycyjnego, romskiego obyczaju wobec rodziców młodych i krewnych, a rytuał polega na związaniu młodym rąk chustą i wypowiedzeniu formuły mówiącej o wzajemnym poszanowaniu [22].

Dzieci są szczęściem dla Romów, ale chłopcy stoją na bardziej uprzywilejowanej pozycji i otaczani większą troską i opieką. Matki karmią piersią dzieci długo, nawet kilka lat. Dziewczynki szybko zostają wdrożone do wykonywania czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, czy opieką nad rodzeństwem [21].

Romowie wychowywani są w duchu poszanowania i przestrzegania kodeksu obyczajowego i tradycji, estymy okazywanej starszym członkom społeczności i posłuszeństwa wobec podejmowanych przez nich decyzji, nawet jeżeli dotyczą najbardziej prywatnych i intymnych spraw [22].

Członkowie rodziny romskiej muszą udzielać sobie nawzajem pomocy, także materialnej [24].

Cyganie dzielą świat na „nieromski” i „swój”. Korzystają z „nieromskiego” zaspakajając własne potrzeby, niedyspozycje zdrowotne „leczą” we własnym zakresie, a ostatecznością jest korzystanie z długoterminowej hospitalizacji. Szpitale uznane są jako miejsca „nieczyste”, ale w przypadku ciężkiej choroby, konieczności poddania się operacji, czy porodu są zmuszeni do pobytu w nich i godzą się z tym faktem [24].

Śmierć jest traktowana jako naturalna kolej życia ludzkiego, pochówek i okres żałoby odbywa się zgodnie z tradycją i wyznawaną religią. Kremacja ciała osoby zmarłej nie jest uznawana [24].

ISLAM

Islam powstał w latach 610 – 632 n. e. i jest religią monoteistyczną. Świętą księgą islamu jest Koran, na którym zbudowana jest cywilizacja i kultura muzułmańska. Koran zawiera dogmaty, przepisy dotyczące kultu religijnego, moralne, odnoszące się do zasad dobrego odżywiania się i zachowania, obejmuje prawo karne, cywilne i międzynarodowe [25].

Wyznawcy islamu wierzą, że Bóg (Allah) przekazał ludziom w świętym języku arabskim zawarte w Koranie prawdy, objawione za pośrednictwem proroka Muhammada Ibn Abd Allaha (Mahometa). Muzułmanie wierzą w Boga, anioły, proroka, w księgi objawione, w Dzień Ostatni, w którym następuje sąd ostateczny oraz w przeznaczenie [26].

Podstawą islamu jest wierność religii i wierność Allahowi. Wierzą, że dobro czynione w życiu ziemskim nagrodzone będzie po śmierci pobyt w raju, a zło wyrządzane na ziemi zakończy kara w piekle. Wypełnianie pięciu podstawowych filarów wiary ma zapobiec karze. Należą do nich [25]:

- wyznanie wiary (szahada)
- modlitwa (namaz, salat)
- post w miesiącu ramadan (ramazan)
- pielgrzymka do Mekki (hadżdż)
- jałmużna przekazywana ubogim i na rzecz meczetu (sadoga, zahat).

Islamskie ugrupowania radykalne do pięciu filarów włączają jeszcze obowiązek świętej wojny (dzihad), której celem ma być walka z niewiernymi [24].

Wyznanie wiary – świadectwo - dotyczą jak najczęstszego wypowiadania słów: „*Nie ma Bóstwa oprócz Boga, a Muhammad jest Jego Prorokiem*”. Przyjęcie do grona osób wyznających islam polega na trzykrotnym, szczerym i z czystą intencją wygłoszenia świadectwa [26].

Modlitwa jest symbolem bezgranicznego poddania się woli Boga. Obowiązkowo modlitwą południową a zachodem słońca, modlitwa po zachodzie słońca. ostatnia, nocna, odprawiana pomiędzy czasem zniknięcia czerwonej poświaty na zachodzie a nastaniem świtu [26].

Każdą modlitwę poprzedza oczyszczenie – umycie całego ciała lub jego części. Osiągnięty stan czystości może zostać naruszony przez załatwienie potrzeb fizjologicznych, sen, utratę przytomności, dotykanie intymnych części ciała, dotknięcie osoby płci przeciwnej z wyłączeniem własnego współmałżonka. Do modlitwy używa się maty lub dywanika, miejsce modlitwy musi być czyste, należy zdjąć obuwie [25].

Ramadan jest dziewiątym miesiącem muzułmańskiego kalendarza księżycowego. Post stanowi symbol triumfu ducha nad materią, a okres ramadanu jest czasem przebaczenia i umiłowania [26]. Post trwa 30 – 31 dni od świtu do zachodu słońca. Zakazane jest w tym czasie spożywanie pokarmów, picie, palenie tytoniu, odbywanie stosunków seksualnych. Post należy do obowiązków każdego muzułmanina – o ile ten jest zdrowy [27].

Wyznawcy Islamu uważają, że pielgrzymkę do Mekki powinien odbyć każdy wyznawca islamu, który jest na tyle zdrowy i zamożny, że może nawiedzić święte miejsce. Do obrzędów pielgrzymkowych należy przystąpić w odpowiednim stroju, nazywanym ihramem w stanie rytualnej czystości. Pielgrzymka obejmuje dwa etapy – pierwszy polega na siedmiokrotnym okrążeniu Al – Kaby ze znajdującą się w nim największą świętością muzułmanów – Czarnym Kamieniem, drugi etap to bieg symbolizujący poszukiwanie wody, a odbywający się między pagórkami As – Safa i Al – Marwa. Konieczne jest w tym czasie wypowiedzenie intencji odbycia pielgrzymki [26].

Islam to nie tylko religia, wyznacza on i reguluje styl życia, wchodzi we wszystkie elementy codzienności dotykając kwestii religijnych, prawnych, kulturowych, obyczajowych.

W Koranie niemal 1/3 przepisów dotyczy prawidłowego funkcjonowania rodziny [28]. Rodzina stanowi najmniejszą i zarazem najważniejszą jednostkę w strukturze społeczeństwa muzułmańskiego. Budują ją trzy – cztery pokolenia tworząc system społeczno – ekonomicznego zaplecza i bezpieczeństwa. Wszystkich członków spajają silne więzi rodzinne stanowiąc swoisty przykład wspólnoty i wzajemnych interakcji. Panuje hierarchia – na czele stoi senior rodu, który kieruje swoją rodziną, podejmuje ostateczne decyzje istotne dla prawidłowego funkcjonowania rodziny i zarządza finansami. Gospodarstwem domowym opiekuje się matka rodu – zawsze jest to najstarsza kobieta. Od członków rodziny oczekuje się lojalności i posłuszeństwa. Potępiane jest lenistwo, unikanie pracy, żebractwo. Pieniądze stanowią łaskę i dobro, gdyż Bóg wzywa swoich wyznawców do pracy i uczciwego zarobku [28]. Mężczyzna powinien opiekować się kobietą, najpierw jest to ojciec lub bracia, potem mąż. Gdy jego zabraknie, obowiązek opieki przejmuje syn, brat, szwagier. Opieka to nie tylko zapewnienie kobiecie warunków do codziennego życia, ale także nadzór i korygowanie nieodpowiednich zachowań. Rolą żony jest dbanie o dom, męża i rodzinę, zaspakajanie potrzeb seksualnych męża, aby mógł on prowadzić życie stabilne moralnie i rodzenie dzieci. Mężczyźni w miarę możliwości powinni pomagać swoim żonom w wykonywaniu prac domowych. Wymierzanie kar cielesnych żonie jest dozwolone, gdyż Koran zezwala mężowi bicie w przypadkach zachowań prowadzących do „rebelii” (niewłaściwe, aroganckie zachowanie się wobec męża, nieustająca odmowa współżycia seksualnego). Rozwód jest usankcjonowany w Koranie i tradycji, i definiuje się go jako „unieważnienie”, „rozwiązanie” [28]. Zgodnie z tradycją kobiety nie powinny eksponować swojego ciała, także włosów stąd preferowany jest ubiór zakrywający nogi, ramiona i głowę. Od mężczyzn także oczekuje się stroju skromnego bez kolorów pastelowych i jedwabiu. Ciało męskie obowiązkowo ma być zakryte od pępka do kolan, może je oglądać on sam lub jego żona. Męskie nakrycia głowy stanowią raczej element

lokalnych zwyczajów niż nakaz religijny. Część muzułmanów nosi turban, niektórzy tzw: „kufijkę” w Polsce nazywaną „arafatką”. Znaczenie ma kolor i kształt turbanu wskazując na pozycję mężczyzny. Kolor czarny oznacza, że noszący pochodzi z rodu Mahometa. Wielu mężczyzn naśladując Mahometa ma brodę, natomiast istnieją podzielone zdania na temat rodzaju zarostu. Wynika to z faktu, że nie ma informacji, jaką Mahomet posiadał brodę. Fakt ten stanowi przyczynę istniejących różnic dotyczących zarostu. Talibowie nie obcinają włosów na brodzie, niektórzy muzułmanie mają zarost równo przycięty, wielu jest posiadaczami wąsów, część goli się uznając, że broda jest poza zakresem religijnych powinności [28].

Muzułmanie utrzymują ze sobą silne kontakty, ale istnieje podział na spotkania w grupie męskiej i żeńskiej [1]. Muzułmanki nie mogą przebywać w tym samym pomieszczeniu sam na sam z innym mężczyzną, poza własnym mężem, mogą spotykać się tylko i wyłącznie z innymi kobietami lub spokrewnionymi z nimi mężczyznami [25].

Na przywitanie nie podaje się ręki kobiecie, ta także pierwsza nie powinna wyciągać dłoni. Mężczyźni witają się w sposób bardzo wylewny – obejmując się, przytulając, nawet całując. W spotkaniach grupowych uwaga mężczyzny skupiona jest na rozmowie – mężczyźni, kobiety bywają niekiedy ignorowane. Muzułmanom nie wolno spożywać alkoholu chociaż w liberalnych odłamach islamu nakaz ten nie jest przestrzegany [1].



Zdjęcie 2. Meczet w Kruszyńianach (źródło własne)

Wyznawcy islamu rygorystycznie przestrzegają zasad dotyczących odżywiania się. Przez Koran zakazane jest spożywanie wieprzowiny i zwierząt zabitych w sposób nieodpowiedni, tzn. inny niż przez podcięcie gardła. Nie mogą jeść potraw zawierających krew. Nie jedzą także potraw, czy deserów zawierających żelatynę wieprzową. Konsumpcja posiłków może odbywać się tylko w pozycji siedzącej, a nabieranie potraw z talerza powinno odbywać się od brzegu naczynia do środka [25].

Muzułmanie uznają lewą rękę jako nieczystą, gdyż służy do podmywania się, poza tym według religii szatan jadł lewą ręką. Nie można jej używać do jedzenia, brania, podawania. Podobnie jest z lewą nogą, wchodząc do toalety stawia się pierwszą lewą nogę, prawa noga stawiana jest jako pierwsza przy wchodzeniu do domu, czy innych pomieszczeń [26].

Kultura islamu jest zróżnicowana, podstawy są jednak stałe i powszechnie akceptowane przez muzułmanów na całym świecie. Bazę stanowi utrzymanie dogmatów zawartych w Koranie. Odmienności wynikają z lokalnych uwarunkowań [26].

JUDAIZM

Żydowska mniejszość narodowa w Polsce liczy 7.500 członków. W większości Żydzi są mieszkańcami miast. Na terenach ziem polskich, jak donoszą pierwsze wzmianki, Żydzi pojawili się w X wieku, a pierwszym i oficjalnym dokumentem był statut kaliski z XIII wieku nadający Żydom autonomię i przywileje. Polska zapewniała przybyszom warunki bezpiecznego życia, umożliwiała rozwój własnej kultury i autonomię żydowskich gmin wyznaniowych zagwarantowanych przywilejami królewskimi [17].

Na przestrzeni wieków przeciętnie 10% populacji polskiej stanowili Żydzi – najwięcej w Europie [17].

II wojna światowa zmieniła istniejący stan rzeczy, ocalało około 300 tys. polskich Żydów z 3,5 miliona zamieszkujących Polskę przed wojną. W okresie powojennym większość Żydów wyemigrowała. Rok 1989 stanowi czas odrodzenia życia i kultury żydowskiej - powrót do korzeni. Powstały organizacje mające na celu rozwój społeczności żydowskich w Polsce: Stowarzyszenie Żydowski Instytut Historyczny, Stowarzyszenie „Dzieci Holokaustu” w Polsce, Fundacja „Shalom” i wiele innych. Znane i propagowane są imprezy kulturalne: Obchody Rocznicy Powstania w Getcie Warszawskim, Dni Książki Żydowskiej w Warszawie, Festiwal Kultury Żydowskiej „Warszawa Singera”. Wydawany jest miesięcznik „Midrasz”, miesięcznik „Dos Jidisze Wort – Słowo Żydowskie” i Kwartalnik Historii Żydów. Na kursach

organizowanych przez organizacje żydowskie można nauczyć się tradycyjnego języka Żydów polskich – jidysz [17].

Żydzi, mimo że rozproszeni po całym świecie i Polsce, pozostają wierni wyznawanej religii lub praktykują wiele z jego zróżnicowanych na przestrzeni dziejów form. Judaizm, nazywany także wyznaniem mojżeszowym, czy mozaizmem, chociaż w niektórych środowiskach żydowskich uznawany jest jako zbiór przykazań i nauka, kształtował się przez prawie 1300 lat. Stanowi efekt zbiorowego, powolnego tworzenia z udziałem niezwykłych mędrców: proroków Izraela, Abrahama, Jakuba, Dawida. Judaizm jest religią monoteistyczną. Imię Boga Jahwe nigdy nie powinno być wypowiedane. W modlitwie Żydzi nazywają Go Adonai, na co dzień Ha Szem [27].

Kanon wiary stanowi Tora - księga objawiona, która otrzymał Mojżesz na górze Synaj. Studiowanie Tory i wypełnianie zawartych w Niej nauk jest obowiązkiem wyznawcy judaizmu. Główne elementy judaizmu stanowią [29]:

- monoteizm – wiara w jedynego Boga;
- uniwersalizm – postrzeganie Boga w roli twórcy wszystkiego;
- panteizm – Bóg jest wszechobecny;
- transcendentalizm – inność Boga od stworzonego świata;
- antropomorfizm – używanie w odniesieniu do Boga określeń i terminów przypisanych ludziom;
- partykularyzm – Bóg jest Zbawcą, Bogiem Izraela i tylko Jemu należy się posłuszeństwo.

Judaizm celebruje wiele świąt o bogatej, rozbudowanej obrzędowości: szabat (szabas, szabes) trwający od każdego wieczoru w piątek do zapadnięcia nocy w sobotę [29]. Szabat rozpoczyna się zapaleniem przez kobietę, 18 minut przed zachodem słońca, co najmniej dwóch szabatowych świec i wypowiedzeniem błogosławieństwa. Jedna świeca jest symbolem pamięci o szabacie, druga świadczy o przestrzeganiu reguł szabatatu. Palące się świece stanowią element wieczerzy szabatowej i muszą się same dopalić do końca. W tym okresie obowiązkiem i przywilejem wyznawcy judaizmu jest odpoczynek i powstrzymanie się od codziennych powinności. Wyjątek od reguły stanowią zagrożenie zdrowia i życia. Szabat celebrowany jest jako okres oczekiwania na nadejście Mesjasza i jest pobłogosławiony przez Boga odpoczywającego po stworzeniu świata [27].

Święta religijne, oprócz przeżywania duchowego i wspólnych modlitw, stanowią także znaczący element podtrzymania więzi rodzinnych. Kluczowym elementem życia codziennego

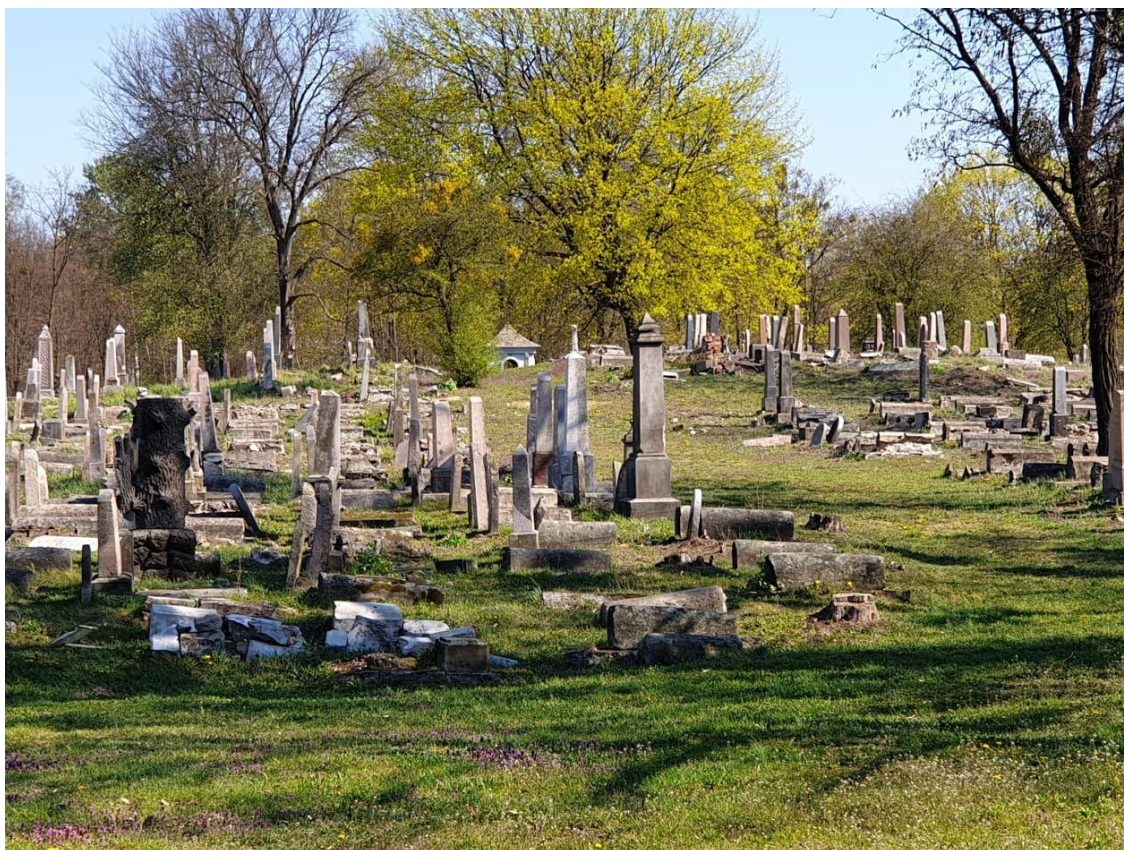
jest przygotowywanie posiłków. Używane produkty powinny być kosherne (hebr. kosher - dobry, właściwy, stosowny, odpowiedni). Zasada koszerności obejmuje zarówno spożywanie dozwolonych pokarmów, napojów i leków, jak i sposób i warunki ich wytwarzania, i spożywania [30]. Zasada ta wynika z Tory zawierającej 30 obyczajów powiązanych z jedzeniem. Doktryna koszerności obejmuje [31]:

- zakaz spożywania mięsa zwierząt nieparzystokopytnych (zające, króliki), nieprzeżuwających (świnie), nieposiadających łusek i płetw (węgorze, rekiny), owoców morza, owadów i robaków;
- zakaz spożywania owoców pochodzących z drzew mających nie więcej niż 3 lata, obowiązują szczegółowe zasady zbioru i selekcji owoców i warzyw;
- rygorystyczne i szczegółowe zasady dotyczące rytualnego uboju zwierząt dokonywane przez wykwalifikowaną osobę;
- reguły związane z przygotowywaniem posiłków (zakaz łączenia mięsa z mlekiem w trakcie gotowania – konieczne jest stosowanie dwóch kompletów naczyń kuchennych łącznie ze zmywarką);
- zakaz picia mleka i spożywania produktów zawierających mleko lub jego produkty do 6 godzin po zjedzeniu posiłku składającego się z mięsa;
- zakaz spożywania posiłków przygotowanych w czasie obchodzenia świąt religijnych czy szabatu.

Wymienione zakazy rygorystycznie przestrzegane są przez Żydów ortodoksyjnych, a odłamy wyznające judaizm konserwatywny, czy reformowany z reguły mniej restrykcyjnie podchodzą do zasad koszerności. Picie alkoholu nie jest zakazane, ale należy wystrzegać się nadużywania i upijania [31].

Nakazem religijnym jest troska i dbanie o własne zdrowie fizyczno–psychiczne. Dotyczy to także wymogów związanych z czystością – konieczne jest mycie rąk po wstaniu z łóżka po przespanej nocy, przed posiłkiem, po skorzystaniu z toalety, po obcięciu paznokci. Szczególnym elementem związanym z utrzymaniem czystości jest tabu dotyczące krwi. Odnosi się do kobiet w czasie menstruacji – w tych dniach nie mogą wykonywać wielu czynności [31]. Za nieczysty uznaje się każdy przedmiot dotknięty przez kobietę miesiączkującą. W tym czasie i siedem dni po zakończeniu menstruacji jest zakaz odbywania przez nią stosunków seksualnych. Dopiero poddanie się kąpieli w rytualnej łaźni – mykwie – sprawi, że ponownie uchodzi za „czystą” [29].

W judaizmie wyrazem Bożego błogosławieństwa jest wielodzietność. Tolerowane jest stosowanie antykoncepcji, ale tylko w sytuacji, gdy ciąża może zagrażać życiu kobiety. Aborcja uznawana jest jako czyn zakazany, nie jest traktowana jako morderstwo. Dokonanie aborcji może odbyć się zazwyczaj w okresie pierwszych czterdziestu dni ciąży, maksymalnie do trzech miesięcy, ale pod warunkiem, że ciąża jest czynnikiem zagrażającym życiu i zdrowiu matki. Zagrożenie obejmuje także aspekt zdrowia psychicznego, gdy ciąża może spowodować targnięcie się na własne życie przez matkę [32,33].



Zdjęcie 3. Kirkut (cmentarz) w Białymstoku (źródło własne)

Rytuały judaizmu wymagają, aby chłopiec w ósmym dniu życia został obrzezany. Konieczność usunięcia napletka wiąże się z przeświadczeniem, że po śmierci Abraham uratuje przed karą tych, którzy zostali poddani temu zabiegowi. Dopilnowanie, aby noworodek został pozbawiony napletka należy do powinności ojca. Obrzezanie odbywa się w domu lub synagodze, w szpitalu wyznaczone są do tego specjalne sale. Dokonywane jest przez specjalistę – mohela, którym może zostać dorosły Żyd nieposiadający nawet wykształcenia medycznego. Zaszczyną rolę w rytuale spełnia sandak – dziadek dziecka, członek gminy żydowskiej cieszący się powszechnym szacunkiem, czy rabin. Trzyma on chłopca na kolanach

przytrzymując nóżki, a mohel wypowiadając błogosławieństwo chwyta napletek i usuwa go. Kolejne błogosławieństwo wypowiada ojciec, na koniec ceremonii podawane jest imię dziecka i rozpoczyna się rytualna uczta. Jeżeli są istotne przesłanki uniemożliwiające wykonanie obrzezania, np. hemofilia, chłopiec, a potem mężczyzna pozostaje pełnoprawnym członkiem swojej gminy [29].

Ważnym wyrazem odwołania się do Boga jest troska o osoby chore i cierpiące. Wynika to z przepisów religijnych, a odwiedzenie osoby potrzebującej pomocy stanowi posługę miłości. Należy ze sobą coś przynieść – modlitwę, pocieszenie, nadzieję. Lekarz w czasie choroby jest najwyższym autorytetem, gdyż judaizm podkreśla, że jest on narzędziem Boga w trosce o Jego stworzenia. Kodeks religijny daje medykowi władzę bezgraniczną. Osobie umierającej należy towarzyszyć do samego końca okazując godność i szacunek. Moment śmierci uznawany jest wówczas, gdy całkowicie ustanie oddychanie. Śmierć według judaizmu stanowi element cyklu biologicznego wszystkich stworzeń żyjących na Ziemi i jest naturalną konsekwencją życia. Nie stanowi tragedii, nie jest powodem do rozpacz, gdyż to część Boskiego planu i ma mistyczne znaczenie. Żydzi wierzą w nieśmiertelność duszy, która staje przed boskim sądem oceniającym dobre i złe czyny popełnione czasie życia ziemskiego. Zadaniem tych, którzy pozostają na ziemi jest okazanie szacunku i wsparcie bliskim osoby zmarłej. Żałoba po stracie rodzica trwa rok, po utracie małżonka, dziecka czy rodzeństwa kończy się po trzydziestu dniach [29].

CZŁOWIEK INNY KULTUROWO A PRAWA PACJENTA

Przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem nie tylko etycznym, ale też prawnym. Konieczne jest zapewnienie wszelkich możliwych środków do ich realizacji. Ważna jest świadomość personelu medycznego, że żyjemy w społeczeństwie wielokulturowym i pacjentami systemu ochrony zdrowia są i będą osoby odmienne etnicznie, narodowościowo, kulturowo, religijnie. System prawny gwarantuje osobom z grup mniejszościowych poszanowanie ich odmienności i zapewnienie, i realizację świadczeń zdrowotnych [34].

Prawa człowieka zawarte są w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalonej przez Zgromadzenie Narodowe.

- Art. 30. Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz.
- Art. 31. „*Każdy jest obowiązany szanować wolność i prawa innych*”.

- Art. 32, pkt 2. *„Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny”.*
- Art. 33. *„Kobieta i mężczyzna w Rzeczypospolitej Polskiej mają równe prawa w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym”.*
- Art. 38. *„Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”.*
- Art. 39. *„Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody”.*
- Art. 47. *„Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”.*

Art. 68.

1. *„Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”.*
2. *„Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres świadczeń określa ustawa”.*
3. *„Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”.*

Prawa pacjenta wynikają wprost z praw człowieka i obywatela Rzeczypospolitej Polskiej. Zawarte są w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

- Rozdział 2. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych.
- Rozdział 3. Prawo pacjenta do informacji.
- Rozdział 4. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych.
- Rozdział 5. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- Rozdział 6. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności pacjenta.
- Rozdział 7. Prawo do dokumentacji medycznej.
- Rozdział 8. Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.
- Rozdział 9. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.
- Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Rzecznik Praw Pacjenta został ustanowiony do pełnienia swojej funkcji w celu ochrony praw pacjenta [35].

Uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawiera Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Reguluje prawo do korzystania z pomocy systemu ochrony zdrowia obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej, osobom posiadającym status uchodźcy, zezwolenie na pobyt czasowy, ochronę uzupełniającą, zezwolenie na pobyt czasowy i stały, zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgodę na pobyt ze względów humanitarnych albo pobyt tolerowany. Osoby nieposiadające obywatelstwa polskiego, inne niż świadczeniobiorcy, wymienieni w powyższej ustawie dotyczą przepisów odrębne i umowy międzynarodowe [36].

Badania, których przedmiotem były różnice kulturowe i przeprowadzone analizy poszczególnych czynników wpływających na zdrowie człowieka dowiodły, że kultura, styl życia, zachowanie mogą stanowić czynnik terapeutyczny i minimalizować ryzyko wystąpienia choroby lub też pełnić rolę elementu patogennego i generować pojawienie się choroby. Czynniki kulturowe wpływają na kształtowanie postaw zdrowotnych, wybór modelu opieki zdrowotnej, odgrywają istotną rolę w ustaleniu zasad opieki nad chorym przynależnym do danej grupy, pośrednio odpowiadają za przebieg choroby, mają wpływ na środowisko otaczające człowieka. Kultura może w wieloraki sposób oddziaływać na zdrowie. Może stanowić czynnik mobilizujący i wpłynąć na gotowość do podjęcia terapii lub odpowiadać za szybszy powrót do zdrowia. W przypadku przybyszów zza granicy niejednokrotnie czynnikami blokującym podjęcie leczenia jest nieznajomość przysługujących praw, słabe opanowanie obowiązującego w kraju języka, brak orientacji dotyczącej zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, niska ocena miejscowego sposobu terapii [37], natomiast odmienność kulturowa, wyznaniowa, wyznawany światopogląd czy pochodzenie nie mają wpływu na ograniczenie uprawnień do korzystania z ochrony zdrowia [35].

PIŚMIENNICTWO

1. Jasiński K., Kordonsky R.: Wielokulturowość – religia – tolerancja: stan obecny i wyzwania na przyszłość. Wydział Teologii Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego, Olsztyn 2014.
2. https://pl.wikipedia.org/wiki/Historia_%C5%BByd%C3%B3w_w_Polsce, (data dostępu 6.05.2020).
3. file:///C:/Users/Ela/AppData/Local/Temp/Uchod%C5%B4cy_w_Polsce_ekspertyza_KB_nM_PAN.pdf, (data dostępu 6.05.2020).

4. Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C.R.: Wielokulturowość społeczeństwa polskiego. [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 79-83.
5. Maciejewski G.: Europa wobec przemian kulturowych, systemowych i gospodarczych. Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach 2015; 218: 7-15.
6. Majda A., Zalewska – Puchała J.: Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej. Collegium Medicum Uniwersytetu Medycznego, Kraków 2011.
7. Mroczkowska R.: Odmienność kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarki i położnej. 2013, <https://www.researchgate.net/publication/28953602> (data dostępu 21.04.2020).
8. Kiszka J., Ozga D., Mach A., Krajewski R.: Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie. Pielęgniarstwo XXI wieku 2018; 17(1): 30-36.
9. Musiał Z., Kłapa Z.: Kulturowo – wyznaniowe uwarunkowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pochodzenia indyjskiego. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
10. Urząd ds. Cudzoziemców, <https://udsc.gov.pl/> (data dostępu 6.05.2020).
11. Główny Urząd Statystyczny, 2015, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/maly-rocznik-statystyczny-polski-2015,1,16.html>, (data dostępu 6.05.2020).
12. Główny Urząd Statystyczny, 2018, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/inne-opracowania-zbiorcze/polska-w-liczbach-2018,14,11.html>, (data pobrania 6.05.2020).
13. Oleksy E.H.: Tożsamość i obywatelstwo w społeczeństwie wielokulturowym. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
14. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 1997, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970780483>, (data dostępu 7.05.2020).
15. Kościelniak K.: Muzułmanie Polscy. Religia i kultura. Wydawnictwo M, Kraków, 2016.
16. <https://mzr.pl/islam> (data dostępu 7.05.2020).
17. Ministerstwo spraw Wewnętrznych i Administracji, 2018, <https://www.gov.pl/web/mswia/rekompensaty-2018>, (data dostępu 7.05.2020).
18. <https://stst.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-20122014,5,1.html>. (data dostępu 7.05.2020).

19. Janicki W. (2014) <http://phavi.umcs.pl/at/attachments/2014/0215/130614-tatarzy-w-polsce-narod-grupa-etniczna-czy-ludzie-pogranicza.pdf> (data dostępu 7.05.2020).
20. Stefaniak A.: Postrzeganie muzułmanów w Polsce: Raport z badania sondażowego. Centrum Badań nad Uprzedzeniami, Warszawa 2015.
21. Ficowski J.: Cyganie w Polsce. Dzieje i obyczaje. Wydawnictwo Interpress, Warszawa 1987.
22. Wrońska I.: Charakterystyka wybranych religii świata i grup etnicznych. Romowie. [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 51-53.
23. Kitliński C.: Asymilacja kulturowa Romów w Polsce - retrospekcja i współczesność. Journal of Students Scientific Association 2013; 1: 25-32.
24. Baran – Osak B.: Uwarunkowania kulturowe opieki zdrowotnej nad Romami. [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe. Majda A., Zalewska – Puchała J., Ogórek – Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 152-155.
25. Kostka A., Krzemińska S., Borodycz A.: Wielokulturowość w pielęgniarstwie – różnice w opiece nad wyznawcą Islamu. Multicultural in Nursing – differences in caring for a Muslim. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(5): 67-76.
26. Aouli B.: Charakterystyka wybranych religii świata i grup etnicznych. Islam. [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 35-39
27. Majda A.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi islam. [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska – Puchała J., Ogórek – Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 91-105.
28. Kościelniak K.: Czas i historia w islamie. Kalendarz i podstawy chronologii muzułmańskiej. Księgarnia Akademicka, Kraków 2013.
29. Grabowska M., Kędziora – Kornatowska K., Muszalik M.: Charakterystyka wybranych religii świata i grup etnicznych. Judaizm. [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora – Kornatowska K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010:40-44.
30. Auron – Górska J.: Oczekiwania pacjenta wyznającego judaizm. [w:] Pacjent odmienny kulturowo, Krajewska – Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań 2015: 290-292.

31. Zalewska – Puchała J.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi judaizm. [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska – Puchała J., Ogórek – Tęcza B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 76-77.
32. Unterman A.: Encyklopedia tradycji i legend żydowskich. KiW, Warszawa 1994.
33. Unterman A.: Żydzi. Wiara i życie. KiW, Warszawa 2005.
34. Sarnacka E.: Prawa pacjenta odmiennego kulturowo. [w:] Pacjent odmienny kulturowo, Krajewska – Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.) Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań 2015: 29-31.
35. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, 2008; Ustawa o zmianie Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, 2017
36. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2004.
37. Jaroszewska E.: Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem. [w:] Pacjent odmienny kulturowo, Krajewska – Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.). Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań 2015: 157-169.

Wyzwania w ochronie zdrowia związane z kryzysem migracyjnym

Michał Borkowski¹, Paweł Borkowski¹, Natalia Markiewicz¹, Monika Skorupka¹, Jan Gnus^{1,2}, Anna Kurzelewska¹, Jakub Migoń¹, Stanisław Ferenc²

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

WSTĘP

Społeczeństwo Starego Kontynentu jest obecnie świadkiem wyjątkowego w skali światowej kryzysu migracyjnego.

Arabska wiosna doprowadziła do wybuchu wojen domowych w wielu krajach Afryki i Bliskiego Wschodu. Jednocześnie wzrosło zagrożenie terrorystyczne w wyniku powstania samozwańczego Państwa Islamskiego, zwiększyła się ilość przeprowadzanych zamachów na życie ludzkie. Wielka liczba osób została zmuszona do opuszczenia swojego miejsca zamieszkania, ludzie zaczęli tłumnie poszukiwać szeroko rozumianego bezpieczeństwa. Kombinacja wymienionych czynników doprowadziła do migracji ludności na niebywałą skalę.

Kryzys uchodźczy niesie ze sobą wiele aspektów, które stanowią wyzwanie dla narodów cywilizacji zachodniej. Liczne z nich bezpośrednio dotyczą pracy lekarza, inne wpływają na nią pośrednią.

Instytucje odpowiadające za ochronę zdrowia, znajdujące się pod silną presją społeczeństwa, dostosowują odpowiednie regulacje prawne w celu umożliwienia niesienia pomocy przybyłym uchodźcom.

Medycy muszą radzić sobie z nowymi zagrożeniami epidemiologicznymi, dostosowywać się do nich i posiłkowo dokształcać. W ich praktyce pojawiają się choroby, które wcześniej były uznawane za egzotyczne. Powstają wcześniej mało znane problemy wynikające z warunków, w których długotrwale zmuszeni są przebywać uchodźcy.

Zjawisko migracji dotyczy również samych lekarzy, wprawdzie wynikająca z innych pobudek.

Europa od zawsze stanowiła atrakcyjne miejsce docelowe dla osób zagrożonych wojną, głodem lub represjonowanych. W historii migracje będące następstwem pokrewnych czynników dotyczyły również ludności wspomnianego kontynentu, w tym polskiej. Reperkusje tego zjawiska są rozległe, od związanych z medycyną oraz polityką, po nie często podnoszony temat stanu psychofizycznego uchodźców. Znajdując się u schyłku obecnego kryzysu warto zastanowić się nad jego istotą i konsekwencjami w ujęciu ochrony zdrowia, w tym lekarzy.

STRES ZWIĄZANY Z PRZYJAZDEM DO MIEJSCA DOCELOWEGO

Emigranci to grupa osób, którzy opuszczając swój dom ubiegają się o możliwość zamieszkania w obcej miejscowości, państwie, zazwyczaj oddalonym o wiele kilometrów od swojego kraju ojczystego. Podczas swojej podróży natrafiają na wiele niedogodności – na przykład wrogość ze strony obywateli państwa gościnnego, problemy administracyjne, samotność, brak akceptacji ze strony członków własnej rodziny, którzy nie zdecydowali się emigrować czy też emigracja samemu, w przypadku dzieci i nastolatków. Liczba osób zmuszonych do opuszczenia domu z powodu konfliktu, prześladowań, przemocy lub łamania praw człowieka wzrosła do rekordowego poziomu, a 68,5 mln osób zostało przesiedlonych na całym świecie [1]. Syryjczycy są największą na świecie populacją przesiedlonych przymusowo, a prawie 13 milionów z nich musiało opuścić swoje domy do końca 2017 r. [2].

Od początku konfliktu w Syrii w 2011 r. około 1,3 miliona Syryjczyków wyemigrowało do Europy jako uchodźcy lub osoby ubiegające się o azyl [1]. Do 2018 r. około 746 000 Syryjczyków przeniosło się do Niemiec, co czyni ich największą grupą uchodźców w Europie i piątą, co do wielkości, wysiedloną ludnością syryjską na świecie [3]. Wielu wśród nich było narażonych na liczne stresory związane z wojną, takie jak gwałty, tortury, bycie świadkiem śmierci, zniszczenie ich domów i źródeł utrzymania [4]. Ponadto Syryjczycy muszą sprostać problemom napotykanym po emigracji, które mają miejsce w krajach przyjmujących, takie jak dyskryminacja, utrata statusu, izolacja i trudne społeczno-ekonomiczne warunki życia [5]. Ogromne obciążenie psychiczne osób przymusowo przesiedlonych na całym świecie jest coraz częściej uznawane za ważny globalny problem zdrowotny. Coraz więcej badań wykazało niekorzystny wpływ przymusowej migracji na zdrowie psychiczne, wykazując wyższy odsetek zaburzeń psychicznych, szczególnie zespołu stresu pourazowego [6]. Jednocześnie ustalono, że niektóre osoby mogą wykazywać pozytywne przystosowanie psychiczne w obliczu przymusowej migracji [7,8].

Biorąc pod uwagę ustawiczny napływ emigrantów, dosyć istotnym problemem jawiącym się przed współczesnymi pracownikami ochrony zdrowia są zaburzenia psychiczne przesiedleńców. W wyniku wysokiej fali emigracyjnej obecna jest silna potrzeba zrozumienia tego problemu oraz znalezienia jego rozwiązania. Dotychczasowy zakres wiedzy dotyczący stanu zdrowia psychicznego uchodźców okazuje się niewystarczający, aby poznać pełen mechanizm adaptacji psychicznej przesiedleńców do nowego miejsca zamieszkania. W celu pogłębienia i rozpowszechnienia wiedzy na ten temat została opublikowana praca, która zawiera w sobie przybliżenie, zrozumienie oraz zestawienie objawów zespołu stresu pourazowego w populacji małoletnich imigrantów bez opieki i osób towarzyszących w Niemczech [9]. Starano się odnaleźć objawy, które indukują inne objawy oraz zidentyfikować punkty uchwytu w leczeniu zespołu stresu pourazowego.

Wyniki ukazały, iż zasadniczymi objawami były koszmary, fizyczna i psychologiczna nadaktywność oraz problemy z koncentracją. Najsilniejsze powiązanie między objawami ustalono dla: fizycznej i psychologicznej nadaktywności, irytacji lub gniewu i zachowań lekkomyślnych lub autodestruktywnych, natręctw i koszmarów, koszmarów i zaburzeń snu, problemów z koncentracją oraz problemów z zaśnięciem.

Badanie to dostarcza informacji istotnych dla dalszych badań naukowych oraz dla klinicznego zarządzania zespołem stresu pourazowego (PTSD) u nieletnich uchodźców, a także informacji w zakresie porównań z dziećmi i nastolatkami narażonymi na uraz bez doświadczenia migracyjnego. Wydaje się, że ponowne występowanie objawów ma zasadnicze znaczenie w PTSD u uchodźcy, dlatego zasługuje na szczególną uwagę w procesie diagnostyki i oceny leczenia. Długoterminowe badanie tego zespołu oraz uzupełnienie analizy wewnątrzosobniczej z analizą międzyosobniczą może zapewnić głębsze zrozumienie symptomatologii młodocianych uchodźców i sposobów skutecznego ich leczenia [9].

Podobny problem badawczy można zaobserwować w badaniu naukowym Anny von Haumeder, Bity Ghafoori oraz Jeremy'ego Retailleau, w którym skupili się na przedstawieniu problemu adaptacji psychicznej i zespołu stresu pourazowego wśród populacji syryjskich uchodźców w Niemczech [10]. Autorzy pracy z 2019 roku badają skuteczność radzenia sobie z traumą, odporność i czynniki środowiskowe jako czynniki predysponujące wystąpieniu adaptacji psychicznej oraz PTSD. Określone czynniki to:

- Język – wszyscy uczestnicy podkreślili brak umiejętności językowych jako jedno z głównych wyzwań związanych z adaptacją psychiczną. Będąc w stanie ustnie

wyjaśnić swoje zmagania pracownikom służby zdrowia, a także innym członkom lokalnej społeczności, język został opisany jako kluczowe narzędzie do lepszego zrozumienia psychologicznych i fizycznych objawów związanych z traumą i radzenia sobie z nimi oraz przezwyciężenia izolacji społecznej. Uczestnicy stwierdzili, że język pomaga im w kwestionowaniu stereotypów i dyskryminacji związanej ze statusem uchodźcy, co według nich przyczynia się do izolacji społecznej i innych objawów zdrowia psychicznego. Wzrost integracji społecznej związany był z lepszymi umiejętnościami językowymi. Uczestnicy wskazali na brak umiejętności językowych jako główną przeszkodę w zaspokajaniu ich podstawowych potrzeb w postaci zakwaterowania, dochodów, znalezienia zatrudnienia i zrozumienia ich procedur azylowych, z powodu obecnego braku tłumaczy arabskojęzycznych w publicznych instytucjach niemieckich. Jeden uczestnik płci męskiej, który przybył do Niemiec w 2017 roku, stwierdził [10]:

„Najtrudniejszym wyzwaniem była komunikacja. Zawsze mówię, że język jest kluczem do wszystkiego, ponieważ jeśli jest komunikacja to możesz porozmawiać z innymi ludźmi i łatwo przekazać swoje opinie. Jeśli Niemiec widzi mnie i nie mówię ani jednego słowa po niemiecki, on albo ona mogą myśleć, kim jest ta osoba? Co on myśli? Co jest w jego głowie? Czy jest on niebezpieczny? To straszy innych ludzi, ale kiedy jestem w stanie porozmawiać z nimi i podzielić się myślami, wtedy jestem dla nich jak otwarta księga i już wiedzą, że jestem dobrym człowiekiem. On ma cel; chce pracować. To sprawia, że czuję się dobrze.”

- Społeczno-ekonomiczne warunki życia – większość uczestników była bezrobotna lub pracowała poniżej poziomu wykształcenia, które ukończyli w Syrii z powodu barier biurokratycznych i strukturalnych. W związku z tym wielu uczestników opisało problemy finansowe i zmagania z zobowiązaniami finansowymi wobec członków rodziny w Syrii. Niemożność uzyskania dostępu do zatrudnienia lub konieczność pracy poniżej poziomu wcześniejszego wykształcenia była związana z niższą samooceną, frustracją i poczuciem rozpaczy. Dalsze trudne warunki społeczno-ekonomiczne obejmowały problemy mieszkaniowe i postrzegany brak wsparcia medycznego i opieki społecznej. Uczestnicy podkreślili również, że ich nowa sytuacja społeczno-ekonomiczna oznaczała utratę statusu społecznego. Niemożność zapewnienia odpowiedniego bytu rodzinom, a także ogólny spadek statusu społecznego postrzegano jako wpływ na ważne wartości syryjskie, takie jak

gościnność, hojność, szacunek, godność, honor, ratowanie twarzy i unikanie publicznego wstydu oraz utrzymanie rodziny. Zagadnienia te zostały omówione w związku ze wzrostem lęku, beznadziejności i smutku [10].

- Rodzina – kluczowym źródłem troski i niepokoju dla wielu uczestników było pozostawienie członków rodziny za sobą i martwienie się o ich dobre samopoczucie, bezpieczeństwo i zjednoczenie. Z tego samego powodu wszyscy uczestnicy opisali rodzinę jako główną motywację do przetrwania w obliczu barier i jako główne źródło wsparcia w radzeniu sobie z konsekwencjami traumatycznych doświadczeń, np. lękiem, wycofaniem społecznym, nastrojami depresyjnymi. Dla ankietowanych, którzy byli rodzicami lepsza przyszłość ich dzieci, wolna od wojny i wysiedleń, była głównym powodem opuszczenia Syrii i ich największym źródłem motywacji do życia w Niemczech [10].
- Dyskryminacja – uczestnicy wyrazili frustrację związaną ze stereotypami i dyskryminacją, którą postrzegali jako rodzaj traumy i zagrożenie dla ich zdolności do przystosowania się do życia w Niemczech. Ponadto, kilku muzułmańskich uczestników wskazało, że czuli się dyskryminowani z powodu swojej religii. Zapytani o to, co daje uczestnikom nadzieję i siłę, by kontynuować podróż w Niemczech, respondenci odpowiedzieli, że religia jest źródłem siły. Chociaż była ona opisywana jako źródło dyskryminacji, wydawała się również ważnym czynnikiem nadawania znaczenia traumatycznym wydarzeniom i ogólnej trudności [10].
- Procedury azylowe – innym źródłem niepokoju wśród uczestników wywiadu była niepewność co do statusu obywatelskiego, a tym samym ich przyszłości. Wielu rozmówców wyraziło obawy, że Syria może zostać uznana za „bezpieczny kraj” i że mogą zostać zmuszeni do powrotu do wciąż niebezpiecznego środowiska, które wiązały z potencjalnie traumatycznymi wydarzeniami. Uczestnicy opisali niepewny i/lub czasowy status imigracyjny, jako stałe źródło strachu i beznadziejności [10].

Badanie to sugeruje, iż wyższa zdolność radzenia sobie z konsekwencjami doświadczania potencjalnie traumatycznych wydarzeń, a także dostęp do niektórych czynników środowiskowych były związane z lepiej postrzeganą psychologiczną adaptacją do niemieckiego społeczeństwa i lepszym zdrowiem psychicznym. Ponadto badania wykazały, że łącznie 46,5% uchodźców syryjskich zamieszkałych w Niemczech spełniało kryteria prawdopodobnego PTSD. Stwierdzono również, że doświadczanie wysokiego poziomu trudności w życiu migracyjnym mogły być czynnikiem ryzyka wystąpienia PTSD. Natomiast

wyższa samoocena związana z urazami mogła zapobiec wystąpieniu PTSD u niektórych badanych, z kolei środowisko, które ułatwiało dostęp do zasobów i sprawiedliwie traktowało grupę badanych mogło promować procesy pozytywnej adaptacji psychologicznej u tejże grupy [10].

Wysokie wymagania stają nie tylko przed uchodźcami, ale również przed pracownikami służby zdrowia, którzy spotykają się z nimi w różnych sytuacjach. Informacje na temat doświadczeń emigrantów związanych z systemami opieki zdrowotnej w krajach przyjmujących są pilnie potrzebne w celu poprawy jakości świadczonej opieki zdrowotnej, a także w celu zapewnienia możliwości jej lepszego dostępu. W 2017 roku przeprowadzono badanie mające na celu zestawienie badań skupiających doświadczenia uchodźców z zakresu systemów opieki zdrowotnej krajów opiekuńczych [11].

Wyniki pokazują, że komunikacja między pracownikami służby zdrowia a uchodźcami jest ważna, jednak niewystarczająca znajomość języka stanowi skuteczną barierę komunikacyjną [11]. Konieczne jest przekazanie uchodźcom większej ilości informacji na temat systemu opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej, a także prawa do opieki zdrowotnej. Wsparcie ze strony pracowników ochrony zdrowia jest również ważne, aby uchodźcy mieli pozytywne doświadczenia z opieką zdrowotną. W niektórych włączonych badaniach uchodźcy doświadczali dyskryminacji z powodu niskiej znajomości języka kraju przyjmującego i/lub ze względu na rasę lub akcent, co świadczy o tym, że potrzebna jest im odpowiednia kulturowo opieka zdrowotna [11]. Wskazanie istnienia pilnej potrzeby poprawy komunikacji, interpretacji, wsparcia i świadczenia opieki zdrowotnej, odpowiedniej pod względem kulturowym wydaje się być esencją całej pracy z 2019 roku. Nie bez znaczenia z resztą, ponieważ skutkiem tego jest cierpienie uchodźców z powodu złego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, co skutkuje większą predyspozycją na zachorowalność i umieralność w porównaniu z resztą populacji kraju przyjmującego [11].

CHOROBY A MIGRACJE LUDNOŚCI

W dzisiejszych czasach możliwość migracji wiąże się z łatwiejszym rozprzestrzenianiem się chorób. Człowiek może być nosicielem różnych infekcji zakaźnych, a to sprawia, że migracje skutkują nawrotem starych, opanowanych już chorób lub rozpowszechnieniem nowych, jeszcze nieznanych. W historii znane są już takie przypadki. W przeszłości kluczowy wpływ na rozprzestrzenianie się chorób mieli podróżnicy, misjonarze,

odkrywcy, którzy przenosili na nowe obszary patogeny nieznane przez tamtejszą ludność, która okazywała się być na nie wrażliwa. Współcześnie problem migracyjny stawia przed każdym światem wiele wyzwań. Istotnym aspektem jest zagrożenie bezpieczeństwa pod względem epidemiologicznym. Trwający kryzys migracyjny w krajach Unii Europejskiej sprzyja rozprzestrzenianiu się chorób, a wzrost liczby osób nimi dotkniętych stwarza realne zagrożenie epidemiologiczne dla krajów przyjmujących emigrantów, tudzież uchodźców.

W kilku badaniach podkreślono, że migranci i uchodźcy mają niższy odsetek szczepień niż osoby urodzone w Europie. Po pierwsze, wynika to z niskiego zasięgu szczepień w kraju pochodzenia. Po drugie, dostęp do szczepień migrantów w Europie może być ograniczony, w wyniku np. wymuszenia na nich przemieszczania się po kontynencie, a wiele szczepionek wymaga wielokrotnych dawek w regularnych odstępach czasu; częstego braku informacji na temat statusu szczepień migrantów; przybycia do krajów borykających się z poważnymi kryzysami gospodarczymi; odmowy przez uchodźców rejestracji u władz medycznych z obawy przed konsekwencjami prawnymi; braku koordynacji między organami zdrowia publicznego w krajach sąsiednich, który może determinować powielanie lub brak podawania szczepionki. Możliwe strategie rozwiązania tych problemów obejmują dostosowanie usług szczepień do konkretnych potrzeb populacji docelowej, opracowanie silnych kampanii komunikacyjnych, opracowanie rejestrów szczepień oraz promowanie współpracy między organami zdrowia publicznego w krajach europejskich [12].

Jedna z wyżej wspomnianych strategii przyczyniła się do przeprowadzenia badania naukowego w latach 2014 - 2016 w Danii, w którym autorzy skupiają się na sprawdzeniu, jaki wpływ miało wprowadzenie programu szczepień o szerokim zasięgu u uchodźców przeciwko dzikiemu wirusowi polio (WPV) [13]. Wirusa tego udało się w przeszłości wyeliminować w Europie poprzez masową immunizację społeczeństwa. Napływ uchodźców, którzy nie mają odporności oraz prawdopodobieństwo importu przez nich WPV wzbudziło powszechną obawę o powrót choroby. Metoda badawcza polegała na badaniu przekrojowym dzieci i dorosłych uchodźców przesiedlających się w Aarhus w Danii w celu ustalenia występowania odporności na WPV. Odporność oceniano na podstawie odpowiedzi przeciwciał dla serotypów 1, 2 i 3. W badaniu wzięło udział 475 dzieci i dorosłych uchodźców w wieku od 6 miesięcy do 76 lat, a 59% stanowili mężczyźni. Wśród uchodźców 72% pochodziło z Syrii, a reszta z Erytrei, Konga, Libanu, Somalii, Afganistanu, Iranu, Iraku, Etiopii i Kolumbii. W kohorcie 27 brakowało przeciwciał przeciwko co najmniej jednemu serotypowi WPV. Żaden z uczestników nie miał przeciwciał przeciwko wszystkim trzem typom WPV. Pochodzenie z Rogu Afryki, wiek od 20 do 30 lat i płeć męska

najczęściej wiązały się z brakiem odporności. Badanie wykazało całkowitą odporność na WPV u 94% niedawno przesiedlonych uchodźców w Danii. Jednocześnie pokazuje, jak wysoki jest zasięg programu szczepień przeciwko polio oraz istotność jego wprowadzenia. Mimo wszystko, zapewnienie odporności na WPV wśród uchodźców pozostaje priorytetem, dopóki polio nie zostanie wyeliminowane na całym świecie [13].

Kolejną istotną chorobą towarzyszącą uchodźcom jest gruźlica. W wyniku narastającej zapadalności na nią wśród grup uchodźców w Danii zostało w latach 1993 - 2015 przeprowadzone badanie kohortowe, które miało na celu zbadanie różnic w ryzyku gruźlicy między grupami migrantów w zależności od statusu migranta i regionu pochodzenia [14]. Metoda badawcza uwzględniała migrantów w wieku ≥ 18 lat, którzy uzyskali miejsce zamieszkania w Danii między 1 stycznia 1993 r. a 31 grudnia 2015 r.. Dopasowano ich w stosunku 1:6 do osób urodzonych w Danii. Migrantów pogrupowano według statusu prawnego miejsca zamieszkania i regionu pochodzenia.

Wszyscy migranci mieli zwiększone ryzyko gruźlicy w porównaniu z populacją urodzoną w Danii. Ryzyko było szczególnie wysokie w przypadku migrantów z Afryki Subsaharyjskiej, zjednoczonych rodzin z uchodźcami, uchodźców ze stałym osiedleniem oraz byłych osób ubiegających się o azyl [14]. Programy badań przesiewowych koncentrują się głównie na osobach ubiegających się o azyl, ale pominięto inne grupy wysokiego ryzyka gruźlicy. Dlatego należy zwiększyć świadomość dotyczącą tej choroby we wszystkich grupach wysokiego ryzyka i zoptymalizować programy badań przesiewowych w jej kierunku. To badanie sugeruje potrzebę bardziej kompleksowego podejścia, które może obejmować badanie przesiewowe gruźlicy w ogólnej ocenie stanu zdrowia w celu poprawy zdrowia migrantów.

EMIGRACJA A ŻYCIE W ENKLAWACH

Szwecja jest głównym krajem przyjmującym imigrantów ubiegających się o azyl. Lokowanie ich w miejscach zamieszkania stanowi poważny problem, z którym przychodzi się mierzyć pracownikom ochrony zdrowia. Uchodźcy doświadczają wysokich wskaźników niektórych zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym PTSD oraz zaburzeń psychotycznych, w tym schizofrenii [15]. Mniej badań epidemiologicznych koncentruje się na ryzyku innych zaburzeń zdrowia psychicznego uchodźców, choć wydaje się, że mają one mniejsze ryzyko samobójstwa niż populacje niemigrujące [16]. W przypadku migrantów niebędących uchodźcami ryzyko depresji i lęku może być niższe, ale podobnie jak uchodźcy, są oni

narażeni na podwyższone ryzyko zaburzeń psychotycznych [15]. Nie jest jednak jasne, czy dotyczy to również zaburzeń związanych z używaniem substancji.

W 2019 roku w Szwecji przeprowadzono ogólnokrajowe badanie kohortowe, które miało na celu zbadanie zaburzeń używania substancji w grupach uchodźców i imigrantów [16]. Zbadano również, czy ryzyko różniło się w zależności od regionu pochodzenia, wieku w chwili migracji, czasu w Szwecji i diagnozy PTSD. W badaniu wzięło udział 1 241 901 uczestników, z czego 17 783 (1,4%) uchodźców i 104 250 (8,4%) migrantów niebędących uchodźcami. Śledzono kohortę urodzoną między 1984 a 1997 rokiem od ich 14. urodzin lub przybycia do Szwecji. Typowano, zaburzenia spożywania jakiegokolwiek narkotyku, zaburzenia spożywania alkoholu, zaburzenia używania konopi indyjskich i zaburzenia związane z używaniem wielu narkotyków. W skorygowanych analizach kontrolowano wiek, płeć, rok urodzenia, dochód rodziny, status zatrudnienia w rodzinie, gęstość zaludnienia i diagnozę PTSD. Regiony pochodzenia uchodźców były reprezentowane w proporcjach od 6,0% (Europa Wschodnia i Rosja) do 41,4% (Bliski Wschód i Afryka Północna); odsetek regionów pochodzenia migrantów niebędących uchodźcami wahał się od 11,8% (Afryka Subsaharyjska) do 33,7% (Bliski Wschód i Afryka Północna).

Wyniki badania pokazały, iż częstotliwość występowania wszelkich zaburzeń związanych z używaniem substancji, w tym zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i narkotyków, była od 48% do 54% niższa wśród uchodźców i migrantów niebędących uchodźcami z podobnych regionów pochodzenia niż populacja urodzona w Szwecji, która miała szczególnie wysoki odsetek zaburzenia użytkowania alkoholu – 208,4 nowych przypadków na 100 000 osób rocznie [16]. Różnice w zaburzeniach używania konopi indyjskich były mniej wyraźne. W przypadku wszystkich wyników wskaźniki migrantów zbliżyły się do odsetka urodzonych w Szwecji w czasie, na co wskazuje wcześniejszy wiek w momencie migracji lub dłuższy okres pobytu w Szwecji. Diagnozy PTSD były częstsze wśród uchodźców i migrantów niebędących uchodźcami niż populacja urodzona w Szwecji, ale były silniej związane z ryzykiem zaburzeń używania substancji w populacji urodzonej w Szwecji.

Wskaźniki zapadalności na zaburzenia związane z używaniem substancji we wszystkich grupach były bardzo wysokie, co oznacza, że stanowi to poważne wyzwanie dla zdrowia psychicznego społeczeństwa, niezależnie od względnych różnic w ryzyku między populacjami migrantów i imigrantów. Z tej perspektywy wyniki sugerują, że o ile problemy związane z nadużywaniem substancji nie stanowią problemu w grupach migrantów, szczególnie wśród osób z historią PTSD, to znaczne obciążenie tymi zaburzeniami dotyczy

większości populacji w Szwecji, gdzie można by ukierunkować działania zapobiegawcze. Niższy odsetek zaburzeń związanych z używaniem substancji – który zaobserwowano w podobnym stopniu zarówno w grupach migrujących uchodźców, jak i nie-uchodźcach z tych samych regionów pochodzenia – można przypisać różnym czynnikom, w tym „zdrawemu efektowi imigracyjnemu” lub różnicom społeczno-kulturowym i religijnym postawom i zachowaniom wobec używania substancji. Zdrowy efekt migracyjny sugeruje, że osoby, które zdecydowały się na migrację są bardziej zmotywowane, adaptacyjne, a często młodsze i zdrowsze niż populacja urodzona w kraju. Jednak taki efekt może być mniej prawdopodobny dla wyjaśnienia niższych wskaźników zaburzeń związanych z używaniem substancji u uchodźców, chociaż założono, że mogą oni skorzystać z dodatkowych dźwigni instytucjonalnych i kontekstowych w ich kraju osiedlenia, które zapewniają dalsze wsparcie przeciwko szkodliwym zachowaniom [17,18].

Alternatywnie, niższe wskaźniki zaburzeń związanych z używaniem substancji, które zaobserwowano w przypadku uchodźców i migrantów niebędących uchodźcami w porównaniu z populacją urodzoną w Szwecji, można przypisać normom kulturowym lub poglądom religijnym na temat zachowań związanych z używaniem substancji. Co ciekawe, wyniki wskazują, że wskaźniki zaburzeń związanych z używaniem substancji w grupach migrantów w Szwecji miały tendencję do zbliżania się, tj. zwiększania w kierunku odsetka populacji urodzonej w Szwecji w miarę upływu czasu w zależności od dawki, niezależnie od tego, czy były kontrolowane na podstawie wcześniejszego wieku przy migracji, czy też czasu mieszkania w Szwecji. Wyniki te są zgodne z podobnymi obserwacjami danych dotyczących rozpowszechnienia nadużywania substancji oraz w odniesieniu do ryzyka samobójstwa z podobnego badania kohortowego przeprowadzonego w Szwecji [19]. Jedną z możliwych interpretacji tych odkryć jest to, że procesy akulturacyjne skłaniają niektóre grupy migrantów do przyjmowania szwedzkich zachowań zdrowotnych w miarę upływu czasu, zwiększając tym samym ryzyko zdiagnozowania zaburzeń związanych z używaniem substancji. Ewentualnie, migranci, którzy mieszkali dłużej w Szwecji, mogli częściej korzystać ze szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej ze względu na lepszą znajomość zagadnień zdrowotnych lub mniej barier językowych. Konieczne są dalsze badania, aby rozdzielić wieloczynnikowe wpływy, które mogą leżeć u podstaw tych wyników. W ten sposób wiadomo, że paradoks imigrant-uchodźca nie jest widoczny we wszystkich zaburzeniach psychiatrycznych, w szczególności schizofrenii i innych zaburzeniach psychotycznych, co sugeruje, że wszelkie stresory związane ze statusem uchodźcy lub migranta mogą mieć

zróżnicowany wpływ na chorobowość psychiczną, w zależności od wzajemnego oddziaływania innych cech kontekstualnych, indywidualnych i neurobiologicznych.

Badanie to ilustruje znaczne obciążenie problemami zdrowia psychicznego, które można przypisać zaburzeniom zażywania substancji w populacji ogólnej i wśród osób z historią PTSD, która jest nadmiernie reprezentowana w grupach uchodźców i migrantów. Tak wysoki poziom zachorowalności psychiatrycznej i potencjalna zbieżność wskaźników w grupach migrantów w czasie z grupami w tle populacji będzie stanowić podstawowy problem zdrowotny dla wielu narodów na całym świecie [16].

Ten sam problem został opisany w 2019 roku przez Mezuk B., Ohlsson H., Cederin K., Sundquist J., Kendler K.S. oraz Sundquist K. [20]. Autorzy sprawdzili, jaki wpływ ma umieszczenie imigrantów w enklawie na ryzyko udziału narkotyków wśród imigrantów poszukujących azylu w Szwecji. Wyniki wskazały, iż częstość występowania zaburzeń używania substancji w enklawach wyniosła 6,34%, w porównaniu z 6,89% w innych dzielnicach. Imigranci mieszkający w enklawie mieli niższe ryzyko zażywania narkotyków. Natomiast rodzeni Szwedzi mieszkający w enklawie mieli większe ryzyko zaburzeń używania substancji [20].

CIAŻA I CZAS OKOŁOPORODOWY

Ciąża to czas, który wymaga od kobiety szczególnej dbałości o zdrowie fizyczne i psychiczne. Uczestniczenie w migracjach oraz bycie uchodźczynią to wielka próba sił i kondycji zdrowotnej dla ciężarnych. Należą one w końcu do jednej z najbardziej wrażliwych grup, które potrafią najszybciej odczuć negatywne skutki wędrówek ludności.

Z badania *“Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews”* można wyciągnąć zatrważające wnioski [21]. Niekorzystne warunki okołoporodowe wyjątkowo źle wpływały na zdrowie psychiczne kobiet, podnosiły ryzyko przedwczesnego porodu, śmierci rodzicielki oraz wad wrodzonych dziecka. Wynikało to z wielu obstrukcji, jakie napotykały one na drodze do uzyskania pomocy zdrowotnej, były to między innymi bariery kulturowe, organizacyjne, personalne powodujące trudności w porozumieniu się z personelem medycznym. Kobiety zmagaly się z powikłaniami w czasie okołoporodowym, ubóstwem, niechcianymi ciążami, wynikającymi między innymi z gwałtu, a co za tym idzie – z rasizmem, kategoryzacją i społecznym ostracyzmem [21].

Niedawny raport na temat kobiet wymagających szczególnej opieki w kryzysie społecznym w Europie obejmował kobiety w ciąży, starające się o azyl lub którym odmówiono azylu i stwierdził, że 65,9% nie miało dostępu do opieki przedporodowej, 42,8% otrzymało opiekę zbyt późno, to znaczy po 12. tygodniu ciąży [21]. Kiedy kobiety po raz pierwszy zgłosiły się na konsultację lekarską, lekarze uznali, że ponad 70% z nich wymaga pilnej pomocy (35,6%) lub opieki w trybie średnio pilnym (36,7%) [22]. Ta różnica w dostępie i korzystaniu z opieki okołoporodowej może prowadzić do znacznych nierówności zdrowotnych. Niepowodzenie w skutecznym dotarciu i zapewnieniu optymalnej opieki okołoporodowej kobietom ubiegającym się o azyl i posiadającym status uchodźcy przyczynia się do poniesienia porażki w zmniejszaniu nierówności zdrowotnych w jakże delikatnej grupie kobiet i ich dzieci.

W Grecji, obciążonej kryzysem migracyjnym udokumentowano odsetek ludności wahający się od $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{3}$, który nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu [22]. Stąd, jeżeli ciężarne miałyby pokryć koszty opieki przedporodowej, wynosiłoby to około 1300 euro, co jest niestety warunkiem nie do spełnienia, mając na uwadze średnie zarobki rodzin. Zauważono więc znamieny spadek porodów żywych płodów, zaś wzrost częstości porodów martwych [22]. Bariery finansowe uniemożliwiają dostęp do podstawowych usług opieki zdrowotnej, takich jak szczepienia coraz większej liczbie dzieci; niektóre przepisy krajowe utrudniają także dzieciom dostęp do badań lekarskich, gdy ich rodzice nie są dokumentowani [22].

Raport Lekarzy Świata bierze do analizy 285 kobiet w ciąży, które konsultowano – głównie w Belgii, Niemczech i Francji – co stanowi 6,2% pacjentów o statusie uchodźców [22]. Średni wiek kobiet w ciąży wynosił 27,6, a 3,2% to dzieci - najmłodsza miała 14 lat. Jeśli chodzi o warunki życia, 52,5% kobiet w ciąży, które uczestniczyły w konsultacjach, żyło w niestabilnej sytuacji mieszkaniowej. Jedna trzecia (32,3%) żyła w warunkach, które według nich wpływały na ich zdrowie, a 4,8% nie miało stałego adresu. Zdecydowana większość (89,1%) żyła poniżej granicy ubóstwa. Prawie wszystkie kobiety w ciąży (94,7%) były obcokrajowcami, pochodzącymi głównie z Afryki Subsaharyjskiej (41,3%), UE (20,1%) oraz krajów europejskich spoza UE (12,6%). Wśród ankietowanych kobiet w ciąży 41,8% zgłosiło posiadanie co najmniej jednego małoletniego dziecka. Spośród tych kobiet 44,3% żyło oddzielnie od jednego lub większej liczby ich małoletnich dzieci (38,5% żyło oddzielnie od wszystkich swoich małoletnich dzieci). Warto zauważyć, że 36,2% kobiet w ciąży stwierdziło, że ma niski poziom wsparcia emocjonalnego, a spośród nich prawie 10% nie miało wsparcia emocjonalnego w ogóle. Spośród ankietowanych kobiet w ciąży 7,5%

ubiegało się o azyl, 34% było lub było kiedyś zaangażowanych we wnioski o azyl, a z tej grupy połowie odmówiono azylu. Ze względu na sytuację administracyjną prawie połowa ciężarnych kobiet (45,1%) ograniczyła swoje działania w obawie przed zatrzymaniem [22]. To tworzy znaczącą dodatkową przeszkodę w dostępie do opieki przedporodowej.

Pracownicy ochrony zdrowia powinni być szczególnie świadomi wymagań migrujących kobiet w ciąży, odpowiednio dostosować strategię podstawowej opieki. Zaleca się zapewnienie systematycznego dostępu do rutynowych badań przesiewowych w ciąży wszystkim nieudokumentowanym migrantom, aby zapobiec transmisji chorób matka-płód i zaradzić zaobserwowanym nierównościom zdrowotnym.

SZCZEPIENIA CIĘŻARNYCH I NOWORODKÓW

Obecny zasięg migracji stwarza nowe wyzwania społeczno-gospodarcze i humanitarne. Niewiele wiadomo na temat odsetka szczepień migrantów przybywających do Europy, a wdrożenie wytycznych dotyczących badań serologicznych i szczepień uchodźców jest w toku [23]. Uchodźcy mogą być narażeni na zwiększone ryzyko chorób przenoszonych wewnątrzmacicznie, takich jak zapalenie wątroby, kiła i HIV. Ponadto są narażeni na niewystarczające szczepienia przeciwko chorobom, takim jak różyczka i ospa wietrzna, które mogą prowadzić do ciężkich uszczerbków na zdrowiu, a nawet zejścia śmiertelnego u ich potomstwa.

W Niemczech, obóz dla uchodźców Tempelhof – na terenie opuszczonego lotniska w Berlinie – oferuje szczepienia wewnątrz obozu. Inne tego typu ośrodki, takie jak ten w obrębie berlińskiej dzielnicy Neukölln, opierają się na scentralizowanym systemie szczepień. Zbadano wpływ konfliktu zbrojnego na odsetek szczepień syryjskich dzieci oraz skuteczności usług szczepień w obozie [24]. Zebrane dane dotyczyły 179 dzieci w Tempelhof i 40 dzieci w Neukölln. W Tempelhof, wśród syryjskich dzieci, 27,8% z nich w wieku poniżej 5 lat było "w pełni zaszczepionych", w przeciwieństwie do 73,7% w wieku powyżej 5 lat. Tej różnicy w odsetkach immunizacji między grupami wiekowymi nie zaobserwowano u dzieci afgańskich, ani dzieci irackich. Ponadto, w porównaniu z 27,8% syryjskich dzieci, 75% dzieci afgańskich w wieku poniżej 5 lat było "w pełni zaszczepionych". W porównaniu z Tempelhofem, więcej dzieci w Neukölln zostało tylko częściowo zaszczepionych (93%) lub nie miało żadnych szczepień (5%). Wśród 40 dzieci z Neukölln 9 (23%) to Afgańczycy, 22 (56%) to Syryjczycy, 8 (20%) to Irakijczycy, a 1 (3%) pochodziło z Iranu [24].

W Danii ciężarne mieszkanki są badane przez lekarza rodzinnego pod kątem bieżących zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B, HIV i kiły w ramach duńskiego programu badań przesiewowych, w celu wykrycia zakażeń i zainicjowania interwencji w celu zapobiegania transmisji matka-dziecko. Udokumentowani migranci mają dostęp do tego badania, zaś migranci nieudokumentowani nie. Zamiast tego polegają na opiece doraźnej w klinikach prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Trzy kliniki zajmujące się migrantami bez dokumentów zarejestrowały 219 ciąż kwalifikujących się do badań przesiewowych. Ogółem u 43, 58 i 60% kobiet w ciąży pozbawionych dokumentów odnotowano wykonane badania na obecność wirusowego zapalenia wątroby typu B, kiły i HIV, w porównaniu do > 99% w ogólnej populacji Danii, w tym u ciężarnych posiadających dokumenty [25].

Wynika z tego, że konflikty w państwie ojczystym negatywnie wpływają na liczbę szczepień dzieci. Oferowanie usług szczepień w obozach dla uchodźców może być rozwiązaniem dla zwiększenia odsetka szczepień. Należy zwrócić szczególną uwagę na populacje o wyższym ryzyku niedostatecznej immunizacji, takie jak dzieci syryjskie. Warto podkreślić również, że dzieci pochodzące z obszarów o wyższym bezrobociu i niższym wykształceniu rodziców są w większym stopniu narażone na niedostateczną immunizację w swoich krajach ojczystych, co sugeruje profil demograficzny, który powinien zwrócić dodatkową uwagę.

MIGRACJA LEKARZY

Ludzie migrują z wielu powodów. Przyczyny te mogą należeć do różnych obszarów naszego życia, np. środowiskowego, gospodarczego, kulturalnego i społeczno-politycznego. Przyczyną mogą być również czynniki „wypychające” lub „przyciągające” migrantów do nowych krajów. Czynniki wypychające to takie, które zmuszają jednostkę do dobrowolnego poruszania się, a w wielu przypadkach są zmuszeni, ponieważ jednostka ryzykowałaby coś, jeśli by została. Mogą one obejmować kwestie, takie jak konflikty, susze, głód, ekstremalną działalność religijną. Słaba aktywność gospodarcza, brak możliwości zatrudnienia, brak perspektyw rozwoju osobistego, niskie płace, wysokie koszty utrzymania są również silnymi czynnikami stymulującymi emigrację. Czynniki przyciągające, to czynniki w kraju docelowym, które zachęcają osobę lub grupę do opuszczenia domu. Lepsze możliwości ekonomiczne, więcej miejsc pracy i obietnica lepszego życia często przyciągają ludzi do nowych lokalizacji [26].

Migracja pracowników opieki zdrowotnej zyskuje coraz większą uwagę na całym świecie. Przykładowo, stworzenie bezgranicznego rynku pracy w Europie i jego ekspansja wraz z rozszerzeniami dały pracownikom służby zdrowia prawo do świadczenia usług i przeprowadzki do innego państwa członkowskiego UE [27]. W Irlandii natomiast dynamika emigracji lekarzy zmieniła się po 2008 r., kiedy irlandzki system opieki zdrowotnej przetrwał „radikalne cięcia zasobów”, w tym 13% zmniejszenie zarówno liczby personelu, jak i ostrych łóżek szpitalnych oraz znaczne obniżenie [28,29]. Wynagrodzenia dla nowych konsultantów szpitalnych zostały obniżone o 10% w 2011 r. oraz o kolejne 30% w 2012 r. [30]. Uгода sądowa z 2018 r. dodatkowo zwiększyła różnicę w wynagrodzeniach między obecnymi a nowymi uczestnikami konsultacji szpitalnych [30]. Obniżone wynagrodzenie i pogarszające się warunki pracy od 2008 r. spowodowały wysoki wskaźnik emigracji lekarzy z Irlandii. Odstraszył również migrację powrotną, bo tylko jeden na czterech lekarzy emigrantów ankietowanych w 2014 r. zamierzał powrócić do swojego kraju [31]. Chociaż Irlandia formalnie nie rejestruje wyjazdów emigrantów, naukowcy oszacowali, że co najmniej 627 lekarzy wyemigrowało z Irlandii w 2014 r. [32]. Ostatnie dane z Medical Council of Ireland pokazują, że z roku na rok liczba lekarzy opuszczających rejestr medyczny wzrasta z 546 w 2014 r. do 1453 w 2018 r. [33]. Kluczowym miejscem dla przeszkolonych irlandzkich lekarzy stała się Australia, w latach 2017–2018 wydała 326 wiz irlandzkim lekarzom [34]. Wieloletnie niedofinansowanie ochrony zdrowia w połączeniu z cięciami związanymi z oszczędnościami wpłynęły negatywnie na jakość pracy, ponieważ praca w szpitalach medycznych zaczęła przypominać pracę ekstremalną. Czterdziestu ankietowanych lekarzy pracujących w Australii, opisywało swoje poprzednie miejsca pracy w irlandzkich szpitalach, które miały za mało personelu, były przeciążone. Normalizowano tam pracę ekstremalną, szczególnie w odniesieniu do długich godzin pracy, szybkiego tempa, robienia więcej za mniej i walki z klimatem negatywności. Tylko 14 na 40 obecnie badanych lekarzy-emigrantów zamierza wrócić do pracy w Irlandii [35].

Siły napędowe migracji pracowników służby zdrowia w Unii Europejskiej są różne. Jinks i in. [36] zbadał przemieszczanie się lekarzy z krajów UE do Wielkiej Brytanii i stwierdził, że główną siłą napędową migracji do Wielkiej Brytanii były zmniejszone szanse na zatrudnienie w kraju ojczystym lub motywacja do lepszego szkolenia w Wielkiej Brytanii. We wszystkich nowych państwach członkowskich UE (na przykład w Polsce, na Węgrzech, w Litwie, Estonii) główną motywacją do emigracji jest lepsza płaca w kraju przyjmującym [37].

Rumunia, która jest członkiem UE od 2007 r., Boryka się z kryzysem siły roboczej związanym z migracją [38].

Sektor publiczny w Rumunii przechodzi dramatyczne zmiany, gdy państwo pogodzi się z erą postkomunistyczną, a (neo) liberalizację zachęca dodatkowo przystąpienie do UE w 2007 r. W ciągu ostatnich kilku lat, na sytuację w publicznym systemie opieki zdrowotnej wpłynęło wiele czynników, w tym ograniczenie środków ekonomicznych, obniżka wynagrodzeń w sektorze publicznym o 25%, zamrożenie rekrutacji i ograniczenia budżetowe dotyczące personelu szpitali. W tym kontekście Rumunię można przede wszystkim uważać za kraj „nadawczy” migrujących pracowników służby zdrowia do Europy Zachodniej. Drenaż mózgów rumuńskiej elity jest obecnie uważany za „czwartą falę” migracji od 1989 r., przy czym zawód medyczny jest jednym z najważniejszych zawodów wymienionych w badaniach nad migracją.

Starzejąca się populacja Europy, swobodny przepływ siły roboczej i wzajemne uznawanie kwalifikacji tworzą nowe możliwości dla rumuńskich lekarzy, a nieodpowiednie warunki pracy i stosunkowo niskie wynagrodzenie zmuszają wielu wysoko wykwalifikowanych pracowników opieki zdrowotnej do poszukiwania pracy za granicą. Ponieważ poziom życia w zachodnich państwach członkowskich UE przekracza poziom życia w nowych, zachęty ekonomiczne do przeprowadzki za granicę są wysokie, co przyczynia się do nierówności w świadczeniu opieki zdrowotnej między nimi [39]. Na przykład mieszkańiec Rumunii zarabia około 200 euro, podczas gdy mieszkańcy innych krajów UE mogą zarobić znacznie więcej [38]. Dla rumuńskich lekarzy uznanie w całej UE dyplomu medycznego uzyskanego w Rumunii stworzyło nowe możliwości, a nieodpowiednie warunki pracy i stosunkowo niskie wynagrodzenia skłoniły wielu z nich do poszukiwania pracy za granicą [27].

Ukraina, jedno z największych państw utworzonych na gruzach Związku Radzieckiego, jest powszechnie postrzegana jako kraj, który stracił swoje możliwości i potencjał rozwojowy. Będąc zdewastowanym przez korupcję, nie jest w stanie zmodernizować i wejść na ścieżkę ekonomiczną zrównoważonego wzrostu. Podobnie, w systemie opieki zdrowotnej nie podjęto głębszych reform w całym okresie postsowieckim, pozostawiając system w więzach nieskutecznych rozwiązań wyniesionych ze wspomnianych czasów [40]. W rezultacie, z prawnego punktu widzenia, system ukraiński funkcjonuje do tej pory formalnie z centralnym finansowaniem budżetowym, brakiem proefektywnych rozwiązań w finansowaniu usług medycznych, hierarchiczną strukturą organizacyjną i dominacją sektora publicznego [41]. W kontekście transformacji oczekuje się, że europejskie

państwa postkomunistyczne opracują model ubezpieczenia zdrowotnego, wyeliminują łąpówki i przekształcą przestarzały, wysoce scentralizowany system opieki zdrowotnej [42]. Podczas gdy inne kraje postkomunistyczne podjęły starania, aby spełnić te oczekiwania, ukraiński system opieki zdrowotnej pozostał w praktycznie niezmienionej formie przez cały okres po rozpadzie Związku Radzieckiego. Wszelkie zastosowane zmiany były w rzeczywistości gorsze. Sektor prywatny może uczestniczyć w systemie opieki zdrowotnej na ograniczoną skalę, ale poza systemem finansowania publicznego, który oparty jest na bezpośrednich, głównie nieformalnych wypłatach gotówkowych od pacjentów. W ramach systemu świadczenia usług publicznych pacjenci teoretycznie mieli prawo wyboru lekarza i placówki. W praktyce było to jednak oczywiste prawo, a sposób, w jaki system został zbudowany i działał, traktował ich potrzeby i prawa bez należytej uwagi [41].

Decydenci polityczni muszą opracować kompleksowy krajowy plan pracowników służby zdrowia w celu rozwiązania problemu migracji lekarzy. Powinno to uwzględniać narracje i zachowania osób pozostających i opuszczających. Taki plan powinien dokładnie uwzględniać zachęty finansowe w sektorze publicznym, kwestie statusu i inne czynniki przyczyniające się do migracji lekarzy, takie jak jakość szkolenia w miejscu zamieszkania. Konkretne strategie skierowane do studentów medycyny powinny okazać się korzystne na dłuższą metę, ponieważ życie studenckie jest najlepszym czasem na kształtowanie postaw przyszłych lekarzy. Należy przewidzieć specjalne przydziały lub wzmocnienia statusu dla tych, którzy nie zamierzają migrować w przyszłości.

PROPOZYCJA DZIAŁAŃ EUROPY

Społeczeństwa europejskie są i będą coraz bardziej zróżnicowane. W 2016 r. w Unii Europejskiej mieszkało 20 milionów obywateli spoza niej, którzy stanowią 4% całej populacji [43]. W 2016 r. 2 miliony imigrantów spoza Unii zaludniło kraje wspólnoty. Wtedy też blisko milion cudzoziemców uzyskało obywatelstwo europejskie. Największy odsetek nowych obywateli przypadł na Włochy, gdyż przyjęły one 201.6 tys. nowych obywateli [44]. W 2017 r. do Unii Europejskiej przybyło 2,4 mln imigrantów z państw trzecich. Na dzień 1 stycznia 2018 r. 22,3 mln (4,4 %) z 512,4 mln osób mieszkających we wspólnocie nie było obywatelami Unii [45].

Imigrantów można zaklasyfikować w zależności od przyczyny przybycia na imigrantów postkolonialnych, rodzinnych, zarobkowych, a także uchodźców [45]. Stanowi to podwaliny wielokulturowości Europy. Uchodźcy, będący najbardziej heterogeniczną grupą

cudzoziemców w krajach Unii, zamieszkują głównie Niemcy, Holandię, Francję, jak i Szwecję. Pojawili się oni w związku z protestami społecznymi i konfliktami zbrojnymi w ojczystych krajach, jakimi była Arabska Wiosna w Tunezji, Egipcie, Libii i w innych krajach Afryki Północnej oraz Bliskiego Wschodu. Najliczniej przybyli wspomniani wcześniej Syryjczycy, prawie 5 mln rodaków w okresie kryzysu szukało azylu w Europie.

Równolegle do nich zaobserwować można było migrantów ekonomicznych z krajów, w których wojna się nie toczyła, lecz brakowało stabilności polityczno-gospodarczej, m.in. z Afganistanu, Pakistanu, Iranu, Iraku, Albanii czy Kosowa [46].

W reakcji na kryzys migracyjny Unia Europejska stworzyła europejski program w zakresie migracji [47]. W latach 2015–2016 wspólnota przeznaczyła ponad 10 mld euro na zaradzenie kryzysowi.

W maju 2015 r. Komisja Europejska przedstawiła kompleksowy "Europejski Program w zakresie Migracji", mający na celu sprostanie bezpośrednim wyzwaniom i wyposażenie Unii w narzędzia służące lepszemu zarządzaniu migracją w perspektywie średnio- i długoterminowej, w obszarach nielegalnej migracji, granic, azylu i legalnej migracji [48].

Europejski program w zakresie migracji ukierunkował reakcję Unii na bezpośrednie wyzwania. Niniejsza praca koncentruje się na długoterminowych rozwiązaniach, które mają zapewnić Europie przyszłościowe sposoby odpowiedzialnego i sprawiedliwego zarządzania migracją. Zawarto w niej m.in. szereg wniosków dotyczących sektora zdrowotnego. Reforma również umożliwia uchodźcom ubieganie się o niebieską kartę – dokument umożliwiający wykwalifikowanym pracownikom nie będącymi obywatelami Unii Europejskiej pobyt i pracę na terytorium dowolnego państwa członkowskiego wspólnoty.

Unia Europejska już od kilku lat wspiera państwa członkowskie w ich polityce integracyjnej. W 2014 r. Rada ds. Wymiaru Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych potwierdziła wspólne podstawowe zasady Unii dotyczące polityki integracji imigrantów przyjęte w 2004 r., które określają wspólne podejście do integracji obywateli państw trzecich w całej wspólnocie [49].

W 2011 r. Komisja Europejska opracowała Europejski program na rzecz integracji obywateli państw trzecich dla wzmocnionego i spójnego podejścia do integracji, w różnych obszarach polityki i na poziomach rządowych. W tych latach wiele państw członkowskich opracowało własne polityki integracyjne w zależności od kontekstu krajowego, a wspólnota odegrała ważną rolę we wspieraniu niektórych z tych działań. Czytamy, iż "Europa nie może stać z boku, gdy ludzie tracą życie." Zwiększone zostaną działania poszukiwawcze i ratownicze w celu przywrócenia poziomu interwencji zapewnianej w ramach byłej włoskiej

operacji „Mare Nostrum”. Aby potroić budżet wspólnych operacji Frontexu „Tryton” i „Posejdon”, Komisja przedstawiła budżet korygujący na 2015 r. i zobowiązała przedstawić wnioski do końca maja 2016 r. Miał on na celu rozszerzyć zarówno możliwości, jak i zasięg geograficzny tych operacji. Komisja zadeklarowała się zmobilizować dodatkowe 60 mln EUR w ramach finansowania w sytuacjach nadzwyczajnych, w tym w celu wsparcia przyjmowania i zdolności do zapewnienia opieki zdrowotnej migrantom w państwach członkowskich pod szczególną presją [50].

W "Komunikacie Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Unii Europejskiej, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Plan działania na rzecz integracji obywateli państw trzecich" z czerwca 2016 r. wyczytać można, iż Komisja sfinansuje projekty wspierające najlepsze praktyki w zakresie opieki zdrowotnej dla osób szczególnie wrażliwych, w szczególności uchodźców [43]. Komisja zdecydowała się opracować pilotażowe moduły szkoleniowe dla pracowników służby zdrowia w zakresie zdrowia dla obywateli państw trzecich i uchodźców, w celu podniesienia i wzmocnienia umiejętności i zdolności pracowników służby zdrowia pierwszej linii, a także promować holistycznego podejścia do opieki zdrowotnej dla obywateli państw trzecich i uchodźcy.

Misją Komisji jest niesienie pomocy krajom najbardziej obciążonych napływem imigrantów. Ci, po dotarciu, są zwykle w dobrej kondycji zdrowotnej, jednak wpływ czynników, na jakie są narażeni przed podjęciem podróży lub w jej trakcie mogą mieć spory wpływ. Może im doskwierać m.in. wyczerpanie fizyczne, bardzo poważny stres, odwodnienie lub wyziębienie. Ich stan może się pogorszyć – w połączeniu z nieodpowiednimi warunkami bytowymi, niezdrowym stylem życia, chorobami przewlekłymi - i rzutować na kondycję zarówno fizyczną, jak i psychiczną [47]. Dowody wskazują, że zły stan zdrowia i brak dostępu do usług zdrowotnych mogą stanowić podstawową i ciągłą przeszkodę w integracji, wpływając na praktycznie wszystkie dziedziny życia i kształtując zdolność do podjęcia pracy, edukacji, nauki języka kraju przyjmującego i interakcji z opinią publiczną instytucje. W szczególności, na pierwszym etapie przyjmowania uchodźców zapewnienie im dostępu do opieki zdrowotnej jest niezbędne, ale obywatele państw trzecich mogą napotkać również problemy z regularnym dostępem do usług zdrowotnych, zapoznaniem się z nieznanym systemem opieki zdrowotnej i skutecznym komunikowaniem się z personelem opieki zdrowotnej. Komisja sfinansuje projekty wspierające najlepsze praktyki w zakresie opieki zdrowotnej dla osób wymagających szczególnego traktowania, w szczególności uchodźców [43].

Wzmacniając politykę integracji, zachęca się państwa członkowskie do stworzenia sieci ekspertów ds. zdrowia, na przykład w zakresie zdrowia psychicznego – zwłaszcza PTSD – dla uchodźców, w ścisłej współpracy między organami ds. zdrowia, organizacjami pozarządowymi i organizacjami pracowników służby zdrowia w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania problemów oraz zapewniania wsparcia i leczenia [43].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zarówno na poziomie globalnym, jak i krajowym, polityki zdrowotne i strategie zarządzania konsekwencjami zdrowotnymi migracji i wysiedleń nie nadążają za tempem i różnorodnością współczesnej migracji i wysiedleń [51].

Podejścia te są często fragmentaryczne i kosztowne, czasem działają równolegle z krajowymi systemami opieki zdrowotnej i mogą zależeć od finansowania zewnętrznego, które może nie być zrównoważone. Oprócz zaobserwowanych niedociągnięć systemowych, zdrowie uchodźców i migrantów, jako dziedzina, wiąże się z istotnymi nieodłącznymi wyzwaniami, ponieważ dotyczy osób będących w tranzycie, z wieloma zagrożeniami w niestabilnym kontekście społeczno-politycznym. Chociaż często niedoceniane, narażenie na zagrożenia dla zdrowia podczas fazy tranzytu jest ogromne. Dowody z poprzednich ruchów uchodźców i migrantów pokazują, że w zależności od kontekstu nawet ponad 20% przemieszczającej się populacji może umrzeć z powodu morderstwa, choroby lub wypadków [52]. Oprócz nieproporcjonalnie wysokiej śmiertelności, populacje uchodźców i migrantów wykazują szereg szczególnych słabości, które stanowią dodatkowe ryzyko dla ich stanu zdrowia. Długotrwały strach, chroniczny niepokój, niska samoocena, utrata kontroli i wyobcowanie są powszechnymi stanami emocjonalnymi uchodźców i migrantów – wiadomo, że przewlekłe narażenie na nie może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie [53]. Jednak zwiększona podatność uchodźców i migrantów jest spowodowana nie tylko niekorzystnymi stanami emocjonalnymi, ale także podstawowymi czynnikami strukturalnymi wpływającymi na podstawowe społeczne determinanty zdrowia. Duży wpływ czynników społecznych na stan zdrowia jest powszechnie uznawany, a WHO proklamuje działania na rzecz sprawiedliwości społecznej, jako główny priorytet polityki zdrowotnej [54]. W szczególności należy mieć w pamięci słabe lub niepewne warunki mieszkaniowe, większą ekspozycję i mniejszą ochronę przed przemocą, bariery w zatrudnieniu, kwestie legalne oraz oświatowe i zdrowotne. Są one silnymi chorobotwórczymi czynnikami, które uchodźcy i migranci muszą często przezwyciężać w krajach przyjmujących [55,56].

Nie należy zapominać, że ruchy uchodźców i migrantów pojawiając się mogą powodować niestabilną sytuację społeczno-polityczną. Często charakteryzują się także zmieniającymi się wzorcami epidemiologicznymi w zależności od fazy przejściowej. Tak więc, chociaż ostre i nagłe problemy zdrowotne, takie jak wypadki i ostre infekcje, zazwyczaj dominują w epidemiologii pierwszego etapu transformacji, to z tymczasowym lub stałym rozstrzygnięciem rozciąga się pełny ciężar chorób przewlekłych i chorób psychicznych [52,57].

Pewna grupa badaczy przeprowadziła ankiety wśród migrantów, by zobrazować jak sytuacja wygląda w aspekcie praktycznym. Celem badania było porównanie dostępu do profilaktycznych usług zdrowotnych między migrantami a ludnością tubylczą w pięciu krajach Unii Europejskiej [58]. Zebrano informacje z badań ankietowych przeprowadzonych w Belgii, we Włoszech, na Malcie, w Portugalii i Hiszpanii. Wykorzystano je do analizy dostępu do mammografii, testów cytologicznych, badań przesiewowych raka jelita grubego i szczepień przeciw grypie wśród migrantów. Status migranta został zdefiniowany na podstawie obywatelstwa, z rozróżnieniem na kraje Unii Europejskiej i te spoza wspólnoty. Wczesne wykrycie podczas programów badań przesiewowych piersi, rak szyjki macicy i jelita grubego jest kluczowym czynnikiem wpływającym na poprawę przeżycia w grupach wysokiego ryzyka. Stwierdzono, że migranci mają gorszy dostęp do profilaktycznych usług zdrowotnych niż obywatele, było to szczególnie prawdziwe w przypadku osób z krajów spoza Unii Europejskiej. Porównanie pięciu krajów wspólnoty objętych badaniem wykazało podobieństwa, przy najgorszym dostępie we Włoszech, wyjątkiem od uzyskanego rezultatu był wysoki poziom badań na Malcie.

Ustalenia są zgodne z wcześniejszymi badaniami: te przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, Holandii i Hiszpanii wykazały, że partycypacja pod kątem badań przesiewowych w kierunku szyjki macicy była niższa wśród migrantów w porównaniu z osobami niebędącymi migrantami [59,60]; podobnie Anson podał, że dostęp do usług profilaktycznych, takich jak szczepienia przeciw tężcowi, grypie i różyczce, a także badania przesiewowe w celu wczesnego wykrycia raka piersi i raka szyjki macicy był lepszy wśród rodzimych Belgów w porównaniu z imigrantami z Maroka i Turcji, nawet po kontroli dla cech społeczno-demograficznych [61]. W Danii i Szwecji odnotowano niższy wskaźnik uczestnictwa migrantek w badaniach mammograficznych w porównaniu z kobietami urodzonymi w kraju. Możliwymi tego przyczynami są czynniki wpływające na zachowanie, a mianowicie brak wiedzy, bariery biurokratyczne i problemy kulturowe [58,62]. Podobnie Francovich i współpracownicy wykazali, że dostęp dla migrantów we Włoszech do mammografii był tak

niski, jak 20% w porównaniu z rodzimymi Włochami, natomiast absorpcja testów cytologicznych została zmniejszona o 35% [63]. Kobiety pochodzące z Ameryki Południowej odnotowały lepszy dostęp do mammografii i badań cytologicznych, podczas gdy kobiety z Afryki odnotowały najgorszy dostęp. W przypadku obu badań dłuższy pobyt we Włoszech był dodatnio skorelowany z lepszym dostępem do profilaktycznych usług zdrowotnych.

STANOWISKO POLSKI

Badania Eurostatu pokazują, że w 2017 roku do Polski przybyło 683 228 osób, z czego aż 585 439 – z Ukrainy. Z tej liczby jedynie 33 896 Ukraińców pozostało na 12 miesięcy lub dłużej [44]. Na rok 2020 ważne zezwolenia na pobyt w Polsce posiadało prawie 423 tys. cudzoziemców, przede wszystkim Ukraińców - 214,7 tys. osób [64]. Stanowi to ledwo 1,1% ludności Polski. Nieliczną grupę w Polsce, w porównaniu z innymi typami migrantów, stanowią uchodźcy oraz osoby objęte innymi formami ochrony międzynarodowej, takimi jak pobyt tolerowany, pobyt humanitarny lub ochrony krajowej, np. w formie azylu. Ogółem, w latach 1992 r.-2019 status uchodźcy uzyskało niecałe 5 tys. osób. Inne formy ochrony międzynarodowej uzyskało w tym czasie ok. 23 tys. osób [44]. Polska jest klasyfikowana jako państwo niedotknięte bezpośrednio kryzysem migracyjnym. Wynika to z decyzji podejmowanych przez polski rząd, w większości negatywnie nastawiony na pomoc w czasach kryzysu migracyjnego.

Dostęp do opieki zdrowotnej dla ludzi – niezależnie od pochodzenia – którzy przebywają na terenie Polski stale lub tymczasowo, jest wynikiem międzynarodowych umów oraz krajowego ustawodawstwa. Organizacją opieki nad osobami czekającymi na wydanie decyzji o przyznaniu ochrony międzynarodowej zajmuje się Urząd do Spraw Cudzoziemców [65]. W krajach, w których prawo do opieki zdrowotnej jest ograniczone tylko do pomocy medycznej w nagłych wypadkach – jak właśnie jest w Polsce – świadczenia udzielone w nagłych wypadkach są dostępne za opłatą. To oznacza, że migranci o nieuregulowanym statusie pobytu będą mieli wystawiony rachunek za otrzymane świadczenia, a placówka ochrony zdrowia ma prawo sprawdzenia przed rozpoczęciem leczenia, czy chory jest wypłacalny.

Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej definiuje trzy formy opieki zdrowotnej: nagłe wypadki, podstawową oraz specjalistyczną pomoc medyczną [66]. Nagłe wypadki obejmują zabiegi ratujące życie i konieczne leczenie zapobiegające poważnym

uszczerbkom na zdrowiu. Podstawowa opieka obejmuje podstawowe leczenie częstych, mniej poważnych dolegliwości u pacjentów leczonych ambulatoryjnie lub opiekę pozaszpitalną (np. leczenie prowadzone przez lekarzy pierwszego kontaktu). Specjalistyczna opieka obejmuje leczenie u lekarzy specjalistów oraz określone leczenie szpitalne. *"W Polsce świadczenia medyczne udzielone w nagłych wypadkach poza szpitalem są darmowe dla migrantów, natomiast zasady dotyczące płatności za leczenie w nagłych wypadkach pozostają niejasne. Według Sądu Najwyższego w Polsce szpitale mogą również żądać pokrycia kosztów leczenia w nagłych wypadkach. Pozostaje natomiast nieokreślone, czy i w jakim zakresie obowiązek pokrycia kosztów takiego leczenia ma zastosowanie w stosunku do migrantów."*

W Polsce, gdzie panuje system ubezpieczeniowy, osoby które starają się o status uchodźcy nie są uprawnione do ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, aczkolwiek mogą korzystać z bezpłatnych „usług zdrowotnych” w wyznaczonych placówkach medycznych [67]. Brak jest jakiegokolwiek oficjalnej interpretacji tego przepisu, ale rozumie się go jako obejmujący wszystkie usługi medyczne dostępne dla ubezpieczonych. W kraju występuje jednak rażąca dyskryminacja nieudokumentowanych migrantów, gdyż teoretycznie opieka z której mogą skorzystać, zawęża się do pomocy w nagłych przypadkach udzielanej przez ratowników medycznych poza szpitalem oraz do leczenia chorób zakaźnych, do którego zobowiązuje prawo – łącznie z leczeniem poekspozycyjnym po styczności z wirusem. Zważając na obowiązek leżący na barkach pracowników służby zdrowia, jakoby nigdy nie odmawiać pomocy w bezpośrednim zagrożeniu życia lub zdrowia człowieka, nieudokumentowani migranci mogą być w ten sposób leczeni na oddziałach ratunkowych, jednak muszą opłacić całkowite koszty opieki medycznej. Położenie dzieci bez pozwolenia na pobyt zarówno przebywających pod opieką rodziców czy opiekunów, jak i pozbawionych opieki, jest nieznacznie lepsze niż dorosłych. Są one objęte bezpłatną profilaktyką stomatologiczną i zdrowotną, wraz z obowiązkowymi szczepieniami, wizytami kontrolnymi i badaniami przesiewowymi. Warunkiem jest uczęszczanie do szkół państwowych [67].

Cudzoziemiec w procedurze azylowej ma dostęp do opieki zdrowotnej równoległe do usług publicznych [68]. Dla osób mieszkających w ośrodkach dla uchodźców opieka zdrowotna jest zlecana przez Urząd ds. Cudzoziemców podmiotowi prywatnemu, który zapewnia podstawowe usługi pielęgniarские i zaawansowane usługi medyczne. Z uwagi na fakt, że publiczna opieka zdrowotna w Polsce jest bardzo słabo rozwinięta, osoby ubiegające się o azyl paradoksalnie mają lepszy dostęp do opieki zdrowotnej, kiedy przechodzą procedurę, niż później, po przyznaniu statusu uchodźcy. Mają wtedy do czynienia z taką

samą trudnością jak obywatele polscy. Nie oznacza to jednak, że system podczas procedury jest bezbłędny. Głównym problemem jest dostępność specjalistycznych usług medycznych, zwłaszcza w odległych ośrodkach dla cudzoziemców. Urząd do Spraw Cudzoziemców nie zapewnia transportu. Zwraca jedynie koszty podróży środkami transportu publicznego. Sytuacja ta jest szczególnie uciążliwa dla kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych i ciężko chorych. Inne trudności, które napotyka, to konieczność uczestniczenia w wizytach lekarskich bez tłumacza oraz niewielka liczba personelu medycznego wykwalifikowanego w zakresie kompetencji międzykulturowych. Ponadto raporty organizacji pozarządowych pokazują, że dostęp do psychologów jest ograniczony i nie jest dostępny na co dzień. Należy jednak wspomnieć, że coraz więcej usług medycznych jest udostępnianych osobom ubiegającym się o azyl w Centrum dla Cudzoziemców, w tym dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu i ginekologów [68].

Po przyznaniu statusu uchodźcy oraz ochrony uzupełniającej ma on taki sam dostęp do systemu opieki zdrowotnej, jak obywatele polscy. Jednak, jak wspomniano wcześniej, z uwagi na fakt, że publiczna opieka zdrowotna w Polsce jest bardzo słabo zorganizowana, osoby korzystające z ochrony międzynarodowej mają takie same problemy, jak obywatele polscy, jak na przykład bardzo długie listy oczekujących na wizytę u lekarza specjalisty i wysokie ceny leków. Jak pokazują badania Instytutu Projektów i Analiz, największym wyzwaniem, jeśli chodzi o dostęp uchodźców i migrantów do usług zdrowotnych, jest brak kompetencji kulturowych i znajomości języków obcych wśród personelu medycznego [69].

Świadomość sytuacji zdrowotnej uchodźców i migrantów jest nadal bardzo niska. Z drugiej strony zarówno uchodźcy, jak i migranci wykazują znaczny brak wiedzy na temat dostępu do systemu opieki zdrowotnej i sposobu jej funkcjonowania w Polsce [69].

Wydaje się, że ważne jest prowadzenie działań edukacyjnych i upowszechniających skierowanych do społeczności migrantów w Polsce – np. w formie kampanii społecznych – w celu zwiększenia świadomości na temat organizacji systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. Istnieje również duże zapotrzebowanie na zapewnienie personelowi medycznemu, a nawet studentom medycyny, możliwości szkolenia w zakresie kompetencji kulturowych, pracy z osobami po przebytej traumie oraz przepisów prawnych dotyczących uchodźców w Polsce [69].

Według wyżej wymienionych badań, osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową są często uważane przez personel medyczny za wymagających pacjentów, a zapewnienie im opieki zdrowotnej jest postrzegane jako niezwykle trudne ze względu na różnice kulturowe [69].

Jednak te negatywne nastroje wobec przymusowych migrantów są przede wszystkim konsekwencją złych doświadczeń i frustracji wynikających z różnic kulturowych, a nie ze złości – zdaniem respondentów takie wrogie zachowanie jest wynikiem nieporozumień i niepojawiania się na spotkania, a także opuszczania Polski, przenosząc się do kolejnych krajów Unii Europejskiej przed zakończeniem leczenia. Polskie organizacje pozarządowe, oprócz zapewnienia osobom ubiegającym się o azyl i beneficjentom ochrony międzynarodowej wsparcia i wskazówek, jak poruszać się po polskim systemie opieki zdrowotnej, wypełniają lukę podnosząc wielokulturowe kompetencje personelu medycznego i wiedzę na temat sytuacji uchodźców. Fundacja Polskie Forum Migracyjne, w ramach pierwszej edycji projektu „Być matką w Polsce”, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich, przeprowadziła szereg warsztatów poświęconych położnym i lekarzom, którzy chcą podnieść swoje kompetencje w zakresie opieki nad pacjentami z różnych kultur, w szczególności z obcymi kobietami rodzącymi w Polsce. Warsztaty te pozwoliły uczestnikom zapoznać się z tematami związanymi z różnorodnością kulturową w opiece okołoporodowej, pogłębiając jednocześnie wiedzę na temat najczęstszych nieporozumień wynikających z różnic kulturowych.

ZAKOŃCZENIE

Kryzys migracyjny niesie ze sobą niezliczoną ilość problemów, które dotkną ochronę zdrowia w Unii Europejskiej. Trudności te są wielopłaszczyznowe i takich działań wymagają – od tych na poziomie prawa międzynarodowego, krajowego, po te dotyczące edukacji społeczeństwa i pracowników ochrony zdrowia. Niezwykle ważne jest podniesienie kompetencji kulturowych personelu medycznego, nie tylko poprzez przeprowadzenie sesji szkoleniowych z zakresu umiejętności miękkich, ale także poprzez stworzenie okazji do lepszego poznania i zrozumienia swoich pacjentów. Wymaga to odświeżenia podejścia do nauki komunikacji na kierunkach kształcących przyszłych medyków. Edukacja powinna rozszerzyć się na europejskie społeczeństwa, konieczna jest walka z rasizmem i uprzedzeniami, która ułatwi asymilację migrantów. Są grupą, którą dotyka niespotykana nigdzie indziej ilość przeciwności w pogoni za bezpieczeństwem i ucieczce przed przemocą oraz prześladowaniem. Niechęć ludności państw docelowych nie powinna być dodatkową z nich. Działania takie ułatwiłyby edukację migrantów, która jest niezbędna do poprawy ich sytuacji. Współczesne wydarzenia niewątpliwie zmieniają strukturę i sposób funkcjonowania ochrony zdrowia w Europie, który był nam znany dotychczas. Konieczne jest podjęcie

szeroko zakrojonych działań oraz kontynuacja tych, które już mają miejsce. Niezbędne są nowe regulacje prawne, ale wszystko zależy od ludzi zamieszkujących Stary Kontynent. Kryzys migracyjny XXI wieku jest niezwykle wyzwaniem społeczno-politycznym, które dotknie każdej dziedziny naszego życia, od zdrowia po politykę.

PIŚMIENNICTWO

1. United Nations High Commissioner for Refugees: Global trends. Forced displacement in 2017. <https://www.unhcr.org/5b27be547.pdf> (data dostępu 06.04.2020)
2. Internal displacement monitoring centre: Syria. <https://www.internal-displacement.org/countries/syria> (data dostępu 06.04.2020)
3. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/auslaend-bevoelkerung-2010200187004.pdf?__blob=publicationFile (data dostępu 06.04.2020)
4. Silove D., Ventevogel P., Rees S.: The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry* 2017;16(2): 130-139 (data dostępu 06.04.2020).
5. Miller K.E., Rasmussen A.: The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2017; 26(2): 129-138.
6. Cengiz I., Ergun D., Çakıcı E.: Posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth and psychological resilience in Syrian refugees: Hatay, Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2019; 20(3), 269–276.
7. Sharma M., Fine S.L., Brennan R.T., Betancourt T.S.: Coping and mental health outcomes among Sierra Leonean war-affected youth: Results from a longitudinal study. *Development and Psychopathology* 2017; 29(1): 11-23.
8. Siriwardhana C., Ali S.S., Robers B., Stewaet R.: A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health* 2014; 20(8): 13.
9. Pfeiffer E., Sukale T., Muller L.R.F., Plener P.L., Rosner R., Fegert J.M., Sachser C., Unterhitzberger J.: The symptom representation of posttraumatic stress disorder in a sample of unaccompanied and accompanied refugee minors in Germany: a network analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 2019; 10(1): 102-222.

10. von Haumeder A., Ghafoori B., Retailleau J.: Psychological adaptation and posttraumatic stress disorder among Syrian refugees in Germany: a mixed-methods study investigating environmental factors. *European Journal of Psychotraumatology*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2019.1686801> (data dostępu 06.04.2020).
11. Mangrio E., Forss K.S.: Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5721651/> (data dostępu 06.04.2020)
12. Mipatrini D., Stefanelli P., Severoni S., Rezza G.: Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5375618/> (data dostępu 06.04.2020)
13. Hvass A.M.F.: High coverage of polio immunization program in refugees resettling in Denmark. A cross-sectional study of polio serology in newly arrived refugees. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2019.1698953?scroll=top&needAccess=true> (data dostępu 06.04.2020)
14. Langholz Kristensen K., Lillebaek T., Holm Petersen J., Hargreaves S., Nellums L., Friedland J., Andersen P.H., Ravn P., Norredam M.: Euro Surveillance: Tuberculosis incidence among migrants according to migrant status: a cohort study, Denmark, 1993 to 2015. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.44.1900238> (data dostępu 06.04.2020).
15. Hollander A., Dal H., Lewis G., Magnusson C., Kirkbride J., Dalman C.: Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i1030.long> (data dostępu 06.04.2020).
16. Harris S., Dykxhoorn J., Hollander A.C., Dalman C., Kirkbride JB.: Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *Plos Medicine* 2019; 16(11): e1002944.
17. Salas-Wright CP., Vaughn MG.: A "refugee paradox" for substance use disorders? *Drug and Alcohol Dependence* 2014; 19(142):345-349.
18. Salas-Wright C.P., Vaughn M.G., Clark T.T., Terzis L.D., Córdova D.: Substance use disorders among first- and second- generation immigrant adults in the United States: evidence of an immigrant paradox? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2014; 75(6): 958-967.

19. Hollander A.C., Pitman A., Sjogvist H., Lewis G., Magnusson C., Kirkbride J.B., Dalman C.: Suicide risk among refugees compared with non-refugee migrants and the Swedish-bor majority population. *The British Journal of Psychiatry* 2019; 14: 1-7.
20. Mezuk B., Ohlsson H., Cederin K., Sundquist J., Kendler K.S., Sundquist K.: Immigrant enclaves and risk of drug involvement among asylum-seeking immigrants in Sweden: A quasi-experimental study, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31710993> (data dostępu 06.04.2020).
21. Heslehurst N., Brown H., Pemu A., Coleman H., Rankin J.: Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systemic reviews. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5996508/#CR2> (data dostępu 06.04.2020).
22. Chauvin P., Simonnot N., Douay C., Vanbiervliet F.: Access to healthcare for the most vulnerable in a Europe in social crisis. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00992172/> (data dostępu 06.04.2020).
23. Jablonka A., Happle C., Grote U., Schleenvoigt B.T., Hampel A., Dopfer C., Hansen G., Schmidt R.E., Behrens G.M.N.: Measles, mumps, rubella, and varicella seroprevalence in refugees in Germany in 2015. *Infection* 2016; 44: 781-786.
24. Fozouni L., Weber C., Lindner AK., Rutherford GW.: Immunization coverage among refugee children in Berlin. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6571106/> (data dostępu 06.04.2020)
25. Wendland A., Ehmsen B.K., Lenskjold V., Astrup B.S., Mohr M., Williams C.J., Cowan S.A.: Undocumented migrant women in Denmark have inadequate access to pregnancy screening and have a higher prevalence Hepatitis B virus infection compared to documented migrants in Denmark: a prevalence study. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3096-8#citeas> (data dostępu 06.04.2020).
26. ESchoolToday: What are the Pull and Push factors of migration? <http://eschooltoday.com/human-migration/the-pull-and-push-factors-of-migration.html> (data dostępu 06.04.2020).
27. Suciu .SM., Popescu C.A., Ciumageanu M.D., Buzoianu A.D.: Physician migration at its roots: a study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5247802/> (data dostępu 06.04.2020).

28. Burke S., Thomas S., Barry S., Keegan C.: Indicators of health system coverage and activity in Ireland during the economic crisis 2008-2014 - from 'more with less' to 'less with less'. *Health Policy Journal* 2014; 117(3): 275-278.
29. Irish Medical Organisation: 2020 vision for health. [https://www.imo.ie/news-media/news-press-releases/2015/imo-launches-2020-vision-/IMO-2020-Vision-\(FINAL\).pdf](https://www.imo.ie/news-media/news-press-releases/2015/imo-launches-2020-vision-/IMO-2020-Vision-(FINAL).pdf) (data dostępu 06.04.2020).
30. Public Service Pay Commission: Report of the public service pay commission. https://paycommission.gov.ie/wp-content/uploads/pspc-report-2018-body_web.pdf (data dostępu 06.04.2020).
31. Humphries N., McAleese S., Matthews A., Brugha R.: 'Emigration is a matter of self-preservation. The working conditions . . . are killing us slowly': qualitative insights into health professional emigration from Ireland. *Human Resources for Health* 2015; 16(13): 35.
32. National Institute for Regional and Spatial Analysis: The changing landscape of Irish migration, 2000-2012. https://www.maynoothuniversity.ie/sites/default/files/assets/document/WP69_The_changing_face_of_Irish_migration_2000_2012_0.pdf (data dostępu 06.04.2020).
33. Medical Workforce Intelligence Report: A Report on the 2018 Annual Registration Retention & Voluntary Registration Withdrawal Surveys. <https://www.medicalcouncil.ie/news-and-publications/publications/medical-workforce-intelligence-report-2018-annual-retention.pdf> (data dostępu 06.04.2020).
34. Humphries N., Connell J., Negin J., Buchan J.: Tracking the leavers: towards a better understanding of doctor migration from Ireland to Australia 2008-2018. *Human Resources for Health* 2019; 28, 17(1): 36.
35. Humphries N., McDermott A.M., Conway E., Byrne J-P., Prihodova L., Costello R., Matthews A.: 'Everything was just getting worse and worse': deteriorating job quality as a driver of doctor emigration from Ireland. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902557/> (data dostępu 06.04.2020).
36. Jinks C., Ong B.N., Paton C.: Mobile medics? The mobility of doctors in the European Economic Area. *Health Policy Journal* 2000; 1, 54(1):45-64.
37. Migration Intentions of Health Care Professionals: the Case of Estonia. <http://tanelkarp.ee/praxis/wp-content/uploads/2014/03/2004-Migration-intentions-of-health-care-professionals.pdf> (data dostępu 06.04.2020).

38. . Paina L., Ungureanu M., Olsavszky V.: Implementing the Code of Practice on International Recruitment in Romania - exploring the current state of implementation and what Romania is doing to retain its domestic health workforce. *Human Resources for Health* 2016; 30, 14 (Suppl 1): 22.
39. Forcier M.B., Simoens S., Giuffruda A.: Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health* 2004; 16, 2(1): 12.
40. Romaniuk P., Semigina T.: Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6260664/> (data dostępu 06.04.2020).
41. Lekhan V., Rudyi V., Shevchenko M., Nitzan Kaluski D., Richardson E.: Ukraine: health system review. *Health Systems in Transition* 2015; 17(2): 1-154.
42. World Health Organization: Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being> (data dostępu 06.04.2020).
43. European Commission: Action Plan on the integration of third country nationals. https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/proposal-implementation-package/docs/20160607/communication_action_plan_integration_third-country_nationals_en.pdf (data dostępu 06.04.2020).
44. Nowa Konfederacja: Polska w europejskim kryzysie migracyjnym. <https://nowakonfederacja.pl/raport/polska-w-europejskim-kryzysie-migracyjnym/polska-w-europejskim-kryzysie-migracyjnym-spis-tresci/> (data dostępu 06.04.2020).
45. Eurostat: Statystyki dotyczące migracji i populacji migrantów. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/pl (data dostępu 06.04.2020).
46. Gul-Rechlewicz V.: Udział organizacji pozarządowych w holenderskiej polityce wobec uchodźców. PU Compus, Kielce 2017.
47. Komisja Europejska: Czynniki społeczne i nierówności w zakresie zdrowia. https://ec.europa.eu/health/social_determinants/migrants_pl?fbclid=IwAR2I8x-7-2Km8ExL0XrPGIlfqED-HStvEyGYPZ9IU21p09wHIuRiZvl2oSs (data dostępu 06.04.2020).
48. European Commission: Migration and Home Affairs. https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration_en (data dostępu 06.04.2020).

49. Council of the European Union: Justice and Home Affairs. https://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/jha/82745.pdf (data dostępu 06.04.2020).
50. European Commission: A European agenda on migration. https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/communication_on_the_european_agenda_on_migration_en.pdf (data dostępu 06.04.2020).
51. World Health Organization: Promoting the health of refugees and migrants. https://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf (data dostępu 06.04.2020).
52. Puchner K., Karamagioli E., Pikouli A., Tsiamis C., Kalogeropoulos A., Kakalou E., Pavlidou E., Pikoulis E.: Time to Rethink Refugee and Migrant Health in Europe: Moving from Emergency Response to Integrated and Individualized Health Care Provision for Migrants and Refugees. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6024938/> (data dostępu 06.04.2020).
53. Levecque K., Lodewyckx I., Vranken J.: Depression and generalized anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders* 2007; 97(1-3): 229-239.
54. World Health Organization: Closing the gap in a generation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=10665439439789241563703_eng.pdf (data dostępu 06.04.2020).
55. Tinghog P., Hemmingsson T., Lundberg I.: To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007; 42(12): 990-996.
56. Fleischman Y., Willen SS., Davidovitch N., Mor Z.: Migration as a social determinant of health for irregular migrants: Israel as a case study. *Social Science & Medicine* 2015; 147: 89-97.
57. PLoS Medicine: Migration and health: a framework for 21st century policy-making. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21629681> (data dostępu 06.04.2020).
58. Kessing L.L., Norredam M., Kvernrod A-B., Mygind A., Kristiansen M.: Contextualising migrants' health behaviour - a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-431> (data dostępu 06.04.2020).
59. van Leeuwen A.W., de Nooijer P., Hop W.C.: Screening for cervical carcinoma. *Cancer Cytopathology* 2005; 105(5): 270-276.

60. Webb R., Richardson J., Esmail A., Pickles A.: Uptake for cervical screening by ethnicity and place-of-birth: a population-based cross-sectional study. *Journal of Public Health* 2004; 26(3): 293–296.
61. Anson O.: Inequality in the access to preventive health care: the case of immigrants in Belgium. *Archives of Public Health* 2001; 59(5–6): 265–279.
62. Lagerlund M., Maxwell AE., Bastani R., Thurfjell E., Ekblom A., Lambe M.: Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening—a population-based register study (Sweden). *Cancer Causes Control* 2002; 13(1): 73–82.
63. Francovich L., Gargiulo L., Giordani B., Giorgi Rossi P., Petrelli A.: Prevention of female tumors among foreign women. *Rapporto Osservasalute* 2015. Milan: Prex; 2016.
64. Urząd do spraw cudzoziemców: Cudzoziemcy w Polsce po 2019r. <https://udsc.gov.pl/legalizacja-pobytu-w-2019-r-podsumowanie/> (data dostępu 06.04.2020).
65. Strzemieczna M., Imiela J.: Cudzoziemcy jako pacjenci w polskim systemie opieki zdrowotnej – sytuacja prawna. <http://bazekon.icm.edu.pl/bazekon/element/bwmeta1.element.ekon-element-000171501481> (data dostępu 06.04.2020).
66. European Union Agency for Fundamental Rights: Migranci o nieuregulowanym statusie pobytu: dostęp do opieki zdrowotnej w 10 krajach członkowskich Unii Europejskiej. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_pl.pdf (data dostępu 06.04.2020).
67. Chrzanowska A., Klaus W.: Poza Systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. <https://interwencjaprawna.pl/docs/poza-systemem.pdf> (data dostępu 06.04.2020)
68. Piłat A., Potkańska D.: Local responses to the refugee crisis in Poland. Reception and integration. <https://www.cidob.org/content/download/67924/2063979/version/1/file/Local%20responses%20to%20the%20refugee%20crisis%20in%20Poland.%20Reception%20and%20integration.pdf> (data dostępu 06.04.2020)
69. Jabłecka B.: Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia w Polsce (data dostępu 06.04.2020)

Funkcjonowanie biopsychospołeczne w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Barbara Barnaś¹, Jan Gnus^{1,2}, Paweł Barnaś¹, Natalia Markiewicz¹, Anna Kołcz¹, Sebastian Fedorowicz¹, Krzysztof Dorna³

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

Choroba afektywna dwubiegunowa to choroba przewlekła charakteryzująca się występowaniem okresów manii i depresji. W związku z zaburzeniami w sferze emocjonalnej, poznawczej i seksualnej ma ona duży wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów dotkniętych tym schorzeniem. Zaburzenia mają niejednorodny obraz w różnych okresach choroby, natomiast ze względu na to, że są to zmiany utrwalone, występują nawet u pacjentów eutymicznych, czyli tych, którzy przyjmują regularnie leki utrzymujące ich w stanie neutralnego nastroju. Wymienione w tej pracy dysfunkcje mają istotny wpływ na nawiązywanie relacji społecznych, funkcjonowanie rodziny, czy posiadanie zatrudnienia.

MODEL BIOPSYCHOSPOŁECZNY

Ogół zmian na płaszczyźnie biologicznej, psychicznej i społecznej w chorobie afektywnej dwubiegunowej został ujęty w biopsychospołecznym modelu funkcjonowania społecznego. Jest to złożony model przyczynowo-skutkowy wyjaśniający kliniczno-funkcjonalne braki u tych pacjentów. Pokazuje istotność neuropoznania w tym procesie oraz jego wpływ na poznanie społeczne, które wraz z kompetencjami społecznymi danej osoby i wsparciem społecznym tworzą całościowy obraz życia społecznego pacjenta z chorobą afektywną dwubiegunową [1].

Neuropoznanie to termin stosowany w odniesieniu do funkcji poznawczych, takich jak pamięć, uwaga lub myślenie. Zostanie szczegółowo omówiony w późniejszej części artykułu w kontekście choroby afektywnej dwubiegunowej. Z kolei poznanie społeczne (ang. *social*

cognition) stanowi ogół relacji i procesów intrapersonalnych, które pozwalają na życie w społeczeństwie. Polega na analizie zachowań, myśli zarówno własnych, jak i innych osób oraz konfrontowaniu ich z normami społecznymi, co w efekcie daje możliwość tworzenia efektywnych relacji międzyludzkich.

Innym z elementów tworzących omawiany model są kompetencje społeczne, czyli nabyte umiejętności składające się na osobowość społeczną i pozwalające na skuteczne radzenie sobie w różnych sytuacjach. Badania potwierdzają wpływ choroby afektywnej dwubiegunowej na obniżenie kompetencji społecznych, z czego największe znaczenie mają epizody depresji [2].

Wsparcie społeczne w przypadku chorób psychicznych jest wciąż na niskim poziomie, a pacjenci spotykają się nadal często ze stygmatyzacją. W badaniach prowadzonych przez Vazqueza na 241 pacjentach z chorobą afektywną dwubiegunową stwierdzono, że odczuwanie przez pacjenta stygmatyzacji ze strony otoczenia koreluje z gorszym funkcjonowaniem i nastrojem pacjentów [3].

Zaburzenia na każdym etapie modelu biopsychospołecznego związane są z trudnościami pacjentów w codziennych czynnościach i relacjach międzyludzkich. Badania pokazują, że 30-60% osób z chorobą afektywną dwubiegunową nie udaje się odzyskać pełnego funkcjonowania w obszarach zawodowych i społecznych [4]. Mimo to, młodszy wiek i rzadziej występujące okresy depresji są niezależnie i istotnie związane z lepszymi wynikami w tym zakresie [5].

ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH

Zaburzenia funkcji poznawczych występujące u osób z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej mogą w znaczny sposób wpływać na ich adaptację psychospołeczną. Dotyczą one między innymi pamięci werbalnej i wzrokowej, procesu uczenia się, podtrzymywania uwagi, szybkości psychomotorycznej lub przetwarzania złożonych informacji i rozwiązywania problemów.

Warto podkreślić, że deficyty funkcji poznawczych są utrwalone i związane z anomaliami dotyczącymi aktywacji konkretnych obszarów mózgowych i układu neuroprzekaźników. Występują w okresach depresji, manii oraz remisji. Dodatkowo nie wykazuje się różnic w ich nasileniu pomiędzy pacjentami, którzy nie przyjmują leków i są w okresie remisji a pacjentami eutymicznymi przyjmującymi leki [6].

Pomimo tego, że zaburzenia funkcji poznawczych stanowią stałą cechę choroby obserwuje się odmienny profil zaburzeń w różnych jej okresach. Epizody depresyjne charakteryzują się spowolnieniem psychomotorycznym, zaburzeniami pamięci operacyjnej, czujności funkcji wzrokowo-przestrzennych oraz problemami z podejmowaniem decyzji. Z kolei w okresie manii, oprócz deficytów dotyczących pamięci słownej i skupienia uwagi, stwierdza się zaburzenia w zakresie funkcji wykonawczych takich jak zdolność do planowania, obiektywnego oceniania efektów działań oraz hamowania reakcji. W czasie remisji najbardziej znaczące obniżenie sprawności dotyczy pamięci, werbalnego uczenia się oraz funkcji wykonawczych [7].

Dysfunkcje poznawcze, a w szczególności zaburzenia bezpośredniej pamięci werbalnej, są w znacznym stopniu związane z trudnościami w znalezieniu pracy. Badania pokazują, że zaledwie 40-60% chorych posiada zatrudnienie [8]. Oprócz deficytów zdolności poznawczych, które określa się jako główną przyczynę tego problemu, na status zatrudnienia ma wpływ ilość hospitalizacji psychiatrycznych. Fakt, że dana osoba była hospitalizowana częściej, może świadczyć o cięższym przebiegu jej choroby i poważniejszych objawach lub częstszych nawrotach. Możliwe jest również, że częsta hospitalizacja jest przyczyną utraty miejsca zatrudnienia na skutek zwiększonej nieobecności w pracy lub stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną [9]. Dodatkowo, poziom zatrudnienia we wczesnym etapie choroby jest wyższy niż w chorobie trwającej już od dłuższego czasu [8].

Nie stwierdzono natomiast związku statusu zatrudnienia z płcią, wiekiem chorego, liczbą lat edukacji, historią objawów psychotycznych czy wiekiem w momencie rozpoznania choroby [9]. Można wnioskować, że zdolności poznawcze i przebieg choroby mają znacznie większy wpływ na posiadanie zatrudnienia niż obserwowane symptomy i czynniki socjodemograficzne [10].

Warto również wspomnieć, że choroba afektywna dwubiegunowa może prowadzić do słabszych wyników w pracy, co w efekcie powoduje, że 40-50% osób chorych notuje z czasem pogorszenie statusu zawodowego [8].

W dzisiejszych czasach funkcjonowanie społeczne dotyczy również w dużej mierze życia *online*, czyli życia w Internecie, które ma szczególne znaczenie w przypadku ludzi młodych. Pacjenci z chorobą dwubiegunową używają mediów społecznościowych dużo rzadziej niż ludzie zdrowi w tym samym wieku oraz posiadają mniejszą wiedzę na ich temat [11]. Przyczyny tego zjawiska mogą być różnorakie, natomiast zdecydowanie dominują tu deficyty funkcji kognitywnych. Nieumiejętność korzystania z Internetu i portali społecznościowych może w efekcie wpływać negatywnie na komunikację z innymi

i socjalizację. Co więcej, przez brak zainteresowania, chorzy tracą możliwość korzystania z Internetu jako źródła wiedzy i poprawy swoich zdolności uczenia się [11].

TEORIA UMYŚLU, EMPATIA I MORALNOŚĆ

Do szerokiego pojęcia, jakim jest poznanie społeczne, zaliczamy teorię umysłu, empatię i moralność. Zaburzenia tych cech obserwowane są często u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową.

Teorię umysłu (ang. *theory of mind*) można określić jako zdolność wnioskowania o myślach, uczuciach czy pragnieniach innych ludzi. Jest to umiejętność, która pozwala nam oceniać, jakie ludzie mogą mieć zamiary co do nas oraz z kim wchodzimy w relacje społeczne.

Według H. Tager-Flusberg i K. Sullivan w teorii umysłu możemy wyróżnić dwa niezależne od siebie komponenty: społeczno-poznawczy i społeczno-percepcyjny. Aspekt społeczno-poznawczy polega na obserwacji zachowań i na ich podstawie wyciąganiu wniosków co do myśli, intencji i przekonań drugiej osoby. Aspekt społeczno-percepcyjny opiera się natomiast na ocenie emocji i uczuć niezależnie od zdolności poznawczych [12]. Zdolność do takiej obserwacji i odczytywania zamiarów innych ma duże znaczenie w życiu w społeczeństwie, w poznawaniu nowych osób i ocenie czy mogą być godni zaufania. Ponadto wymiana sygnałów społecznościowych pozwala na poznawanie świata poprzez doświadczenia innych ludzi [13].

Udowodniono, że zaburzenia teorii umysłu u chorych z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową występują u pacjentów symptomatycznych w okresie maniakałnym i depresyjnym [14].

Kolejne badania wskazały również na ich obecność u eutymicznych pacjentów, co sugeruje, że są wynikiem utrwalonych zmian w połączeniach kory czołowej ze strukturami podkorowymi [15,16]. Natomiast u pacjentów w stanie eutymii zaobserwowano ubytek tylko aspektu poznawczego teorii umysłu, część emocjonalna nie różniła się od grupy kontrolnej [17].

Z ideą teorii umysłu również mocno wiąże się pojęcie empatii. Jest ona również rozpatrywana w dwóch aspektach: poznawczym i afektywnym. Pierwszy z nich opiera się na rozpoznawaniu stanów emocjonalnych innych ludzi i umiejętności przyjęcia ich perspektywy i toku myślenia. Z kolei część afektywna polega na obserwacji uczuć innych ludzi, a następnie przeżywania ich w sposób emocjonalny [18].

W chorobie afektywnej dwubiegunowej występuje obniżenie empatii kognitywnej i znaczne zwiększenie jej aspektu afektywnego. Oznacza to, że chorzy mają trudności z

odczytywaniem emocji, często źle je interpretują, natomiast nadmiernie je przeżywają. Hiperempatia u chorych jest najprawdopodobniej związana z nadmierną aktywacją ciała migdałowatego i wygórowaną reakcją na czynniki emocjonalne oraz występuje szczególnie po epizodzie maniakalnym [18,19].

Na podstawie badań na pacjentach w stanie eutymii stwierdzono, że na skutek fluktuacji nastroju mechanizmy analizy zachowań społecznych u osób z chorobą afektywną dwubiegunową są zaburzone. Pacjenci wykazują zaburzenia w odczytywaniu emocji wyrażanych za pośrednictwem twarzy, problemy w dostrzeganiu „faux pas” lub krępujących czy niekomfortowych sytuacji społecznych [20].

Zaburzenia rozumowania moralnego są również często obserwowane w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Dla chorych istotą działań moralnych jest nawiązywanie pozytywnych relacji oraz zabieganie o aprobatę innych osób. Pacjenci często odczuwają wstyd ze względu na krytyczne podejście do własnych umiejętności i moralności oraz porównują się do osób zdrowych. Trudność tych osób do postrzegania moralności w kontekście przestrzegania ogólnie przyjętych norm koniecznych do zachowania porządku społecznego może wiązać się z zaburzeniami ze strony funkcji poznawczych, głównie struktury myślenia. Dotyczy to również sytuacji, w których abstrakcyjne wartości, takie jak życie lub godność człowieka określają to, co jest moralnie właściwe. U tych pacjentów często obserwuje się przejawy zachowania antyspołecznego i nonkonformistycznego [21].

ZABURZENIA SFERY SEKSUALNEJ

Seksualność została zdefiniowana jako element zdrowia i jedno z praw człowieka. Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) zdrowie seksualne jednocześnie łączy biologiczne, intelektualne, emocjonalne i społeczne aspekty życia seksualnego, które mają duże znaczenie w rozwoju osobowości, komunikacji i miłości [22]. Dlatego też zaburzenia uczuć i emocji występujące w chorobie dwubiegunowej i co za tym idzie, oddziaływanie ich na sferę seksualną są istotne w funkcjonowaniu psychospołecznym tych pacjentów.

W przypadku par, w których jeden partner jest chory, występuje zróżnicowany poziom satysfakcji seksualnej i zainteresowania podczas epizodów i pomiędzy nimi. W epizodach maniakalnych obserwuje się objawy hiperseksualności, podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, natomiast podczas okresów depresyjnych znaczny wzrost dysfunkcji seksualnych [23]. Dodatkowo, pacjenci z chorobą dwubiegunową typu I z okresami manii wykazują większe

zainteresowanie seksualne i odbywają więcej stosunków płciowych w porównaniu z chorobą typu II z okresami hipomanii lub osobami zdrowymi [24].

W związkach osób z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową odnotowano spadek poziomu satysfakcji seksualnej, szczególnie u osób, które uważały, że ten stan jest wynikiem choroby. Może być to również kojarzone z powikłaniami stosowanych leków, nadmiernego przyrostu masy ciała, czy przeświadczenia o własnej nieatrakcyjności lub nieatrakcyjności partnera. W epizodzie maniakalnym poziom satysfakcji seksualnej jest mniejszy niż podczas epizodu depresji [25].

Osoby przekonane o tym, że mają całkowitą kontrolę nad swoją chorobą próbują strategicznie wpływać na swoje zachowanie, podejmują się większej ilości obowiązków domowych, co w efekcie powoduje wzrost konfliktów w związku i pogorszenie relacji seksualnych [26].

Takie fluktuacje zachowań seksualnych mogą wpływać na relacje między partnerami. Mimo wszystko, pacjenci dwubiegunowi są bardziej podobni do zdrowych grup kontrolnych, jeżeli chodzi o tworzenie i utrzymywanie związków w porównaniu do innych pacjentów psychiatrycznych [23].

Stosowanie leków normotymicznych może niekiedy wpływać na wystąpienie dysfunkcji seksualnych, takich jak obniżenie libido, problemy z erekcją czy brak satysfakcji seksualnej. Najczęściej objawy w tym kontekście obserwuje się u chorych przyjmujących równocześnie benzodiazepiny i sole litu, natomiast dużo rzadziej występują przy stosowaniu litu samodzielnie [27]. Warto jednak zauważyć, że u około jednego na trzech pacjentów doświadczających działań niepożądanych litu w postaci zaburzeń seksualnych, przyczyną ich występowania jest niestosowanie się pacjenta do leczenia. Najczęściej są to pacjenci starsi, doświadczający również wiele innych działań niepożądanych litu [28].

Warto kłaść nacisk na promocję zdrowia seksualnego u osób z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową. Osoby te w wyniku zaburzeń seksualnych mogą podejmować się ryzykownych zachowań seksualnych z częstą zmianą partnerów, co przyczynia się do wzrostu ryzyka chorób przenoszonych drogą płciową, nieplanowanych ciąż lub wykorzystywania seksualnego. Szczególnie ważne jest w tym kontekście otoczenie opieką kobiet, przedstawienie możliwości antykoncepcji i uświadamianie o dopuszczalnych granicach w relacjach seksualnych [29].

Również o tym, że należy zwrócić uwagę na ten problem świadczą badania, w których zaburzenia życia seksualnego przejawiające się jako obniżenie pożądania, podniecenia i zdolności do osiągnięcia orgazmu korelowały z większą liczbą prób samobójczych u pacjentów

z chorobą afektywną dwubiegunową. Ponadto obecność okresów częstych zmian partnerów seksualnych były powiązane z występowaniem myśli samobójczych [30].

WNIOSKI

Pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową zmagają się na co dzień z trudnościami natury poznawczej, interpretacji emocji, zachowań innych osób, co prowadzi do problemów w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z innymi, edukacji czy znalezieniu pracy. Mimo leczenia wszystkie te cechy są ciągle obecne. Społeczeństwo nie jest uświadomione, że takie zachowania, jak na przykład nieadekwatna reakcja na czyjeś słowa, czy działania wynikają z choroby. W efekcie, ludzie często unikają kontaktu z osobami z chorobą afektywną dwubiegunową nawet nie ze względu na stygmatyzację choroby psychicznej, ale dlatego, że traktują ich zachowanie jako wynik cech charakteru, a nie jako objawy choroby. W poprawieniu jakości życia pacjentów duże znaczenie mają terapie psychologiczne, ale również uświadamianie społeczeństwa. Należy kłaść nacisk na holistyczne podejście do leczenia i zwracać uwagę na komfort życia pacjenta we wszystkich jego aspektach. Ważne jest szczególnie, aby umożliwić pacjentom poprawę relacji społecznych, tworzenie związków, nawiązywanie przyjaźni czy znalezienie i utrzymanie pracy, z czym pacjenci mają duże problemy na skutek częstych hospitalizacji. Duże korzyści może przynieść połączenie leczenia ambulatoryjnego i środowiskowego, które powinny być obecne przez cały okres choroby, także podczas remisji. Wsparcie i dofinansowywanie leczenia środowiskowego pozwoli osobom chorym na stały i regularny kontakt z lekarzem, psychologiem czy pracownikiem socjalnym. Pozwala to na wczesne wykrywanie problemów pacjenta, które doświadczą w życiu codziennym i możliwość szybkiej reakcji w postaci dostosowania leczenia lub zastosowania odpowiedniej psychoterapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Krukow P., Karakuła H.: Poznanie i funkcjonowanie społeczne a funkcje wykonawcze i inne procesy kognitywne u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej – porównawcze studium przypadku. *Current Problems of Psychiatry* 2011; 12(4): 461-471.
2. Depp C.A., Mausbach B.T., Harvey P.D., Bowie C.R., Wolyniec P.S., Thornquist M.H., Luke J.R., McGrath J.A., Pulver A.E., Patterson T.L.: Social competence and observer-rated social functioning in bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2010; 12(8): 843-850.

3. Vázquez G.H., Kapczinski F., Magalhaes P.V., Córdoba R., Lopez Jaramillo C., Rosa A.R., Sanchez de Carmona M., Tohen M.: Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2011; 130(1-2): 323-327.
4. MacQueen G.M., Young L.T., Joffe R.T.: A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 103(3): 163-170.
5. Wingo A.P., Baldessarini R.J., Compton M.T., Harvey P.D.: Correlates of recovery of social functioning in type I and II bipolar disorder patients. *Psychiatry Research* 2010; 177(1-2): 131-134.
6. Goswami U., Sharma A., Varma A., Gulrajani C., Ferrier I.N., Young A.H., Gallagher P., Thompson J.M., Moore P.B.: The neurocognitive performance of drug-free and medicated euthymic bipolar patients do not differ. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009; 120(6): 456-463.
7. Kałwa A.: Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatria Polska* 2011; 45(6): 901-910.
8. Marwaha S., Durrani A., Singh S.: Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013; 128(3): 179-193.
9. Dickerson F.B., Boronow J.J., Stallings C.R., Origoni A.E., Cole S., Yolken R.H.: Association Between Cognitive Functioning and Employment Status of Persons With Bipolar Disorder. *Psychiatric Services*, 2004; 55(1): 54-58.
10. Tse S., Chun S., Lam Ng K., Yatham L.N.: Meta-analysis of predictors of favorable employment outcomes among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2014; 16(3): 217-229.
11. Martini T., Czepielewski L.S., Fijtman A., Sodre L., Wollenhaupt-Aguiar B., Pereira C.S., Vianna-Sulzbach M., Goi P.D., Rosa A.R., Kapczinski F., Kunz M., Kauer-Santanna M.: Bipolar disorder affects behavior and social skills on the Internet. *PloS One* 2013; 8(11): e79673.
12. Tager-Flusberg H., Sullivan K.: A componential view of theory of mind: Evidence from Williams syndrome. *Cognition* 2000; 76(1): 59–89.
13. Frith C.D., Frith U.: Social Cognition in Humans. *Current Biology* 2007; 17(16): 724-732.
14. Kerr N., Mdunbar R.I., Bentall R.P.: Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2003; 73(3): 253-259.
15. Bora E., Vahip S., Gonul A.S., Akdeniz F., Alkan M., Ogut M., Eryavuz A.: Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 112(2): 110-116.

16. Olley A.L., Malhi G.S., Bachelor J., Cahill C.M., Mitchell P.B., Berk M.: Executive functioning and theory of mind in euthymic bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2005; 7(5): 43-52.
17. Montag C., Ehrlich A., Neuhaus K., Dziobek I., Heekeren H.R., Heinz A., Gallinat J.: Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *Journal of Affective Disorders* 2010; 123(1-3): 264-269.
18. Wiener D., Andrzejewska M., Bodnar A., Rybakowski J.: Zaburzenia teorii umysłu oraz empatii w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2011; 6(2): 85-92.
19. Shamay-Tsoory S.G., Harari H., Szepsenwol O., Levkovitz Y.: Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2009; 21(1): 59-67.
20. Lahera G., Ruiz-Murugarren S., Iglesias P., Ruiz-Bennasar C., Herreri'a E., Montes J.M., Ferna'ndez-Liria A.: Social Cognition and Global Functioning in Bipolar Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2012; 200: 135-141.
21. Epa R., Czyżowska N., Dudek D., Siwek M., Gierowski J.K.: Profil rozumowania moralnego osób z chorobą afektywną dwubiegunową. *Psychiatria Polska* 2014; 48(3): 489–502.
22. Lew-Starowicz Z., Krajka K., Darewicz B., Ciesielska B., Robacha A., Jakima S., Windak A., Haczyński J.: Zdrowie seksualne — trudny problem dla lekarzy. *Seksuologia Polska* 2004; 2(2): 33–38.
23. Kopeykina I., Kim H.J., Khatun T., Boland J., Haeri S., Cohen L.J., Galynker I.I., Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2016; 195: 1-14
24. Mazza M., Harnic D., Catalano V., Di Nicola M., Bruschi A., Bria P., Daniele A., Mazza S.: Sexual behavior in women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2011; 131(1-3; 364-367.
25. Borowiecka-Karpiuk J., Dudek D., Siwek M., Jaeschke R.: Brzemię małżonków osób chorujących na depresję nawracającą lub chorobę afektywną dwubiegunową. *Psychiatria Polska* 2014; 48(4): 773–787.
26. Lam D., Donaldson C., Brown Y., Malliaris Y.: Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord.* 2005; 7(5):431-440.
27. Ghadirian A.M., Annable L., Bélanger M.C.: Lithium, benzodiazepines, and sexual function in bipolar patients. *The American Journal of Psychiatry* 1992; 149(6): 801–805.

28. Grover S., Ghosh A., Sarkar S., Chakrabarti S., Avasthi A.: Sexual Dysfunction in Clinically Stable Patients With Bipolar Disorder Receiving Lithium. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2014; 34(4): 475-482.
29. McCandless F., Sladen C.: Sexual health and women with bipolar disorder. *Jan Leading Global Nursing Research* 2003; 44(1): 42-48.
30. Dell'Oso L., Carmassi C., Carlini M., Rucci P., Torri P., Cesari D., Landi P., Ciapparelli A., Maggi M.: Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *The Journal of Sexual Medicine* 2009; 6(11): 3063-3070.

Mity i stereotypy dotyczące kobiet z niepełnosprawnością funkcjonujące w społeczeństwie - wyniki wstępne

Halina Kulik¹, Maja Surma², Józefa Dąbek³, Ewelina Łebek⁴

1. Katedra i Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice
2. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice
3. Katedra i Klinika Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice.
4. Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

WSTĘP

Niepełnosprawność zawsze była ogromnym wyzwaniem dla pojedynczego człowieka, jak również dla całego społeczeństwa.

Stygmaty nakładane przez społeczeństwo na osoby niepełnosprawne powodują kształtowanie ich negatywnego, krzywdzącego dla nich obrazu.

Kobieta niepełnosprawna nie oczekuje litości ani współczucia od pełnosprawnych osób. Chce, aby poznać ją, zobaczyć, że jest w stanie samodzielnie funkcjonować, a przede wszystkim spełniać się w roli matki, partnerki, czy dobrego pracownika.

Na temat kobiet niepełnosprawnych istnieje wiele krzywdzących mitów i stereotypów. Stereotypy mogą powodować bardzo poważne i przykre konsekwencje, np.: „kobieta niepełnosprawna jest bezpłodna” lub „każda kobieta upośledzona ruchowo jest także upośledzona umysłowo” (co słyszy się również o niepełnosprawnych mężczyznach i dzieciach) [1].

Mity i stereotypy o takim pejoratywnym wydźwięku wpływają na tworzenie nieprawdziwego obrazu osób, których dotyczą [1].

Jedynie edukacja w zakresie wiedzy na temat niepełnosprawności może je zniwelować i zminimalizować proces stygmatyzacji osób niepełnosprawnych [1].

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (ang. WHO-World Health Organization) z 1980 roku **niepełnosprawność** jest określana czysto biologicznie jako: „wszelkie ograniczenie lub brak, wynikający z uszkodzenia, zdolności wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka” [2]. Definicja ta jest punktem wyjścia do określenia poszczególnych stopni niepełnosprawności, a mianowicie: lekkiego, umiarkowanego i znacznego [2].

FAKTY, MITY I STEREOTYPY NA TEMAT NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Istnieje wiele przykrych i krzywdzących mitów na temat osób z niepełnosprawnością. Niektóre z nich sięgają zamierzchłych czasów, niektóre „wydają się” nieszkodliwe. Nie wszyscy jednak zdają sobie sprawę, że krzywdzące mogą być zarówno mity i stereotypy negatywne, jak również i te pozytywne.

Poniżej wyjaśniono podstawowe pojęcia: mity, stereotypy, przesady.

Mitem jest to, że jednostka sama niewiele może zdziałać, że pomogą tylko organizacje społeczne na rzecz osób niepełnosprawnych. W jednostkach drzemie wielka siła, a jest nią zrozumienie skierowane ku osobie z niepełnosprawnością [3].

Według Słownika Współczesnego Języka Polskiego **mit** to: „akceptowana przez jakąś zbiorowość wersja wydarzeń, nie zawsze zgodnych z prawdą, której celem jest taka modyfikacja przeszłości, by odpowiadała ona potrzebom tej zbiorowości w jej aktualnym życiu” [4].

Stereotyp to: „funkcjonujący w świadomości społecznej skrótowy, uproszczony i zabarwiony wartościująco obraz rzeczywistości odnoszący się do osób, rzeczy lub fałszywej wiedzy o świecie, utrwalony jednak przez tradycję i nie ulegający zmianom” [5].

Powyższe wyjaśnienia pojęć doskonale oddają krzywdzącą siłę ich działania. Użyte w nich słowa, takie jak: „nie zawsze zgodne z prawdą”, „modyfikacja”, „zabarwiony”, „fałszywa wiedza”, „błędny”, „bezzasadny” w skrócie ukazują fałszywość, jaką ze sobą niosą. Ta „fałszywość” powoduje szereg nieprawidłowości w postrzeganiu osób z niepełnosprawnością.

Powszechnie wiadomo, że rasa i płeć są najbardziej dyskryminującymi czynnikami. Pomimo funkcjonowania równouprawnienia kobiet i mężczyzn w dalszym ciągu widoczne są różnice pomiędzy płcią męską i żeńską. Uwidacznia się to tym bardziej w środowisku kobiet z niepełnosprawnością, zmuszonych podwójnie walczyć o swoją kobiecość i pełne do niej prawa.

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ A NAUKA I PRACA

Każdy ma prawo do pracy, podobnie jak do nauki zarówno pełnosprawny, jak i niepełnosprawny. Osoby z niepełnosprawnością na co dzień zmagają się z poczuciem odrzucenia społecznego. Praca w pewien sposób kompensuje im ograniczenie płynące z ich niepełnosprawności. Brak pracy stwarza poczucie odrzucenia, braku potrzeby istnienia i braku bycia potrzebnym społeczeństwu – pogarsza jakość ich życia [3,6].

Osoby z niepełnosprawnością uważane są za gorsze, głupsze, mniej wydajne, gorzej wypełniające swoje obowiązki. Gdy do faktu bycia kobietą doda się fakt niepełnosprawności, daje to wynik gorszej w pracy kobiety, w dodatku niepełnosprawnej. Powstaje nietolerancja o podwójnej sile rażenia.

O dyskryminacji zawodowej możemy przeczytać w Kodeksie Pracy (Ustawa z dnia 14 listopada 2003 r. o zmianie ustawy, Art. 1., pkt. 4.). Wymieniony artykuł brzmi: *„jakakolwiek dyskryminacja w zatrudnieniu, bezpośrednia lub pośrednia, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także ze względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony, albo w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy – jest niedopuszczalna”* [7,8,9,10].

KULT CIAŁA A KOBIETA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Moc kultu ciała jest niewyobrażalnie duża. Kobieta z niepełnosprawnością musi sprostać temu zjawisku. Przez zdecydowaną większość pełnosprawnych mężczyzn taka kobieta nie jest już uznawana za potencjalną kochankę, żonę i matkę [2].

Marginalizacja, jakiej poddawane są kobiety z niepełnosprawnością wpływa bezpośrednio na ograniczenia ich funkcjonowania w poszczególnych sferach życia: słabsza sytuacja materialna, zawodowa, społeczne odrzucenie, brak poczucia bycia kobietą, mniejszy udział w życiu codziennym, aż w końcu całkowita izolacja [2].

NA PRZEKÓR STEREOTYPOM

Przeciętny pełnosprawny obywatel każdego kraju z pewnością nie zauważa problemów, przeszkód, czy utrudnień, z jakimi na co dzień muszą zmagać się osoby z niepełnosprawnością,

potwierdzającym tym tylko tezę o zaszufładowaniu niepełnosprawności do „innego świata”, odizolowania od reszty pełnosprawnego społeczeństwa.

Do dzisiejszego dnia w środowisku osób pełnosprawnych funkcjonują mity i stereotypy o osobach niepełnosprawnych, jako tych niezdolnych do pełnienia większości ról społecznych. Obecnie istnieje jednak wiele fundacji i stowarzyszeń, które w swoim statusie za priorytet mają walkę o prawa i szacunek dla osób z niepełnosprawnością.

Niepełnosprawność niegdyś chowana w domu i izolowana, współcześnie bywa eksponowana. Spotkać można kolorowe aparaty słuchowe, ozdobione wózki inwalidzkie, kolorowe i ozdobne protezy nóg i rąk. Podejście takie daje całkowicie nowe spojrzenie, pogląd na temat niepełnosprawności, a należy wierzyć, że w miarę upływu czasu będzie postrzegana jako coś normalnego. Idealnym przykładem takiego eksponowania niepełnosprawności jest zaistniała niedawno na scenie muzycznej Viktoria Modesta – piosenkarka i modelka z amputowaną kończyną dolną lewą tuż poniżej kolana [11]. Kolejnym przejawem eksponowania kobiet z niepełnosprawnością jest zapoczątkowany przez Fundację „Jedyna Taka” konkurs – „Jedyna taka Miss”, w którym kobiety na wózkach inwalidzkich walczą o koronę tej najpiękniejszej [11]. Konkurs wyboru Miss dla każdej kobiety jest czymś niezwykłym, dla kobiety na wózku jest także walką z wciąż funkcjonującym wykluczeniem społecznym [12].

CEL PRACY

Zasadniczym celem pracy była próba ustalenia funkcjonowania w społeczeństwie mitów, stereotypów i przesądów społecznych dotyczących niepełnosprawnych ruchowo kobiet.

Celami dodatkowymi były:

1. Rola mitów, stereotypów i przesądów w samoocenie życia badanych niepełnosprawnych kobiet.
2. Znaczenie niepełnosprawności badanych kobiet w ich relacjach z partnerem.
3. Istotność niepełnosprawności badanych kobiet w ich funkcjonowaniu w społeczeństwie.

METODA BADAWCZA

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, liczby posiadanych

dzieci oraz pracy zawodowej. Respondentki zapytano również o niepełnosprawność i czy spotkały się ze złośliwymi uwagami oraz niesłusznymi osądami w związku ze swoją niepełnosprawnością oraz jakie uwagi najczęściej były kierowane w ich stronę.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

Przebadano 100 (100%) kobiet niepełnosprawnych ruchowo w wieku od 21 do 65 lat, średnia wieku badanych kobiet wynosiła 40,22 lata.

Kryterium włączenia do badanej grupy stanowiła niepełnosprawność ruchowa oraz płeć żeńska. Kryterium wyłączenia z badanej grupy to brak zgody na udział w badaniach, płeć męska oraz brak niepełnosprawności ruchowej.

Wśród ankietowanych kobiet z niepełnosprawnością 12 (12%) zamieszkiwało obszary wiejskie, natomiast pozostałe 88 (88%) mieszkało w mieście. Ponad połowa badanych kobiet - (52; 52%) pozostawała w związku małżeńskim, kolejne 22 (22%) było pannami, a pozostałych 12 (12%) było po rozwodzie, którego przyczyną była niepełnosprawność ruchowa respondentek. Po rozwodzie z przyczyn niezwiązanych z niepełnosprawnością było 10 (10%) ankietowanych kobiet, a najmniej (4; 4%) pozostawało w nieformalnych związkach partnerskich.

Ponad połowa niepełnosprawnych kobiet (52; 52%) posiadała wykształcenie wyższe. Więcej niż 1/3 (37; 37%) posiadała wykształcenie średnie lub zawodowe, natomiast 12 kobiet (12%) wykształcenie podstawowe.

Macierzyństwo zadeklarowało prawie dwie trzecie kobiet: w tym 52 (52%) badane posiadały jedno dziecko, 22 (22%) dwoje, troje lub więcej potomstwa, a pozostałych 26 (26%) kobiet było bezdzietnych.

Większość kobiet była aktywna zawodowo, w tym 56 (56%) wykonywało pracę umysłową, 12 (12%) pracę fizyczną, a pozostałe (32; 32%) nie pracowały zawodowo.

Przyczyny niepełnosprawności w badanej grupie były różne. Najliczniejsza część kobiet była z niepełnosprawnością nabytą w wyniku choroby.

Wśród tych przyczyn respondentki wymieniły następujące: Stwardnienie Rozsiane (SM) – (6; 6%), chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa (1; 1%), skoliozę (1; 1%), chorobę Parkinsona (3; 3%), Mózgowe Porażenie Dziecięce (6; 6%), Polineuropatię czuciowo-zapalną (1; 1%), Zespół Klippel-Trenaunay'a (1; 1%), nowotwór rdzenia kręgowego (2; 2%), stopę

końsko-szpotałą (1; 1%), wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące między innymi stanami zapalnymi stawów (1; 1%), Reumatoidalne Zapalenie Stawów (5; 5%), Zesztywniające Zapalenie Stawów Kręgosłupa (2, 2%) oraz amputacje piersi w wyniku przebytego nowotworu (5; 5%), tetraplegię – porażenie czterokończynowe (2; 2%).

Ponadto, w badanej grupie było (5; 5%) kobiet niewidomych, natomiast 8 (8%) głuchych, 9 (9%) po amputacji kończyn i/lub kończyny górnej i podobnie 9 (9%) po amputacji kończyn i/lub kończyny dolnej (razem 18; 18%). Dodatkowo, w badanej grupie były 32 kobiety (32%) zmagające się z hemiplegią (porażenie połowicze) i paraplegią (porażenie dwukończynowe).

Najliczniejsza grupa, bo 34 (34%) ankietowane kobiety, były niepełnosprawne od 6 do 10 lat. Niepełnosprawnych powyżej 10 lat było 28 (28%) kobiet, 1 rok do 5 lat 24 kobiety (24%), natomiast 14 (14%) badanych kobiet było niepełnosprawnych od urodzenia.

Większość badanych kobiet (62; 62%) potrzebowała niewielkiej pomocy osób trzecich. Ponad 1/5 badanych twierdziła, że jest całkowicie samodzielna w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Dużej pomocy osób trzecich potrzebowało 14 (14%) badanych kobiet, natomiast 2 (2%) były całkowicie uzależnione od pomocy osób trzecich.

Najliczniejsza grupa kobiet (60; 60%) wskazała, że miała problemy z robieniem zakupów, 32 (32%) - miały trudności w gotowaniu, 30 (30%) - w sprzątaniu, 7 (7%) respondentek odczuwało trudności z obsługą własnej osoby (toaleta, ubiór), 6 (6%) pań w opiece nad dziećmi, natomiast 26 (26%) twierdziło, że nie miało większych problemów w czynnościach dnia codziennego. Dwie kobiety podkreśliły problemy z przemieszczaniem się na terenie zakładu pracy i problemy z samodzielnym jedzeniem.

Według 84 (84%) badanych kobiet niepełnosprawność zmieniła ich życie na gorsze. Tylko 16 (16%) uważało, że niepełnosprawność nie wpłynęła negatywnie na ich życie.

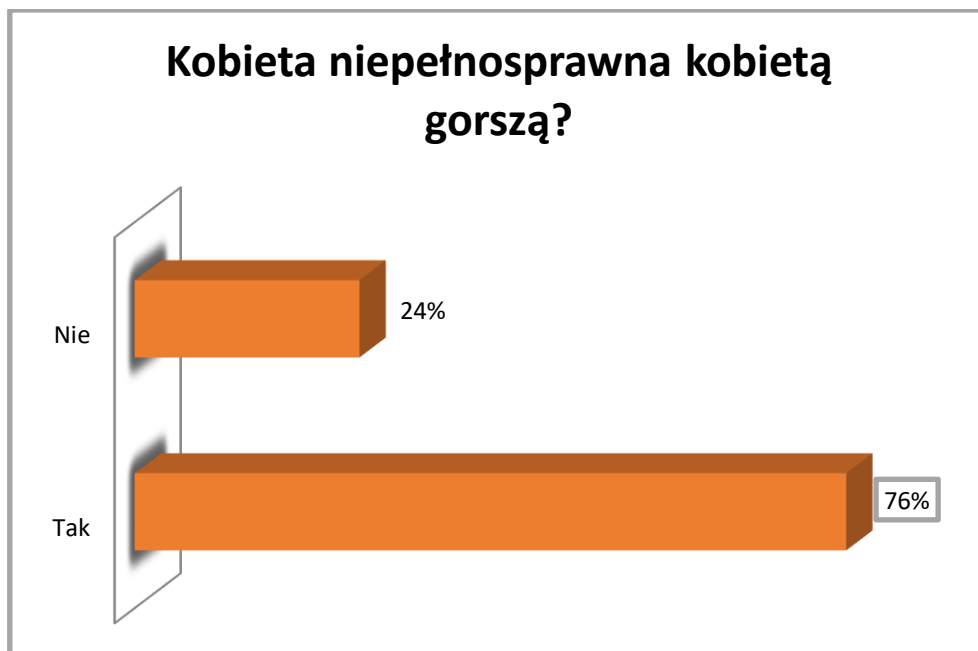
Funkcjonowanie w społeczeństwie niepełnosprawnych ruchowo kobiet

Zdecydowana większość badanych kobiet (82; 82%) uważała, że ze względu na swoją niepełnosprawność były dyskryminowane w społeczeństwie.

Niestety, aż 68 (68%) badanych respondentek spotykała się z przykrościami skierowanymi w stronę swojej osoby ze strony społeczeństwa.

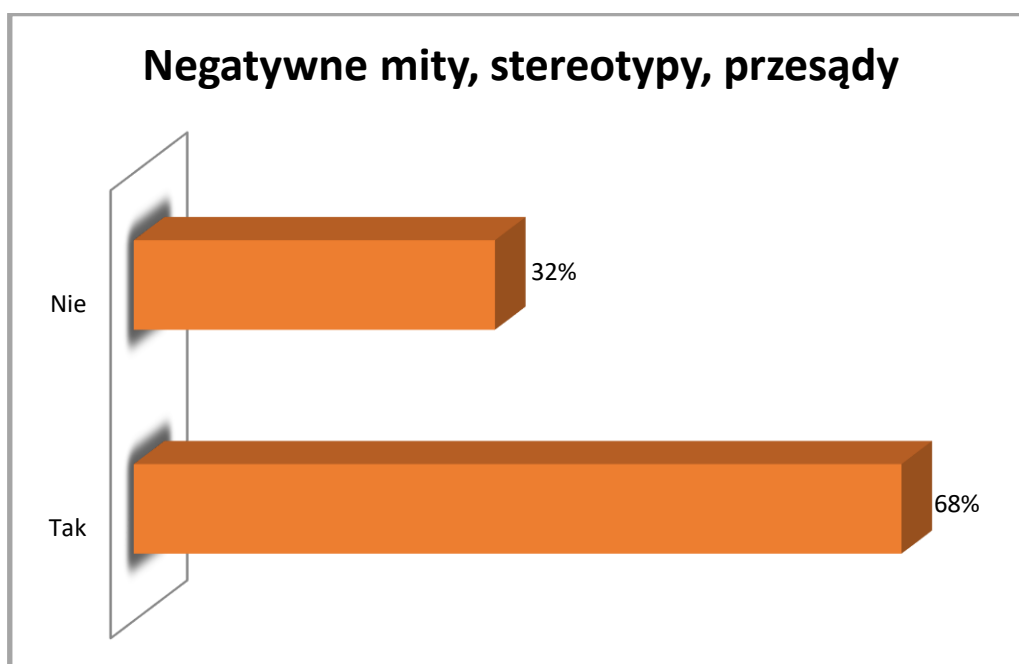
Zdecydowana większość badanych kobiet (76; 76%) uważała się za osoby gorsze od osób pełnosprawnych.

Wyniki obrazuje Ryc. 1.



Rycina 1. Charakterystyka badanych kobiet z uwzględnieniem „poczucia bycia gorszą” w porównaniu do pełnosprawnych rówieśniczek

Aż 68 (68%) badanych kobiet doświadczyło negatywnych mitów, stereotypów i przesądów na temat swojej niepełnosprawności - rycina 2.



Rycina 2. Charakterystyka badanych kobiet z uwzględnieniem ich osobistego doświadczenia negatywnych mitów, stereotypów i przesądów na temat niepełnosprawności

Opisy najczęściej słyszanych przez respondentki stereotypów:

- „najczęściej słyszę, że jestem osobą nieporadną”,
- „kobieta niepełnosprawna ruchowo jest aseksualna”,
- „kobieta niepełnosprawna nie może chodzić do ginekologa”,
- „kobieta niepełnosprawna nie może mieć dzieci”,
- „kobieta niepełnosprawna nie może mieć dzieci, bo też będą kalekie”
- "kobieta niepełnosprawna nie nadaje się do pracy zawodowej".

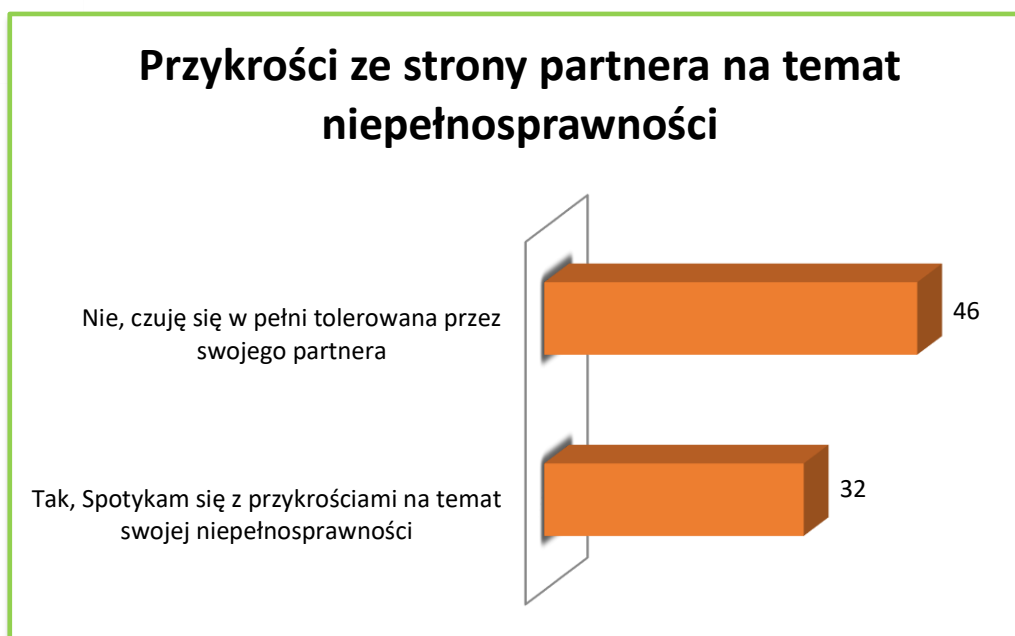
U większości kobiet (52; 52%) negatywne mity, stereotypy i przesady miały negatywny wpływ na ich życie, lecz ankietowane już się nimi nie przejmowały. Natomiast w opinii 18 (18%) kobiet miały one olbrzymie znaczenie i powodowały stany depresyjne - rycina 3.



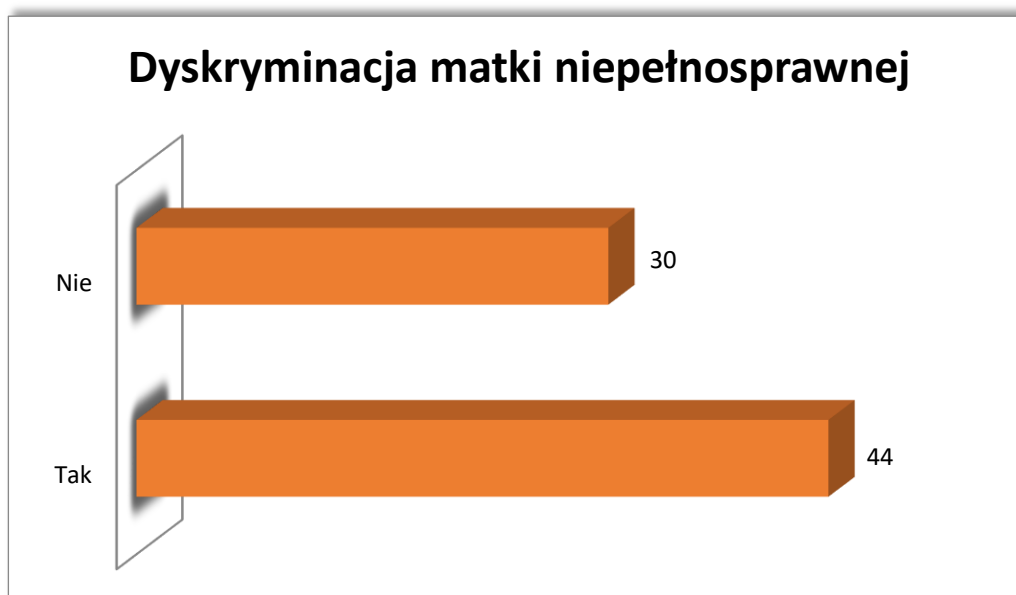
Rycina 3. Charakterystyka badanych kobiet z uwzględnieniem wpływu negatywnych mitów, stereotypów i przesądów na ich życie

Ze wszystkich respondentek pozostających w związku (n=78), 46 (59%) czuło się w pełni tolerowanymi przez swoich partnerów, natomiast 32 (41%) ankietowane kobiety spotykały się z przykrościami na temat swojej niepełnosprawności - rycina 4.

Spśród 100 (100%) badanych kobiet 74 (74%) było matkami. Ponad połowa badanych matek - 44 (59%) czuła się kontrolowana, piętnowana i dyskryminowana ze względu na rolę niepełnosprawnej matki - rycina 5.



Rycina 4. Charakterystyka badanych kobiet z uwzględnieniem kierowanych do nich przykrości ze strony partnera



Rycina 5. Charakterystyka badanych kobiet z uwzględnieniem dyskryminacji ich przez społeczeństwo jako niepełnosprawnej matki

DYSKUSJA

Badaniami została objęta grupa 100 kobiet z niepełnosprawnością, obejmującą stany chorobowe oraz pochorobowe: tetraplegie, paraplegie oraz hemiplegie, stany po amputacjach

kończyn, jak również kobiety głuche i niewidome. Najmłodszą uczestniczką w badaniach była kobieta w wieku 21 lat, a najstarsza miała 65 lat. Większość respondentek (88%) zamieszkiwała miasta, co może wskazywać na większy współczynnik niepełnosprawności na terenach miejskich. Wyniki wskazują także na wysoki poziom wykształcenia wśród badanych kobiet niepełnosprawnych (52% - wykształcenie wyższe, 36% wykształcenie średnie lub zawodowe, 12% – wykształcenie podstawowe). Spośród kobiet biorących udział w badaniu, 78 pozostawało w związkach partnerskich lub małżeńskich, a 74 ankietowane niepełnosprawne ruchowo kobiety były matkami.

W badaniach własnych wykazano, że negatywne mity, stereotypy i przesady funkcjonują we współczesnym społeczeństwie - 68% niepełnosprawnych kobiet biorących udział w badaniu stwierdziło, że doświadczyły krzywdzących stereotypów.

Najczęściej funkcjonującymi stereotypami okazały się te określające kobietę niepełnosprawną ruchowo jako nieporadną życiowo, aseksualną, niezdolną do zapłodnienia, porodu i posiadania dzieci, a także niezdolną do wizyt u ginekologa.

Szczególnie przykry był mit zakładający, że niepełnosprawność ruchowa matki powoduje niepełnosprawność jej potomstwa oraz takie, które łączą niepełnosprawność ruchową z równolegle występującą niepełnosprawnością intelektualną.

Wyniki badań własnych wskazały na funkcjonowanie mitów, stereotypów i przesądów zniekształcających obraz kobiety niepełnosprawnej ruchowo. Najliczniejsza grupa badanych kobiet (52%) potwierdziła ich negatywny wpływ na swoje życie, lecz stwierdziła także przyzwyczajenie do nich na przestrzeni lat swojej niepełnosprawności. Niestety, na życie 18% badanych kobiet mity i stereotypy miały bardzo szkodliwy wpływ, powodujący stany depresyjne. Z funkcjonowaniem negatywnych mitów, stereotypów i przesądów wiąże się dyskryminowanie osób z niepełnosprawnością. Aż 82% kobiet niepełnosprawnych ruchowo uważało się za kobiety dyskryminowane w społeczeństwie. Kobiety te spotykały się z faktem dyskryminacji podwójnej: dyskryminacji ze względu na płeć oraz dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność.

Wielu autorów podkreśla fakt podwójnej dyskryminacji kobiet niepełnosprawnych. A. Nowak w swojej pracy „Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych” łączy fakt dyskryminacji kobiet niepełnosprawnych z trzema czynnikami dyskryminującymi: pierwszym z nich jest płeć, drugim niepełnosprawność, a trzecim stereotypy płci kształtujące się już od okresu wczesnego dzieciństwa do okresu późnej dorosłości [13,14].

W badaniach własnych ukazano także inne przykre konsekwencje bycia kobietą na wózku inwalidzkim bądź z inną niepełnosprawnością ruchową. 68% respondentek spotykała

się z krzywdzącymi zachowaniami wobec swojej osoby od osób pełnosprawnych, a 52% kobiet spotkało się z obraźliwymi określeniami, np.: „niedorozwinięta” czy „ułomna”.

Zdaniem M. Belezy zjawisko dyskryminacji kobiety niepełnosprawnej ma swoje silne odzwierciedlenie w porównaniu do sytuacji niepełnosprawnego ruchowo mężczyzny, a także wynikają z pełnienia ról społecznych przez obydwie płcie. Kobieta niepełnosprawna traktowana jest jako bardziej niepełnosprawna niż mężczyzna niepełnosprawny oraz jako potrzebująca większego wsparcia i litości [15].

W badaniach własnych 78 ankietowanych kobiet pozostawało w stałych związkach partnerskich lub małżeńskich. Wyniki te przeczą mitowi o rzekomej aseksualności kobiet niepełnosprawnych. M. Beleza w swoich badaniach także brała pod uwagę stereotyp aseksualności kobiet niepełnosprawnych. Podkreślała także istnienie nieuzasadnionych stereotypów o niezdolności kobiet niepełnosprawnych do pełnienia roli matki i żony oraz niezdolności do porodów [15].

Z badania ankietowego pt.: "Próba diagnozy psychospołecznej kobiet niepełnosprawnych w Polsce" wynika, że 53% kobiet uważała się za osoby dyskryminowane ze względu na swoją niepełnosprawność, 15% kobiet czuła się dyskryminowana tylko ze względu na fakt bycia kobietą [16].

Wszystkie bariery, jakie przed kobietami niepełnosprawnymi stawia życie, a w szczególności społeczeństwo osób pełnosprawnych, są możliwe do pokonania. Największym problemem pozostaje potrzeba pokonania wciąż funkcjonujących negatywnych mitów, stereotypów i przesądów na temat niepełnosprawnych kobiet. Ważnym faktem jest wsparcie społeczne dla kobiet z niepełnosprawnością, a najważniejszym tolerancja i empatia.

Z takiego samego założenia wychodzi A. Radziewicz–Winnicki pisząc o konieczności zwiększenia zainteresowania społecznego w temacie niepełnosprawności. Aby znieść wszelkie bariery społeczne związane z niepełnosprawnością konieczne jest zmniejszenie bariery pomiędzy środowiskiem ludzi pełnosprawnych i niepełnosprawnych [17].

WNIOSKI

1. Negatywne mity, stereotypy i przesady dotyczące kobiet niepełnosprawnych ruchowo nadal funkcjonują we współczesnym społeczeństwie i mają negatywny wpływ na ich życie, postrzeganie siebie i występowanie u nich stanów depresyjnych.

2. Mity, stereotypy i uprzedzenia słyszane przez większość badanych kobiet niepełnosprawnych przekładały się na ich negatywne postrzeganie siebie i przyczyniały się do występowania stanów depresyjnych.
3. Niepełnosprawność badanych kobiet w większości przypadków nie miała znaczenia w relacjach z partnerem.
4. Niepełnosprawność ruchowa badanych kobiet znacząco wpływała na ich postrzeganie i funkcjonowanie w społeczeństwie.

PIŚMIENNICTWO

1. Garbat M.: Historia niepełnosprawności - rozwój i geneza rehabilitacji, pomocy technicznych oraz wsparcia osób z niepełnosprawnościami. Wydawnictwo Novae Res, Gdynia 2015.
2. Barnes C., Mercer G.: Niepełnosprawność. Wydawnictwo Sic! Warszawa 2008.
3. Grojewska D.: Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa 2009.
4. Słownik Współczesnego Języka Polskiego. Tom I. Przegląd Reader's Digest, Warszawa 2001.
5. Słownik Współczesnego Języka Polskiego. Tom II. Przegląd Reader's Digest. Warszawa 2001.
6. Barisin A., Benjak T., Vuletic G.: Health-related quality of life of women with disabilities in relation to their employment status. Croatian National Institute of Public Health. Croatian Medical Journal 2011; 52(4): 550–556.
7. Monitor Polski nr 50, Poz. 475. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych: §1 pkt. 4: s. 1-8.
8. Ustawa z dnia 14 listopada 2003 r. o zmianie ustawy - Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Art. 1., pkt. 4.
9. Lambert T., Surman G., Goldarce M.: UK doctors and equal opportunities in the NHS: national questionnaire surveys of views on gender, ethnicity and disability. Journal of the Royal Society of Medicine 2014; 107(10): 398–408.
10. Mondejar-Jimenez J., Vargas-Vargas M., Meseguer-Santamaria M.A., Mondejar-Jimenez J.A.: Impact of social factors on labour discrimination of disabled women. Research in Developmental Disabilities 2009; 30: 1115–1123.
11. Fiedorowicz A.: Duma i uprzedzenia. Integracja 2015; 1(129): 12-14.

12. Wawrzyńczak A.: Misja Miss. Integracja 2014; 4(126): 26.
13. Nowak A.: Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012: 11-14.
14. Wolińska A.: Percepcja społeczna, stereotyp niepełnosprawności – perspektywa aktora i obserwatora. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia 2015; 28(1): 45-66.
15. Belez M.L.: Discrimination against women with disabilities. Council of Europe Publishing 2003; 10(11): 45.
16. Pawłowska-Cyprysiak K.: Podwójna Dyskryminacja Kobiet Niepełnosprawnych w miejscu pracy. Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka 2012; 12: 16-19.
17. Radziewicz-Winnicki A.: „Piętno” jako traumatyczny stan doznawanego upośledzenia społecznego (kontynuacja pilnej debaty nad oczekiwaną rehabilitacją społeczną osób przejawiających określoną ułomność). [w:] Człowiek z niepełnosprawnością w przestrzeni społecznej, Gajdzica Z. (red.). Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009: 15-24.

Spoleczny wizerunek kobiety otyłej – wyniki wstępne

Halina Kulik¹, Wioletta Buława², Józefa Dąbek³, Urszula Michalik-Marcinkowska⁴, Dariusz Korzeń⁵

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa
2. NZOZ „Szeroka” Jastrzębie Zdrój
3. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra i Klinika Kardiologii
4. Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach, Wydział Medyczny w Zabrze
5. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej

WPROWADZENIE

Pandemiczny charakter otyłości sprawił, że wymieniona choroba stała się jednym z poważniejszych problemów zdrowotnych i ekonomicznych większości krajów wysokorozwiniętych. Otyłość występuje w każdej grupie wiekowej, niezależnie od rasy i płci, częściej u kobiet niż u mężczyzn, a w ostatnich dekadach zaobserwowano progresywne obniżanie się progu wiekowego osób z otyłością [1-5]. Zasadnicze znaczenie w jej powstaniu odgrywa styl życia, a w nim zwłaszcza: mała aktywność fizyczna oraz złe nawyki żywieniowe, polegające na zwiększeniu spożycia produktów wysokokalorycznych [6].

Liczne konsekwencje zdrowotne otyłości w postaci wzrostu ryzyka rozwoju chorób układu krążenia, cukrzycy typu drugiego, niektórych nowotworów i powikłań metabolicznych powodują znaczne obniżenie jakości życia wymienionej grupy chorych, pociągające za sobą liczne konsekwencje psychospołeczne i ekonomiczne. Warto również zaznaczyć, że wraz ze wzrostem BMI zwiększa się nie tylko ryzyko niepełnosprawności, ale również ryzyko przedwczesnego zgonu [7-11].

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) informuje, że większość ludzi na świecie żyje w krajach, gdzie nadwaga i otyłość zabija więcej ludzi niż niedowaga. Od 1975 roku na całym świecie liczba osób otyłych potroiła się. W 2016 roku na świecie było ponad 1,9 mld osób, które ukończyły 18 lat, miało nadwagę, a wśród nich było ponad 650 milionów otyłych [12].

Z danych Instytutu Żywności i Żywienia wynika, że leczenie otyłości i jej powikłań pochłania rocznie ok. 21% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia, tj. ok. 11 mld zł [13]. Kwestia narastania zjawiska otyłości stała się motywem podjęcia przez WHO i Komisję Wspólnot Europejskich inicjatyw obligujących poszczególne kraje do działania w kierunku prewencji nadwagi i otyłości, dlatego jednym z celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia dla Polski na lata 2016 – 2020 było zmniejszenie zachorowalności na otyłość w populacji polskiej [13].

Kult pięknego ciała, a przede wszystkim szczupłej sylwetki, dominujący we współczesnej kulturze euroamerykańskiej sprawił, że powszechnym zjawiskiem stała się dyskryminacja otyłości i osób otyłych określana mianem „weightismu”. Coraz powszechniej podkreśla się, że otyłość, obok rasy i płci, jest główną przyczyną dyskryminacji [14,15].

Stereotypizacja i dyskryminacja, a przede wszystkim brak wsparcia, należą do głównych czynników znacznie utrudniających leczenie otyłości, a sektor ochrony zdrowia należy do tych, w którym piętno otyłości ma szczególny wymiar [14,15].

Historia otyłości sięga zarania dziejów ludzkości. Od najdawniejszych czasów dostrzegano zagrożenia z nią związane [16,17]. Powszechna krytyka otyłości rozpoczęła się jednak dopiero w dobie nowożytnej, a w czasach najnowszych stała się szczególnie intensywna. Na początku XX wieku otyłość zaczęła być postrzegana jako „skaza” cywilizacyjna. Już nie tylko bogacze, ale także chłopcy zaczęli mieć otyłość, cukrzycę, miażdżycę i udary mózgu. Przyczynę opisanego stanu rzeczy zaczęto upatrywać w postępie cywilizacyjnym, a przede wszystkim w przemianach dotyczących stylu życia. Stopniowo narastała moda na stosowanie coraz to wymyślniejszych „cudownych” diet, a odchudzanie stało się fundamentalnym elementem ustawicznej walki o doskonałość wyglądu sylwetki [16].

We współczesnej konsumpcyjnej kulturze czczącej młode, piękne ciało, opisana walka nabiera szczególnego znaczenia dla kobiet, których tożsamość nieodłącznie związana była i nadal jest z cielesnością. Wyzwaniem dla współczesnej kobiety stał się „społecznie pożądany wizerunek” [18]. Otyłość stygmatyzuje, a uprzedzenia w stosunku do osób otyłych przybierają różne formy: od lekceważenia i dokuczania, po agresję słowną i fizyczną, a nawet wykluczenie społeczne [19,20]. Szczupłej sylwetce przypisuje się cechy pozytywne, będące wyrazem samodyscypliny, wrażliwości, a nawet inteligencji, natomiast osoby otyłe są postrzegane jako leniwe, niezaradne i mało sympatyczne [21]. Stereotypowo, za przyczynę otyłości uważa się nieumiarkowanie w jedzeniu i piciu, czyli łakomstwo i obżarstwo. Te negatywne stereotypy niosą ze sobą wiele poważnych konsekwencji psychologicznych. Autorzy licznych prac w tym zakresie wymieniają następujące skutki psychologiczne otyłości: obniżone poczucie własnej

wartości, depresję, dysfunkcje seksualne, zaburzenia odżywiania, fiksację w zakresie odżywiania i jedzenia oraz wzrost poziomu agresji i negatywne postrzeganie własnego ciała [22-25]. Badania wykazały, że redukcja masy ciała jest ważnym czynnikiem poprawiającym psychiczne funkcjonowanie otyłych kobiet [26].

Stygmatyzacja kobiet otyłych ma szczególny wymiar na polu kariery zawodowej i zatrudnienia [27,28]. Kobiety otyłe najczęściej podlegają dyskryminacji na stanowiskach sprzedawcy lub innych, wymagających kontaktu „twarzą w twarz” [19]. Są gorzej wynagradzane, niż kobiety na tym samym stanowisku bez nadwagi i otyłości, przeciętnie o 1,4 do 4,5%. Są często oceniane jako mało atrakcyjne, wzbudzające mniejsze pożądanie seksualne oraz mniej wrażliwe i ciepłe. Opisane kobiety częściej mają trudności w nawiązywaniu relacji z partnerem, rzadziej chodzą na randki i rzadziej wychodzą za mąż, a jeśli już tak się dzieje, to na partnera życiowego częściej wybierają osobę o niższym statusie społecznym. Dodatkowo często prezentują niższe wykształcenie, a dyskryminacja w pracy, mniejsze zarobki i brak awansu, przekładają się na ich większy stopień ubóstwa niż kobiet o normalnej masie ciała. W stosunku do kobiet otyłych sprzedawcy są mniej pomocni i uprzejmi, a ich mowa ciała zdradza, że są negatywnie do nich nastawieni, rzadko nawiązują kontakt wzrokowy oraz rzadziej je pozdrawiają i rzadko się do nich uśmiechają [19,27,28].

We współczesnej kulturze zachodu od kobiety wymaga się z jednej strony przebojowości i siły, czyli cech o zabarwieniu męskim, a z drugiej - wzorowego wypełniania tradycyjnych ról kobiecych oraz prezentowania pożądanej społecznie atrakcyjności cielesnej: „pięknej, silnej, ale uległej superwoman”. Sprostanie tym tendencjom nie jest łatwe, a często wręcz niemożliwe. W konsekwencji doprowadza do lęku, niezadowolenia z własnego wyglądu, ograniczania jedzenia bądź nadmiernej koncentracji na sprawach związanych z jedzeniem, objadania się i związanych z tym zaburzeniach odżywiania [29].

Niektórzy autorzy podkreślają, że współczesne kobiety zaczynają traktować kobiecość jako zespół wad, a ulegając nadmiernie teorii feminizmu chcą stać się równe mężczyznom, tracąc przy tym swoją kobiecość [30]. Czyżby szczupłość stawała się zaproszeniem do androgenicznej niezależności? [21].

CEL BADAŃ

Zasadniczym celem podjętych badań była próba ustalenia społecznego wizerunku kobiety otyłej.

Wśród celów szczegółowych założono ustalenie: społecznie akceptowanej "normy" masy ciała kobiety, stopnia świadomości dotyczącej istoty otyłości, aktualnego stosunku społeczeństwa do kobiet otyłych, obecnie obowiązującego kanonu piękna kobiecego ciała oraz stosunku mediów wobec kobiecej otyłości,

METODA

W realizacji założonych celów pracy posłużono się metodą badań sondażowych. W ramach tej metody zastosowano technikę badań ankietowych, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety.

Statystykę opisową, w tym średnie $\pm$ odchylenie standardowe (SD), zakres Min-Max, skośność, kurtozę i współczynnik zmienności obliczono dla wskaźnika masy ciała (BMI). Zmienną badano pod kątem normalności dystrybucji testem Kołmogorowa-Smirnowa. Jakość rozkładu sprawdzono współczynnikiem zmienności. Różnice pomiędzy płcią powstały z zastosowaniem analizy jednoczynnikowej wariancji (ANOVA). Jednorodność wariancji sprawdzono testem Levene'a. Poziom istotności ustalono na poziomie 0,05 dla wszystkich testów. Obliczenia przeprowadzono z pakietem oprogramowania statystycznego Statistica 12.5 (StatSoft, USA).

Prezentowany materiał pochodzi z badań pilotażowych, które rozpoczęto w marcu 2018 roku na terenie województwa śląskiego i które nadal są kontynuowane.

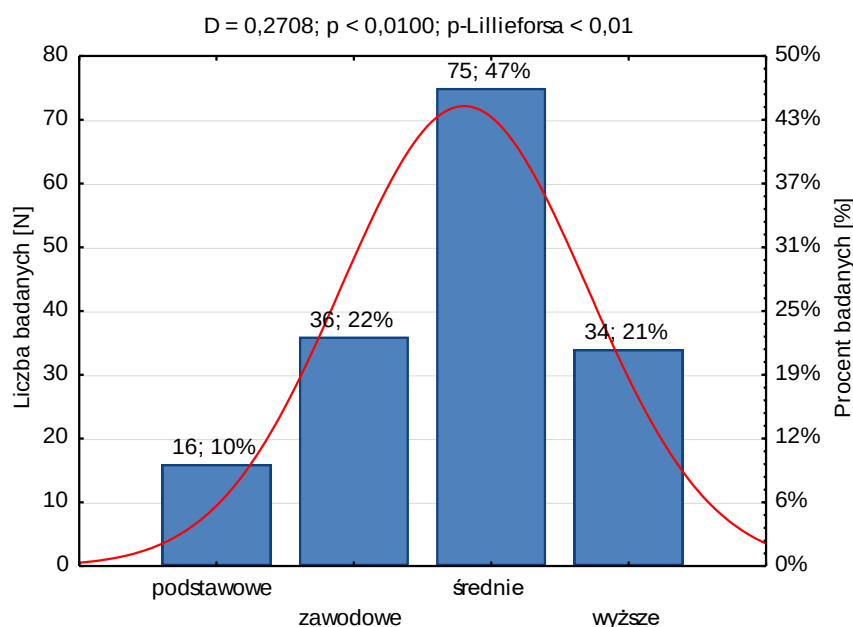
MATERIAŁ

Badaniem objęto grupę 161 osób (100%). Wśród nich były 94 kobiety (58,39%) i 67 mężczyzn (41,61%).

W grupie wiekowej od 18 do 25 lat znalazło się 13,66% badanych, w wieku 26-30 lat i 31-40 lat odpowiednio po 18,63%. Niewiele większy udział w grupie stanowiły osoby w wieku od 41-50 lat - 19,88%. Co piąta badana osoba (20,50%) była w wieku pomiędzy 51. a 60. rokiem życia. Najmniejszy odsetek badanych stanowiły osoby w wieku 61-70 lat (7,45%) i powyżej 70. roku życia (1,24%).

Zdecydowana większość badanych mieszkała w mieście (68,32%), a co trzecia osoba na wsi (31,68%). Aż 70,19% stanowiły osoby pozostające w związkach małżeńskich, a co piąta osoba (19,88%) była stanu wolnego (panna, kawaler), natomiast wdowy i wdowcy stanowili 4,35% badanych, a osoby rozwiedzione - 5,59% badanych.

Najbardziej liczną grupę stanowiły osoby deklarujące posiadanie wykształcenia średniego – 47% ogółu badanych. Wykształcenie zawodowe zaznaczyło 22%, wyższe – 21% badanych, natomiast co dziesiąty respondent wskazał na wykształcenie podstawowe (10%) – Ryc. 1. Analiza Kołmogorowa-Smirnowa nie wskazała na normalność dystrybucji, co oznaczało znacznie zróżnicowany ($p < 0,05$).



Rycina 1. Rozkład danych dotyczących poziomu wykształcenia badanych

Zdecydowana większość badanych osób (88,20%) była wierząca. Kategorię „niewierzący” zaznaczyło 8,70%, a 3,11% nie udzieliło odpowiedzi. Tylko 44,72% z badanej grupy miało prawidłową masę ciała, w tym jedna osoba miała niedowagę. Co trzeci respondent miał nadwagę (32,30%), a co piąty – otyłość I, II lub III stopnia (22,98%).

Całkowita średnia wartość BMI badanych osób wynosiła $26,22 \pm 4,57$. Średnia wartość BMI badanych kobiet wynosiła $25,26 \pm 4,62$ i była niższa w porównaniu do średniej całej badanej grupy oraz do średniej badanych mężczyzn ($27,56 \pm 4,16$).

Kształt rozkładu pomiarów kobiet i mężczyzn nie wykazywał żadnej znaczącej asymetrii. Jedynie kurtoza mężczyzn była znacznie silniejsza w porównaniu do kobiet, lecz także pozytywna (dodatnia). Zmienność pomiarów obu płci, jak również całej badanej grupy była mała. Analiza wariancji wykazała znaczące różnice w pomiarach BMI z uwzględnieniem płci ($F = 10,50$, $p = 0,001$) (Tab. I).

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy osób z uwzględnieniem wskaźnika masy ciała oraz płci

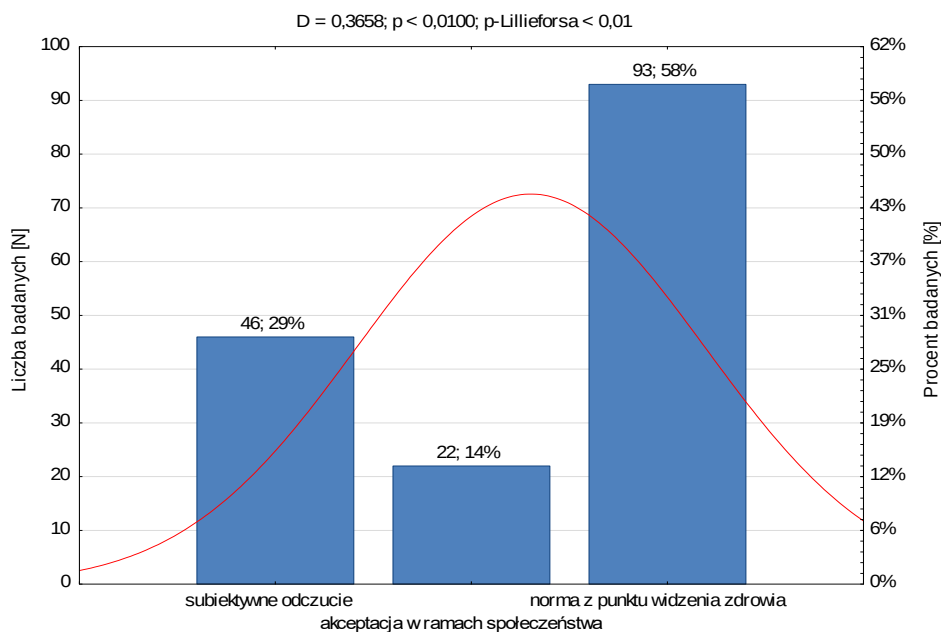
Body mass index (BMI)	Liczebność	Średnia (Odch. Std.)	Min/Max	Wsp. zmn.	Skośność	Kurtoza
Ogółem	161	26,22±4,57	17,3/43,21	17,42	0,69	0,39
Kobiety	94	25,26±4,62	17,3/39,06	18,3	0,86	0,25
Mężczyźni	67	27,56±4,16	20,45/43,21	15,11	0,80	1,47
Normy	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%
niedowaga	1	0,62	1	1,06	28	41,79
waga prawidłowa	69	42,86	51	54,26	18	26,87
nadwaga	54	33,54	26	27,66	0	0,00
I st. otyłości	33	20,50	13	13,83	20	29,85
II st. otyłości	3	1,86	3	3,19	0	0,00
III st. otyłości	1	0,62	0	0,00	1	1,49
Test Kołmogorowa-Smirnowa (p)			p > 0,10		p > 0,20	
			p > 0,20			
Analiza wariancji	Test Levene'a (p)		0,40			
	ANOVA - F (p)		10,50 (0,001)			

WYNIKI

Ponad połowa badanych (58%) uważała, że o „normie” masy ciała decyduje ściśle wyliczony jej zakres stanowiący normę z punktu widzenia zdrowia. Zdaniem 29% badanych „norma” jest subiektywnym odczuciem każdego człowieka, a 14% było zdania, że o „normie” masy ciała decydują normy akceptowane w obrębie danej grupy lub społeczeństwa. Po zestawieniu odpowiedzi na pytanie dotyczące normy BMI ze zmiennymi socjodemograficznymi (wiek, płeć, stan cywilny, poziom wykształcenia) oraz poziomem BMI okazało się, że jedyną istotną zmienną pod względem statystycznym był poziom wykształcenia ($p=0,028$).

Wśród badanych w wykształceniu podstawowym i zawodowym dominowała odpowiedź, że „normą” jest ściśle wyliczony zakres masy ciała stanowiący normę z punktu widzenia zdrowia (odpowiednio 56% i 44%) oraz odpowiedź, że „norma” to subiektywne odczucie każdego z nas dotyczące prawidłowej masy (18% i 39%). Natomiast osoby posiadające wykształcenie średnie i wyższe znacznie częściej twierdziły, że „normą” jest ściśle wyliczony zakres masy ciała (53% i 82%), a jedynie dla 32% osób z wykształceniem średnim i 15% z wykształceniem wyższym normą jest subiektywne odczucie każdego człowieka.

Spoleczny wizerunek kobiety otyłej – wyniki wstępne

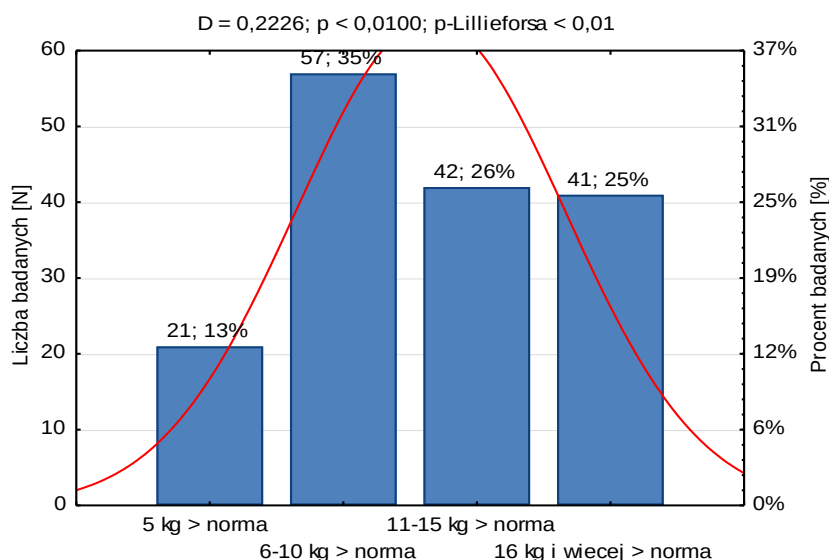


Rycina. 2. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem ich opinii dotyczącej normy masy ciała

Zdecydowana większość badanych osób (70%) zadeklarowała znajomość Body Mass Index, jednak co trzeci respondent przyznał, że nie posiada wiedzy na ten temat (30%). Wiedza na wspomniany temat była niezależna od płci, stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Jedyną cechą socjodemograficzną wpływającą na znajomość BMI był poziom wykształcenia. Najczęściej wymieniony wskaźnik poprawnie identyfikowały osoby z wykształceniem wyższym (88%) oraz średnim (80%), natomiast w grupie osób z wykształceniem zawodowym i podstawowym znała go o połowę mniejsza liczba badanych (po 44%), co dawało istotność statystyczną na poziomie $p=0,001$. Wśród respondentów deklarujących wiedzę w tym zakresie zdecydowana większość (90%) podała, że jest to: współczynnik, który pozwala wyliczyć, czy proporcje naszej masy ciała w stosunku do wzrostu są właściwe.

Najwięcej badanych wyraziło opinię, że otyłość stanowi przekroczenie normy masy ciała o 6 do 10 kg (35,40%). Co czwarta badana osoba zaznaczyła jednak, że na otyłość wskazuje przekroczenie wymienionej normy o 11-15 kg (26,40%) lub powyżej 16 kg (25,47%). Opinie badanych w tym zakresie były znacznie zróżnicowane ($p<0,05$) – rycina 3.

Aż 70,19% badanych było zdania, że otyłość jest chorobą, której przyczyną jest niewłaściwe odżywianie i brak ruchu. Co czwarta osoba wyraziła opinię, że jest to choroba uwarunkowana genetycznie, a co piąta - że jest wynikiem: obżarstwa, lenistwa, zaniedbania i słabej woli (19,88%). Warto również wspomnieć, że 4,35% badanych uważało otyłość za coś naturalnego.



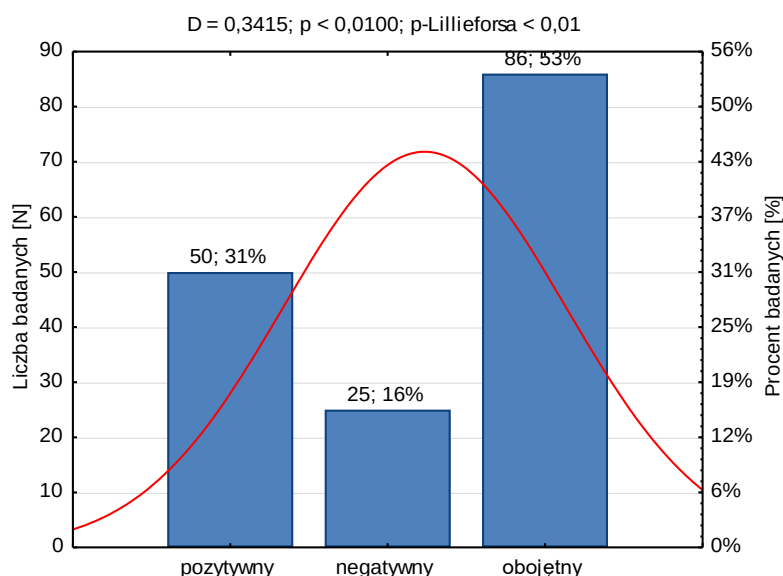
Rycina 3. Opinie badanych na temat otyłości z uwzględnieniem stopnia wzrostu masy ciała

Ponad połowa badanych wyrażała obojętny stosunek do kobiet otyłych (86; 53,42%). Co trzecia osoba była pozytywnie nastawiona (50; 31%), a 25 (16%) - negatywnie – rycina 4. Ponad połowa ankietowanych (53%) uważała, że kobiety otyłe są takie same, jak wszyscy pozostali ludzie, a co trzecia - że są chore i powinny się leczyć (32%). Ponad jedna trzecia badanych (36,65%) wyraziła swoje współczucie dla otyłych kobiet podkreślając, że „jest im ich żal i należy im pomagać”, natomiast 29,19% zaznaczyło, że „kobiety otyłe mają słabą wolę”, a 15,53% - że „same są sobie winne”.

Z analizy uzyskanych danych wynikało, że takie cechy społeczno-demograficzne, jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny oraz stosunek do wiary – nie miały wpływu na stosunek do kobiet otyłych i wyrażane opinie na temat otyłości ($p > 0,05$). Jednakże ciekawym spostrzeżeniem był fakt, że osoby mieszkające w mieście istotnie częściej wyrażały opinie, że otyłość jest chorobą powstałą w wyniku niewłaściwego odżywiania i braku ruchu. Zaobserwowano, że wykształcenie wpływa istotnie statystycznie ($p < 0,01$) na opinię o otyłych kobietach mówiąc, że „same są sobie winne”. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym znacząco częściej wyrażały cytowaną powyżej opinię.

Co druga badana osoba uważała, że kobiety otyłe są dowcipne i bardzo miłe (52,80%), a także radosne, uśmiechnięte i pozytywnie nastawione do życia (50,31%). Natomiast co trzeci respondent był zdania, że są powolne, ociężałe i niepewne siebie (31,68%), a co czwarty wyrażał opinię, że są leniwe i nie dbają o siebie (25,47%). Zdaniem co piątej osoby (19,25%), otyłe kobiety są zamknięte w sobie, smutne i pesymistycznie nastawione do życia. Nieco

mniejszy odsetek badanych (14,29%) uważał, że otyłe kobiety ciągle użalają się nad sobą, a 2,48% - że są egocentryczne i przemądrzałe.

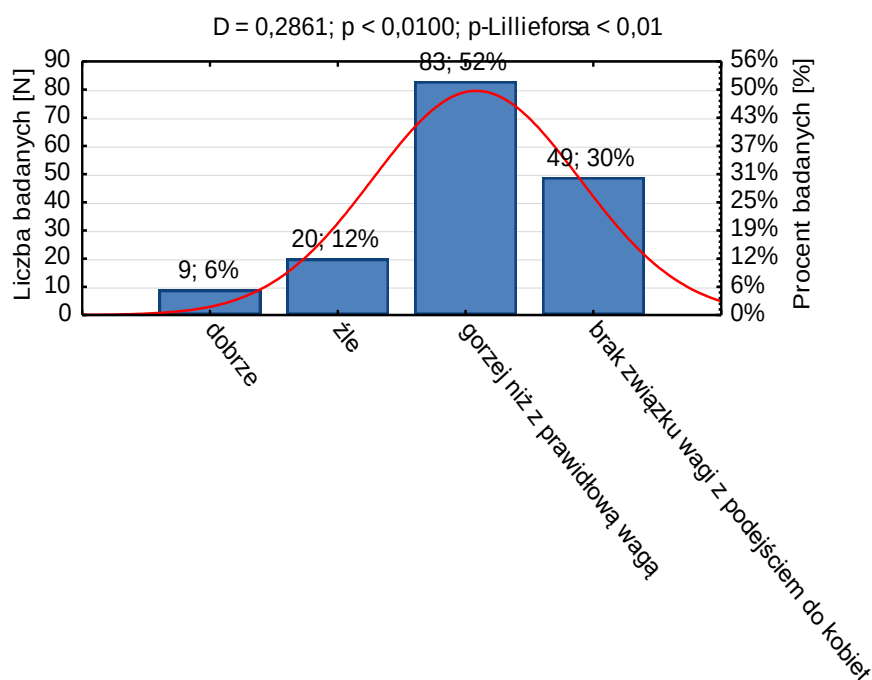


Rycina 4. Charakterystyka badanych osób z uwzględnieniem ich stosunku do kobiet otyłych

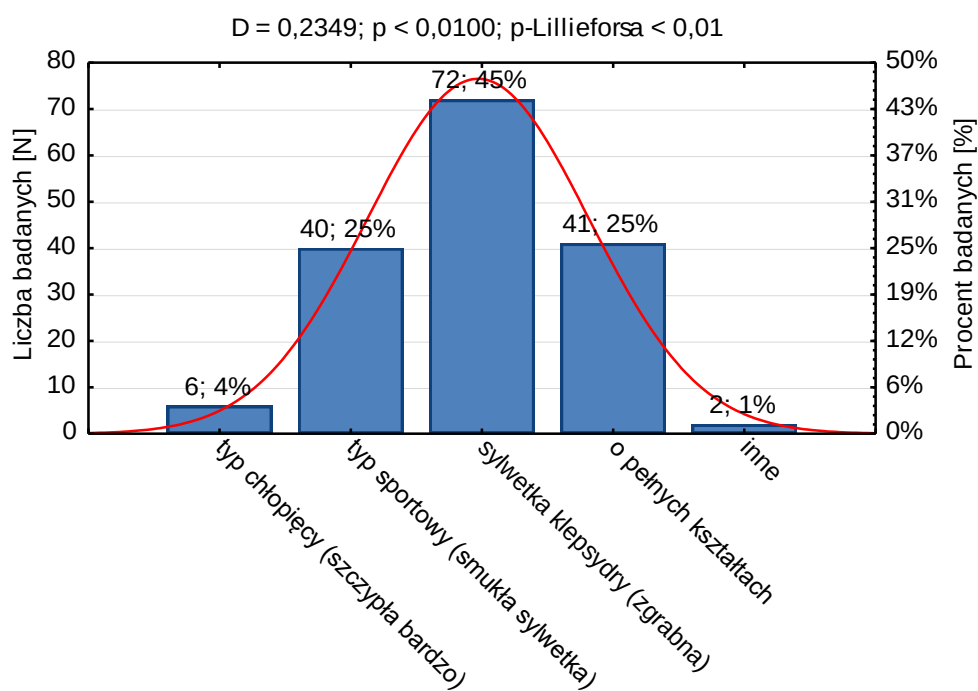
Ponad połowa badanych (51,55%) uważała, że otyłość dyskryminuje, a kobiety otyłe są przez społeczeństwo traktowane gorzej niż kobiety o prawidłowej masie ciała. Co trzeci respondent (30,43%) nie dostrzegał jednak związku pomiędzy masą ciała a stosunkiem do kobiet. Zdaniem 12,42% respondentów kobiety otyłe są źle traktowane przez społeczeństwo (z wrogością, brakiem szacunku, krytykowane), a 5,59% było przeciwnego zdania twierdząc, że są dobrze traktowane (z szacunkiem, życzliwie, przyjaźnie). Analiza Kołmogorowa-Smirnowa nie wskazała na normalność dystrybucji, co znaczy, że opinia na temat traktowania otyłych kobiet w społeczeństwie jest znacznie zróżnicowana ($p < 0,05$) – rycina 5.

Nieco ponad połowa badanych (59,63%) była zdania, że szczupłe kobiety bardziej podobają się mężczyznom. Odminną opinię wyraziło 11,18% badanych, a co trzeci (29,19%) nie miał zdania na ten temat. Zdecydowana większość ankietowanych (81,37%) zaznaczyła, że nie wypowiedziała nigdy krytycznych uwag na temat masy ciała kobiet w swoim najbliższym otoczeniu. Warto jednak w tym miejscu nadmienić, że „ideałem kobiecości” dla znacznej części badanych (45%) było posiadanie przez kobietę sylwetki klepsydry (zgrabnej). Po 25% badanych twierdziło, że „kobietę idealną” cechuje smukła sylwetka (typ sportowy) oraz pełne kształty ciała. Tylko 6 (4%) wybrało bardzo szczupłą sylwetkę (typ chłopięcy), a 1% badanych wybrała odpowiedź, że: „każda kobieta jest idealna” oraz, że musi mieć „to coś”, co świadczy

o idealne kobiecości. Analiza Kołmogorowa-Smimowa nie wskazała na normalność dystrybucji oznaczając, że subiektywna ocena ideału kobiecości jest znacznie zróżnicowana ($p < 0,05$) – rycina 6.



Rycina 5. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem ich opinii na temat traktowania kobiet otyłych przez społeczeństwo



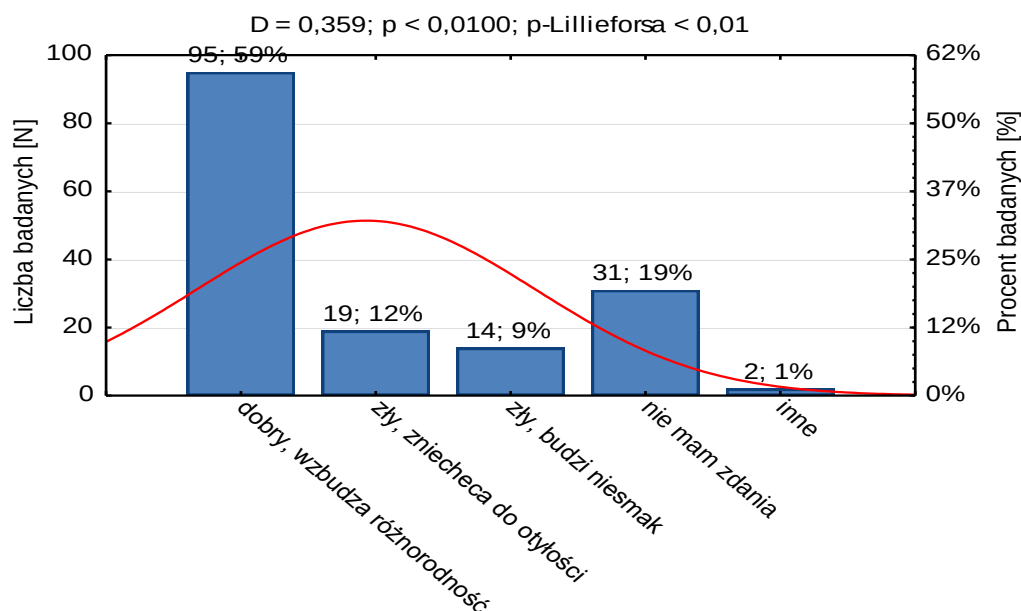
Rycina 6. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem ich własnej oceny ideału kobiecości

Prawie połowa badanych wskazała na „specyficzne cechy” kobiet otyłych, które w ich odczuciu mogą być przyczyną marginalizacji: wygląd - 27,95%, niepohamowany głód i ciągłe jedzenie - 9,32%, niedostateczna higiena - 5,59% oraz specyficzny charakter - 1,86%.

Zdecydowana większość respondentów (91,30%) zadeklarowała gotowość zatrudnienia otyłej kobiety. Jednocześnie prawie połowa z nich (48,45%) była zdania, że otyłe kobiety są dyskryminowane na rynku pracy. Tylko 17,39% ankietowanych była odmiennego zdania, a co trzeci respondent (34,16%) nie wyraził opinii na ten temat.

Zwraca uwagę również fakt, że prawie jedna czwarta ankietowanych (24%) dostrzegła negatywny stosunek mediów do kobiet otyłych, a ponad jedna trzecia zaznaczyła, że kobiety otyłe przedstawiane są w mediach w sposób budzący negatywne emocje.

Ponad połowa respondentów (59,01%) bardzo pozytywnie oceniła udział otyłych modelek w pokazach mody wskazując, że jest to kolejny krok w drodze do integracji. Jednak zdaniem 11,80% badanych pomysł taki może zachęcać do bycia otyłym, a w opinii 8,7% respondentów może budzić niesmak – rycina 7.

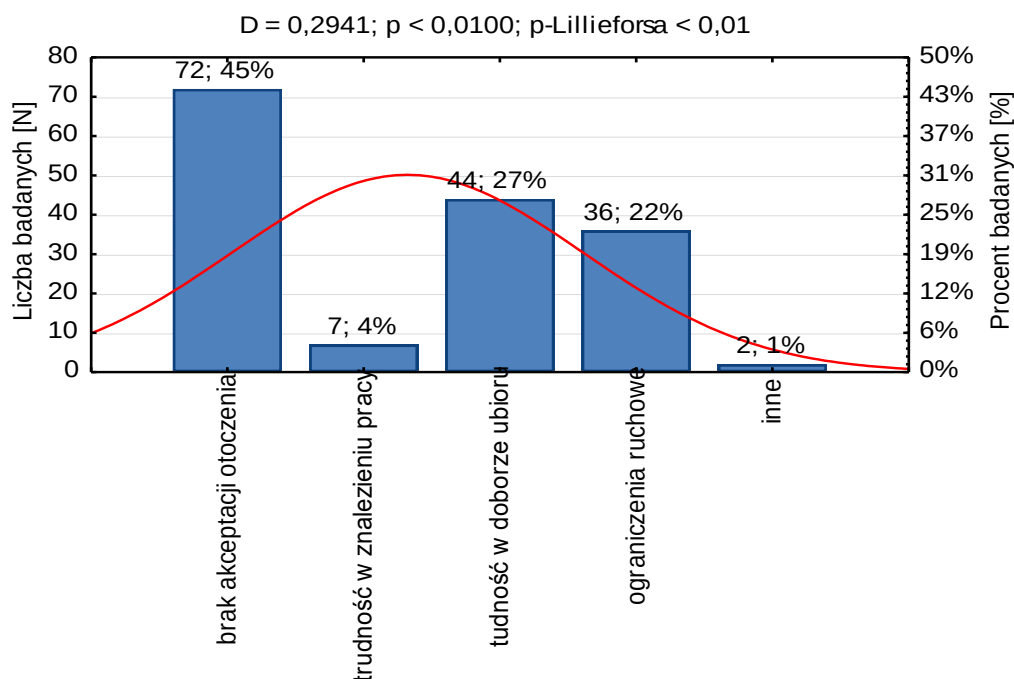


Rycina 7. Stosunek badanych osób do udziału otyłych modelek w pokazach mody

Prawie połowa badanych (69; 43%) zaznaczyła, że nie zwraca uwagi na sylwetkę płci przeciwnej. Kolejne 48 osób (30%) wskazało, że na sylwetkę partnera/partnerki zwraca uwagę tylko na początku znajomości, a 44 (27%) było zdania, że sylwetka płci przeciwnej nie jest ważna. Analiza U Manna-Whitney’a nie wykazała istotnych różnic w postrzeganiu

i zwracaniu uwagi na sylwetkę płci przeciwnej ($p=0,45$). Zatem kobiety i mężczyźni wyrażali podobne opinie na temat sylwetki płci przeciwnej. Ponad połowa ankietowanych (92, 57%, w tym 41 kobiet i 51 mężczyzn) twierdziła, że otyłość jest przeszkodą w znalezieniu życiowego partnera. Analiza U Manna-Whitney'a nie wykazała istotnych różnic w postrzeganiu i zwracaniu uwagi na sylwetkę płci przeciwnej ($p=0,42$). Zatem kobiety oraz mężczyźni podobnie opiniują otyłość jako przeszkodę w znalezieniu życiowego partnera. Aż 150 ankietowanych (93%) zaznaczyło, że zna otyłą kobietę.

Największym problemem otyłych kobiet według znacznej części badanych (72; 45%), był brak akceptacji przez otoczenie. W dalszej kolejności: 44 badanych (27%) wskazało na trudność w dobraniu właściwego ubioru, a 36 (22%) na ograniczenia ruchowe. Tylko 7 respondentów (4%) wskazało na trudność w znalezieniu pracy, a 2 (1%) na problemy zdrowotne oraz psychologiczne. Analiza Kołmogorowa-Smirnowa nie wskazała na normalność dystrybucji oznaczając, że opinie na temat największego problemu otyłych kobiet jest znacznie zróżnicowana ($p<0,05$) – rycina 8.



Rycina 8. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem ich opinii na temat problemów kobiet otyłych

W opinii 60% ankietowanych (97 osób) otyłość jest poważnym problemem zdrowotnym i 46% z nich zaznaczyło, że osoby otyłe należy leczyć, a wspomniane leczenie powinno być refundowane, natomiast 14% ($n=23$) podkreśliło obciążanie kosztami leczenia otyłości osób otyłych. Kolejne 28% ($n=45$) respondentów twierdziło, że otyłość jest

indywidualnym problemem osoby otyłej, a 12% (n=19) nie miało na ten temat zdania. Analiza Kołmogorowa-Smirnowa nie wskazała na normalność dystrybucji oznaczając, że osobisty stosunek do problemu otyłości, jako coraz poważniejszego problemu medycznego i społecznego, jest znacznie zróżnicowany ($p<0,05$).

Z analizy uzyskanych danych wynikało, że cechy społeczno-demograficzne, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny oraz stosunek do wiary – nie mają wpływu na stosunek do kobiet otyłych i wyrażane opinie na temat otyłości ($p>0,05$). Ciekawym spostrzeżeniem były wyniki wskazujące na to, że osoby mieszkające w mieście istotnie częściej wyrażały opinie, że otyłość jest chorobą powstałą w wyniku niewłaściwego odżywiania i braku ruchu. Wykazano, że wykształcenie wpływa istotnie statystycznie ($p<0,01$) na opinię o otyłych kobietach sugerującą, że „same są sobie winne”. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym znacząco częściej wyrażały przytoczoną powyżej opinię. Płeć istotnie statystycznie wpływała na wyrażaną opinię dotyczącą stosunku mediów do kobiet otyłych ($p<0,05$). Kobiety znacznie częściej (30,85%) niż mężczyźni (13,43%) dostrzegały negatywne podejście mediów do kobiet otyłych. Z kolei, mężczyźni częściej (47,76%) niż kobiety zauważali neutralny stosunek mediów do kobiet otyłych.

DYSKUSJA

Z analizy danych empirycznych wynikało, że ponad połowa respondentów prawidłowo określiła normę masy ciała (57,76%). Większość, nie tylko deklarowała wiedzę na temat tego, czym jest BMI (70,19%), ale również prawidłowo go interpretowała (90,27%). Przedstawione w pracy wyniki są porównywalne do danych uzyskanych w badaniach przeprowadzonych w grupach studentów kierunków medycznych. W badaniach A. Lenart i wsp. poprawną wiedzę na temat BMI wykazywało 80% studentów pierwszego roku i 99% szóstego roku kierunku lekarskiego [31]. W badaniu B. Ślusarskiej i wsp. prawidłową wiedzę we wspomnianym zakresie wykazywało 81% ankietowanych studentów pielęgniarstwa [32].

W opinii większości badanych (70,19%) otyłość jest chorobą, której przyczyną jest niewłaściwe odżywianie oraz brak ruchu. Rolę wspomnianych uwarunkowań w etiopatogenezie otyłości potwierdziły liczne badania naukowe, cytowane przez autorów licznych opracowań [4,6]. Warto w tym miejscu wymienić pozostałe, równie ważne, czynniki ryzyka otyłości, takie jak: czynniki genetyczne, społeczno-kulturowe oraz stan hormonalny organizmu. Także w wymienionym zakresie badani wykazali się wiedzą porównywalną do wiedzy studentów kierunków medycznych [32]. Fakt ten może być związanym ze wzrostem

świadości zdrowotnej, coraz łatwiejszym dostępem do wiedzy medycznej i postępującą medykacją społeczeństwa.

Otyłość, z uwagi na szereg negatywnych konsekwencji nie tylko dla jednostki, ale również budżetu i gospodarki państwa, zaliczana jest do wiodących problemów zdrowotnych wielu krajów. Globalne koszty otyłości są duże i mają tendencję wzrostową [13].

Wśród konsekwencji jednostkowych wymienia się szereg ograniczeń w funkcjonowaniu fizycznym, emocjonalnym, społecznym i zawodowym. Najistotniejszym natomiast kosztem ekonomicznym jest absencja w pracy, pociągająca za sobą spadek produktywności [33]. Warto również przypomnieć, że w Polsce leczenie otyłości i jej powikłań pochłania ok. 21% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia, tj. ok. 11 mld zł rocznie [13].

Z analizy uzyskanych danych wynikało, że ponad połowa respondentów miała obojętny stosunek do kobiet z otyłością (53,42%) lub uważała, że są one takie same, jak pozostali ludzie (52,80%). Co trzecia badana osoba była pozytywnie do nich nastawiona (31,06%) lub wyrażała swoje współczucie dla nich (36,65%). Co druga ankietowana osoba uważała, że kobiety otyłe są dowcipne i bardzo miłe (52,80%) oraz radosne, uśmiechnięte i pozytywnie nastawione do życia (50,31%). Jednocześnie ponad połowa respondentów (51,55%) zauważała, że otyłość dyskryminuje, a kobiety otyłe są przez społeczeństwo traktowane gorzej niż kobiety o prawidłowej masie ciała.

Liczne badania ewidentnie wskazują jednak na stygmatyzację i dyskryminowanie osób otyłych, w tym, a może nawet w szczególności, kobiet niemalże we wszystkich sferach życia społecznego oraz funkcjonowanie szeregu negatywnych stereotypów na ten temat [14,15, 19,20, 27,28].

L. Jussim i wsp. podkreślili, że osoby otyłe mogą być lub są stygmatyzowane i bez wątpienia w mniejszym lub większym stopniu spotykają się z lekceważeniem i dyskryminacją w życiu codziennym [34]. Są gorzej traktowane przez przyszłych pracodawców, pomimo że ich kompetencje są takie same lub wyższe od innych kandydatów, przez występującą otyłość okazują się niewystarczające do zdobycia zatrudnienia [27,28].

Osobom otyłym przypisuje się niższe kwalifikacje, szykanuje podczas rekrutacji, rzadziej zatrudnia i gorzej wynagradza. Powszechnie uważa się, że osoby otyłe są mniej punktualne, o gorszych manierach i wykazujące brak entuzjazmu w stosunku do wykonywanej pracy [19]. W sferze stosunków międzyludzkich występują duże różnice w jakości relacji z partnerami życiowymi, przyjaciółmi czy współpracownikami pomiędzy grupą kobiet otyłych a grupą kobiet z prawidłową masą ciała [27]. Wśród osób przejawiających zachowania dyskryminujące i stygmatyzujące wymieniani są nawet członkowie najbliższych rodzin [19].

Dyskryminacja z powodu nadmiernej masy ciała (nadwagi i otyłości) nosi nazwę weightismu. Wielu autorów podkreśla, że otyłość, obok rasy i płci, staje się główną przyczyną dyskryminacji [15,33,35]. Osoby otyłe są postrzegane stereotypowo jako flegmatyczne, pasywne, niezaradne życiowo, niezdolne do dbałości o siebie, a przede wszystkim generujące znaczne koszty w dziedzinie opieki zdrowotnej [14,15]. Paradoksalnie, również w sferze opieki zdrowotnej, dyskryminacja pacjentów otyłych stała się dość powszechną praktyką [36].

Na stronie Fundacji Osób Chorych na Otyłość „Od-Waga”, wśród najczęstszych form weightismu w placówkach służby zdrowia wymienione są: odmowa zbadania otyłego pacjenta przez lekarza, odmowa podjęcia leczenia innych schorzeń „dopóki pacjent nie schudnie”, odmowa wykonania zabiegu operacyjnego ze względu na nadwagę i otyłość, pomimo, że jego wykonanie nie zagraża zdrowiu i życiu tegoż pacjenta, brak odpowiedniego sprzętu do diagnostyki, leczenia oraz opieki i rehabilitacji otyłych pacjentów, odmowa wykonania u otyłego pacjenta zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych badań diagnostycznych, dyskryminujące traktowanie przez personel medyczny, złośliwe uwagi i komentarze, a stwierdzenie typu: „w Oświęcimiu grubasów nie było” - jest jawnym nakłanianiem do masowej eksterminacji opisywanych osób [37].

Liczne badania ujawniają szereg negatywnych konsekwencji natury psycho-społecznej. J. Chanduszek-Salska i wsp. wykazali, że kobiety z otyłością i nadwagą, w porównaniu z grupą kobiet o prawidłowej masie ciała, prezentują wyraźnie mniejsze ogólne zadowolenie z życia [38].

Otyłość kobieca ma odmienne konsekwencje społeczne, niż otyłość występująca u mężczyzny. U mężczyzn nadmiar kilogramów nie zawsze jest źle postrzegany, podczas gdy kobiety muszą prezentować szczupłą i nienaganną sylwetkę. W kulturze zachodniej preferowana jest sylwetka szczupła tzw. „slim”, a wygląd ciała dla kobiet staje się ich cechą definiującą. Badania K. Leksy wykazały, że kobiety podlegają nieustannej ocenie dotyczącej ich wyglądu, a kiedy wypadnie ona negatywnie, jak to się dzieje w przypadku kobiet otyłych, to stają się mniej wartościowe w oczach innych i są obiektem kpin oraz ataków [19]. Z uzyskanych w prezentowanym badaniu danych empirycznych wynikało, że kobiety szczupłe znacznie bardziej podobają się mężczyznom, a preferowanym typem sylwetki kobiecego ciała jest sylwetka zgrabna w kształcie klepsydry.

Nie bez znaczenia jest również rola mediów w omawianym temacie. Wprawdzie większość respondentów uznała go za neutralny, to jednak kobiety częściej wskazywały na kreowanie negatywnego medialnego wizerunku kobiet otyłych. B. Izidorczyk i wsp. zauważyli, że przekazy medialne promują chudość, ukazując ją jako symbol sukcesu i

akceptacji społecznej. Zwrócili uwagę również na współwystępowanie niekorzystnej zależności pomiędzy internalizacją ideału szczupłej sylwetki promowanej przez środki masowego przekazu a percepcją obrazu własnego ciała przez kobiety. Fakt ten zaburza obraz własnego ciała u kobiet otyłych, powoduje obniżenie ich samooceny, samoakceptacji i poczucia własnej wartości oraz problemy w komunikacji interpersonalnej, a w efekcie - brak akceptacji społecznej otyłości u kobiet [39].

WNIOSKI

Na podstawie analizy uzyskanych danych sformułowano następujące wnioski:

1. Dominującym kanonem piękna kobiecego ciała była kobieta szczupła o zgrabnej sylwetce w kształcie klepsydry. Szczupłe kobiety zdecydowanie bardziej podobały się mężczyznom.
2. Społecznie akceptowana norma masy ciała kobiety mieściła się w prawidłowym zakresie wskaźnika masy ciała (BMI).
3. Poziom świadomości społecznej dotyczący istoty otyłości był ważnym czynnikiem warunkującym postawy społeczne wobec osób otyłych i wyrażał się :
 - obojętnym stosunkiem wobec kobiet otyłych, niezależnym od któregośkolwiek z czynników socjodemograficznych,
 - dyskryminowaniem kobiet otyłych na rynku pracy, pomimo deklarowanej gotowości do zatrudnienia w przypadku bycia pracodawcą,
 - ukazywaniem negatywnego wizerunku kobiety otyłej w mediach.
4. Skutki zdrowotne i brak akceptacji społecznej należą do najpoważniejszych kosztów otyłości ponoszonych przez same kobiety otyłe.

PIŚMIENNICTWO

1. Afshin A., Forouzanfar M.H., Reitsma M.B., Sur P., Estep K., Lee A., et al.: Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. The New England Journal Of Medicine 2017; 6, 377(1): 13-27.
2. Overweight and obesity among adults. OECD Health at Glance 2019.
3. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. Hygeia Public Health 2012; 47(1): 28–35.
4. Wąsowski M., Walicka M., Marciniowska-Suchowierska E.: Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza. Postępy Nauk Medycznych 2013; 24(4): 301-306.

5. Czapiński J., Panek T.: Diagnostyka społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania 2015; 253-257.
6. Stice E., Presnell K., Shaw H. et al.: Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73(2): 195-202.
7. Jung R.T.: Obesity as a disease. *British Medical Bulletin*, 1997; 53: 307-321.
8. Kopelman P.: Health risk associated with overweight and obesity. *Obesity Reviews* 2007; 8(suppl. 1): 13-17.
9. Poirier P., Giles T.D., Bray G.A., et. al.: Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss. an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2006; 113: 898-918.
10. Uranga R.M, Keller J.K.: The complex interactions between obesity, metabolism and the brain. *Frontiers in Neuroscience* 2019; 13: 513.
11. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009; 373: 1083-1096.
12. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact Sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (data dostępu 5.05.2020).
13. Narodowy Program Zdrowia 2016-2020: 25 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020> (data pobrania 4.03.2020).
14. Bucchianeri M.M., Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D.: Weightism, Racism, Classism, and Sexism: Shared Forms of Harassment in Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2013; 53(1): 47–53.
15. Puhl R.M., Heuer C.A.: The stigma of obesity: A Review and Update. *Obesity* 2009; 17(5): 941-964.
16. Vigarello G.: Historia otyłości od średniowiecza do XX wieku. Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2012.
17. Tatoń J.: Historia badań nad otyłością. *Terapia* 2005; 139(5): 5-6.
18. Shilling C.: Socjologia ciała. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2010.
19. Leksy K.: Psychospołeczne konsekwencje nadmiernej masy ciała kobiet z perspektywy oceny społecznej. *Nowiny Lekarskie* 2012; 81(5): 549–557.
20. Radoszewska J.: Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych. *Nowiny Psychologiczne* 1993; 4; 108.

21. Józefik B.: Kultura, ciało, (nie)jedzenie: terapia: perspektywa narracyjno – konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
22. Juruć A., Bogdański P.: Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010; 1(4): 210-219.
23. Bąk-Sosnowska M.: Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009.
24. Carpenter K.M., Hasin D.S., Allison D.B., et al.: Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorders, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. American Journal of Public Health 2000; 90: 251–257.
25. Olszanecka-Glinianowicz M.: Depresja — przyczyna czy skutek otyłości? Endokrynologia Otyłość 2008; 4 (2): 78–83.
26. Bąk-Sosnowska M., Holecki M., Zahorska-Markiewicz B., Mandal E.: Wpływ redukcji masy ciała na poziom niepokoju otyłych kobiet. Annales Academiae Medicae Silesiensis 2005; 59(3): 186–191.
27. Łuszczczyńska A.: Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007.
28. Wiśniewska L.A.: Kobięce ciało – kobieca psychika. Ja cielesne a psychospołeczne funkcjonowanie młodych kobiet. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2014.
29. Głębocka A.: Niezadowolenie z wyglądu, a rozpaczliwa kontrola wagi. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009.
30. Powojewska A.: Czy kobiecość może być piękna? Kwartalnik Naukowy 2012; 4 (12):17 – 23.
31. Lenart A., Mosło J., Knap K., Dziad D., Adamik K., Olszowska M.: Wpływ znajomości czynników ryzyka sercowo-naczyniowego na styl życia studentów I i VI roku kierunku lekarskiego. Przegląd Lekarski 2014; 71(7): 389 – 393.
32. Ślusarska B., Szcześniak E., Zarzycka D., Dobrowolska B., Zboina B.: Wiedza i opinie osób studiujących na temat problemów z otyłością. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(3): 229–234.
33. Michoń P.: Otyłość i nadwaga a jakość życia Polaków. Studia Ekonomiczne, Katowice 2014; 179: 51-62.

34. Jussim L., Palumbo P., Chatman C. Madon S., Smith A.: Piętno a samospełniające się proroctwa [w:] Heatherton T. F., Kleck R. E., Hebl M. R., Hull J. G. (red.). Społeczna psychologia piętna. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008: 356.
35. Jackson S.E.: Obesity, weight stigma and discrimination. *Journal of Obesity & Eating Disorders* 2016; 2(1): 6.
36. Huizinga M.M., Cooper L.A., Bleich S.N., Clark J.M., Beach M.C.: Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine* 2009; 24(11): 1236-1239.
37. Od Wa Ga Fundacja Osób Chorych na Otyłość <http://www.od-waga.org.pl/dyskryminacja.html>. (data dostępu 3.04.2020).
38. Chanduszek-Salska J., Chodkiewicz J.: Zadowolenie z życia a poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne oraz stan zdrowia u kobiet z nadwagą i otyłością. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2010; 6(4): 171 – 178.
39. Izydorczyk B., Rybicka-Klimczyk A.: Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem życia kobiet polskich (analiza badań własnych). *Problemy Medycyny Rodzinnej* 2009; 3(28): 20–32.

Anoreksja – choroba pacjenta i jego rodziny

Michalina Horochowska¹, lek. Jacek Jagiello², lek. Piotr Łagosz³, lek. Jacek Łazeczko³

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii
3. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Zakład Elektrokardiologii i Prewencji Chorób Sercowo-Naczyniowych w Katedrze Patofizjologii

KIEDYŚ I DZIŚ

Pierwsze informacje dotyczące choroby charakteryzującej się świadomym ograniczaniem spożywania pokarmów pochodzą już ze średniowiecza. Były to przypadki poświęcenia się w imię wyznawanej wiary i stąd nazwane świętym jadłowstrętem. Najjaskrawszymi przykładami byli Św. Antoni, który jadał tylko raz dziennie, po zachodzie słońca oraz Św. Szymon Słupnik naśladowający Jezusa żyjącego na pustyni [1].

Kolejne wzmianki o świadomym głodzeniu się, pochodzące z XVI-XVIII wieku, mówią o poszczących dziewczętach, dla których post miał być gwarancją życia w dobrym zdrowiu i życia wiecznego. Stawały się one atrakcją na dworach oraz wzorem do naśladowania, a w późniejszych latach zaczęto je utożsamiać z obecnością Boga na Ziemi. Nadawało im wysoki status społeczny i sprawiało, że były hojnie obdarowywane przez pielgrzymów. Anoreksja została uznana za chorobę dopiero w 1873 r. i nadano jej nazwę *anervous consumption* [1].

Epidemiologia

Szacuje się, że 1,4% kobiet oraz 0,2% mężczyzn cierpi z powodu jadłowstrętu psychicznego. Choroba ta dotyczy najczęściej osób młodych, szczególnie w wieku dojrzewania, a także dzieci, wśród których notuje się znaczny wzrost zachorowań w stosunku do lat poprzednich [2].

Klasyfikacja

Dziś mamy już pełną świadomość, że anoreksja może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta, należy do grupy zaburzeń odżywiania, charakteryzuje się nadmiernym i obsesyjnym koncentrowaniem całej uwagi na kontrolowaniu wagi i rodzaju spożywanych pokarmów. Klasyfikacja DSM-V podaje sprecyzowane kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego, do których należą:

- A. Ograniczenia poboru energii względem zapotrzebowania, prowadzące do znacząco niskiej masy ciała w kontekście wieku, płci, zdrowia fizycznego. Znacznie mniejsza masa jest zdefiniowana jako masa, która jest mniejsza niż minimalna normalna.
- B. Intensywny lęk przed przyrostem masy ciała i przytyciem lub uporczywe zachowania, które kolidują z przyrostem masy ciała, nawet gdy masa ciała jest znacząco niska.
- C. Zakłócenie sposobu przeżywania masy i kształtu własnego ciała, nadmierny wpływ masy ciała lub jego kształtu na samoocenę albo zaprzeczanie powadze aktualnie niskiej masy ciała.

Klasyfikacja DSM-V wyróżnia również dwa podtypy anoreksji, do których należą postać ograniczająca się - w ciągu ostatnich 3 miesięcy osoba nie podejmuje regularnie zachowań typu objadanie się lub oczyszczanie (tzn. prowokowanie przez siebie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych lub wlewów przeczyszczających) oraz postać z napadami objadania się – w ciągu ostatnich 3 miesięcy osoba regularnie podejmuje zachowania typu objadanie się lub oczyszczanie [3]. W Polsce równie często używaną klasyfikacją jest klasyfikacja ICD-10, która definiuje jadłowstręt psychiczny jako:

- A. Spadek masy ciała ponad 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej do aktualnego wzrostu i wieku.
- B. Spadek masy ciała następuje w wyniku działań podjętych przez chorego (np. unikanie tuczącego pożywienia).
- C. Postrzeganie u siebie otyłości oraz lęk przed przytyciem, co prowadzi do narzucania sobie niskiego progu wagi ciała.
- D. Zaburzenia endokrynne: u kobiet brak, co najmniej trzech kolejnych cykli krwawień miesięczkowych, a u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych lub potencji [4].

DLACZEGO JA?

Z punktu widzenia psychologicznego badacze rozróżniają również jadłowstręt reaktywny i jadłowstręt właściwy. Powodem powstania jadłowstrętu reaktywnego jest silna

presja społeczna, media przedstawiające idealny obraz kobiecego ciała, rówieśnicy, którzy również wpadli w pułapkę wyidealizowanego wizerunku świata. Dzieci i nastolatki zarzucane są wizerunkami osób sukcesu, które nie tylko są inteligentne i pewne siebie, ale także zadbane i pięknie ubrane. Dochodzi do swoistej konfrontacji świata wyidealizowanego, z tym rzeczywistym, co przynosi ból, cierpienie i rozczarowanie, szczególnie samym sobą. Bezpośrednią przyczyną rozwinięcia się choroby jest zazwyczaj silne przeżycie emocjonalne, którym może być rozstanie z partnerem, kłótnia z przyjaciółką lub poważne problemy w domu. Z kolei za przyczynę jadłowstrętu właściwego uważa się przede wszystkim nieprawidłowo funkcjonującą rodzinę, gdzie uwagę zwraca nadmierna opiekuńczość, kontrola, brak przyzwolenia na rozwój samodzielności. Relacje tych rodzin charakteryzują się dużą komponentą lękową, stałą nadmierną opieką skierowaną najczęściej w stronę dziecka, które często zmuszane są do całkowitego podporządkowania. Z czasem okazuje się, że nie potrafi ono funkcjonować w innym środowisku niż dom rodzinny, ma problemy z nawiązywaniem lub utrzymywaniem relacji z rówieśnikami, zamyka się na otaczający świat i nie potrafi podejmować nowych wyzwań. Pacjenci często opisują swoją matkę jako dominującą, silną i opiekuńczą, która notorycznie krytykuje wygląd, zachowanie czy decyzje dziecka. Jest zimna w obyciu, odpychająca i wiecznie niezadowolona. Ojciec jest niewidoczny i zepchnięty na margines życia domowego. Role członków rodziny są słabo zdefiniowane, co wzmaga poczucie niepewności. Anoreksja jest szczególnym objawem nieprawidłowo funkcjonującej rodziny i co za tym idzie, nie dotyczy tylko pacjenta, ale również osób pozostających z nim w bliskiej relacji. Do czynników predysponujących do wystąpienia choroby zaliczamy również nieprawidłowy obraz własnego ciała, niską samoocenę, chwiejność emocjonalną, nieumiejętność radzenia sobie z problemami, a także silne przeżycia w dzieciństwie, takie jak przemoc, nadużycia seksualne, ciężka, długotrwała choroba, w tym otyłość [5].

UMYSŁ I CIAŁO

Anoreksja jest chorobą o wielorakim obrazie klinicznym, dotyczącą zarówno sfery psychicznej, jak i somatycznej, rozwijającą się skrycie bez uchwytneho początku. W pierwszej kolejności osoba chora rezygnuje z pokarmów o wysokiej kaloryczności pod pretekstem zdrowego odżywiania się, co w kolejnym etapie przeradza się w restrykcyjny post. Stopień nasilenia objawów zależy bezpośrednio od czasu trwania i nasilenia choroby. Początkowo pacjent odczuwa samozadowolenie, euforię, poczucie kontroli i szczęścia, co po czasie przeradza się w silną samokontrolę oraz zachowania autodestrukcyjne. W kolejnym etapie

pojawia się lęk towarzyszący spożywaniu pokarmów niemal podczas każdego posiłku, który ostatecznie przeistacza się w obsesję, natręctwa i zaburzenia depresyjne [6]. Anoreksja jest jednostką chorobową, której bardzo często towarzyszą inne zaburzenia mogące mieć wpływ na jej przebieg i leczenie. 25-75% pacjentów chorujących na jadłowstręt psychiczny podaje, że w ciągu swojego życia doświadczyło przynajmniej jednego epizodu lęku, który typowo poprzedza rozwój choroby. Co więcej, aż 15-29% pacjentów choruje na chorobę obsesyjno-kompulsywną, a 79% przynajmniej raz w życiu doświadczyło obsesji lub kompulsji. Literatura donosi również, że często obserwowanym zjawiskiem jest koincydencja anoreksji z chorobami ze spektrum autyzmu lub że choroba ze spektrum autyzmu występuje wśród członków najbliższej rodziny pacjenta [7].

Pacjent, który od dłuższego czasu cierpi z powodu anoreksji prezentuje wiele objawów somatycznych dotyczących niemalże każdego układu, co spowodowane jest długotrwałym niedoborem składników odżywczych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Osoba dotknięta anoreksją cierpi z powodu bólu i skurczu mięśni, osłabienia siły mięśniowej oraz innych zaburzeń układu kostno-stawowego, w tym osteopenii i osteoporozy. Zanik tkanki mięśniowej i tłuszczowej sprzyja zaburzeniom termoregulacji, co skutkuje rozwinęciem się mrozu oraz złą tolerancją zarówno niskich, jak i wysokich temperatur [8]. Zmiany w układzie krążenia manifestują się spadkami ciśnienia tętniczego, arytmia, inwolucją mięśnia sercowego, co prowadzi do częstych omdleń, zawrotów głowy i uczucia ciągłego zmęczenia. Co więcej, choroba dotyczy również układu endokrynnego i rozrodczego. W wyniku braku dostępu do substancji odżywczych hormony płciowe - gonadoliberyna, folikulotropina oraz hormon luteinizujący wydzielane są w zbyt małych ilościach w stosunku do zapotrzebowania, co skutkuje zmniejszeniem objętości jajników i macicy, a w konsekwencji zaburzeniami miesiączkowania, a nawet problemami z zajściem czy utrzymaniem ciąży. Z brakiem dostępu do składników energetycznych nie potrafi sobie poradzić również układ krwiotwórczy, co powoduje nieefektywną produkcję wszystkich elementów morfotycznych krwi i w konsekwencji pancytopenię. Najczęstszą manifestacją tego zaburzenia jest niedokrwistość ze wszystkimi swoimi konsekwencjami [9,10]. Często obserwowanymi objawami anoreksji są zmiany błony śluzowej jamy ustnej spowodowane mechanicznym uszkodzeniem podczas prowokowania wymiotów lub uszkodzeniem chemicznym przez kwasy żołądkowe, co potęgowane jest większą podatnością błon śluzowych na uszkodzenia z powodu niedoborów składników odżywczych. Na pierwszy rzut oka zwraca również uwagę jakość skóry, która staje się sucha, ze skłonnością do pęknięcia, a także włosów, które są łamliwe, szorstkie, z tendencją do wypadania [11].

DIAGNOZA – I CO DALEJ?

Leczenie anoreksji jest procesem skomplikowanym i długotrwałym, który przebiega dwutorowo zwalczając objawy somatyczne i psychopatologiczne. Sposób leczenia w dużej mierze zależy od stopnia zaawansowania choroby i rodzaju objawów dominujących. W skład zespołu sprawującego opiekę nad pacjentem powinien wchodzić internista/pediatra, psychiatra, dietetyk oraz psychoterapeuta [12].

Wskazania do hospitalizacji różnią się w zależności od wieku pacjenta. Jeśli choroba dotyczy pacjenta pediatrycznego, do kryteriów medycznych leczenia szpitalnego należą: BMI <3. centyla, szybka utrata masy ciała, małe zużycie energii, odmowa przyjmowania płynów oraz powikłania ogólnomedyczne (hipokaliemia, zasadowica, znaczna bradykardia, zaburzenia czynności trzustki lub wątroby, utraty przytomności). Do kryteriów psychospołecznych zaliczamy znacznego stopnia wycofanie się z kontaktów społecznych, wysoki poziom krytycyzmu ze strony rodziców, dysfunkcjonalne relacje w rodzinie, niedostępność placówek leczenia ambulatoryjnego lub niewystarczająca odpowiedź na próby leczenia ambulatoryjnego. Dodatkowym wskazaniem może być współwystępowanie innych ciężkich zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz zachowań autodestrukcyjnych. U pacjentów dorosłych wskazaniami do hospitalizacji są BMI <16. centyla lub powyżej 25% należnej masy ciała, powikłania somatyczne, gwałtowny i trwały spadek ilości przyjmowanego pokarmu oraz masy ciała, czynniki dodatkowe, takie jak infekcja przy niskiej masie ciała oraz ciężkie uzależnienie od alkoholu [12].

Leczeniem psychiatrycznym pierwszego rzutu jest zazwyczaj terapia poznawczo-behawioralna, mająca najlepiej udokumentowany wpływ na redukcję objawów. Aby skutecznie pozbyć się choroby, należy odbyć minimum 40 sesji z terapeutą. Największym postęпом ostatnich lat okazała się systemowa terapia rodzin, będąca specyficzną gałęzią terapii poznawczo-behawioralnej skierowana szczególnie do dzieci i młodzieży. Zgodnie z założeniem, że jedną z głównych przyczyn jadłowstrętu psychicznego są nieprawidłowe relacje, postawiono na rozwiązywanie konfliktów wśród najbliższych [13]. Okazuje się, że u przynajmniej 50-60% pacjentów, w ciągu roku od zakończenia terapii dochodzi do wzrostu masy ciała i efekt ten utrzymuje się na przestrzeni 2-4 lat, a remisję choroby oraz spadek częstości hospitalizacji obserwujemy u znacznie większej liczby osób, niż w przypadku terapii standardowych, zarówno grupowych, jak i indywidualnych. Terapia ta skupia się na przyroście masy ciała, nieobwinianiu pacjenta o rozwój choroby oraz daje mu poczucie kontroli i siły. Systemowa terapia rodzin składa się z 16-18 sesji prowadzonych przez 6-9 miesięcy. W

pierwszej fazie terapia prowadzona jest ze współudziałem rodziców pacjenta, których zadaniem jest objęcie kontroli nad odżywianiem się pacjenta, natomiast w drugiej fazie kładzie nacisk na samodzielne funkcjonowanie i uniezależnienie osoby chorej od opiekunów. Coraz częściej terapia systemowa rodzin znajduje zastosowanie także wśród osób dorosłych, którzy mają prawo wyboru osób ze swojego otoczenia, które razem z nimi będą w niej uczestniczyć [14].

Leczenie farmakologiczne nie jest metodą z wyboru w leczeniu anoreksji, ponieważ nie dowiedziono jego pozytywnego wpływu na przybór masy ciała oraz objawy psychopatologiczne choroby. Jeśli jednak zaburzeniu towarzyszą inne objawy niebędące typowymi dla jadłowstrętu psychicznego (objawy depresji, choroby obsesyjno-kompulsywnej i inne), a mogące mieć wpływ na przebieg leczenia choroby podstawowej należy zastanowić się nad zastosowaniem leczenia farmakologicznego [7].

Leczenie żywieniowe, niezbędne do wycofania się objawów somatycznych anoreksji stanowi olbrzymie wyzwanie, ponieważ pacjenci muszą nauczyć się procesu spożywania pokarmów od nowa. Powinno odbywać się ono pod okiem dietetyka, a jeśli jest to możliwe pacjent powinien zostać skierowany do specjalnego ośrodka terapii dziennej, gdzie pod okiem opiekuna i w bezpiecznej przestrzeni mógłby pokonać swoje lęki. Rola dietetyka w tym procesie jest kluczowa, ponieważ rodzaj i ilość przyjmowanego pokarmu powinna być indywidualnie dostosowana do pacjenta i jego możliwości oraz zależna od czasu trwania i stopnia niedożywienia. Szacuje się, że przybór masy ciała powinien wynosić pomiędzy 500 a 1400 g tygodniowo, ponieważ w innym razie grozi pacjentowi zespół szoku pokarmowego, będący zagrożeniem życia, szczególnie na początku leczenia, charakteryzujący się poważnymi zaburzeniami elektrolitowymi, w tym hipofosfatemią, hipomagnezemią i hipokaliemią [7,15].

PODSUMOWANIE

Jadłowstręt psychiczny jest chorobą, która dotyczy zarówno psychiki, jak i zdrowia fizycznego. Dotyka nie tylko pacjenta, ale również osób w jego otoczeniu, szczególnie członków rodziny i przyjaciół, którzy często są wsparciem dla chorego, ale wielokrotnie również bezpośrednią przyczyną zaburzenia. Leczenie powinno być prowadzone przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, ponieważ jest to jednostka chorobowa o bardzo zróżnicowanym obrazie klinicznym i bogatej symptomatologii. W ostatnich latach poczynił się olbrzymi postęp w leczeniu anoreksji i pogłębiła się wiedza społeczeństwa na jej temat.

Zapadalność jednak nie maleje, co potwierdza, że jadłowstręt psychiczny jest wciąż aktualnym problemem, którego nie należy bagatelizować.

PIŚMIENNICTWO

1. Gabbard GO.: Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Press Inc., Washington 2015.
2. Hilbert, A.: Childhood Eating and Feeding Disturbances. *Nutrients* 2020; 12(4): 972.
3. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.
4. <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (data dostępu 15.05.2020).
5. Suszyńska K., Sobolewska E., Kulik T., Pacian A.: Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(3): 235–240.
6. Currin L., Schmidt U., Treasure J., Jick H.: Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 132- 137.
7. Zipfel S., Giel KE., Bulik CM., Hay P., Schmidt, U.: Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry* 2015; 2(12): 1099-1111.
8. Sarzała D.: Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii i profilaktyki. *Kwartalnik Naukowy* 2017; 4(32): 296-311.
9. Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J.: Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lekarskie* 2011; 80(3): 184-191.
10. Westmoreland P., Krantz M.J., Mehler P.S.: Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *American Journal of Medicine* 2016; 129(1): 30-37.
11. Paszynska, E., Dutkiewicz, A., Osinska, A., Mozol-Jursza, M., Smalc, N., Tyszkiewicz-Nwafor, M., Dmitrzak-Weglarz, M., Slopian, A., Jenerowicz, D.: Anorexia Nervosa with Vomiting Episodes: Dermatological and Oral Complications. *European Journal of Dentistry* 2020; 14(1): 180–185.
12. Kierus K., Białkoż-Kalinowska I., Piotrowska-Jastrzębska J.: Zaburzenia odżywiania u młodzieży. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2012; 8(4):293-297.
13. Hay P.: Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal* 2020; 50(1): 24–29.

14. Chen E.Y., Weissman J.A., Zeffiro T.A., Yiu A., Eneva K.T., Arlt J.M., Swantek M.J.: Family-Based Therapy for Young Adults with Anorexia Nervosa Restores Weight. *International Journal of Eating Disorders* 2016; 49(7): 701-707.
15. Hay P., Chinn D., Forbes D., Madden S., Newton R., Sugenor L., Touyz S., Ward W.: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2014; 48(11): 977-1008

Współczesny opis zjawiska uzależnienia od gier komputerowych

Konrad Jóźwik¹, Michał Świtała¹, Wojciech Waliszak¹, Wojciech Borowicz¹, Anna Kolcz¹, Krzysztof Dorna³, Jan Gnus^{1,2}

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

WSTĘP

Rok 1946 zapisał się w historii ludzkości jako czas przełomowy, gdyż wówczas miała miejsce prezentacja nowej zdobyczy technologii - ENIAC [1]. Był to pierwszy komputer stacjonarny, a od chwili jego pojawienia się, rozpoczęła się era postępującej komputeryzacji oraz cyfryzacji. Dziś stanowi on wraz z dostępem do Internetu zjawisko powszechne [1].

Według raportu Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji z 2015 r. w Polsce 77% gospodarstw domowych wyposażonych jest w komputer, a 75% posiada również dostęp do Internetu [2]. Sprawia to, że ten rodzaj technologii wywiera coraz to większy wpływ na różne aspekty życia człowieka.

Wśród zalet postępującej komputeryzacji wymienić możemy te o zasięgu ogólnospołecznym, tj. łatwiejsza organizacja i administracja, zdecydowany postęp rozwoju nauki w różnych jej dyscyplinach, w tym także rozwój medycyny. Diagnostyka i bioinżynieria medyczna to dziedziny bazujące na pracy z komputerem. Szybki przepływ informacji umożliwił pojawienie się telemedycyny [3].

Zastąpienie ludzi przez maszyny znacząco wpłynęło na rozwój przemysłu oraz zwiększyło produktywność fabryk, dzięki czemu są one w stanie sprostać coraz to większemu zapotrzebowaniu na produkty. Rozwinęła się ekonomia i rachunkowość, wprowadzono m.in. możliwość bezgotówkowego obrotu pieniędzy [3].

Komputeryzacja niesie za sobą także pozytywne skutki ekologiczne, gdyż wpływa na redukcję zużycia papieru. Oprócz tego zalety powszechnego dostępu do komputera dotyczą

także człowieka jako jednostki. Spośród nich wymienić możemy szybki i łatwy dostęp do informacji z całego świata, możliwość ich wygodnego wyszukiwania oraz łatwość w ich segregacji i sortowaniu. Liczne komunikatory internetowe umożliwiają kontakt z osobami z różnych części świata, a także sprzyjają zawieraniu nowych znajomości w Internecie. Rozsądne korzystanie z komputera może pomóc w rozwoju osobistym. Z jednej strony istnieje dostęp do szerokiej gamy różnych aplikacji, które ułatwiają naukę i nabywanie nowych umiejętności, z drugiej strony odpowiedni dobór gier np. dla dziecka pozwala nabyć mu takie zdolności, jak umiejętność logicznego myślenia, zręczność, manualność. Komputer w dzisiejszym świecie jest także doskonałym źródłem rozrywki [3].

W opozycji do licznych zalet wraz z pojawieniem się komputera i Internetu przybyło również wiele zagrożeń związanych z ich rozwojem. Sieć internetowa stała się okazją do stworzenia nowych form kradzieży, tj. piractwa, włamania do systemów komputerowych czy naruszenia prywatności. Ogromnym zagrożeniem w Internecie jest obecnie cyberprzemoc oraz tzw. mowa nienawiści. Są to zjawiska szczególnie niebezpieczne dla osób o delikatnej konstrukcji psychicznej, gdyż mogą prowadzić do zaburzeń psychicznych oraz samobójstw. Do wykroczeń prawnych, oprócz powyższych, zaliczyć należy również pornografię dziecięcą, do której rozwoju Internet znacznie się przyczynił [3].

Zastąpienie rąk ludzkich przez maszyny powoduje dehumanizację pracy, co stwarza ryzyko bezrobocia, szczególnie w przyszłości, gdzie rozwój technologii będzie na jeszcze wyższym poziomie [3].

Powszechny dostęp do Internetu oraz ogromne pokłady informacji znajdujących się w sieci powoduje, że duża ich część nie jest sprawdzona i rzetelna, co może powodować dezinformację, która np. w przypadku wiedzy dotyczącej zdrowia może mieć przykre konsekwencje. Stosowanie komunikatorów internetowych jako formy kontaktu z innymi osobami jest korzystne w przypadku dużych odległości między rozmówcami, natomiast w przypadku jego nadużycia w stosunku do osób z najbliższego otoczenia stwarza ryzyko ograniczenia kontaktów międzyludzkich i zubożenia relacji na rzecz kontaktu internetowego. Zbyt długie spędzanie czasu przed komputerem oraz granie w gry zarówno komputerowe, internetowe, jak i mobilne oraz faworyzacja tej czynności względem innych życiowych aktywności stwarza ryzyko wystąpienia uzależnienia od komputera [3].

Decyzją WHO zostało ono zamieszczone w ICD-11 i stanowi obecnie jedno z większych zagrożeń związanych z użytkowaniem komputera przez człowieka w celach rozrywkowych [3].

CEL PRACY

W związku ze zwiększaniem się liczby osób uzależnionych od gier komputerowych, za cel poniższej pracy naukowej uznano zebranie dotychczasowych dowodów odnośnie skutków zdrowotnych i społecznych tego negatywnego zjawiska oraz określenie skali tego problemu na podstawie ankiety internetowej.

MATERIAŁ I METODYKA

Na portalu Facebook wśród użytkowników grup studenckich i zrzeszających potencjalnych graczy komputerowych przeprowadzono internetową, anonimową ankietę zawierającą 36 pytań. W oparciu o kwestionariusz IGDS9-SF zadano 7 pytań (Tab. I) oceniających ryzyko wystąpienia uzależnienia u osoby wypełniającej ankietę [4].

Odpowiadający oceniał zgodności twierdzeń zawartych w pytaniach ze stanem rzeczywistym w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie nie”, natomiast 10 „zdecydowanie tak”. Pytania oceniające ryzyko uzależnienia zebrano w Tabeli I.

Tabela I. Pytania określające ryzyko uzależnienia od gier komputerowych. (Na podstawie kwestionariusza IGDS9-SF)

Czy uważasz, że granie w gry stało się dominującą częścią twojego życia codziennego ?
Czy podczas wykonywania rutynowych, codziennych czynności zdarza Ci się myśleć o grach ?
Czy kiedykolwiek straciłeś zainteresowanie poprzednim hobby na rzecz gier komputerowych/mobilnych ?
Czy uważasz, że granie negatywnie wpływa na wykonywanie twoich obowiązków (praca, nauka, dom) ?
Czy kiedykolwiek skłamałeś/oszukałeś kogoś z Twoich bliskich na temat ilości czasu jaki spędzasz na grach komputerowych ?
Czy czujesz smutek lub rozdrażnienie podczas próby wyeliminowania lub ograniczenia czasu spędzanego podczas gier ?
Czy grasz w gry po to, aby uciec od złego humoru lub złagodzić negatywny nastrój ?

Wyniki interpretowano na podstawie sumy punktów, gdzie sumę powyżej 49 uznano za wysokie ryzyko uzależnienia, wynik między 22-49 jako ryzyko średnie, a wynik równy i poniżej 21 jako ryzyko niskie. W dalszej części ankiety zadano pytania odnoszące się do stanu zdrowotno-społecznego osoby odpowiadającej. Poruszały one takie obszary, jak: ilość i jakość snu, występowanie bólów głowy czy kręgosłupa, problemów z układem pokarmowym, występowaniem wady wzroku oraz życie towarzyskie i koleżeńskie. Uzyskane wyniki porównywano pomiędzy grupą osób o wysokim ryzyku uzależnienia od gier komputerowych a grupą osób o ryzyku niskim i średnim. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

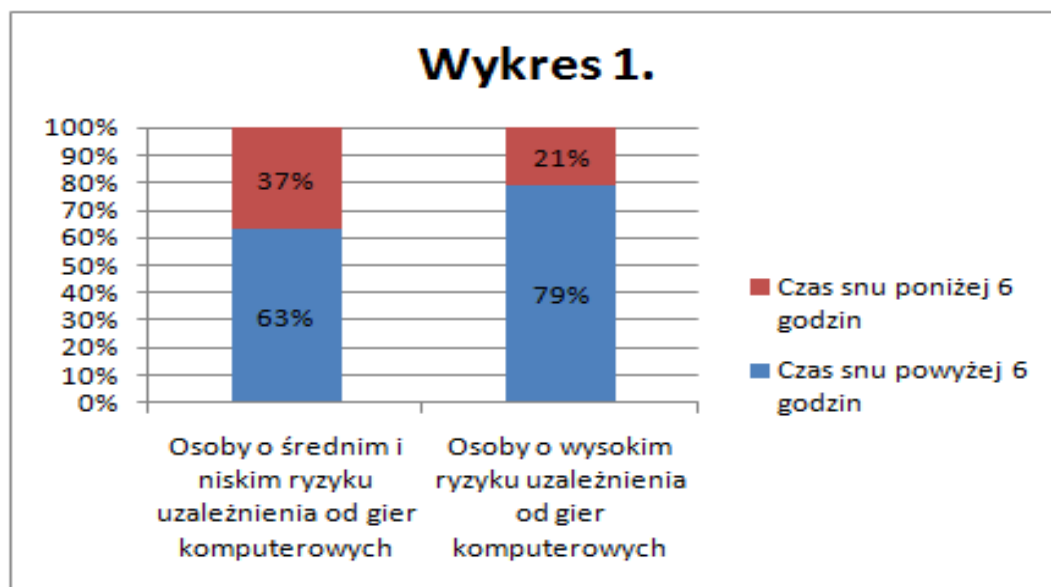
WYNIKI

Zebrano 330 wypełnionych ankiet. Odpowiedziało 275 mężczyzn i 55 kobiet. Zakres wieku odpowiadających to 7 - 40 lat, ze średnią na poziomie 20 lat. Najwięcej ankietowanych uczęszczało do szkoły średniej - 117 osób, następnie uczelnia wyższa - 86, osoby nie uczące się - 73 i szkoła podstawowa - 54 osób. Na podstawie 7 pytań z kwestionariusza IGDS9-SF wyodrębniono 23 osoby o niskim ryzyku uzależnienia od gier komputerowych oraz 280 osób o pośrednim ryzyku. Sumę powyżej 49 pkt uzyskało 27 osób, u których ryzyko uzależnienia od gier komputerowych uznano za wysokie. Były to osoby młode (w wieku od 11 do 28 lat, średnia - 18,7), w większości mężczyźni (24 mężczyzn, 3 kobiety), uczący się w szkole średniej (12 osób). 16 osób (60%) codziennie spędza przed komputerem ponad 4 godziny, z czego 50% znaczną część tego czasu spędza na graniu w gry komputerowe.

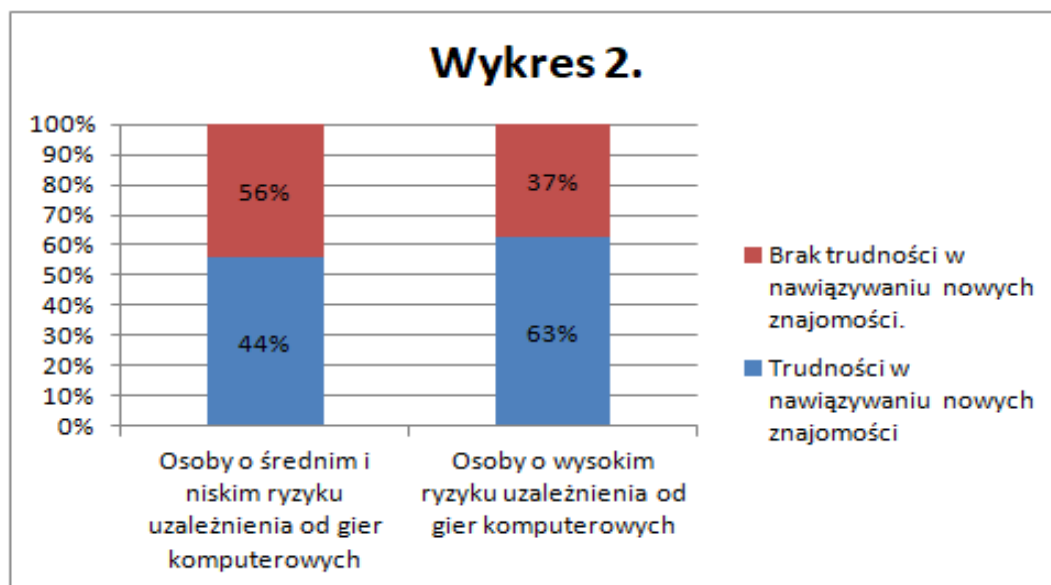
Wśród 27 osób o wysokim ryzyku uzależniania od gier komputerowych 37% deklaroowało długość snu poniżej 6 godzin, co jest istotnie większym odsetkiem w porównaniu z osobami o niskim ryzyku uzależnienia od gier (21%; $p = 0,05$) (Rycina 1). Dodatkowo osoby te w większym odsetku deklarowały niższy poziom wypoczęcia rano, chociaż wyniki te nie były istotne statystycznie (44% vs 39%; $p = 0,5$).

Wśród ankietowanych nie zauważono zwiększonej częstości występowania bólów głowy (11% vs 18%), bólów kręgosłupa (48% vs 50%), czy dolegliwości ze strony układu pokarmowego (22% vs 23%). W obszarze życia towarzyskiego i relacji społecznych osoby o wyższym ryzyku uzależnienia od gier komputerowych w większym odsetku deklarowały trudności z nawiązywaniem nowych znajomości, szczególnie z osobami przeciwnej płci. Jednakże różnice nie były istotne statystycznie (63% vs 56%; $p = 0,47$) (Rycina 2). Dodatkowo

osoby te częściej zgłaszały trudności w znalezieniu tematu do rozmowy innego niż gry komputerowe (92,6% vs 80,5%; $p=0,1$).



Rycina 1. Długość snu u badanych



Rycina 2. Trudności z nawiązywaniem nowych znajomości

Wyniki płynące z przeprowadzonych ankiet są niepokojące. Z racji, że ponad 90% ankietowanych to osoby z ryzykiem uzależnienia od gier komputerowych średnim lub wysokim, mogą oni stanowić reprezentatywną populację graczy. Wyniki z ogólnej liczby ankietowanych wskazują, że znaczna część tych osób doświadcza problemów z koncentracją

(70%) oraz trudności w obszarze relacji towarzyskich – ponad 50% osób doświadcza trudności z nawiązywaniem nowych relacji, a 80% ma problemy ze znalezieniem tematu do rozmowy innego niż gry komputerowe.

ATRAKCYJNOŚĆ GIER KOMPUTEROWYCH

Chcąc zrozumieć proces prowadzący do uzależnienia od gier komputerowych należy zrozumieć, dlaczego dana osoba po nie sięga oraz co ją skłania do ciągłego powtarzania tej czynności.

Na atrakcyjność gier komputerowych składa się wiele czynników. Komputer jest traktowany przez grającego jako atrakcyjny partner, głównie ze względu na to, że zawsze jest gotowy do zabawy, umożliwia ciągłe doświadczanie przyjemności płynących ze scenariuszy występujących w grze, daje wpływ na to, co się wydarzy – wrażenie omnipotencji – daje możliwość rozładowania emocji oraz zrealizowania różnych potrzeb, np. potrzeby gratyfikacji osiągnięć czy więzi [5]. W czasie grania powtarzane czynności są nagradzane, co prowadzi do pobudzenia emocjonalnego i związania się z daną grą. W przypadku dzieci gratyfikacja brutalnych działań w czasie gry może wpływać na agresywne zachowanie dziecka w świecie realnym [6]. Dla osób młodych, niedowartościowanych, mających trudności w nawiązywaniu nowych relacji, gry komputerowe mogą być szczególnie atrakcyjne [5].

Gracz spędzając nadmierną ilość czasu przy komputerze, „zanurza się” coraz bardziej w wirtualnym świecie, tracąc kontrolę nad swoim życiem. Staje się on uzależniony od gier komputerowych, a to ma negatywny wpływ na jego funkcjonowanie w społeczeństwie oraz zdrowie psychiczne i somatyczne.

PROCES UZALEŻNIENIA

Uzależnienie od gier komputerowych należy do grupy uzależnień behawioralnych. Polegają one na niekontrolowanym, wewnętrznym przymusie wykonywania pewnej czynności. Oprócz grania w gry komputerowe, może to być kompulsywne robienie zakupów, jedzenie czy pracobolizm [7].

Kryteriami pozwalającymi zdiagnozować takie uzależnienie są pewne cechy występujące u gracza. Należą do nich [7]:

- zaangażowanie – codzienna aktywność osoby uzależnionej jest nastawiona na granie; staje się to najważniejszą czynnością w ciągu dnia

- modyfikacja nastroju – granie wpływa na samopoczucie danej osoby, stanowiąc źródło satysfakcji i przyjemności, pomaga zapomnieć o problemach dnia codziennego
- tolerancja – jest to rosnący czas potrzebny do osiągnięcia modyfikacji nastroju;
- symptomy odstawienne – np. złość, smutek, drżenie rąk przy próbie ograniczenia możliwości grania
- konflikt – rozdźwięk na trzech poziomach: pomiędzy graczem a najbliższym otoczeniem (np. rodziną), pomiędzy graczem a codziennymi czynnościami (np. pracą) oraz konflikt interpersonalny (przeżywanie negatywnych emocji ze względu na poczucie utraty kontroli nad swoim zachowaniem)
- nawroty – powrót do grania po okresie zaprzestania tej czynności

Wykazano, że na uzależnienie od mediów elektronicznych szczególnie narażone są osoby często przeżywające negatywne emocje (np. lęk, smutek, przygnębienie) oraz mające trudności w nawiązywaniu relacji z innymi ludźmi z powodu nieśmiałości i niskiego poczucia własnej wartości. Najszybciej uzależniają się osoby najmłodsze, głównie przedstawiciele płci męskiej [6].

WPLYW NA ŻYCIE CODZIENNE

Przebieg uzależnienia od gier komputerowych może wyglądać następująco: początkowo dana osoba spędza coraz więcej czasu na graniu, a wraz z rozwojem uzależnienia, podczas codziennych czynności (np. w pracy, szkole), pojawiają się ciągłe myśli o grze. W dalszym czasie, w okresie przerwy od grania, występuje niepokój, wewnętrzne napięcie, poirytowanie. Aby pozbyć się negatywnych uczuć uzależniony musi grać więcej, bardziej intensywnie. Przy próbie ograniczenia dostępu do komputera, dana osoba po pewnym czasie wraca do wirtualnego świata. Następuje stopniowa utrata zainteresowania innymi formami rozrywki, zaniedbywanie codziennych obowiązków oraz higieny osobistej [6].

Uzależniony spędza więcej czasu na grze niż z własną rodziną, przyjaciółmi, ogranicza kontakty seksualne z partnerem, wykazuje mniejszą aktywność w zakresie wychowywania dzieci. Osoby pracujące stają się mniej efektywne, zwiększa się ich absencja w pracy. W konsekwencji następuje zanik więzi rodzinnych, zakończenie związku, kłopoty finansowe czy utrata pracy [6].

W przypadku dzieci i młodzieży można zaobserwować obniżenie wyników w nauce, mniejsze zainteresowanie szkołą, częste nieobecności na zajęciach, a także małe

zaangażowanie w kontakty z rówieśnikami, niechęć do uprawiania sportu czy wycieczek poza dom. Uzależniona młoda osoba zamyka się w pokoju, przebywa przed komputerem często w godzinach nocnych, kłamie co do czasu spędzonego na graniu, a każda próba ograniczenia dostępu do gier wywołuje u niej agresywne zachowanie [6]. Oprócz wyżej wymienionych problemów psychospołecznych, jakich doświadcza osoba uzależniona, występuje również szereg dolegliwości somatycznych.

WPLYW NA ZDROWIE

Uważa się, że codzienne korzystanie z komputera ma negatywny wpływ na sen. U gracza obserwuje się wydłużenie czasu potrzebnego do zaśnięcia, przebudzenia oraz skrócenie długości snu. Jest to związane z ciągłym wewnętrznym przymusem grania, wzmożonym napięciem nerwowym spowodowanym najczęściej brutalną treścią gry, a także zmniejszonym wydzielaniem melatoniny w wyniku patrzenia na ekran emitujący światło. Występuje również zmniejszenie głębokości snu – skrócenie fazy REM oraz trzeciej i czwartej fazy snu wolnofalowego, co może negatywnie wpływać na procesy konsolidacji pamięci. Rezultatem zubożenia snu jest spadek jakości życia wynikający z ciągłego zmęczenia oraz trudności w koncentracji i zapamiętywaniu [8].

Długi czas spędzony na graniu niesie za sobą również inne zagrożenia dla zdrowia. Długotrwałe wpatrywanie się w ekran monitora powoduje uszkodzenie narządu wzroku, co objawia się problemem z ostrością widzenia oraz suchością oczu. Dodatkowo, monitor wytwarza promieniowanie elektrostatyczne, które powoduje polaryzację przestrzeni między monitorem a graczem, przez co twarz przyciąga cząsteczki kurzu, czego efektem mogą być reakcje alergiczne oraz podrażnienie oczu [9]. Ciągłe patrzenie na dynamicznie zmieniające się obrazy na ekranie monitora powoduje nie tylko zmęczenie narządu wzroku, lecz również konflikt bodźców sensorycznych docierających do narządu równowagi. Sygnał trafiający z siatkówki do centralnego układu nerwowego informuje o ruchu, lecz sygnał płynący z ucha środkowego informuje, że takiego ruchu nie ma. W takiej sytuacji do mózgu dochodzą dwie sprzeczne wiadomości, czego efektem mogą być bóle i zawroty głowy oraz nudności i wymioty [10].

Wymuszone, nienaturalne ułożenie ciała podczas grania ma niekorzystny wpływ na układ mięśniowo-szkieletowy. Długotrwała pozycja siedząca, brak prostych pleców, wyciągnięte ręce podczas pracy na komputerze powodują przeciążenie i naciągnięcie mięśni,

nacisk na struktury nerwowe oraz skrzywienie kręgosłupa, czego skutkiem są bóle pleców. Nadmierne napięcie mięśni karku przyczynia się zaś do napięciowego bólu głowy.

Powtarzające się ruchy palców i nadgarstka przy korzystaniu z klawiatury i myszki komputerowej mogą doprowadzić do zespołu cieśni nadgarstka, objawiającego się jako mrowienie i drętwienie w okolicy kciuka, palca wskazującego oraz połowy palca serdecznego [9,11]. Może również dojść do osłabienia siły mięśniowej w obrębie dłoni. Innym schorzeniem, spowodowanym długotrwałym przeciążeniem ręki w trakcie korzystania z klawiatury oraz myszki, jest tzw. łokieć tenisisty. W tym przypadku podczas powtarzalnych ruchów nadgarstka dochodzi do nadmiernego napięcia mięśni przedramienia oraz mikrourazów przyczepów ścięgien w okolicy kłykcia bocznego kości ramiennej. Głównym objawem tego zaburzenia jest ból zlokalizowany po bocznej stronie stawu łokciowego nasilający się podczas chwytania, nawracania przedramienia lub ruchów wyprostnych w stawie nadgarstkowym. Długotrwałe przeciążenie mięśni ręki – zginacza promieniowego nadgarstka, zginacza łokciowego nadgarstka, mięśnia nawrotnego obłego – stanowi podłoże dla rozwoju tzw. łokcia golfisty. Dolegliwość ta będzie odczuwalna jako ból przyśrodkowej części łokcia promieniujący do palców ręki [12,13].

Osoby stale siedzące przed komputerem mogą także odczuwać dolegliwości związane z układem pokarmowym. Uzależnieni często spożywają posiłki w nieregularnych, długich odstępach czasowych. Konsumowanie pokarmów odbywa się najczęściej szybko, dużymi kęsami, przed ekranem monitora [14]. Łapczywe jedzenie, szczególnie dużych ilości powoduje znaczne rozciągnięcie ścian żołądka i pobudzenie znajdujących się w nim receptorów bólowych. Efektem tego jest poposiłkowy ból brzucha [15].

Siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej, jedzenie niezdrowych przekąsek prowadzi do otyłości, wzrost poziomu triglicerydów i cholesterolu LDL, a także do insulinooporności oraz nadciśnienia tętniczego. Czynniki te wiążą się z większym ryzykiem występowania chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy typu 2. Zauważono, że niedobór snu również ma wpływ na rozwój otyłości. Brak nocnego odpoczynku prowadzi do zwiększonego wydzielania greliny- hormonu odpowiedzialnego za pobudzenie ośrodka głodu w CUN, czego efektem jest większy apetyt i nadmierne spożywanie pokarmów. Z drugiej strony, uzależniony może być tak zaabsorbowany graniem, że będzie zapominał o spożywaniu posiłków, co spowoduje utratę masy ciała [8].

Brak dostarczania z posiłkiem wielu witamin, wynikający ze złego odżywiania oraz niedostateczna synteza witaminy D, z powodu braku oddziaływania promieniowania UV na skórę osoby zamkniętej w pomieszczeniu, oddziałują negatywnie na odporność organizmu

[16]. Może się to objawiać większą skłonnością do występowania chorób infekcyjnych. Siedzący tryb życia ma wpływ również na działanie układu immunologicznego. Aktywność fizyczna działa bowiem stymulująco na komórki układu odpornościowego [17]. Ponadto, poprzez przebywanie na świeżym powietrzu oraz obcowanie z innymi ludźmi, kontaktujemy się z różnymi czynnikami zakaźnymi, na które nabywamy odporność.

Wykazano także, że nadmierne korzystanie z komputera niesie za sobą zagrożenia dla ciąży. Nieprawidłowa postawa ciała oraz promieniowanie elektromagnetyczne emitowane przez komputer są szkodliwe dla rozwijającego się płodu. Najbardziej narażone są kobiety ciężarne między trzecim a czwartym miesiącem ciąży [9].

Niemiecki neurobiolog M. Spitzer opisał wpływ mediów cyfrowych na procesy pamięci. Zapamiętywanie, uczenie się oraz utrzymywanie odpowiedniej sprawności umysłowej są możliwe tylko w sytuacji angażowania dodatkowych szlaków neuronalnych w pozostałą siatkę połączeń, a to wymaga wysiłku intelektualnego. W przypadku niektórych gier i aplikacji, odtwórcze, powtarzalne działania w bardzo małym stopniu angażują mózg do działania, co może obniżać sprawność intelektualną oraz być powodem tzw. cyfrowej demencji. Takie aplikacje są szczególnie szkodliwe dla dzieci, ponieważ to właśnie w okresie dzieciństwa są nabywane nawyki i umiejętności umożliwiające funkcjonowanie w dorosłym życiu [18].

SPOSOBY ZAPOBIEGANIA U DZIECI

W celu uniknięcia uzależnienia u dzieci opiekunowie powinni mieć pełną kontrolę nad dostępem dziecka do komputera. Bardzo ważne jest odpowiednie dobieranie gier dla dziecka w zależności od jego rozwoju psychofizycznego. Pomaga w tym europejski system oznaczeń PEGI, informujący za pomocą specjalnych znaków o treści znajdującej się w grze (np. przemocy) oraz wieku, od którego gra jest dopuszczalna. Przydatne może być również zapoznanie się z recenzjami danej gry komputerowej informującymi o ich tematyce. Rodzic powinien ustalić wcześniej ilość godzin, jaką dziecko może dziennie poświęcić na zabawę przy komputerze. Czas ten powinien być przedzielony minimum pół godzinnymi przerwami od grania. Istotne jest również zainteresowanie się dzieckiem, gdy nie używa komputera, poprzez aktywne spędzanie z nim czasu, rozwijanie nowych pasji czy uprawianie sportu. Bardzo ważna jest przy tym rodzinna atmosfera oraz dobry kontakt uczuciowy. Wyżej wymienione postawy mogą zapobiec uzależnieniu dziecka [19,20].

LECZENIE

Jednak długo trwające złe nawyki prowadzą do pogłębiania się uzależnienia, co może wymagać pomocy psychoterapeuty zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Celem terapii nie jest całkowite ograniczenie dostępu do komputera, lecz kontrola czasu oraz sposobu jego wykorzystania. W Polsce istnieje wiele ośrodków zajmujących się terapią uzależnień behawioralnych, w tym uzależnienia od gier komputerowych. Istnieje również, w zależności od ośrodka, wiele rodzajów psychoterapii. Przykładowo, Szmajdziński proponuje trzyetapową strategię walki z uzależnieniem. Na początku konieczne jest uświadomienie sobie stopnia swojego uzależnienia oraz ilości czasu spędzanego przy komputerze. Następnie należy propagować alternatywne formy aktywności, takie jak spotkania z rodziną, spacer czy sport. Ostatnim etapem jest kontrolowanie czasu przed monitorem poprzez przestrzeganie wcześniej ustalonego limitu godzin. W przebiegu psychoterapii niezbędne jest uświadomienie sobie objawów swojego uzależnienia oraz radzenie sobie z nieprzyjemnymi doznaniem w trakcie abstynencji komputerowej. Bardzo ważne jest także wsparcie rodziny. Hipnoza może być pomocna w nastawieniu uwagi pacjenta na psychoterapię oraz redukcję napięcia psychicznego [13]. W niektórych ośrodkach uzależnień stosuje się także farmakoterapię [14].

TERAPEUTYCZNE WALORY GIER KOMPUTEROWYCH

Uzależnienie od gier komputerowych niesie za sobą szereg negatywnych zjawisk, mających wpływ na życie człowieka. Trzeba mieć jednak na uwadze, że same gry komputerowe mogą być bardzo użyteczne w terapii wielu jednostek chorobowych. Przykładowo, u osób mających rozległe oparzenia stosowane środki przeciwbólowe często nie są w stanie uwolnić pacjenta od cierpienia. Granie tymczasem pozwala odwrócić uwagę od doznań bólowych, gdyż czynniki absorbujące pacjenta zmniejszają ilość bodźców nocyceptywnych docierających do kory mózgowej. Ponadto, gry komputerowe wymagające korzystania z gogli VR mogą być pomocne w leczeniu różnych fobii, np. lęku przed lataniem, lęku przed pajakami czy wystąpieniami publicznymi. Gracz po założeniu specjalnych okularów, widząc obraz budzący lęk, ma możliwość oswojenia się ze swoim strachem. Zręcznościowe gry komputerowe mogą poprawiać sprawność manualną oraz refleks, co może pomagać w pracy, np. chirurgom. Gry strategiczne natomiast poprawiają zdolności zapamiętywania i planowania, a to z kolei może opóźniać pojawienie się objawów demencji u osób starszych [20].

ZAKOŃCZENIE

Powszechny dostęp do komputera odgrywa coraz większą rolę w życiu człowieka, dlatego w populacji będzie pojawiać się coraz więcej osób z problemem uzależnienia od tego medium. W związku z tym, że problem nałogowego korzystania z gier komputerowych dotyczy najczęściej osób młodych, uczęszczających do szkoły średniej, w prewencji tego zaburzenia istotne znaczenie ma przeprowadzenie badań przesiewowych w tej populacji. Równie istotna jest czujność rodziców dziecka. Wczesne zaobserwowanie niepokojących symptomów i podjęcie środków prewencyjnych pozwala na zatrzymanie procesu popadania w nałóg. Ze względu na szerokie negatywne skutki zdrowotne i społeczne ciężkiego uzależnienia od gier komputerowych konieczne jest objęcie takiej osoby kompleksową opieką zarówno lekarską, jak i psychologiczną.

PIŚMIENNICTWO

1. Maziarz P.: Pierwszy komputer obchodzi 70. urodziny. <https://www.benchmark.pl/aktualnosci/historia-rozwoju-komputerow-i-laptopow-1946-2016.html> (data dostępu 25.05.2020).
2. Szymanek V.: Społeczeństwo informacyjne w liczbach 2015. Wydawca Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Warszawa 2015.
3. Polańska K.: Ocena zjawiska komputeryzacji w Polsce a gotowość do korzystania z wirtualnych technologii dydaktycznych. <http://instytut.info/wp-content/uploads/2016/08/18-Polanska.pdf> (data dostępu 25.05.2020).
4. Pontes HM., Griffiths MD. Internet Gaming Disorder Scale - 9-Item Short Form. 2015, APA PsycTests
5. Furmanek W.: Uzależnienie od komputera i Internetu (technologii internetowych). Dydaktyka Informatyki 2014; 9: 49-71.
6. Jędrzejko M., Taper A.: Uzależnienia behawioralne (człowiek i technologie cyfrowe) [w:] Patologie i Uzależnienia (wybrane problemy teorii i praktyki). Skwarek B., Wulbach E., Lewicka I.(red.). Studio Poligraficzne Edytorka, Warszawa 2014: 13-38.
7. Rowicka M.: Uzależnienia Behawioralne. Terapia i profilaktyka. Fundacja Praesterno, Warszawa 2015.
8. Turel O., Romashkin A., Morrison K.: Health Outcomes of Information System Use Lifestyles among Adolescents: Videogame Addiction, Sleep Curtailment and Cardio-Metabolic Deficiencies. PloS One 2016; 11(5): 1-14.

9. Kopczewski M., Dudzik I.: Zagrożenia jakie niesie korzystanie z cyberprzestrzeni [w:] Modele Inżynierii i Teleinformatyki, Kopczewski M.(red.). Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 2012: 79-92.
10. Gallagher M., Ferrè, E. R.: Cybersickness: a Multisensory Integration Perspective. Multisensory Research 2018; 31(7): 645–674.
11. Malińska M.: Dolegliwości Układu Mięśniowo-Szkieletowego u Operatorów Komputerowych. Medycyna Pracy 2019; 70(4): 511–521.
12. Pomianowski S., Mazurek T., Piotrowski M., Błoński M., Makowski M., Michalik D., Pietruszka Sz., Urban M.: Łokieć i Przedramię [w:] Ortopedia i traumatologia. Nowakowski A., Mazurek T. (red.). Wydawnictwo Naukowe Exemplum, Poznań 2017: 523-554.
13. Mazurek T., Łabuć A., Stopa M., Pobłocki K., Piotrowski M., Dąbrowski F.: Nadgarstek i Ręka [w:] Ortopedia i traumatologia. Nowakowski A., Mazurek T. (red.). Wydawnictwo Naukowe Exemplum, Poznań 2017: 555-596.
14. Pasztak-Opiłka A.: Mama - komputer i tata- telewizor jako potencjalne źródła zaburzeń w funkcjonowaniu somatycznym i społecznym dzieci [w:] Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i choroby. Borzucka-Sitkiewicz K. (red.). Wydawnictwo UŚ, Katowice 2016: 161-178.
15. Sochacka A.: Ból brzucha po jedzeniu – skąd się bierze. https://www.doz.pl/czytelnia/a13571-Bol_brzucha_po_jedzeniu__skad_sie_bierze (data dostępu 16.03. 2020).
16. Krzysik M., Biernat J., Grajet H.: Wpływ wybranych składników odżywczych pożywienia na funkcjonowanie układu odpornościowego. Cz. II. Immunomodulacyjne działanie witamin i pierwiastków śladowych na organizm człowieka. Advances in Clinical and Experimental Medicine 2007; 16(1): 123–133.
17. Chubak J., McTiernan A., Sorensen B., Wener M.H., Yasui Y., Velasquez M., Wood B., Rajan K.B., Wetmore C.M., Potter J.D., Ulrich C.M.: Moderate-intensity exercise reduces the incidence of colds among postmenopausal women. American Journal of Medicine 2006; 119(11): 937-942.
18. Tomczyk Ł.: Cyfrowa demencja oraz inne formy e-zagrożeń jako nowe następstwa nieprawidłowego użytkowania mediów elektronicznych [w:] Zagrożenia cyberprzestrzeni. Kompleksowy program dla pracowników służb społecznych. Lizut J. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka, Warszawa 2014: 77-84.

19. Augustynek A.: Terapia uzależnień komputerowych. *Edukacja i Dialog* 2010; 10: 28-32.
20. Rowicka M.: Uzależnienia Behawioralne [w:] *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*. Jaraczewska J., Adamczyk-Zientara M. (red.). ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2015: 53-71.

ISBN - 978-83-954952-9-8