

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

prof. dr hab. n. med Elżbiety Krajewskiej-Kułak

dr n. med. Cecylii Reginy Łukaszuk

dr n. med. Jolanty Lewko

Tom IX

W drodze do brzegu życia

Tom IX

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom IX

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

Białystok 2011

Recenzenci:
Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Dr hab. n. med. Marek Szczepański

ISBN 978-83-89934-14-7
Tom IX: ISBN 978-83-89934-67-3

Wydanie I
Białystok 2011

Opracowanie graficzne:
Agnieszka Kułak

Skład i łamanie:
Stanisław Żukowski

Druk:
„Duchno” Piotr Duchnowski, 15-548 Białystok, Zaścianańska 6

*(...) nic nie zastąpi ludzkiego serca, współczucia,
miłości i ludzkiej inicjatywy, gdy chodzi o wyjście
naprzeciw cierpieniu drugiego człowieka (...)
cierpienie jest bowiem w świecie po to by,
ażeby wyzwalało miłość, ażeby rodziło
uczynki miłości bliźniego, ażeby całą
cywilizację przetwarzało w „cywilizację miłości*

Jan Paweł II

Szanowni Państwo!

Kolejny tom monografii *W drodze do brzegu życia* jest zbiorem prac przedstawicieli różnych dziedzin nauki i sztuki, zachęcających czytelnika do dialogu o umieraniu i śmierci, o problemach wielodyscyplinarnej opieki nad chorym...

Francis Bacon powiedział kiedyś, iż *Prawdziwa wiedza – to znajomość przyczyn*, a Juliusz Cezar, że *Nauczycielem wszystkiego jest praktyka*.

W związku z tym, w tomie IX poruszane są tematy najbardziej dramatyczne, najbardziej intymne i mamy nadzieję, że można w nim znaleźć odpowiedź na wiele trudnych pytań.

Czy metoda *in vitro*, aborcja powinny być dopuszczalne? Czym jest i dokąd prowadzi aborcja? Jak postrzegamy te problemy? Czy nic nie znaczy radość ok. 20. procent polskich małżeństw, które dzięki tej metodzie mogą mieć nadzieję na upragnione dziecko?

A może ważniejsza jest opinia, iż istoty ludzkie nie mogą być przedmiotem masowej produkcji?

Czy naprotechnologia ostatecznie wyprze *in vitro*?

Mamy nadzieję, że dzięki treściom zawartym w tomie IX monografii stworzymy przedstawicielom różnych dziedzin nauki i sztuki okazję do dialogu o umieraniu i śmierci, że poznamy w tej kwestii opinie lekarza i filozofa, duchownego i artysty, dziennikarza i pielęgniarki, socjologa i położnej, chorego i pedagoga, psychologa i rodziny chorego.

Chcemy, aby prace z tego tomu dały szansę na zastanowienie się nad tym, czy można „oswoić się ze śmiercią i umieraniem”, nad tym, co trzeba uczynić, by śmierć odbierać jako coś naturalnego, przyjmować ją z godnością i pokorą wtedy, gdy dotyczy naszych pacjentów, naszych najbliższych i wtedy, gdy sami, stając z nią oko w oko, wyruszamy na jej spotkanie.

Chcemy także uczulić, iż śmierć dotyczy nie tylko ciężko chorych, ale także tych, którzy za życia są już traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli – chorych psychicznie, niepełnosprawnych, bezdomnych, z niedorozwojem intelektualnym i fizycznym.

Bo jak twierdziła Bł. Matka Teresa z Kalkuty *Największą chorobą jest dzisiaj czuć się niechcianym, niekochanym, wyrzuconym poza nawias społeczeństwa*.

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

Dr n. med. Cecylia R. Łukaszuk

Dr n. med. Jolanta Lewko

Recenzja wydawnicza tomu IX *W drodze do brzegu życia*

Przedłożona mi do recenzji monografia pt.: *W drodze do brzegu życia* tom IX, pod redakcją prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak, dr n. med. Cecylii Reginy Łukaszuk, dr n. med. Jolanty Lewko, to opracowanie zbiorowe, które powstało przy udziale doświadczonego zespołu naukowo-dydaktycznego z wiodących ośrodków akademickich w kraju i w Europie.

Składa się z czterech rozdziałów: Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej, Śmierć społeczna, Wybrane zagadnienia opieki położniczo-ginekologicznej oraz Wybrane problemy wielodyscyplinarnej opieki nad chorym, łącznie 43 podrozdziały.

Wiodącą problematyką są problemy opieki paliatywnej i hospicyjnej dzieci i osób dorosłych, zagadnienia z zakresu psychoonkologii oraz związane z procesem umierania i śmiercią.

W monografii poruszane są także takie istotne zagadnienia, jak: problematyka niepłodności, macierzyństwa zastępczego w aspektach prawnych i etycznych, a także wybrane problemy z zakresu transplantologii. Bardzo interesujące są rozdziały dotyczące funkcjonowania chorych w zakresie bio-psycho-społecznym, a także jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w wybranych chorobach przewlekłych.

W przedłożonych mi do recenzji rozdziałach można znaleźć szeroką wiedzę na temat postaw pacjentów, personelu medycznego, a także studentów kierunków medycznych w różnych sytuacjach klinicznych.

Opracowanie zawiera szereg ważnych przemyśleń i refleksji, co jednoznacznie wskazuje, że nie można oddzielić humanistyki od medycyny.

Tom IX jest kontynuacją cyklu monografii pod jednobrzmiącym tytułem, ma charakter nowatorski, napisane jest w oparciu o aktualną, dobrze dobraną literaturę.

Przedłożoną mi do recenzji monografię oceniam w pełni pozytywnie pod względem merytorycznym oraz edytorskim.

Będzie ona z pewnością cennym źródłem wiedzy dla profesjonalistów z zakresu nauk medycznych oraz dziedzin pokrewnych, a także studentów kierunków medycznych.

*Prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii
UMK CM w Bydgoszczy*

Recenzja wydawnicza tomu IX *W drodze do brzegu życia*

Z dużym zainteresowaniem skupiłem się nad poszczególnymi podrozdziałami IX tomu monografii pod redakcją prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, dr n. med. Cecylii R. Łukaszuk, dr n. med. Jolanty Lewko pt. *W drodze do brzegu życia*, poświęconej najtrudniejszym zagadnieniom związanym z opieką medyczną.

Monografia składa się z czterech rozdziałów: Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej, Śmierć społeczna, Wybrane zagadnienia opieki położniczo-ginekologicznej oraz Wybrane problemy wielodyscyplinarnej opieki nad chorym.

Rozwój nauk medycznych, możliwości diagnostycznych pozwala na podjęcie wyzwań i leczenie pacjentów, którym jeszcze kilka lat temu nie dawano żadnych szans nie tylko na zdrowie, ale również na przeżycie. Ten niewątpliwy postęp rodzi jednak nowe problemy, z którymi muszą zmierzyć się osoby sprawujące opiekę nad ciężko chorymi pacjentami.

Decydowanie o momencie zakończenia uciążliwej terapii, zakresie opieki paliatywnej, resuscytacji noworodka urodzonego na granicy przeżycia pozostawia zawsze ślad w psychice osoby, która podejmuje taką decyzję. W związku z powyższym zwrócić uwagi na zagadnienia psychologiczne, bliskość w cierpieniu, zachowania wobec umierania i śmierci, wypalenie zawodowe jest bardzo ważne i cieszy, że dyskusja nad tymi problemami będzie miała miejsce w trakcie obrad. Opieka nad pacjentem w końcowym stadium choroby, czy pacjentem nieuleczalnie chorym, dotkniętym nieodwracalnym kalectwem wymaga głębokiej wiedzy. Nie wystarczają zachowania intuicyjne, czy dobre serce. Posiadanie wiedzy, umiejętności radzenia sobie w szczególnie trudnych sytuacjach rozwija empatię. Pozwala pełniej wspierać cierpiących i ich rodziny w pokonywaniu dolegliwości somatycznych, problemów emocjonalnych, duchowych, społecznych, a nawet socjalnych. Dlatego lektura tej interesującej monografii nie tylko skłania do refleksji, inspiruje, ale też pozwala zdobyć nową wiedzę, niezwykle pomocną w codziennej, często wypalającej pracy.

dr hab. n. med. Marek Szczepański
Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ



Józef Binnebesel¹, Piotr Krakowiak²,
Dominik Krzyżanowski^{3,4}, Agnieszka Paczkowska⁵

Cierpienie dzieci u kresu życia – Tanatopedagogiczne konteksty koncepcji dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego

Wstęp

Koncepcja cierpienia totalnego w ujęciu B. Winkler [1] była już wielokrotnie analizowana w kontekście cierpienia dziecka z chorobą nowotworową [2, 3, 4]. W niniejszym artykule ukazano natomiast inną stronę obrazującą problem cierpienia. Osobiste wypowiedzi chorych dzieci opisują złożoność procesów zmagania się z bólem. Dzieci i młodzież, bez upiększenia, metodologii i teorii naukowych, własnymi słowami, opowiadają o świecie przeżyć związanych z hospitalizacją i leczeniem przeciwnowotworowym. Zasadniczym celem artykułu jest uwypuklenie faktu, że poza bólem fizycznym, młodzi pacjenci przede wszystkim zmagają się z problemami natury emocjonalnej, psychologicznej i duchowej [5, 6, 7]. Problemy przedstawione przez pacjentów rozpatrywane są w ramach Teorii dezintegracji pozytywnej (ang. Theory of Positive Disintegration) Kazimierza Dąbrowskiego, w kontekście dwóch procesów, dezintegracji pozytywnej i negatywnej [8].

Rozwinięcie

Elementy dezintegracji negatywnej, o której pisał Dąbrowski, można zauważyć w przeżyciach emocjonalnych dzieci i młodzieży chorych onkologicznie. Odbierają one swoją rzeczywistość poprzez samotność, tęsknotę, poczucie winy, a wreszcie bunt i rozgoryczenie. Nie wiadomo, które z tych dzieci podejmie

¹ Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej I Nauk Społecznych w Łodzi

² Fundacja Lubię Pomagać w Gdańsku

³ Akademia Medyczna we Wrocławiu

⁴ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

⁵ Fundacja Hospicyjna w Gdańsku

próbę zrozumienia tej sytuacji z innej strony, spojrzenia szerzej na swoje życie, przededefiniowania życiowych wartości.

Podczas leczenia przeciwnowotworowego, jednym z głównych przeżyć młodych pacjentów jest poczucie pustki i głębokiego osamotnienia [7]. Poniższe wypowiedzi młodych ludzi są wyrazistym obrazem tych doznań [9]: *Czuję się osamotniony tutaj, nie taką samotnością, że nikogo tu nie ma, ale taką wewnętrzną, czuję się wewnętrźnie samotny, opuszczony. Czasami nawet, jak przychodzi matka z wujem, to tę samotność czuję jeszcze bardziej. To jest taka samotność moja, która jest tutaj. Krzysiu, z którym tutaj leżę, jak nie ma mamy, to płacze, jest smutny, ale jak przyjdzie, jest szczęśliwy, zapomina o tej swojej samotności. Ja nie mogę, ta samotność jest inna (Mariusz 16 lat), smutek mój jest pustką mojej duszy, jest przeżyciem pustki wewnątrz mnie (17-letnia Patrycja).* Podobnie o swojej samotności pisze w pamiętniku Joanna Drazba: *Nie mam już siły. Jestem za słaba. A nikt nie jest w stanie pomóc. Tak bardzo chciałabym, by ktoś tu teraz ze mną był. Czuję się samotna, opuszczona. A tyłu ludzi jest w domu. I nikogo nie ma ze mną. Cholera, jak mi przykro. Mamo, gdzie jesteś! Potrzebuję Cię. Tato, Błażej, co robicie? Przyjdźcie do mnie! Spytajcie, czy nie mam ochoty na towarzystwo. Przecież nie zadzwonię i nie powiem: niech ktoś ze mną będzie. Nikogo do niczego nie można zmuszać. Czuję się tak podle [10].*

Kolejną warstwą doświadczania samotności jest tęsknota, a także wątplenie w siłę swoich najbliższych [7]. Mówią o tym młodzi ludzie [9]: *chcę, by znowu mama była taka jak kiedyś. Ona tutaj jest często, ale to nie Ona, chcę, by było jak dawniej, tęsknię za moją mamą, za MOJĄ, a nie za tą, jaką jest teraz, tęsknię za nią, bardzo tęsknię, to jest czasami tak jakby jej nie było, tak za nią tęsknię, jak by tu wcale nie przychodziła. Czasami myślę, że może byłoby mi lżej, gdyby przychodziła rzadziej albo w ogóle, bo jak taka przychodzi to bardzo, bardzo tęsknię za nią (Marzena 13 lat).* Także trudne doświadczenia małego chłopca opisuje dr Bohdan: *kiedy mama przychodzi do mnie w odwiedzinach do szpitala, czuję się jakbym już nie żył ... patrzy na mnie z politowaniem, milczy, wyciera oczy ... wychodzi na korytarz ... to jakby śmierć przed śmiercią [11].*

Dzieci, usiłując zrozumieć swoją sytuację, często zatrzymują się na doświadczaniu poczucia winy. Obarczają siebie winą za chorobę uznając, że cierpienie jest karą za grzechy. Niejednokrotnie taka interpretacja rodzi w nich silny bunt i złość. Zobrazować to mogą poniższe wypowiedzi [9]: *Bo jak jest się niegrzecznym, to ma się karę (7-letnia Marysia).* 8-letni Krzysiek mówił: *Ja tu jestem, bo chyba Pan Jezus już ma mnie dosyć, bo jak mówi mama, jestem niewarty. (...) Z kolei Iwona, tak rozważała: Każdy z nas ma grzechy, ale szczególnie małe dzieci są niewinne, a Bóg zsyłając na nie raka, chce pokazać wszystkim: Patrzcie, za was muszą cierpieć najslabsi i niewinni, zróbcie coś z sobą. Chyba inaczej nie można wytłumaczyć tego, co tu się dzieje, bo jak inaczej wytłumaczyć to, że cierpi trzy- czy cztero-letnie dzieciątko. One i chyba my jesteśmy tutaj takim memento (17-letnia Iwona).* 18-letni Kamil w szczególnych słowach wyra-

ził swój gniew: *Bóg musi być cholernym gnojem i sadystą, ja nie jestem taki, by umierać na raka, za co to wszystko. Jak byłem tu zeszłym razem, to widziałam, jak przyszła na oddział 5-letnia dziewczynka, miała takie długie jasne włosy. (...) Mała źle znosiła chemię, potem jakieś trzy czy cztery tygodnie to trwało, jak ją dostawała i umarła. To tylko sadysta może to zrobić, taki Bóg musi być skurwysynem, skoro pozwala na to. Ja to wszystko pieprzę, mam w dupie takiego Boga. 8-letni Krzyś, gdy przyjechano do jego umierającego taty w czasie rozmowy powiedział: *Ja nie wiem co to jest ten rak. Koledzy się śmiali, że tata ma raka, bo tym można się chyba zarazić. Tato jest chory, bo ja byłem niegrzeczny w szkole, popychałem kolegę* [12].*

Szerszą interpretację istnienia bólu opisuje dwoje nastolatków wypowiadając się o kondycji ludzkiej i funkcjonowaniu świata [9]: *cierpimy, bo wszystko wokół jest nie w porządku. Bóg zsyłając na nas chorobę pokazuje, że kara jest nieunikniona i spotkać może każdego* (Krzysztof 18 lat), *jak nie mieć dość, gdy się na to wszystko patrzy. Wszyscy kradną, klamią. Świat jest parszywy, tylko kasa, władza. Śmierć przy tym wszystkim jest czysta, zmywa te wszystkie brudy i oddala, są one już poza tobą, nie dotyczą cię i nie wkurzają. Jesteś wolny, nie cierpisz już. (...) Mam nadzieję, że po śmierci nic nie ma. Bo jak będzie jakiś tam raj, jak jest Bóg, to nawet on nie dopilnuje tego, by po śmierci, w tym raju ludzie nie robili sobie świństw. Dlatego jestem ateistką, wolę wierzyć, że tam nic nie ma, bo ludzie z natury są parszywi i jakby żyli po śmierci, to by coś wymyślili, by upokorzyć drugiego, by go zranić. Wierzę, że śmierć jest ostatecznym końcem wszelkiego cierpienia* (Ewa 17 lat).

Poza szukaniem przyczyn choroby w kategoriach winy i kary, wiele dzieci próbuje poradzić sobie z traumą choroby poprzez dezintegrację samego siebie i świata. Swoją przyszłość widzą w taki oto sposób [9]: *Po co to wszystko, dla starych? Pieprzę ich, chcę spokoju, mam to w dupie, pieprzę takie życie, pieprzę wszystkich, pieprzę siebie, gównu, gównu, gównu to wszystko* (Iwo 16 lat). *Nie wiem, jak to będzie, jak stąd wyjdę, nie wiem, czy poradzę sobie. Choroba mnie zmieniła, nie wiem czy będę umiał żyć normalnie, nie wiem, czy sprostim tym wszystkim wymaganiom* (17-letni Grzegorz). Z kolei 7-letni Wojtek: *ja już zawsze będę taki, ja już do końca życia nie będę mógł grać i bawić się, bo kto będzie się chciał kolegować z chorym na raka, kto, no kto?*

Bolesny obraz przytoczonych słów, buntownicze nastawienie młodych ludzi, niekiedy mogące budzić zgorznienie w świecie dorosłych, jest niestety wyrazem autentycznych odczuć chorych dzieci. W taki sposób odbierają one rzeczywistość wokół siebie. Można zadać sobie pytania: z czego wynika taki rodzaj odczuwania choroby, czy ktoś próbował w odpowiednim momencie wesprzeć młodych ludzi w ich cierpieniu, jak wspierać dzieci chore? Chcąc pomóc młodym pacjentom przezwyciężać obawy i nastawienie, trzeba najpierw postarać się zrozumieć ich indywidualne potrzeby rozwojowe. Pewną podpowiedzią może służyć ogólna klasyfikacja zawarta w poniższej tabeli [11, 13, 14]:

Okres rozwojowy dziecka	Rozwój potrzeb	Możliwość pomocy
0–2 lata (małe dziecko)	Potrzeby biologiczne	Towarzyszenie (obecność), kontrola objawów
2–5 lat (dziecko w wieku przedszkolnym)	Potrzeby kontaktu i zabawy, potrzeby społeczne (egocentryzm dziecięcy)	Obecność bliskich (towarzyszenie), optymalna kontrola występujących objawów, obniżanie poczucia lęku i strachu
6–10 lat (dziecko w wieku szkolnym)	Potrzeby własnej wartości (silna potrzeba akceptacji), silna potrzeba nieustannej zabawy i ruchu, potrzeba miłości i szczerzej rozmowy	Umiejętne przyjmowanie skrajnych emocji, odpowiedzi na stawiane pytania, obecność (towarzyszenie), kontrola objawów, zapewnienie, że dziecko jest kochane i nie zostanie opuszczone
11–18 lat (dziecko w wieku szkolnym oraz w okresie adolescencji – dorastania)	Potrzeby prospołeczne, potrzeby duchowe, potrzeby samorealizacji, potrzeba bycia „dorosłym”, potrzeba prawdy na temat swojego zdrowia i szczerzej rozmowy.	Częste rozmowy, obecność (towarzyszenie), przestrzeń na wyrażanie emocji, wsparcie, kontrola objawów, duża rola grupy rówieśniczej. Dzieci są świetnymi obserwatorami – szybko wyłapują kłamstwa i sztywności w rozmowie. Dzieci oczekują na dotrzymanie danego im słowa.

Przeciwwagą, innym biegunem doświadczeń młodych, cierpiących pacjentów, mogą być przykłady wypowiedzi, w których zauważyć można pozytywną interpretację doświadczanych trudności. Jest to rodzaj transgresji, doświadczanej poprzez cierpienie [9]: *Nie wiem, czym jest cierpienie, ale wiem, że pomimo tego, że nikt go nie chce, to jest jakimś wyznacznikiem mnie samego. Zawsze mi te słowa się podobały, ale nigdy ich nie rozumiałem. One tak mądrze brzmiały, jak je kiedyś usłyszałem. Teraz, gdy tu jestem to je zaczynam rozumieć. To nie jest tak, że się cieszę, ale widzę, widzę inaczej. Sorki, że to tak patetycznie, ale ono mnie zmienia* (Jarek 17 lat). Natomiast 16-letnia Ewa tak opisywała swoje przemyślenia: *Kiedy znalazłam się tutaj, dopiero zaczęłam poznawać siebie. To nawet nie to, że zobaczyłam, jak reaguję na ból, wypadanie włosów, wymioty – strasznie to znoszę. Chyba jestem okropną pacjentką, ale zaczęłam inaczej patrzeć na wszystko (...) jestem inna, nie wiem czy lepsza, bo to bzdura, jeśli ktoś tak myśli, że jeśli ktoś jest chory to się staje lepszy. To nie choroba zmienia, ale zmienia to wszystko, czego się doświadcza, zmienia ta chole..., przepraszam, ta inność, to, że nagle wszystko się odwraca, dla mnie jest to rak, dla innych miłość, ale taka prawdziwa. (...) Wie pan, kiedyś mama mnie, powiem, że denerwowała, teraz jak jest tu ze mną, widzę ją inaczej. Chyba jej bardziej współczuję niż sobie. Przestałam myśleć tylko o sobie. Wie pan, chyba po raz pierwszy tak naprawdę powiedziałam jej, że ją kocham. Kurwa, jakie to jest pojebane, że ma-*

jąc raka i wiedząc, że ma się przed sobą kilka tygodni, człowiek umie pokochać swoją matkę. Na początku to byłam wściekła na wszystkich, nawet na nią, ale gdy przyszła i usiłowała spokojnie ze mną porozmawiać i widziałam, jak się broni przed wybuchnięciem płaczem ..., pamiętam, chyba pierwszy raz tak naprawdę się do nie niej przytuliłam, po raz pierwszy razem ryczałyśmy, nic nie mówiłyśmy, byliśmy po raz pierwszy z sobą.

Przeżywanie cierpienia i nadanie mu pozytywnej i pożytecznej roli w życiu Dąbrowski nazywał trzecim czynnikiem: „gdzie osoba dokonuje świadomego wyboru określonych wartości (...)” [8]. Jest to zdolność do autokreacji, wyraz niezgody na zastaną sytuację i doskonalenie dotychczasowego systemu wartości dzięki przezywanemu napięciu psychicznemu. Świadome przyjęcie postawy poszukującej wartości, dodanej w doświadczeniu cierpienia opisuje, w wyczerpujący sposób m.in. 17-letnia Monika [9]: *Nie miałam wyboru – zachorowałam, ale teraz muszę coś z tym zrobić. To nie jest tak, że choroba jakoś mnie zmieniła, ale musiałam dokonywać wyboru innego niż przedtem (...) Źle się czuję, w ogóle źle znoszę chemię, ale nauczyłam się cieszyć małymi rzeczami. Zmieniłam się, muszę się sobie podobać z zaczerwienioną skórą po napromieniowaniu, muszę akceptować to, że wyglądam jak wyglądam i że czuję się źle. Jeśli tego nie zaakceptuję, to nie wytrzymam. Rak to ważniejsze problemy niż wygląd, rak to walka o życie, a je trzeba kochać, żeby o nie walczyć. Tego się nauczyłam. Znacznie młodszy od Moniki, 7-letni Krzysiu, prosto, ale jakże wzruszająco opisuje swój sposób na zmaganie się z cierpieniem: *Ja nie chcę mieć raka i nie chcę umrzeć, jednak mam go i chyba nie jest ze mną dobrze, ale to nic. To nie jest nic, bo jest dobrze, ale ja tutaj mam mamę. Mama nigdy nie była ze mną tak długo, nie krzyczy i nawet, jak już Ona też wie, że nie jest dobrze, (...) Ja się boję jak, jak będzie jeszcze gorzej niż jest teraz, ale teraz nie, teraz cieszę się, że jest mama i że jak będzie źle, będzie ona i będzie pan i moja doktórka, przecież mówiliście, że nie zostawicie mnie. Teraz szkoda czasu, teraz chcę być z mamą i nie chcę myśleć, że jest źle. Wręcz wzruszająca sytuacja została przedstawiona przez rodziców 6-letniego „rycerza” Antka po wizycie zaprzyjaźnionego księdza: *Ksiądz powiedział, że każdy mój ból mogę podarować Panu Jezusowi – podekscytowany tłumaczył potem rodzicom. Dał mi krzyżyk. Malutki drewniany krzyżyk w zaciśniętej piąstce wędrował z Antkiem do kolejnych pokoi zabiegowych. Wklucie, cewnik, sonda. Antek całował krzyżyk. *Jezu, ufam Tobie!* – wołał [15].***

Powyższe opisy nie są wolne od lęków, bólu, rozpacz. Tym jednak, co odróżnia je od wypowiedzi z pierwszej części artykułu, to zauważanie pozytywnych skutków trudnej sytuacji. Dąbrowski [8] pisze, że dezorganizacja pozytywna może uruchomić się w różnych okolicznościach, także poprzez doświadczenie poważnych stresów. Chociaż autor zaznacza również, że na negatywny charakter dezintegracji bardziej narażone są osoby przewlekle chorujące somatycznie. Lęki, obawy, refleksja, zawiedzenie się na sobie, będące oznakami cierpienia, mogą być jednak sygnałami rozwoju. Trudne życiowe sy-

tuaże mogą powodować rozwój życia wewnętrznego, wzrost samoświadomości i wzrost duchowy. Rozpoczęcie drogi dezintegracji pozytywnej nie wyklucza doświadczania silnego lęku czy chaotyczności rozważań. Jak odróżnić wobec tego dezintegrację pozytywną od negatywnej? Otóż należy analizować rezultaty dezintegracji w szerszej perspektywie, obejmując dłuższe ramy czasowe: „Dezintegracja typu pozytywnego wzbogaca całe życie jednostki, rozszerza horyzonty myślowe i uczuciowe, może stać się motorem twórczości. Ma ona natomiast charakter negatywny, jeżeli nie daje efektów rozwojowych, albo, jeżeli powoduje ich inwolucję” [8]. Objawami negatywnego charakteru reorganizacji może być opóźnienie realizacji celów, brak tendencji do przekształcania się, ugruntowana regresja, sztywność działania, brak zachowań twórczych.

Zakończenie

Przedstawione dwa światy przeżyć dzieci w doświadczaniu swojej choroby, prowokują do postawienia szeregu pytań: o przyczyny tak różnych reakcji emocjonalnych; o sposoby ograniczania cierpienia; o możliwości wspierania dziecka w pozytywnym charakterze dezintegracji? Jedną z wielu odpowiedzi na tak stawiane pytania, może być to, co zawarł Dąbrowski w Karcie Zasad i Zadań Higieny Psychiczej [16]. Podkreśla tam, by wykorzystywać zainteresowania i potrzeby pacjentów celem poprawiania ich zdrowienia oraz wspierania dalszego rozwoju. Zaznacza także, by w chorobach wymagających dłuższego leczenia, stwarzać pacjentowi takie warunki, by mógł „żyć życiem ludzkim”, w relacji z „najbliższym otoczeniem”. Tak ujęte wsparcie może być realizowane w bardzo różny sposób. Dzieci opisują swoje najważniejsze wsparcie w chorobie następująco [9]: *Mamy często nie ma, bo jest z Kubusiem, ale ja wiem, że zawsze myśli o mnie (Ewelina 8 lat). Mama i Tata nie mogą być ze mną cały czas tutaj. (...) wiem, że gdy będę tego tak naprawdę potrzebować, to rzucę wszystko, żeby być ze mną. Już raz tak było, gdy miałam tą zapaść przyjechali, byli ze mną i jak się wybudziłam to pierwszą rzeczą, jaką widziałam, to twarz mamy i potem zobaczyłam ojca. Nie zawiedli mnie, ale musiałam się dopiero tego dowiedzieć na krok od śmierci. Tak normalnie, gdy byłam w domu, nie myślałam tak o nich. Wiem, że mnie nie zawiodą, wiem, nie umiem im tego powiedzieć, ile to dla mnie znaczyło, że wtedy pomimo wszystkich kłopotów, byli przy mnie (Joanna 16 lat).*

Każdy z pacjentów jest inny, ma za sobą swoją historię życia, uwarunkowania wewnętrzne. Jednakże trzeba i można wspierać młodych, chorych ludzi w przezwyciężaniu trudności i adaptowaniu się do własnego życia poprzez tworzenie z nimi terapeutycznej relacji, okazywanie szacunku słuchając uważnie, zapewniając im godne warunki leczenia i życia w chorobie.

Piśmiennictwo

1. Winkler B.: Ból nowotworowy jako zjawisko somatopsychiczne. B. Siwek (red.): Problemy medycyny paliatywnej w zarysie. KUL, Lublin, 1996.
2. Binnebesel J.: Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową – aspekt pozamedyczny. WN UMK, Toruń, 2000.
3. Binnebesel J.: Dziecko w obliczu śmierci. J. Bąbka (red.): Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia. Żak, Warszawa, 2004.
4. Binnebesel J.: Kamil a droga cudu w tryptyku doświadczania śmierci Jana Pawła II. Cz. Kustra (red.): Wdzięczność i zobowiązanie. Myśl Jana Pawła II źródłem inspiracji współczesnego środowiska akademickiego. WN UMK, Toruń, 2009.
5. Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym. Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P. (red.), Via Medica, Gdańsk, 2009.
6. Krzyżanowski D., Śniechowska-Krzyżanowska E., Fal A. M. Dziecko wobec śmierci. A. Steciwko, D. Kurpas, L. Sochocka (red.): Dziecko i jego środowisko. Wyzwania pediatrii w XXI wieku – choroby przewlekłe u dzieci. Continuo, Opole, 2009.
7. Binnebesel J.: Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów. WN UMK, Toruń, 2003.
8. Dąbrowski K.: Dezintegracja pozytywna. PIW, Warszawa 1979.
9. Badania własne, Binnebesel J., 2000–2008.
10. Drażba J.: Za parawanem powiek. Media Rodzina, Poznań, 1999.
11. Bohdan Z.: Czy można dzieciom mówić o śmierci. J. Pyszkowska (red.): IX Konferencja Naukowa. Opieka hospicyjna – jak odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Częstochowa, 2005.
12. Materiały niepublikowane, Krzyżanowski D., 2008.
13. Rogiewicz M.: Problemy psychologiczne w opiece paliatywnej dzieci i młodzieży. M. Krajnik, M. Rogiewicz (red.): Opieka paliatywna. WU AM, Bydgoszcz, 1998.
14. Samardakiewicz M.: Psychologiczne aspekty dziecka w obliczu śmierci. Zagadnienia etyczne w opiece paliatywnej. A. Biela (red.): Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. KUL, Lublin 1996.
15. Dzieje Rycerza Antka. Opus Dei w Polsce 2011. Pobrano dnia 18,01,2011, z sieci www: <http://www.opusdei.pl/art.php?p=27833>.
16. Dąbrowski K.: Karta Zasad i Zadań Higieny Psychiczej. Materiały promocyjne Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej, 1984.

Zygmunt Pucko¹

Archetyp Hioba ideałem postawy dla dzieci chorych na nowotwory – polemika z pewną koncepcją złudzenia

Jak wiadomo, *Księgę Hioba* komentowano w naszym kręgu kulturowym w każdej epoce, niezależnie od typu jej intelektualnej atmosfery. Również współcześnie zmusza ona do refleksji teologów, jest wyzwaniem dla filozofów, źródłem inspiracji dla pisarzy, natchnieniem dla poetów i artystów. W ostatnich kilku dekadach zafrapowała nawet przedstawicieli sztuki leczenia oraz niektórych pedagogów. Zainteresowanie pedagogów tematyką *Księgi* jest niewątpliwym *novum*, ponieważ dotychczasowy dyskurs toczony wokół niej skupiał się na dociekanium sensu cierpienia, ale tylko doświadczanego przez człowieka dorosłego. Kwestii cierpienia dzieci raczej nie omawiano w kontekście tego biblijnego poematu, pomimo że sprawa celowości bolesnych doznań dzieci, ich umierania i śmierci od dawna zaprzętała umysły wielu koryfeuszy filozofii i literatury pięknej.

Cierpienie dzieci ujęte w horyzoncie *Księgi Hioba* pojawiło się w literaturze zaledwie jakiś czas temu, między innymi, za sprawą M. Zattoni i G. Gilliniego. Pokłosem ich rozważań jest mini traktat pod tytułem *Historia Hioba i jak Kuba bardzo cierpi, ale żaden przyjaciel nie prawi mu kazań*. O oryginalności rozprawy przesądza nie tylko inny jej adresat, lecz również prostota języka. Głównym odbiorcą utworu jest starsze dziecko chorujące na nowotwór. Dopiero w dalszej kolejności autorzy traktatu zwracają się do czytelnika dorosłego: rodziców, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, kapelanów i wolontariuszy. Szata językowa natomiast utworu daleka jest od hermetycznej zawilgości oraz wolna od abstrakcyjnych. Język jest klarowny, łatwo przyswajalny i emanuje emocjonalnym ciepłem.

W swym dziele Zattoni i Gillini próbują zwrócić uwagę na przydatność archetypu Hioba do osiągnięcia wymiernych korzyści natury filozoficznej, pedagogicznej oraz terapeutycznej. Pożytek pedagogiczny biblijnego pierwowzoru przejawia się w ideale postawy wobec przeżywanej traumy. Dobrodziejstwo filozoficzne archetypu ewokowane jest niemożnością wytłumaczenia nadmiaru ludzkiego cierpienia. Użytek terapeutyczny archetypu zawiera się natomiast

¹ Zakład Pedagogiki Medycznej Collegium Medicum UJ

w unaocznieniu niewłaściwych reakcji osób towarzyszących człowiekowi przyniesionemu jarzmem nieszczęścia. Ambicji tej podporządkowana została w całości kompozycja, fabuła oraz treść dzieła.

W pierwszej części książki jej autorzy przedstawiają uproszczony obraz *theatrum* cierpienia Hioba. Opis jego tragizmu dostosowany został do wieku i poziomu percepcji dziecka. W drugiej zaś części, Zattoni i Gilliani charakteryzują sylwetkę głównego bohatera. Jest nim radosny chłopiec, zawsze pełen niezwykle pomysłów. Dzięki temu posiadał mnóstwo przyjaciół i był przez nich wszystkich lubiany². Oprócz radości życia bohater jest dzieckiem uprzejmym o nienaganych manierach. *Z nikim się nie kłócił, a jeżeli już wybuchła sprzeczka, potrafił od razu ją złagodzić. Dlatego wszyscy szukali jego towarzystwa*³. Miał zatem w sobie niewinną pogodę ducha i inklinacje do harmonijnego porządkowania przestrzeni swego istnienia. Można przypuszczać, że autorzy utworu obdarzyli swego bohatera takimi właśnie cechami, aby bardziej upodobnić go do Hioba i tym samym silniej podkreślić kontrast między prawością człowieka a niesprawiedliwością losu.

Ta okrutna dysproporcja ujawnia się w chwili apogeum dziecięcego szczęścia, na które nagle kładzie się cień tragedii. Energiczny dotąd chłopiec zaczyna najpierw słabnąć, stopniowo tracić zdrowie, a wraz z nim szereg istotnych dla siebie wartości. Rzeczy, które wcześniej znajdowały się w zasięgu jego ręki teraz stają się nieosiągalne. Po wykonaniu wstępnych badań medycznych chłopiec dowiaduje się o rozpoznaniu raka kości. Aliści seria złych wiadomości na tym się jeszcze nie kończy, gdyż diagnoza oznacza zapowiedź nadejścia kolejnych smutnych wieści i bolesnych przeżyć. Wkrótce chłopcu oznajmiono o śmiertelnym zagrożeniu ze strony choroby, konieczności amputacji stopy, wykonania zabiegu chirurgicznego pod narkozą oraz poddania się chemioterapii. Czarną listę ciągu hiobowych nowin zamyka informacja o potrzebie długotrwałej rekonwalescencji w szpitalu i weryfikacji dotychczasowego sposobu bycia w świecie.

Niewątpliwie taki gatunek wiedzy dostarczanej w krótkich odstępach czasu jest trudny psychicznie do udźwignięcia nawet przez człowieka o dużym bagażu życiowych doświadczeń. Dla dziecka zaś jest ona źródłem paraliżującego wstrząsu, uznawanego przez specjalistów za pierwszą fazę cierpienia wszechogarniającego, którego nadmiar oddziałuje niszczącą siłą we wszystkich komponentach.

Wprawdzie o wpływie totalnego cierpienia na poszczególne składowe dziecka sporo już napisano, jednakże ze względu jaśniejszego zobrazowania hiobowego położenia młodego pacjenta warto przypomnieć niektóre wywołane nim skutki. Pomocna w tym przedsięwzięciu jest choćby publikacja *Opieka nad*

² M. Zattoni i G. Gilliani, *Historia Hioba i jak Kuba bardzo cierpi, ale żaden przyjaciel nie prawi mu kazań*, Kraków 2002, s. 18.

³ Tamże, s. 18.

dzieckiem i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pióra J. Binnebesela, który klarownie uporządkował rezultaty dociekań innych autorów parających się tą kwestią.

Z przytoczonego źródła wynika, że przyczynami różnorodnego bólu fizycznego są zarówno reakcje organizmu na przebieg choroby, jak i konsekwencje działań diagnostyczno-terapeutycznych. Może do nich należeć, np. zakładanie drenów i cewników, ból pooperacyjny lub ból fantomowy⁴. Bolesne skutki w komponencie somatycznym ma też chemioterapia, która powoduje zawroty głowy, mdłości, wymioty, zmiany skórne, wypadanie włosów, zaburzenia wzrostu, stałą lub czasową bezpłodność. Chemioterapia pociąga za sobą także ryzyko śródmiąższowego zapalenia płuc, stanów zapalnych jelit, częste infekcje wirusowe, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie kłębków nerwowych⁵. Niekiedy jej rezultatem są wtórne nowotwory.

Doznania dzieci w wymiarze biologicznym ściśle łączą się z ich sferą emocjonalną. Szczególnie traumatycznym przeżyciem jest dla nich operacja z narkozą. Dzieci boją się jej, ponieważ nie mają pewności czy po niej jeszcze się obudzą. Lękiem napawa je niewiedza dotycząca tego, co będzie z nimi się działo podczas operacji. Niejednokrotnie obezwładnia je lek przed trwałym okaleczeniem i świadomość utraty fizycznej atrakcyjności.

Stąd, między innymi, bierze się ich cierpienie w obszarze społecznym, ponieważ kiedy widzą, jak przeformułowaniu ulega ich sytuacja w rodzinie narasta w nich lęk przed odrzuceniem, izolacją od przyjaciół, zamknięciem w szpitalu⁶. Poczucie osamotnienia społecznego wytlumia życiową energię dziecka i rodzi w nim uczucie smutku.

Smutek z kolei ma tendencję do zawężania pola percepcji, gdyż często skupia myśli dziecka na jakimś jednym wątku lub paru wiodących tematach. Zazwyczaj jest to rozważanie kwestii sensu cierpienia, własnego umierania oraz okoliczności z nim związanych. Ciemny koloryt smutku pogłębia lęk tanatyczny i dokuczliwy brak osób, którym dzieci mogłyby zaufać i opowiedzieć o swych rozterkach.

Naturalnie, powyższa dystynkcja ma charakter czysto formalny. W realnej sytuacji taki podział raczej nie występuje, ponieważ cierpienie w wymienionych komponentach stanowi odmienny atrybut tego samego doświadczenia. Przy okazji należy podkreślić, że cierpienie dziecka jest nie tyle jego reakcją uczuciową na zło uderzające w nie z zewnątrz, ale jawi się w kategoriach wrogiej życiu siły, która wykluwa się wewnątrz struktury bytu. Na podstawie naocznej obserwacji oraz licznych relacji chorych na raka dzieci można zaryzykować przypuszcze-

⁴ J. Binnebesel, *Opieka nad dzieckiem i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu*, Toruń 2003, s. 24.

⁵ Tamże, s. 26.

⁶ Tamże, s. 125.

nie, że inwazja owej niszczycielskiej mocy rozbija ich byt na drobne kawałki, unicestwiając jego istotę i istnienie.

Jeśli powyższe domniemanie jest prawdopodobne, wówczas mamy do czynienia z sytuacją, w której nadmiar cierpienia przetwarza byt dziecka w obcą mu rzeczywistość i zatapia ją w magmie znieruchomiałego czasu. Tym, co subiektywnie dziecko odczuwa w zastygłym trwaniu teraźniejszości jest powtarzalność tego samego bólu odsłaniającego przed dzieckiem otchłań nicości. Wtedy nawet krótkie interludia znieczulenia cierpienia są w istocie piekłem oczekiwania na powrót kolejnych tortur.

M. Zattoni i G. Gilliniego nie interesują jednakże ontyczne aporie, ani kwestia indywidualnego przeżywania zjawiska temporalności. Zrezygnowali oni także z naturalistycznego opisu cierpienia dziecka. Tymczasem brak pewnej dozy weryzmu w deskrypcji tego zjawiska pozbawia go tragicznego wydźwięku. Jako że taki sposób wyrazu cierpienia nie przychodzi na myśl treści związanych ze nicestwieniem bytu czy całkowitą bezradnością, ale sugeruje jakoby było ono czymś w rodzaju trudnej przygody, której dziecko może podołać.

Lektura dzieła pozwala wnosić, iż chore na nowotwór dziecko jest w stanie udźwignąć ciężar swego cierpienia, wtedy gdy przyjmie wobec niego określoną postawę. Jej ideał Zattoni i Gillini dostrzegli w stereotypie człowieka „cierpliwego”, którego kwintesencję na gruncie myśli zachodnioeuropejskim wyłożył w traktacie *O cierpliwości* św. Augustyn⁷. Zdaniem tego filozofa przejawia się ona w poddaniu Hioba podwójnej próbie i wyartykułowaniu jego niezłomności. Hiob, jak wiadomo z obu prób wychodzi zwycięsko, ponieważ pozostaje *nieugięty dzięki mocy cierpliwości i niezwyciężony dzięki sile pobożności. Zanim bowiem jego ciało doznało cierpień, stracił wszystko, co posiadał, aby duch przed męką swego ciała złamał się na skutek utraty tych dóbr, które ludzie zazwyczaj wysoko cenią, i aby po ich utracie powiedział coś przeciwko Bogu*⁸.

Bohater Zattoni i Gilliniego relewantnie do pierwowzoru jest heroicznie cierpliwy. I chociaż jest dzieckiem, to jednak cierpi z zaciśniętymi ustami i mężnie powstrzymuje łzy żalu⁹. Nie skarży się oraz nie narzeka. W jego postawie nie widać żadnych śladów buntu przeciw rażącej bezcelowości cierpienia. Przyznać trzeba, że zalecanie takiej postawy choremu dziecku jest nader zastanawiające. Tym bardziej, że od dawna szerokie grono myślicieli dostrzega w archetypie „cierpliwego” raczej adaptacyjne poddaństwo cierpieniu lub formę ucieczki w ideę ofiarę, niżli przejaw męstwa. W ramach uzasadnienia swej tezy wielu z nich wskazuje na tkwiące w owej postawie niebezpieczeństwo zagrażające człowiekowi radykalnym obniżeniem jego rangi¹⁰. Pozycję ludzkiego podmiotu z jed-

⁷ G. Ravasi, *Hiob*, Kraków 2004, t. 1, s. 112.

⁸ Św. Augustyn, „Cierpliwości”, XI, w: *Vox Patrum*, 1999, R. XIX, nr 36–37.

⁹ M. Zattoni i G. Gilliani, *Historia Hioba...*, s. 25.

¹⁰ J. Lipiec, „Fenomenologia cierpienia”, w: J. Lipiec, *Koło etyczne*, Kraków 2005, s. 95.

nej strony pomniejsza uwięzienie rozumu w sztywnych granicach wyczerpanego schematu pojęciowego oraz narzucenie mu prawdy rzekomo niezmiennej i raz na zawsze już ustalonej. Z drugiej natomiast strony ma prowadzić do przytępienia ludzkiej wrażliwości na cierpienie, a niekiedy nawet do zapadnięcia się w psychiczną pustkę oraz w stan odrętwienia¹¹.

Preferencja takiego kanonu jest również niezrozumiała z punktu widzenia sztuki leczenia. Wszak mądrość tej subtelnej materii zaleca chorym dzieciom uwalnianie tłumionych przeżyć i swobodną ekspresję uczuć. Odwołanie się autorów rozprawy do tradycji św. Augustyna oraz uznanie go za wystarczający autorytet, pomimo istnienia obok niego przeczących mu racji innych myślicieli jest nieuprawnione. Aby nie pozostawiać tej konstatacji bez uzasadnienia należy przywołać kilka dowodów. O stereotypie „cierpliwego” z dezaprobatą wyrażał się np. S. Kierkegaard, który w *Powtórzeniu i Przedmowach* swój pogląd tłumaczył tak zwanym *argumentum ex silentio*¹². Argumentem Duńczyka usprawiedliwia swe stanowisko J. Miles¹³. Z kolei L. Szestow upatruje bunt Hioba nie w jego milczeniu, lecz przede wszystkim w krzykach bólu¹⁴. Zdaniem zaś K. Jaspersa konieczne jest przełamanie schematu św. Augustyna i wyprowadzenie dyskursu na otwarty horyzont niepokornej myśli¹⁵. Współczesny hiszpański myśliciel F. Chirpaz w rozprawie *Księga Hioba. Poemat o nadziei* mówi o zgorszeniu skandalem cierpienia, lamencie oraz nadziei¹⁶. Poza kanoniczne granice stereotypu wychodzi również francuski antropolog kultury R. Girard¹⁷, który dostrzega w Hiobie nie tyle „cierpliwego”, ile bezradną ofiarę społecznej przemocy.

Śmiałość Zattoni i Gilliniego do pewnego stopnia może tłumaczyć przypuszczenie, że w ich zamyśle lansowanie tego typu postawy jest osobliwą formą polemiki z pesymistycznymi poglądami na temat cierpienia dzieci. Albo stanowi prowokację do dyskusji o roli dziecka i granicach jego autonomii w obliczu doświadczanego cierpienia. Ku takiemu życzliwemu domysłowi skłania rys podmiotowej niezależności bohatera opowieści w jego samodzielnych poszukiwaniach odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia.

Gwoli ścisłości trzeba zaznaczyć, że w tej kwestii autorzy opowieści zachowali nieco większą dozę powściągliwości. Wprawdzie, z niektórych zdań dzieła przebija substrat idei objaśniającej sens cierpienia w kategoriach próby, to jednak w ostatecznym rezultacie nie wedle niego bohater tłumaczy swoje nieszczęście. Zattoni i Gillini słusznie zrezygnowali z tego klucza interpretacji, ponieważ ów

¹¹ Tamże, s. 95.

¹² S. Kierkegaard, *Przedmowy*, Warszawa 2000, s. 112.

¹³ J. Miles, *Bóg. Biografia*, Warszawa 1998, s. 379.

¹⁴ L. Szestow, *Gnoza a filozofia egzystencjalna*, Warszawa 1990, s. 23.

¹⁵ K. Jaspers, *Wiara filozoficzna wobec objawienia*, Kraków 1999, s. 426.

¹⁶ F. Chirpaz, *Księga Hioba. Poemat o nadziei*, Poznań 1999, s. 42.

¹⁷ R. Girard, *Dawna droga, którą kroczyli ludzie niegodziwi*, Warszawa 1992, s. 21.

manewr ochronił ich tekst przed zarzutem powtórzenia metafizycznego i moralnego skandalu. Wszak od czasu ogłoszenia drukiem prac Woltera oraz I. Kanta wiadomo, że uroszczenia zwolenników idei próby zostały zdezawuowane i definitywnie uchylone¹⁸.

Nic przeto dziwnego, iż bohater dzieła stojąc na gruncie sceptycyzmu poznawczego odrzuca wszelkie apologie cierpienia i nie zadowala się żadną teodyceą. Jest nieufny także wobec rozwiązań oferowanych bohaterowi przez etyczny racjonalizm, który bagatelizuje skutki traumy i próbuje zarazić cierpiącego płytkim optymizmem. Duchem etycznego racjonalizmu emanują zwłaszcza próby pocieszenia bohatera podjęte ze strony jego siostry oraz opiekującego się nim pielęgniarza. I chociaż te osoby w dobrej wierze starają się pokrzepić bohatera, tym niemniej ich konsolacje brzmią dla niego upiornie pusto i kłamliwie¹⁹. Łatwo zauważyć, że obie te postacie w opowieści mają przypominać przyjaciół Hioba oraz ich czcze pouczenia, którymi chytrze nadawali złu znamiona dobra oraz gładko rozwiązywali zasupłane klącze filozoficznych dylematów.

Porady rzekomych „ekspertów” od spraw cierpienia irytowały Hioba i tak samo wprawiały w zakłopotanie bohatera książki. Jego konfuzja zdaje się być wprost proporcjonalna do stopnia mistyfikacji cierpienia. Zdezorientowany oraz spragniony prawdy bohater wzorem Hioba wkracza na intelektualne bezdroża i samotnie błąka się po nich w poszukiwaniu odpowiedzi na nurtujące go pytanie *Dlaczego?* Od tej pory jego myśl dryfuje po nieznanach sobie terytoriach bez możliwości zakotwiczenia się w czymkolwiek. Wszelkie rezultaty jej częściowego poznania szybko się zmieniają i przeobrażają z jednej postaci w drugą. Można odnieść wrażenie, że bohater zмага się z jakimś enigmatycznym uniwersum przekraczającym zdolności ludzkiego pojmowania. Stąd jego wszystkie filozoficzne zmagania w rezultacie kończą się fiaskiem.

Na podstawie tekstu niepodobna rozstrzygnąć czy w cierpieniu bohatera kryje się w ogóle jakikolwiek sens? Z całej wymowy dzieła można wnosić jedynie, że jego autorom bliskie jest rozumienie cierpienia w znaczeniu tajemnicy. Niewątpliwie nastawienie do cierpienia jako tajemnicy pozwala widzieć w nim fenomen otwarty na różnorodne interpretacje. Termin tajemnica usprawiedliwia równocześnie utrzymanie *continuum* filozoficznych zmagania. Wszak zakres semantyczny wyrazu tajemnica komunikuje, między innymi, o zaszyfrowaniu w czymś jakiejś informacji, do której można dotrzeć po złamaniu jej kodu.

Jednakże z ujęcia cierpienia w kategoriach tajemnicy wcale jeszcze nie wynika, że szyfr zawiera wystarczająco silne przesłanki skłaniające do jego cierpienia. Tymczasem autorzy utworu napisali jego epilog w taki sposób, że wymyślony przez nich bohater dąży do pogodzenia się z *brutum factum*. W zakończeniu

¹⁸ I. Kant, „O niepowodzeniu wszelkich prób filozoficznych w przedmiocie teodycei”, w: T. Kroński, *Kant*, Warszawa 1966, s. 196–200.

¹⁹ M. Zattoni i G. Gilliani, *Historia Hioba...*, s. 28.

bohater wiecie wewnętrzny dialog ze Stwórcą, w którym prosi Go o udzielenie mu zrozumienia szaleństwa nadmiaru cierpienia, błaga o siłę do akceptacji dziejącego się w jego życiu zła oraz apeluje o restytuowanie zburzonego porządku.

Zwieńczenie dzieła, podobnie jak epilog *Księgi Hioba*, ma zdaje się sugerować ocalenie mądrości ludzkiej istoty zgnębionej nieszczęściem oraz ochronić Stwórcę przed zarzutem braku kontroli nad śmiertelnymi wybryki natury. Z tym, że w odróżnieniu od finału biblijnego poematu w opowieści Zattoni i Gilliniego Stwórca nazywany jest eufemistycznie Tata. Bóg-Tata w ich wersji dokłada wszelkich starań, żeby być blisko dziecka i słuchać go. Na czym jednak konkretnie ma polegać ta bliskość tego nie wiadomo. W rozprawie nie ma żadnej wzmianki o jakiegokolwiek formie udzielania się boskiej obecności lub informacji o sposobach podtrzymania rozmowy z dzieckiem. Zamiast skonkretyzowanego wyrazu troski ze strony Stwórcy-Taty i przejawów Jego ontycznej solidarności w cierpieniu mamy do czynienia z głuchym milczeniem i bezruchem. Duchowy dialog bohatera w gruncie rzeczy sprowadza się do rozmowy zrozpaczonego dziecka z samym sobą, które we własnych intelektualnych zasobach oraz swojej wyobraźni szuka dla siebie bezpiecznego schronienia.

Trudno nie docenić inwencji twórczej autorów opowieści, lecz jej zakończenie jest dość dyskusyjne. Oczywiście Zattoni i Gillini mogą wykreować fabułę dzieła zgodnie z własną wizją. Czytelnik natomiast ma prawo spytać, jakie faktycznie racje upoważniały ich do zapraszania chorych na nowotwory dzieci do afirmacji absurdu cierpienia? Kontrowersyjna jest także ostrożność autorów w sprawie uznania nadmiaru cierpienia dzieci za skandaliczne zło, którego nie wolno kamufłować, ani tym bardziej zachęcać innych do osvajania się z nim. Tego typu asekuranctwo zdaje się wręcz zakrawać na brak intelektualnej odwagi. Zamiast wyraźnego potępienia zła i opowiedzenia się, zgodnie z obecnym stanem wiedzy, po stronie dyskursu walczącego z nawykiem tłumaczenia go Zattoni i Gillini zatrzymali pracę myśli na cmentarzysku martwych schematów pojęciowych. Przeto ich próbę wskazania dzieciom chorym na nowotwory archetypu Hioba jako ideału postawy wobec cierpienia należy wpisać do rejestru przedsięwzięć raczej mało udanych. Ale równocześnie na tyle ważną, że nie da się pozostać wobec niej całkiem obojętnym. Jako że problematyka przedstawiona nawet w takiej formie skłania czytelnika do myślenia o niej w innej perspektywie.

Bogusław Stelcer¹

Rola grup Balinta w praktyce hospicyjnej



Michael Balint urodził się w Budapeszcie w rodzinie węgierskich Żydów. Ojciec był lekarzem medycyny ogólnej, to pod jego wpływem Michael ukończył studia medyczne. Od 1919 współpracował z węgierskim psychoanalitykiem Sandorem Ferenczi, u którego odbył własną psychoanalizę. Od początku swej działalności umiejętnie łączył dyscypliny: medycynę i psychoanalizę. W swojej praktyce lekarskiej stosował elementy psychoanalizy, czego wyrazem była opublikowana w 1923 roku praca – „Psychoanaliza w służbie praktykującego lekarza”. W tym okresie Michael Balint zainteresował się medycyną psychosomatyczną. W czasie II wojny światowej Balint szkolił pracowników socjalnych stosując własną technikę grupowych spotkań treningowych. Kładł nacisk na jej praktyczny walor w działalności zawodowej. Po wprowadzeniu w Anglii w 1945 roku reformy systemu zdrowotnego i powołaniu w listopadzie 1946 publicznej

służby zdrowia, zachęcony pozytywnym przyjęciem organizowanych przez siebie spotkań grupowych dla pracowników socjalnych, rozpoczął w Londynie w 1950 r. realizację szerszego programu grupowych spotkań przeznaczonych dla lekarzy opieki podstawowej (general practitioners). Będąc lekarzem medycyny ogólnej i zarazem psychoterapeutą psychoanalitykiem związał się z uznaną Tavistock Clinic, Michael Balint był pomysłodawcą rokującego sukces zamierzenia, którego celem było kształtowanie cech osobowych uczestników programu, służące lepszemu funkcjonowaniu ich w zawodzie lekarza.

¹ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Psychologii Klinicznej

Zawód lekarza czy terapeuty wymaga, obok profesjonalnej wiedzy medycznej, szczególnych predyspozycji osobowościowych i umiejętności związanych z kontaktem interpersonalnym. Elementem warsztatu zawodowego jest zdolność rozpoznawania stanu emocjonalnego pacjenta oraz rozpoznawania i kontroli własnego stanu emocjonalnego i sposobu, w jaki wpływa na kształt relacji z chorym. Jednym z najbardziej skutecznych narzędzi dla doskonalenia umiejętności współbrzmienia emocjonalnego z pacjentem jest udział w spotkaniach balintowskich.

Znaczenie grup Balinta w szkoleniu umiejętności pomagania choremu

Grupa Balinta składa się z 8–12 lekarzy, prowadzonych przez wykwalifikowanego lidera. Uczestnicy przez 1,5 godziny zajmują się analizą relacji lekarz–pacjent, której znaczenie starają się wyjaśnić i zrozumieć. Referujący swą historię z pacjentem uczestnik opisuje z pamięci swe spotkanie. Czyni tak, bez korzystania z notatek czy innych zapisków. Na tej podstawie pozostali uczestnicy tworzą swoisty, subiektywny obraz i budują wrażenie o lekarzu, pacjencie i ich relacji. Uczestnicy przysłuchujący się tej prezentacji w dalszej części dzielą się swymi odczuciami, wrażeniami i fantazjami na temat usłyszonej relacji.

Dzięki temu powstaje kompleksowy obraz relacji lekarz–pacjent, któremu to referujący przysłuchuje się z pewnego dystansu. Wysłuchuje i rejestruje uwagi uczestników grupy, wyławiając nieznanne dotąd aspekty swej relacji z chorym. Rozpoznaje własny styl i sposób postępowania, i oddziaływania na pacjenta. Grupy Balintowskie nie posiadają charakteru szkoleń teoretycznych. Przedmiotem analizy są realne sytuacje, gdzie rzeczywiste problemy są dyskutowane. Nie należy oczekiwać instruktażu postępowania, jak też procesu terapeutycznego, jej celem jest przybliżenie i zrozumienie pacjenta i sposobu, w jaki doświadcza swą chorobę. Przyglądając się własnym reakcjom, uczestnicy nabywają umiejętności bardziej właściwego prowadzenia pacjenta. Słyszac o różnych sytuacjach i przypadkach chorobowych, pogłębiają wiedzę medyczną. Doskonalenie kompetencji zawsze odbywa się w oparciu o referowane fakty. Metoda pracy z lekarzami służyć ma odzwierciedleniu relacji pomiędzy leczącym a chorym. Uczestnicy grup Balinta stają się świadomi problemów w relacji z chorymi oraz nabywają umiejętności rozumienia ich dynamiki. Nabywają takich umiejętności, jak:

- Doskonalenie umiejętności słuchania chorego i osób, które uczestniczą w procesie leczenia.
- Przyzwolenie na tolerowanie niepewności
- Wzrost umiejętności empatycznych
- Wspieranie chorego
- Obserwacja gestów i zachowań chorego
- Dostrzeżenie wartości, jaką jest towarzyszenie choremu w trudnych dla niego chwilach

- Uczenie się w oparciu o realne przypadki, pomijając teoretyczne dywagacje o zasadach budowania kontaktu
- Wzrost refleksyjności
- Większy wgląd w mechanizmy własnego postępowania
- Rozwój i utrwalanie wzorców zachowania korzystnych terapeutycznie dla różnego rodzaju pacjentów

Umiejętnościom tym towarzyszy sposobność nieustającego nabywania istotnych kompetencji zawodowych, takich jak:

- Właściwe prowadzenie pacjenta
- Pogłębienie wiedzy medycznej
- Uczenie się i doskonalenie wiedzy opartej na faktach wynikających z praktyki medycznej
- Umiejętności interpersonalne i komunikowania się.

Uczestniczenie w grupach Balinta stwarza możliwość uzyskania wglądu we własne postępowanie, stymuluje samopoznanie, czy ograniczoną przemianę osobowości. Uczestnik uczy się pełniejszego koncentrowania na pacjencie i jego przeżyciach oraz postrzegania jego osobowości w perspektywie całościowych przeżyć, wykraczających poza samą chorobę. Prowadzi do nabycia umiejętności efektywnej terapii i kontaktu z chorym służąc dobru tak pacjenta, jak i lekarza. Uczestniczenie w grupach Balinta jest nieodzownym elementem procesu kształcenia lekarzy rozumiejących uwarunkowania psychosomatyczne.

Prowadzenie grup Balinta przez sprawujących opiekę nad umierającym

Prowadzenie grup Balinta dla personelu hospicyjnego łączy się z dużym prawdopodobieństwem zetknięcia się z trwogą cierpienia, umierania i śmierci. Dorobkiem myśli balintowskiej jest ukazanie wielu form obron psychologicznych stosowanych przez leczących w celu dystansowania się od trudnych emocjonalnie sytuacji. Nieświadome mechanizmy obronne są wypadkową uwarunkowań osobistych i zawodowych. Praca z chorym umierającym stwarza wiele powodów dla różnych form emocjonalnej obrony. Przeżywane emocje są ważne w kontakcie z trudnym chorym, a w szczególności z tym, który umiera². Tam bowiem z największą siłą uruchamiane są nieświadome blokady emocjonalne przed kontaktem z ludzkim cierpieniem. Salinsky i Sackin zwrócili uwagę na ten problem, sugerując, że iluzoryczna jest wiara w niczym niezakłóconą możliwość trwania w skorupie profesjonalisty, która miałaby rzekomo chronić przed doświadczaniem cierpienia³. Wspomniani autorzy twierdzą, że niemożliwym jest, by nie

² Evans R. G., *Patient centered medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients*. Medical Humanities, 2003, 29; pp. 8–14.

³ Salinsky J., Sackin P., *What are you feeling doctor? Identifying and avoiding defensive patterns in the consultation*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000.

angażować się osobiście oraz, że niemożliwe jest nie reagowanie. Powściągnięcie emocji niesie jednak ze sobą wysokie koszty psychiczne. Autorzy podkreślają, że rola zawodowa zawiera się w świadomości jednostkowej, pozostając jednym z aspektów tożsamości.

Doświadczanie intensywnych, osobiście przeżywanych emocji jest więc niejako wpisane w pracę z chorymi umierającymi. Prowadząc grupę należy pamiętać, że jej uczestnicy prawdopodobnie doświadczają wielu własnych strat i wystawieni są na obciążenia emocjonalne, stwarzające ryzyko wypalenia zawodowego. Wobec powyższego, decydującego znaczenia nabiera problem granic opieki. Jest to zjawisko o niebagatelnym znaczeniu, zwłaszcza dla wyjazdowych zespołów opieki paliatywnej, które świadczą pomoc w domach chorego. Problem dystansu i głębokości angażowania się w troskę nad umierającym człowiekiem jest częstym wątkiem w referowanych historiach. Granice odpowiedzialności za umieranie drugiego człowieka na wiele sposobów przewijają się w opowiadanych historiach.

Lekarz, pielęgniarka, czy psycholog wkraczają w subtelny system rodzinny w okresie szczególnej wrażliwości. Obecność w domu staje się jeszcze jednym z czynników wpływających na dynamikę rodzinną. Wiele zespołów pracuje nad tym i dba o to, ażeby stosunek do chorego nie miał tylko formalnego charakteru. Rodzi to niebezpieczeństwo reagowania silnymi emocjami na wydarzenia pojawiające się w domu chorego i identyfikowanie się z członkami rodziny. Nieobcy jest płacz, złość na innych członków zespołu, kiedy nie są równie silnie zaangażowani. W pracy z chorym umierającym i jego rodziną niebezpieczeństwo identyfikacji i idealizmu są szczególnie silne. Efektem tego mechanizmu jest włączanie chorego i jego rodziny w krąg swych przyjaciół. Częstym tego przejawem jest angażowanie się w kontrolę zachowań członków rodziny i związane z tym faktem wejście w system rodzinny. Wszystko to w wyjątkowym świetle stawia problem odpowiedzialnego ustanowienia granic pomiędzy sobą a chorym i jego rodziną. Stąd konieczność nie udzielania sprzecznych i niejasnych sygnałów i świadomość swej odpowiedzialności za leczenie⁴. Jest to zjawisko wyjaśniane podczas pracy grupowej, uczestnicy nabierają wglądu w to, czym są częścią systemu rodzinnego z jego skomplikowanymi uwikłaniami, czy też czynnikiem powodującym rozwiązanie tychże problemów

Powyższe problemy często zostają podnoszone na seminariach balintowskich, gdzie dyskutowane są zjawiska emocjonalnego zmagania się z trwogą umierania i towarzyszącego mu cierpienia. Są to fakty często obciążające w tak silnym stopniu, że powodują ryzyko wypalenia i obecności jednego z jego wymiarów wyczerpania emocjonalnego. Nie do przecenienia jest potrzeba doko-

⁴ Friedman N., Huls J., *Intimacy: The cornerstone of caring*. The American Journal of Hospice & Palliative Care, March/April 1991. pp. 31–44.

nania na forum grupy wglądu i zrozumienia podłoża własnych postaw wobec śmierci i przemijania. Problem bliskości i granic odpowiedzialności za los chorego oraz znaczenia terminu „właściwego” wobec niego postępowania pojawia się często w treściach analizowanych przypadków. Zjawiskiem bezpośrednio wiążącym się z powyższym, by raz jeszcze przypomnieć, jest umiejętność znalezienia właściwej linii oddzielającej intymność w sensie psychologicznym od bliskości i troski wyrażanej w roli profesjonalisty. Emocje personelu medycznego wobec chorych umierających, mimo że coraz częściej dyskutowane w literaturze przedmiotu nie poprawiają sytuacji leczących, którym często brakuje słownictwa dla tego, aby nazwać właściwym językiem to, jak reagują na umieranie i śmierć, które są zjawiskami, wobec których nie można pozostać obojętnym.

Doświadczenia pracy w konwencji M. Balinta potwierdzają obecność kilku znaczących problemów pojawiających się w procesie komunikowania się z nieuleczalnie chorym. Zdaniem A. Faulkner są one następujące:

- Przekazywanie niepomysłnych informacji
- Zmowa milczenia
- Zaprzeczanie choroby
- Trudne pytania zadawane przez chorego
- Skrajne reakcje emocjonalne chorego⁵

Problem komunikowania się jest nie do przecenienia. Pielęgniarkom i lekarzom stawiane są wysokie wymagania dotyczące sposobu i jakości porozumiewania się z chorymi i ich rodzinami. Grupy Balinta odzwierciedlają emocjonalny koszt brania na siebie ciężaru opieki. Bycie chorym, to bycie zależnym, stąd pokusa pokładania w osobie leczącego nadziei zaspokojenia oczekiwań i pragnień⁶. Praca w grupie Balinta powinna dać jej uczestnikom szansę ujrzenia przebiegu komunikacji z chorym w odmiennym świetle. W którymś momencie powinny pojawić się pytania, dlaczego lekarz zachował się w określony sposób? Czy były inne możliwości postępowania wobec chorego? Niełatwo dokonać zmiany stylu komunikowania, jednak pytania o istnienie alternatywnych opcji, pojawiające się podczas analizy grupowej, zdecydowanie podnoszą świadomość istnienia innych dróg porozumiewania się z chorym. Otwierając nową przestrzeń dla analizy i rozumienia dziejącej się relacji dostarczają niezwykle skutecznego narzędzia edukacji w obszarze złożonych problemów lekarz/pielęgniarka–pacjent.

⁵ Faulkner A., Communication with patients, families, and other professionals, (in) Fallon M., O'Neill B. (eds), ABC of Palliative Care, BMJ Books 1998.

⁶ Yonke A., Schneider J., *Examining Relationships Between Physicians and Their Patients: A Psychoanalytic Model*, Journal of Applied Psychoanalytic Studies, Vol. 2, No 4, 2000, pp. 347–364.

Piśmiennictwo

1. Balint M.: *The Doctor, His Patient and the Illness*. International Universities Press, London 1957.
2. Balint E., Norell J. S.: *Six minute for the Patient*. Interactions In general practice consultation. Tavistock Press, London, 2001.
3. Balint M., Balint E., Gosling R., Hildebrand P.: *A study of doctored: mutual selection and the evaluation of results in a training programme for family doctors*. Tavistock Publications Limited, London, 1966.
4. Benson J., Magraith K.: *Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups*.. *Aust. Fam. Physician*, 2005 Jun; 34 (6): 497–508. Review.
5. Engel L.: *Zastosowanie grup Balinta*. W: Wasilewski B., Engel L., (Red.): *Grupy Balinta, teoria i zastosowanie*. Wyd. Eneteia, Warszawa, 2009, 7–11 (w druku).

Izabela Chmiel^{1,2}, Anna Kliś-Kalinowska^{1,2}, Jan Iwaszczyszyn²,
Agnieszka Gniadek¹, Grażyna Jakóbczyk¹, Janusz Czekaj^{1,2},
Iwona Pieniążek²

Znaczenie zasad etycznych w opiece świadczonej przez pielęgniarkę paliatywną

Wstęp

Pielęgnowanie towarzyszy ludziom od zarania dziejów. Jest nierozłącznie związane z medycyną oraz z postacią Florencji Nightingale, która jako pierwsza przekonywała o potrzebie moralności i niezłomnej postawie etycznej w zawodzie pielęgniarki. Dowodem głoszonych przez nią wizji pielęgniarstwa jest opracowana przysięga pielęgniarska, która brzmi: „Przysięgam uroczyście przed Bogiem, w obecności wszystkich tu zebranych, że w życiu moim będę zawsze postępować nieskazitelnie, a w pracy zawodowej zawsze będę zasługiwać na zaufanie. Będę daleka od wszystkiego, co szkodliwe i zgubne (...)”

Będę dokładać wszelkich starań, aby przyczynić się do podnoszenia poziomu mojego zawodu, a także zachowywać w tajemnicy wszelkie informacje dotyczące spraw osobistych i rodzinnych pacjenta (...)” [1].

We współczesnej medycynie pielęgniarstwo jest traktowane jako oddzielny i niezależny zawód, bazujący na własnych osiągnięciach naukowych, posiadający wiele specjalności. Jedną z tych specjalności jest opieka paliatywna.

Opieka paliatywna dotyczy działań skierowanych do ludzi chorujących na postępujące nieuleczalne choroby, cierpiących, osłabionych, bezbronnych, często samotnych, których łatwo skrzywdzić i których dość łatwo urazić. Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin, polegająca na usuwaniu bądź minimalizowaniu dolegliwości fizycznych i psychicznych oraz łagodzeniu cierpień duchowych, przygotowaniu chorego i jego rodziny do spokojnej śmierci pacjenta [2].

Wysoki poziom fachowości pielęgniarki paliatywnej związany jest nie tylko z jej umiejętnościami praktycznymi, wiedzą, stałym doszktałaniem się, prowa-

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu CMUJ w Krakowie

² Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy ZOL w Krakowie

dzeniem badań naukowych, wprowadzaniem zmian na rzecz jakości pielęgnowania, ale także z jej osobowością, okazywaniem ludzkiej serdeczności, dobrocią, empatią, znajomością i przestrzeganiem zasad etyki zawodowej w kontaktach z drugim człowiekiem. Istotą fachowości pielęgniarki paliatywnej jest więc „troszczenie się, dbanie i przejawianie tego we właściwy sposób” [3].

Etyka zawodowa pielęgniarstwa

Etyka zawodowa pielęgniarstwa jest swoistą subdyscypliną nauki o zawodzie pielęgniarstwa. Według Wrońskiej (1995) „jest zespołem norm i dyrektyw, wynikających z tradycji zawodu, z ducha kultury narodowej, z podstawowych wskazań etycznych przyjętych w danym społeczeństwie, a zastosowanych do wykonywania danego zawodu” [2].

Istnieją dwa modele etyki pielęgniarstwa. W pierwszym, etyka to zbiór zasad moralnych, obowiązujących pielęgniarki z racji wykonywanego zawodu. Są to zasady określające co wolno, a czego nie wolno pielęgniarce robić ze względu na dobro pacjenta i całej profesji pielęgniarstwa. Tak rozumiana etyka jest dyscypliną ściśle normatywną, tworzoną przez pielęgniarki na ich użytek. Inaczej mówiąc, jest to moralność zawodu w ujęciu normatywnym. W Polsce określamy ją mianem deontologii pielęgniarstwa lub etyki zawodowej pielęgniarek [4].

Drugi rodzaj to etyka w ujęciu opisowym, zastosowanie ogólnych teorii i zasad etycznych do rozwiązywania kwestii moralnych, pojawiających się w nauce i praktyce pielęgniarstwa. Tak rozumiana etyka pielęgniarstwa, w przeciwieństwie do deontologii pielęgniarstwa, nie tworzy żadnych kodeksów etycznych, niczego nie nakazuje i niczego nie zakazuje, nie powołuje też żadnych instytucji czuwających nad przestrzeganiem etyki zawodowej pielęgniarek. Głównym jej zadaniem jest analiza pewnych pojęć i poszukiwanie metod rozstrzygnięcia problemów moralnych, swoistych dla praktyki pielęgniarstwa.

Tematem rozważań jest etyka normatywna, określająca obszary pracy zawodowej pielęgniarki, obejmująca relacje: pielęgniarka – pacjent, pielęgniarka – zespół interdyscyplinarny oraz pielęgniarka i jej własny rozwój moralny, czyli praca nad sobą [5].

Podstawowymi funkcjami etyki normatywnej są:

1. regulowanie stosunków panujących wewnątrz grupy zawodowej;
2. określanie stosunku przedstawicieli danej grupy zawodowej do podmiotu działania;
3. utrwalanie prestiżu społeczności zawodowej w opinii społeczeństwa;
4. wzbogacanie ogólnej moralności członków określonych zawodów w odniesieniu do:
 - a) udziału i zachowania się grupy zawodowej w życiu społecznym w ogóle;
 - b) postępowania człowieka poza obowiązkami zawodowymi [5].

W swojej pracy zawodowej pielęgniarka musi pamiętać, że normy moralne charakteryzują się różnym stopniem ogólności i ważności, jednak naczelną normą moralną odnosi się do naczelnego dobra człowieka [6].

Nauką, która zajmuje się problemami moralnymi związanymi ze zdrowiem i chorobą jest bioetyka, będąca filozoficznym działem etyki szczegółowej. Bioetyka zajmuje się początkiem, trwaniem i końcem życia. W jej nurcie ścierają się trzy konkurujące ze sobą uzasadnienia norm moralnych:

- utylitarystyczne – dobre jest to, co przynosi korzyść,
- deontonomiczne – dobre jest to, co jest nakazane przez odpowiedni autorytet,
- personalistyczne – dobre jest to, co wyraża afirmację dla godności osoby ludzkiej [7].

Na podkreślenie zasługuje naczelną, a zarazem pierwotną w etyce chrześcijańskiej, normą personalistyczną sformułowaną przez Karola Wojtyłę. Podstawowym wymogiem tej normy jest pełne uznanie wartości i godności osoby ludzkiej [8].

Często jednak reprezentowana jest tzw. „etyka potoczna”, oparta nie na podstawach naukowych w/w, a na emocjach, intuicji, wzorach tak, że staje się ona zlepkiem poglądów niekiedy wzajemnie wykluczających się.

Najważniejsze zasady etyczne w pracy pielęgniarki paliatywnej

Poszanowanie godności człowieka nabiera szczególnego znaczenia w obliczu umierania i śmierci. Umierający pacjent jest zdany na pomoc innych. Spotkanie pielęgniarki z chorym umierającym jest nie tylko częścią powinności i sprawności medycznych, lecz stanowi również formę wzajemnej wymiany dóbr duchowych [9]. By sprostać „życzeniom” pacjenta, pielęgniarka winna w zasadach etycznych znaleźć uzasadnienie wymiaru moralnego swych aktów opieki.

Wśród podstawowych zasad etycznych, jakie rozpatrywane są w literaturze dotyczącej etyki pielęgniarstwa (niektóre z nich wzięte z zasad pryncypializmu Beauchampa i Childressa), wymienia się zasady: szacunku dla osoby, dobroczynności (czynienia dobra) i niekrzywdzenia, sprawiedliwości, odpowiedzialności oraz poufności [10]. Natomiast Veatch & Fry do ważnych zasad w praktyce pielęgniarstwa dodatkowo zaliczają zasadę autonomii/niezależności, prawdomówności i wierności [11].

Zasada szacunku dla osoby

Zasada szacunku dla osoby polega na respektowaniu jej podmiotowości, również świata wartości duchowych, religijnych, przekonań, celów, osobistej i społecznej sytuacji. Celem opieki pielęgniarstwa, a szczególnie opieki paliatywnej jest ułatwienie pacjentowi wglądu we własną sytuację, stworzenie mu warunków do dokonywania wyborów według własnej samooceny i samokon-

troli. W przypadku utraty świadomości należy stosować zasadę jego domniemanej woli. Dlatego pielęgniarka powinna być adwokatem i doradcą pacjenta, wejść w jego świat i poznać jego osobistą sytuację, historię cierpienia, indywidualne potrzeby fizyczne, psychiczne, duchowe i socjalne.

Zgodnie z zaleceniem Papieskiej Rady „Cor Unum” – „tylko ludzka, dyskretna i uważna obecność, która pozwala choremu wyrazić się i znaleźć umocnienie będzie miała skutek uspokajający”, dlatego stosowanie tej zasady przez pielęgniarkę jest tak ważne [9].

Zasada dobroczynności i niekrzywdzenia/nieszkodzenia

Zobowiązanie do tego, aby czynić dobro i wystrzegać się zła jest rozumiane jako etyczna zasada dobroci [5]. W podstawach opieki paliatywnej czytamy: „zasada czynienia dobra to udzielanie pomocy, leczenie, zmniejszenie cierpienia, zaspokojenie pragnień, towarzyszenie choremu” [12]. Zgodnie z tą zasadą należy pomagać chorym w osiągnięciu tego, co jest dla nich dobre w celu zmniejszenia ryzyka skrzywdzenia pacjenta. Praca pielęgniarki nie powinna polegać li tylko na sprawnej technicznie opiece – jej przejawem moralnym winna być troska o całego pacjenta, dostrzeganie i uwzględnianie jego potrzeb psychospołecznych i duchowych. Zasada ta oznacza wyjście poza obręb rutynowego działania w sferę troski o zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa, afiliacji, wiedzy i samorealizacji w stopniu, na jaki pozwala sytuacja zdrowotna pacjenta.

Zasada dobroczynności stawia przed pielęgniarką wymóg czynienia dobra, kierowania się życzliwością, uwzględniania podstawowych potrzeb pacjenta, bezpieczeństwa, przynależności, uznania przejawiających się w toku procesu pielęgnowania. Czynienie dobra uwzględnia zmniejszenie cierpienia oraz towarzyszenie choremu w różnych etapach życia. Przy stosowaniu tej zasady pojawia się problem, co jest ważniejsze: czynienie dobra czy chronienie przed krzywdą. Na przykład Beauchamp, Childress i Ross uważają, że chronienie przed krzywdą jest zobowiązaniem ważniejszym. Zwolennicy zasady „primum non nocere” – przede wszystkim nie szkodzić, nie sprawiać dodatkowego cierpienia – reprezentują stanowisko przeciwne [11].

Zasada niekrzywdzenia polega na unikaniu wszelkich działań szkodliwych dla pacjentów, a także na otaczaniu opieką tych, którzy ze względu na swój wiek, chorobę oraz stan psychiczny nie są w stanie sami siebie chronić przed czynnikami szkodliwymi [4]. Zasada nieszkodzenia ma charakter stopniowalny, bowiem można nie szkodzić w większym lub mniejszym stopniu. Rodzą się tu, częste w opiece paliatywnej, problemy wyboru mniejszego zła. Niekiedy zachodzi konieczność uśmierzenia bólu silnymi środkami opioidowymi, gdy uporczywy i nieznośny ból uderza w godność umierającego, osłabia jego możliwości fizyczne, duchowe i religijne. Silne środki opioidowe przynoszą dużą ulgę, ale mają też swoje działania uboczne – tzw. „zasada podwójnego skutku”. Podawa-

nie określonych leków w niektórych przypadkach może okazać się mniejszym złem niż ich niezastosowanie, dlatego większą krzywdę wyrządzilibyśmy zgadzając się na cierpienie pacjenta, niż nie podając mu leków przeciwbólowych.

Zasada sprawiedliwości

Zasada sprawiedliwości w literaturze etycznej pielęgniarstwa rozpatrywana jest jako pewien wymóg, nakaz moralny równego traktowania całej populacji podopiecznych niezależnie od rasy, wyznania, płci, stanu cywilnego, pozycji społecznej i ekonomicznej. Wszyscy pacjenci są równi: i ten cichy, zamknięty w sobie, ten niespokojny, pobudzony, agresywny, jak i ten nieprzytomny, umierający, pozostający bez kontaktu, jakby nieobecny, a także ten absorbujący uwagę, potrzebujący czasu i rozmowy. Wszyscy oni są równi i każdy z nich oczekuje swoistej pomocy [11].

Z zasady sprawiedliwości wynika, że ci którzy mają jednakowe potrzeby zdrowotne, powinni otrzymywać taką samą opiekę. Znaczy to również, że osoby o większych potrzebach zdrowotnych winny otrzymywać więcej pomocy, wynika to bowiem z etycznej zasady sprawiedliwego podziału pomocy według potrzeb. Przy zaistniałych trudnościach należy w miarę możliwości sprawiedliwie dzielić świadczenia, ponieważ, szczególnie w opiece paliatywnej, niesprawiedliwość osłabia zaufanie, niszczy szacunek, rodzi nienawiść.

Zasada odpowiedzialności

Zasada odpowiedzialności jest jedną z najważniejszych zasad w życiu osobistym i zawodowym pielęgniarki. Oznacza ona ponoszenie odpowiedzialności moralnej, a także prawnej za rezultaty podejmowanych działań wobec pacjentów i wobec zawodu [2].

Pojęcie odpowiedzialności pielęgniarki może być rozpatrywane w dwóch wymiarach: jako odpowiedzialność za swoje działania (odpowiedzialność wobec samego siebie) oraz jako odpowiedzialność za opiekę wobec kogoś (odpowiedzialność zrodzona z zaufania podopiecznego wobec opiekuna). W obu przypadkach ma ona swój aspekt prawny i moralny. Zasada odpowiedzialności prawnej wymaga, aby pielęgniarka przyjęła odpowiedzialność za swoje działanie i była odpowiedzialna wobec pacjentów za swoje zawodowe zachowania zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi. Odpowiedzialność, jako etyczna zasada, wychodzi poza sferę odpowiedzialności prawnej i oznacza, że jeżeli ktoś przyjął zobowiązanie wykonania czegoś – uczyni to, nawet jeśli będzie to dla niego niewygodne, z wykluczeniem zobowiązania dotyczącego skrócenia życia.

Należy zauważyć, że w opiece paliatywnej rozstrzygający charakter sytuacji umierania i śmierci powinien motywować do jeszcze większej odpowiedzialności za działania i opiekę.

Zasada poufności

Zasada poufności wymaga od pielęgniarki zachowania tajemnicy informacji, które uzyskała w wyniku realizacji procesu pielęgnowania. Pozostaje ona w ścisłym związku z nakazami lojalności, szacunku i prawdomówności. Prawda jest jak lekarstwo – trzeba ją odpowiednio dawkować uwzględniając predyspozycje psychofizyczne pacjenta, jego relacje z rodziną i najbliższymi, jego oczekiwania. Skutkiem poznania prawdy o bliskiej śmierci nie może być poczucie osamotnienia ani izolacja chorego. Pacjent jest autonomiczną jednostką i ma prawo decydować o sobie. Musi jednak wiedzieć co się z nim dzieje, rozumieć realne perspektywy. Chory przeważnie chce znać prawdę o swoim stanie (choć nie zawsze jest na to przygotowany w danym momencie). Wysła często sygnały, że pragnie pomocy, wysłuchania i towarzyszenia w cierpieniu. Można mu przekazać jednak tyle prawdy, ile na danym etapie choroby może zaakceptować [13]. Trudne, lecz wzniosłe powołanie pielęgniarki polega na obecności przy chorym, budowaniu zaufania i nadziei, towarzyszeniu mu i wspieraniu w miarę potrzeby.

Podsumowanie

Powyżej przedstawiono jeden z wielu podziałów zasad etycznych w medycynie i pielęgniarstwie. Obecnie trwają spory zwolenników i przeciwników różnych aspektów etyki.

Cztery zasady pryncypializmu Beauchampa i Childressa (autonomii, czynienia dobra, nieczynienia zła, sprawiedliwości) krytykowane są za brak zakresu autonomii chorego i terapeuty, za konflikt między czynieniem dobra a sprawiedliwością [14]. Obecnie lansuje się nowy typ stosunku terapeuta – chorego, (w tym również: pielęgniarka – chory) tzw. dobroczynność w zaufaniu (Pellegrino) [14]. Cechą takiej dobroczynności jest troska o pacjenta, a wtedy jego problemy zdrowotne stają się pierwszym przedmiotem obopólnego zaangażowania. Nie autonomia, ale osoba jest wartością absolutną. By maksymalizować dobroczynność względem chorego, należy pozyskać jego zaufanie. Zaufanie buduje więź międzyludzką, budzi wiarę w ludzi i ich dobroczynne działania. Pielęgniarka, chcąc pozyskać zaufanie chorego u kresu jego życia, oprócz znajomości i przestrzegania zasad etycznych zawodu, winna posiadać odpowiednie cechy osobowościowe. Należy pamiętać, że aby być dobrą pielęgniarką, trzeba być dobrym człowiekiem [14]. Głównym celem medycyny paliatywnej jest podnoszenie jakości życia pacjentów w okresie terminalnym, co nie jest możliwe bez przestrzegania wyżej wymienionych zasad, które są ściśle ze sobą powiązane. Muszą być realizowane łącznie, nie jest możliwe przestrzeganie tylko jednej z nich.

Wnioski

1. Głównymi wyznacznikami postępowania etycznego i moralnego są zasady etyki zawodowej, które powinny być znane każdej pielęgniarce.
2. Przestrzeganie zasad etyki zawodowej jest gwarancją rzetelnego wykonywania zawodu i świadczenia usług na najwyższym poziomie.
3. Na uzyskanie optymalnej jakości życia w opiece paliatywnej, oprócz czynności instrumentalnych i posiadanej wiedzy pielęgniarek, ma wpływ znajomość i stosowanie w praktyce „Karty Praw Człowieka Umierającego”.

Piśmiennictwo

1. Rogala-Pawłczyk G.: Kryzys etyki zawodowej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005, 12, 4–5.
2. de Walden-Gałuszko K.: Podstawowe pojęcia. [W:] *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. de Walden-Gałuszko K. i Kopacz A. (red). Warszawa, PZWL 2005, 14–15.
3. Poznańska S.: Pielęgniarka i pielęgnowanie w opiece nad zdrowiem. W: *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. Zachradniczek K. (red.), Warszawa, PZWL 1995, 30.
4. *Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej*.
5. Wrońska I.: Zasady etyczno-deontologiczne pracy pielęgniarki. W: *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. Zachradniczek K. (red.) Warszawa, PZWL 1995, 54–58.
6. Szostek A.: Pogadanki z etyki, Częstochowa 1998, 62–63.
7. Biesaga T.: Uzasadnienie norm moralnych w bioetyce, *Medycyna Praktyczna*, 2004, 6 (160), 23–26.
8. Wojtyła K.: Człowiek w polu odpowiedzialności, Rzym–Lublin, 1991, 86.
9. Chrostowski W.: Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła Katolickiego, *Collectanea. Theologica*, 2000, 3, 89–108.
10. Wrońska I.: Szczegółowa etyka pielęgniarki. W: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*. Wrońska I., Mariański J. (red.): Lublin, Wydawnictwo Czelej 2002, 179–188.
11. Try S.T.: *Etyka w praktyce pielęgniarskiej*. Wydawnictwo OVO, 1997, 26–30.
12. de Walden-Gałuszko K.: *Podstawy opieki paliatywnej*. Warszawa PZWL 2004, 17.
13. Smoczyńska B. : *Trudne rozmowy*, *Gazeta Lekarska*, 2007, 11, 12.
14. Biesaga T. : *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, *Medycyna Praktyczna*, 2005, 6, 20–24.

Anna Kliś-Kalinowska^{1,2}, Izabela Chmiel^{1,2}, Katarzyna Czyżowicz¹,
Jan Iwaszczyszyn², Iwona Pieniążek², Janusz Czekaj^{2,3}

O dylematach etycznych w pracy pielęgniarek paliatywnych

Wstęp

Zawód pielęgniarki jest zawodem wyjątkowym. Wymaga nie tylko odpowiednich umiejętności i ogromnego zakresu wiedzy, ale również wyjątkowych cech osobowości oraz przestrzegania zasad etyki zawodowej. Według Wrońskiej (2002), odbiorcą opieki pielęgniarskiej jest drugi człowiek „tj. istota ludzka mająca prawo do wiedzy o sobie, prawo do współuczestnictwa w decyzjach, które dotyczą jej życia, zdrowia, korzystania z opieki społecznej, prawo do przyjęcia bądź odrzucenia opieki. Jest to człowiek w całym ekoholistycznym wymiarze jego osobowości, tj. w systemie potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych, kulturowo-rozwojowych i duchowych, człowiek w różnych przestrzennych i czasowych wymiarach jego bytu” [6].

Problemy w pracy pielęgniarki paliatywnej

Z punktu widzenia opieki paliatywnej odbiorcą opieki jest wyjątkowy pacjent, który jest nieuleczalne choroby, cierpiący, bezbronny, często samotny, zadający wiele trudnych pytań i nie zawsze oczekujący na nie prawdziwej odpowiedzi. Pacjent potrzebujący zawsze ciepła, uśmiechu, bliskości drugiej osoby, poświęcenia mu choćby krótkiego ułamka czasu. Dlatego też szczególnego znaczenia nabierają problemy występujące w pracy pielęgniarki, do których zaliczymy:

1. problemy natury poznawczej (dotyczą braku w wiedzy, nieumiejętności nawiązania kontaktu z pacjentem i jego rodziną),
2. problemy natury praktycznej (wynikające z lenistwa, zbyt dużej pewności siebie, rutyny, braku umiejętności technicznych lub z sytuacji utrudniających postępowanie zgodne z zasadami etycznym pielęgniarek),

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu CMUJ w Krakowie

² Zakład Opiekuńczo-Lecznicy z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej w Krakowie

³ Zakład Ratownictwa Medycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu CMUJ w Krakowie

3. problemy natury etycznej (związane z podważaniem autorytetu, błędami ja-trogennymi, z niedochowaniem tajemnicy, nieposzanowaniem godności oso-bistej pacjenta, brakiem poczucia odpowiedzialności, rzetelności w wypeł-nianiu obowiązku, bądź lekceważenia zleceń) [4].

Listę problemów natury etycznej uzupełniają wyniki badań prowadzonych w 2006 roku przez Dobrowolską i współautorów. Autorzy badań pogrupowali je w następujący sposób:

- grupa I – problemy związane z respektowaniem praw pacjenta z jednej strony, a lojalnością wobec lekarza lub lękiem przed nim z drugiej strony,
- grupa II – problemy związane ze zbyt małą liczbą personelu w porównaniu do liczby obowiązków,
- grupa III – problemy związane z byciem świadkiem negatywnych dla pa-cjenta zachowań jego rodziny,
- grupa IV – problemy związane z obowiązkiem opieki nad pacjentem na najwyższym poziomie i niezależnym od pielęgniarki brakiem środków do sprawowania tej opieki,
- grupa V – problemy związane z procedurą ustalania momentu śmierci, gdy mają być pobrane narządy do transplantacji, z odłączeniem aparatury pod-trzymującej życie, z rezygnacją z „uporczywej terapii”,
- grupa VI – problemy związane z wielokrotnymi prośbami o informację o sta-nie zdrowia, szczególnie w przypadku pacjentów z chorobą nowotworową,
- grupa VII – problemy związane z obawą o własne zdrowie w sytuacji opieki nad pacjentami z AIDS,
- grupa VIII – problemy związane z konfliktem między obowiązkiem ochrony pacjenta a lojalnością wobec koleżanek, gdy pielęgniarka jest świadkiem po-pełnionego błędu przez koleżankę lub gdy sama ma problem z przyznaniem się do błędu,
- grupa IX – problemy związane z trudnością uzyskania zgody pacjenta na realizację czynności opiekuńczych i leczniczych,
- grupa X – problemy związane z brakiem możliwości skutecznego ulżenia w cierpieniu pacjentów, w chwili wielokrotnej prośby o środki przeciwból-owe i wystąpienia ryzyka ich przedawkowania,
- grupa XI – problemy związane z wulgarnym zachowaniem pacjenta w sto-sunku do pielęgniarki [2].

Zdaniem Dobrowolskiej i współautorów (2006) różnorodność problemów natury etycznej w pracy pielęgniarki wynika m.in. z faktu, iż:

- przedmiotem jej oddziaływań jest człowiek,
- w swojej pracy ma kontakt z wartościami najwyższego rzędu, do których możemy zaliczyć życie i zdrowie, wolność, sprawiedliwość, prawdę; wszyst-kie te wartości powinna się starać chronić,
- posiada wysoki stopień samodzielności w wykonywaniu swoich obowią-zków [2].

W opiece nad pacjentem w terminalnej fazie choroby, pielęgniarka powinna przestrzegać, obok praw człowieka i praw chorego, także *praw umierającego*. Jawią się one jako prawa gwarantujące respektowanie godności człowieka aż do jego śmierci [1]. Wśród nich wymienić możemy:

- Prawo do traktowania należącego osobie aż do śmierci
- Prawo do informacji o własnym stanie i udziału w podejmowaniu decyzji
- Prawo do ulgi w bólu fizycznym
- Prawo do odmowy terapii przedłużających proces umierania
- Prawo do pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego, zgodnie ze swoim światopoglądem
- Prawo do kontaktu z rodziną i swoim środowiskiem, aby nie umierać w samotności
- Prawo do wyrażania swoich uczuć na temat śmierci
- Prawo do naturalnej i godnej śmierci [1].

Dylemat etyczny

Pojęcie dylematu towarzyszy człowiekowi od początku jego istnienia. Trudno jest jednak jednoznacznie zdefiniować to pojęcie. W literaturze przedmiotu znajdziemy wiele podobnych do siebie definicji. W Słowniku wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych Władysława Kopalińskiego (2010) dylemat to „kłopotliwa sytuacja wymagająca trudnego wyboru między dwiema przykrymi możliwościami; to problem, alternatywa, logiczne wnioskowanie, w którym oprócz dwóch zdań warunkowych, jako trzecia przesłanka występuje zdanie alternatywne” [5].

Czym zatem są dylematy etyczne w pracy pielęgniarek?

Są to, jak podaje Wrońska (2002), szczególnie złożone problemy w działalności zawodowej, wymagające właściwego wyboru w świetle uznawanych wartości i powinności moralnych. Pielęgniarka musi wybierać między dwiema wartościami lub normami moralnymi, uznanymi za równie cenne, a których nie można zrealizować jednocześnie, więc często wybór jednej z nich musi się dokonać kosztem drugiej. Autorka zwraca uwagę, że powstanie dylematów etycznych wiąże się z trudnością jednoznacznego ustalenia hierarchii ważności trzech podstawowych powinności moralnych, które mogą wchodzić ze sobą w konflikt:

- czynienia tego, co najlepsze dla danego pacjenta,
- uwzględnienia potrzeb pozostałych pacjentów,
- poszanowania ich autonomii [6].

We współczesnym świecie rodzaj i nasilenie dylematów etycznych występujących w pracy pielęgniarek zależy od wielu czynników. Do najważniejszych należą: wrażliwość moralna, osobiste wartości i wierzenia pielęgniarki, posiadana przez nią wiedza dotycząca standardów zachowań etycznych, sposób rozumienia i korzystania w pracy z kodeksu etyki zawodowej, indywidualne poczucie

odpowiedzialności pielęgniarki za podejmowane decyzje, diagnoza sytuacji chorobowej i rodzinnej pacjenta, a także warunki materialno-organizacyjne placówki ochrony zdrowia, w której przebywa chory [3, 4, 6].

Przykłady dylematów etycznych

Złożoność występujących sytuacji problemowych rodzących dylematy etyczne w pracy pielęgniarki jest ogromna. Choć opracowano wiele modeli ich rozwiązywania, należy do każdego dylematu podchodzić indywidualnie i elastycznie traktować model wzorcowy.

Poniżej zebrano kilka, najczęściej wymienianych, dylematów etycznych przez uczestniczki specjalizacji z opieki paliatywnej i uczestniczki kursu kwalifikacyjnego z opieki paliatywnej – Kraków 2008–2010:

1. Pacjent nie został poinformowany przez lekarzy i rodzinę o niepomyślnym rokowaniu. Rodzina kategorycznie zabrania informowania chorego, tymczasem chory pyta pielęgniarkę „czy ja umieram?” Prosi, by porozmawiała z nim o jego obecnej sytuacji. Co zrobić? Ulec choremu i narazić się rodzinie? Wykręcić się brakiem czasu? Zaprzeczyć?
2. Pacjent w agonii ma zlecone leki dożylnie. Są duże problemy z wkłuciem dożylnym, wielokrotne próby męczą chorego i nie przynoszą rezultatu. Lekarz nie modyfikuje leczenia, utrzymuje dotychczasowe leczenie. Czy dalej męczyć chorego nakłuwając kolejne cieniutkie żyłki, które wciąż pękają?
3. Na oddziale umiera samotny człowiek. Prosi pielęgniarkę, by przy nim została. Pielęgniarka jest sama na dyżurze. Jeśli spełni życzenie pacjenta to zaniedba innych chorych. A ten człowiek umiera i za chwilę może być za późno na towarzyszenie. Jak postąpić?
4. W oddziale są ograniczone ilości nowoczesnych materiałów opatrunkowych. Pacjentów z odleżynami podobnego stopnia jest kilku. Nie dla wszystkich jednak wystarczy tych środków. Komu je dać? U którego chorego je zastosować? Czy u tego, który rokuje dłuższe przeżycie, czy wręcz przeciwnie, u tego w ciężkim stanie, by zmniejszyć częstotliwość zmiany opatrunku, a tym samym dodatkowe cierpienia chorego?
5. Planowane jest przyjęcie na oddział paliatywny dwóch chorych – młodego mężczyzny z rakiem skóry i ogromnym owrzodzeniem twarzy oraz znanego lokalnej społeczności człowieka, protegowanego przez ważne osoby. Na oddziale są wolne tylko dwa miejsca w pokoju jedno i pięcioosobowym. Obydwaj pacjenci proszą o pokój jednoosobowy. Komu odmówić?
6. Chory z chorobą nowotworową, z dużymi zaburzeniami połykania, nie je i nie pije. Nawadniany jest pozajelitowo. Odmawia jednak założenia sondy do żołądka twierdząc, że bardzo będzie mu ona przeszkadzała, że obniży komfort i tak ciężkiego życia. Rodzina „naciska” na chorego i personel, chce aby postąpiono wbrew życzeniu pacjenta. Jak się zachować?

7. Rozbudowana dokumentacja w oddziale zabiera mnóstwo cennego czasu, który mógłby być przeznaczony choćby na rozmowy z chorymi. Czy zatem wypełniać ją szybko i pobieżnie, czy raczej dokładnie, skrupulatnie, ale za to dłużej?

Przedstawione przykłady rzucają nieco światła na różnorodność tematyczną dylematów etycznych występujących w pracy pielęgniarce. Pytanie, jak postąpić pozostawiamy otwarte. Nasuwa się jednak jeden oczywisty wniosek: coraz większe wyzwania, jakie niesie praca z ciężko chorym i umierającym człowiekiem wymagają od pielęgniarce wielokierunkowych studiów, nie tylko biologiczno-medycznych, ale również z zakresu etyki, psychologii, socjologii i filozofii.

Piśmiennictwo

1. Bołoz W. : Prawa człowieka umierającego. Medycyna Praktyczna, 2008, 11.
2. Dobrowolska B., Fidecki W., Cuber M.: Opinie pielęgniarek aktywnych zawodowo na temat problemów moralnych pojawiających się w ich pracy. *Problemy Pielęgniarstwa* 2006, 1–2; 12–14.
3. Fry S. T.: Etyka w praktyce pielęgniarce. Zasady podejmowania decyzji. PTP Warszawa 1997, 57.
4. Janus B.: Dylematy etyczne w pracy pielęgniarce – model podejmowania decyzji. www.pielegnarki.info.pl.
5. Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych Władysława Kopalńskiego; www.sloownik-online.pl/kopalinski – 2010–12.06.
6. Wrońska I.: Dylematy etyczne pielęgniarek. [W:] Etyka w pracy pielęgniarce. Wrońska I., Mariański J. (red.) Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 195–201.

Teresa Paszek¹, Zofia Sienkiewicz¹, Irena Wrońska²,
Anna Gruba¹, Jacek Imiela¹

Zachowania pielęgniarek wobec umierania i śmierci

Wstęp

Śmierć można ujmować w różnych kategoriach: medycznej, psychologicznej, społecznej. Proces umierania w sensie medycznym przebiega określonymi etapami: agonia, śmierć kliniczna, śmierć osobnicza, śmierć biologiczna. Śmierć psychologiczna jest wtedy, gdy ludzie izolują się i nie reagują na bodźce, a śmierć społeczna jest wtedy, gdy człowiek dla pewnego otoczenia, środowiska umiera już przed śmiercią biologiczną [4]. Jest to proces dłużej trwający i przebiegający określonymi etapami. Najbardziej znaną i klasyczną propozycją modelowego ujęcia procesu umierania jest koncepcja etapów umierania Elizabeth Kübler-Ross. Wyróżniła ona pięć takich etapów: zaprzeczania, gniewu, negocjacji, depresji i akceptacji. Według autorki etapy te stanowią normalne i przewidywalne metody radzenia sobie z perspektywą śmierci, jednak sposób ich doświadczania jest sprawą indywidualną [8]. Nie zmienia się sama śmierć, zmieniło się umieranie. Śmierć jest zjawiskiem fizycznym, biologicznymi i zjawiskiem społecznym. Podlega społecznym wzorcom, które obejmują: zachowania w sytuacji śmierci, stosunek do ciała zmarłego, akt pozbycia się ciała i zachowania po śmierci. Zachowania w sytuacji śmierci podlegają społecznej kontroli. Otoczenie wywiera określoną presję na jednostkę, by zachowywała się zgodnie ze społecznie uznanymi normami. Wzory zachowań w sytuacji śmierci składają się na postawę wobec śmierci, która określa miejsce śmierci w życiu danego społeczeństwa i w jego świadomości [9]. Stosunek do śmierci uwarunkowany jest kulturowo i społecznie, zmienia się wraz z przemianami cywilizacyjnymi. W konsekwencji tych przemian śmierć jest traktowana jako coś nie-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

uchronnego, na co człowiek nie ma wpływu, jako błąd w sztuce lekarskiej, „błąd techniczny XX wieku” [8]. Śmierć ma swoje prawa w naszym życiu. Ona musi mieć swój czas i musi mieć swoją godność. We współczesnych społeczeństwach współwystępują różne wzory zachowań wobec śmierci. Istnieje zgodność wśród autorów, że o ile w przeszłości dominowały zachowania z przewagą akceptacji, to we współczesnych społeczeństwach, tzw. cywilizowanych, dominują postawy ucieczki, unikania, zaprzeczania [7]. Pojawiły się nowe wzory zachowań, które nie pozwalają mówić o śmierci, zaprzeczają jej istnieniu. Zmienia się język, jakim mówimy o śmierci – człowiek nie umiera, tylko odchodzi. Współczesną postawę wobec śmierci Philippe Aries określa jako śmierć odwróconą lub śmierć na opak, która polega na tym, że śmierć zostaje wyparta ze świadomości społeczeństw wysoko rozwiniętych i jest nieobecna w życiu. Upowszechnianiu tych wzorów sprzyja fakt, że coraz częściej ludzie umierają w szpitalu a nie w domu. Śmierć następuje gdzieś daleko, nie jest elementem życia grupy. Zachowanie wobec osoby umierającej i bezpośrednio w sytuacji śmierci przestaje być elementem pierwotnej socjalizacji, dzieci są izolowane od osób umierających [1].

Cel pracy

Celem pracy jest analiza wybranych wzorów zachowań pielęgniarek wobec umierania i śmierci.

Materiał i metoda badawcza

Badania zostały przeprowadzone w październiku 2008 roku wśród pielęgniarek studiujących na Wydziale Nauki o Zdrowiu w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu skonstruowano kwestionariusz ankiety skierowany do pielęgniarek pracujących w szpitalu. Badaniami objęto 200 pielęgniarek. W analizie materiału badawczego poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jaką wiedzę mają pielęgniarki z zakresu umierania i śmierci?
2. Jaki jest stosunek pielęgniarki do śmierci
3. Jakie wzory zachowań występują u pielęgniarek wobec śmierci?
4. Jakie czynniki mają znaczący wpływ na wzory zachowań wobec śmierci?

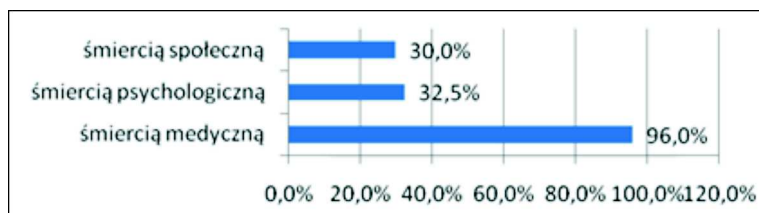
Założono, że:

- Znaczący wpływ na kształtowanie wzorów zachowań pielęgniarek wobec śmierci ma kultura, rozwój medycyny, wiedza o śmierci, doświadczenie, większy niż tradycja, przemiany rodziny, zmiany organizacji życia.
- Pielęgniarki miały częstszy kontakt ze śmiercią medyczną niż z innymi rodzajami śmierci.

Wyniki

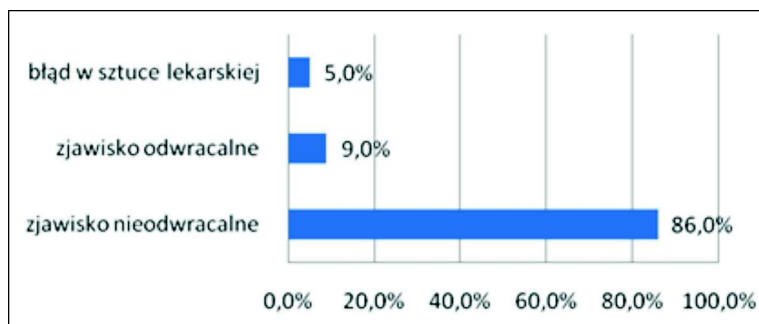
Badane osoby to: 88,5% kobiety i 11,5% mężczyźni. Wiek badanych waha się w przedziale od 21–42 lat i więcej. Najwięcej badanych jest w przedziale wiekowym 32–41 lat – 48%, w przedziale 21–31 lat – 28%, 24 lat i więcej – 24%. Zameżnych – 57%, stanu wolnego – 35%, żyjących w konkubinacie – 85%. Wykształcenie wyższe licencjackie posiada 56,5%, Średnie wykształcenie – 43,5%. Najwięcej osób jest ze stażem pracy od 11–20 lat – 31,5%, staż pracy od 6–10 lat – 23,5%, do 5 lat – 16%, od 21–25 lat – 15%, powyżej 26 lat – 14,5%.

Badane pielęgniarki miały większy kontakt ze śmiercią medyczną, a mniejszy kontakt ze śmiercią psychologiczną i śmiercią społeczną.



Rycina 1. Kontakt pielęgniarek z różnymi kategoriami śmierci

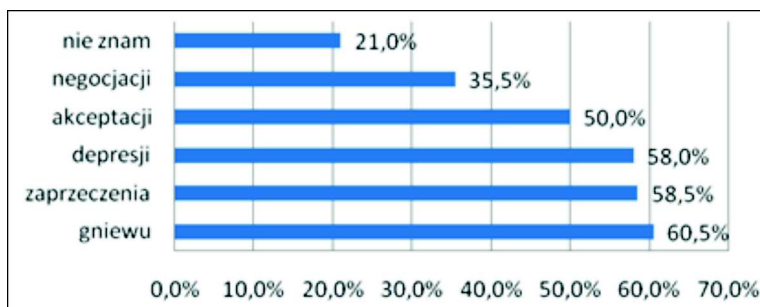
96% badanych miało kontakt ze śmiercią medyczną, 32,5% badanych zetknęło się ze śmiercią psychologiczną, 30% – ze śmiercią społeczną.



Rycina 2. Wiedza pielęgniarek z zakresu śmierci medycznej

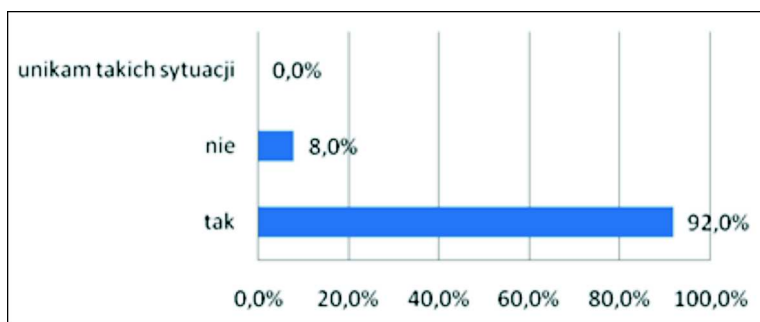
Pielęgniarki mają różne poglądy na temat śmierci medycznej: 86% badanych uważa, że śmierć medyczna jest zjawiskiem nieodwracalnym, 5% badanych uważa, że jest to błąd w sztuce lekarskiej, „błąd techniczny” XXI wieku, 9% badanych uważa, że jest to zjawisko odwracalne.

Badane pielęgniarki nie znają wszystkich etapów procesu umierania.



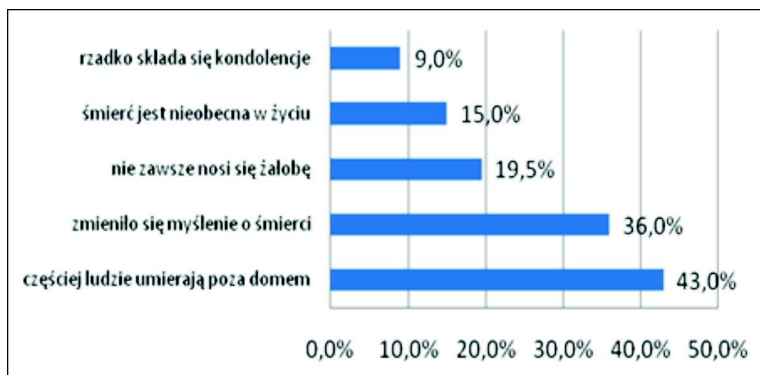
Rycina 3. Etapy procesu umierania

Badane pielęgniarki znają wybiórczo etapy procesu umierania: 60,5% – gniewu, 58,5% – zaprzeczania, 58% – depresji, 50% – akceptacji, 35,5% – negocjacji, 21% badanych nie zna etapów procesu umierania.



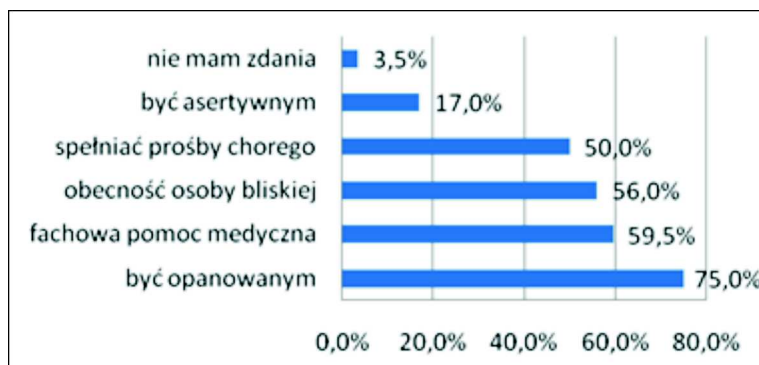
Rycina 4. Obecność pielęgniarki przy umierającym pacjencie

92% badanych pielęgniarek była obecna przy umierającym pacjencie, 8% – nie.



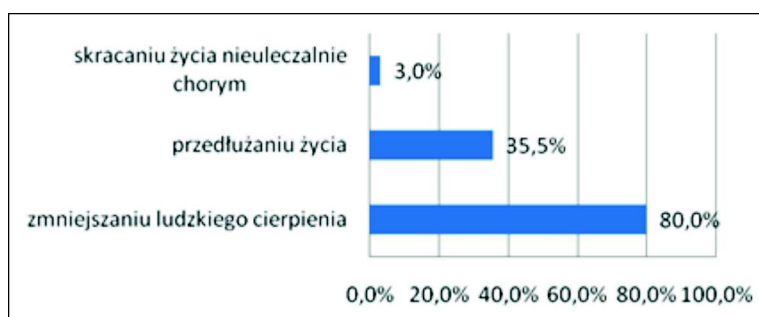
Rycina 5. Wzory zachowań wobec śmierci w opinii pielęgniarek

Są różne wzory zachowań ludzi wobec śmierci: 43% badanych uważa, że obecnie ludzie umierają poza domem, 36% badanych uważa, że zmieniło się myślenie o śmierci, nie zawsze nosi się żałobę – 19,5%, śmierć jest nieobecna w życiu – 15%, rzadko składa się kondolencje – 9%.



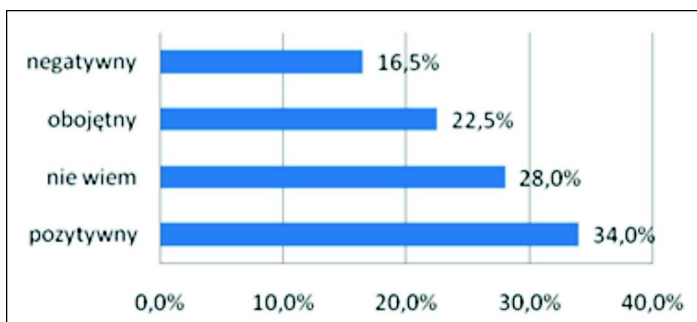
Rycina 6. Wzory zachowań pielęgniarek wobec śmierci

Ponad połowa badanych (75%) uważa, że w czasie umierania i śmierci należy być opanowanym, udzielić fachowej pomocy – 59,5%, należy być obecnym przy bliskiej osobie – 56%, spełnić prośby chorego – 50%, być asertywnym – 17%, 3,5% nie ma zdania na ten temat.



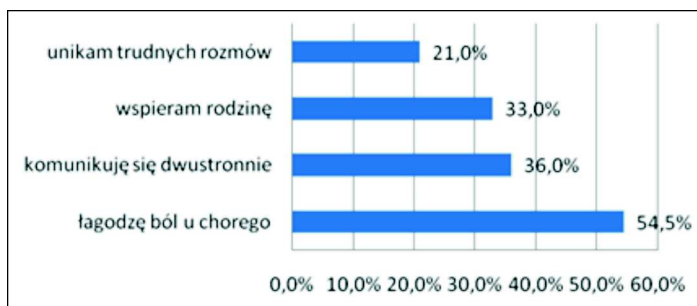
Rycina 7. Rola medycyny wobec śmierci

Dla 80% badanych medycyna powinna zmniejszyć ludzkie cierpienia, dla 35,5% badanych ma przedłużać życie, dla 3% badanych ma skracać życie nieuleczalnie chorym.



Rycina 8. Stosunek pielęgniarek do śmierci pacjenta

Pielęgniarki mają różny stosunek do śmierci pacjenta: 34% badanych ma pozytywny stosunek do śmierci pacjenta, 22,5% – obojętny, 16,5% – negatywny, 28% badanych nie potrafi określić stosunku do śmierci pacjenta.



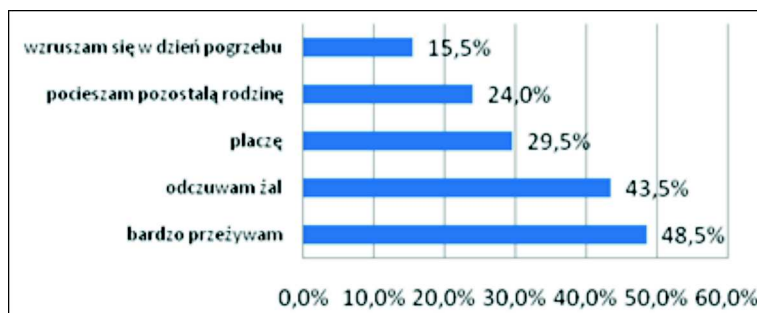
Rycina 9. Postępowanie pielęgniarki wobec osoby umierającej i jego rodziny

W postępowaniu z umierającym 54,5% łagodzi ból u chorego, 36% – komunikuje się dwustronnie, 33% – wspiera rodzinę, 21% – unika trudnych sytuacji.



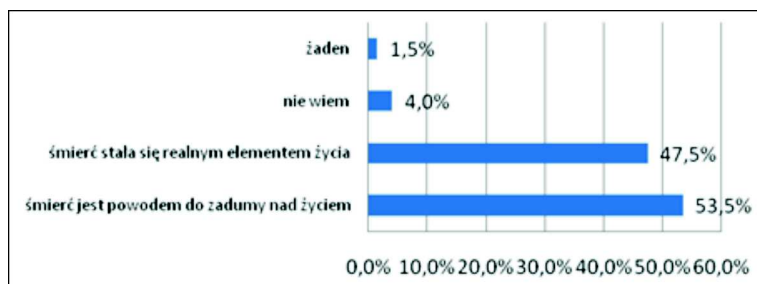
Rycina 10. Reakcje psychiczne pielęgniarek w sytuacji śmierci pacjenta

36,5% badanych w sytuacji śmierci pacjenta odczuwa poczucie winy i przygnębienia, 17,5% badanych odczuwa lęk, 21% – nie potrafi określić, jakie występują przeżycia psychiczne związane ze śmiercią pacjenta, 10,5% badanych nie ma żadnych przeżyć związanych ze śmiercią pacjenta,



Rycina 11. Reakcja pielęgniarek na śmierć członka rodziny

48,5% badanych bardzo przeżywa śmierć członka rodziny, 43,5% – odczuwa żal, 29,5% badanych reaguje płaczem, 24% – pociesza rodzinę, 15,5% – wzrusza się w dniu pogrzebu.



Rycina 12. Wpływ pracy zawodowej na zachowania pielęgniarek wobec śmierci

Dla 53,5% badanych śmierć jest powodem do zadumy nad życiem, dla 47,5% śmierć stała się realnym elementem życia, dla 1,5% badanych praca zawodowa nie ma wpływu na ich stosunek do śmierci, 4% badanych nie wie, jaki wpływ ma ich praca zawodowa na stosunek do śmierci.

Większość badanych (86%) uważa, że na zachowania pielęgniarek wobec śmierci ma wpływ kultura, dla 57,5% – rozwój medycyny, dla 56,5% – szeroka wiedza medyczna o śmierci, dla 40% – doświadczenie, dla 20,5% – tradycja, dla 15% – przemiany w rodzinie, dla 12% – zmiany organizacji życia, 7,5% badanych nie potrafi określić, jakie czynniki mają wpływ na zachowania pielęgniarek wobec umierania i śmierci.



Rycina 13. Czynniki kształtujące zachowania pielęgniarek wobec śmierci

Dyskusja

Obecnie liczne badania wskazują na większe zainteresowanie tematyką umierania i śmierci. O śmierci można myśleć w różnych kategoriach: śmierci medycznej, śmierci psychologicznej, śmierci społecznej [4]. Z badań wynika, że pielęgniarki miały kontakt ze śmiercią ujmowaną w różnych aspektach: 96% badanych miało kontakt ze śmiercią medyczną, 32,5% – ze śmiercią psychologiczną, 30% – ze śmiercią społeczną. 86% badanych pielęgniarek uważa, że śmierć medyczna jest zjawiskiem nieodwracalnym, 92% badanych pielęgniarek było obecnych przy umierającym pacjencie, 21% – nie zna etapów procesu umierania.

Problemy dotyczące umierania i śmierci są bardzo złożone i trudne do jednoznacznej interpretacji. Człowiek umierający wymaga indywidualnego i elastycznego podejścia, uwzględniającego jego potrzeby. Zdrowy człowiek nie jest w stanie poznać i zrozumieć co przeżywa osoba, która wie, że jej życie dobiega kresu. Powinniśmy się wsłuchiwać w to, co próbuje nam powiedzieć i odpowiednio na to reagować [9]. Większość badanych pielęgniarek (75%) uważa, że w czasie umierania należy być opanowanym, 17% – być asertywnym, 59,5% badanych uważa, że w sytuacji zagrożonej śmiercią najważniejsze jest udzielenie fachowej pomocy, 56% – obecność osoby bliskiej, 50% – spełnienie prośby chorego, 3,5% – nie ma zdania na ten temat.

Większość z nas bez trudu przyznaje, że śmierć jest zjawiskiem naturalnym, dopóki nie stanie w obliczu śmierci własnej czy zgonu ukochanej osoby. Wówczas zaczyna się spostrzegać śmierć jako przeciwną naturze rozłąką [5]. Niemal każdy rodzaj umierania i śmierci może powodować silne reakcje emocjonalne ze strony rodziny albo personelu [8]. Z badań wynika, że 34% badanych ma pozytywny stosunek do śmierci pacjenta, 22% – obojętny, 16,5% negatywny, 28% badanych nie potrafi określić tego stosunku. 48% badanych z powodu śmierci kogoś

z rodziny bardzo przeżywa, 43,5% – odczuwa żal, 29,5% – płacze, 24% pociesza pozostałą rodzinę, 15,5% – wzrusza się. Śmierć osoby bliskiej jest jednym z najtrudniejszych momentów ludzkiego życia. Rodzina może potrzebować wielu miesięcy na zaadaptowanie się do utraty [2].

W szpitalu dobra śmierć to taka, która nie nastęrcza zbyt wielu kłopotów, nie wymaga podejmowania zbyt wielu decyzji, szczególnie o charakterze etycznym [8]. Z badań wynika, że w postępowaniu wobec umierającego większość pielęgniarek (54,5%) łagodzi ból u chorego, 36% – komunikuje się dwustronnie, 33% – wspiera rodzinę, 21% – unika trudnych sytuacji. Człowiek umierający potrzebuje wsparcia i złagodzenia cierpień, jakie niesie ze sobą wyniszczająca choroba. Jednym z najtrudniejszych zagadnień jest problem informowania chorego o nadchodzącej śmierci. W różnych kulturach ta sprawa jest różnie rozwiązywana [2].

Tradycyjna postawa społeczności wobec śmierci nie jest już jedyna. Obecnie ludzie częściej umierają w szpitalu lub w hospicjum, nie zawsze są możliwe naturalne fazy odejścia: pełne pożegnanie ze społecznością, uroczyste przekazanie ostatniej woli. Zgon nie jest elementem życia grupy – śmierć następuje w oddali. Właściwym społecznym zachowaniem związanym ze śmiercią jest aktywne działanie [9]. Z badań wynika, że: 43% badanych uważa, że częściej ludzie umierają poza domem, 36% – zmieniło się myślenie o śmierci, 19,5% – nie zawsze nosi się żałobę, 15% – śmierć jest nieobecna w życiu, 9% – rzadko składa się kondolencje. Według Badań Centralnego Ośrodka Opinii Społecznej większość respondentów [68%] krytycznie ocenia śmierć w szpitalu, preferując umieranie w domu, 18% badanych jest za śmiercią w szpitalu [3]. Różne wzorce śmierci i umierania w toku historycznych przeobrażeń podlegały weryfikacji społecznych zachowań, obyczajów, rytuałów itp. [12]. Tragicznym aspektem umierania w szpitalu jest fakt, że duża część chorych umiera w rzeczywistej samotności, bo w krytycznym momencie rodzina nie zdążyła się pojawić [8].

Zachowania wobec śmierci zmieniają się pod wpływem przeżytych wydarzeń, zwłaszcza traumatycznych, modyfikują się podczas życia – wraz z rozwojem człowieka. Wpływ na zmianę naszych zachowań wobec śmierci wywiera tendencja do tworzenia rodzin małych, urbanizacja, powodująca oddalanie się od natury i obserwowania naturalnych procesów [9]. Zachowania wobec śmierci są uwarunkowane kulturowo i społecznie; zmieniają się wraz z przemianami cywilizacyjnymi. Z badań wynika, że na wzory zachowań pielęgniarek wobec śmierci mają wpływ takie czynniki, jak: kultura – 86%, rozwój medycyny – 57,5%, szeroka wiedza medyczna o śmierci – 56,5%, doświadczenie – 40%, tradycja – 20,5%, przemiany rodziny – 15%, zmiany organizacji życia – 12%, 7,5% nie potrafi określić, jakie czynniki mają wpływ na postawy pielęgniarek wobec śmierci. W miarę rozwoju cywilizacji i powstawania wielkich, bezosobowych aglomeracji miejskich zmieniły się obyczaje i postawy [11]. Nasze postawy wobec śmierci są wewnętrznie zróżnicowane i niejednorodne w swojej warstwie poznawczej

i afektywnej [8]. Zachowania są komponentami postaw wobec śmierci i umierania. Śmierć ma swoje prawa w naszym życiu. Ona musi mieć swój czas i musi mieć swoją godność. Zapewnienie pacjentowi godnej i spokojnej śmierci wymaga odpowiedniego leczenia, a zwłaszcza ochrony przed bólem [2].

Wnioski

1. Pielęgniarki miały kontakt ze śmiercią medyczną, śmiercią psychologiczną i ze śmiercią społeczną.
2. Badania potwierdziły hipotezę, że znaczący wpływ na kształtowanie wzorów zachowań pielęgniarek wobec śmierci ma kultura, rozwój medycyny, wiedza o śmierci, doświadczenie, większe niż tradycja, przemiany w rodzinie, zmiany organizacji życia. Pielęgniarki miały częstszy kontakt ze śmiercią medyczną niż z innymi rodzajami śmierci.

Piśmiennictwo

1. Aries P.: Człowiek i śmierć. PIW, Warszawa 1992.
2. Barbaro de B.: Pacjent w swojej rodzinie. PWN, Warszawa 1997.
3. Derczyński W.: Nasze postawy wobec śmierci i umierania. (w): Serwis Informacyjny COBOS, Warszawa 1994.
4. Jankowiak B.: Komunikowanie z pacjentem umierającym. (w): Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Red. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panka, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
5. Kesler D.: Śmierć jest częścią życia. Świat Książki, Warszawa 1999.
6. Majchrowska A. (red.): Wybrane elementy socjologii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
7. Ogryzko-Wiewiórkowska M.: Postawy wobec śmierci. (w): Pielęgniarstwo 2000 Nr 1 (42) 1999.
8. Ostrowska A. Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. PAN, Warszawa 1997.
9. Tarnowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
10. Walden-Gałuszko de K. (red.): Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2004.
11. Walden-Gałuszko de K.: U kresu. Wydawnictwo medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
12. Gałuszka M., Szewczyk K.: Umierać bez lęku. PWN, Warszawa – Łódź 1996.

Zofia Sienkiewicz¹, Teresa Paszek¹, Mariusz Wysokiński²,
Anna Leńczuk-Gruba¹, Ewa Kobos¹, Wiesław Fidecki²,
Irena Wrońska², Jacek Imiela¹

Rola pielęgniarki w zaspokajaniu potrzeb duchowych pacjenta

Wstęp

Nastawienie do śmierci, kształtowanie postawy wobec niej, wiara w życie pozagrobowe są sensem każdej religii i jej filozofii. Śmierć jest ostatecznym aktem, ostatnią możliwością odkrycia sensu egzystencji. Religia umożliwia godne przejście przez trudny okres, jakim jest cierpienie, umieranie i śmierć, oczekując na nagrodę za przestrzeganie dekalogu życia. Zawód pielęgniarski wymaga wiedzy nie tylko medycznej, pielęgniarskiej, ale i na temat kultury, religii, wyznań naszych pacjentów. Pielęgniarka jest osobą, która do ostatniej chwili wspiera pacjenta i przygotowuje do przekroczenia granicy oddzielającej życie od śmierci. Opieka nad umierającym nie kończy się na sferze fizycznej, ale i emocjonalnej. Pielęgniarka, sprawując opiekę nad umierającym, powinna poznać jego wiarę, tak ważną dla pacjenta i jego rodziny. Kodeks Etyki Zawodowej – w przyrzeczeniu zobowiązujemy się: „Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczyście przyrzekam: *Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice*” [3, 19].

Śmierć jest zjawiskiem naturalnym, otaczanym szczególnym kultem, który w efekcie prowadzi do tworzenia rytualnych obrzędów z nią związanych [1]. Kiedyś człowiek umierał w otoczeniu swoich dzieci i wnucząt, najbliższej rodziny, miał okazję pożegnać się z życiem doczesnym, z całym ceremoniałem obyczajów. W obecnych czasach umieranie zmieniło swoje miejsce z czułego peł-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nego miłości i bliskości domu na szpital wypełniony obcymi ludźmi, którzy w samotności czekają na śmierć. Rodzina o zgonie dowiaduje się od lekarza telefonicznie, nie ma szans na pożegnanie, słowa otuchy, pocieszenia czy wspólną modlitwę. Zadaniem pielęgniarki jest okazywanie szacunku oddanym jej pod opiekę pacjentom, aby mogli zachować poczucie swojej wartości i indywidualności. Religia jest dla człowieka wierzącego sensem jego życia, nieprzestrzeganie jej zasad w służbie zdrowia rodzi konflikty. Poznanie przez pielęgniarkę nie tylko potrzeb biopsychospołecznych lecz również potrzeb kulturowych i duchowych, znacznie podnosi poziom opieki pielęgniarskiej.

Z perspektywy religii umieranie jest świętą sztuką, autentycznym rytuałem, ostatnią szansą, dającą nam możliwość odkrycia sensu i celu życia [11]. Godne umieranie wiąże się z przestrzeganiem odpowiednich rytuałów, które pielęgniarka powinna znać. W Polsce obecnie znajduje się siedem wyznań, z którymi pielęgniarka może się spotkać w życiu zawodowym, a mianowicie: Katolicyzm, Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny, Kościół Ewangelicko-Augsburski, Wspólnota Zielonoświątkowa, Kościół Adwentystów Dnia Siódmego, Związek Wyznania Świadców Jehowy, Muzułmański Związek Religijny (Islam), Związek Gmin Wyznaniowych Żydowskich. Nie posiadamy lub mamy bardzo skromną wiedzę na temat wyznań, jakie są obecne w Polsce [2, 4, 5, 6, 7, 17].

Cel pracy

Celem pracy jest analiza roli pielęgniarki w zaspakajaniu potrzeb duchowych pacjenta w oddziale szpitalnym. Szukano odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

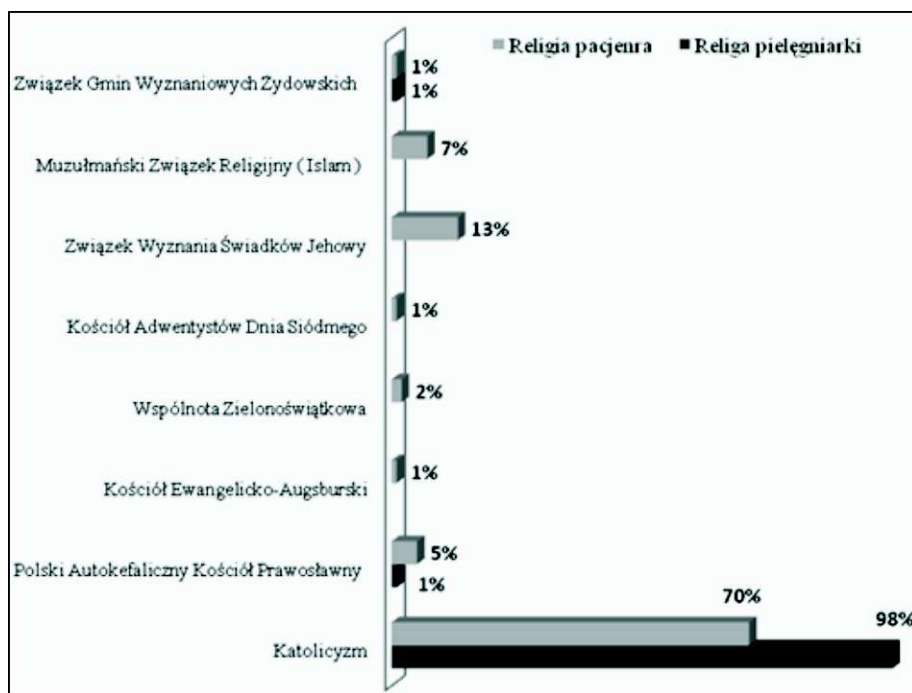
- Czy zaspakajanie potrzeb religijnych ma znaczenie w praktyce pielęgniarki?
- Czy pielęgniarki wykazują zainteresowanie religią, którą wyznaje pacjent?
- Jaki jest udział pielęgniarek w obrzędach religijnych mających miejsce w oddziale?

Materiał i metoda

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety zawierający 14 pytań z wiedzy na temat religii, z jakimi spotkała się pielęgniarka w swojej praktyce zawodowej. Kwestionariusz ankiety był anonimowy. Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek pracujących w oddziale szpitalnym i studiujących na Wydziale Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Badania przeprowadzono w 2010 roku. Najlicniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 41–50 lat (40%), najmniejszą grupą wiekową były pielęgniarki w przedziale wiekowym 25–30 lat (12%). Staż pracy w badanej grupie obejmował trzy przedziały do 5 lat, od 6 do 15 lat i powyżej 15 lat: 63% stanowiły pielęgniarki, które przepracowały w zawodzie więcej niż 15 lat, mniej

liczna grupa pracująca od 6 do 15 lat – 22%, pielęgniarki ze stażem do 5 lat stanowią 15% badanych. Badane pielęgniarki pracowały w: oddziale internistycznym 34%, oddziale chirurgicznym – 20%, oddziale dziecięcym – 17%, oddziale intensywnej terapii – 16%, oddziale neurologicznym – 10%, oddziale zakaźnym – 3%.

Wyniki badań i omówienie



Rycina 1. Religie wyznawane przez pielęgniarki a religie, z którymi spotkała się pielęgniarka u pacjentów przebywających w oddziale

Wśród ankietowanych pielęgniarek 98 pań wyznawało religię katolicką, 1 pielęgniarka była wiary prawosławnej oraz 1 pielęgniarka należała do Związku Gmin Wyznaniowych Żydowskich. Znacznie większe zróżnicowanie wyznawanych religii zaobserwowano wśród pacjentów przebywających w oddziałach. Najliczniejszą grupę stanowili katolicy – 70%, następnie Związek Wyznawców Świadców Jehowy – 13%, Muzułmański Związek Religijny (Islam) – 7%, Kościół Prawosławny – 5%, Wspólnota Zielonoświątkowców – 2% i po 1% Związek Gmin Wyznaniowych Żydowskich, Kościół Adwentystów Dnia Siódmego, Kościół Ewangelicko-Augsburski.

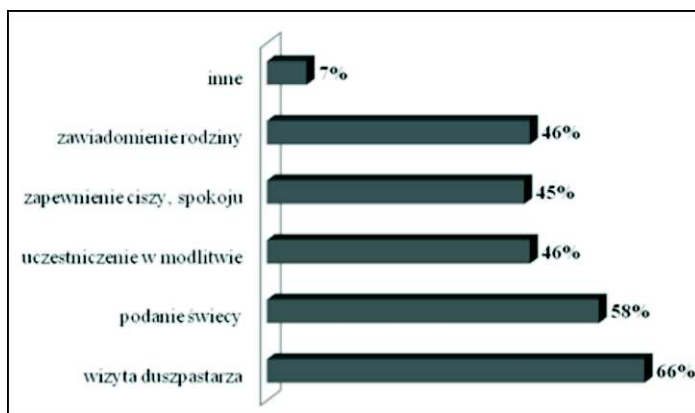
Tabela 1. Miejsce pracy a uczestniczenie pielęgniarki w śmierci pacjenta, bycie świadkiem obrzędu religijnego w oddziale oraz proponowanie przez pielęgniarkę ostatniej posługi umierającemu pacjentowi

Miejsce pracy / ilość pracujących pielęgniarek		Uczestniczenie pielęgniarki w śmierci w oddziale		Pielęgniarka – świadek obrzędu religijnego		Proponowanie ostatniej posługi przez pielęgniarkę	
		Tak=95	Nie=5	Tak=75	Nie=25	Tak=84	Nie=16
oddział internistyczny	34	41		30	12	36	7
oddział chirurgiczny	20	10		10	5	9	2
oddział dziecięcy	17	5	1	5	1	4	6
oddział neurologiczny	10	6	4	6	4	4	1
oddział zakaźny	3	8		4		7	
oddział intensywnej opieki medycznej	16	25		20	3	24	

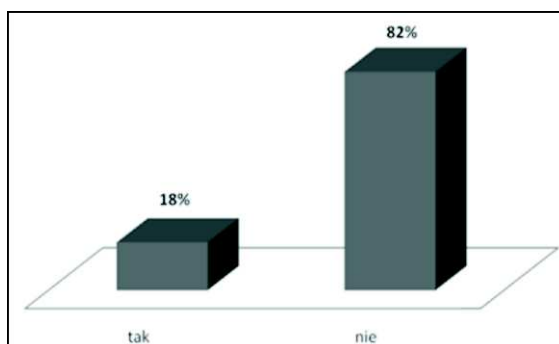
W badanej grupie 95% pielęgniarek było świadkiem śmierci pacjenta w oddziale, 75% pielęgniarek było świadkiem obrzędu religijnego odbywającego się na terenie oddziału, a 84% pielęgniarek proponowało udzielenie ostatniej posługi choremu umierającemu. Pielęgniarki pracujące w oddziale internistycznym (34%) najczęściej uczestniczyły w śmierci pacjenta – 41%, następnie w oddziale intensywnej opieki medycznej (16%) – 25%. W oddziale internistycznym najwięcej pielęgniarek uczestniczyło w obrzędzie religijnym na terenie oddziału – 30% oraz 36% pielęgniarek proponowało pacjentowi ostatnia posługę. Najmniej przypadków śmiertelnych było w oddziale pediatrycznym – 5%, tylko raz pielęgniarki uczestniczyły w śmierci dziecka i obrzędzie religijnym. Ostatnia posługa był proponowana przez pielęgniarki czterokrotnie, a 6% pielęgniarek stwierdziło, że miały problem z zaproponowaniem ostatniej posługi.

Pielęgniarki z wybranych ostatnich posług wobec umierającego najczęściej proponują możliwość kontaktu z osobą duchowną – 66%, dość często występuje podanie umierającemu świecy – 58%. Po 46% uczestniczenie w modlitwie i zawiadomienie rodziny, a zapewnienie ciszy i spokoju – 45%. Badana grupa wskazywała również inne odpowiedzi – 7%, najczęściej pojawiała się bycie z pacjentem, zapewnienie bliskości drugiej osoby, trzymanie za rękę (Ryc. 2).

Pielęgniarki z grupy badanej, zatrudnione w oddziale internistycznym, chirurgicznym, pediatrycznym, neurologicznym, zakaźnym i oddziale intensywnej opieki medycznej w 18% stwierdziły, że posiadają niezbędną wiedzę na temat religii wyznawanych na świecie, 82% pielęgniarek stwierdziła, że posiadana przez nie wiedza na temat wybranych religii panujących na świecie jest niewystarczająca (Ryc. 3).



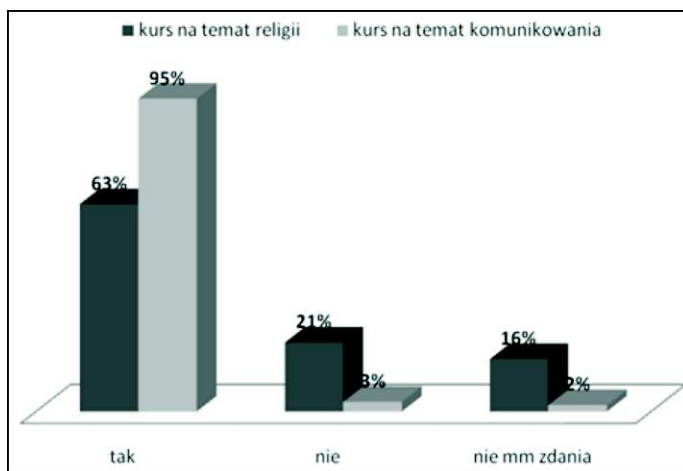
Rycina 2. Rodzaje ostatniej posługi proponowanej przez pielęgniarki na terenie oddziału



Rycina 3. Wiedza pielęgniarek na temat religii

Badania wskazały zdecydowanie większą chęć uczestniczenia w kursie na temat komunikowania się – 95%, a uczestnictwo w kursie specjalistycznym, który pogłębiłby wiedzę pielęgniarek na temat religii, z którymi mogą się spotkać w oddziale – 63%. Również dość liczna grupa – 21% nie jest zainteresowana uczestnictwem w kursie, a 16% badanych nie ma zdania na ten temat. Kursem z zakresu komunikowania nie jest zainteresowanych 3% pielęgniarek a 2% nie ma zdania na ten temat (Ryc. 4).

Pielęgniarki w 100% uważają, że zaspokajanie potrzeb duchowych jest tak samo ważne, jak i innych sfer życia człowieka (biologicznej, psychicznej, społecznej i kulturowej). Na podstawie analizy zebranych informacji wynika, że 89% pielęgniarek uważa, że oddział w którym przebywa pacjent jest odpowiednim miejscem na przeprowadzanie obrzędu religijnego, 2% badanych pielęgniarek uważa, że jest to nieodpowiednie miejsce, a 9% nie ma zdania na ten temat (Ryc. 5).



Rycina 4. Zainteresowanie pielęgniarek uczestnictwem w kursie specjalistycznym o tematyce religijnej, kursie specjalistycznym na temat komunikowania się



Rycina 5. Zaspakajanie potrzeb duchowych pacjenta / ostatnia posługa w oddziale

Dyskusja

Pielęgniarka ma obowiązek kształcenia się, poszerzania wiedzy, docierania do źródeł naukowych, które umożliwią jej profesjonalną opiekę nad pacjentem. Prawo do opieki duszpasterskiej posiada każdy pacjent przebywający w szpitalu, niezależnie od wyznawanej religii. Zwierzchnicy zakładów leczniczych, opiekuńczo-leczniczych prowadzonych przez radę rządową lub samorządową,

mają prawny obowiązek zapewnić pacjentowi wykonywanie praktyk religijnych i kontakt z przedstawicielami swojej religii na terenie placówki medycznej. Pielęgniarka powinna wiedzieć, że jej postawa i zachowanie będzie miało wpływ na dalsze samopoczucie pacjenta przebywającego w szpitalu [21]. Badania wskazują, że 93 % chorych leczonych na nowotwór stwierdza, że wiara pomaga im podtrzymać nadzieję [18].

Ważne jest, by pielęgniarka zwracała uwagę na prawa pacjenta obowiązujące w ustawodawstwie i w zasadach zawartych w kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej. Analiza literatury religijnej zapoznaje pielęgniarkę z religiami, zasadami obowiązującymi w przykazaniach wymienionych wyznań i przedstawia społeczeństwo wyznające tę wiarę. Niestety, wiadomości na temat religii panujących na świecie posiada tylko 18% badanych pielęgniarek [Rycina 3]. Potwierdza to tylko fakt, że w literaturze medycznej z lat ubiegłych na temat religii najczęściej były tylko wzmianki, umieszczone jako ciekawka, na które nikt nie zwracał uwagi. We współczesnej literaturze pielęgniarka przedstawiana jest jako opiekunka, która z posiadaną wiedzą, wie jak ma się zachować przy pacjencie każdego wyznania np.: muzułmańskiego lub żydowskiego, przestrzega obowiązujących reguł w wymienionych wyznaniach. Współczesna literatura medyczna nawiązuje do zaspokajania podstawowych potrzeb pacjenta, nie tylko biologicznych, psychicznych, społecznych, kulturowych, ale i duchowych. Florence Nightingale, Hildegarda Peplau, Betty Neuman, Virginia Henderson i Jean Watson podkreślały, że potrzeba duchowa jest ważnym elementem opieki pielęgniarskiej. Przeprowadzone badania wykazały, że nie wszystkie pielęgniarki chcą się z tym zgodzić. Zdania są podzielone: 11% badanych (2% nie i 9% nie ma zdania) [Rycina 5] uważa, że sala szpitalna, oddział czy sam szpital nie powinien być miejscem do odprawiania obrzędów religijnych. Nie ma takiej wątpliwości przy zaspokajaniu potrzeb duchowych, gdzie 100% badanych uważa, że należy to do zadań pielęgniarki [Rycin 5]. W publikacji Pielęgniarstwo transkulturowe np.: lekarze nie są zainteresowani poszerzeniami wiedzy na temat odmienności kulturowej i religii twierdząc, że jest to wiedza nieprzydatna [12]. Pielęgniarki w badanej grupie w 63% chcą poszerzać wiedzę na temat religii, potrzeby takiej nie odczuwa 21% pielęgniarek, a nie ma zdania na ten temat 16% badanych. Zdecydowanie więcej pielęgniarek chciałoby uczestniczyć w kursie z zakresu komunikowania się – 95% [Rycina 4]. Według literatury pielęgniarskiej profesjonalne pielęgnowanie charakteryzuje się samodzielnym podejmowaniem odpowiedzialnych i autonomicznych decyzji dotyczących pielęgnowania odwołującego się do zasad etyki zawodowej [20]. Zmiany, jakie zachodzą w pielęgniarstwie, rozwój tych zmian powoduje zwrot od pełnego podporządkowania się lekarzowi do coraz większego i samodzielnego działania w reakcjach: pielęgniarka – pacjent, pielęgniarka – zawód, pielęgniarka – zespół terapeutyczny [9]. Rola pielęgniarki nie powinna kończyć się na wykonywaniu zabiegów, lecz na przeprowadzeniu chorego przez najtrudniejszą chwilę jego życia. Zdaniem księ-

dza Twardowskiego „pomoc psychologa starcza chwilowo, bo czym ona jest, gdy człowiek staje wobec śmierci, choroby, nałogu? Mądry terapeuta dostrzega czasem, że człowiekowi potrzebna jest po prostu spowiedź, bo nie potrafi z czymś żyć. I odsyła go do księdza. Wierzy, że Bóg przebaczy, a czy człowiek przebaczy?” [15]. Rola psychologa, lekarza, duszpasterza w zespole terapeutycznym jest bardzo ważna, wynika z wiedzy naukowej. W badanej grupie pielęgniarek 95% uczestniczyło w śmierci w oddziale, 75% było świadkiem obrzędu religijnego, a 84% proponowało pacjentowi ostatnią posługę w oddziale [Tabela 1], najczęściej 66% wizytę duszpasterza, 58% podanie świecy [Rycina 2]. Pielęgniarka nie tylko w oparciu o własną wiarę, ale i wiarę pacjenta, ofiarowuje pomoc duchową i religijną. Znajdując się w takiej sytuacji powinna wiedzieć, jak ma się zachować, jak pomóc pacjentowi i jego rodzinie. Jak ma rozmawiać, udzielać porad i nie raz uczestniczyć w obrzędach religijnych? Nie może się bać, musi być otwarta na nowe doświadczenia, uszanować przekonania chorego, jego wahań i postawę wobec jego własnej wiary. Pielęgniarka czuje się w obowiązku poinformować chorego o możliwości wezwania kapłana na jego prośbę nawet, jeśli on sam nie jest w stanie podjąć takiej decyzji. Według Cicely Saunders ciąży na nas odpowiedzialność, gdy jej nie podejmiemy, działamy przez zaniechanie, pomoc religijna to część opieki nad pacjentem, jeśli nawet nie wymienimy jej nazwy czy nie uznajemy [16]. Ważne jest, aby nasza chęć niesienia pomocy nie była odbierana przez pacjenta jako natarczywe i wymuszone zaspokajanie jego potrzeb duchowych. Chwile te powinny być czasem do zadumy, refleksji, przemyślenia nad życiem. Towarzysząc pacjentowi w chwili śmierci pielęgniarka powinna z wielką troskliwością i wyczuciem nachylać się nad potrzebami religijnymi pacjenta. W badanej grupie pielęgniarki w 45% podkreśliły, że ważne jest zapewnienie ciszy, spokoju, a w 7% innych określeń najczęściej pojawiało się bycie z pacjentem, zapewnienie bliskości, trzymanie za rękę [Rycina 2]. Osoby zajmujące się opieką nad chorym powinny wiedzieć, jak należy się zachowywać w otoczeniu umierającego i jego rodziny. Należy przestrzegać wymienionych zasad:

- być „troskliwie obecnym”,
- słuchać głosu serca,
- w stosownej chwili odpowiednio dotykać umierającej osoby,
- unikać żargonu psychologicznego lub religijnego,
- dostrzegać, kiedy umierający cierpi,
- wezwać osobę zawodowo towarzyszącą umierającemu, by wysłuchał ostatnich wyznań i udzielił ostatniego błogosławieństwa,
- zaoferować pomoc przy załatwianiu praktycznych spraw związanych ze zgonem [11].

Przyszłość polskiego pielęgniarstwa oparta jest na umiejętnościach, jakie powinna posiadać każda pielęgniarka, a mianowicie: otwartości, empatii i adaptacji, te cechy umożliwią skuteczny i ekonomiczny sposób komunikowania

się z przedstawicielami innych kultur i wier. Łatwość nawiązywania kontaktu, umiejętność słuchanie chorego, okazywanie szacunku, obserwacja i wczuwanie się w jego sytuację, będzie służyło poprawie nie tylko warunków, w jakiej znalazł się pacjent, ale również podniesienia świadczeń, jakie będzie oferowała opieka zdrowotna [12]. Pielęgniarka ze względu na posiadane wykształcenie i doświadczenie w trudnych sytuacjach, nie raz będzie musiała w czasie obrzędu religijnego poinstruować rodzinę, co ma robić w takiej sytuacji, by nie czuła się zagubiona, przestraszona. Nie raz będzie modlić się z rodziną przy łóżu pacjenta lub będzie pomagać trzymając świecę razem z umierającym, by potem ją zgasić.

Zadania, jakie stają przed pielęgniarką nie raz stanowiły i będą stanowić dla niej problem, tylko czy ona będzie uważała go za ważny? Czy sposób jego rozwiązania będzie na tyle skuteczny by można było sobie z nim poradzić? Religia może dla niektórych pielęgniarek stanowić nieistotny problem. Może przyczyną takiej postawy jest brak tematyki religijnej w podstawie programowej szkół medycznych. W obecnych czasach w chwili przystąpienia Polski do Unii Europejskiej stan ten zmienia się i przechodzi pewien rodzaj rewolucji. Coraz częściej pielęgniarka ma możliwość zetknięcia się z obcą kulturą, grupą społeczną i być świadkiem obrzędów czy rytuałów religijnych. Jak ważna dla pacjenta jest jego religia może pielęgniarka ocenić sama, na podstawie rozmowy z pacjentem, własnej obserwacji jego środowiska, otoczenia, rodziny i przedmiotów. Odbiór tych spostrzeżeń da pielęgniarence do zrozumienia, jak ważną rolę stanowi dla pacjenta wyznanie i dlatego pielęgniarki powinny pogłębiać wiedzę na ten temat. Wyznanie wpływa na sposób radzenia sobie chorego z własną chorobą. Pacjenci, którzy wartościowali własne wierzenia religijne i duchowe, jako bardzo ważne w ich życiu, często z sukcesem stosowali czynno-poznawczy system skutecznego radzenia sobie z chorobą, co pozwoliło im zaakceptować własną chorobę [18]. Człowiek w religii widzi wartości, które odnoszą skutek w życiu doczesnym. Chęć do zintegrowania się z Bogiem, przyjmowanie sakramentów świętych jest bardzo ważne, daje nadzieję i spokój [8].

Wnioski

- Pielęgniarki w 100% uważają, że zaspakajanie potrzeb duchowych jest tak samo ważne, jak zaspakajanie innych potrzeb, w 63% wyrażają chęć uczestnictwa w kursie specjalistycznym na temat religii
- Pielęgniarki posiadają niewielką wiedzę (18%) na temat religii, którą wyznaje pacjent.
- Pielęgniarki w 95% uczestniczyły w śmierci pacjenta w oddziale, 75% było świadkiem obrzędu religijnego na terenie oddziału, a 84% proponowało pacjentowi ostatnią posługę (66% wizytę duszpasterską, 58% podanie świecy).

Piśmiennictwo

1. Brzeziński T.: *Etyka Lekarska PZWL*, Warszawa 2002.
2. Derdej P.: *Status prawny Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego w III Rzeczypospolitej*, Warszawa: *Warszawska Metropolia Prawosławna*; Białystok: *Katedra Teologii Prawosławnej Uniwersytetu w Białymstoku*, 2005.
3. Dobranowski R., Karczmarczyk R.: *Prawo dla Pielęgniarek i Położnych „LEGE ARTIS”* Dom Wydawniczy Kraków 1997.
4. *Dziennik Ustaw z 1995 R. NR 97 POZ.479: Ustawa z 30 czerwca 1995 roku o stosunku państwa do Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej.*
5. *Dziennik Ustaw z 1995 R. NR 97 POZ.480: Ustawa z 30 czerwca 1995 roku o stosunku państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej.*
6. *Dziennik Ustaw z 1995 R. NR 97 POZ.481: Ustawa z 30 czerwca 1995 roku o stosunku państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej.*
7. *Dziennik Ustaw z 1997 R. NR 41 POZ.254: Ustawa z 20 lutego 1997 roku o stosunku państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej.*
8. Gałuszka M., Szewczak K.: *Umierać bez lęku*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Łódź 1996.
9. Glińska J., Lewandowska M.: *Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. Problemy Pielęgniarstwa 2007.*
10. *Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską.*
11. Kramer K. P.: *Śmierć w różnych religiach świata WAM*, Kraków 2007.
12. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B.: *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Warszawa Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010.
13. *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 19 sierpnia 1994 roku.*
14. Przeclawski K.: *Etyka i religia na przełomie tysiącleci, ciągłość i zmiany*, Wydawnictwo Akademickie „Żak” Warszawa 2001.
15. Ratigowska A.: *Spokój serca, czyli radosnych Świąt. Wywiad z księdzem Janem Twardowskim. Życie 2000.*
16. Saunders C.: *Śmierć i umieranie; Chwile prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym*, Warszawa 1973.
17. Szatkowski S.: *Etyka i działanie dla dobra chorego. Postępy rehabilitacji 2000.*
18. Watson M. S., Lucas C. F.: *Opieka paliatywna*, Wrocław Elsevier Urban & Partner 2005.
19. Wrońska I. Mariański J.: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
20. Zarzycka D.: *Pielęgowanie*. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa. Tom I*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.

Elżbieta Krajewska-Kula¹, Anna Baranowska¹, Barbara Jankowiak¹,
Krystyna Klimaszewska¹, Dorota Kondzior¹, Krystyna Kowalczyk¹,
Beata Kowalewska¹, Katarzyna Krajewska-Ferisah¹, Agnieszka Lankau¹

Ocena postaw studentów pielęgniarstwa wobec cierpienia

„Kaźde cierpienie jest bowiem niczym innym
niź niespełnionym i pokrzyżowanym pragnieniem”

A. Schopenhauer

Pracownicy ochrony zdrowia, świadczący opiekę chorym, w opinii Wilczek-Różyczki i wsp. [1], muszą mieć świadomość, że cierpienie fizyczne wpływa na sferę psychiczną, powodując często negatywne reakcje emocjonalne: okazywanie frustracji, złości, buntu.

Scheller [2] podkreśla, w filozoficznym kontekście cierpienia, że wszystkie jego rodzaje, bez względu na zachowanie osoby cierpiącej, są „jedynie subiektywnymi psychicznymi odzwierciedleniami i korelatami obiektywnych procesów ofiary”.

Lukas [cyt. za 1] twierdzi, w psychologicznym ujęciu cierpienia, że człowiek nie cierpi z powodu sytuacji naturalnej, w jakiej się znajduje, ale z powodu braku jej sensu. Nie dlatego, że nie zaspokaja swoich potrzeb, ale dlatego, że nie znajduje dla tego niezaspokajania żadnego uzasadnienia [cyt. za 1].

W opinii Frankla [3], cierpienie oznacza „zajmowanie postawy wobec tego, co się w życiu przydarza i tego, co jest bolesne, zarazem znaczy to nie podlegać losowi i nie być przez ten los kształtowanym do końca, wyrastać ponad ten los i samemu go kształtować”.

Zdaniem Kotlińskiej-Lemieszek [4], cierpieniem, określa się przykre doznania (udrękę) związane z przeżywaniem bólu fizycznego, innych dokuczliwych objawów, różnorodnych strat (kalectwo, zniedołężnienie, utrata bliskiej osoby, utrata roli/pozycji, godności) i innych nieszczęść, często związanych z ciężką przewlekłą chorobą i śmiercią.

Według słownika Webstera cierpieć oznacza „poddąć się lub być zmuszonym do wytrzymania zadanego ciosu oraz doświadczać lub ponosić szkodę lub stratę” [cyt. za 4].

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, UMB

Chapman i Gavrin [5] są przekonani, iż każda definicja cierpienia powinna uświadamiać zagrożenia integralności jednostki (zarówno fizycznej, jak i psychospołecznej), jego negatywne skutki oraz uświadomienie poczucia bezradności i straty.

W opinii Lewis'a [6], każde doświadczenie o charakterze fizycznym lub psychicznym, w stosunku do którego pacjent odczuwa niechęć, jest równoznaczne z udręką, męczarnią, nieszczęściem i kłopotami, przeradzając się w ból o podłożu somatycznym, psychicznym, a także duchowym.

Cassell [7] uważa cierpienie za osobiste przeżycia, stan głębokiego wyczerpania związanego z wydarzeniami stanowiącymi zagrożenie integralności własnej osoby. Zdaniem autora pojawia się ono w chwili uzmysłowienia sobie zbliżającego się zagrożenia i trwa dopóty, dopóki zagrożenie nie minie lub nie uda się przywrócić poczucia bezpieczeństwa w inny sposób. Cassell wyróżnił też szereg komponentów osobowości, które przyczyniają się do osobistego przeżywania cierpienia, takich jak:

- rola osoby (samego pacjenta, rodziny, personelu medycznego);
- stosunki międzyludzkie;
- wcześniejsze doświadczenia życiowe i ich osobiste znaczenie;
- wychowanie w określonej sferze kulturowej, a także osobiste cechy, takie jak: przekonania polityczne, zainteresowania, posiadanie tajemnic, życie intymne, wizja przyszłości, funkcjonowanie na różnych poziomach świadomości, posiadanie rozwiniętych nawyków i wzorów zachowań, posiadanie ciała fizycznego oraz życia duchowego (wymiaru transcendentálne) [7].

Już Petroniusz mawiał: „Nikt nie zaufa lekarzowi, który nie rozumie bólu”, a Kępiński [8] słusznie zauważył, iż jednym z podstawowych celów pomocy medycznej jest: „poznać cierpienia chorego, w miarę możliwości znaleźć ich podłoże i próbować im zaradzić”.

W obliczu cierpienia u ludzi mogą ujawnić się różnorodne postawy [9]. Według Makselona [9], w typologizacji postaw ludzkich można wyróżnić ich kilka, w tym: postawę aktywnej akceptacji, iluzoryczną i nadziei. Cierpienie może być odrzucone albo przyjęte na drodze akceptacji, iluzji lub nadziei. Postawa akceptująca może przybierać formę akomodacji, gdy człowiek zmienia się na tyle, aby cierpienie stało się dla niego bardziej znośne lub asymilacji, w której próbuje dla własnej korzyści wydobyć z cierpienia jak najwięcej korzyści [9]. Wyróżnia się także akceptację bierną, która przejawia się w biernym przyjmowaniu wydarzeń i akceptację czynną, przebiegającą na drodze aktywnego poszukiwania sensu. Postawa iluzoryczna chroni człowieka przed lękiem i poczuciem winy oraz usuwa z jego świadomości nieprzyjemne zdarzenia i myśli. Występują w niej mechanizmy obronne racjonalizacji, projekcji lub ucieczki w świat fantazji. Postawa nadziei, według Makselona [9], wyraża się w przyjęciu daru cierpienia Chrystusa, który uczynił je rzeczą użyteczną i aktywnym przezwyciężaniem zła.

Celem pracy była ocena postaw studentów pielęgniarstwa wobec cierpienia.

Material i metodyka

Badaniem objęto 100 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wykorzystano w nim autorski kwestionariusz ankietowy Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, zawierający 7 pytań ogólnych i 18 zasadniczych, opracowany w oparciu o dane literaturowe [1, 10] i przemyślenia własne.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 97% kobiet i 3% mężczyzn, mieszkających w 60% w mieście i w 40% na wsi. Wiek badanych wahał się od 21 do 26 lat, w tym 21 lat miało 95% badanych, 23 lata – 2%, 24 lata – 2% i 26 lat – 1%.

Respondenci z reguły (83%) byli wyznania katolickiego. Pozostali prawosławia – 9%, judaizmu – 1%, wyznania muzułmańskiego – 1% lub byli świadkami Jehowy – 2%. Za niewierzących uznało siebie 4% studentów.

W samoocenie 79% ankietowanych określiło siebie jako osoby wierzące i praktykujące. Przeciwną opinię wyraziło 9% z nich, a 12% miało problemy z jednoznaczną oceną swojej religijności.

Studenci pod pojęciem „cierpienie”, najczęściej rozumieli „przykre doznania (udrękę)” – 40% wskazań, „negatywną emocję” – 21%, „stan, w którym pytamy o sens życia” – 17%, „szkołę przezwyciężenia samego siebie” – 15% i „szkołę życia” – 11%. Pozostali uważali, iż cierpienie jest normalną częścią choroby – 9%, darem Boga lub małą częścią cierpień Chrystusa – po 7%, albo też jakąś tajemnicą – 3%. Jedna osoba traktowała cierpienie, jako „przyczynę niedoskonałości” – 1%.

W opinii respondentów najczęstszym źródłem cierpienia były: choroba, nieuśmierzony ból (66%), strata bliskiej osoby (46%) lub samotność (23%), rzadziej niespełniona miłość lub utrata godności – po 15% badanych.

Za najważniejsze źródło cierpienia somatycznego studenci uważali ból – 65% wskazań, a w dalszej kolejności: inne dokuczliwe objawy natury fizycznej – 11%, duszność – 9%, osłabienie – 9% oraz zmianę wyglądu ciała – 6%.

Głównymi źródłami cierpienia duchowego według respondentów były: utrata sensu życia – 41% wskazań, obawa przed cierpieniem – 30%, śmierć ciała i duszy – 26% oraz udręki egzystencjalne – 20%.

W grupie czynników społecznych, będących źródłem cierpienia, studenci wymieniali: bycie dla innych ciężarem – 39% wskazań, współuczestniczenie w cierpieniu najbliższych – 38%, problemy finansowe – 12% i izolację społeczną – 11%.

Ankietowani deklarowali, iż o cierpieniu rozmawiają: często – 35%, bardzo często – 9%, rzadko – 37%, bardzo rzadko – 16% lub nigdy – 3%.

Najlepszym partnerem do rozmów o cierpieniu, są według większości badanych (42%) koledzy lub koleżanki, rodzice (37%) i rodzeństwo (20%). W dalszej

kolejności – ksiądz (14%), pacjenci (7%), psycholog (6%), pielęgniarka (5%), nauczyciele (3%), lekarz lub mąż (po 1%). Jedna osoba (1%) twierdziła, iż nie ma partnera do takich rozmów.

Studenci z reguły deklarowali, iż o cierpieniu mogą rozmawiać w sposób otwarty – 53% wskazań. W przypadku 21% takie rozmowy prowadzone były z pewnym zażenowaniem, a 6%, jak o czymś będącym swoistym „tabu”. Rozmów na powyższy temat unikało aż 20% osób.

Pierwsze kontakty respondentów z cierpieniem były najczęściej związane z chorobą babci/dziadka – 27%, ich śmiercią – 20%, chorobą matki/ojca – 16%, własną chorobą – 14% lub śmiercią koleżanki/kolegi – 12%. Rzadziej z chorobą rodzeństwa – 9%, chorobą pacjenta – 8%, śmiercią matki/ojca lub śmiercią pacjenta – po 5% oraz ze śmiercią rodzeństwa lub chorobą koleżanki/kolegi – po 4%.

Ankietowani generalnie rzadko – 45% (w tym 34% rzadko, 9% bardzo rzadko, 2% nigdy) myśleli o swoim cierpieniu. O cierpieniu innych, w tym pacjentów, rodziców często myślało 31% z nich, a o cierpieniu rodziny, przyjaciół bardzo często – 14%. Nie miało zdecydowanego zdania w powyższej kwestii 10% badanych.

Co czwarty badany (25%) doświadczał aktualnie cierpienia będącego wynikiem problemów osobistych (14%), samotności (3%) lub stanu depresyjnego (8%).

Cierpienie akceptowało 26% studentów, w tym raczej akceptowało – 22% i całkowicie akceptowało – 4%.

Nie zastanawiało się nad tym, czy cierpienie istnieje, czy nie – 12% badanych, 26% obawiało się jego, a 5% unikało go za wszelką cenę. Obojętne było ono dla 3% i taka sama grupa studentów deklarowała, iż nigdy go nie zaakceptuje.

W opinii studentów cierpienie pozwala docenić życie (39%), uwrażliwia na cierpienie innych (36%), łączy ludzi ze sobą (27%), rozbudza potrzebę walki (24%), uczy prawdy o życiu (22%), pomaga dojrzewać (12%), uczy poznawania własnych granic (8%), „oczyszcza duszę”, ułatwia oderwanie od przywiązań, niszczy zło moralne (7%), a także pozwala rozwinąć realizm (1%).

Reakcjami chorego na przeżywane przez niego cierpienie w odczuciu ankietowanych może być: rozpacz – 38%, depresja – 28%, złość – 24%, poczucie zagrożenia – 20%, wołanie o pomoc Boga – 20%, targowanie się z Bogiem – 19%, przygnębienie – 19%, odrzucenie prawdy o chorobie – 18%, pragnienie szybkiej śmierci – 14%, wołanie o pomoc najbliższych – 12%, wołanie o pomoc przyjaciół – 4%, wołanie o pomoc personelu medycznego – 3% lub akceptacja cierpienia – 3%.

Zdaniem respondentów do postaw personelu medycznego, które mogą nasilać cierpienie chorego można zaliczyć: niezrozumienie potrzeb chorego – 39%, brak zaangażowania personelu medycznego w opiekę nad nierokującym poprawy pacjentem – 35%, niewłaściwe komunikowanie się z chorym – 35%, niedo-

stępnosc lekarza – 27%, nierozpoznawanie cierpienia chorego – 27%, medykalizację cierpienia (ograniczenie działań wyłącznie do medycznych aspektów choroby) – 26%, brak wsparcia dla osób bliskich choremu – 26%, niedostępność pielęgniarki – 19%, niewłaściwe komunikowanie się z rodziną chorego – 17% oraz nierozpoznanie cierpienia bliskich chorego – 14%.

Zdecydowana większość ankietowanych (47%) twierdziła, iż tematyka „cierpienia” była omawiana na zajęciach na Uczelni. Odmiennego zdania było 27% badanych, a 26% nie pamiętało o tym.

Studenci zapytani o to, czy powyższa tematyka powinna być omawiana na Uczelni, odpowiedzieli w 60% że tak, w tym w 41% na podstawach pielęgniarstwa, w ramach psychologii (9%) lub komunikowania interpersonalnego (10%). Nie widziało takiej potrzeby 9% badanych, a 31% nie wyraziło w tej kwestii jednoznacznej opinii.

Studentów na zakończenie badania poproszono o wymienienie znanych w świecie osób, które ich zdaniem można by uznać za osoby cierpiące. Osoby takie wskazało 54% respondentów i byli to: Jan Paweł II – 14% wskazań, Św. Faustyna – 7%, Jezus – 6%, Bł. ks. Jerzy Popiełuszko – 6%, Bł. Matka Teresa z Kalkuty – 6%, Św. Ojciec Pio – 6%, Św. Maksymilian Maria Kolbe – 2%, Prof. Zbigniew Religa – 1%, Hiob – 1%, Michael Douglas – 1%, Gabriela Kownacka – 1%, Św. Piotr – 1%, Prof. Hawkins – 1% i Ks. Twardowski – 1%.

Dyskusja

Książd Tischner [11] w rozważaniu o ludzkich wartościach, mówi o cierpieniu, iż „jest podstawowym faktem ludzkim, a nawet czymś więcej – jest próbą człowieczeństwa człowieka, próbą jego wewnętrznej prawdy. Przechodząc poprzez tę próbę człowiek okazuje się taki, jaki jest. Jego maski opadają, traci sens wszelka gra”.

Jan Paweł II [12], w liście Apostolskim *Salvifici doloris* – O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia; Watykan, 11 lutego 1984 roku, napisał „Człowiek w swoim cierpieniu pozostaje nietykalną tajemnicą”. Słowa te nabierają szczególnego znaczenia w czasach, gdy młodość, sprawność, sukces, uroda są cennie nade wszystko, a cierpienie, choroba i śmierć, są nie akceptowane społecznie [12]. W swym rozważaniu zauważa także, że: „...sens cierpienia jest równocześnie na wskroś nadprzyrodzony i na wskroś ludzki (...), ponieważ człowiek odnajduje w nim siebie, swoje człowieczeństwo, swoją godność, swoje posłannictwo. (...) Cierpienie bytuje z człowiekiem i choć jest rozproszone, tworzy swoisty świat wspólnoty. Świat cierpienia ulega nieraz pewnym zagęszczeniom. Tak się dzieje w przypadku klęsk żywiołowych, katastrof i wreszcie w szczególnie sposób w czasie wojen...” [12].

Według badań Foleya, za Szentmartoni [13] u ludzi można wyróżnić jedenaście postaw wobec własnego cierpienia:

1. *postawa ukaranego* – gdy cierpienie pojmowane jest przez człowieka, jako kara Boża za grzechy popełnione w życiu; czuje się on winny i zazdrości innym, którzy nie zostali ukarani. Pojawia się fałszywy obraz Boga, który okazuje się niesprawiedliwy.
2. *postawa poddanego próbie* – gdy cierpienie jest przeżywane i akceptowane, jako próba swojej wierności
3. *postawa nieszczęśliwie cierpiącego* – gdy człowiek utrzymuje, że złe rzeczy, jak np. choroba, zdarzają się przypadkowo, stąd czuje się nieszczęśliwy i bezbronny wobec nieprzewidywalnych wydarzeń, czuje się ofiarą.
4. *postawa uległości wobec praw natury* – gdy człowiek uważa, że choroby i cierpienia są automatycznym przejawem praw natury i dlatego nie ma innego wyjścia, jak tylko znosić je z cierpliwością
5. *postawa rezygnacji wobec woli Bożej* – jest postawą dogłębnie pasywną, ponieważ osoba czuje się bezradna wobec „racji” Boga i czuje się przez Niego przytłoczona
6. *postawa akceptacji ludzkiego losu* – gdy cierpienie jest postrzegane, jako konsekwencja życia ludzkiego. Jest to postawa aktywna, człowiek stawia czoło własnemu cierpieniu, stara się z nim żyć
7. *postawa osobowego wzrostu* – gdy osoba jest przekonana, że z każdego zła można wyciągnąć jakieś dobro i że choroba również jest środkiem do osobowego wzrostu
8. *postawa defensywna* – osoba ucieka od swojego cierpienia, od analizowania przyczyn, nie szuka pomocy, przeczy, że cierpi, nie planuje przyszłości chcąc uniknąć powtórzenia się negatywnego doświadczenia.
9. *postawa minimalizowania* – gdy człowiek przyjmuje logikę „mogło być gorzej”, porównuje się swoje cierpienie z cierpieniem innych i dochodzi się do wniosku, że inni cierpią jeszcze bardziej
10. *postawa Bożej perspektywy* – gdy osoba próbuje rzeczy w Bożej perspektywie i odkrywa, że jej cierpienie jest tak naprawdę ukrytym błogosławieństwem
11. *postawa odkupieńcza* – gdy osoba wie, że może zjednoczyć swoje cierpienie z Chrystusem i w ten sposób uczestniczyć w zbawieniu świata.

W opinii Kowalczyk [14], uznając moralno-duchowy wymiar człowieka, można odkryć sens personalny cierpienia, a człowiek, poprzez doświadczenie cierpienia fizycznego lub psychicznego, zdobywa wewnętrzną dojrzałość i głębiej przeżywa własne człowieczeństwo. Cierpienie sprzyja bowiem procesom pogłębiania moralno-duchowego, będąc najstarszą szkołą samorealizacji człowieka [14].

Kopański i Florek-Tarczoń [10], badaniami prospektywnymi objęli 43 studentów I roku, 39 studentów II roku, 70 studentów III roku – razem 152 studentów kierunku pielęgniarstwo. Studenci II i III roku na pierwszym miejscu określali cierpienie jako stan, w którym człowiek pyta o sens życia: II rok – 32 (82%), III rok – 70 studentów. Studenci I roku uważali, że cierpienie to szkoła prze-

zwycięzania samego siebie – 38 (88,3%). W następnej kolejności uwzględniali pogląd, że cierpienie to mała część cierpień Chrystusa – 32 (74,4%) ankietowanych lub dar Boga 24 (55,8%) ankietowanych. Studenci II roku uwzględnili religijny aspekt cierpienia, gdzie na równorzędnym poziomie określili, że cierpienie to znak Boży i mała część cierpień Chrystusa – 18 (48,7%). Studenci III roku także zauważali aspekt religijny sensu cierpienia, wyrażając swój pogląd, że cierpienie to mała część cierpień Chrystusa – 36 (51,4%) lub, iż jest to znak Boży – 29 ankietowanych (41,4%) [10].

W obecnych badaniach, studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB, pod pojęciem „cierpienie”, najczęściej rozumieli „przykre doznania (udręka)” – 40% wskazań oraz „negatywną emocję” – 21%.

W opinii Szczeklika: „...sprzeciw wobec cierpienia, niezgoda na jego istnienie są źródłem odwiecznych zakwestionowań Boga. Cierpienie bowiem trudno zrozumieć, pozostaje niewytłumaczalne nawet dla tych, którzy wierzą. Zwłaszcza, że wiara nie wymazuje cierpienia...” [15].

Większość ludzi, za Mellibruda [A] kontaktuje się z cierpieniem w trzech rodzajach okoliczności – wtedy, gdy sami cierpienia doświadczają, wtedy gdy obserwują, jak inni cierpią oraz wtedy, gdy swoim postępowaniem wywołują cierpienie u innych. Autor uważa, iż na cierpienia własne reaguje się na ogół automatycznie, poprzez próby zmniejszenia jego dolegliwości i unikania jego przyczyn. W przypadku obserwowania cierpienia drugiej osoby, proces empatycznego rozumienia wzbudza na ogół emocjonalne reakcje współodczuwania i tendencję do niesienia pomocy [A]. Ponieważ jednak współodczuwanie cudzego cierpienia jest doświadczane często w przykry sposób, a niesienie pomocy napotyka na poważne przeszkody, u wielu ludzi mogą wystąpić obronne formy reagowania, powodujące zobojętnienie wobec cudzego cierpienia, a czasem nawet irytację na osobę cierpiącą [A].

W badaniu Wilczek-Różycki i wsp. [1] dla 52,5% pielęgniarek i 20,0% lekarzy choroba matki/ojca była pierwszym kontaktem z cierpieniem, natomiast pierwszy kontakt z osobą cierpiącą spoza rodziny wskazany został przez 17,5% lekarzy i 2,5% pielęgniarek [1].

W obecnym opracowaniu pierwsze kontakty studentów z cierpieniem były najczęściej związane z chorobą babci/dziadka – 27% lub ze śmiercią babci/dziadka – 20%.

Jan Paweł II w Liście Apostolskim [12] wskazuje również, że: „...Cierpienie nie tylko wyniszcza człowieka w nim samym, ale zdaje się czynić go ciężarem dla drugich. Człowiek czuje się skazanym na ich pomoc i opiekę, a równocześnie sam zdaje się sobie niepożyteczny”.

W badaniu Wilczek-Różycki i wsp. [1], jako główny czynnik wpływający na przyjęcie określonej postawy wobec cierpienia, 40,0% pielęgniarek i 25,0% lekarzy wskazało cierpienie najbliższej osoby. Dla 30,0% pielęgniarek i 25,0% lekarzy jest to konsekwencja wychowania religijnego. Nikt z ankietowanych osób

nie wskazał na udział mediów w kształtowaniu postawy w tym zakresie. Wśród opinii 40,0% pielęgniarek i 28,0% lekarzy *Biblia* pozwala rozwijać postawę wobec omawianego zagadnienia, natomiast dla 28,0% lekarzy nie ma lektury, która mogłaby mieć udział w przyjmowanym stosunku do cierpienia. Rolę wiary w tej kwestii uznało 55,0% pielęgniarek i 47,5% lekarzy [1].

W opinii obecnych studentów cierpienie przede wszystkim pozwala docenić życie (39%), uwrażliwia na cierpienie innych (36%), łączy ludzi ze sobą (27%), rozbudza potrzebę walki (24%) oraz uczy prawdy o życiu (22%).

Kopański i Florek-Tarczoń [10], w badaniu studentów kierunku pielęgniarstwo stwierdzili, że refleksję o cierpieniu na później odkładały wszystkie osoby z I roku, 2 studentów II roku (5,1%) oraz 8 studentów III roku (11,4%). Studenci II roku w niewielkim procencie (5,1%) nie akceptowali cierpienia. Studenci I i III roku nie wykazywali braku akceptacji cierpienia. Większość studentów przejawiała postawę akceptacji aktywnej cierpienia, tj. z przekonaniem, które u studentów III roku nieznacznie malało: I rok – 20,9%, II rok – 20,5%, III rok – 14%. Podobnie kształtowały się postawy akceptacji wobec cierpienia, jednak z tendencją malejącą w stosunku do lat kształcenia: I rok – 27,9%, II rok – 20,5%, III rok – 14%. Im dłuższy był proces kształcenia, tym większy procent studentów obawiał się cierpienia: I rok – 34,8%, II rok – 38,4%, III rok – 42,8% [10].

Pielęgniarki i lekarze z pracy Wilczek-Różycki i wsp. [1] o własnym cierpieniu myśleli tylko czasami (odpowiednio 65,0% i 50,0% badanych). Różnica istotna statystycznie dotyczyła wskazania odpowiedzi, że o własnym cierpieniu ankietowani myśleli nie częściej niż raz w roku ($p = 0,003$). Na granicy istotności ($p = 0,05$) znajdowała się odpowiedź: „często myślę o własnym cierpieniu” obliczu cierpienia własnego lub w zetknięciu się z cierpieniem drugiego człowieka – 5,0% lekarzy i 22,5% pielęgniarek wskazało na pozytywne przemiany w ich życiu: „doceniam życie” ($p = 0,01$), natomiast 15,0% lekarzy i 2,5% pielęgniarek podało „uwrażliwiłem się na cierpienia innych lub cierpienie wyzwoliło we mnie potrzebę walki”. Różnica wskazań tych odpowiedzi okazała się istotna statystycznie ($p = 0,02$) [1].

Ankietowani obecnie studenci generalnie rzadko – 45% myśleli o cierpieniu, a jeżeli już to o cierpieniu pacjentów, rodziców – 31%.

W pracy Wilczek-Różycki i wsp. [1] ankietowani, gdyby dotknęło ich cierpienie, oczekiwaliby głównie obecności drugiego człowieka (37,5% lekarzy, 22,5% pielęgniarek). Słowa i gesty pociechy nie miałyby natomiast większego znaczenia zarówno dla 2,5% badanych. Zrozumienie, jako istotna pomoc, zostało wskazane przez 10,0% lekarzy i 25,0% pielęgniarek. Omawiane formy pomocy oczekiwane byłyby od najbliższej rodziny. Takie źródło pomocy wskazane zostało przez 40,0% ogółu badanych. Znaczna grupa respondentów szukałaby pocieszenia w modlitwie i w Bogu (33,0% lekarzy i 20,0% pielęgniarek). Jedynie 17,5% pielęgniarek prosiłoby o pomoc Matkę Bożą. Dla 32,5% badanych istotne okazało się świadczenie konkretnej pomocy [1].

W obecnym opracowaniu respondenci deklarowali, iż o cierpieniu często – 44%, a najlepszym partnerem do rozmów o cierpieniu, są według większości badanych (42%) koledzy lub koleżanki, rodzice (37%) i rodzeństwo (20%).

Wilczek-Różycki i wsp. [1], dokonali podziału cierpienia i oprócz aspektu fizycznych dolegliwości zwrócili uwagę na cierpienie psychiczne, które może dotyczyć wielu dziedzin naszego życia. Wśród 65,0% pielęgniarek i 45,0% lekarzy obecność drugiego człowieka i postawa towarzysząca okazały się najbardziej pożądaną formą pomocy ($p = 0,03$). Nikt z analizowanej grupy nie poleciłby natomiast telefonu zaufania, jako najskuteczniejszej formy pomocy. W opinii 72,5% lekarzy i 80,0% pielęgniarek cierpienie łączy się z uczuciami negatywnymi. Większość (80,0% lekarzy i pielęgniarek) deklaruje pełne zrozumienie nastawienie do cierpienia. Mimo zdarzających się epizodów agresji ze strony pacjentów, 62,5% lekarzy i 70,0% pielęgniarek wyraża dalszą chęć pomocy cierpiącym [1].

Studenci z obecnego badania za najważniejsze źródło cierpienia somatycznego uważali ból – 65%, cierpienia duchowego – utratę sensu życia – 41% i obawę przed cierpieniem – 30%, a w grupie czynników społecznych, będących źródłem cierpienia bycie dla innych ciężarem – 39% wskazań i współuczestniczenie w cierpieniu najbliższych – 38%.

Potrzebę głębszego poznania problematyki cierpienia, wyrażającą pozytywne nastawienie, deklarowało 85,0% pielęgniarek i 67,5% lekarzy w pracy Wilczek-Różycki i wsp. [1]. W obecnym opracowaniu powyższą potrzebę deklarowało 60% studentów.

W badaniach Kopańskiego i Florka-Tarczonja [10] wykazano, że studenci I roku częściej unikali za wszelką cenę cierpienia – 9,3%, niż studenci III roku – 5,7%. Studenci często rozmawiali o cierpieniu i im byli na wyższym stopniu kształcenia, tym częściej rozmawiali o tym zagadnieniu: I rok – 41,8%, III rok – 62,8%. Największy odsetek unikania rozmów wykazano w grupie studentów II roku – 35,8% (porównując: I rok – 2,3%, a III rok – 8,5%) [10].

Wilczek-Różycki i wsp. [1] wśród ankietowanych zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek – odpowiednio 65,0% i 62,5% – o cierpieniu rozmawiało się w razie konieczności, natomiast otwarcie na ten temat dyskusje prowadziło tylko 27,5% lekarzy i 32,5% pielęgniarek [1].

Nasi respondenci z reguły deklarowali, iż o cierpieniu mogą rozmawiać w sposób otwarty – 53% wskazań, ale w przypadku co piątego badanego takie rozmowy prowadzone były z pewnym zażenowaniem lub w ogóle unikają takich rozmów.

W badaniach Kopańskiego i Florka-Tarczonja [10] stwierdzono, iż proces kształcenia wpływał na otwartość rozmów o cierpieniu: I rok – 72%, III rok – 81,4% studentów.

Podsumowaniem niech będą słowa Jana Pawła II: „cierpienie jest w świecie po to, ażeby wyzwalalo miłość, ażeby rodziło uczynki miłości bliźniego, ażeby całą ludzką cywilizację przetwarzało w »cywilizację miłości«” [12].

Wnioski

1. Studenci w większości postrzegali cierpienie, jako negatywny stan psychiczny, ale jednocześnie uważali, iż może uwrażliwiać, łączyć ludzi i rozbudzać potrzebę walki.
2. Pierwsze kontakty z cierpieniem najczęściej związane były z osobistymi doświadczeniami studentów.
3. W odczuciu studentów, większość reakcji na cierpienie łączy się z negatywnymi emocjami (rozpacz, depresja, złość, strach)
4. W opinii badanych postawy personelu medycznego mogą wpływać na nasilenie cierpienia chorego.
5. Studenci w większości byli przekonani, iż tematyka cierpienia powinna być omawiana na studiach.

Piśmiennictwo

1. Wilczek-Różyczka E., Zajkowska E., Wojtas K.: Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia, *Psychoterapia*, 2008, 1, 79–89.
2. Scheller M.: *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*. PWN, Warszawa, 1994, 12.
3. Frankl VE.: *Homo patiens*, Wyd. PAX, Warszawa, 1984, 1–316.
4. Kotlińska-Lemieszek A., Bączek E., Łuczak J.: Somatyczne aspekty cierpienia. Postępy w uśmierzaniu bólu, duszności i innych objawów związanych z chorobą nowotworową, *Współcz. Onkol.*, 2000, 4, 224–230.
5. Chapman C. R., Gavrin J.: *Suffering and its Relationship to Pain*. *J. Palliat. Care*, 1993, 9 5–13.
6. Lewis C. S.: *The Problem of Pain*. Fount. An Imprint of Harper Collins Publishers, London, 1977.
7. Cassel E. J. *The nature of suffering and the goal of medicine*. Oxford University Press, New York, 1991.
8. Kępiński A.: *Poznanie chorego*, Gandalf, Warszawa, 1978, 170.
9. Makselon J.: *Z psychologii cierpienia*, *Homo Dei*, 1987, 56, 41–46.
10. Kopański Z., Florek-Tarczoń K.: *Koncepcje cierpienia w poglądach studentów pielęgniarstwa*, *Probl. Pielęg.*, 2008, 16, 359–363.
11. Tischner J. Ks.: *Myślenie według wartości*, Znak, Kraków, 2000, 305.
12. Jan Paweł II: *Salvifici Doloris – List apostołski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*. Watykan; 1984.
13. Szentmartoni M.: *Psychologia pastoralna*, WAM, Kraków, 1995, 91–93.
14. Kowalczyk S.: *Człowiek istota cierpiąca*. *Pielęgniarstwo* 2000, 1998, 5, 8.
15. Szczeklik A.: *Katharsis*, Znak, Kraków, 2002, 1–151.

Netografia

- A. Mellibruda J.: pomoc osobie cierpiącej jako zadanie i wyzwanie dla psychologii i psychoterapii, <http://www.psychologia.edu.pl/blog/2011/01/20/16-pomoc-osobie-cierpiacej-jako-zadanie-i-wyzwanie-dla-psychologii-i-psychoterapii.html>, data pobrania 3.02.2011.

Cecylia R. Łukaszuk¹, Aneta Dąbrowska²,
Krzyszyna Klimaszewska¹, Elżbieta Krajewska-Kułak¹

Opieka paliatywna/hospicyjna w opinii społecznej

Wstęp

Choroba, cierpienie, umieranie i śmierć to trudne i bolesne problemy ludzkiej egzystencji. Problemy te ogarniają życie człowieka wówczas, gdy on sam lub ktoś bliski zostanie dotknięty chorobą, której nie można już wyleczyć. Spojrzenie na świat i życie ze strony człowieka, u którego wykryto nowotwór złośliwy radykalnie się zmienia. Życie, które do tej pory – być może – było nacechowane szczęściem, licznymi perspektywami i nadziejami, w obliczu nieuleczalnej choroby okazuje się czymś kruchym i słabym. W miejsce radości i życiowych planów pojawia się lęk, ból, niepewność i bezradność. Te negatywne uczucia bywają często pogłębiane przez współczesną stygmatyzację, która za wszelką cenę pragnie naznaczyć nieuleczalnie chorych jako gorszych, odmiennych [1]. Człowiek cierpiący i umierający jest narażony wówczas na samotność. „Nie ma chyba bardziej bolesnego doświadczenia w życiu każdego człowieka, jak cierpienie i umieranie w samotności” [2].

Równocześnie jednak we współczesnym świecie pojawia się coraz więcej osób, które dostrzegają autentyczne potrzeby ludzi ciężko i nieuleczalnie chorych, a także problemy ich bliskich. Przychodzą tym ludziom z konkretną pomocą, przynosząc ulgę w cierpieniach, a zarazem tak bardzo potrzebną im ludzką obecność, która przewycięża samotność w obliczu zbliżającej się śmierci. Proponują fachową pomoc medyczną, a także psychiczno – duchowe wsparcie. Ta wszechstronna pomoc niesiona ludziom potrzebującym, a także ich rodzinom dokonuje się na przestrzeni wielu wieków [2, 3].

We współczesnym, zmaterializowanym świecie, gdzie liczy się kariera i pogoń za pieniądzem, istnieje szansa na nadanie całej społeczności wy-

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Absolwentka PWSliP w Łomży

miaru głęboko humanistycznego. Pogląd ten, oparty na samarytańskich źródłach opieki medycznej, określa najtrafniej Cicely Saunders słowami: „Jesteś ważny, bo to ty” [2]. Opieka paliatywno-hospicyjna, poprzez swój holistyczny wymiar, jest tym wszystkim, co człowiek jest w stanie dać innej, potrzebującej wsparcia osobie [1].

Celem pracy było przedstawienie, jak opieka paliatywna/hospicyjna jest postrzegana przez społeczeństwo:

1. Jakie jest nastawienie społeczeństwa wobec informowania chorego o nieuleczalnej chorobie, przebiegu leczenia i zbliżającej się śmierci?
2. Jak jest postrzegane hospicjum przez opinię publiczną?
3. Czy wolontariat odgrywa ważną rolę w życiu społeczeństwa?

Materiał i metodyka badań

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym, które posłużyło do przeprowadzenia badań był kwestionariusz ankiety. Składał się on z dwóch części: metryczkowej oraz z pytań zasadniczych, które dawały możliwość poznania opinii na temat postrzegania opieki paliatywnej/hospicyjnej wśród mieszkańców powiatu łomżyńskiego.

Badaniem objęto 48 uczniów łomżyńskich szkół średnich oraz 52 losowo wybranych mieszkańców powiatu łomżyńskiego.

Wyniki

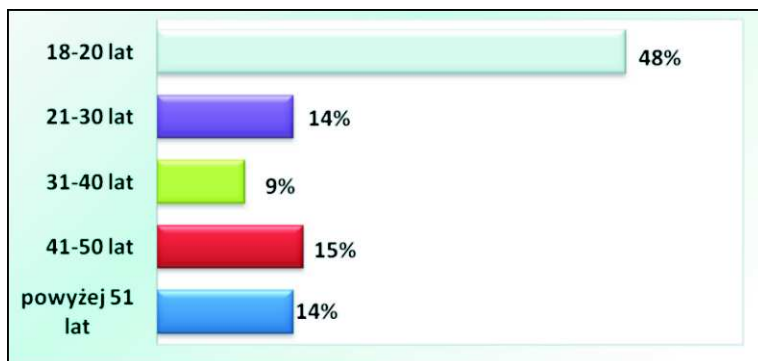
Badaniem ankietowym objęto 48 uczniów łomżyńskich szkół średnich: I Liceum Ogólnokształcącego im. Tadeusza Kościuszki, II Liceum Ogólnokształcącego im. Marii Konopnickiej, III Liceum Ogólnokształcącego im. Żołnierzy Obwodu Łomżyńskiego Armii Krajowej oraz 52 losowo wybranych mieszkańców powiatu łomżyńskiego.

Respondentów podzielono na pięć grup wiekowych: 18–20 lat, 21–30 lat, 31–40 lat, 41–50 lat i powyżej 51 lat. Najwięcej ankietowanych było w przedziale wiekowym: 18–20 lat (48%). Drugą grupę stanowiły osoby w wieku 41–50 lat (15%), następną 21–30 lat (14%) oraz powyżej 51 lat (14%). Najmniej, bo tylko 9% respondentów miało od 31 do 40 lat (ryc. 1).

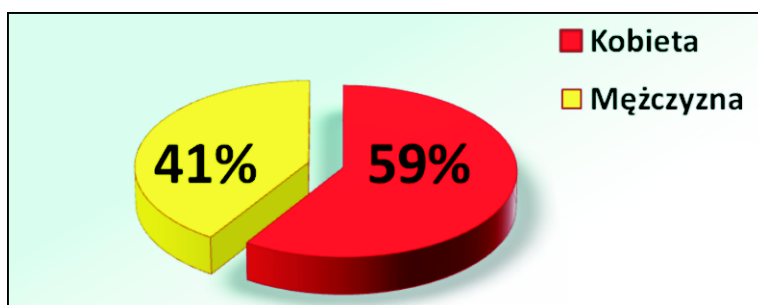
Spśród 100 respondentów biorących udział w badaniu ankietowym, było 59% kobiet i 41% mężczyzn (ryc. 2).

Biorąc pod uwagę pochodzenie respondentów, 43% z nich zamieszkiwało obszary wiejskie, natomiast 57% mieszkało na obszarach miejskich (ryc. 3).

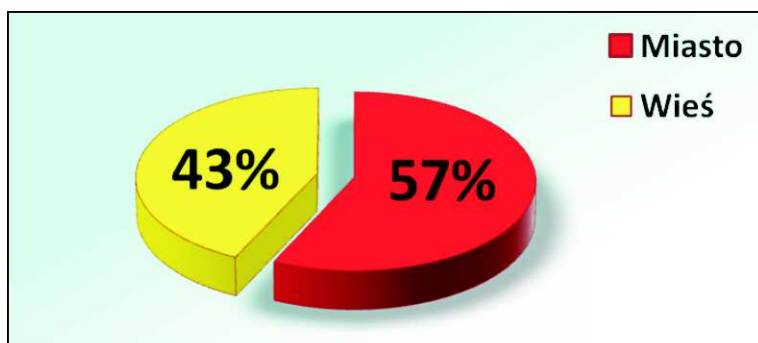
Wyniki badań wskazują, iż 78% respondentów nie zna nikogo z rodziny lub bliskich znajomych, który korzystał, bądź korzysta obecnie z opieki hospicyjnej. Zaledwie 22% ankietowanych uważa, że opieka hospicyjna świadczyła opiekę wobec ich bliskich (ryc. 4).



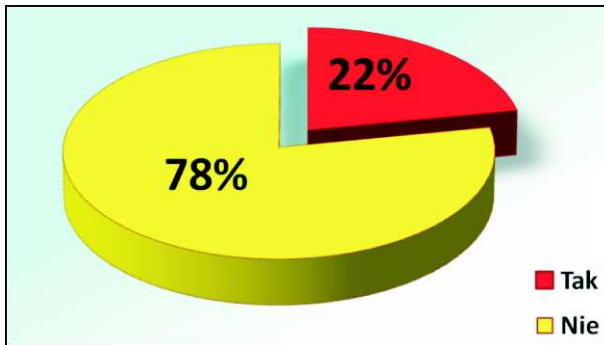
Rycina 1. Podział respondentów ze względu na wiek



Rycina 2. Płeć badanych osób



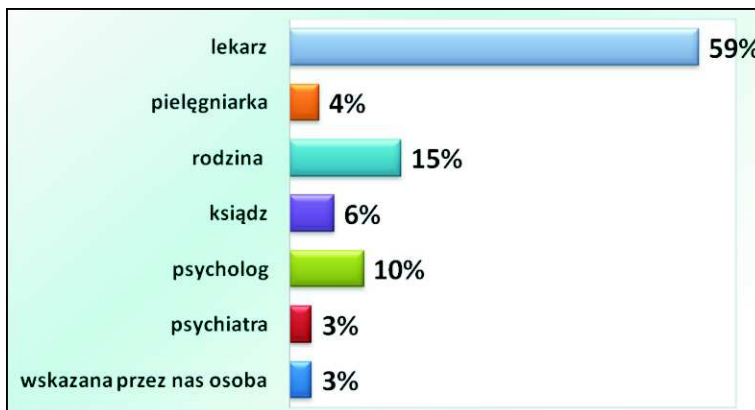
Rycina 3. Miejsce zamieszkania respondentów



Rycina 4. Odpowiedzi respondentów dotyczące korzystania z opieki hospicyjnej

Choroba, umieranie i śmierć są nieodłączną i integralną częścią ludzkich doświadczeń. W ostatnim dziesięcioleciu można zaobserwować dynamiczny rozwój medycyny i innych dziedzin zajmujących się cierpieniem i umieraniem. Pozostaje jednak problem: kto powinien informować pacjenta o jego stanie zdrowia w nieuleczalnej chorobie i zbliżającej się śmierci? [4].

Większość respondentów – 59% uważa, iż informacji o stanie zdrowia powinien zawsze udzielać lekarz, natomiast reszta ankietowanych jest innego zdania. 15% ankietowanych jest zdania, iż to rodzina powinna informować chorego o zbliżającej się śmierci, następnie 10% społeczeństwa uważa, że psycholog, 6% ksiądz, 4% pielęgniarka, 3% wskazaną przez nas osobę, również 3% psychiatra (ryc. 5).



Rycina 5. Stosunek ankietowanych do informowania pacjenta o złym rokowaniu zdrowia w przebiegu choroby

Według 49 osób hospicjum to całodobowa opieka nad chorymi w terminalnym okresie choroby, 43 ankietowanych postrzega hospicjum jako instytucję

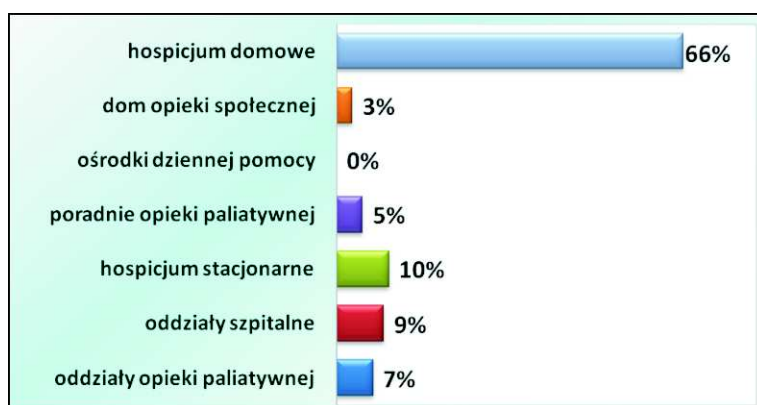
sprawującą opiekę paliatywną nad nieuleczalnie chorymi, aż 26 respondentów uważa, że jest to dom dla umierających, natomiast 19 osobom hospicjum kojarzy się z towarzyszeniem choremu (Tabela 1).

Tabela 1. Zdefiniowanie pojęcia hospicjum przez respondentów

L.p.	Czym według Pani/Pana jest hospicjum?	N	%*
1.	Całodobowa opieka nad chorymi w terminalnym okresie choroby	49	49
2.	Instytucja sprawująca stacjonarną opiekę paliatywną nad nieuleczalnie chorymi	43	43
3.	Dom dla chorych umierających	26	26
4.	Towarzyszenie choremu	19	19
5.	Inne	0	0
6.	Brak odpowiedzi	3	3

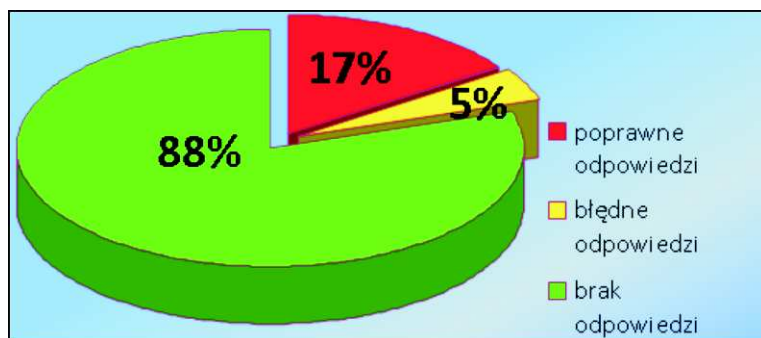
* wartości nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość udzielenia wielokrotnej odpowiedzi

Zadziwiający jest fakt, iż większość (66%) ankietowanych uważa, że najlepszym miejscem dostępu do usług opieki paliatywnej jest hospicjum domowe, czyli opieka domowa. Co dziesiąta osoba uważa, że hospicjum stacjonarne jest najodpowiedniejszym miejscem opieki nad chorymi w ciężkiej, postępującej i zagrażającej życiu chorobie nowotworowej, następnie 9% podało oddziały szpitalne, 7% oddziały opieki paliatywnej, 3 osoby odpowiedziały, że dom opieki społecznej, 5% poradnie opieki paliatywnej (ryc. 7).



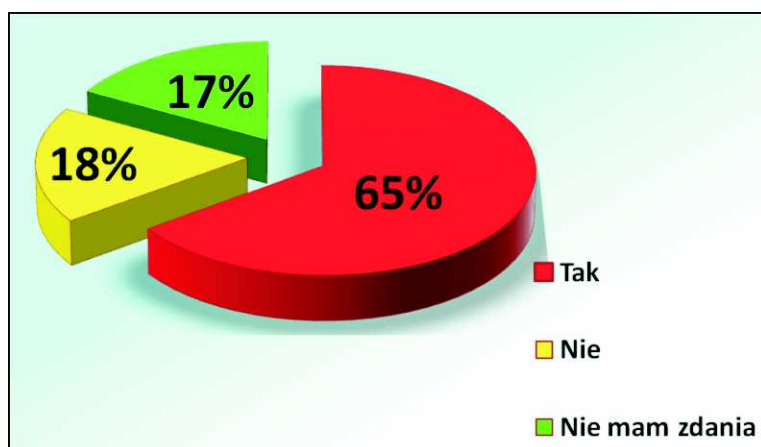
Rycina 7. Stosunek respondentów do usług opieki paliatywnej

Na pytanie: Czym jest, według Pani/Pana, *opieka paliatywna*? tylko 17% ogółu badanej populacji prawidłowo zdefiniowało to pojęcie. Aż 78% ankietowanych nie odpowiedziało na powyższe pytanie, natomiast 5% ankietowanych udzieliło błędnych odpowiedzi (ryc. 8).



Rycina 8. Próba zdefiniowania opieki paliatywnej

Słowo „śmierć” budzi wiele negatywnych emocji, co pociąga za sobą chęć unikania tego tematu [5]. Wynikają stąd obawy przed przekazywaniem informacji o rokowaniu w przebiegu choroby.



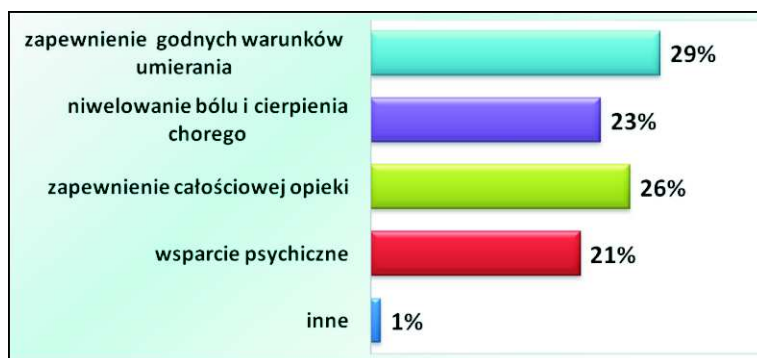
Rycina 9. Opinie respondentów na temat informowania o zbliżającej się śmierci

Zdaniem 65% ankietyowanych lekarz zawsze powinien informować chorego o złym rokowaniu w przebiegu choroby. Osoby, które podały odpowiedź „tak” zostały poproszone o argumentację swojej opinii. Ankietyowani odpowiedzieli, iż:

- powinno się wiedzieć, co nas czeka (22%)
- można skoncentrować się na tym, co jeszcze jest się w stanie zrobić, naprawić, wybaczyć (21%)
- znajomość swojej przyszłości może doprowadzić do wzmocnienia kontaktu z bliskimi (12%)
- można przygotować się do swojej śmierci (6%)

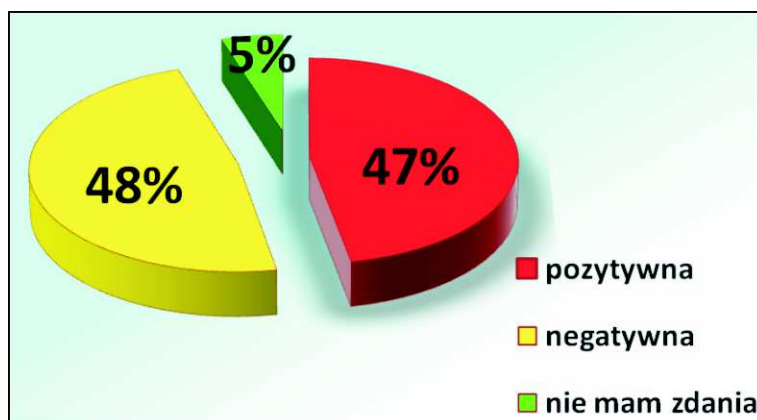
18% respondentów uważało, że lekarz nie powinien informować o zbliżającej się śmierci, a 17% nie miało zdania na ten temat (ryc. 9).

Zdania na temat roli hospicjum w życiu chorego będącego w terminalnym okresie choroby były podzielone. Najwięcej ankietowanych, bo 29% uważa, że rolą hospicjum jest zapewnienie godnych warunków umierania, 26% – zapewnienie całościowej opieki, według 23% respondentów niwelowanie bólu i cierpienia chorego, dla 21% ankietowanych to wsparcie psychiczne (ryc. 10).



Rycina 10. Odpowiedzi respondentów dotyczące roli hospicjum w życiu chorego będącego w terminalnym okresie choroby

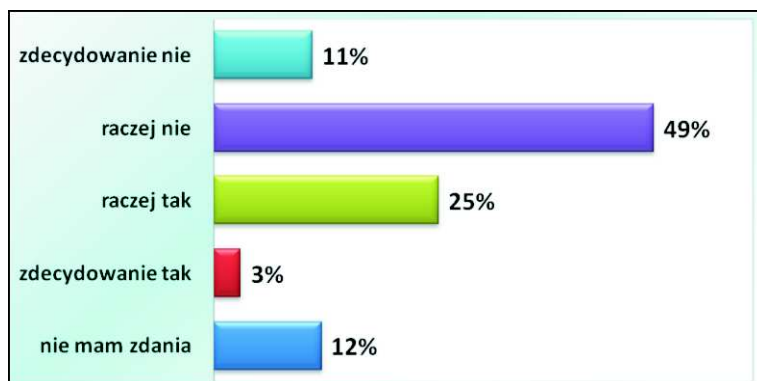
Pierwszą nasuwającą się myślą o hospicjum, według 48% respondentów, jest myśl negatywna, natomiast tylko dla 47% ankietowanych jest myślą pozytywną (ryc. 11).



Rycina 11. Postrzeganie hospicjum przez respondentów

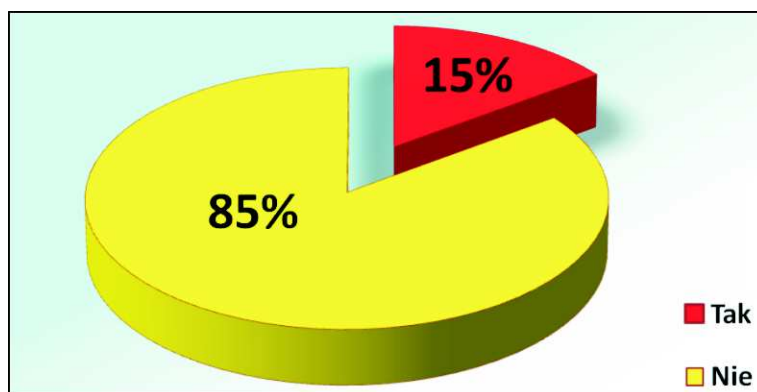
Na pytanie: Czy zgadza się Pani/Pan ze stwierdzeniem, że „Hospicjum to też życie”? uzyskano następujące wyniki: jedynie 3% ogółu ankietowanych

uważa zdecydowanie, że „hospicjum to też życie”, tylko 25% odpowiedziało „raczej tak”, natomiast „zdecydowanie nie” odpowiedziało 11% respondentów, „raczej nie” aż 49% (ryc. 12).



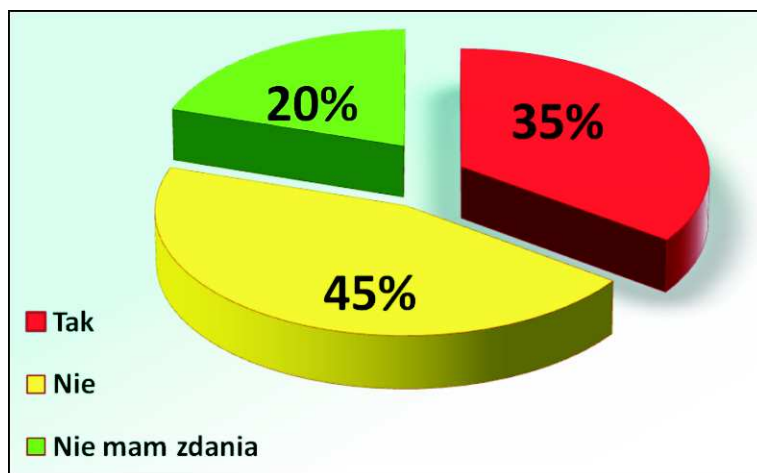
Rycina 12. Odpowiedź na pytanie: Czy Hospicjum to też życie?

Osobiste doświadczenie w wolontariacie miało zaledwie 15% respondentów. Aż 85% ankietowanych nie udziela się w roli wolontariusza (ryc. 13).



Rycina 13. Osobiste doświadczenie w roli wolontariusza

Według badań 45% ankietowanych nie chciałoby udzielać się w roli wolontariusza, „tak” odpowiedziało 35% respondentów, natomiast 20% nie ma zdania (ryc. 14).



Rycina 14. Chęć respondentów do udzielania się w przyszłości w roli wolontariusza

Dyskusja

Z najnowszych danych epidemiologicznych wynika, iż w Polsce z powodu choroby nowotworowej umiera rocznie ponad sto tysięcy osób. Corocznie notuje się również wzrost liczby zachorowań na schorzenia przewlekłe, które nie poddają się leczeniu przyczynowemu [6]. W konsekwencji zapotrzebowanie na racjonalną i fachową pomoc medyczną w okresie, kiedy wyleczenie choroby jest niemożliwe, stawia nowe wyzwanie przed systemem ochrony zdrowia w kraju. Jedną z odpowiedzi na wyzwanie, jakie stworzyło globalne obciążenie postępującymi, nieuleczalnymi chorobami stanowi rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej [7].

Przychodzi ona z pomocą cierpiącym chorym i ich rodzinom, stanowiąc wielkie odkrycie medycyny ostatnich lat. Ma na celu uśmierzenie bólu i innych dokuczliwych objawów, ofiarowanie ulgi w cierpieniu psychicznym i duchowym oraz zapewnienie jak najwyższej jakości odchodzącego życia. Dąży do spędzenia ostatniego okresu życia z godnością – możliwie jak najdłużej wśród rodziny, która także wymaga wsparcia podczas choroby bliskiej osoby, jak również po jej śmierci [8].

Chociaż umieranie i śmierć stanowią temat tabu we współczesnych czasach, badania własne wykazują, iż ludzie pragną mieć świadomość umierania w przypadku nieuleczalnej choroby i chcą rozmawiać na ten temat. Ze zgromadzonego materiału badawczego i jego szczegółowej analizy wynika, iż problem informowania o zbliżającej się śmierci w dalszym ciągu budzi w społeczeństwie wiele

różnych zdań. Sześćdziesięciu czterech ankietowanych uważa, że lekarz zawsze powinien informować chorego o zbliżającej się śmierci, 13 ankietowanych jest zdania odmiennego, natomiast aż 17 osób nie miało zdania na ten temat. Na pytanie, czy w przypadku nieuleczalnej choroby chcieliby znać rozpoznanie i rokowanie uzyskano zaskakujące wyniki, gdyż aż 81% ankietowanych chciałoby znać rozpoznanie i rokowanie w przypadku nieuleczalnej choroby w pełnym zakresie, zaś reszta respondentów uważa, że tylko w ograniczonym zakresie.

Badania naukowe prowadzone wśród pacjentów i personelu medycznego Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, dotyczące informowania o zbliżającej się śmierci wskazują również na potrzebę rozmowy na ten temat. Wśród badanych pacjentów, 90 ankietowanych jest zdania, że personel medyczny powinien rozmawiać z pacjentem i rodziną na temat śmierci. Natomiast na pytanie, czy ankietowani chcieliby wiedzieć o zbliżającej się śmierci, odpowiedzi „tak” udzieliło 85% pacjentów, aż 100% lekarzy i 70% pielęgniarek [9].

Przeanalizowano również znajomość pojęcia opieki paliatywnej i postrzegania hospicjum wśród mieszkańców powiatu łomżyńskiego.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka paliatywna to „działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin zmagających się z zagrażającą życiu, nieuleczalną chorobą. Obejmuje ona zapobieganie i znoszenie cierpień, wczesne rozpoznanie, staranne badanie i leczenie bólu, a także innych problemów somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych [10, 11, 12].

Niestety, tylko 17% ogółu badanej populacji prawidłowo zdefiniowało pojęcie opieki paliatywnej. Aż 78% ankietowanych nie odpowiedziało na powyższe pytanie, natomiast 5% ankietowanych udzieliło błędnych odpowiedzi.

Z badań opublikowanych w Onkologii Polskiej 2003 i przeprowadzonych wśród 270 respondentów wynika, że pojęcie „opieka paliatywna” było znane wszystkim ankietowanym lekarzom i studentom i tylko 1/4 ankietowanych mieszkańców województwa podlaskiego. Prawdę o niekorzystnym rokowaniu w przebiegu choroby chciałoby znać w tych badaniach 80% respondentów [5].

Na pytanie o najlepsze miejsce pobytu i opieki nad chorym w nieuleczalnej i postępującej chorobie, 66% mieszkańców powiatu łomżyńskiego uznaje dom rodzinny za najlepsze miejsce pobytu chorego, natomiast co dziesiąta osoba za miejsce to uważa hospicjum stacjonarne. Natomiast na podstawie badań przeprowadzonych wśród 50 pracowników hospicjum i 50 studentów Akademii Medycznej w Warszawie stwierdzono, że według 80% pracowników hospicjum i 68% studentów hospicja w Polsce są potrzebne, bo jest to właściwe miejsce dla osób nieuleczalnie chorych, natomiast 20% personelu medycznego i 26% studentów uważa to za obciążenie dla szpitali [12].

Podobnego zdania są mieszkańcy Chorzowa i Rudy Śląskiej w badaniu przeprowadzonym przez Flakus J. w 2008 roku. Sześćdziesiąt pięć osób odpowiedziało, że najlepsza forma opieki nad chorym umierającym to oddział w ho-

spicjum stacjonarnym. Pięćdziesięciu pięciu uczestników badania stwierdziło, że najkorzystniejsze jest hospicjum domowe. Oddział szpitalny, jako właściwe miejsce dla nieuleczalnie chorych, wskazało 7 badanych [6].

Na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w pięciu grupach respondentów: 30 pacjentach Hospicjum Domowego w Białymstoku, 70 lekarzach podstawowej opieki medycznej, 120 studentach Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku oraz 50 mieszkańcach województwa podlaskiego uzyskano odpowiedź na pytanie o najlepsze miejsce pobytu nad osobami chorymi w stanie terminalnym. Aż 76,6% pacjentów wskazało dom rodzinny. Tego samego zdania było 57,1% lekarzy i 66,6% studentów medycyny, i tylko 45% mieszkańców województwa podlaskiego. 52,1% mieszkańców województwa podlaskiego uznało, iż opieka nad osobami umierającymi powinna być prowadzona w placówkach stacjonarnych. Co ciekawe, na pobyt w hospicjum stacjonarnym zdecydowałby się jedynie co 5 z 30 pacjentów pozostających pod opieką hospicjum stacjonarnego [4].

Ta dysproporcja w odpowiedziach i oczekiwaniach ankietowanych może wynikać z powszechnego lęku ludzi zdrowych przed nowotworem, cierpieniem, umieraniem i śmiercią, chęci odsunięcia tego problemu i przekonania, że tylko szpital zapewni właściwą pomoc dla bardzo ciężko chorych.

Ze względu na fakt, że w hospicjum śmierć jest zjawiskiem codziennym – bardzo często idea hospicjum jest konfrontowana przez stereotyp myślenia o hospicjum. Istnienie tematów tabu w naszej społeczności, takich jak: umieranie, nieuleczalna choroba, osierocenie, żałoba sprawia, że pierwsze myśli o hospicjum są związane ze straszną umieralnią, gdzie nie należy wchodzić, o której lepiej nie myśleć i nie mówić [13]. Problemy każdego człowieka zmagającego się z nieuleczalną chorobą powinny spotkać się ze zrozumieniem ze strony rodziny, pracowników medycznych oraz całego społeczeństwa.

Badania własne ukazują, iż według 64,6% młodzieży pierwszą nasuwającą się myślą o hospicjum jest myśl negatywna, natomiast 61,5% reszty społeczeństwa postrzega hospicjum pozytywnie. 34% ankietowanych kojarzy hospicjum ze śmiercią, aż 29% z cierpieniem, 23% respondentów z osamotnieniem. Najmniej, bo tylko 11% uważa, że hospicjum to umiłowanie człowieka i jego problemów wynikających z postępującej choroby.

Z badań Pietruk, przeprowadzonych na grupie 50 pracowników hospicjum oraz 50 studentów Akademii Medycznej w Warszawie wynika, iż w opinii 100% zespołu hospicjum i 60% studentów medycyny myśl o hospicjum jest myślą pozytywną. Znaczna większość personelu medycznego odpowiedziała, że w hospicjum ludzie godnie umierają (36%), są objęci profesjonalną opieką (30%), godnie żyją (16%) [12].

Z badań przeprowadzonych w 2009 roku na grupie 40 wolontariuszy w Centrum Charytatywnym „Res Sacra Miser” w Warszawie, pierwszą nasuwającą się myślą o hospicjum jest dla 88% respondentów myśl pozytywna. Zdaniem wo-

lontariuszy w Polsce panuje przekonanie, że hospicjum to umieralnia, ponieważ większość ludzi nie wie, jak hospicjum wygląda „od środka”, a śmierć nadal jest tematem tabu [13].

Wyzwaniem dla współczesnego świata jest obecnie upowszechnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej, która zapewni cierpiącym i umierającym pacjentom oraz ich rodzinom wszechstronną opiekę, uśmierzenie cierpień i wsparcie. Jeśli społeczeństwo zrozumie ideę „Hospicjum to też życie”, jeśli przełamie stereotypy i zacznie aktywnie angażować się w rolę wolontariuszy, z pewnością zrozumie, jak ogromną wartość stanowi obecności i pomoc odchodzącemu już do wieczności człowiekowi. Zaledwie pięć lat temu cały świat był świadkiem najbardziej wzruszającej katechezy o godności ludzkiego umierania, którą przekazał Jan Paweł II.

Wnioski

1. Zdaniem mieszkańców powiatu łomżyńskiego hospicjum postrzegane jest jako śmierć, cierpienie, osamotnienie, izolacja, ponadto pierwsze skojarzenie hospicjum dla większości młodzieży – przyszłości naszego kraju, jest myślą negatywną.
2. Sześćdziesiąt sześć procent mieszkańców powiatu łomżyńskiego uznaje hospicjum domowe za najlepsze miejsce pobytu chorego, natomiast co dziesiąta osoba za miejsce to uważa hospicjum, dlatego też należy dążyć do propagowania idei opieki paliatywnej.
3. Zgodnie z wyrażoną opinią mieszkańców powiatu łomżyńskiego, praca w roli wolontariusza w hospicjum jest pełna uznania i podziwu. Jednakże większość ankietowanych nigdy nie miało osobistych doświadczeń w roli wolontariusza.
4. Chociaż umieranie i śmierć stanowią temat tabu we współczesnych czasach, badania własne wykazują, iż ludzie pragną mieć świadomość umierania w przypadku nieuleczalnej choroby i chcą rozmawiać na ten temat.

Piśmiennictwo

1. Watson M., Lukas C., Hoy A., Back N. (red.): Opieka paliatywna. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007, 11, 19–23, 24–25, 29, 697–710, 733–737.
2. Zahradniczek K. (red.): Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1999, 30–34.
3. Mess E., Kopytek B., Lisowska M.: Potrzeba informowania chorego w stanie terminalnym. *Onkologia Polska*, 2007, 4, 186–187.
4. Matejuk A., Mikołajczyk E., Lewko A.: Opieka paliatywna czy eutanazja – postrzeżenie problemu przez pacjentów, lekarzy, studentów medycyny i mieszkańców województwa podlaskiego. *Onkologia Polska*, 2003, 6 (1), 29–33. 63.

5. Wojcierowska A., Renn-Żurek A., Bilicka G.: Opieka sprawowana przez zespół hospicjum domowego w ocenie podopiecznych i ich rodzin [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2009, t. VII, 443–445.
6. Flakus J.: Pozamedyczne aspekty opieki paliatywnej. *Medycyna Paliatywna*, 2009, 1, 33–39.
7. Trendak W., Rasmus A., Gaszyński W.: Opieka paliatywna jako sprzeciw wobec eutanazji. *Zdrowie Publiczne*, 2005, 115(2), 213–214.
8. Chylińska J., Wróblewska K., Jaszewski M.: Problem informowania o zbliżającej się śmierci w opinii pacjentów i personelu medycznego Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia Białystok 2007, t. II, 356.
9. Ciałkowska-Rysz A.: Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. *Medycyna Paliatywna*, 2009, 1, 22–26.1
10. Jarosz J.: Opieka paliatywna w onkologii. *Przegląd Urologiczny*, 2006, 7 (3), 72–74.
11. Kicia M., Stadnicka G., Stobnicka D.: Wielozadaniowy charakter opieki paliatywnej realizowany przez pielęgniarkę i położną [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok, 2008, t. V, 75–82.
12. Pietruk K.: Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologicznej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 90 (1), 120–125.
13. Tomaszewska J., Pietruk K.: Twój ból w moim sercu. Postrzeganie hospicjum i opieki paliatywnej przez wolontariuszy [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009, t. VII, 404.

Irena Mickiewicz¹, Elżbieta Krajewska-Kułałak²

Postrzeganie przez studentów kierunku pielęgniarstwo roli hospicjów w opiece nad chorym

Wprowadzenie

Pierwsze informacje o miejscach, w których opiekowano się chorymi pochodzą z Azji Mniejszej z Sebasty 356 roku. Także w tej części świata, w Cesarzei Kapadockiej, biskup Bazyli Wielki założył „Miasto Miłosierdzia”, ośrodek który nazwał *xenochodium* (hospicjum). Był on przeznaczony dla bezdomnych, wędrowców i chorych. Inne ośrodki, które powstały w innych miejscowościach Azji Mniejszej, nazywano również Bazylejami [a]. Wiadomo również, że w IX wieku p.n.e. istniało hospicjum w Jerychu, o czym świadczą dobrze zachowane do dnia dzisiejszego mury budowli. Różne formy opieki podejmowano również w starożytnym Rzymie [1].

Łacińskie słowo *hospes*, za Saunders [2], oznacza „zarówno przybysza, jak i gospodarza”, a „hospitium – zarówno miejsce, w którym się spotykają (gościnnie dom, gospoda), jak i wzajemny do siebie stosunek (przyjaźń, gościnne przyjęcie)”.

Do Europy ideę szpitala/przytułku sprowadzili krzyżowcy. Do najbardziej znanych szpitali należały: szpital św. Bartłomieja (założony w Londynie w 1123 roku), hotel Dieu (ufundowany przez Ludwika XII w Paryżu w 1231 roku), czy też Santa Maria Nuova z Florencji (założony w 1288 roku) [a]. Na tej płaszczyźnie najbardziej wyróżniali się zakonnicy, szczególnie joannicy i cystersi, dominikanci, elżbietanki i kamilianie, ponieważ dla wielu zakonów opieka nad chorymi i ubogimi była charyzmatem. Podobną działalność prowadziły również różnego rodzaju bractwa, np. Bractwo Miłosierdzia, Bractwo Czuwających, Bractwo Dobrej Śmierci [1]. Do XVIII wieku dominował pogląd, że szpital ma służyć wszystkim ubogim, co wiązało się z chrześcijańską ideą miłosierdzia. Właściwym określeniem dotyczącym ówczesnych szpitali był termin przytułek. Dopiero w późniejszym czasie szpitale zaczęły realizować także funkcje medyczne [a].

¹ Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej w Suwałkach

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, UMB

Badania dotyczące rozwoju opieki paliatywnej w 28 krajach Europy Wschodniej i Azji Centralnej, za Clarkiem i Wrightem [3] wykazały, iż Polska i Rosja mają największą liczbę jednostek opieki paliatywnej. Najczęstszą formą opieki była domowa opieka paliatywna oraz oddziały szpitalne opieki paliatywnej. Wyróżniające się jednostki opieki paliatywnej to: w Rumunii – Hospice Casa Speranta, na Węgrzech Hungarian Hospice Foudation, w Polsce Hospicjum Palium w Poznaniu, a w Rosji St. Petersburg Hospice [3].

W Polsce, za Wałdowską [cyt. za 1], pierwszy szpital o charakterze przytułkowym został założony przez zakon augustianów, w 1108 roku we Wrocławiu przy kościele Najświętszej Marii Panny. Była to konsekwencja kultu, jakim otaczano ludzi biednych i ubogich oraz przekonania, iż warunkiem otrzymania zbawienia po śmierci jest dawanie jałmużny ubogim i okazywanie im miłosierdzia. Kolejne placówki zostały utworzone w Jędrzejowie – przy opactwie cystersów (1152 rok), w Zagościu – przy zakonie joannitów (1166 rok), w Poznaniu (1170 rok), w Sandomierzu (1211 rok) oraz w Warszawie – przy zakonie duchaków (1388 rok) [cyt. za 1].

Współczesna historia opieki paliatywnej datuje się od 50. i 60. lat wieku dwudziestego, kiedy to powstało współczesne hospicjum im Św. Krzysztofa, założone przez Cicely Saunders w Londynie [cyt. za 4]. W ciągu 30 lat od otwarcia Hospicjum Św. Krzysztofa powstało na świecie ok 4.000 hospicjów, w tym również w Polsce [c].

Brytyjski tygodnik *The Economist* [c] opublikował „Indeks jakości umierania”, porównujący jakość i dostępność opieki paliatywnej (nad nieuleczalnie chorymi) w 40 krajach na całym świecie. Wskazuje on, że ta forma opieki nie jest rozpowszechniona: spośród ok. 100 mln ludzi, którzy każdego roku mogliby być nią objęci, dostęp do niej ma mniej niż 8%.

Pod względem ogólnej jakości umierania w czołówce są Wielka Brytania, a zaraz za nią – Australia, Nowa Zelandia, Irlandia i Belgia. Na końcu zestawienia znajdują się Chiny, Brazylia, a na 40. pozycji Uganda i Indie [c].

Z raportu wynika, że w kategorii opieki nad umierającymi Polska plasuje się stosunkowo wysoko, bo na 15. miejscu, a pod względem dostępności opieki paliatywnej, – na 10. W Polsce osobami umierającymi opiekuje się lepiej, niż w innych bogatszych społeczeństwach, w związku z tym, uznawana jest za lidera opieki paliatywnej w Europie Wschodniej. W raporcie podkreślono, iż [c].

Dzięki dużej liczebności jednostek opieki domowej Polska zajmuje 5. miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej [cyt. za 5].

Celem pracy była ocena postrzegania przez studentów kierunku pielęgniarstwo roli hospicjów w opiece nad chorym.

Materiał i metodyka

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr R-I-002/244/2009 Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i objęto nimi 175 studen-

tów kierunku pielęgniarstwo. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankietowego, specjalnie skonstruowanego na potrzeby obecnych badań. Składa się on z trzech części: I ogólnej, II złożonej z 14 pytań dotyczących samooceny religijności, III – złożonej z 13 pytań dotyczących samooceny wpływu religii na funkcje zawodowe pielęgniarki/położnej. Wykorzystano wyłącznie pytania umożliwiające poznanie opinii badanych studentów o możliwości i potrzebie realizacji praktyk religijnych w placówkach ochrony zdrowia.

Wyniki

Badaniem objęto 175 studentów kierunku pielęgniarstwo, w większości (92%) kobiet. Około 35% respondentów mieszkało na wsi, pozostali w mieście. Wiek kobiet wahał się od 18 do powyżej 50 lat, w tym: 86,9% było w wieku 18–30 lat i 13,1% w wieku 30 i powyżej 50 lat. Mężczyźni byli wyłącznie w wieku 16–30 lat, stanowiąc 8,0% całej badanej zbiorowości.

Studenci pod pojęciem „hospicjum” rozumeli najczęściej całościową opiekę nad chorym w terminalnym okresie choroby – 67,7%; instytucję sprawującą stacjonarną opiekę paliatywną – 48%, placówkę opieki paliatywnej – 29,1%; dom dla umierających – 1,0% lub towarzyszenie choremu – 1,1%.

Analiza porównawcza pozwoliła stwierdzić, że dla studentek w wieku 18–30 lat pochodzących ze wsi, hospicjum najczęściej kojarzyło się z całościową opieką nad chorym w terminalnym okresie choroby, zaś dla studentek z miasta – z instytucją sprawującą stacjonarną opiekę paliatywną. Jednakże w przypadku studentek ze wsi, różnica średnich między najczęściej podawanymi odpowiedziami była nieduża i pozwoliła na stwierdzenie, iż studentki zarówno z miasta, jak i ze wsi często kojarzyły hospicjum z całościową opieką nad chorym w terminalnym okresie choroby.

W opinii większości badanych, uwaga poświęcona hospicjum przez społeczeństwo jest raczej nie wystarczająca – 64,6% lub zdecydowanie nie wystarczająca – 17,1%. Jako raczej wystarczająca traktowało ją 8,0% badanych, a 10,8% nie miało w tej kwestii zdania.

Zdaniem respondentów osoby przebywające w hospicjum, są objęte profesjonalną opieką – 64,0%; godnie umierają – 27,4%; cierpią i umierają – 20,6%; walczą z nieuleczalną chorobą – 20,0%; odnajdują ulgę i spokój – 9,1%; nie cierpią – 5,1% lub godnie żyją – 3,4%. Pozostali (2,2%) nie potrafili jednoznacznie wyrazić swojej opinii.

Studenci w większości uważali, iż opieka w hospicjum jest średnia (34,9%), raczej dobra (23,6%) lub dobra (19,4%). Za raczej złą uważało ją 2,3% badanych, a za złą – 0,6%.

Studenci mieli zróżnicowane poglądy dotyczące adresata opieki hospicyjnej. Najczęściej twierdzili, że do pacjentów nieuleczalnie chorych, niezależnie od

rozpoznania – 54,3%, albo podawali tylko, że do pacjentów nieuleczalnie chorych – 52,0%. Pozostali uważali, iż tylko pacjentów tuż przed śmiercią – 9,1%; osób bliskich pacjentów – 7,4%; rodzin pacjentów po stracie bliskiej osoby – 2,3%; wyłącznie chorych na raka – 1,7% lub tylko rodzin pacjentów za życia pacjentów – 0,6%.

Za główne problemy w opiece/podjęciu opieki nad pacjentem u kresu życia badani uważali: brak wiedzy osób najbliższych na temat postępowania z chorym umierającym – 58,3%; brak wiedzy społeczeństwa na temat opieki paliatywnej – 45,7%; zbyt niskie nakłady finansowe na hospicja – 42,9%; mała liczba ośrodków stacjonarnych oraz poradni opieki paliatywnej – 40,6%; zespół wypalenia zawodowego członków zespołu terapeutycznego – 32,0%; mała liczba odpowiednio wykwalifikowanej kadry – 29,1%, nieumiejętność rozmowy z pacjentem o śmierci – 29,1%; brak umiejętności psychologicznych personelu – 26,3%; wzrastająca liczba chorych na schorzenia przewlekłe – 22,9%; brak umiejętności psychologicznych rodziny – 21,1%; brak umiejętności pielęgnacji pacjenta umierającego – 13,1% oraz trudności w nawiązaniu kontaktu z pacjentem – 9,1% i trudności w nawiązaniu kontaktu z rodziną pacjenta – 7,4%. Żadnych problemów nie widziało 1,4% badanych, a 2,3% nie miało w tej kwestii zdania.

O tym, że pacjent powinien wiedzieć, iż znajduje się w hospicjum, zdecydowanie przekonanych było 52,6% badanych, że raczej tak – 42,3%; raczej nie – 3,4%; zdecydowanie nie – 0,6%, a 4,0% jednoznacznie nie wyraziło swojej opinii.

Czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum, jako raczej długi oceniło 27,4% studentów, a jako zdecydowanie długi – 13,7%. Za zdecydowanie krótki uważało go 1,7% badanych, a raczej za krótki – 6,3%. Zdania w powyższej kwestii nie miało 48,6% ankietowanych.

Zdaniem studentów chory i jego rodzina są informowani w hospicjum o rodzaju leczenia wystarczająco – 38,3% lub pobieżnie – 37,1%. Pozostali sądzili, iż wcale nie otrzymują informacji – 4,6% lub są one wyczerpujące – 3,4%. 6,9% badanych stwierdziło, że nie interesuje ich to.

Respondenci uważali, iż chory i jego rodzina, w ciągu tygodnia powinni mieć okazję porozmawiania z lekarzem – 4 razy i więcej – 53,1%; 2–3 razy – 37,1% lub 1 raz – 6,9%. Analogicznie z pielęgniarką – 4 razy i więcej – 58,3%; 2–3 razy – 15,4% lub 1 raz – 1,7%. O tym, iż taka rozmowa z pielęgniarką może się odbyć wyłącznie przy przyjęciu, przekonanych było 0,6% badanych. Z psychologiem taka rozmowa powinna się odbywać w tygodniu – 4 razy i więcej – 52,0%; 2–3 razy – 32,0%; 1 raz – 12,6% lub rzadziej niż 1 raz – 0,6%. Z fizjoterapeutą – 4 razy i więcej – 28,6%; 2–3 razy – 40,6%; 1 raz – 24,0%, a nawet rzadziej niż 1 raz – 4,6%.

W opinii większości badanych, lekarz i pielęgniarka zawsze powinni chętnie udzielać rodzinie chorego informacji. W tej kwestii odpowiedź „zdecydowanie tak” podało – 62,3% badanych, „raczej tak” – 32,0%, a „raczej nie” – 3,4%. Swojego zdania nie wypowiedziało 1,1% osób. Analogicznie w odniesieniu do pie-

lęgniarki – „zdecydowanie tak” podało – 46,3% badanych, „raczej tak” – 32,0%, „raczej nie” – 12,6% i „zdecydowanie nie” – 4,0%. Swojego zdania nie wypowiedziało 6,9% osób.

Studenci zapytani, czy rodzina zawsze powinna uzyskiwać od personelu hospicjum pełen zasób informacji o procesie diagnozowania chorego, w większości uważali, iż zdecydowanie tak – 62,3% lub raczej tak – 36,0%. Odmienne zdanie wyraziło 4,6% ankietowanych, w tym raczej nie – 4,0% i zdecydowanie nie – 0,6%. Opinii swojej nie wyraziło 6,3% badanych.

Analogicznie zapytano respondentów o uzyskiwanie od personelu hospicjum pełnego zasobu informacji o rokowaniu chorego. Przekonanych o takiej potrzebie było 86,8% studentów, w tym zdecydowanie tak – 49,7% i raczej tak – 37,1%. O tym, iż jest to zbędne przekonanych było 5,7% badanych, a 3,4% nie miało w tej kwestii zdania.

Ankietowani uważali, iż chory i rodzina powinni uzyskać wszystkie informacje o przysługującej im prawach, w tym zdecydowanie tak – 79,9% i raczej tak – 18,9%. Nie widziało takiej potrzeby 0,6% badanych i taki sam odsetek nie potrafił w tej kwestii udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

W hospicjum, zdaniem większości (42,9%) ankietowanych, chory otrzymuje wystarczająco dużo uśmiechu, życzliwości, uprzejmości (w tym zdecydowanie tak – 6,3% i raczej tak – 36,6%). Przeciwnie zdanie miało 29,0% z nich (w tym raczej nie – 25,1% i zdecydowanie nie – 2,9%), a aż 25,7% nie wyraziło swojej opinii.

O tym, iż rodzina chorego w hospicjum otrzymuje wystarczająco dużo uśmiechu, życzliwości, uprzejmości, przekonanych było 40,0% studentów (w tym zdecydowanie tak – 5,1% i raczej tak – 34,9%). Według 29,1% badanych nie otrzymuje tego (w tym raczej nie – 24,0% i zdecydowanie nie – 5,1%). Swojego zdania nie wypowiedziało aż 26,9% osób.

Studenci uważali, iż warunki bytowe panujące w hospicjum są zdecydowanie dobre – 6,9%; raczej dobre – 45,1%; raczej niedobre – 13,1% lub zdecydowanie niedobre – 2,9%. Nie potrafiło jednoznacznie się wypowiedzieć 27,4% badanych.

W hospicjum powinno się zdecydowanie – 95,9% lub raczej tak – 2,9% dbać o czystość pomieszczeń. Przeciwnie zdanie miało 1,2% badanych (w tym raczej nie – 0,6% i zdecydowanie nie – 0,6%). Powinno się także zdecydowanie – 91,4% lub raczej tak – 8,6% dbać o bezpieczeństwo chorych oraz zdecydowanie tak – 93,7% lub raczej tak – 4,0% o ich intymność. Odmienne zdanie w ostatniej kwestii wyraziło 1,7% osób (w tym raczej nie – 1,1% i zdecydowanie nie – 0,6%), a pozostałych 0,6% nie miało w tej kwestii zdania.

W zdecydowanej większości respondenci uważali, iż w hospicjum powinno się szanować godność chorego, w tym zdecydowanie tak – 97,2%, raczej tak – 1,7%. Odmienne zdanie (zdecydowanie nie) miało jedynie 1,1% ankietowanych.

W przekonaniu 98,8% (zdecydowanie tak – 69,1% i raczej tak – 29,7%) studentów, lekarz i pielęgniarz powinni rozmawiać z chorym podczas wykonywa-

nia czynności diagnostyczno-leczniczo-pielęgnacyjnych. Raczej nie powinni tego robić w opinii 0,6% badanych i taki sam odsetek z nich nie umiał się w tej kwestii wypowiedzieć jednoznacznie.

Zdaniem 99,3% studentów (w tym zdecydowanie tak – 92,0% i raczej tak – 6,3%) chory i jego rodzina powinni znać lekarza nazwisko leczącego chorego oraz zdaniem 94,8% (w tym zdecydowanie tak – 71,9% i raczej tak – 22,9%) nazwisko pielęgniarki sprawującej nad chorym opiekę. Przeciwnie zdanie miało 1,1% badanych odnośnie znajomości nazwiska lekarza i 3,5% (w tym raczej nie – 2,9% i zdecydowanie nie – 0,6%) odnośnie nazwiska pielęgniarki. Opinii swojej w kwestii lekarza nie wyraziło 0,6% osób, a pielęgniarki – 1,7%.

W opinii 92,0% studentów (w tym zdecydowanie tak – 58,3% i raczej tak – 33,7%) rodzina chorego powinna brać udział w pielęgnacji, jej planowaniu i w leczeniu chorego. Przeciwnie zdanie wyraziło 2,5% z nich (w tym raczej nie – 1,7% i zdecydowanie nie – 0,6%). Nie miało sprecyzowanego zdania – 5,7% badanych.

Rodzina chorego powinna w hospicjum przebywać bez ograniczeń zdaniem 68,6% badanych (w tym zdecydowanie tak – 38,3% i raczej tak – 30,3%). Czas ten powinien być ograniczony w opinii 19,4% studentów, a 12,0% nie wypowiedziało się jednoznacznie w tej kwestii.

Leczenie w hospicjum choremu i jego rodzinie poleciłoby 50,9% studentów (zdecydowanie tak – 14,3% i raczej tak – 36,6%). Nie poleciło by 14,9% badanych, w tym raczej nie – 12,0% i zdecydowanie nie – 2,9%. Niezdecydowanych było 18,9% ankietowanych.

Leczenie i przebywanie w domu, a nie w hospicjum, chorym i ich rodzinom poleciło by 43,5% (w tym zdecydowanie tak – 20,6% i raczej tak – 22,9%). Nie zrobiło by tego 15,4% studentów (raczej nie – 12,0% i zdecydowanie nie – 3,4%). Nie wiedziało, co by zrobiło – z 34,9% badanych.

Dyskusja

Ciałkowska-Rysz [5] uważa, iż w świadomości społecznej hospicjum zbyt często określane jest jako miejsce śmierci chorego, a rzadko natomiast postrzegane jest jako miejsce wsparcia, kontroli objawów oraz godnego życia, aż do naturalnej śmierci, czyli miejsce profesjonalnej opieki medycznej. Nierzadko opieka paliatywna mylna jest z opieką nad przewlekłe chorymi, opieką długoterminową lub geriatrią [5]. Zdaniem autorki, definicja rozumiana jest w różny sposób nie tylko w każdym kraju, ale także w różnych środowiskach, a na świecie brakuje funkcjonalnych definicji oraz jednoznacznie określonych ram struktury opieki paliatywnej [5].

W opinii Doboszyńskiej [6], „opieka paliatywna jest czynną, całościową opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Obejmuje zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego”.

Bartusek [7] badaniem objęła 198 pielęgniarek oraz 199 lekarzy i wykazała, iż najwięcej ankietowanych zarówno w grupie pielęgniarek (44,9%), jak i lekarzy (58,3%), zdefiniowało pojęcie hospicjum, jako instytucję stacjonarną, sprawującą opiekę paliatywną.

Leppert i wsp. [8] badaniem ankietowym objęli 401 studentów i 217 lekarzy po zakończeniu cyklu wykładów dla studentów, dotyczących problemów etyki lekarskiej, w tym wykładu „Lekarz w obliczu umierającego chorego” oraz kursu teoretycznego z zakresu podstaw medycyny paliatywnej dla specjalizujących się”. Autorzy stwierdzili, iż dla połowy osób biorących udział w ankiecie (51% studentów, 49% lekarzy), pojęcie opieki paliatywnej oznaczało „opiekę nad nieuleczalnie chorymi ludźmi poprawiającą ich komfort życia”. W przypadku 37% studentów i 35% lekarzy hospicjum oznaczało „miejsce pobytu nieuleczalnie chorych pacjentów”.

W obecnym opracowaniu studenci pod pojęciem „hospicjum” rozumieli najczęściej całościową opiekę nad chorym w terminalnym okresie choroby – 67,7%.

Badania CBOS z 2009 roku [9] wykazały, iż wiedza o założeniach i funkcjonowaniu opieki hospicyjnej jest wśród Polaków dość mocno zróżnicowana. Co czwarty respondent (24%) w ogóle nie orientował się w tej problematyce, co trzeci (36%) wykazywał jedynie podstawowy zakres informacji, a nieco mniej osób (30%) miało przeciętną wiedzę w tej kwestii. Jedynie co dziesiąty ankietowany (10%) dobrze orientował się w działalności hospicjów. Ponad połowa badanych (52%) nie zetknęła się z działalnością hospicyjną, ponieważ w ich miejscowości, ani w jej okolicy nie funkcjonuje taki ośrodek, nikt z ich bliskich nie był i nie jest objęty opieką hospicyjną, ponadto ani oni sami, ani nikt z ich rodziny czy znajomych nie pracuje i nie pracował w hospicjum jako wolontariusz [9].

Pietruk [10] badaniem objęła 100 osób, w tym 50 pracowników hospicjum oraz 50 studentów Akademii Medycznej w Warszawie i wykazała, że 94% personelu medycznego uważało, iż społeczeństwo poświęca promocji opieki paliatywnej za mało uwagi.

Znalazło to także odzwierciedlenie w obecnej pracy, ponieważ w opinii większości naszych studentów kierunku pielęgniarstwo, uwaga poświęcona hospicjum przez społeczeństwo jest raczej nie wystarczająca (64,6%) lub zdecydowanie nie wystarczająca (17,1%).

Celem opieki paliatywnej, za Doboszyńską [6], jest osiągnięcie jak najlepszej możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin i objęcie nią pacjentów w końcowym stadium wszystkich chorób, w których nie ma leczenia przyczynowego, czyli:

- chorych w końcowym stadium chorób nowotworowych
- osoby w podeszłym wieku
- chorych na choroby neurologiczne
- chorych z niewydolnością serca

- chorych na AIDS
- chorych na nienowotworowe choroby układu oddechowego

W 1990 roku, według światowej Organizacji Zdrowia [11], opieka paliatywna, to „aktywna całościowa opieka nad chorym, którego choroba nie reaguje na leczenie przyczynowe. Jej priorytetowym celem jest opanowywanie bólu i innych objawów oraz problemów psychologicznych, socjalnych i duchowych, a przez to „osiągnięcie jak najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin”.

Nowsza definicja, opracowana w 2002 roku, kładzie największy nacisk na zapobieganie cierpieniu [12, d]. Według niej, „opieka paliatywna jest działaniem, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczenia bólu i innych problemów somatycznych, psychosocjalnych i duchowych” [12, d].

We wcześniej wspomnianym opracowaniu Bartusek [7], ponad połowa ankietowanych pielęgniarek opowiadała się za zapewnieniem choremu w hospicjum godnych warunków umierania (56,1 %), natomiast 45,2% ankietowanych lekarzy – za zapewnieniem choremu całościowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej.

W badaniu Pietruk [10], zdaniem 88% personelu medycznego i 12% studentów, opieka paliatywna jest kierowana do pacjentów nieuleczalnie chorych niezależnie od rozpoznania, rodzin pacjentów za życia pacjentów (40% vs 12%) oraz rodzin pacjentów po stracie bliskiej osoby (40% vs 4%).

Obecnie badani studenci najczęściej twierdzili, że opieka hospicyjna jest przeznaczona przede wszystkim dla pacjentów nieuleczalnie chorych, niezależnie od rozpoznania – 54,3% i byli przekonani, że chorzy tam przebywający są objęci profesjonalną opieką – 64,0%. Jednocześnie jednak 34,9% respondentów uważało opiekę w hospicjum jako średnią, 23,6% za raczej dobrą, a jedynie 19,4% – jako dobrą.

Respondenci z badania Bartusek [7] za największe problemy opieki paliatywnej uważali małą liczbę ośrodków opieki stacjonarnej i poradni paliatywnej. Istotny problem w opinii pielęgniarek stanowiła też wzrastająca liczba chorych na schorzenia przewlekłe (19,3%) oraz brak wiedzy społeczeństwa na temat opieki paliatywnej (19,7%). Zdanie pielęgniarek w pierwszej kwestii podzieliło tylko 4,0% lekarzy, a w drugiej już 24,6%, czyli więcej niż pielęgniarek.

W obecnym opracowaniu, za główne problemy w opiece/podjęciu opieki nad pacjentem u kresu życia, studenci pielęgniarstwa uważali: brak wiedzy osób najbliższych na temat postępowania z chorym umierającym (58,3%), brak wiedzy społeczeństwa na temat opieki paliatywnej (45,7%), zbyt niskie nakłady finansowe na hospicja (42,9%), a także małą liczbę ośrodków stacjonarnych oraz poradni opieki paliatywnej (40,6%).

Leppert i wsp. [8], porównywali trudności w przekazywaniu niepomyślnych wiadomości o chorobie i rokowaniu przez studentów i lekarzy. Odsetek badanych, gotowych do przekazania pełnych informacji, wynosił wśród studentów

28%, a wśród lekarzy 24%. Chęć uzyskiwania pełnych informacji w tym zakresie wyraziło 84% studentów i 80% lekarzy.

W obecnym badaniu na trudności w nawiązaniu kontaktu z pacjentem zwróciło 9,1% badanych, a na trudności w nawiązaniu kontaktu z rodziną pacjenta – 7,4% z nich.

Mess i wsp. [13] oceniali potrzebę informowania chorego w stanie terminalnym. Autorzy stwierdzili, iż większość chorych (85%) twierdziła, że człowiek zawsze powinien wiedzieć, że choruje na nieuleczalną chorobę. Nieco mniej (70%) uznawało konieczność wiedzy o zbliżającej się śmierci. Badani uważali, że wiedza ta potrzebna jest im, aby móc podjąć jeszcze próbę leczenia, a także aby zdążyć uporządkować swoje życie i przygotować się na to, co nieuchronne [13].

W opinii większości obecnie analizowanych studentów zarówno lekarz (64,3%), jak i pielęgniarka (78,3%), zawsze powinni chętnie udzielać rodzinie chorego informacji, w tym o procesie diagnozowania chorego (98,3%), o rokowaniu chorego (86,8%) oraz o przysługujących im prawach (98,8%).

Potrzebę rozmowy o swojej obecnej sytuacji z lekarzem i rodziną, w badaniu Mess i wsp. [13] potwierdziło 67,5% badanych. Tyle samo osób podejmowało takie rozmowy ze swoimi bliskimi. Dodatkowo z badań wynikało, że wszyscy chorzy przebywający w hospicjum próbowali takie rozmowy podjąć z pielęgniarkami [13].

Zdaniem obecnie ocenianych studentów, chory i jego rodzina są informowani w hospicjum o rodzaju leczenia w wystarczającym zakresie – 38,3%. Jednocześnie jednak, aż 37,1% z nich uważało, iż są to informacje pobieżne. Respondenci twierdzili także, iż chory i jego rodzina, w ciągu tygodnia powinni mieć okazję porozmawiania 4 razy i więcej z lekarzem (53,1%), pielęgniarką (58,3%), psychologiem (52,0%) oraz fizjoterapeutą (28,6%).

Badania CBOS z 2009 roku [9] wykazały, iż Polacy niemal powszechnie z uznaniem wypowiadają się o opiece paliatywnej. Działalność hospicjów domowych popierało 94% badanych (67% w sposób zdecydowany), a stacjonarnych 96% (w tym 71% zdecydowanie). Jednakże, mimo dość powszechnego społecznego poparcia dla działalności hospicyjnej, większość respondentów (57%) uważało, że hospicjum stacjonarne to miejsce, do którego osoby umierające powinny trafiać tylko w wyjątkowych sytuacjach, np. gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić im specjalistycznej opieki. W innych przypadkach umierający powinni przebywać raczej w domach [9].

W badaniu Pietruk [10], według 80% pracowników hospicjum i 68% studentów hospicja w Polsce są potrzebne, bo jest to właściwe miejsce dla osób nieuleczalnie chorych, natomiast 20% personelu medycznego i 26% studentów uważało to za odciążenie dla szpitali.

W obecnym opracowaniu leczenie w hospicjum choremu i jego rodzinie poleciło by 50,9% studentów, ale jednocześnie 43,5% z nich zasugerowało by leczenie i przebywanie w domu, a nie w hospicjum.

Wnioski

1. Studenci uważali, iż opieka w hospicjach sprawowana jest na średnim poziomie, a warunki w nich panujące są dobre.
2. W większości twierdzili, iż rodzina chorego powinna być aktywnie włączana w opiekę nad chorym i jego leczenie.
3. Chory i rodzina powinni być na bieżąco informowani o swoich prawach, stanie zdrowia chorego, planowanym postępowaniu diagnostycznym.
4. Większość respondentów było przekonanych, że lepiej aby chory przebywał w domu, niż w hospicjum.

Piśmiennictwo

1. Wałdowska K.: Od przytułku do hospicjum, *Więź*, 1999, 2, 50–52.
2. Saunders C.: Historia ruchu hospicyjnego, *Nowotwory*, 1993, 43, 106.
3. Clark D., Wright M.: Transitions in end of life care. Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia, 2002, Sheffield, University of Sheffield, 1–320.
4. Kujawska-Tenner J., Łuczak J.: Medycyna paliatywna – nowa specjalność medyczna, *Onkol. Pol.*, 1998, 1, 87–90.
5. Ciałkowska-Rysz A.: Wskazania do objęcia opieką paliatywną, *Med. Paliat.*, 2010, 1, 6–8.
6. Doboszyńska A.: Opieka paliatywna, *Przew. Lek.*, 2007, 1, 128.
7. Bartusek M.: Opieka paliatywna/hospicyjna w świetle wypowiedzi pielęgniarek i lekarzy, *Ann. UMCS, Sectio D*, 2004, 49, 103–109.
8. Leppert W., Łuczak J., Góralski P.: Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny, *Pol. Med. Paliat.*, 2005, 4, 67–76.
9. Raport CBOS 2009 – Polacy o hospicjach i opiece paliatywnej, *BS/149/2009*, Warszawa, 2009, 11, 1–17.
10. Pietruk K.: Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologii. Hospicjum to przede wszystkim życie. *Probl Hig Epidemiol.*, 2009, 90: 120–125.
11. World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care, report of WHO Expert committee, WHO Technical Report Series, Nr 804, World Health Organization, Geneva, 1990, 1–47.
12. Sepulveda C.: Palliative Care, the World Health Organization s Global Perspective, *J. Pain & Symptom Manag.*, 2002, 24, 2.
13. Mess E., Kopytek B., Lisowska A., Jonak K., Twardak I., Mańkowska M., Chywicki M.: Potrzeba informowania chorego w stanie terminalnym, 2007, 10, 185–189.

Netografia

- a. http://pl.wikipedia.org/wiki/Historia_szpitalnictwa, data pobrania 26.11.2011.
- b. www.hospicja.pl/aktualności/news/1361.html, data pobrania 26.11.2011.
- c. <http://www.economist.com/node/16591106>, data pobrania 26.11.2011.
- d. World Health Organization 2002. www.who.int/cancer/palliative/en/, data pobrania 26.11.2011.

**Emilia Rozwadowska¹, Elżbieta Krajewska-Kula¹, Anna Wiśniewska²,
Izabela Młynarczyk², Marcin Hładuński², Piotr Szymańczyk²,
Joanna Romanowska², Barbara Turko², Weronika Porowska², Urszula Skiepmo²,
Ewelina Chilińska², Malwina Ryniec², Inga Doluk², Jarosław Drzymkowski²,
Zuzanna Tyrakowska², Malwina Ryniec², Monika Wybraniak²,
Natalia Górska², Magdalena Anna Chilicka³, Robert Terlikowski⁴**

Postrzeżenie wolontariatu przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Doniesienie wstępne

Rozważając społeczny wymiar wolontariatu należy rozpocząć od próby jego zdefiniowania oraz scharakteryzowania, ze szczególnym uwzględnieniem historycznej ewaluacji interpretacyjnej słowa „wolontariat” oraz przedstawieniem możliwych jego form.

Literatura przedmiotu zawiera wiele sformułowań definiujących działalność wolontariusza. Pojęcie wolontariatu jest nowe w jego obecnym rozumieniu, jednakże tego rodzaju działalność nie jest zjawiskiem znanym tylko współcześnie, a na jego określenie można podać inne, od dawna znane, terminy: społecznicтво, filantropia, dobrodziejstwo, działalność społeczna albo prospołeczna, czy też praca społeczna lub ochotnicza [1].

Według definicji podanej przez Międzynarodową Federację Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy wolontariuszem jest „osoba czyniąca więcej, niż to wynika z jej płatnego zajęcia i normalnych obowiązków i nie oczekując na zarobek lub nagrodę, przyczynia się w różny sposób do ponoszenia korzyści dla środowiska, osiągając równocześnie zadowolenie ze swej działalności” [cyt. za 2].

Wolontariat to zjawisko istniejące w społeczeństwie od zarania dziejów. Mimo historycznych i regionalnych różnic interpretacyjnych, postawy bezinteresownej pomocy można spotkać na każdym odcinku globu.

Wprawdzie wolontariat jest pojęciem powstałym w XX wieku, jednak jego idea, dobrowolnej i nieodpłatnej pracy, sięga źródeł naszej cywilizacji [1].

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

² SKN Wolontariuszy Medycznych Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

³ Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka UMB

⁴ Klinika Rehabilitacji UMB

Kanios [2] wyróżnia dwa źródła wolontaryzmu w kulturze zachodniej: klasyczną ideę filantropii, rozwijaną w społeczeństwach starożytnej Grecji i Rzymu oraz chrześcijańską ideę na rzecz ubogich oraz chorych i innych osób potrzebujących pomocy [2].

Chrześcijański nakaz czynienia dobra i pomocy najsłabszym i pokrzywdzonym ma natomiast swoje korzenie w Piśmie Świętym. Apostoł Święty Paweł w 1. Liście do Koryntian nauczał „niech nikt nie szuka własnego dobra, lecz dobra bliźniego” [cyt. za 3]. Kościół nie tylko w swej nauce i filozofii, podkreślał ideę dobroczynności, ale równocześnie wcielał ją w życie. Od początku swego istnienia, wszelkiej działalności charytatywnej nadawał bowiem formy instytucjonalne [1].

Średniowiecze to okres wyraźnej apoteozy ubóstwa i jałmużny. W tym okresie ubodzy otaczani byli szacunkiem, zaś samo ubóstwo stało się wartością duchową [4]. Za Geremkiem [5], takie podejście do ubóstwa można wyjaśnić tym, iż problem paupeteryzmu (stanu zubożenia), nie miał jeszcze charakteru zjawiska masowego, a okazywanie miłosierdzia było nieodzownym atrybutem dobrego chrześcijanina. Ubóstwo należało do tych zjawisk społecznych, z którymi społeczeństwo Zachodu nie miało szczególnych kłopotów [4, 5].

Pomocą potrzebującym zajmowały się głównie instytucje kościelne. Wierni wzywani byli do wsparcia finansowego, a czynną pomocą zajmowały się osoby duchowne, zwłaszcza zakonnicy [1].

Chrześcijaństwo nie tylko przyczyniło się do stworzenia podwalin działalności wolontariackiej (określanej wcześniej dobroczynnością), ale również stale podkreślało jej wagę i odgrywaną społecznie rolę. Ma to szczególny wyraz w Encyklikach dwóch ostatnich przywódców Kościoła rzymsko-katolickiego, papieży Jana Pawła II i Benedykta XVI.

Waga wolontariatu została dobitnie podkreślona przez Jana Pawła II z okazji zakończenia Międzynarodowego Roku Wolontariatu – 5 grudnia 2001 roku skierował do ochotników na całym świecie w następującym przesłaniu [I]:

(...) Na zakończenie tego roku, który Organizacja Narodów Zjednoczonych poświęciła wolontariatowi, pragnę wyrazić wam żywe i szczere uznanie za poświęcenie, z jakim w każdym miejscu na świecie nieustannie troszczycie się o tych, którzy znajdują się w potrzebie. Czy to gdy pracujecie w pojedynkę, czy też zrzeszeni w różnych organizacjach – dla dzieci, osób starszych, dla chorych, ludzi znajdujących się w trudnych sytuacjach, dla uchodźców i prześladowanych – jesteście promieniem nadziei, który rozprasza mrok samotności i dodaje odwagi do przewyciężenia pokusy przemocy i egoizmu.

Cóż takiego skłania wolontariusza do poświęcenia swego życia dla innych? Przede wszystkim naturalny odruch serca, który przynagla każdego człowieka do pomocy drugiemu – swemu bliźniemu. Jest to bez mała „prawo istnienia”. Wolontariusz, gdy bezinteresownie może dać innym coś z siebie, doświadcza radości, która przewyższa to, czego dokonał.

Z tego właśnie powodu wolontariat jest szczególnym czynnikiem sprzyjającym postępowi na drodze humanizacji: dzięki różnym formom solidarności i służby, które promuje i konkretyzuje, uwrażliwia społeczeństwo na godność człowieka i na jego różne potrzeby.

Działalność wolontariatu prowadzi do doświadczenia, że człowiek w pełni realizuje się wyłącznie wtedy, gdy kocha i daje siebie innym.

Chrystus, Syn Boży, który stał się człowiekiem, poucza o głębokich korzeniach tego powszechnego doświadczenia ludzkiego. (...) Dzieląc z nami doświadczenie naszego ziemskiego życia aż po śmierć, nauczył nas „postępować drogą miłości. Kościół, idąc za Jego przykładem, w ciągu dwóch tysiącleci nieustannie dawał świadectwo tej miłości, zapisując wspaniałe karty dziejów dzięki świętym, którzy znaczyli szlak historii. Biorąc pod uwagę żyjących w ostatnich czasach, myślę o św. Maksymilianie Kolbem, który oddał życie, aby uratować ojca rodziny, oraz o Matce Teresie z Kalkuty, która poświęciła siebie dla najuboższych z ubogich (...). Iluż wolontariuszy poprzez odważne zaangażowanie się na rzecz bliźnich dochodzi do odkrycia wiary! Chrystus, który zachęca, aby służyć Mu w ubogich, przemawia do serca tego, kto staje się ich sługą. Pozwala doświadczyć radości miłości bezinteresownej, miłości, która jest źródłem prawdziwego szczęścia.

Bardzo bym pragnął, aby Międzynarodowy Rok Wolontariatu, w którym miały miejsce liczne inicjatywy i wydarzenia, pomógł społeczeństwu coraz pełniej doceniać różne formy wolontariatu, które są motorem wzrostu i dojrzewania cywilizacji. Wolontariusze często zastępują i uprzedzają interwencje instytucji publicznych, od których oczekuje się odpowiedniego podejścia do dzieł, które zrodziły się dzięki odwadze wolontariuszy, oraz wspierania ich, nie gasząc ich charyzmatu.

Drodzy bracia i siostry, którzy współtworzyli tę «armię» pokoju obecną w każdym zakątku ziemi, jesteście znakiem nadziei w naszych czasach. Wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z brakiem nadziei i cierpieniem, otwieracie niewyczerpane źródła poświęcenia, dobroci posuniętej aż do heroizmu, które wypływają z ludzkiego serca.

Jako rzecznik ubogich całego świata pragnę podziękować wam za nieustanne poświęcenie. Krocicie odważnie obraną drogą, niech was nigdy nie powstrzymują trudności. Chrystus, Miłosierny Samarytanin (por. Łk 10, 30–37), niech będzie najlepszym przykładem do naśladowania dla każdego wolontariusza (...)

Watykan, 5 grudnia 2001 r. [I].

Współczesne znaczenie działalności wolontarystycznej związane jest z organizacją przez szwajcarskiego matematyka i fizyka Pierre'a Ceresole, w 1920 roku, pierwszego obozu, nazwanego – *Service Civil Volontaire*. Był to odzew na wydarzenia i następstwa pierwszej wojny światowej [II]. Będąc gorliwym chrześcijaninem dostrzegł on konflikt ideałów chrześcijańskiej miłości bliźniego z politycznymi rozgrywkami i okrucieństwem wojny. W ramach obozu, ochotnicy z walczących ze sobą uprzednio krajów zebrali się, aby odbudować wioskę w pobliżu Verdun [1]. Kolejne lata przyniosły nie tylko nowe edycje obozów, ale również

wielu naśladowców, inspirowanych jego przykładem, starających się ochotniczą pracą realizować promowany przez niego ideał bezinteresownej miłości i pokoju [III].

W Polsce wolontariat jest jednak zjawiskiem znacznie mniej powszechnym niż w krajach zachodnich, co wynika z:

- braku tradycji wolontariatu, przekazywanej z pokolenia na pokolenie (przerwa spowodowana okresem PRL),
- dążenia do podniesienia standardu życia, które powoduje, że najpierw zaspokajają się własne potrzeby (np. samodzielne mieszkanie), a dopiero w drugiej kolejności potrzeby społeczne,
- relatywnie niskiej świadomości możliwości działania społecznego w organizacjach pozarządowych [IV].

Najbardziej powszechną definicją wolontariatu w Polsce jest określająca go, jako: „bezpłatne, świadome, dobrowolne działanie na rzecz innych, wykraczające poza więzi rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie. Wolontariuszem może być każdy, w każdej dziedzinie życia społecznego, wszędzie tam, gdzie taka pomoc jest potrzebna”. Dodaje się również, że aby działalność przynosiła efekty „nie każdy wolontariusz jest odpowiedni dla każdego rodzaju pracy” [cyt. za 6].

Badanie *European Social Survey* [VI], porównujące Polskę z 16 innymi krajami Europy wykazało, iż pod względem poziomu wolontariatu zajmujemy przedostatnie miejsce, za krajami naszego regionu, takimi jak Słowacja (23% wolontariuszy) i Estonia (17% wolontariuszy), a wyprzedzając tylko Bułgarię.

Procent wolontariuszy jest w naszym kraju pięć razy mniejszy niż w Norwegii – przodującej pod tym względem w Europie [VI].

Do najważniejszych zadań wolontariatu w Polsce należą:

- domaganie się od państwa praw dla najsłabszych oraz stymulowanie instytucjami publicznymi,
- wytyczanie sobie nowych zakresów interwencji i wzorców pozytywnych dla działalności struktur publicznych,
- dostrzeganie na własnym terenie trudnych sytuacji i niesienie bezpośredniej pomocy potrzebującym,
- odbudowa pozytywnej postawy obywatelskiej i moralnej naszego społeczeństwa,
- integrowanie służb publicznych, szczególnie w tych sektorach, w których interwencja państwa jest niewystarczająca [6].

Cel pracy

Celem pracy była analiza postrzegania wolontariatu przez studentów drugiego roku studiów stacjonarnych Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Material i metoda

Badania przeprowadzono metodą ankietową. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz składający się z części ogólnej (pięć pytań) oraz szczegółowej (pięć pytań). W części ogólnej badana społeczność została zapytana o płeć, rok i kierunek studiów, miejsce zamieszkania oraz sytuację materialną. Natomiast szczęść zasadnicza poruszała kwestie dotyczące: definiowania wolontariatu, cech charakteryzujących wolontariusza, korzyści płynących z pracy w charakterze wolontariusza, przeszkód będących powodem niepodjęcia pracy w charakterze wolontariusza oraz (w razie zdecydowania się na pracę wolontarystyczną) preferowanego miejsca pracy.

Wyniki

Badania przeprowadzono wśród 149 studentów. Zdecydowana większość ankietowanych mieszkała w mieście.

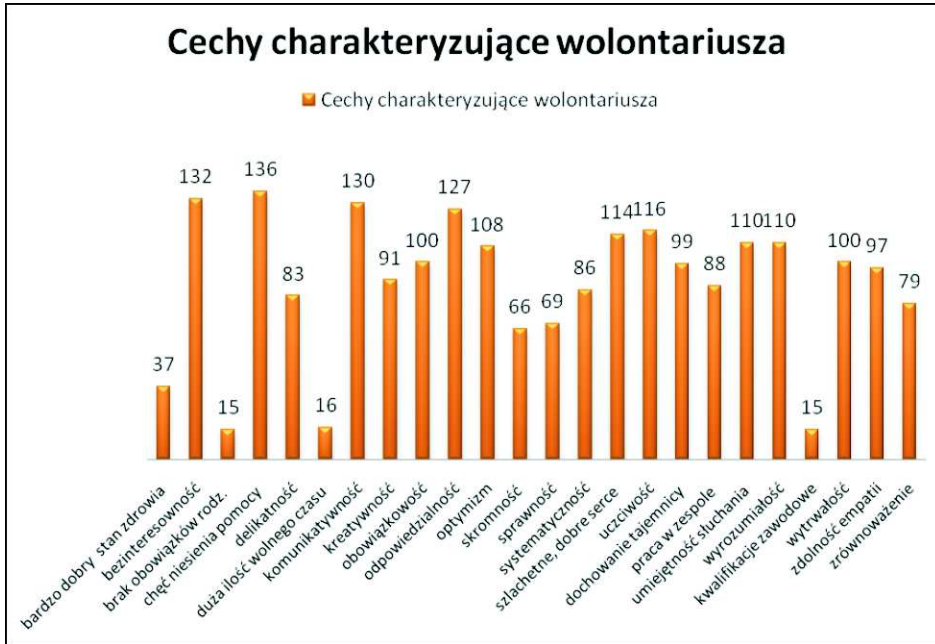
Na pytanie pierwsze, dotyczące definiowania pojęcia wolontariatu 38% ankietowanych wskazało *bezinteresowną, dobrowolną i nieodpłatną pomoc innym, w szczególności osobom potrzebującym i słabszym, w wolnym czasie*, natomiast 30% – *bezinteresowną pomoc osobom niepełnosprawnym, starszym i chorym w zaspokajaniu elementarnych potrzeb życiowych*. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 1.



- A – bezinteresowną pomoc osobom niepełnosprawnym, starszym i chorym w zaspokajaniu elementarnych potrzeb życiowych 30%
- B – bezinteresowna, dobrowolna i nieodpłatna pomoc innym, w szczególności osobom potrzebującym i słabszym, w wolnym czasie 38%
- C – pracę społeczną, ze względu na wartości jakie ludzie wyznają i oczekują 9%
- D – pomoc wszystkim potrzebującym za odpłatą za sprawowaną opiekę 9%
- E – nieodpłatną pomoc rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej 14%

Rycina 1. Definiowanie pojęcia „wolontariat”

Charakteryzując wolontariusza, największa część badanej społeczności zwróciła uwagę na *chęć niesienia pomocy* (136 osób), *bezinteresowność* (132 osoby), *komunikatywność* (130 osób) oraz *odpowiedzialność* (127 osób). Cechami, które w najmniejszym stopniu zostały uwzględnione przez badaną społeczność były: *brak obowiązków rodzinnych*, *wysokie kwalifikacje zawodowe* (po 15 osób) oraz *duża ilość wolnego czasu* (16 osób). Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 2.



Rycina 2. Cechy charakteryzujące wolontariusza

Kolejną kwestią, o którą zostali zapytani studenci było zdefiniowanie korzyści płynącej z zostania wolontariuszem. Prawie cała populacja (121 osób) odpowiedziała, że jest to *forma zagospodarowania czasu*, *zdobycie nowych umiejętności, wiedzy i doświadczeń* (10 osób) oraz *możliwość samorealizacji* (96 osób). Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 3.

Kolejnym pytaniem zadany badanej populacji było: *Jakie mogą być przeszkody, że młodzi ludzie nie zostają wolontariuszami?*. Istotny jest fakt, iż odpowiedzi w tej kwestii wśród studentów były bardzo podzielone – 15% podkreśliło, iż przeszkodą jest *brak czasu*, 12% *niechęć do kontaktów z osobami starszymi, ułomnymi, umierającymi itp.*, 11% – *niechęć do pracy społecznej*, 10% – *brak wiedzy w zakresie, gdzie się udać, aby móc zostać wolontariuszem (brak oferty, informacji, zachęty)*.

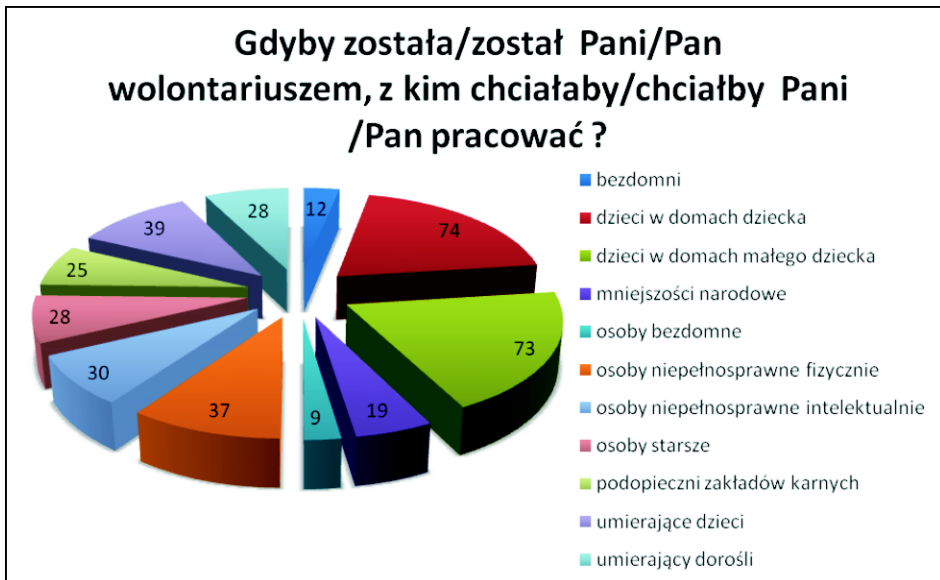


Rycina 3. Korzyści z zostania wolontariuszem



Rycina 4. Przeszkody w zostaniu wolontariuszem

Studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu zapytani o miejsce, w którym chcieliby podjąć pracę jako wolontariusz, w zdecydowanej większości odpowiedzieli, iż byłby to *dom dziecka* (74 osoby), *dom małego dziecka* (73 osoby), *umierające dzieci* (39 osób) oraz *osoby niepełnosprawne intelektualnie* (30 osób). Najmniejszym zainteresowaniem badanych cieszyła się *praca z osobami bezdomnymi*, która zainteresowała tylko 9 osób.



Rycina 5. Preferowane miejsce pracy w charakterze wolontariusza

Dyskusja

Wolontariat, mimo swojej długiej tradycji, przedmiotem badań stał się dopiero z początkiem lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku [2]. Za Kanios [2], jedne z pierwszych badań w Polsce nad wolontariatem przeprowadzono w Polsce w 1996 w Centrum Wolontariatu w Warszawie. Kolejne, również w tym samym miejscu, miało miejsce rok później i tym razem objęło większą liczbę wolontariuszy.

Każdy rodzaj pomocy, w opinii Trempała [7], jest ważnym elementem życia (wsparcia) społecznego, przejawiającego się we wsparciu otrzymanym, jako autentycznej wymianie zachowań pomocnych (konkretne przykłady wzajemnego udzielania pomocy), we wsparciu spostrzeganym, które jest subiektywnym przekonaniem, że pomoc od bliskich urzeczywistni się w chwili potrzeby oraz w poczuciu więzi społecznej, poczuciu zakorzenienia opisywanego poprzez cechy sieci wsparcia społecznego, tj. jej wielkość, spójność i dostępność.

Badana społeczność zdefiniowała wolontariat, jako bezinteresowną pomoc osobom niepełnosprawnym, starszym i chorym w zaspakajaniu elementarnych potrzeb życiowych. Charakteryzując wolontariusza najczęściej studentów zwróciło uwagę na takie cechy, jak: chęć niesienia pomocy, bezinteresowność, komunikatywność oraz odpowiedzialność. Cechami, które w najmniejszym stopniu zostały uwzględnione przez badaną społeczność były: brak obowiązków rodzinnych, wysokie kwalifikacje zawodowe oraz duża ilość wolnego czasu.

Zjawisko wolontariatu, zdaniem Bąka [VI] bardzo trudno jest ująć w formie ścisłej definicji, ponieważ może przyjmować bardzo zróżnicowane formy. W krajach o ugruntowanej demokracji i głęboko zakorzenionym modelu społeczeństwa obywatelskiego, działalność wolontarystyczna posiada wieloletnią tradycję, nie odczuwa się więc tam potrzeby jej definiowania. Jednakże w Polsce konieczne jest określenie podstawowych cech wolontariatu, ponieważ będzie to stanowiło podstawę rozwoju tej działalności [VI]. Autor jest przekonany, iż w chwili obecnej wolontariat rozwija się i odnajduje dla siebie miejsce w wielu obszarach życia społecznego. Wolontariuszy spotyka się bowiem dzisiaj w różnych miejscach: w schroniskach dla zwierząt, w organizacjach charytatywnych, w domach dziecka i szkołach, w szpitalach i hospicjach. „Z poświęceniem i entuzjazmem pomagają potrzebującym, cierpliwie odbudowując naszą wiarę w człowieka i wzmacniając zaufanie do innych ludzi” [VI]. Wolontariusze, zdaniem Bąka [VI], pomagają tworzyć nowe społeczeństwo – społeczeństwo obywatelskie, gotowe wziąć na siebie odpowiedzialność za kształt otaczającej rzeczywistości, zdolne do poświęceń oraz do działania i sprzyjające zacieśnianiu więzi międzyludzkich oraz codziennie uświadamiają wszystkim, że żyjemy nie tylko obok siebie, ale i ze sobą – że jesteśmy od siebie współzależni i, że czasami, aby przynieść komuś znaczącą ulgę, potrzeba naprawdę niewiele: wystarczają szczerą chęć.

Komitet Regionów [8] wyróżnia w wolontariacie trzy cechy, takie jak: „nie jest on podejmowany dla zysku finansowego, jest podejmowany na zasadzie dobrowolności oraz przynosi korzyści osobie innej niż wolontariusz lub jego rodzina. Cechy te obejmują szerokie spektrum działalności wolontariackiej, od formalnej po nieformalną, od krótkotrwałej po długotrwałą oraz prowadzoną zarówno w niepełnym, jak i w pełnym wymiarze godzin, jak np. służba wolontariacka (...), stanowi kluczowy element aktywności obywatelskiej i demokracji na wszystkich szczeblach, ponieważ osoby zajmujące się wolontariatem w sposób bezpośredni lub pośredni pracują na rzecz poprawy ogółu społeczeństwa na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym”.

Analizowana społeczność, jako korzyści płynące z wolontariatu, wymieniała kolejno: satysfakcję z niesienia pomocy innym/poczucie bycia potrzebnym, zdobywanie umiejętności, wiedzy, doświadczeń, możliwość samorealizacji oraz zdobywanie nowych znajomości.

Podobnie pozytywy wolontariatu postrzegały osoby starsze, dla których również najważniejszą korzyścią była satysfakcja z niesienia pomocy innym

(68,3%), zdobywanie nowych znajomości (57%) i umiejętności (47%). Dla 36,2% badanych wolontariat był szansą na przełamanie poczucia osamotnienia [9].

Badani zapytani o ich preferowane miejsce pracy w charakterze wolontariusza, najczęściej wskazywali dom dziecka, dom małego dziecka, umierające dzieci oraz osoby niepełnosprawne intelektualnie.

Szymanowska [10] podkreśla, iż w swoich badaniach natknęła się na znaczne trudności, jakie przysporzyło badanym określenie instytucji posiadających wyraźny związek z inicjowaniem działalności prospołecznej w ich środowisku zamieszkania (48,5%). Połowa z nich dostrzegała w tym obszarze niepodważalną rolę organizacji pozarządowych (m.in. Caritas, Społecznej Organizacji Przyjaciół Dzieci „Przystań” w Suwałkach, Regionalnego Stowarzyszenia na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Sejnach, PCK), ale też sektora samorządowego, tj. Ośrodków Pomocy Społecznej, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, Ośrodków Szkolno-Wychowawczych (38,2%) oraz Kościoła (8,8%), mediów i zakładów pracy (5,9%). Większość studentów wyraża gotowość wspomagania przede wszystkim niepełnosprawnych i chorych dzieci (78,4%), następnie młodzieży (43,1%) i osób dorosłych (33,3%). Około 4% z nich podjęłoby ewentualnie działania bez względu na wiek i rodzaj niepełnosprawności podopiecznego, zaś 22,7% nie wypowiada na ten temat jakiegokolwiek opinii [10].

Badania przeprowadzone przez Komisję Europejską w 2000 roku [VII] wykazały, iż 25% populacji zajmowało się pracą bezpłatną w domach, organizacjach naukowych, na rzecz sportu, religii oraz w sektorze pomocy społecznej, zaś w Niemczech [cyt. za 18], że największa część społeczeństwa niemieckiego (6% ogółu) angażuje się w pomoc szkołom, przedszkolom. Niewiele mniej niemieckich wolontariuszy współpracuje z kościołami i instytucjami religijnymi oraz opieką społeczną (analogicznie 5 i 4%).

W Grecji [cyt. za VIII] stwierdzono, iż większość wolontariuszy chętniej uczestniczyła w pracach związanych z ochroną środowiska i ochroną praw człowieka, niż z pomocą społeczną czy zdrowotną, natomiast ludziom starszym najchętniej pomagają ich rówieśnicy [cyt. za VIII].

Irlandzcy wolontariusze natomiast pełnili kluczową rolę w gromadzeniu funduszy przeznaczonych na opiekę społeczną – 72% wolontariuszy pracujących w ramach opieki społecznej wskazało zbiórkę pieniędzy, jako najczęściej wykonywane przez nich zadanie, natomiast 60% młodych ludzi (12–24 lata) zainteresowanych było działalnością charytatywną ukierunkowaną na pomoc państwom trzeciego świata [cyt. za IX].

Wnioski

1. Badana społeczność zdefiniowała wolontariat jako bezinteresowną, dobrowną i nieodpłatną pomoc innym, w szczególności osobom potrzebującym i słabszym, w wolnym czasie.

2. Cechami charakteryzującymi wolontariusza, wg ankietowanych, są chęć niesienia pomocy, bezinteresowność, komunikatywność oraz odpowiedzialność.
3. Najczęstszymi powodami uniemożliwiającymi podjęcie pracy w charakterze wolontariusza były: brak czasu, niechęć do kontaktów z osobami starszymi, ułomnymi, umierającymi itp., niechęć do pracy społecznej, brak wiedzy w zakresie gdzie się udać, aby móc zostać wolontariuszem (brak oferty, informacji, zachęty).
4. Niemal cała badana populacja stwierdziła, iż największą korzyścią, jaką niesie wolontariat jest fakt, iż jest to forma zagospodarowania czasu, zdobywanie nowych umiejętności, wiedzy i doświadczeń oraz możliwość samorealizacji.
5. Miejscami największego zainteresowania potencjalnej pracy w charakterze wolontariusza to dom dziecka, dom małego dziecka, umierające dzieci oraz osoby niepełnosprawne intelektualnie.

Piśmiennictwo

1. Moroń D.: Wolontariat w trzecim sektorze. Prawo i praktyka, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2009, 1–205.
2. Kanios A., Społeczne tendencje studentów do pracy w wolontariacie, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 2008, 1–166.
3. Biblia Tysiąclecia Wyd. III, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań – Warszawa, 1990, 1300.
4. Leś E., Działalność dobroczynna w Europie i Ameryce. Tradycje i współczesność część I, BORDO Centrum Informacji dla Organizacji Pozarządowych, Warszawa, 1999, 3–31.
5. Deimling G., 150 Jahre Elberfeld System. Ein Nachruf, Geschichte im Wuppertal 12, 2003, 46–67.
6. Ochman M., Jordan P.: Jak pracować z wolontariuszami, BORIS, Warszawa. 1997, 8–15.
7. Trempała E., Pomoc spontaniczna (nieformalna) i sformalizowana (formalna) (w:) K. Marzec-Holka (red.), Pracownicy socjalni i wolontariusze a możliwości reformy pomocy społecznej, Bydgoszcz, 1998, 21.
8. Opinia Komitetu Regionów „Wkład wolontariatu w spójność społeczno-gospodarczą” (2008/C 105/03), Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, C 105/11, 25.4.2008.
9. Raport z badania postaw wobec wolontariatu 50+, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Regionalne Centrum Wolontariatu w Elblągu, luty 2007.
10. Szymanowska J.: Wolontariat w służbie osób chorych i niepełnosprawnych. Komunikat z badań. Zeszyty Naukowe WSSM, 2008, 18, 38–48.

Netografia

- I. http://zs3w.za.pl/viewpage.php?page_id=9, data pobrania: 06.11.2010.

- II. Gocko B., Aspekt społeczno-prawny wolontariatu w III Rzeczypospolitej Polskiej, SEMINARE 24, 2007, <http://www.seminare.pl/24/Gocko2007.pdf>, data pobrania 4.08.2010.
- III. Braun K., Pomaganie nakręca mnie. Informator dla wolontariuszy, Warszawa, 2005, http://www.wolontariat.org.pl/repository/Publikacje/Teksty/Informator%20dla%20wolontariuszy_internet.pdf, data pobrania 4.08.2010.
- IV. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Wolontariat>, data pobrania 26.09.2010.
- V. Ochman M., Jordan P.: Jak pracować z wolontariuszami, BORIS, Warszawa. 1997, 8–15.
- VI. <http://www.unic.un.org.pl/iyv/>, data pobrania 11.11.2010.
- VII. Korczyk M.: Wolontariat w Belgii. Wolontariusze obywatele Europy, Regionalne Centrum Wolontariatu w Łodzi, <http://www.wolontariat.org.pl/repository/Wolontariat%20na%20swiecie/Biuletyn%20Wolontariat%20w%20%20Europie/WOLONTARIAT%20W%20BELGII.pdf>, data pobrania 25.09.2010.
- VIII. Dadel M.: Wolontariat w Grecji. Radości i smutki greckich wolontariuszy, Centrum Wolontariatu w Słupsku, <http://www.wolontariat.org.pl/repository/Wolontariat%20na%20swiecie/Biuletyn%20Wolontariat%20w%20%20Europie/WOLONTARIAT%20W%20GRECJI.pdf>, data pobrania: 25.09.2010.
- IX. Firlej M.: Wolontariat w Irlandii. Wolontariusze Szmaragdowej Wyspy. Centrum Wolontariatu w Warszawie, <http://www.wolontariat.org.pl/repository/Wolontariat%20na%20swiecie/Biuletyn%20Wolontariat%20w%20%20Europie/WOLONTARIAT%20W%20IRLANDII.pdf>, data pobrania: 25.09.2010.

Janina Książek¹, Katarzyna Gdaniec²,
Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska³

Problemy pacjentów z rakiem płuca objętych domową opieką hospicyjną

Wstęp

Okresem terminalnym określamy taki stan choroby, kiedy ustała możliwość przywrócenia zdrowia lub przedłużenia życia poprzez oddziaływanie bezpośrednie na przyczynę choroby. Zdarzają się chorzy, którzy pomimo zdyskwalifikowania z leczenia przez pewien czas czują się dobrze, są zdolni do aktywności życiowej. Taki stan, w którym chory nie wymaga interwencji lekarskiej nazywamy „preterminalnym” [1]. Głównym i zasadniczym celem leczenia w fazie terminalnej choroby jest zlikwidowanie lub złagodzenie dolegliwości uciążliwych dla chorego. Sposób leczenia powinien być dobrany tak, aby nie przysparzał choremu dodatkowego bólu i cierpienia. Zabiegi nieprzyjemne dla chorego powinny być stosowane tylko wtedy, kiedy jesteśmy przekonani, że dadzą one choremu więcej korzyści, jak cierpienia [2]. Działania nie mogą ograniczać się tylko do jednej ze sfer, gdyż podstawą opieki jest całościowe podejście do chorego. Pod koniec życia chorego z rakiem płuca najważniejsza jest skuteczna kontrola objawów. Najbardziej uciążliwym objawem w zaawansowanej chorobie płuc jest duszność. Jest ona często określana przez pacjentów jako uczucie braku powietrza, braku tchu. Duszność objawia się zwiększeniem częstości oddechów, utrudnionym wydechem i niepokojem chorego. U osób z rakiem płuca bardzo ważne jest zdiagnozowanie mechanizmów odpowiedzialnych za powstanie duszności [3]. Duszność jest objawem złożonym, często współistniejącym z bólem, depresją, zmęczeniem. W leczeniu niefarmakologicznym duszności ważną rolę pełni fizjoterapeuta. Jego zadaniem jest nauczenie chorego efektywnego odkrztuszania wydzieliny, trening oddechowy ma na celu nauczenie spokojnego i zrelaksowanego oddychania [4]. Tlenoterapie u chorych z dusznością należy stosować

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Katedra Pielęgniarstwa GUMed

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego GUMed

³ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Katedra Pielęgniarstwa GUMed

z przerwami, gdyż ciągle stosowanie tlenu powoduje podrażnienie błony śluzowej nosa i w konsekwencji krwawienie. Ciągłe stosowanie tlenoterapii powoduje psychologiczne uzależnienie od tlenu. W zaawansowanej duszności połączonej z lękiem, u chorych leżących najlepszy efekt terapeutyczny otrzymuje się po połączeniu morfiny z benzodiazepiną we wlewie ciągłym podskórnym. Najczęściej jest to połączenie morfiny z midazolamem. Często ból określa się jako ból totalny, wszechogarniający. Koncepcja tego bólu została opracowana przez Cecilly Saunders, pionierkę ruchu hospicyjnego w Wielkiej Brytanii. Według Saunders ból totalny to nie tylko ból fizyczny, to także cierpienie chorego. Ból nie jest jedynym objawem cierpienia, choć zawsze mu towarzyszy. Cierpienie chorego związane jest z wieloma czynnikami, na przykład psychicznymi i duchowością chorego. Nasilenie tych objawów powoduje postępujący charakter choroby, osłabienie, niejednokrotnie zmiany w wyglądzie spowodowane wyniszczeniem (kacheksją). Występowanie i ostrość bólu odczuwanego przez pacjenta zależy od wielu czynników, takich jak lokalizacji i stadium choroby oraz umiejscowienia przerzutów [5, 6]. Odczuwanie bólu będzie zależne od płci, wieku, zdolności percepcji, progu wrażliwości bólowej. Każdy chory będzie w inny sposób odczuwał ból, inaczej go opisywał. Duży wpływ na odczuwanie bólu mają czynniki psychiczne, takie jak strach, lęk, obawa, świadomość nieuchronnej śmierci [7, 8]. Ból w klatce piersiowej występuje rzadko, często jest spowodowany nasilonym kaszlem, wówczas nie ma możliwości jego zlokalizowania. Zazwyczaj boli cała klatka piersiowa. Guzy rosnące obwodowo przyczyniają się powstania bólu z powodu naciekania opłucnej i ściany klatki piersiowej. Bóle te są dobrze zlokalizowane i o dość silnym nasileniu. Ponieważ tego rodzaju bóle łagodzi ucisk, chorzy mają tendencję do układania się na chorym boku. Lokalizacja guza w szczycie płuca, w miarę rozrostu guza dochodzi do ucisku i naciekania na nerwy rdzeniowe. Objawem tego stanu będą bóle barku promieniujące do ramienia. Bóle głowy będą spowodowane zespołem żyły głównej górnej. Duża grupa chorych, oprócz bólu nowotworowego kontrolowanego lekami przeciwbólowymi, cierpi na tak zwane bóle przebijające. Są to krótkie incydenty, pojawiające się nagle, charakteryzujące się szybkim okresem narastania, swoim nasileniem znacznie przewyższają ból podstawowy. Tego rodzaju bóle mogą świadczyć o tak zwanym efekcie końca dawki, czyli ból pojawia się pod koniec czasu oczekiwanego działania leku lub może być wywołany, na przykład, przez ruch czy kaszel tak zwany ból incydentalny. Kolejnym objawem fazy terminalnej choroby są odleżyny. Powstają one w miejscach szczególnie narażonych na ucisk: okolice pięt, kolan, kostek, krętarze kości biodrowej, barku, małżowiny uszne, okolice kości krzyżowej [2, 3].

Opieka nad pacjentem nowotworowym nie tylko dotyczy jego samego, to też opieka nad rodziną i jego bliskimi. Rodzina pełni rolę ostatniego towarzysza, ma za zadanie pożegnać chorego. To ona często decyduje za chorego, by odmówić leczenia, po prostu powiedzieć „dość”. Dla rodziny jest to bardzo trudna decyzja, niejednokrotnie poprzedzona rozmową z psychologiem. Poza psychologiem

bardzo ważne jest wsparcie emocjonalne osób najbliższych. Śmierć osoby bliskiej łatwiej się znosi w otoczeniu osób życzliwych. Choroba nowotworowa jest to problem mający wpływ na całą rodzinę. Rozwój choroby wpływa na zaburzenie dotychczasowego spokoju, często powoduje rozwój lęku, niepokoju, niepewności. Działania pielęgniarские powinny być ukierunkowane na potrzeby całej rodziny, by jak najlepiej pomóc choremu [1, 8]. Zmiany zachodzące w rodzinie są to często zmiany negatywne. Często wiążą się z utratą pozycji w społeczeństwie, zmieniają się role w domu, często są to zmiany materialne, emocjonalne. Rodziny tracą znajomych, przyjaciół, narasta poczucie samotności, bezradności i zagubienia. Często umierający chory pozostawia dzieci. Cała ta sytuacja powoduje, że rozwój dziecka się przyspiesza, staje się ono bardziej dojrzałe. Bardzo ważna jest opieka psychologiczna nad dziećmi, gdyż utrata bliskiej osoby często powoduje rozwój buntu, zwłaszcza wśród nastolatków.

Rodziny często oczekują od pielęgniarki rozmowy, udzielania odpowiedzi na nurtujące ją pytania. Często są to pytania trudne, na które nikt nie zna odpowiedzi, na przykład: siostry czy to długo jeszcze potrwa, czy długo mąż będzie się tak męczył. Jest szereg pytań, na które nie ma odpowiedzi. Rola pielęgniarki w tym wypadku jest szczególnie trudna.

Cel pracy

Ocena zadań pielęgniarki w procesie pielęgnowania chorego z zaawansowaną chorobą nowotworową płuca.

Materiał i metody

Materiał stanowi trzech pacjentów z chorobą nowotworową płuc objętych opieką hospicyjną domową w 2008 roku w jednym z hospicjów województwa pomorskiego. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a zastosowaną techniką badawczą jest obserwacja uczestnicząca.

Wyniki badań i ich omówienie

Studium przypadku 1

W pracy przedstawiono przypadek 78-letniego mężczyzny, u którego rozpoznano raka płuca. Rak płuca prawego, płaskonabłonkowy. Od zachorowania do zgonu 6 miesięcy. Pan Mariusz K., nigdy nie palił papierosów.

Powodem zgłoszenia się do lekarza rodzinnego był długo utrzymujący się kaszel, duszność wysiłkowa i krwioplucie. Wcześniej chory około 10 lat leczył się z powodu astmy oskrzelowej. Wyżej wymienione objawy były sygnałem dla lekarza rodzinnego, że dzieje się coś niedobrego, coś, co może sugerować chorobę nowotworową płuc. Chory opuszczając gabinet otrzymał skierowanie na

podstawowe badania krwi i badanie rentgenowskie płuc. Badania wykonano w systemie ambulatoryjnym. Z opisu radiologicznego rodzina podejrzewała, że wynik nie jest dobry. Pacjent niczego się nie domyślał, a rodzina nie umiała mu przekazać prawdy, łatwiej było skłamać. Od lekarza rodzinnego Pan Mariusz otrzymał skierowanie do onkologa. Po tej wizycie poczuł niepokój, już wiedział, że musi być jakaś zmiana w płucach. Nadszedł ten dzień, wizyta u onkologa. To od niego pierwszy raz pacjent usłyszał diagnozę „rak”. Onkolog wytłumaczył, że rak płuca w tym stadium, jest to choroba, której nie da się wyleczyć, można tylko przedłużyć życie. Chory został zakwalifikowany do radioterapii. To spowodowało, że pacjent zaczął wierzyć w szansę na dalsze życie. Chory przeszedł siedem cykli radioterapii, po każdym cyklu czuł się dobrze.

Zbliżała się Wielkanoc, pacjent nadal czuł się dobrze, kaszel się zmniejszył, oddech się poprawił, krwioplucie też ustąpiło. Był szczęśliwy, cieszył się ze spotkań z rodziną, wnukami. Dużo wolnego czasu pochłaniały spacer i modlitwa, to ona dała mu siły. Wiedział, że pomimo tego, że czuje się dobrze to kiedyś nadejdzie taki dzień, że będzie gorzej. Każdy nowy dzień traktował jak dar. Któregoś czerwcowego dnia wracając z kościoła dostał ataku duszności. Nie była tak silna, pomyślał, że to atak astmy. Z trudem doszedł do domu, zażył leki wziewne i znów było dobrze. Chorował na astmę, więc był pewien, że ta duszność jest jej objawem. Duszność ustąpiła, ale na chwilę, kolejne ataki pojawiały się coraz częściej. Nadszedł, dzień kontrolnej wizyty u onkologa, gdzie poszedł z synową, która dawała mu poczucie bezpieczeństwa. Z kimś bliskim łatwiej jest przyjąć złą wiadomość. Synowa wspierała i podtrzymywała na duchu. Po długiej rozmowie z lekarzem dowiedział się, że leczenie na tym etapie zostało zakończone. Pozostało leczenie objawowe. Lekarz zaproponował hospicjum domowe i wyjaśnił, że będzie przychodził lekarz i pielęgniarka. Umawiając się telefonicznie na wizytę, synowa powiedziała, że właściwie nie wie, czemu tato otrzymał skierowanie, przecież nie jest aż tak źle.

Przy pierwszej wizycie pielęgniarka jak zobaczyła pacjenta pomyślała sobie, że synowa źle oceniła stan zdrowia teścia i dobrze się stało, że zgodzili się na pomoc. Tylko pozornie mogło się wydawać, że stan ogólny jest dobry. Pacjent nie był leżący, zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne wykonywał sam, chodził na spacer, po zakupy. Na pozór zdrowy człowiek, a pielęgniarka zobaczyła człowieka, który miał duszność wysiłkową, obrzęki kończyn dolnych, zawroty głowy i bóle w klatce piersiowej. Zawroty głowy nie były spowodowane wahaniami ciśnienia. Chory miał zapisane leki przeciwbólowe i odwadniające. Brał je, ale nie w takiej dawce, jak zlecił lekarz, stąd te bóle. Pielęgniarka umówiła wizytę lekarza, trzeba było od nowa ustalić dawki leków. Długo tłumaczyła pacjentowi i jego rodzinie, jak ważne jest przestrzeganie godzin podawania leków, stosowanie się do zaleceń lekarza.

Obrzęki kończyn dolnych utrudniały chodzenie, chory wiedział, że należy je układać wysoko, jednak skóra na obrzękniętych kończynach błyszczała, a nikt

nie powiedział, że trzeba ją natłuszczać. Wraz z lekarzem ustalono, że dobrze by zrobił masaż. Masażystka chodziła systematycznie, masowała obrzęknięte kończyny, bolące łydki. Chory zgłaszał, że czuje się lepiej, że nogi mniej bolą, ale obrzęki nadal są takie same. Na jednej z wizyt masażystka zaniechała chwilowo wykonywania masażu. Prawa kończyna była bolesna i zaczerwieniona, zadzwoniła do lekarza. Noga rzeczywiście nie wyglądała najlepiej, ból utrudniał chodzenie, dlatego zalecono więcej odpoczynku. Przyjechał lekarz z hospicjum, zapisał zastrzyki przeciwzakrzepowe i pocieszył, że to nic groźnego. Problemem dla Pana Mariusza nie były same zastrzyki, ale to, kto je poda. Był z natury człowiekiem nielubiącym zajmować komuś czasu. Z podaniem zastrzyku nie było jednak problemu, pielęgniarka nauczyła iniekcji synową, która pod nieobecność pielęgniarki, wykonywała je zgodnie z ustalonymi zasadami. Po serii 10 zastrzyków heparyny drobnocząsteczkowej bolesność i zaczerwienienie ustąpiło. Pomimo obrzęków Pan M.K. zaczął znowu wychodzić na spacer, do kościoła. Lubił niedziele, bo wtedy rodzina zabierała go na niedzielny obiad. Cała to sytuacja trwała do października. Któregoś dnia zadzwoniła synowa i powiedziała, że teść czuje się gorzej, jest słabszy. Rodzina zaniepokojona pogarszającym się stanem zdrowia, wprowadziła się do Pana Mariusza. Była to dobra decyzja. Miał kto przygotować posiłek, posprzątać, no i pacjent nie był sam. Duszności były coraz większe, leki wziewne przestały wystarczać, pielęgniarka podłączyła tlen. Posiadanie koncentratora spowodowało, że nadal mógł zostać w domu. Kiedyś podczas rozmowy powiedział pielęgniarce, że nie chciałby umierać w szpitalu, czy hospicjum. Wśród bliskich czuł się bezpieczny, kochany, a i duszność łatwiej znosił. Z powodu duszności i bólu w klatce piersiowej lekarz zamienił Morfinę doustną na morfinę podawaną podskórnie, co 4 godziny. Pielęgniarka założyła motylka, żeby oszczędzić cierpienia spowodowanego kluciem. Edukacja rodziny w zakresie techniki podawania leku nie była trudna, świetnie sobie radzili. Robili wszystko, żeby tato mógł być w domu. Więcej trudności sprawiało umycie głowy, dlatego wykonywała to pielęgniarka.

Zawsze był bardzo wierzący, do niedawna jeszcze chodził do kościoła, teraz nadszedł czas, żeby ksiądz przyszedł do niego. Modlitwa i spowiedź trwały bardzo długo, modliła się cała rodzina, wszyscy płakali. Ksiądz udzielił namaszczenia. Dwa dni później stan zdrowia się pogorszył. Chory przestał jeść, miał trudności z połknięciem tabletek, nie poznawał nikogo. Lekarz odstawił leki doustne, ważniejsze zamienił na dożylnie. Rodzina cały czas była z Panem Mariuszem. Byli z nim, trzymali za ręce, modlili się. Wieczorem nadeszła ta chwila, trzymając gromnicę Pan Mariusz umarł. Umarł tak jak chciał, w domu, wśród bliskich.

Studium przypadku 2

Pacjentka objęta opieką w stanie ogólnym średnio-ciężkim, mieszkająca z mężem, synem i synową, „oczkiem w głowie” babci była dwumiesięczna wnu-

sia Maja. Rodzina zgłaszając chorobę do opieki hospicyjnej domowej chyba nieświadomie umówiła wizytę na dzień następny. Jadąc na pierwszą wizytę pielęgniarka zobaczyła chorobę wymiotującą, z dolegliwościami bólowymi, osłabioną i gorączkującą. Z wywiadu wynikało, że chora jest leczona Interferonem A, podawanym podskórnie, co drugi dzień. Wyżej wymienione objawy prawdopodobnie były reakcją uboczną na lek. W chwili pierwszej wizyty chora była po podaniu drugiej dawki leku. Chora zgłaszała bóle pleców promieniujące do prawego barku. Na zlecenie lekarza podano 5 miligram Morfiny podskórnie (do motylka). Z powodu uporczywych wymiotów treścią pokarmową chorej założono drugiego motylka do podawania Metoklopramid, co cztery godziny jedną ampulkę. Rodzinę przyuczono do podawania leku w domu, gdyż na przewiezienie do hospicjum stacjonarnego pacjentka nie wyraziła zgody. Wymioty spowodowały, że chora przestała jeść, przyjmowała tylko płyny. Gdy wskutek podawania Metoklopramid wymioty ustąpiły brak apetytu utrzymywał się nadal, było to raczej spowodowane strachem przed ponownymi wymiotami. Rodzina starała się jak mogła, wymyślając różne potrawy. Wszystko kończyło się wręcz agresją ze strony chorej. Lekarz do karty leków włączył Megace w dawce 20 mililitrów rano przed posiłkiem. Chora lek przyjmowała z oporami, ale przy cierpliwości rodziny przyniósł on zamierzony skutek. Z dnia na dzień samopoczucie się poprawiało, bywały dni, że chora wychodziła na chwilę do ogródka. Była wtedy taka szczęśliwa. Któregoś dnia nasiliła się duszność, nie skutkowały żadne podawane leki, rodzina wezwała pogotowie. Lekarz osłuchując chorobę stwierdził obecność płynu w jamie opłucnej. Przewieziono chorobę na SOR, gdzie spuszczone około dwa litry płynu z jamy opłucnej. Chora wróciła do domu szczęśliwa, bez duszności, oby długo utrzymał się taki stan. Zbliżał się termin kontrolnej wizyty u onkologa, miał on zdecydować czy leczenie Interferonem A przynosi zamierzone efekty. Okazało się, że wyniki nie są takie, jak by oczekiwał. Według onkologa leczenie nie przynosiło efektu, stan chorej stopniowo się pogarszał. Na drugą wizytę, tydzień później chora pojechała osłabiona, z dusznością. Znowu badania wykazały obecność płynu w płucach, wówczas zdrenowano cztery litry płynu. Znowu było lepiej. Lekarz odstawił Interferon A informując rodzinę, że na tym etapie choroby leczenie zostało zakończone, pozostało tylko paliatywne leczenie objawowe. Chora żyła w nieświadomości swego stanu zdrowia. Rodzina jej powiedziała, że musi czekać na inną, lepszą chemię. Stan zdrowia się pogarszał. Właściwie z dnia na dzień chora stała się pacjentką leżącą. Rodzina była wydolna opiekuńczo, ale nie bardzo wiedziała, jak taka opieka wygląda. Bardzo pomocne okazało się łóżko rehabilitacyjne wyposażone w materac zmiennościśnieniowy. Rodzinę nauczono pielęgnacji obłożnie chorego w warunkach domowych. Wytłumaczono sens częstej zmiany pozycji ułożeniowej. Z uwagi na stan chorej, prośbę rodziny oraz utrudnione oddawanie moczu chorej założono cewnik Foleya do pęcherza moczowego. Któregoś dnia w akcie rozpaczy, braku powietrza chora pytała „czy ja będę jesz-

cze normalnie oddychać". Trzy dni później stan pogorszył się na, tyle, że rodzina zrobiła dyżury. Chora cały czas spała, reagowała jednak na dotyk, była spokojna, oddech się poprawił. Rozmawiając z rodziną na temat zbliżającej się śmierci, zaproponowano odwiedziny księdza. Na następny dzień chora zmarła opatrzona sakramentami, w otoczeniu rodziny. Żyła od rozpoznania choroby cztery miesiące.

Studium przypadku 3

Pacjentka lat 74 w stanie ogólnym średnio-ciężkim, chodząca przy pomocy osoby drugiej, niezwykle pogodna. Pacjentka nieświadoma swego stanu zdrowia, nieznająca rozpoznania. Skierowanie na objęcie opieką chora otrzymała po wyjściu ze szpitala, gdzie leżała 10 dni celem diagnostyki. Powodem zgłoszenia do szpitala było krwiotłucie, osłabienie, utrata masy ciała oraz bóle brzucha. Opuściła szpital z rozpoznaniem choroby nowotworowej płuc z przerzutami do wątroby, krwiotłucie ustąpiło. W chwili objęcia opieką chora czuła się dobrze, była uśmiechnięta, dolegliwości bólowych nie zgłaszała. Opiekując się chorą zaobserwowano niezwykle więź babci z wnuczką, chyba większą niż z córką. Do wnuczki zawsze mawiała żartobliwie „ty moja smarkulo”, chociaż była dorosła. Mieszkała za granicą, ale jeden telefon od babci i przyjeżdżała. Chora więcej dnia przeleżała, czasami wstała, żeby się przejść. Mawiała, że w łóżku jej najlepiej. Taki stan trwał około miesiąca. Chora czuła się w miarę dobrze, jak na tę jednostkę chorobową. W dalszym ciągu nie wiedziała, na co choruje, też zbyt nie dociekała prawdy. Pewnie podejrzewała i bała się potwierdzenia. Może tak było jej łatwiej. Przyjechała wnuczka, nigdy nie widziała babci tak szczęśliwej. Okazała się również niezwykle miłą i sympatyczną osobą. Czuwała przy babci na zmianę z córką dzień i noc, pomimo że stan ogólny nie wymagał jeszcze czuwania w nocy. Na zmianę spały przy babci na podłodze. Tydzień później zadzwoniła wnuczka, że babcia ma bóle brzucha i duszności. Z powodu bólu zmieniono morfinę doustną na podskórną. Duszności były tak nasilone, że wymagały podawania tlenu. Udało się załatwić koncentrator tlenu, dzięki czemu chora mogła pozostać w domu, nie chciała jechać do hospicjum stacjonarnego. Właściwie z dnia na dzień stała się osobą leżącą. Opieka była utrudniona z uwagi na brak możliwości wstawienia łóżka rehabilitacyjnego. Ciężko było zmienić pozycję ułożeniową, wykonać toaletę. Z uwagi na możliwość wystąpienia odleżyn i moczenie chorej założono materac zmiennociśnieniowy i cewnik Foleya do pęcherza moczowego celem higieny i kontroli diurezy. Mimo braku łóżka, które byłoby dużym udogodnieniem, rodzina świetnie dawała sobie radę z opieką. Wiedzieli, że stan ogólny jest poważny, ale bali się śmierci, nie wiedzieli czy temu sprostają. Długo rozmawiano z rodziną o śmierci, oznakach umierania, a także o tym, co będzie potem, co najpierw załatwić. Chora była spokojna, oddychała spokojnie, ale to pewnie zasługa tlenoterapii. Rodzina pogodziła się ze śmiercią babci, czuwali w dzień i w nocy, bali się, że będzie umierała sama.

Zmarła dnia następnego, w otoczeniu wspariałej rodziny, osób, które kochała nade wszystko. Żyła od rozpoznania dwa miesiące, do końca swych dni paliła papierosy.

Omówienie opisanych przypadków

Na podstawie przedstawionych przypadków można wnioskować, że pielęgniарce udało się rozwiązywać problemy pacjenta i jego rodziny według podstawowych zasad indywidualizacji procesu pielęgnowania. Każdy chory przejawiał inne problemy pielęgnacyjne, wymagał innej opieki. Z charakterystyki przypadków wynika, że chorzy nie do końca byli świadomi swej choroby. W dwóch z opisanych przypadków na podstawie przeprowadzonych obserwacji i rozmów autor pracy stwierdził, że chorzy na prośbę rodziny nie zostali poinformowani o rozpoznaniu choroby nowotworowej płuca. W jednym z opisanych przypadków rodzina zdecydowała, że chory ma prawo wiedzieć, na co choruje. Złamano tu podstawowe prawo pacjenta do rzetelnej informacji o swoim stanie zdrowia. Lekarz prowadzący nie może ulegać rodzinie i traktować pacjenta jak ubezwłasnowolnionego, co dodatkowo utrudnia komunikację w relacji pacjent–pielęgniarka–rodzina.

We wszystkich opisanych przypadkach duży problem stanowiła pielęgnacja obłożnie chorego w warunkach domowych. Wnikliwa edukacja rodzin z zakresu pielęgnowania przyniosła pozytywne efekty. Rodziny chorych umiały sprostać wymaganiom postawionym przez pielęgniarkę i chorego.

Pomimo ciężkiego stanu chorych, duszności, bólu żaden z chorych nie chciał być objęty opieką stacjonarną. Wszystkich łączył jeden fakt, umarli w domu, objęci fachową opieką medyczną, w otoczeniu osób, które kochali nad życie – rodziny. W każdym z opisanych przypadków rodziny nie były przygotowane do tego, że ich bliska osoba wkrótce odejdzie. Długie rozmowy pielęgniarki z rodzinami zaowocowały tym, że byli oni w stanie stawić czoła problemowi, przyjąć z pokorą to, co ich spotkało. Z opisanych przypadków i z obserwacji wynika, że nikt nigdy nie będzie dostatecznie przygotowany i pogodzony z tym, że ich bliska osoba odchodzi. Pacjenci byli zadowoleni z opieki domowej z uwagi na całodobową dostępność pielęgniarki, możliwość przebywania z rodziną oraz dostępność środków przynoszących ulgę w cierpieniu, takich jak materac przeciwodleżynowy, kondensator tlenu.

Wnioski

1. Brak świadomości chorych na temat swojej choroby stanowi poważny problem w sprawowaniu opieki nad chorym na raka płuca.
2. Głównym problemem w opiece nad chorym na raka płuca jest skuteczna walka z dusznościami i bólem.

3. Pielęgniarki pracujące w opiece hospicyjnej powinny przechodzić systematyczne szkolenie w zakresie komunikacji i umiejętności wsparcia rodziny w zakresie radzenia sobie ze śmiercią najbliższych osób.

Piśmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko K.: *Podstawy opieki paliatywnej*. Wyd. Lek. PZWL 2006, 60–64.
2. Jeziorski A.: *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek*. Wyd. Lek. PZWL 2005, 206, 208–210.
3. Książek J., Gaworska-Krzemińska A., Piotrkowska R., Terech S.: *Jakość życia chorych z rakiem płuca poddanych radioterapii oraz leczonych metodą chemioterapii*. W: (red.) Elżbieta Cipora, Anna Bednarek. Profilaktyka, epidemiologia i opieka w chorobach nowotworowych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, 2010.
4. Książek J.: *Jakość życia chorych na raka płuca na przykładzie hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Akademii Medycznej w Gdańsku*. [W:] (red.) K. Homenda, Człowiek i jego zdrowie w holistycznym modelu medycyny. [T.] 2, Wyd. Akademia Pomorska, Słupsk 2009.
5. Gibas A., Chwiwrot P., Rzyman W.: *Wyniki wycięcia płuca u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca*. *Kardiochir. Torakochir. Pol.*, 2009, 6, 2.
6. De Walden-Gałuszko K. Kartacz A. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej* Wyd. Lek. PZWL 2008, 25–28.
7. Gaworska A.: *Ocena związku pomiędzy satysfakcją zawodową, jakością usług pielęgniarskich, a jakością życia chorych w stanie terminalnym*. Rozprawa doktorska, Gdańsk 2002.

Janina Książek¹, Halina Leyk², Aleksandra Gaworska-Krzemińska³,
Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska⁴

Opinie pielęgniarek na temat metod pielęgnacji u osób z odleżynami w hospicjum

Wstęp

Jednym z trudniejszych problemów w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem objętym opieką hospicyjną są odleżyny. Tworzą one trudny problemem medyczny, ekonomiczny i powodują pogorszenie zdolności do samoopieki pacjenta w chorobie. Odleżyną (owrzodzenie odleżynowe) nazywamy uszkodzenie skóry i położonych pod nią tkanek spowodowane przez ucisk, ścinanie, tarcie i/lub kombinację tychże (definicja wg European Pressure Ulcer Advisory Panel). Nacisk, jaki wywierany jest przez podłoże na unieruchomione ciało chorego prowadzi do częściowego lub całkowitego zamknięcia naczyń krwionośnych znajdujących się w tkance podskórnej. Skutkiem tego jest niedożywienie i niedotlenienie tkanek doprowadzające do ich obumierania i rozwoju odleżyn [1, 2]. Dolegliwości związane z ranami odleżynowymi ograniczają zdolność pacjenta do samoopieki i w różnym stopniu ją pogarszają, dlatego ważnym aspektem jakości opieki pielęgniarskiej jest skuteczność działań. Wzrastający popyt na środki przeznaczone do miejscowego leczenia ran przewlekłych spowodowało pojawienie się na rynku medycznym dużej ilości nowych preparatów, które wspomagają proces gojenia. Nowoczesne środki opatrunkowe są łatwe w użyciu i ułatwiają pielęgnację osobom sprawującym opiekę nad pacjentem, poprawiając tym samym samopoczucie chorych z odleżynami [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. Występowanie odleżyn często jest efektem nieprawidłowego poziomu lub braku opieki medycznej. Przyczyną tych nieprawidłowości mogą być ograniczone możliwości placówki medycznej lub zespołu we wdrażaniu zalecanej profilaktyki i leczeniu ran odleżynowych. Ograniczenia te mogą dotyczyć: personelu (rozmieszczenia, liczby oraz czasu przeznaczonego dla każdego pacjenta), edukacji i systemu

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego GUMed

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego GUMed

³ Katedra Pielęgniarstwa GUMed

⁴ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego GUMed

szkoleń (poziomu wiedzy, dostępności materiałów edukacyjno-szkoleniowych, motywacji), organizacji pracy (stosowania algorytmów i standardów, systemu klasyfikacji pacjentów z grup ryzyka, tworzenie zespołów interdyscyplinarnych odpowiedzialnych za działania profilaktyczno-lecznicze) oraz wyposażenia placówki medycznej (sprzęt przeciwoleżynowy, opatrunki nowej generacji, pieluchomajtki).

Bardzo duże znaczenie w profilaktyce przeciwoleżynowej ma wiedza personelu pielęgniarskiego. Prawidłowo zaplanowany proces pielęgnowania pozwoli na podwyższoną skuteczność działań pielęgniarskich oraz na lepszą jakość opieki pielęgniarskiej [10, 11]. Skuteczne leczenie odleżyn jest niemożliwe bez korzystnej poprawy stanu ogólnego chorego oraz skutecznym leczeniem choroby podstawowej (w miarę możliwości). Czynnikiem ryzyka rozwoju odleżyn między innymi są zaburzenia odżywiania (niedobory witaminowe, białkowe oraz wodno-elektrolitowe). Ocena stanu odżywienia pacjenta z odleżynami jest punktem wyjścia do określenia indywidualnego planu pielęgnacji. Ocenie podlega: obecność tkanki podskórnej tłuszczowej, cechy świadczące o niedoborach żywienia (zajady w kącikach ust, łamliwość paznokci i włosów, łojotok owłosionej skóry głowy) oraz nawyki żywieniowe pacjenta. Ważnymi informacjami są również: apetyt pacjenta, utrudnione przyjmowanie posiłków i z jakiego powodu (zaburzeń żucia, połykania, próchnicy zębów, pleśniawek, nadżerek, stanów zapalnych, ropni), posiadanie protez zębowych, przyjmowanie urozmaiconych posiłków (świeże owoce, warzywa, ciepłe, gotowane posiłki), oraz nawadnianie pacjenta (jakość i ilość wypijanych dziennie płynów). W profilaktyce i leczeniu odleżyn zaleca się stosowanie diety bogatobiałkowej (duża ilość białka zwierzęcego), wielowitaminowej, lekkostrawnej dostosowanej do stanu i indywidualnych potrzeb pacjenta. Stosowanie diety ma na celu poprawę stanu ogólnego chorego, poprawę zdolności regeneracji tkanek, zapewnienie spożycia odpowiedniej ilości białka o wysokich wartościach odżywczych. Jeśli u chorych dochodzi do niewystarczającego spożycia posiłków, osoby opiekujące się muszą ustalić czynniki, które spowodowały ograniczenia w przyjmowaniu pokarmów. Muszą zaoferować swoją pomoc przy jedzeniu w razie wystąpienia takiej potrzeby. Kiedy spożywanie pokarmów jest nadal niedostateczne należy rozważyć karmienie przez sondę żołądkową, Peg lub karmienie pozajelitowe. Przy zasadności karmienia przez zgłębnik żołądkowy, Peg należy dietę dostosować do istniejącej sytuacji. Niekiedy dieta pacjenta zostaje wzbogacona poprzez stosowanie suplementacji mineralno-witaminowej pod postacią gotowych preparatów [3, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 11, 17, 18, 19, 20].

Cel pracy

Celem pracy jest analiza opinii pielęgniarek na temat metod leczenia odleżyn w hospicjum.

Material i metody

Materiał badań stanowi 49 pielęgniarek opiekujących się pacjentami w hospicjum. Terenem badań jest: Hospicjum Stacjonarne im. św. Wawrzyńca w Gdyni, Hospicjum Stacjonarne im. ks. Dudkiewicza w Gdańsku, Hospicjum Stacjonarne w Kościerzynie i Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywnej Domowej w Giżycku. W okresie od grudnia 2008 do maja 2009 w wyżej wymienionych placówkach poddano analizie opinie pielęgniarek. Pielęgniarki zostały poddane badaniom jednorazowo. Kwestionariusz ankiety składa się z 27 pytań: 4 pytania to metryczka (wiek, wykształcenie, staż pracy w zawodzie pielęgniarki); 2 pytania otwarte odnoszą się do sposobów leczenia odleżyn, a pozostałe poziomu wiedzy i posiadanych kwalifikacji z zakresu odleżyn przez pielęgniarki.

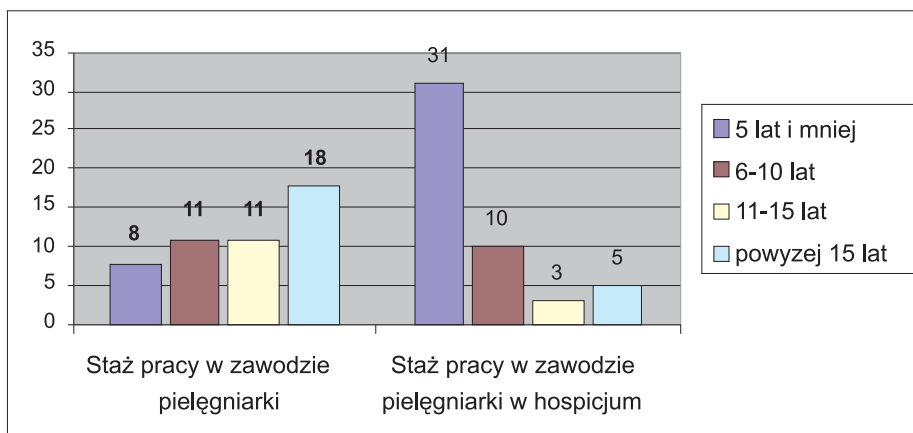
Do analizy zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystano współczynnik asocjacji oraz współczynnika kontyngencji. Przeanalizowano istnienie statystycznej istotności cech. W tym celu wykorzystano test Chi-kwadrat, Następnie zwerifikowano poprawność hipotez. Gdy prawdziwa okazywała się hipoteza alternatywna (H1) dodatkowo badano siłę istotności różnic za pomocą testów Q-Kendalla (do tabel asocjacji) oraz testów C-Pearsona (do tabel kontyngencji).

Wyniki badań i ich omówienie

Charakterystyka badanej grupy

W grupie 48 osób (100%) było 11 pielęgniarek (23%) w wieku do 30 lat. Najwięcej pielęgniarek – 22 osoby były w wieku 31–40 lat (46%), a w wieku powyżej 40 lat było 15 osób (31%). Pielęgniarki określiły swój staż pracy w zawodzie pielęgniarki oraz staż pracy w zawodzie pielęgniarki w hospicjum – Wykres 1.

Wykres 1. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki i staż pracy w zawodzie pielęgniarki w hospicjum



W zawodzie 8 (17%) pielęgniarek pracuje 5 lat i mniej. W grupie od 6 do 10 lat i 11–15 lat znajduje się po 11 pielęgniarek, (23% dla każdego przedziału wiekowego). Największą grupą 18-osobową (37%) są osoby ze stażem powyżej 15 lat. Wśród 49 pielęgniarek zapytanych o staż pracy w hospicjum 31 pielęgniarek (ponad 64%) pracuje 5 lat i mniej, 10 osób (20%) pracuje 6–10 lat, powyżej 15 lat pracuje zaledwie 5 osób (10%), 3 pielęgniarki pracują 11–15 lat. Kolejne pytanie, na które odpowiadały respondentki dotyczyło wykształcenia pielęgniarek. Wykształcenie średnie medyczne posiada 35 pielęgniarek (72%), 7 osób (14%) posiada wykształcenie wyższe pielęgniarstwo, 6 osób (12%) wykształcenie wyższe inne. Deklarowane przygotowanie zawodowe do pracy z pacjentem hospicyjnym jest zróżnicowane, świadczą o tym odpowiedzi pielęgniarek zamieszczone w Tabeli 1.

Tabela 1. Samoocena przygotowania zawodowego do pracy z pacjentem hospicyjnym

Samoocena przygotowania zawodowego do pracy z pacjentem w hospicjum	N	%
Bardzo wysokie	2	4
Dobre	28	57
Wystarczające	18	37
Niskie	1	2
Razem	49	100

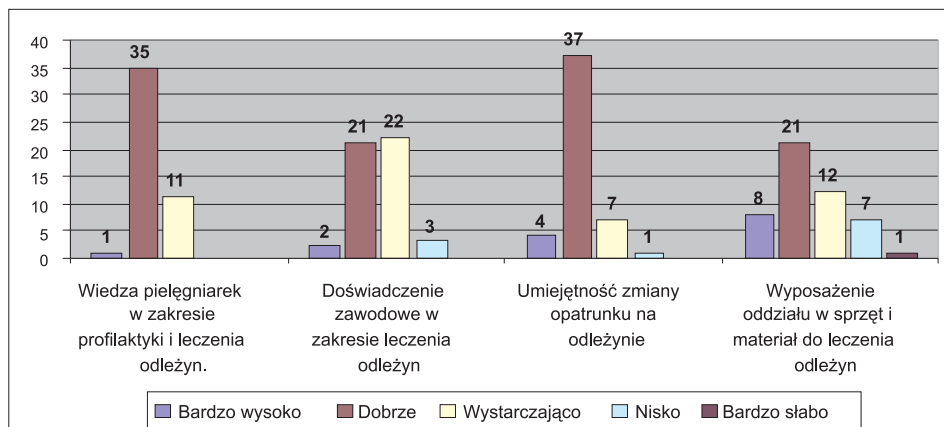
Najwięcej, bo aż 28 pielęgniarek (57%) uważa, że posiada dobre przygotowanie zawodowe do pracy z pacjentem hospicyjnym. 18 pielęgniarek określa je jako wystarczające, 2 pielęgniarki formułują je jako bardzo wysokie.

Kwalifikacje zawodowe z zakresu medycyny paliatywnej, profilaktyki i leczenia odleżyn są różne. Kurs podstawowy z opieki paliatywnej posiada 25 pielęgniarek (51%), kurs specjalistyczny 10 osób (20%), szkolenie specjalistyczne posiadają zaledwie 2 osoby (4%), żadnego kursu nie posiada aż 11 pielęgniarek (23%). Kwalifikacje zawodowe pielęgniarek z zakresu profilaktyki i leczenia ran kształtują się następująco: 25 pielęgniarek (52%) posiada podstawowy kurs leczenia ran, kurs specjalistyczny posiadają 2 osoby (4%), a 20 pielęgniarek (42%) nie posiada żadnego kursu.

Deklarowaną wiedzę, doświadczenie, umiejętności i wyposażenie oddziału obrazuje Wykres 2.

Wiedza pielęgniarek na temat profilaktyki i leczenia odleżyn jest zbliżona – 35 osób (71%) swoją wiedzę oceniło jako dobrą, bardzo wysoko wiedzę oceniła 1 (2%) pielęgniarka. Wystarczające wiadomości deklaruje 13 osób (27%). Swoje doświadczenie zawodowe w zakresie leczenia odleżyn, jako wystarczające, oceniają 22 osoby (46%), 21 pielęgniarek (44%) ocenia je jako dobre, bardzo

Wykres 2. Deklarowana wiedza, doświadczenie, umiejętności pielęgniarek w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn, oraz wyposażenie oddziału w sprzęt i materiał do leczenia odleżyn



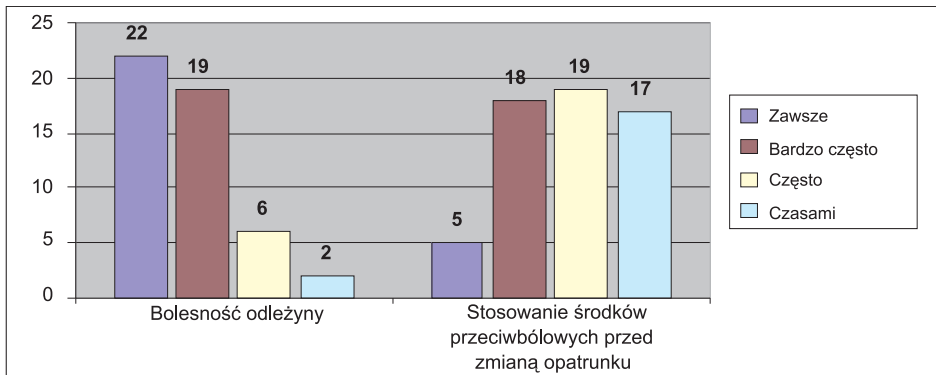
wysokie 2 osoby (4%), niskie 3 respondentki (6%). Swoje umiejętności zmiany opatrunku na odleżynie jako dobre ocenia najczęściej pielęgniarek – 37 (76%), 4 osoby bardzo wysoko, wystarczająco 7 pielęgniarek, nisko 1 respondentka. Wyposażenie oddziału w niezbędny sprzęt i materiał do leczenia odleżyn respondentki oceniają następująco: bardzo wysoko 8 osób (16%), niecała połowa 21 pielęgniarek (43%) dobrze, wystarczająco 12 (25%), nisko 7 (14%), bardzo słabo 1 osoba (2%).

Dalsze dwa pytania w ankiecie są pytaniami otwartymi. Pielęgniarki miały wymienić: w pierwszym pytaniu znane tradycyjne metody leczenia, zaś w drugim znane nowoczesne opatrunki służące do leczenia odleżyn. Przeprowadzona analiza ankiet wykazała, iż pytania te okazały się trudne w udzieleniu odpowiedzi. Wiadomości ankietowanych są bardzo zróżnicowane, ponad połowa ankietowanych nie potrafi w prawidłowy sposób wymienić tradycyjnych i nowoczesnych metod leczenia, udzielone informacje są niepełne, niepoprawne. Występują znaczne pomyłki w metodach leczniczych, często świadczące o braku wiedzy na ten temat. Pośród 49 ankiet wypełnionych przez pielęgniarki zajmujące się leczeniem odleżyn w hospicjum nieco ponad 1/3 jest tylko wypełniona prawidłowo.

Edukacja pacjenta w zakresie profilaktyki odleżyn i uwzględnienie leczenia istniejących już odleżyn jest ważnym zadaniem dla pielęgniarki. Edukację pacjenta w zakresie profilaktyki odleżyn zawsze prowadzi 11 pielęgniarek (23%), bardzo często 10 (20%) respondentek, często 16 osób (33%), czasami 11 (22%) pielęgniarek. Zanaczenie prowadzenia rozmów z pacjentami odnośnie aspektów leczniczych istniejących odleżyn i pojawiających się nowych w pracy pielęgniarki, respondentki uznają iż: zawsze 16 (33%), bardzo często 9 (18%), często 18 (37%), czasami 6 (12%).

Opinie pielęgniarek dotyczące bolesności odleżyny i stosowanie środków przeciwbólowych przed zmianą opatrunku są odmienne, przedstawia je Wykres 3.

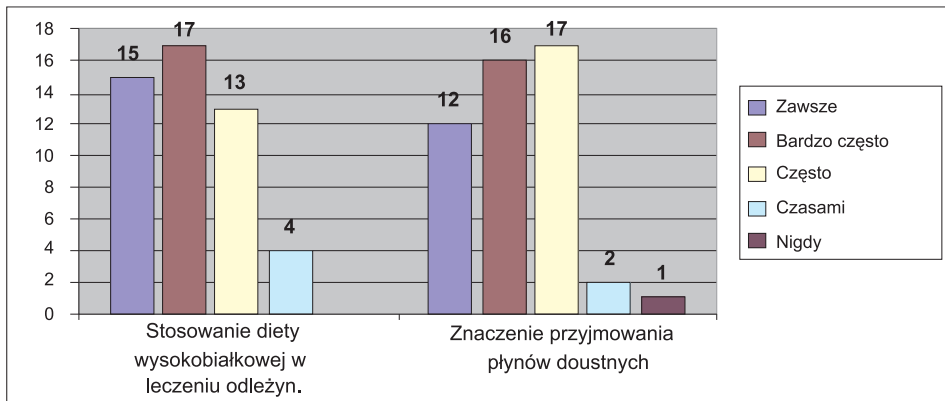
Wykres 3. Bolesność odleżyny. Stosowanie środków przeciwbólowych przed zmianą opatrunku



Najwięcej pielęgniarek – 22 (45%) uważa, iż istniejąca odleżyna zawsze boli. Jako uzasadnione stosowanie środków przeciwbólowych przed zmianą opatrunku pielęgniarki wypowiadają się, iż: zawsze 5 osób (10%), bardzo często 18 (37%), często 19 (39%), czasami 7 (14%).

Zagadnienie odżywiania i stosowania płynów doustnych w leczeniu odleżyn jest kolejnym pytaniem w ankiecie skierowanym do pielęgniarek. Charakterystykę odpowiedzi ankietowanych stanowi Wykres 4

Wykres 4. Stosowanie diety wysokobiałkowej w leczeniu odleżyn. Znaczenie przyjmowania płynów doustnych

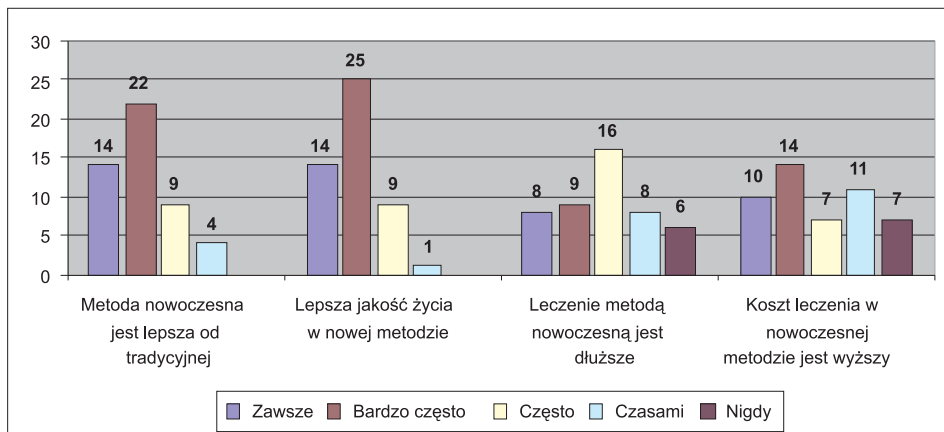


Za uzasadnione stosowanie diety wysokobiałkowej 4000 kalorii w leczeniu odleżyn pielęgniarki uważają, iż: zawsze 15 osób (31%), bardzo często 17 ankietowanych (35%), często 13 (26%), czasami 4 osoby (8%). Częste przyjmowanie płynów doustnych w leczeniu odleżyn ma znaczenie, tak uważa 17 (36%) badanych, bardzo często 16 (33%), zawsze 12 (25%), czasami 2 (4%).

Standard przeciwoodleżynowy jest ważnym narzędziem w pracy pielęgniarki. Posiadanie i stosowanie takiego standardu przez oddział zapobiega powstawaniu odleżyn. Znaczna część zapytanych, tj. 42 osoby (88%) zapewnia o posiadaniu przez oddział standardu w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn, 3 osoby (6%) nie wiedzą o posiadaniu takiego standardu, 3 osoby (6%) wypowiadają się o jego braku.

Badana grupa pielęgniarek wypowiedziała się na temat: jakości życia pacjentów uwarunkowanej metodą leczenia odleżyn, oceny kosztów leczenia odleżyn, czasu leczenia odleżyn. Wszystkie odpowiedzi na wyżej wymienione pytania przedstawia wykres 5.

Wykres 5. Metoda nowoczesna jest lepsza od tradycyjnej. Lepsza jakość życia przy nowej metodzie. Leczenie metoda nowoczesną jest dłuższe. Koszt leczenia w nowoczesnej metodzie jest wyższy



Leczenie odleżyn metodą nowoczesną, jako lepsze niż metodą tradycyjną, respondentki oceniły następująco: bardzo często – tak uważają 22 pielęgniarki (45%), zawsze 14 (29%), często 9 (18%), czasami 4 (8%). Na temat lepszej jakości życia pacjentów leczonych nowoczesną metodą niż leczonych metodą tradycyjną pielęgniarki wypowiedziały się: bardzo często 25 osób (51%), zawsze 14 (29%), często 9 (18%), czasami 1 (2%). 16 pielęgniarek (34%) uważa, że czas leczenia odleżyn metodą nowoczesną często jest dłuższy niż metodą tradycyjną. Pozostałe pielęgniarki sądzą, że: bardzo często 9 osób (19%), zawsze 8 (17%), czasami 8 (17%), nigdy 6 (13%). Ankietowane snują przypuszczenia, iż wyższe

są koszty leczenia odleżyn metodą nowoczesnych opatrunków niż metodą tradycyjną: bardzo często – tak uważa 14 osób (29%), zawsze 10 (20%), często 7 (14%), czasami 11 (23%), nigdy 7 (14%).

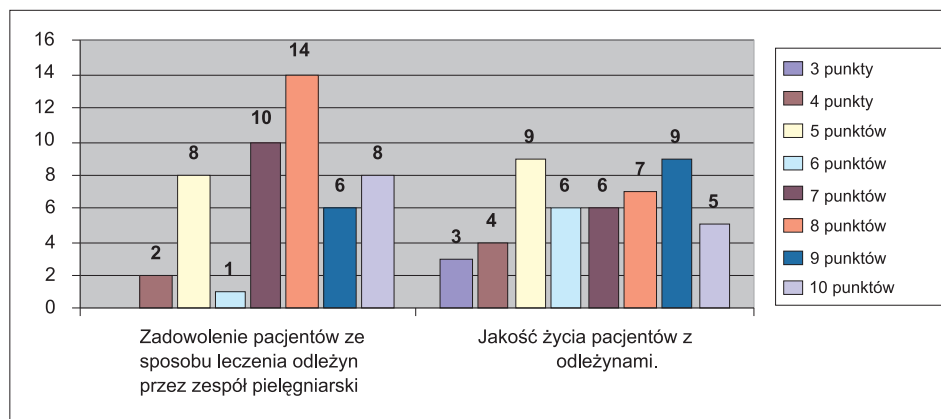
Pielęgniarki w swojej pracy stosują różne metody leczenia odleżyn. Metody nowoczesne, tradycyjne oraz mieszane. Odpowiedzi pielęgniarek – Tabela 2.

Tabela 2. Metody leczenia odleżyn przez pielęgniarki

Metody leczenia	N	%
Metoda nowoczesnych opatrunków	15	31
W zależności od możliwości i konieczności leczenia	34	69
Razem	49	100

34 pielęgniarki (69%) stosują różne metody leczenia odleżyn, w zależności od możliwości i konieczności, 15 respondentek pracuje metodą nowoczesnych opatrunków. Zadowolenie pacjentów ze sposobu leczenia odleżyn przez zespół pielęgniarski przedstawia się następująco: najczęściej pielęgniarek 14 (29%) oceniło je na 8 punktów, 7 punktów 10 osób (21%). Pozostałe odpowiedzi są zróżnicowane – Wykres 6.

Wykres 6. Zadowolenie pacjentów ze sposobu leczenia odleżyn przez zespół pielęgniarski. Jakość życia pacjentów z odleżynami



Dyskusja

Powszechnie uważa się, iż najlepszym miejscem pobytu chorego w terminalnym stadium choroby jest jego własny dom [21]. Odleżyny są poważną problematyką w opiece nad pacjentem zarówno w opiece domowej, jako i szpitalnej.

Ze względu na częstość występowania są istotnym problemem pielęgnacyjnym, ekonomicznym, groźnych powikłań, źródłem stresu, cierpienia, zdecydowanie obniżają jakość życia i jakość świadczonej opieki. Gajda publikując swoje wyniki badań reprezentuje pogląd, iż pielęgnacja ma ewidentny wpływ na rozpoznanie, powstawanie oraz gojenie się odleżyn. Wnioskuje za wzmocnieniem nacisku na profilaktykę przeciwoodleżynową oraz czujność i sumienność personelu opiekującego się obłożnie chorymi pacjentami [22]. W powyższej pracy badania wskazują, że pielęgniarki posiadają wysokie kwalifikacje i są przygotowane do sprawowania opieki u osób z odleżynami w hospicjum. Kontrola takich dolegliwości, jak ból odleżyny, ból podczas zmiany opatrunku, stosowanie środków przeciwbólowych przy zmianie opatrunku w sposób decydujący wpływają na jakość życia pacjentów z odleżynami i wymagają fachowości i wnikliwej obserwacji ze strony personelu pielęgniarskiego. Szewczyk w przeprowadzonych badaniach dowodzi, iż stosowanie opatrunków wysychających prowadzi do przylepiania się opatrunku do rany uszkadzając ją przy każdorazowej zmianie, następstwem tego są przykre dolegliwości dla pacjenta. Korzystanie z opatrunków wilgotnych w leczeniu odleżyn powoduje przyspieszenie procesów gojenia oraz zmniejszanie się powierzchni rany [23]. Pomimo dużej wiedzy i dostępnej nowoczesnej literatury, nadal często stosuje się niewłaściwe metody leczenia odleżyn. Ankietowane pielęgniarki posiadają odpowiednie przygotowanie, a jednak snują przypuszczenia, iż wyższe są koszty leczenia odleżyn metodą nowoczesnych opatrunków niż metodą tradycyjną. Insynuacja tych przypuszczeń spowodowana jest trudnym do dokładnego policzenia kosztów leczenia oraz faktem, iż cena większości opatrunków nowej generacji jest wysoka i w małym stopniu refundowana, co stanowi znaczne ograniczenie w ich stosowaniu.

Wnioski

1. Pielęgniarki posiadają wysokie kwalifikacje w zakresie pielęgnacji osób z odleżynami w hospicjum.
2. Deklarowana wiedza, doświadczenie zawodowe i umiejętności pielęgniarek w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn nie są w pełni wykorzystywane z powodu słabego wyposażenia oddziałów w sprzęt i materiały do leczenia odleżyn.

Piśmiennictwo

1. Budynek M, Nowacki C.: *Opatrywanie ran, wiedza i umiejętności*. Wydawnictwo Makmed Lublin 2008; 12–16, 31–33.
2. Real – Biuro Profilaktyki odleżyn. Olsztyn Biuletyn 4; 2004: 1: 1.
3. Kózka M.: *Odleżyny – występowanie, profilaktyka i leczenie*. Rehabilitacja Medyczna T 8 2004: 4: 29–38.

4. Andruszkiewicz A.: *Profilaktyka powikłań u pacjentów długotrwale unieruchomionych*. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. *Podstawy pielęgniarstwa T II*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004: 361–379.
5. Humańska M.: *Pielęgnacja i leczenie odleżyn*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2004; 6: 33–34.
6. Rauer K., Juszczak P., Nowakowska E., Kus K., Menelska J.: *Patogeneza, pielęgnacja i leczenie odleżyn*. *Zakażenia* 2008; 5: 91–95.
7. Kruk-Kupiec G.: *Odleżyny – odwieczny problem*. *Służba Zdrowia* 2002: 10/11; 22–25.
8. Szewczyk T. M., Cwajda J., Jawień A., Banaszekiewicz Z., Cierznikowska K., Stodolska A.: *Problem kliniczny i pielęgnacyjny leczenia ran przewlekłych*. *Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej* 2004; (9) 2: 145–151.
9. Górajek-Jóźwik J., Ciechanowicz W.: *Zasady postępowania pielęgniarskiego w wybranych stanach klinicznych (cz. I)*. Wydawnictwo Ovo Warszawa 1999: 159–177.
10. Kłos E., Kurowska K.: *Gdy istnieje ryzyko odleżyn*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2008; 5: 20–21.
11. Szewczyk T. M., Cwajda J., Cierznikowska K.: *Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleżynowych*. *Wiadomości Lekarskie* 2006; LIX: 11–12: 842–847.
12. Szałkiewicz E.: *Odleżyny*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2002; 11: 30–31.
13. Rosińczuk-Tonderys J., Uchamowicz I., Arendarczyk M.: *Profilaktyka i leczenie odleżyn*. Wydawnictwo Continuo Wrocław 2005.
14. Watson M., Lucas C., Hoy A., Back I.: *Opieka paliatywna*. Wydawnictwo Urban & Partner. Wrocław 2007; XXVI–XXXII.
15. Kruk-Kupiec G.: *Odleżyny. Poradnik dla pielęgniarek i położnych*. Zakład Poligraficzno – Wydawniczy Piekary Śląskie 1999.
16. Jantóń L.: *Pacjent z odleżynami w środowisku domowym (cz. I). Zadanie dla pielęgniarki i rodziny*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005; 5: 22.
17. Real – Biuro Profilaktyki odleżyn. *Olsztyn Biuletyn* 2004 (2): 5; 2–15.
18. Budkiewicz S.: *Dieta w zapobieganiu i leczeniu odleżyn*. *Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych* Wydanie Specjalne 2005; 19–24.
19. Jantóń L.: *Pacjent z odleżynami w środowisku domowym cz. II. Zadanie dla pielęgniarki i rodziny*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005; 6: 18–20.
20. Sierżantowicz R., Łagoda K., Sawicka J.: *Rola Żywnienia w leczeniu odleżyn. Tych składników nie może zabraknąć*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2004; 7–8: 35–36.
21. Trzebiatowska I., De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: *Satysfakcja z opieki paliatywnej pacjentów i ich rodzin jako element jakości opieki*. *Psychoonkologia* 2000; 6: 33–38.
22. Gajda T., Kuk E., Gaździk T.: *Zintegrowany system opieki nad chorymi z odleżynami*. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* Vol. 7 2005; 1: 72–78.

Angelika Gonzalez¹

Wentylacja mechaniczna pacjenta w warunkach domowej opieki paliatywnej, metody, zagrożenia, problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze

1. Wstęp. Wentylacja mechaniczna – informacje ogólne

Pod ogólnym pojęciem wentylacji mechanicznej ukrywa się proces leczenia niewydolności oddechowej indukowanej różnymi czynnikami. Proces ten polega na wymuszaniu przepływu powietrza (czy też innej mieszaniny gazów) w drogach oddechowych.

W celu prowadzenia wentylacji mechanicznej przez dłuższy okres – do dróg oddechowych wprowadzana jest rurka intubacyjna lub tracheostomijna (metodę tę stosuje się głównie w warunkach klinicznych, w ostrej fazie wielu schorzeń i urazów, zwykle w oddziałach intensywnej terapii), dzięki niej poprzez zaprogramowany respirator przeprowadzana jest wentylacja płuc (zastępuje on czynność oddechową chorego).

Podstawowym zadaniem wentylacji mechanicznej jest poprawa wymiany gazowej w płucach, w stanach, w których wysiłek oddechowy chorego jest niewystarczający do jej zapewnienia.

Przez wentylację mechaniczną rozumie się całkowite lub częściowe przejęcie pracy oddychania przez respirator. Respirator jest urządzeniem wywołującym lub zwiększającym ruch gazów do płuc, co ułatwia wychwytywanie tlenu i wydalanie dwutlenku węgla. Spełnia on funkcję dodatkowych mięśni oddechowych.

Wentylacja mechaniczna pozwala również na zmniejszenie przewlekłego zmęczenia towarzyszącego chorobie, poprawia komfort życia chorych. W wielu przypadkach pozwala na przeniesienie chorych ze szpitala do domu i spędzenie ostatnich miesięcy, a czasem nawet lat życia w otoczeniu najbliższych. Ważny jest także aspekt finansowy, gdyż leczenie w domu jest zdecydowanie tańsze niż w szpitalu [1, 2].

¹ Kierunek Pielęgniarstwo I rok Dzielne Uzupełniające Studia Magisterskie, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki

Choroby nerwów i mięśni są głównym wskazaniem do zastosowania wentylacji mechanicznej u chorych. Schorzenia te, jak i różnego pochodzenia deformacje żeber i kręgosłupa znacznie ograniczają wydolność oddechową. Przykładami takich chorób są:

- dystrofia mięśniowa Duchenne'a i Beckera,
- stwardnienie boczne zanikowe (SLA),
- rdzeniowy zanik mięśni (SMA),
- kifoskoliozy i inne deformacje klatki piersiowej,
- miopatie,
- i inne.

Istnieje wiele typów niewydolności oddechowej, ale każdy z nich ma podobny patomechanizm, w którym dochodzi do nużliwości mięśni oddechowych i narastających objawów hipowentylacji pęcherzyków płucnych. W takim stanie chory ma osłabiony odruch kaszlowy, co skutkuje zwiększoną podatnością na infekcje.

W trakcie domowej wentylacji mechanicznej chory musi być pod stałą opieką członków rodziny. Rodzaj wentylacji (inwazyjna bądź nieinwazyjna), choroba podstawowa i poziom samodzielności oddechowej chorego wpływa na stopień i zakres opieki nad nim. W razie potrzeby uzyskują oni jednak pomoc specjalistyczną od pielęgniarki, lekarza czy rehabilitanta.

Hospitalizacja na oddziale intensywnej terapii daje możliwość stałego specjalistycznego nadzoru nad pacjentem, dlatego w środowisku domowym – częściej wybieranym przez pacjentów – należy zapewnić dla rodziny i chorego bezpieczne warunki opieki i procesu zdrowienia [2].

Istnieje wiele ośrodków wentylacji domowej, pomagających chorym i ich rodzinom, na przykład:

- Ośrodek Wentylacji Domowej, NZOZ Medycyna Specjalistyczna, Bydgoszcz, ul. Łochowska 69,
- Wielkopolska Agencja Medyczna – Help, Poznań, ul. Dziewińska 6,
- Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej, „Hospicjum Domowe”, Poznań, ul. Bednarska 4.

2. Metody przeprowadzania wentylacji mechanicznej oraz zagrożenia mogące zaistnieć w trakcie jej przeprowadzania w warunkach domowych

Wentylacja mechaniczna polega na okresowym stosowaniu respiratora, który wspomaga lub zastępuje własny niewydolny oddech pacjenta:

- poprzez maskę nosową – wentylacja nieinwazyjna,
- poprzez rurkę tracheotomijną/intubacyjną – wentylacja inwazyjna.

Dzięki programowi wentylacji domowej chorzy wentylowani inwazyjnie (są to najczęściej chorzy, którzy w przebiegu choroby podstawowej przebywają cały czas na oddziale intensywnej terapii) mają szansę być przeniesieni do domu,

w warunki zapewniające nieporównywalnie większy komfort życia choremu i jego rodzinie.

Wentylacja inwazyjna jest sposobem wspomagania lub zastępowania oddechu własnego w przypadku chorych nie podejmujących własnego oddechu lub wymagających ciągłego wspomagania wentylacji. Prowadzi się ją najczęściej przez tracheotomię (wytworzoną sztuczną drogę oddechową).

Powikłania związane z tracheostomią można podzielić na **wczesne**, w tym takie jak:

- odma,
- krwawienie,
- nieprawidłowe umiejscowienie rurki tracheostomijnej,

oraz **późne** w tym, takie jak:

- zatkanie rurki wydzieliną,
- ziarnina wewnątrz tchawicy lub wokół otworu stomii,
- zwężenie tchawicy,
- krwawienie i infekcje,
- przetoki tchawiczo-przełykowa i tchawiczo-tętnicza [1, 3].

Wentylacja nieinwazyjna natomiast jest najczęściej stosowana w warunkach domowych, tutaj rury respiratora podłączane są bezpośrednio do masek twarzowych mocowanych paskami.

Wentylacja mechaniczna w domu, zwłaszcza w formie nieinwazyjnej, pozwala na zmniejszenie zmęczenia mięśni oddechowych, poprawę skuteczności wentylacji, poprawę komfortu życia chorych, a w wielu przypadkach umożliwia przeniesienie opieki nad chorym przewlekłym ze szpitala do przyjaznego, domowego otoczenia.

Jej skuteczność wynika ze zdolności do zmniejszania zmęczenia mięśni oddechowych, nieodłącznie związanego z przewlekłą niewydolnością oddechową, wywołanego długotrwałym, zwiększonym wysiłkiem oddechowym, wynikającym ze zmniejszonej podatności płuc czy zwiększonych oporów w drogach oddechowych [1, 3].

Technika wentylacji nieinwazyjnej w warunkach domowych polega na stosowaniu „sesji” wentylacji mechanicznej, przedzielonych okresami wentylacji własnej chorego. Czas wentylacji wspomaganiej w jednej sesji powinien wynosić minimum 60–90 minut. Jest to czas wystarczający do odpoczynku i regeneracji mięśni oddechowych.

W praktyce, w stanach mniej zaawansowanych, chorzy wentylowani są w domu przez kilka godzin, najczęściej w nocy. W miarę postępu choroby czas wentylacji wydłuża się.

W każdym jednak przypadku, w czasie, kiedy chory nie jest wentylowany, mięśnie oddechowe kurczą się w sposób bardziej efektywny. Następuje poprawa jakości snu zwłaszcza, kiedy wspomaganie oddychania prowadzone jest w nocy. Poprawiają się parametry wentylacyjne, skuteczniejszy kaszel pozwala na efek-

tywniejszą eliminację wydzieliny z dróg oddechowych. Rzadsze są dzięki temu powikłania infekcyjne, a jeśli mimo wszystko wystąpią, to krótsze są okresy leczenia i hospitalizacji [1, 3, 4].

Jedną z najważniejszych zalet wentylacji nieinwazyjnej jest zmniejszenie lub nawet likwidacja przewlekłego zmęczenia i możliwość, w godzinach pomiędzy okresami wentylacji, powrotu do pełniejszej lub nawet normalnej aktywności życiowej.

Należy również wspomnieć o przeciwwskazaniach do stosowania nieinwazyjnej metody wentylacji, czyli: brak odruchów obronnych (śpiączka, masywny zespół opuszkowy), zaburzenia połykania, nieefektywny odruch kaszlowy, wentylacja 24 godz./dobę, czy brak współpracy pacjenta z personelem, czy członkami rodziny.

Powikłaniami wentylacji nieinwazyjnej w warunkach domowych mogą być powikłania skórne – wynikające z ucisku maski, szczególnie na grzbiet nosa, zaczerwienienie, obrzęk, otarcia naskórka, martwica skóry. Zapobiec można im stosując nawet niewielkie zmiany, nie wymagające zaprzestania wentylacji, czyli: dobór maski najlepiej dopasowanej (maksymalna szczelność, minimalny ucisk, zmiana typów masek, twarzowe, nosowe, różne modele, zapobiegania odleżynom), zakładanie opatrunków (hydrożele) – w przypadku uszkodzenia skóry.

Powikłania mogą również pojawić się ze strony układu pokarmowego, m.in.: rozdęcie żołądka, ból, nudności, wymioty. Złagodzenie dolegliwości następuje po założeniu sondy żołądkowej odbarczającej.

Dość szczególnym powikłaniem jest barotrauma (ze strony układu oddechowego), choć występuje rzadko – wysokie ciśnienie powoduje zwiększenie przecieku pod maską, jak również hipowentylacja – zbyt szybkie zmniejszenie PaCO₂. Zapewnienie bezpieczeństwa daje staranne monitorowanie oddychania i obserwacja chorego.

Kolejnymi powikłaniami są powikłania hemodynamiczne – spadki ciśnienia tętniczego w trakcie wentylacji nieinwazyjnej, występują jednak znacznie rzadziej niż podczas wentylacji inwazyjnej.

Innymi zagrożeniami wynikającymi z prowadzenia wentylacji nieinwazyjnej są:

- uczucie duszności,
- dyskomfort,
- klaustrofobia,
- zapalenia spojówek,
- zapalenia zatok,
- bóle zębów [1, 3].

Metoda wentylacji nieinwazyjnej jest częściej i chętniej wybierana z tego powodu, iż wentylacja inwazyjna pociąga za sobą wiele skutków ubocznych, dolegliwości i powikłań związanych z wytworzoną sztuczną drogą oddechową.

Tabela 1. Porównanie wentylacji mechanicznej inwazyjnej i nieinwazyjnej

Wentylacja	Inwazyjna	Nieinwazyjna
Skuteczność utlenowania krwi tętniczej	+++	+
Ryzyko infekcji	+++	+/-
Wygoda dla chorego	--	+/-
Potrzeba sedacji	+	+/-
Kontakt z otoczeniem	--	+

Zródło: Szkulmowski Z. Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004, 3, 1, 221–225.

Czynniki, które powodują odstąpienie od wentylacji inwazyjnej to między innymi: utrudniony kontakt pacjenta z otoczeniem, niemożność spożywania posiłków, jak również konieczność sedacji. Często także współtowarzyszy obciążenie psychiczne chorego, jak i rodziny, związane ze stosowaniem owej wentylacji mechanicznej [1].

3. Problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze, cele i działania pielęgniarские

W pracy pielęgniarki można natrafić na różnego pochodzenia problemy związane z pielęgnacją chorego. Problem pielęgnacyjny to aktualna dolegliwość chorego, która utrudnia życie codzienne, normalne funkcjonowanie. Pielęgniarka przypisuje indywidualnie do pacjenta plan działania, planuje jego rozwiązanie i interwencje wykonywane w celu polepszenia bytu pacjenta.

I) Problem pielęgnacyjny: Duszność spowodowana ograniczeniem drożności dróg oddechowych i zaburzeniami wentylacji płuc.

Cel:

- zmniejszenie nasilenia duszności,
- poprawa wydolności psychofizycznej pacjenta.

Interwencje pielęgniarские:

1. Ocena i dokumentowanie stopnia nasilenia duszności i jej charakteru.
2. Tworzenie korzystnych warunków mikroklimatu w pokoju chorego (temperatura 18–20 st. C, wilgotność 60–70%, dostęp do świeżego powietrza wolnego od czynników drażniących, duszących).
3. Zapobieganie sytuacjom nadmiernego ruchu powietrza.
4. W przypadku nasilenia duszności podanie choremu tlenu zgodnie z obowiązującymi zasadami.
5. Pomoc pacjentowi w czynnościach samoobsługowych i zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych.
6. Uczenie chorego i mobilizowanie go do wykonywania ćwiczeń oddechowych, poprawiających wentylację płuc.

7. W okresie leczenia spoczynkowego w łóżku pomaganie choremu w utrzymaniu najkorzystniejszej, poprawiającej efektywność oddychania pozycji ciała.
8. Pomoc choremu w zapewnieniu drożności dróg oddechowych, odsysanie.
9. Towarzystwo choremu i wsparcie psychiczne podczas nasilania duszności.
10. Edukacja pacjenta w zakresie stosowania leków drogą wziewną.

II) Problem pielęgnacyjny: Niefektywne oczyszczanie drzewa oskrzelowego z wydzieliny z powodu sztucznej wentylacji.

Cel:

- zapewnienie drożności drzewa oskrzelowego,
- mechaniczne usunięcie zalegającej wydzieliny,
- utrzymanie lub poprawa czynności płuc,
- zapobieganie infekcji dróg oddechowych i niedodmie.

Interwencje pielęgniarские:

1. Ocena drożności dróg oddechowych chorego przez osłuchiwanie szczytów i podstawy płuc.
2. Obserwowanie funkcjonowania respiratora – alarmu wzrostu ciśnienia w drogach oddechowych (sygnalizacja świetlna i dźwiękowa).
3. Pomiar parametrów życiowych chorego, temperatury, saturacji oraz pomiar końcowo-wydechowego stężenia dwutlenku węgla.
4. Regularne oznaczanie gazometrii.
5. Wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych (drenaż złożeniowy, rozprężanie płuc, oklepywanie).
6. Wykonywanie toalety drzewa oskrzelowego zgodnie z techniką i zasadami (częstość ustalamy indywidualnie dla każdego chorego).
7. Odessanie wydzieliny wykonujemy w systemie zamkniętym lub otwartym.
8. Nawilżanie i ogrzewanie mieszaniny oddechowej (mieszaninę ogrzewamy do temperatury 32 st. C i nawilżamy, uzyskując 80% wilgotności względnej, stosując opcje nawilżacza w respiratorze lub tzw. sztuczne nosy).
9. Regularna zmiana pozycji ciała chorego co 2 godziny.
10. Asystowanie przy usuwaniu wydzieliny z zastosowaniem laryngoskopu lub bronchofiberoskopu.
11. Zapisywanie w indywidualnej dokumentacji chorego podejmowanych interwencji i ich wyników.

III) Problem pielęgnacyjny: Skłonność do zakażeń spowodowana wpływem wentylacji mechanicznej na drogi oddechowe, a także obniżeniem odporności organizmu.

Cel:

- zmniejszenie ryzyka zakażenia.

Interwencje pielęgniarские:

1. Monitorowanie stanu pacjenta ukierunkowane na wczesne rozpoznanie objawów zakażenia (pomiar i ocena temperatury ciała, ogólne samopoczucie, objawy infekcji dróg oddechowych i moczowych, stan skóry i błon śluzowych, stan wkluc obwodowych, wymioty, biegunka).
2. Przygotowanie pacjenta (jego rodziny) do samoobserwacji w kierunku objawów wynikających z pogorszenia się stanu zdrowia (powikłań).
3. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, jak również leczniczych i diagnostycznych.
4. Eliminacja dodatkowych źródeł zakażenia (np. osoby chore zakaźnie).
5. Przekazanie informacji choremu o konieczności utrzymywania przez chorego higieny osobistej z ograniczeniem ryzyka zranień, uszkodzeń tkanki podczas: golenia, pielęgnacji paznokci, mycia zębów, czyszczenia nosa, uszu, czynności higienicznych intymnych części ciała.
6. Kontrola utrzymywania przez chorego prawidłowej diurezy poprzez wypijanie odpowiedniej ilości płynów.
7. W celu poprawy kondycji i odporności zalecenie choremu w miarę możliwości, w zależności od wydolności aktywności fizycznej (spacery, przebywanie na świeżym powietrzu), odpoczynku nocnego i w ciągu dnia, eliminacji negatywnych bodźców psychicznych, odpowiedniej diety.
8. Zapobieganie u chorego powikłaniom, takim jak: odleżyny (postępowanie zgodnie ze standardem), zapalenie płuc poprzez stosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych.

IV) Problem pielęgnacyjny: Nudności i wymioty spowodowane prowadzeniem wentylacji mechanicznej nieinwazyjnej.

Cel:

- zmniejszenie nasilenia dolegliwości.

Interwencje pielęgniarские:

1. Ocena występowania dolegliwości oraz czynników powodujących nasilenie objawów (zapachy, ilość, rodzaj i smak potraw, pozycja ciała, związek czasowy z przyjmowanymi lekami, stan sytości).
2. Izolacja pacjenta od pokarmów w fazie przygotowywania posiłków (zapachy, wygląd niegotowanych potraw mogą inicjować nudności i wymioty).
3. Podawanie choremu potraw i napojów schłodzonych, w małych ilościach, ale częściej.
4. Podejmowanie działań zapobiegających nudnościom i wymiotom poprzez: podawanie choremu płynów gazowanych między posiłkami, małych przekąsek (np. krakersy) na czczo, przed wstaniem rano z łóżka, a w ciągu dnia przekąsek o zdecydowanym smaku; zalecanie pacjentowi żucia gumy bez cukru o zdecydowanym smaku, np. miętowym, eliminowanie z diety chorego potraw o ostrych zapachach, tłustych, wzdymających.

5. Dbanie o estetykę i higienę pożywienia chorego.
6. Zabezpieczenie chorego (poprzez ułożenie w pozycji bezpiecznej) przed aspiracją wymiocin do dróg oddechowych.
7. Dbanie o higienę jamy ustnej, bieliznę osobistą i pościelową oraz otoczenie chorego [5–7].

4. Omówienie i wnioski

Niezależnie od rodzaju stosowanej wentylacji – inwazyjnej czy nieinwazyjnej, zasada wspomagania oddechu pacjenta jest taka sama – respirator wytwarza dodatnie ciśnienie, które przenoszone jest na drogi oddechowe pacjenta, powodując jego wdech. Wentylacja mechaniczna może być kontrolowana – w tym przypadku w respiratorze programuje się główne parametry, to znaczy objętość i częstość oddechu, które nie ulegają zmianie w czasie oddychania. Ten rodzaj wentylacji stosuje się u chorych, którzy z racji postępu choroby nie są w stanie podjąć własnego oddechu.

Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna jest coraz częściej wybieraną metodą leczenia przewlekłej niewydolności oddechowej w warunkach domowych, pozwala ona na możliwie normalne funkcjonowanie pacjenta i jest związana z mniejszą liczbą powikłań.

Wnioskiem może być również fakt, iż każdy człowiek w trakcie choroby potrzebuje szczególnej mobilizacji i wsparcia, zrozumienia i zachęcania do wykonywania jak najdłuższej czynności samoobsługowych, w celu utrzymania samodzielności [1, 3].

Edukacja osób chorych i udzielanie im niezbędnych informacji przez personel służby zdrowia, w każdej chorobie jest dla pacjentów bardzo ważnym źródłem wiedzy. Nauka na temat własnej jednostki chorobowej, sposobu obsługi respiratora i ogólnych informacji na temat wentylacji mechanicznej przynosi bardzo wiele korzyści choremu zarówno w sferze socjalnej, jak i psychicznej. Pozwala to choremu zrozumieć swoją chorobę i walczyć z nią, nawet w okresie jej zaawansowania. Niestety, niektórzy chorzy nieumiejętnie korzystają z wiedzy, a mianowicie nadmiar jej powoduje lęk i panikę. Chory doszukuje się symptomów i problemów, których w rzeczywistości nie ma.

Oprócz wiedzy, którą chory nabywa w trakcie choroby od personelu medycznego, powinien mieć umożliwiony dostęp do innych selektywnie wybranych źródeł, takich jak książki czy media (głównie Internet). Edukacja pacjenta pozwala na uświadomienie jemu stopnia zaawansowania choroby i umiejętne podejmowanie kroków związanych z dalszym leczeniem choroby oraz obserwację objawów przez pacjenta.

Pielęgniarka, jako członek zespołu terapeutycznego, powinna wyróżniać się podejściem do pacjenta ze względu na to, iż przebywa z nim najczęściej i uczestniczy w procesie jego leczenia. Podejście empatyczne i całościowe do pacjenta

pomaga w zebraniu dokładnego wywiadu i postawieniu diagnozy pielęgniar-
skiej, ważnej w dalszym procesie pielęgniarstwie i osiągnięciu założonych ce-
lów [5, 7].

Piśmiennictwo

1. Szkulmowski Z. Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004; 3 (1): 221–225.
1. <http://www.wentylacjadomowa.pl>, data wejścia: 24.11.2010 r.
2. Szkulmowski Z. Domowa wentylacja. *Diagnoza i Terapia* 2003, 5 (47): 28–29.
3. Schonhofer B., Kohler D. Effect of non-invasive mechanical ventilation on sleep and nocturnal ventilation in patients with chronic respiratory failure. *Thorax* 2000; 55 (4): 308–313.
4. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. *Pielęgniarstwo internistyczne*. PZWL, Warszawa 2009.
5. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. *Diagnozy i interwencje pielęgniarstwie*. PZWL, Warszawa 2008.
6. Jaracz K., Kozubski W. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. PZWL, Warszawa 2008.

Dorota Joanna Kondzior¹, Krystyna Danuta Fiłończuk², Hanna Joanna Rolka¹,
Elżbieta Krajewska-Kulał¹, Krystyna Klimaszewska¹, Barbara Jankowiak¹,
Krystyna Kowalczuk¹, Beata Kowalewska¹

Problemy pielęgnacyjne pacjentki z chłoniakiem złośliwym w trakcie stosowania chemioterapii

Wstęp

„Według ogólnie przyjętej przez współczesną medycynę onkologiczną definicji, nowotwór (łac. *neoplasma*, skrót *npl* – z greckiego *neoplasia*) jest szczególnym rodzajem utworzonej de novo tkanki (ugrupowania jednakowych komórek) żywego, ukształtowanego już organizmu, która zdołała skutecznie wyłamać się spod kontroli rozmaitych mechanizmów regulujących jej funkcje, szczególnie związanych ze wzrostem i różnicowaniem się zarówno miejscowych – działających na poziomie tkankowym i narządowym, jak i ogólnoustrojowych, zwłaszcza immunologicznych” [1].

Istota nowotworu, jego najważniejsza cecha odróżniająca go od tkanki, z której się wyłania – to niepoohamowane rozrastanie się, które jest spowodowane bezustannymi, niekontrolowanymi podziałami komórkowymi. W procesie nowotworowym przeważa proces podziałów nad obumieraniem komórek z zahamowaniem ich zróżnicowania. Utrata kontroli nad podziałami jest związana z mutacjami genów kodujących białka uczestniczące w cyklu komórkowym: protoonkogenami i antyonkogenami. Mutacje te powodują, że komórka wcale lub niewłaściwie reaguje na sygnały z organizmu [2, 3].

Określenie **chłoniaki złośliwe** oznacza nowotwory wywodzące się z komórek układu immunologicznego i obejmuje choroby rozrostowe limfocytów, w tym ziarnicę, określaną obecnie jako chłoniak Hodgkina, szpiczaka plazmocytozy – rozrost komórki końcowej toru dojrzewania czynnościowego limfocytów B, przewlekłą białaczkę limfatyczną i białaczkę limfoidalną, stanowiące uogólnioną postać niektórych chłoniaków z masywnym zajęciem szpiku i krwi obwodowej [4, 5, 6].

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Białostockie Centrum Onkologii

Istotą choroby jest patologia limfocytów (komórek układu chłonnego), które dzielą się i wzrastają bez zachorowania jakiegokolwiek porządku. Choroba może występować w jednym lub wielu węzłach chłonnych, a nawet w innych narządach, takich jak wątroba, szpik kostny i śledziona [6, 7, 8].

Epidemiologia

Problem zachorowania na chłoniaki złośliwe cechuje powszechność występowania tej choroby i obserwowane od wielu lat tendencje wzrostu ilości przypadków zarówno w USA, jak i w krajach Unii Europejskiej. Stanowią one rosnący problem społeczny głównie ze względu na sytuację epidemiologiczną i koszty związane ze współczesnymi metodami diagnostyki i leczenia. W skali światowej, zachorowania na chłoniaki stanowią 7% wszystkich zachorowań na nowotwory rocznie i pod względem częstości zajmują piątą pozycję po raku płuca, piersi, żołądka, jelita grubego i odbytnicy (wg danych IARC 1990 r.). Ponadto, niedobory w rozpowszechnieniu właściwych metod diagnostyki histopatologicznej sprawiają, że nie wszystkie zachorowania na chłoniaki zostają rozpoznane, a wśród 9 rodzajów chłoniaków wymienianych w rejestrze krajowym najliczniejszą grupę stanowią: „inne i nieokreślone”. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia liczba nowych zachorowań na chłoniaki na świecie wzrasta o 4–5% w każdym roku. Zachorowalność w Polsce, wg danych Krajowego Rejestru Nowotworów za 2003 rok, wyniosła 12,7 na 100 000 u kobiet i 15,4 na 100 000 u mężczyzn (współczynnik surowy), co odpowiada wskaźnikowi struktury wynoszącemu 4,46% wszystkich zarejestrowanych zachorowań na nowotwory. Według ostatnich danych w ostatnim okresie nastąpił wyraźny wzrost zachorowań na chłoniaki w grupie młodszych pacjentów: w wieku 13–19 lat chłoniaki stanowią około 25% nowotworów a w grupie 20–24 lat nastąpiło podwojenie liczby nowych rozpoznań chłoniaka w okresie ostatnich 20 lat [5, 9].

Czynniki ryzyka

Za ważniejsze przyczyny związane z przewlekłą stymulacją antygenową, doprowadzającą w rezultacie do powstania chłoniaka, uznaje się [10, 11]:

- zaburzenia regulacji immunologicznej (biorcy alloprzeszczepów szpiku, zespoły niedoborów immunologicznych, schorzenia z autoimmunologicznej, infekcje wirusem HIV),
- czynniki rodzinne (podłoże genetyczne),
- infekcje wirusowe (EBV, HTLV-1, mononukleoza zakaźna),
- powikłania późne w postaci wyindukowania chłoniaków po uprzedniej intensywnej i toksycznej chemio-radioterapii jakichkolwiek nowotworów,
- promieniowanie jonizujące (Hiroshima),

- przyjmowanie leków immunosupresyjnych,
- ekspozycja na środki chemiczne owado- i grzybobójcze (pestycydy, herbicydy);
- rozpuszczalniki chemiczne farb,
- karcinogeny zawarte w dymie tytoniowym, infekcje bakteryjne (*Helicobacter pylori*, chlamydia),
- dieta bogata w tłuszcze i związki azotowe
- czynniki środowiskowe:
 - poszczególne zawody – rolnicy, młynarze, rzeźnicy, malarze, mechanicy, pracownicy rafinerii i stacji benzynowych, pracownicy zakładów produkcji i przetwórstwa gumy oraz plastiku,
 - narażenie na pestycydy i herbicydy (fosforany organiczne, chlorofenole), rozpuszczalniki (benzen, czterochlorek węgla) i środki do konserwacji drewna,
 - pacjenci poddani chemioterapii i radioterapii [3, 12].

Na skutek przewlekłego działania wyżej wymienionych antygenów dochodzi do zmian w układzie genetycznym i do aktywacji onkogenów. Niewątpliwie wspólnym mianownikiem szeregu czynników zewnętrznych i uwarunkowań wewnętrznych, prowadzących do powstania chłoniaka, są zmiany genetyczne w limfocytach [10].

Objawy chłoniaka

Najczęstszą formą manifestacji chłoniaków jest limfadenopatia. W 50% przypadków choroba jest pierwotnie zlokalizowana w węzłach chłonnych, a w pozostałych przypadkach w okolicach pozawęzłowych (żołądek, jelito, migdałki, śledziona, grasicca, skóra, tarczyca, jądra, mózgowie). Ponadto pojawić się może [4]:

- niewyjaśniona gorączka,
- nocne poty,
- stałe uczucie zmęczenia,
- utrata masy ciała,
- świąd lub miejscowe zaczerwienienie skóry
- poczucie zmęczenia.
- objawy z poszczególnych organów: trudności w oddychaniu, ból w klatce piersiowej, bóle brzucha, obniżenie napięcia mięśniowego, bóle kości, objawy neurologiczne – mogą naprowadzić na lokalizację guza.

Wystąpienie powyższych objawów nie jest jednoznaczne z chorobą, ale nie powinny być one lekceważone. Tylko lekarz jest w stanie ocenić, czym są spowodowane, ważne więc jest, by w razie ich stwierdzenia udać się do lekarza. Szczególnie istotne jest, by nie czekać aż pojawi się ból, chłoniaki bardzo często przebiegają bezbólowo [13].

Diagnostyka

Postępowanie diagnostyczne zaczyna się od zebrania wywiadu i dokładnego zbadania chorego ze szczególnym uwzględnieniem węzłów szyjnych, pachowych i pachwinowych. Zwykle wykonuje się badanie krwi oraz inne badania dodatkowe:

- Rtg klatki piersiowej,
- EKG,
- ECHO serca,
- USG jamy brzusznej,
- tomografię komputerową (TK),
 - klatki piersiowej,
 - jamy brzusznej i miednicy,
- rezonans magnetyczny (MRI),
- nakłucie szpiku,
- badanie laryngologiczne,
- konsultację stomatologiczną,
- badania laboratoryjne (morfologia, OB., LDH, badania biochemiczne).

Rozstrzygające jest badanie histopatologiczne – węzły pachowe, karkowe lub szyjne pobiera się do badania histopatologicznego sposobem chirurgicznym. Węzeł pachowy powinien być pobrany w całości wraz z torebką [12].

Postępowanie lecznicze

Należy dobrać indywidualne leczenie dla każdego pacjenta. Dobór leków i intensywność ich dawkowania powinna być dostosowana do rodzaju chłoniaka i czynników rakotwórczych [14].

W trakcie leczenia chłoniaka stosuje się:

- Chemioterapię
- Radioterapię
- Przeciwciała monoklonalne
- Transplantację szpiku bądź autoprzeszczep komórek macierzystych

Chociaż przeżycie chorych na chłoniaki poprawiło się w ciągu 30 lat, to u około 30% trudno uznać je za zadowolająco skuteczne [15].

Chemioterapia – polega na leczeniu nowotworów za pomocą środków farmakologicznych, tak zwanych – cytostatyków. Obecnie wykorzystuje się ponad 40 takich substancji. Działanie cytostatyków polega na blokowaniu podstawowych dla życia funkcji komórek. W ten sposób niszczą je zupełnie albo pozbawiają zdolności do podziałów [16, 17].

Radioterapia – metoda leczenia za pomocą promieniowania jonizującego. Stosowana w onkologii do leczenia chorób nowotworowych oraz łagodzenia bólu związanego z rozsiałym procesem nowotworowym, np. w przerzutach nowotworowych do kości [18].

Przeciwciała monoklonalne – są dodatkowym orężem w walce z chłoniakiem. Są one białkami ludzkimi, bądź chimerami ludzko-mysimi. Niektóre z nich związane są z pierwiastkami radioaktywnymi – jodem i itrem. Wykorzystywane są terapeutycznie, m.in. do immunosupresji poprzez blokowanie receptorów na komórkach układu odpornościowego [18, 19].

Transplantacja szpiku – inaczej przeszczep autologiczny, kiedy dawcą komórek jest sam pacjent, głównym celem leczenia jest ochrona przed toksycznym działaniem zwiększonej dawki chemioterapii (megachemioterapia), której podanie zwiększa szansę na eliminację choroby nowotworowej. Dlatego też największe korzyści z leczenia mogą uzyskać pacjenci z dobrą odpowiedzią na poprzednie leczenie chemioterapeutyczne.

Z autoprzeszczepem wiąże się niski odsetek powikłań śmiertelnych (j 5%), natomiast istnieje wysokie ryzyko wznowy. Ze względu na możliwość potencjalnego zanieczyszczenia materiału pobranego do celów autoprzeszczepu przed planowanym zabiegiem lekarze dążą do jak najlepszej eliminacji choroby ze szpiku kostnego [15].

Dieta – nie ma ustalonych żadnych przeciwwskazań dietetycznych. Pacjenci powinni odżywiać się regularnie. Czasem pacjenci winni spożywać pokarmy ze zredukowaną ilością bakterii. Obejmuje to rezygnację ze świeżych owoców i warzyw. Pacjenci z dużą masą nowotworu, narażeni na zespół lizy guza w czasie chemioterapii, czasem wymagają diety z obniżoną zawartością kwasu moczowego i potasu.

Pacjenci poddani transplantacji szpiku, z ciężkimi stanami zapalnymi błon śluzowych i/lub spadającym poziomem albumin mogą otrzymywać żywienie pozajelitowe, do czasu uzyskania tolerancji pokarmów doustnych [20, 21].

Aktywność życiowa – nie ma żadnych obostrzeń dotyczących wszystkich pacjentów, niemniej jednak pacjenci powinni:

- unikać narażenia na choroby zakaźne i infekcyjne,
- posiadać własną salę w szpitalu i jak najkrócej przebywać w izbie przyjęć,
- wymagać mycia rąk przez badających ich,
- używać miękkiej szczoteczki do mycia zębów,
- nie używać ręcznych golarek [22, 23].

Cel pracy

Problemy związane z ciężką chorobą nie są obce żadnemu człowiekowi. Każdy z nas zetknął się czy to w rodzinie, czy to w najbliższym otoczeniu z takim przypadkiem.

Analizując najczęściej występujące problemy można stwierdzić, że istotą opieki pielęgnarskiej jest, nie tylko zapobieganie niepotrzebnym powikłaniom, ale również podnoszenie jakości życia chorego we wszystkich jego aspektach: somatycznym, społecznym oraz psychicznym [24, 25].

Celem pracy było:

1. Określenie aktualnych problemów pielęgnacyjnych pacjentki z chłoniakiem złośliwym, którego rozwój jest nieprzewidywalny.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad chorą.

Materiał i metodyka

Badaniem została objęta pacjentka w wieku 24 lat z rozpoznaniem chłoniakiem złośliwym. Chorą hospitalizowano w Białostockim Centrum Onkologii na oddziale chemioterapii, celem podania II kursu chemioterapii (CHOP):

- Cyklofosfamid 1250 mg i.v
- Vincrystyna 2 mg i.v
- Doxorubicyna 80 mg i.v
- Encorton 100 mg – 1–5 dzień.

Badania były prowadzone przez okres 3 dni. Materiał został zebrany w oparciu o obserwację, wywiad pielęgniarki. Wykorzystano również dokumentację medyczną w postaci indywidualnej karty zaleceń oraz historii choroby.

W celu postawienia diagnozy pielęgniarskiej, a także ustalenia postępowania pielęgnacyjnego, posłużono się metodą procesu pielęgnowania.

Na podstawie obserwacji oraz wywiadu pielęgniarskiego rozpoznano indywidualne problemy pacjentki. Uzyskany materiał badań pozwolił na skonstruowanie indywidualnego planu opieki. Podczas badań realizowano proces pielęgnowania.

Wyniki**Opis przypadku**

Pacjentka A.Z., lat 24, zamieszkała wraz z rodzicami w Białymstoku, została przyjęta do Białostockiego Centrum Onkologii na oddział chemioterapii w dniu 10 listopada 2010 r. celem podania II kursu chemioterapii.

Chora podaje, że dotychczas była osobą zdrową. Pierwsze objawy zauważyła około półtora miesiąca temu. Podczas kąpieli pod prawą pachą wyczuła niepokojący guzek. Pojawiły się stany podgorączkowe 38°C–38,5°C, nocne poty. Pacjentka schudła w tym okresie 5 kg.

Zgłosiła się do przychodni onkologicznej w Białymstoku, następnie została skierowana na oddział chirurgii, celem wykonania zabiegu biopsji węzłów chłonnych pachowych prawych. Po 10 dniach wynik histopatologiczny potwierdził wcześniejsze przypuszczenia, że jest to chłoniak złośliwy.

Pacjentce zalecono wykonanie dodatkowych badań: RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, EKG, ECHO serca, konsultację stomatologiczną, konsultację ginekologiczną, morfologię krwi, poziom elektrolitów.

Ustalono datę rozpoczęcia leczenia cytostatykami. Pierwszy kurs chemioterapii pacjentka zniosła dobrze. Pobyt trwał 3 doby. Nie wystąpiły żadne niepożądane objawy.

Obecnie chora jest zdenerwowana. Wie, na czym polega leczenie. Już w pierwszym dniu przyjęcia rozpoczęto podawanie II kursu. Pierwsza doba minęła bez powikłań.

W ciągu drugiej doby pojawiły się nudności. W jamie ustnej zaobserwowano zmiany troficzne. Włosy zaczęły wypadać w trzeciej dobie.

W badaniu kontrolnym morfologii stwierdzono: małopłytkowość oraz spadek leukocytów. Chora stała się znacznie bardziej niespokojna. Schudła kolejne 2 kg. Temperatura ciała wzrosła do 38°C. Po zastosowaniu leczenia farmakologicznego ustąpiły nudności, spadła temperatura ciała. Pojawiły się natomiast zaparcia. Wlew cytostatyczny chora otrzymała według Indywidualnej Karty Zleceń.

Indywidualny plan opieki pielęgniarstwa

1. Diagnoza pielęgniarstwa

Lęk przed chemioterapią.

Cel opieki:

- Niwelowanie lęku.
- Bezpieczne przetoczenie wlewu cytostatycznego.

Interwencje pielęgniarstwa:

1. Przeprowadzono z chorą rozmowę na temat stosowanej chemioterapii oraz czasu jej trwania.
2. Umożliwiono chorej rozmowę z pacjentami po skutecznej chemioterapii.
3. Poinformowano chorą o:
 - Możliwości, a nie konieczności wystąpienia objawów niepożądanych, jak nudności i wymioty
 - Możliwości całkowitego wyleczenia
 - Powrocie do normalnego życia, również zawodowego.
4. Założono wenflon z zachowaniem aseptyki i antyseptyki oraz zabezpieczenie przed wysunięciem.
5. Poinformowano chorą o obserwacji miejsca wkłucia, a w przypadku pieczenia, zaczerwienienia czy obrzęku o natychmiastowym poinformowaniu pielęgniarki.
6. Podłączono chemioterapię o składzie: Cyklofosfamid 1250 mg w 500 ml NaCl 0,9%, Doxorubicyna 80 mg w 500 ml w 0,9% NaCl, Winkrystyna 2 mg w 20 ml NaCl 0,9% i.v.
7. Obserwowano chorą w trakcie wchłaniania leków oraz miejsce wkłucia.
8. Zmierzono ciśnienie i tętno po kroplówkach.

2. Diagnoza pielęgnarska

Spadek masy ciała spowodowany brakiem apetytu (chora przez okres dwóch dni schudła 2 kg, waży 55 kg).

Cel opieki:

- Poprawa łaknienia.

Interwencje pielęgnarskie:

1. Wyjaśniono chorej istotę prawidłowego odżywiania w trakcie chemioterapii.
2. Zachęcono do spożywania posiłków.
3. Skonsultowano chorą z dietetyczką w celu ustalenia diety dla pacjentki przez:
 - Przygotowanie potraw aromatycznych
 - Używanie przypraw: bazylia, mięta, cytryna, wanilia w ilościach nie drażniących śluzówek jamy ustnej
 - Estetyczne podanie posiłków
4. Przeprowadzono rozmowę z rodziną na temat możliwości dostarczenia potraw lubianych przez chorą.
5. Poinformowano chorą o unikaniu potraw budzących wstęt.
6. Zalecono spożywanie posiłków częściej, w małych ilościach.
7. Zalecono wykonywanie toalety jamy ustnej przed posiłkami.
8. Usunięto nieprzyjemne zapachy z sali, np. basenu, przewietrzono pokój.
9. Zalecono częstsze spacerowanie.
10. Kontrolowano masę ciała raz dziennie.

3. Diagnoza pielęgnarska

Możliwość wystąpienia nudności spowodowanych chemioterapią.

Cel opieki:

- Niedopuszczenie do powstania nudności i wymiotów.
- Utrzymanie prawidłowej higieny.

Interwencje pielęgnarskie:

1. Podano na zlecenie lekarza leki przeciwwymiotne: Zofran, Metoclopramid przed chemioterapią oraz po.
2. Wywietrzono salę, niwelowano przykre zapachy.
3. Dostarczono chorej przegotowaną wodę do płukania jamy ustnej.
4. Zalecono chorej picie płynów małymi łykami przez cały dzień.
5. W celu poprawy smaku zalecono ssać twarde cukierki miętowe, cytrynowe pastylki oraz płukać jamę ustną po każdym posiłku.
6. Zalecono spożywanie posiłków często (5–10 razy na dobę), ale w małych ilościach.
7. Edukacja chorej w kierunku postępowania, gdy pojawią się nudności.

4. Diagnoza pielęgnarska

Zaparcia spowodowane chemioterapią.

Cel opieki:

- Ułatwienie wydalania stolca.

Interwencje pielęgniarские:

1. Przeprowadzono rozmowę na temat stosowania diety wysokobiałkowej:
 - Zalecono zjadanie surowych lub gotowanych warzyw,
 - Zjadanie suszonych śliwek, soku lub kompotu z suszonych śliwek
 - Unikanie serów i białego pieczywa
2. Zalecono chorej picie około trzech litrów płynów, a w szczególności soków owocowych, a przed śniadaniem szklanki ciepłej wody.
3. Zachęcono chorą do zwiększania aktywności fizycznej, spacerów po oddziale oraz na świeżym powietrzu.
4. Podano leki przeczyszczające: Lactulozę.
5. Przekazano chorej broszurki, ulotki, zawierające informacje o zaparciach i sposobach ich zwalczania (do zastosowania w domu).
6. Kontrolowano liczbę wypróżnień i odnotowano w dokumentacji.

5. Diagnoza pielęgniarская

Wypadanie włosów spowodowane chemioterapią.

Cel opieki:

- Zmniejszenie dyskomfortu pacjentki.
- Poprawa samopoczucia chorej.

Interwencje pielęgniarские:

1. Przeprowadzono z chorą rozmowę o wypadaniu włosów po podaniu leków cytostatycznych.
2. Poinformowano chorą o:
 - Używaniu łagodnych szamponów
 - Zaproponowanie skrócenia włosów
 - Kupienia peruki, która jest refundowana
 - Noszenia chustki, apaszki, która nie tylko tuszuje utratę włosów, ale jest też formą dekoracji stroju.
3. Skontaktowano chorą z pacjentką, u której nastąpił odrost włosów.
4. Zalecono używanie miękkich szczotek do włosów, a przy suszeniu włosów stosowania niskiej temperatury i odległości minimum 15 cm suszarki od głowy.

6. Diagnoza pielęgniarская

Dyskomfort spowodowany świądem skóry.

Cel opieki:

- Zmniejszenie odczuwania świądu.
- Poprawa samopoczucia

Interwencje pielęgniarские:

1. Poinformowano chorą o przyczynie świądu skóry, która jest związana z toksycznością chemioterapii i skutkiem choroby.

2. Przeprowadzono z chorą rozmowę, w jaki sposób może ulżyć dolegliwościom.
3. Polecono pacjentce unikania drapania zaczerwienionych miejsc.
4. Podano na zlecenie lekarza środki farmakologiczne.

7. Diagnoza pielęgniarska

Zmiany troficzne w jamie ustnej spowodowane zmniejszona odpornością.

Cel opieki:

- Niwelowanie dolegliwości.
- Zmniejszenie zmian zapalnych w jamie ustnej i gardła.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Dokładnie obejrzano jamę ustną i oceniono stan śluzówki jamy ustnej i gardła.
2. Poinformowano chorą o:
 - Starannej higienie jamy ustnej
 - Delikatnym szczotkowaniu zębów, dzieł po każdym posiłku
 - Zakazie używania nici dentystycznych
 - Stosowaniu łagodnych past do mycia zębów
 - Używaniu szczoteczki o miękkim włosiu
3. Podano chorej wazelinę do nawilżania ust.
4. Zapewniono płyny do płukania jamy ustnej: Azulan, roztwór wody utlenionej oraz podanie siemienia lnianego.
5. Zapewniono dietę wysokobiałkową, wysokowitaminową, podawano pokarmy często, w małych ilościach.
6. Poinformowano chorą o:
 - Unikaniu picia alkoholu, palenia tytoniu, używania ostrych przypraw i słonych potraw drażniących śluzówek
 - Unikaniu pokarmów suchych i twardych
 - Konieczności picia około 3 l płynów dziennie

8. Diagnoza pielęgniarska

Obniżona odporność chorej spowodowana chemioterapią.

Cel opieki:

- Niedopuszczenie do rozwoju infekcji.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Edukowano chorą w kierunku higienicznego trybu życia:
 - Polecono chorej częstsze mycie rąk, szczególnie przed jedzeniem, a także przed i po korzystaniem z WC
 - Unikaniu ludzi przeziębionych
 - Zażywanie ciepłej, ale nie gorącej kąpieli, bądź prysznica
2. Mierzono temperaturę ciała dwa razy dziennie.
3. Zalecono używanie na suchą skórę kremów nawilżających, balsamów.

4. Zalecono stosowanie diety bogatej w żelazo, wzbogaconej w zielone, liściaste warzywa i czerwone mięso.
5. Zalecono pacjentce, by po powrocie do domu wystrzegła się dużych skupisk ludzkich oraz nie wykonywała żadnych szczepionek uodparniających bez uprzedniego skontaktowania się ze swoim lekarzem.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

Przedstawione poniżej wnioski są skierowane do osób, które będą sprawowały dalszą opiekę nad pacjentką, w warunkach szpitalnych oraz domowych, czyli pielęgniarzek, psychologa, księdza oraz rodziny. Należą do nich:

- Wspieranie psychiczne chorej.
- Włączenie w proces leczenia rodziny chorej.
- Minimalizowanie cierpienia pacjentki wynikającego ze stanu chorobowego poprzez właściwą pielęgnację.
- Edukacja chorej oraz rodziny celem zrozumienia zasad chemioterapii, aby zapobiec objawom niepożądanym.
- Motywowanie pacjentki do współpracy z zespołem terapeutycznym, by uzyskać pozytywny wpływ na psychikę chorej w chwilach zwątpienia.

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na ustalenie następujących wniosków:

1. Najważniejszymi problemami u pacjentki z chłoniakiem w trakcie chemioterapii były:
 - a) lęk przed chemioterapią,
 - b) ubytek masy ciała spowodowany osłabionym apetytem,
 - c) możliwość wystąpienia nudności i wymiotów,
 - d) zaparcia,
 - e) wypadanie włosów,
 - f) zmiany troficzne w jamie ustnej,
 - g) obniżona odporność,
 - h) uporczywy świąd skóry.
2. Opracowany indywidualny plan opieki nad pacjentką pozwolił na objęcie pacjentki wszechstronną opieką pielęgniarzką. Powyższe działania pozwoliły chorej znieść chemioterapię bez powikłań i uwierzyć w skuteczność prowadzonego leczenia.

Piśmiennictwo

1. Kordek R., Jassen J., Krzakowski M., Jezierski A., Kornafel J., Pawłęga J.: Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2007, 35–80.
2. Kułakowski A., Skowrońska-Gardias A.: Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 72–77.

3. Pawłęga J.: Zarys Onkologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, 101–112.
4. Balwierz W.: Choroba Hodgkina. Onkologia w praktyce klinicznej. VIA MEDICA, Gdańsk 2007, 3: 644–655.
5. Meder J.: Chłoniak Modgkina. [w:] Onkologia kliniczna. Krzakowski M. (red.), Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2006, 1251–1270.
6. Warzocha K., Kalinka-Warzocha E.: Chłoniaki z komórek T i NK. Onkologia w praktyce klinicznej. Via Medica, Gdańsk 2007, 6, 557–566.
7. Lutz W., Tarkowski M.: Znaczenie i diagnostyka układu odpornościowego w chorobach nowotworowych. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001, 45–50.
8. Weiss-Rostowska W., Biedka M., Placek W.: Chłoniak z komórek T – opis przypadku. Współczesna onkologia. 2008, 4, 192–195.
9. Parkin M., Bray F., Ferlay J., Pisani P.: Dane statystyczne na świecie w 2002 r. Onkologia po dyplomie 2005, 3, 30–33.
10. Bruhla W., Brzozowski R.: Vademecum lekarza ogólnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 40–90.
11. Hubert A., Karasek-Krentzinger B., Jobin-Howald U.: Kompendium pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 468–469.
12. Frączek M.: Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2008, 70–110.
13. Deptała A.: Onkologia w praktyce. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 210–214.
14. Jarosz J.: Leczenie Bólów nowotworowych. Wydawnictwo AN medica, Warszawa 2009, 11–21.
15. Szewczeniak-Milewska E.: Terapia celowana chłoniaków. Onkologia 2005, 3, 111–120.
16. Sarosiek T.: Jak bezpiecznie przejść przez chemioterapię. Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2002, 1–17.
17. Szczylik C., Karniluk J., Weisło G.: Chemioterapia lokoregionalna nowotworów [w:] Onkologia Kliniczna. Krzakowski M. (red.), Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2006, 178–193.
18. McKay J., Hirano N.: Chemioterapia, radioterapia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, 130–135.
19. Krzemieniecki K.: Leczenie wspomagające w onkologii. Wydawnictwo Medyczne TERMEDIA, Poznań 2008, 17–18.
20. Jezierski A.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 88–200.
21. Mika K.: Zalecenia dietetyczne w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 42–60.
22. De Walden-Gałuszko K.: Psychoonkologia. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2000, 55–75.
23. Nowicki A.: Pielęgniarstwo onkologiczne. Tamedica, Poznań 2009, 93–97.
24. Koper A., Wrońska J.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 7–19.
25. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnostyka i interwencje pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 170–178.

Renata Piotrkowska¹, Grażyna Waleńska²,
Janina Książek¹, Sylwia Terech¹

Zasady pielęgnacji skóry i błony śluzowej jamy ustnej w czasie trwania i po zakończeniu radioterapii

Wstęp

Jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku stanowią choroby nowotworowe. Wydłużenie życia populacji, znaczny postęp cywilizacyjny, a co za tym idzie większa ekspozycja na czynniki karcynogenne spowodowały znaczny wzrost zachorowalności i zgonów z powodu chorób nowotworowych [15]. W Polsce obserwujemy stały wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe w ostatnich czterech dekadach. Stan ten jest spowodowany kilkoma czynnikami:

- wydłużeniem życia, a co za tym idzie przyrostem liczby osób po pięćdziesiątym roku życia,
- stałym wzrostem liczby ludności w Polsce,
- większą ekspozycją na czynniki karcynogenne,
- występowaniem zachowań związanych ze stylem życia, a sprzyjających zachorowaniom.

Skalę problemu obrazują liczby:

- ponad 136000 nowych zachorowań/rok,
- około 90000 zgonów rocznie,
- około 375000 osób chorujących [12, 15].

Powyższe dane dotyczą początku XXI w. Przy czym zakłada się, iż liczba nowych zachorowań będzie stale rosła [12, 15].

Celem pracy jest omówienie zasad pielęgnacji skóry napromienianej i błony śluzowej jamy ustnej, co pozwoli pielęgniarce na właściwą ocenę zmian oraz podjęcie interwencji mających na celu zapobieganie i łagodzenie objawów występujących ze strony napromienianych tkanek.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

² Klinika Onkologii Ginekologicznej i Radioterapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

Niniejsza praca ma charakter poglądowej i powstała w oparciu o analizę piśmiennictwa z zakresu tematu.

Nowotwór to nabyta choroba, która objawia się niekontrolowanym wzrostem komórek własnego organizmu, zmienionych funkcjonalnie i morfologicznie pod wpływem czynników rakotwórczych. Proces ten charakteryzuje długi okres inkubacji. Oznacza to, że objawy występują po znacznym upływie czasu od narażenia na czynnik chorobotwórczy. Przebiega na pięciu poziomach:

- genetycznym,
- komórkowym,
- narządowym,
- przerzutowym
- ogólnoustrojowym [5, 8, 11].

Leczenie choroby nowotworowej jest postępowaniem kompleksowym, prowadzonym na wielu płaszczyznach i etapach. Możemy wyróżnić leczenie chirurgiczne, chemioterapię, radioterapię, farmakoterapię, leczenie psychologiczne i rehabilitacyjne. Skuteczność terapii niejednokrotnie zależy od ścisłej współpracy wszystkich członków zespołu terapeutycznego [3, 6, 7].

Radioterapia odgrywa zasadniczą rolę w leczeniu chorób nowotworowych. Jest to metoda terapii miejscowej z użyciem promieniowania jonizującego. Jej celem jest uszkodzenie DNA komórki. Skuteczność zależy od rodzaju i dawki promieniowania, czasu terapii, wrażliwości napromienianej tkanki, stanu tkanki przed terapią. Działanie promieniowania nie ogranicza się jednak tylko do samego guza nowotworowego, ale obejmuje również otaczające go tkanki zdrowe, wywołując różne objawy kliniczne, będące wyrazem odczynów popromiennych. Wyróżnia się dwa rodzaje radioterapii:

- teleradioterapia – napromienianie ze źródła znajdującego się w pewnej odległości od chorego,
- brachyterapia – napromienianie ze źródła znajdującego się w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Radioterapia może mieć charakter radykalny, adiuwantowy, neoadiuwantowy oraz paliatywny. Przy stosowaniu radioterapii liczymy się z pewnym ryzykiem popromiennych uszkodzeń. Istotnym powikłaniem radioterapii jest uszkodzenie tkanek zdrowych, czyli odczyn popromienny.

- wczesny to ocieplenie, zaczerwienienie, uszkodzenie błony wewnętrznej naczyń krwionośnych; dotyczy najczęściej komórek szpiku, skóry, błony śluzowej,
- późny w postaci blizn podskórnych, zaników tkanki podskórnej, owrzodzeń; dotyczy OUN, wątroby, płuc, nerek, pęcherza moczowego [1, 7].

Do oceny stopnia nasilenia odczynu najczęściej stosuje się skalę RTOG/EORTC (Radiation Therapy Oncology Group/European Organization for Research and Treatment of Cancer), w której wyróżnia się:

- 0° – skóra bez zmian,
- 1° – blady lub nieznaczny rumień, złuszczenie na sucho, zmniejszona potliwość skóry,
- 2° – słaby lub jasny rumień, „plamkowate” złuszczenie na wilgotno, umiarkowany obrzęk,
- 3° – zlewające złuszczenie się na wilgotno z wysiękiem, widoczny obrzęk,
- 4° – owrzodzenie, krwotok, martwica [2].

Pielęgnacja i leczenie napromienianej skóry zależą od stopnia jej uszkodzenia. Na każdym etapie ważne jest przestrzeganie następujących zasad:

Zalecenia ogólne:

1. Ochranianie skóry napromienianej przed nasłonecznieniem i urazami przez wiele miesięcy, a nawet lat po przebytej radioterapii. Unikanie ekspozycji słonecznych, a przebywając na powietrzu zalecane jest stosowanie filtrów przeciwsłonecznych i środków natłuszczających.
2. Noszenie możliwie najbardziej przewiewnych ubrań z materiałów naturalnych (bawełna, jedwab), a nie sztucznych. Powinny one umożliwiać wentylację pól napromienianych.
3. Profilaktyczne unikanie odparzeń w fałdach skórnych (pachy, pachwiny, fałdy na skórze brzucha). Fałdy te należy rozdzielić gazikiem nasączonym jednym z leków wymienionych w pozycji mówiącej o leczeniu złuszczenia skóry „na wilgotno”.
4. Mycie skóry napromienianej dopiero w okresie 4–6 tygodni od zakończenia radioterapii. Należy rozpocząć od letniej wody z dodatkiem mydła dla dzieci (lub innego nie zawierającego dodatków kosmetycznych). Dopiero po 2–3 dniach takiego mycia można włączać stopniowo coraz cieplejszą wodę i inne kosmetyki. Nie powinno się używać do mycia wody zbyt zimnej ani zbyt ciepłej – tylko letniej.

Złuszczenie skóry „na sucho”

W przypadku złuszczenia skóry „na sucho”, która jest zaczerwieniona, sucha, łuszcząca poleca się stosowanie:

1. zasyпки Alantan – stosujemy zewnętrznie 2–3 razy dziennie na zmiany chorobowe. Nie należy jej stosować w ostrym stanie zapalnym ze zmianami sączącymi,
2. maści witaminowej, która normalizuje procesy fizjologiczne w naskórku, należy smarować skórę 2–3 razy dziennie,
3. Hydrocortison w kremie – działa przeciwzapalnie, zmniejsza zaczerwienienie i swędzenie skóry. Niewielką ilość kremu nanosi się 2–3 razy dziennie na chorobowo zmienioną skórę,
4. Panthenol aerosol – pochodna alkoholowa kwasu pantotenowego, witaminy, składnik koenzymu A, biorącego udział w wielu procesach metabolicznych, zwłaszcza przemianie węglowodanów i tłuszczów, niezbędny do prawidłowego wzrostu, czynności układu nerwowego, regeneracji skóry i nabłonków.

Wykazuje właściwości przeciwzapalne, reguluje procesy regeneracji tkanek. Należy stosować miejscowo: 2–3 razy dziennie na powierzchnię chorobowo zmienioną.

Podczas leczenia nie stosować kosmetyków o działaniu wysuszającym i ściągającym.

Złuszczenie „na wilgotno”

W przypadku złuszczenia „na wilgotno” do objawów dołącza się sączący wysięk. W leczeniu stosuje się:

1. Linomag płyn lub krem – oryginalność receptury kremu uzyskano dzięki połączeniu Linomagu z niewielką ilością witaminy A i E oraz hypoalergiczną lanoliną o wyjątkowych właściwościach pielęgnacyjnych. Działanie: łagodzi różnego rodzaju podrażnienia skóry, delikatnie natłuszcza i nawilża, nie powoduje uczucia lepkości lub nadmiernego natłuszczenia, zapewnia swobodne oddychanie skóry. Krem należy nałożyć na skórę i rozprowadzić, delikatnie wcierając.
2. Wazelina – skutecznie zapobiega wysuszaniu skóry. Doskonale regeneruje uszkodzony naskórek. Ma działanie natłuszczające i ochronne. Należy nanieść cienką warstwę wazeliny na suchą skórę w miejscach występowania podrażnień.
3. Argosulfan – jeden gram kremu zawiera: substancję czynną: sól srebrową sulfatiazolu 20 mg. Argosulfan jest kremem do stosowania miejscowego, zawierającym sól srebrową sulfatiazolu, która wykazuje silne działanie przeciwbakteryjne w stosunku do licznych bakterii Gram-ujemnych i Gram-dodatnich. Argosulfan stosowany jest w leczeniu zakażeń w przypadku:
 - oparzeń skóry wszystkich stopni (także popromiennych),
 - odleżyn,
 - przewlekłych owrzodzeń podudzi.

Argosulfan zabezpiecza ranę oparzeniową przed zakażeniem, tworzy warstwę ochronną, zapewnia właściwą wilgotność, a także przyspiesza gojenie rany. Oczyszczoną ranę oparzeniową należy pokryć, w warunkach aseptycznych, warstwą kremu Argosulfan o grubości 2–3 mm. Podczas stosowania na zakażone rany może pojawić się wysięk. Należy wówczas, przed ponownym nałożeniem kremu Argosulfan, przemyć ranę, np.: 3% wodnym roztworem kwasu bornego lub 0,1% wodnym roztworem chlorheksydyny.

Ponadto możemy stosować takie preparaty, jak: Silol – płyn lub areosol, Panthenol – areosol, maść witaminową, Biafine krem, Linomag krem lub płyn, Lanolinę, Hydrokortyzon krem, okłady z jałowej parafiny.

Przy pielęgnacji skóry należy unikać:

- mycia skóry w terenie napromienianym przez okres trwania radioterapii i do 4–6 tygodni po jej zakończeniu, tj. do czasu ustąpienia odczynu popromiennego. Wcześniejsze mycie pola napromienianego może doprowadzić do nasilenia odczynu popromiennego, a nawet do martwicy skóry.

- nasłonecznienia i urazów skóry w polu napromienianym, także w wiele miesięcy czy lat po zakończeniu leczenia. Przed wyjściem na słońce należy skórę delikatnie natłuścić (np. maścią witaminową) oraz osłonić czapką, kapeluszem z szerokim rondem czy ubraniem. Także zimą nie powinno się wychodzić na dwór bez natłuszczenia skóry (terenu napromienianego). W terenie napromienianym skóra staje się cieńsza, łatwiej pęka i bliznowacieje.
- golenia skóry okolic napromienianych z powodu możliwości urazu i infekcji. Dozwolone jest ewentualne używanie maszynek elektrycznych. Należy jednak unikać kosmetyków używanych do i po goleniu (kremy, żele, wody toaletowe, itd.).
- używania waty do pielęgnacji skóry napromienianej, zwłaszcza gdy utrzymuje się jeszcze odczyn popromienny.
- krochmalenia odzieży.
- używania plastra samoprzylepnego na skórze w terenie napromienianym. Jeżeli staje się konieczne zastosowanie opatrunku – należy zastosować papierowy, a plaster przykleić poza polem napromienianym.
- stosowania na skórę napromienianą maści kosmetycznych, kremów, dezodorantów, perfum, wody toaletowej, itp. – przez okres trwania radioterapii i do 8 tygodni po jej zakończeniu – chyba, że zezwoli na to lekarz.
- drapania, pocierania, tarcia, wyciskania, nagrzewania czy ochładzania skóry napromienianej – obszar ten należy traktować bardzo delikatnie.

Na polskim rynku pojawił się pierwszy dermokosmetyk o doskonałych właściwościach nawilżających, natłuszczających, ochronnych i łagodzących odczyn popromienne, przeznaczony dla pacjentów po przebyciu leczenia onkologicznego. Został on opracowany przez Laboratorium Kosmetyczne Dr Irena Eris. Krem Xray Liposubtilium, którego głównym składnikiem jest kwas foliowy, witamina z grupy B, której niedobór powoduje m.in. zahamowanie syntezy kwasów nukleinowych (DNA i RNA), a co za tym idzie – zahamowanie wzrostu tkanek i całego organizmu. Kwas foliowy znalazł szerokie zastosowanie w preparatach kosmetycznych przeznaczonych do pielęgnacji skóry. Przejawia on właściwości regenerujące komórki skóry, bierze udział w regulacji proliferacji komórek (stymuluje proces odnowy komórek) oraz skutecznie chroni przed fotostarzeniem. Zastosowanie kremu w istotny sposób poprawia stan skóry pacjentów, a tym samym ich ogólne samopoczucie. Stwierdzono zmniejszenie stopnia zaczerwienienia skóry pacjentów oraz istotną poprawę nawilżenia i natłuszczenia skóry. Krem ma bardzo dobre właściwości łagodzące i zdecydowanie poprawia tolerancję odczynów popromiennych w skórze. Szczególnie dotyczy to pacjentów naświetlanych z powodu nowotworów w obrębie głowy i szyi, gdzie stosuje się wyższe dawki całkowite promieniowania, często powodujące bardzo nasilone odczyny popromienne [14]. Na polskim rynku dostępny jest również krem kojąco-łagodzący Radiosun. Można go stosować na wszelkiego rodzaju oparzenia: UV, termiczne, a także na odczyn popromienny skóry po radioterapii. Stosowanie

kremu Radiosun polecane jest po każdym naświetlaniu. Nawet, jeśli odczyn nie jest zauważalny i skóra nie wydaje się być zaczerwieniona, preparat pielęgnuje skórę. Natomiast w przypadku wystąpienia pierwszych, zauważalnych objawów odczynu popromiennego, a więc zaczerwienienia, Radiosun należy zastosować jak najszybciej. Radiosun należy delikatnie wsmarowywać w podrażnioną skórę kilka razy dziennie, tak aby utrzymywać ją w stanie ciągłego nawilżenia i natłuszczenia [2]. Brak przestrzegania zasad pielęgnacji skóry napromienianej może prowadzić do nasilenia zmian i wydłużenia okresu ich gojenia. Występowanie odczynu popromiennego jest dla pacjenta dużym dyskomfortem fizycznym i psychicznym, który może prowadzić do zmian w sferze bio-psycho-społecznej.

Odczyn popromienny ze strony błony śluzowej jamy ustnej

Radioterapia nowotworów głowy i szyi prowadzi do wystąpienia odczynu popromiennego błony śluzowej jamy ustnej. Działania poprzedzające rozpoczęcie radioterapii powinny skupiać się na dokładnym zbadaniu jamy ustnej w zakresie stanu błony śluzowej jamy ustnej, przyzębia i zębów, poparte oceną zdjęć pantomograficznych i zębowych. Postępowanie lecznicze powinno obejmować: ekstrakcję zębów ze zniszczonym zrębem koronowym leczonych endodontycznie, ze zmianami okołowierzchołkowymi, zębów wielokorzeniowych ze zmianami w obrębie furkacji, zębów z zaawansowaną chorobą przyzębia oraz zębów o niepewnym rokowaniu. Zabieg ten należy wykonać na 10–14 dni przed rozpoczęciem naświetlania [10]. W trakcie radioterapii w tkance gruczołów ślinowych, zwykle pojawia się umiarkowana lub zaawansowana suchość jamy ustnej i zaburzenia smaku. Problemy te zaczynają się najczęściej w pierwszym tygodniu po rozpoczęciu radioterapii. Odczuwanie smaku powraca powoli w ciągu kilku miesięcy po zakończeniu leczenia. W razie wysychania śluzówek i braku śliny zaleca się: przepłukiwanie jamy ustnej roztworem soli fizjologicznej, zwiększenie dziennej porcji płynów, stosowanie preparatów sztucznej śliny (Saliva Ontham, Sialin-Sigma, Saliment, Xerolube, Saliva Substitute, Salivant), żucie bezcukrowej gumy, a także wspomaganie farmakologiczne:

1. pilokarpina: podskórnie 10 mg jednorazowo, doustnie 1% roztwór pilokarpiny 2–3 razy dziennie 6–10 kropli; płukanka 0,1% roztwór pilokarpiny 15–20 kropli na szklanekę wody, stosować 2–3 razy dziennie;
2. neostygmina: podskórnie lub domięśniowo 0,25–05 mg jednorazowo, doustnie 15–60 mg na dobę;
3. bromheksyna (Flegamine, Bisolvan) [4].

Pojawiające się w czasie radioterapii stany zapalne jamy ustnej, określane jako stomatitis, mogą przyjmować postać od ogniskowanych do rozlanych, od zaczerwienienia do głębokich owrzodzeń. Dodatkowym powikłaniem może być infekcja. Zaleca się w takich przypadkach:

- zaprzestanie palenia i picia alkoholu,
- unikanie pokarmów gorących i zimnych, ostrych, kwaśnych i twardych,
- dietę bogatobiałkową i bogatowitaminową,

- płukanie jamy ustnej co godzinę i po posiłkach: 1) 0,12–0,2% roztworem chlorheksydyny, 2) roztworem sody spożywczej (1 łyżeczka na szklanke wody), 3) roztworem wody utlenionej (na 1 część 3% H₂O₂ należy dodać 2 części H₂O), 4) płynem witaminowo-glicerynowym, 5) rumiankiem, 6) szalwią, 7) roztworem betadyny [4].

W razie bólów przy żuciu i połykaniu pokarmów stosowanie 2% lignokainy lub żelu na śluzówki albo maści anestetycznej z gliceryną. Przy wysychaniu śluzówki i tworzeniu się zmian włóknikowych – witamina A płyn (1 łyżeczka doustnie, trzymać 3 min), wspomagająco solcoseryl i niesteroidowe leki przeciwzapalne, przy współistniejących zakażeniach bakteryjnych i grzybiczych odpowiednio sulfonamidy lub antybiotyki, leki przeciwgrzybicze (nystatyna, ketokonazol, flukonazol) [4, 13].

Jednym z najpoważniejszych odległych efektów ubocznych radioterapii jest suchość jamy ustnej, określana terminem „kserostomia”. Wynika ona z popromiennego uszkodzenia gruczołów ślinowych, których odpowiedzią jest spadek produkcji śliny i jej nieprawidłowy skład. Bezpośrednią tego konsekwencją jest zaburzenie procesów demineralizacji i remineralizacji twardych tkanek zębów, zmiana składu mikroflory bakteryjnej z przewagą gatunków sprzyjających powstawaniu płytki nazębnej, co prowadzi do gwałtownie postępującej próchnicy. Dlatego ważne jest stosowanie preparatów fluoru w postaci past, żelów lub płukanek, unikanie pokarmów kwaśnych i słodkich, regularne kontrole stomatologiczne i leczenie pojawiających się ubytków próchnicowych oraz wdrożenie omówionego wcześniej postępowania, mającego pobudzić wydzielenie śliny lub ją zastąpić [4, 9, 13].

Edukacja chorego i jego rodziny jest niezbędna do osiągnięcia pełnej współpracy i efektów leczenia. Systematyczna pielęgnacja jamy ustnej jest konieczna w zapobieganiu i leczeniu suchości jamy ustnej. Wskazane jest używanie miękkich szczoteczek do oczyszczania języka i mycia zębów oraz specjalnych past do zębów zawierających fluor i łagodne środki przeciwbakteryjne. W związku ze zwiększonym ryzykiem rozwoju próchnicy zaleca się częstszą kontrolę stomatologiczną. U chorych stosujących protezy dentystyczne niezbędne jest ich odkażanie w nocy, na przykład w 3-procentowym roztworze wody utlenionej.

Zalecenia dietetyczne dotyczą unikania ostrych, gorących i drażniących potraw. Należy unikać pokarmów wzmagających pragnienie oraz picia świeżych soków owocowych i kawy [9].

Podsumowanie

Leczenie promieniami jonizującymi niesie ryzyko licznych powikłań. Powikłania wczesne (ostre) występują w trakcie leczenia i do 3 miesięcy po jego zakończeniu. Powikłania późne obserwowane są w okresie kilku do kilkunastu miesięcy, a nawet do kilkudziesięciu lat po napromienianiu. W obu przypadkach

należy zastosować zróżnicowane leczenie wspomagające – miejscowe i ogólnoustrojowe.

Działania profilaktyczne oraz leczenie odczynu popromiennego powinno rozpocząć się w trakcie okresu napromieniania i trwać jeszcze przez wiele miesięcy po jego zakończeniu.

Brak pielęgnacji skóry napromienianej prowadzi do nasilenia zmian popromiennych oraz przedłużenia okresu ich gojenia, a w sytuacjach bardzo skrajnych może doprowadzić do powstania trwałych uszkodzeń bliznowatych, owrzodzeń, a nawet wtórnych nowotworów skóry. Stan taki jest przyczyną dużego dyskomfortu psychicznego pacjenta. Pacjenci stale poszukują preparatów kosmetycznych, które można byłoby stosować jeszcze przez wiele miesięcy po zakończeniu leczenia i które zdecydowanie wpłynęłyby na poprawę wyglądu zniszczonej skóry.

Ważna jest edukacja chorego i jego rodziny dotycząca prawidłowych zasad pielęgnacji jamy ustnej. Systematyczna opieka pielęgniarstwa umożliwi dobór odpowiednich środków do higieny jamy ustnej i kontrolę efektów leczenia.

Piśmiennictwo

1. Bujko K.: Radioterapia nowotworów złośliwych. W: (red.) M. Frączek. Chirurgia nowotworów, α -medica pres, Bielsko-Biała 2003, 38–41.
2. Demska M., Szmigiel A.: Pielęgnacja skóry u chorych poddawanych radioterapii oraz chemioterapii. Ginekologia Onkologiczna 2009, 7 (1), 71–72.
3. Frączek M., Koszewski W.: Rola chirurgii w leczeniu nowotworów. W: (red.) M. Frączek. Chirurgia nowotworów, α -medica pres, Bielsko-Biała 2003, 21–30.
4. Herman J. K., Cieslik T. M.: Radioterapia nowotworów głowy i szyi. Wiadomości Lekarskie 2008, LXI, 4–6.
5. Jędrzejczak W. W.: Biologia nowotworów. W: (red.) M. Frączek. Chirurgia nowotworów, α -medica pres, Bielsko-Białą 2003, 9–20.
6. Kordek R., Jassem J., Krzakowski M., Jeziorski A.: Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy. Media Press, Gdańsk 2003, 154.
7. Kozakiewicz B.: Onkologia kliniczna. Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2004.
8. Kordek R., Woźniak L.: Elementy rozpoznania patomorfologicznego w onkologii. W: (red.) R. Kordek, L. Woźniak, W. Biernat. Nowotwory, zarys patologii onkologicznej. Dział wydawnictw i Poligrafii Akademii w Łodzi, Łódź 2000, 1–6.
9. Pichór A., Doboszyńska A.: Suchość jamy ustnej – niedoceniony problem kliniczny. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, 2: 26–28.
10. Sierńko E.: Powikłania ze strony jamy ustnej po radioterapii nowotworów głowy i szyi. Onkologia Polska 2007, 10; 3: 13–132.
11. Srebro Z., Lach H.: Genetyczne, epigenetyczne i bioenergetyczne mechanizmy starzenia się i nowotworów. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, 1, 7–14.

12. Wojciechowska U., Didkowska J, Tarkowski W., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2004 roku. Centrum onkologii, Warszawa 2006.
13. Wygoda A., Składowski K., Sąsiadek W., Hutnik M.: Ostry odczyn popromienny błon śluzowych u chorych na raka regionu głowy i szyi. *Współczesna Onkologia* 2007, 11; 4: 210–219.
14. Vincent C., Dębowska R., Eris R.: Pielęgnacja skóry po radioterapii. *Współczesna Onkologia* 2007, 11; 4: 223–226.
15. Zatoński W., Didkowska J.: Epidemiologia nowotworów w Polsce. W: (red.) U. Wojciechowska, J. Didkowska, W. Zatoński. Rejestracja nowotworów złośliwych. Zasady i metody, Centrum Onkologii, Warszawa 2007, 1–9.

Regina Sierżantowicz¹, Dorota Gąsiorek², Bożena Kirpsza¹,
Jolanta Lewko³, Lech Trochimowicz¹

Stopień akceptacji choroby u pacjentek po mastektomii

Rak sutka jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet, stanowi około 19% ogółu zachorowań na nowotwory. W Polsce zarejestrowano około 17% zachorowań. Zajmuje pierwsze miejsce w populacji żeńskiej i jest najczęstszą przyczyną zgonów. Częstość zachorowań gwałtownie wzrasta po 35. roku życia [1, 2].

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w końcu lat 90-tych liczba nowych zachorowań na świecie wzrosła około 1 miliona, a liczba zgonów spowodowanych tą chorobą około 370 tysięcy rocznie. Istnieją duże różnice w zapadalności na raka piersi pomiędzy poszczególnymi populacjami. Najwyższa na świecie zapadalność występuje w Stanach Zjednoczonych i krajach skandynawskich. Najniższą odnotowuje się w Chinach i Japonii. Ryzyko zachorowania Polki na raka piersi jest 3–4 razy mniejsze niż ryzyko zachorowania Amerykanki. Nadal najczęstszą przyczyną zgonów chorych leczonych radykalnie z powodu raka piersi pozostaje progresja nowotworu pod postacią wystąpienia odległych przerzutów. Ponad 75% nawrotów dokonuje się w ciągu pierwszych pięciu lat od leczenia radykalnego. Odległe przerzuty najczęściej lokalizują się w płucach, wątrobie, układzie kostnym i nerwowym [3].

Obecnie przyczyny rozwoju komórek nowotworowych nie są znane. Uważa się, że na powstanie raka piersi mają wpływ różne czynniki. Część kobiet ma wrodzone predyspozycje, a czasem choroba ujawnia się pod wpływem kilku szkodliwych czynników środowiskowych. Poszukiwanie przyczyn powstawania raka jest bardzo istotne, ich znajomość mogłaby być pomocna w wyborze właściwego leczenia, a nawet zapobiegać chorobie. Znajomość czynników ryzyka, sprzyjających rozwojowi raka pomogłaby wydzielić podgrupę kobiet z wysokim ryzykiem zachorowania po to, by zapobiec powstawaniu choroby lub wdrożyć metody jej wczesnego wykrycia. Na największą uwagę zasługują czynniki,

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego UMB

² Mazurskie Centrum Zdrowia „Pro-Medica” w Elku

³ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

których wartość, wykazana w próbach laboratoryjnych, została potwierdzona w praktyce klinicznej. Nie wszystkie czynniki ryzyka działają jednakowo silnie i mają takie samo znaczenie [4].

Przez dziesiątki lat podstawą leczenia nowotworów było odjęcie piersi (amputacja, mastektomia). Obecnie, gdy rak został wykryty odpowiednio wcześniej, można zastosować leczenie oszczędzające [1].

Cel pracy

Celem pracy była ocena akceptacji choroby po operacji raka piersi.

Materiał i metodyka badań

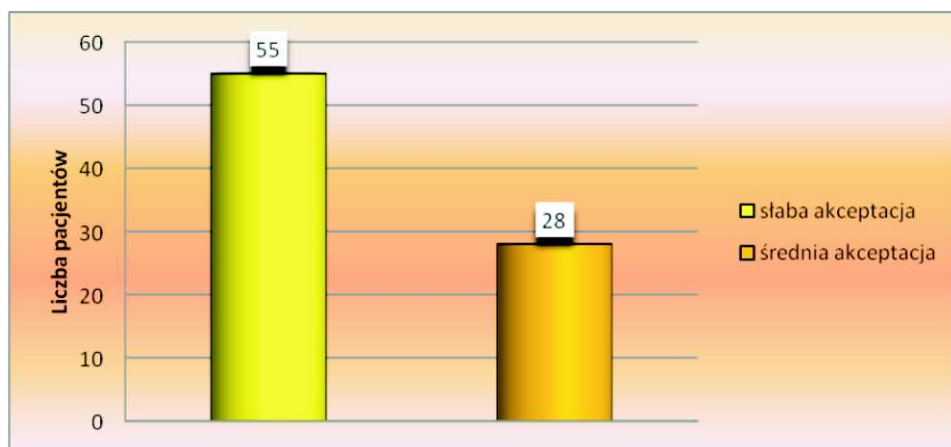
Badaniem objęto grupę 85 pacjentów (84 kobiety i 1 mężczyznę) po operacji z powodu nowotworu sutka i powikłaniami dotyczącymi kończyny górnej. Badania przeprowadzono w Mazurskim Centrum Zdrowia „Pro-Medica” w Ełku wśród pacjentek ośrodka rehabilitacji dziennej, oddziału rehabilitacji i chirurgii ogólnej, na przełomie roku 2009/2010.

Do zebrania materiału badawczego była „skala akceptacji choroby” (AIS Acceptance of Illness Scale). Skala ta służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby u osób dorosłych i może mieć zastosowanie w każdej jednostce chorobowej. Zawiera osiem stwierdzeń dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Odpowiedzi pacjenta w każdym stwierdzeniu są punktowane w skali pięciostopniowej, od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się). Miarą stopnia akceptacji choroby jest suma wszystkich punktów, od 8 do 40. Niski wynik (poniżej 30 punktów) oznacza brak akceptacji i duże problemy emocjonalne związane z chorobą, wysoki (równy 35 i wyższy) świadczy o dobrej akceptacji własnej sytuacji zdrowotnej, wynik pośredni pomiędzy tymi wartościami oznacza średnią akceptację choroby [5]. Użyte wyniki poddano analizie jakościowej i ilościowej.

Wyniki

Badaną grupę stanowiły w przeważającej części kobiety. Wśród grupy badawczej był jeden mężczyzna. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci powyżej 50. r.ż. (66%), jedna osoba znajdowała się w przedziale wiekowym 26–30 lat. Największa grupa respondentów była z zawodowym wykształceniem (40%). Z przeprowadzonych badań wynika, że najliczniejszą grupę badanych (61%) stanowili respondenci zamieszkujący małe miasto. Mieszkańcy terenów wiejskich stanowili 38% badanych. Większość badanych pacjentów (74%) mieszkała z rodziną. Samotnie mieszkało 20%, utrzymując stałe kontakty z rodziną.

W zależności od indywidualnych cech osobowości i wykształconych mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, każdy człowiek reaguje w odmienny sposób na rozpoznanie choroby nowotworowej. Reakcje te zmieniają się w czasie i zależności od etapu leczenia, uciążliwości terapii czy dalszego rokowania. W przeprowadzonym badaniu podjęto próbę oceny akceptacji choroby po operacji raka piersi. Pacjenci w większości deklarowali słabą akceptację choroby oraz problemy emocjonalne związane z przeprowadzonym zabiegiem ($n = 55, 66\%$). W sposób umiarkowany akceptowało chorobę 34% badanych. Nie wykazano wśród badanych pacjentów dobrej akceptacji choroby.



Rycina 1. Akceptacja choroby po operacji raka piersi

W blisko 50% przypadków wystąpiło ograniczenie ruchomości obręczy barkowej kończyny górnej po stronie operowanej. Ograniczenia pojawiły się w 55% przypadków kobiet ze słabą akceptacją choroby oraz w u 39% kobiet ze średnią akceptacją choroby. Otrzymano wartość współczynnika zależności ϕ – Yula równą 0,14, co oznacza bardzo słabą zależność między występowaniem ograniczonej ruchomości obręczy barkowej kończyny górnej po stronie operowanej a akceptacją choroby. Potwierdza to też test niezależności χ^2 , gdzie otrzymano wartość statystyki testowej 1,7 oraz wartość $p = 0,189$, co oznacza, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności (Tabela 1).

W 55% przypadków wystąpił obrzęk limfatyczny. Największy odsetek pacjentów, u których to powikłanie potwierdzono wykazali złą akceptację choroby.

Otrzymano wartość współczynnika zależności ϕ – Yula równą 0,13, co oznacza bardzo słabą zależność między występowaniem obrzęku limfatycznego a akceptacją choroby. Potwierdza to też test niezależności χ^2 , gdzie otrzymano wartość statystyki testowej 1,38 oraz wartość $p = 0,24$, co oznacza, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności (Tabela 2).

Tabela 1. Wpływ akceptacji choroby na występowanie ograniczenia ruchomości w stawach obręczy barkowej

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Nie wystąpiło ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej		Wystąpiło ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej	
	n	%	n	%
Słaba akceptacja	25	45,45	30	54,55
Średnia akceptacja	17	60,71	11	39,29

Tabela 2. Określenie zależności pomiędzy występowaniem obrzęku limfatycznego, a akceptacją choroby

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Nie wystąpił obrzęk limfatyczny		Wystąpił obrzęk limfatyczny	
	n	%	n	%
Słaba akceptacja	22	40	33	60
Średnia akceptacja	15	53,57	13	46,43

U 59% badanych pacjentów wystąpiło zmniejszenie siły mięśniowej kończyny górnej po stronie operowanej. Prawie 70% kobiet, u których wystąpiło powikłanie wykazało złą akceptację choroby.

Otrzymano wartość współczynnika zależności ϕ – Yula równą 0,079, co oznacza brak zależności między zmniejszeniem siły mięśniowej kończyny górnej po stronie operowanej a akceptacją choroby. Potwierdza to też test niezależności χ^2 , gdzie otrzymano wartość statystyki testowej 0,52 oraz wartość $p = 0,47$, co oznacza, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności.

Tabela 3. Określenie korelacji pomiędzy występowaniem zmniejszenia siły mięśniowej kończyny górnej, a akceptacją choroby

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Nie wystąpiło zmniejszenie siły mięśniowej kończyny górnej		Wystąpiło zmniejszenie siły mięśniowej kończyny górnej	
	n	%	n	%
Słaba akceptacja	21	38,18	34	55
Średnia akceptacja	13	46,43	15	53,57

Jedynie w 23% przypadków pojawił się długotrwały ból operowanej okolicy. Na 19 pacjentów, u których wystąpiło to powikłanie aż 14 z nich źle akceptuje chorobę.

Otrzymano wartość współczynnika zależności ϕ – Yula równą 0,08, co oznacza brak zależności między występowaniem długotrwałego bólu operowanej okolicy a stopniem akceptacji choroby. Potwierdza to też test niezależności χ^2 , gdzie otrzymano wartość statystyki testowej 0,6 oraz wartość $p = 0,43$, co oznacza, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy o niezależności.

Tabela 4. Określenie zależności pomiędzy występowaniem długotrwałego bólu okolicy operowanej, a akceptacją choroby

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Nie wystąpił długotrwały ból okolicy operowanej		Wystąpił długotrwały ból okolicy operowanej	
	n	%	n	%
Słaba akceptacja	41	74,55	14	25,45
Średnia akceptacja	23	82,14	5	17,86

U kobiet ze złą akceptacją choroby częściej występowało dwa lub więcej powikłań.

Dyskusja

Rak gruczołu piersiowego jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet w Polsce [6]. Rak piersi ma złożoną etiologię, istnieje szereg czynników mających wpływ na jego rozwój. Z przeglądu literatury wynika, że wiek pacjenta to najważniejszy, niezależny czynnik zachorowania na raka piersi [6]. Rak piersi jest nowotworem hormonalnie zależnym, większa ekspozycja na żeński hormon płciowy zwiększa ryzyko zachorowania na 5–10% przypadków raka piersi [6, 7]. Do czynników, które mogą przyczynić się do wystąpienia raka piersi Jassem zalicza: wczesny wiek pierwszej miesiączki i późny wiek przekwitania, bezdzietność lub późny wiek pierwszej ciąży, zaniechanie karmienia piersią, przebyte aborcje i poronienia, dietę bogatą w tłuszcze zwierzęce, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, zmniejszoną aktywność fizyczną [8].

Przeprowadzone badania potwierdzają założenia występowania raka piersi w zależności od wieku. Ponad połowa ankietowanych (66%) była powyżej 50. r.ż.

Kobiety, u których wykryto raka piersi są poddawane leczeniu chirurgicznemu, chemioterapii, hormonoterapii, radioterapii, w zależności od zaawansowania i rodzaju nowotworu [9]. Od lat 70. XX wieku u chorych na raka piersi wykonuje się amputację metodą Pateya [9]. Jednak w 1990 roku ustalono, że równie dobre wyniki można osiągnąć stosując leczenie oszczędzające, które pozwala zachować pierś. Dane z 2004 roku podane przez Centrum Onkologii w Warszawie wykazują na bardzo niski procent wykorzystywania zabiegów oszczędzających. Wśród pacjentów chorych na raka piersi rocznie w Polsce zabiegi oszczędzające

wykonuje się tylko u 5% chorych. W krajach Europy Zachodniej wykonuje się je u 50–70% pacjentów [10].

W materiale własnym większość ankietowanych poddana została amputacji piersi (72%), u zdecydowanej mniejszej liczby pacjentów zastosowano leczenie oszczędzające (28%).

J. Jassem, Chwałczyńska podkreślają, że rozległy zabieg operacyjny, jakim jest mastektomia wywołuje wiele niekorzystnych zmian w obrębie kończyny i pasa barkowego po stronie operowanej. Należą do nich ograniczenie zakresu ruchów w stawie barkowym, które może występować nawet u 26% chorych, pomimo prawidłowo prowadzonej rehabilitacji, zmniejszenie siły mięśniowej strony operowanej oraz zaburzenia statyki tułowia prowadzące do powstawania wad postawy [8, 11].

Najlepsze wyniki, według różnych autorów, w działaniach podejmowanych w celu przeciwdziałania powikłaniom daje skojarzenia kilku różnych fizykoterapeutycznych metod – CPT (Complex Psychical Therapy). Sesje leczenia obejmują: poprawę higieny skóry, masaż limfatyczny, bandażowanie uciskowe, noszenie uciskowej odzieży, ćwiczenia fizyczne [12, 13].

Badania, które przeprowadzono wykazały, że zabiegami najczęściej podejmowanymi (45%) w celu przeciwdziałania powikłaniom były masaże: automasaż, masaż klasyczny, masaż pneumatyczny oraz w 38% ćwiczenia fizyczne: w odciążeniu, samowspomagane, ogólnousprawniające.

Z przeprowadzonych badań wynika, że do powikłań, które występują najczęściej u pacjentów po mastektomii należą: zmniejszenie siły mięśniowej kończyny górnej po stronie operowanej, które dotyczyło 30% badanych oraz ograniczenie ruchomości w stawach obręczy barkowej kończyny górnej po stronie operowanej (25%). Do niekorzystnych, następstw leczenia chorych na raka sutka zalicza się ubytek całego sutka lub jego części, co przyczynia się do uznania swojej zmniejszonej atrakcyjności. Autorzy taki stan psychiczny nazywają „syndromem połowy kobiety” [4].

Akceptacja jest to przyjęcie jakiegoś sądu, opinii, poglądu lub zachowania albo przychylniej postawy. Z drugiej strony termin ten oznacza wyrażenie zgody na coś. Samoocena, czyli obraz własnej osoby, to zbiór sądów i wyobrażeń na temat własnego wyglądu zewnętrznego, intelektu, charakteru, dojrzałości emocjonalnej, stosunków z innymi ludźmi oraz aspiracji życiowych. Samoakceptacja natomiast wiąże się z zaakceptowaniem samego siebie, takim jakim się jest [14].

Choroba może być przez pacjentów przyjmowana bardzo różnie, od postrzegania jej jako przeszkody utrudniającej lub uniemożliwiającej realizowanie się w życiu zawodowym i rodzinnym do jej całkowitej akceptacji i podporządkowania się do nowej sytuacji życiowej, zdrowotnej oraz społecznej. W piśmiennictwie fachowym podkreśla się, że im wyższy jest stopień akceptacji choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze nasilenie negatywnych emocji u pacjentów. Udowodniono, że osoby akceptujące chorobę, jednocześnie wykazują optymistyczne,

pełne nadziei podejście do życia, zaufanie do lekarzy, do metod leczenia, a także biorą aktywny udział w terapii [11, 15].

Badania Nowickiego i wsp. [16] przeprowadzone wśród 25 kobiet po mastektomii w trakcie leczenia uzupełniającego dowiodły, że dobrą akceptację choroby zaobserwowano u prawie połowy kobiet (44%) w 4. miesiącu po zabiegu. Ponad połowa czuła się potrzebna, nie uważała się za bardziej zależną od innych, nie była ciężarem dla innych, czuła się pełnowartościowa i nie powodowała zakłopotania swoją osobą. Uplywający czas nie miał wyraźnego wpływu na akceptację choroby przez kobiety po amputacji piersi. Inne wyniki otrzymaliśmy w przeprowadzonych badaniach. Zaobserwowano, że pacjenci nie radzą sobie z akceptacją choroby po operacji raka sutka. Nie było ani jednej osoby z dobrą akceptacją choroby. Większość pacjentów (66%) deklarowało słabą akceptację choroby.

Być może wpływ na stopień akceptacji wywarło kilka czynników. W analizie naszych badań grupę badaną stanowiły kobiety poddane leczeniu uzupełniającemu oraz z obecnością powikłań, między innymi: obrzękiem limfatycznym, zmniejszeniem siły mięśniowej kończyny, przedłużającym się bólem operowanej okolicy, ograniczeniem ruchomości w stawach obręczy barkowej. W badaniach przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp. nie wykazywano, by grupa kobiet miała rozpoznane omawiane powikłania. Liczebność badanych była też zdecydowanie mniejsza.

Inne badania, Chachaja i wsp. [17] oceniały jakość życia 404 kobiet z obrzękiem limfatycznym po leczeniu raka piersi. Stwierdzono, że występuje gorsze funkcjonowanie fizyczne pacjentek, ograniczenie w pełnieniu ról społecznych oraz większa częstość występowania dolegliwości ze strony kończyny po stronie operowanej. Grupa z obrzękiem uzyskała też gorszy wynik w skali funkcjonowania emocjonalnego oraz niższą ocenę perspektyw życiowych. Ankietowane kobiety z obrzękiem charakteryzowały się zmienionym obrazem własnego ciała w porównaniu z grupą bez obrzęku. Stosowane leczenie w większości było nieodpowiednie albo też w ogóle go nie stosowano. Najczęstszą metodą leczenia był masaż klasyczny i przyjmowanie leków, jednak nie są one skuteczne w leczeniu obrzęku limfatycznego. W badaniu nie wykazano statystycznie istotnych różnic pod względem sytuacji zawodowej kobiet z porównywanymi grupami, kobiety z obrzękiem limfatycznym rzadziej pracowały zawodowo oraz częściej pozostawały na rencie zdrowotnej.

Dońska K. i wsp [18] analizowali współzależności pomiędzy reakcją 110 kobiet na rozpoznanie zmian guzowatych i choroby nowotworowej piersi a wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym i zamieszkiwaniem z bliską osobą. Badania wykazały, że strach jest dominującą reakcją kobiet w momencie wykrycia zmiany nowotworowej. Reakcja nie była uzależniona od badanych cech, a wszystkie kobiety wymagały wsparcia psychicznego.

Przeprowadzone badania, dotyczące problemów kobiet z rozpoznanym nowotworem piersi, pozwalają na ich identyfikację oraz indywidualny dobór metod

postępowania leczniczego w celu zmniejszenia lub wyeliminowania. W przypadku występowania powikłań jedynym skutecznym sposobem odzyskania sprawności psycho-fizycznej jest indywidualne postępowanie rehabilitacyjne. Podczas zajęć pacjentki uczą się ćwiczeń czynnych, wspomaganych i wolnych kończyny operowanej, pasa barkowego i klatki piersiowej, wykonywanych we wszystkich pozycjach. Celem jest uzyskanie optymalnej sprawności kończyny po stronie operowanej, stanu równowagi psychicznej, a także opanowanie zestawów ćwiczeń, zalecanych do wykonywania w przeszłości.

W badaniach własnych, gdzie akceptacja choroby jest słaba, należałoby ocenę kontynuować po zakończeniu programu rehabilitacyjnego.

Wnioski

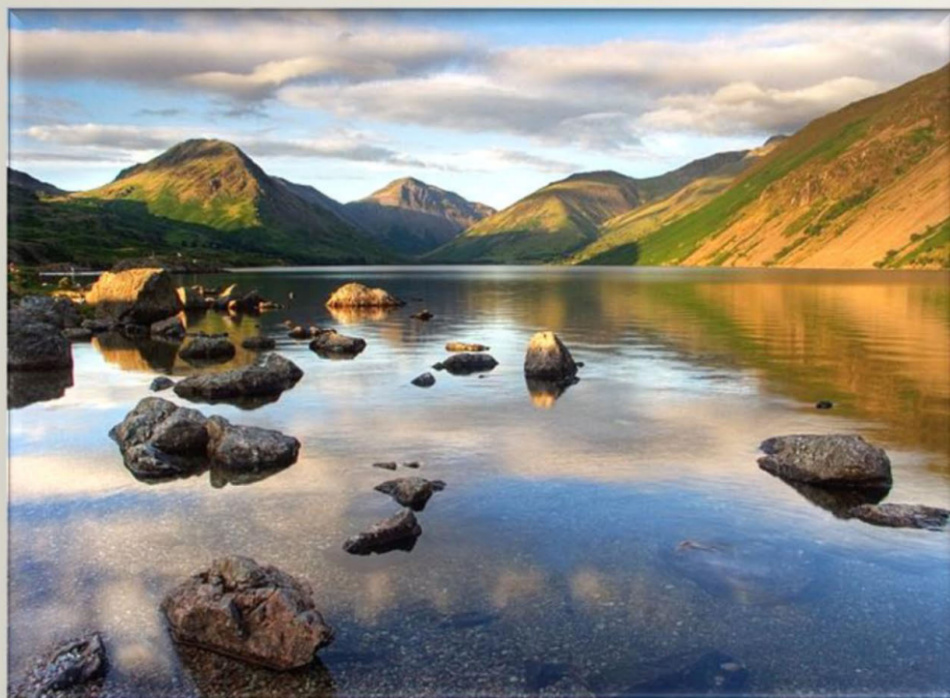
1. Stopień akceptacji choroby po zabiegu mastektomii oceniony został jako słaby. Pacjenci w większości mieli problemy z zaakceptowaniem zaistniałej sytuacji.
2. Intensywne i kompleksowe postępowanie leczniczo-rehabilitacyjne pacjentów po mastektomii pozwoli na zwiększenie akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

1. Kołodziejski L.: Chirurgia raka sutka. Medycyna Praktyczna. Chirurgia, 2007.
2. Dzikowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2000 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Centrum Onkologii – Instytut M. Skłodowskiej-Curie, Zakład Epidemiologii i Prewencji, Warszawa 2003.
3. Mazurkiewicz M.: Profilaktyka i metody wczesnego rozpoznania raka piersi gruczołu piersiowego. Medycyna rodzinna 2000.
4. Mika A.K.: Po odjęciu piersi. PZWL, Warszawa 2005, 21–27, 122–126.
5. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001, 168–172.
6. Vogel G.: Assessing risk of Breast cancer. Medycyna po Dyplomie 2000 (5): 124–132.
7. Stehney M.: Genetics in practice: colon and breast cancer. Medycyna po Dyplomie 2001 (4) 179–183.
8. Jassem J.: Rak sutka. PWN, Warszawa 1998, 31, 182–211, 274 278.
9. Nowicki A., Krajewski E., Maruszak M.: Wczesne wyniki leczenia raka gruczołu piersiowego metodą oszczędzającą. Współczesna Onkologia 2006 (10) 3: 85–91.
10. Jaśkiewicz Z., Malinowski Z., Kukawski P., Kułakowski W.: Współczesne poglądy na temat leczenia oszczędzającego kobiet chorych na raka piersi we wczesnych stopniach zaawansowania. Polski Przegląd Chirurgiczny 2004 (74): 419–428.
11. Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I.: Jakość życia po mastektomii. Wiadomości Lekarskie, 2004, 5.
12. Jeziorski A.: Obrzęk limfatyczny jako powikłanie leczenia chorych na raka piersi. Onkologia Polska 1999, 2, 122–125.

13. Trochimowicz L., Sierżantowicz R., Kirpsza B.: Rehabilitacja w chirurgii. Rutkowski R. (red.): Rehabilitacja medyczna w praktyce klinicznej. Skrypt do nauczania studentów fizjoterapii, pielęgniarstwa i medycyny. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2009, 137–161.
14. Rostowska T., Wałęcka-Matyja K.: Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry – analiza porównawcza. *Psychoonkologia*, 2003, 7, 7–13.
15. Stępień R. B. Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15: 20–5.
16. Nowicki A., Ostrowska Ź.: Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Polski Merkurjusz Lekarski*, 2008, 403.
17. Chachaj A., Małyszczak K., Lukas J., Pyszal K., Pudełko M., Tarkowski R., Andrzejak R., Szuba A.: Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 2007, 11, 9, 444–448.
18. Dońka K., Kanadys K., Lewicka M., Baran B., Wiktor H.: Reakcje kobiet na rozpoznanie zmian guzowatych i choroby nowotworowej piersi. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska Lublin. Polonia* 2005, Vol. LX, suppl XVI, 78, Sectio D, 357–362.

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Renata Świdarska¹
Dawid Arkadiusz Włodarczyk¹

Dziadku do widzenia

Śmierć jest wielka, tajemnicza, smutna. Nie przywiązujemy do niej uwagi, także i nie chcemy. Boimy się księdza przy konającym z ostatnim namaszczeniem, chcemy, by bliska nam sercu osoba dalej żyła, choć nie nasza w tym wola. Odchodzą nasi ukochani, odchodzą serc naszych bliskie serca. Nie powiedziało się tylu słów, nie dokonało tylu spraw, gdzieś uciekł po drodze życia czas, który można było podarować ukochanej osobie. Gdy nadchodzi ten dzień, zawsze jest za wcześnie, chcemy jak zwykle wciąż więcej, wbrew wszystkiemu, wbrew może i nawet Bogu. Płacz, rozpacz, żal, ból, wszystko za jednym razem, często złość, bezradność w obliczu nieuniknionej śmierci. Każdy z nas ma w sercu ukochanych, którzy odeszli, wspomnienia wracają, w ciszy zamykamy się, by być w tamtych dniach minionych, by cieszyć się istnieniem i chwilami, które były. Otwieramy oczy, rozpacz targa rannym sercem, pytań tysiące – dlaczego teraz, czemu już, można było jeszcze trochę, spieramy się z Bogiem, obwiniamy siebie nawzajem, cierpimy – dusza zaś spokojnie ulatuje lub nawet już jest przed obliczem Pana. Kotłują się wszyscy nad ciałem z płaczem, ze łzami, jedni drugich wspierają szlochając głośno, ktoś komuś leki na uspokojenie niesie, drugi stara się pomóc we wszystkim, choć nie wie jak.

Tyle słów chciałbym powiedzieć – nie mogę. Łzy lecą jedna za drugą, stoisz przed moimi oczyma. Wspominam dni, gdy byłeś mi ochroną, gdy mnie małe dziecko tuliłeś do siebie, byłeś mi wzorem, byłeś mi tętą. Wszak mój ojciec uciekł od odpowiedzialności, Ty Dziadku żeś mi go zastąpił. Gdy chorego prowadziłeś do przychodni, wspierałeś mnie swym ramieniem, bo powietrza mi było brak, płakałeś, bo martwiłeś się o mnie. Czuwałeś nad moim łóżkiem, drżałeś o mnie, bo kochałeś mnie całym sobą. Pamiętam dni i te wesole, i te smutne. Zawsze byłeś mi Ojcem – Dziadku. Wychowywałeś mnie, boś mówił, że ja pólsierota. Cieszyłeś się z moich osiągnięć, marszczyłeś czoło, jak coś źle zrobiłem. Chciałeś, bym wyszedł na ludzi, bym dorósł i był wspaniałym człowiekiem. Wiele sobie

¹ www.kropelka-wiary.pl

odmówiłeś, bym tylko ja dorastał tak, jak należy. Gdy osiągnąłem wiele cieszyłeś się i ze wzruszeniem mówiłeś – *Żeś Jest Dumny* ze mnie. Dziś nad ranem odszedłeś tam, gdzie ciebie wzywano. Byłeś żołnierzem, więc i tego rozkazu posłuchałeś. Pamiętam twe historie opowiadane, niezapomniane wiersze, Ty tylko mnie nimi wzruszałeś – wiesz, ja też **jestem dumny że miałem takiego Dziadka – takiego Ojca**. Dziadku, wczoraj konałeś, ja tylko przez telefon powiedziałem, że Ciebie Kocham i że nie zapomnę, kto mnie wychował. Więcej powiedziec nie mogłem, Ty także już słowa nie rzekłeś, choć wiem, że mnie słyszałeś, czułem to, bo takie rzeczy się czuje. Pamiętam, jak zawsze przed odjazdem w morze błogosławieństwem i znakiem krzyża ojcowskim *Żeś* mnie żegnał. Jak zwykle oboje łązy w oczach mieliśmy, bom synem twym był i wnukiem. Pytałeś się wszystkich co ze mną się dzieje, czekałeś na każdy mój telefon. Przeżywałeś ciężką moją pracę i wbrew wszystkim dumny ze mnie byłeś. Twe wysłużone już serce wciąż było przy mnie, byłeś ciekawy, jak tu jest.

Teraz Dziadku już widzisz mnie z góry, choć mnie nie ma przy Twoim łóżku, choć oczu Twych nie dane mi było zamknąć, choć ostatnim dłoni uściskiem nie mogłem pożegnać Ciebie, to wiem, że tu Jesteś, widzisz mój statek i moją pracę. Dziadku teraz widzisz, jak siatkę się stawia, jak wybiera rybę, by na życie zarobić i wiem, że Dumny tam Jesteś ze mnie, że tam teraz nade mną czuwać będziesz. Dziadku, powiedziec mi trzeba – **dziękuję za wszystko**, żegnam Ciebie tutaj, na morzu i wspierał będę swą modlitwą, wiersz sobie przypomnę – ten mój ulubiony – O zbójcach i dzieciach czekających na Ojca. Dziadku nie mam słów by powiedziec kim dla mnie byłeś, kim zawsze pozostaniesz, dziękuję Bogu, że dane mi było dorastać przy Tobie. Dziękuję Bogu, że i moje dzieci mogły poznać twą dobroć i żart. Twój uśmiech i mądre słowo.

Dziadku – Dziękuję. Usiądź teraz koło mnie, mam wolne jestem po wachcie, opowiedz ten wiersz, niechże pocałuję Twą Dłoń Ojcowską, razem odmówmy różaniec. Może opowiesz koleiny raz historię z wojny, którą znam już na pamięć. Wiesz Dziadku – dzieciom swoim nie zapomnę mówić kim byłeś. Mojej małej córce powiem prawdę o człowieku prawym. Nie przepadnie o Tobie pamięć. Wychowałeś mnie i szczerze dzięki Tobie, nie wiem, kim bym był bez Ciebie. Dziadku, nie wstydzilem się dziś łez, tak jak i Ty nie wstydzileś się ich kiedy był powód. Kocham Ciebie, jak prawdziwy syn Ojca swego, kiedy odpoczniesz koło mnie, idź tam, gdzie iść musisz. Proszę czuwaj nade mną i przychodź zawsze, kiedy tylko masz na to ochotę. Dziadku tyle się działo i dzieje zawsze, jednak Twa Miłość Ojcowska trwała jak nienaruszona twierdza. Wzorem mi Jesteś i pozostaniesz. Obraz ten, jak babcię swą żonę w czoło całujesz, jak ją kochałeś i jak żecie żyli długo razem. Jaki piękny to widok był dla mnie, jaki przykład dla wielu.

Dziadku nie mogę powiedziec – *Żegnaj*, bo każdy z nas ma swój czas. Powiem – **do widzenia**, kiedyś tam będziemy razem całą naszą rodziną, znów opowiesz ten wiersz i może pewną historię? Dziadku wiedz, że będę robił wszystko,

Byś nie przestał Być ze mnie dumny, będę się starał Ciebie nie zawieść, wspieraj mnie, jak możesz – proszę i wybaczyć, że mnie wczoraj i dziś przy Tobie nie było. Dziadku tam już nie cierpisz, tam masz inaczej, Czas Spocząć W Wiecznym Odpoczywaniu A Światłość Wiekuista Niech Tobie Świeci Na Wieki Wieków – Amen. Maryjo Matko Nasza, Weź Mojego Dziadka, mojego Ojca, Przygarnij Do Swych Ramion Świętych, bardzo cierpiał, ale dzielnie to znosił, wiele w swym życiu dokonał, być może nie zawsze było jak trzeba, ale dzieciom przecież się wybacza. Maryjo ja rękę za Niego, to dobry był człowiek i wspinały Ojciec, nie zważaj na nic, bo wdzięczność na ziemi swoją osobą pozostawił. Będą nad Jego Grobem płakać Maryjo, ja także będę, tylko że tu, zobaczysz Matko, ilu Jego żegnać będzie, a żal ich szczery i prawdziwy. Więc Sama Matko Zobaczysz, że znamienita dusza do Ciebie zmierza.

Dziadku – Do Widzenia, już masz tak blisko, koniec z bólem i cierpieniem, nam teraz łączy po Tobie wylewać. Wnuki, prawnuki, synowie i córki, cała rodzina, wbrew wszystkiemu staną razem, każdy dziękować swoją osobą będzie, bo Wielkim Byłeś Dziadku W Swej Skromnej Osobie, Wielkim Pozostaniesz – nam teraz Dziękować pozostaje Tobie.

Znałeś go na pamięć – wszystkich tym zawsze zadziwiałeś, bo to długi wiersz mnie Ojciec wzruszałeś:

*„Pójdźcie, o dziatki, pójdźcie wszystkie razem
Za miasto, pod słup na wzgórek,
Tam przed cudownym klękajcie obrazem,
Pobożnie zmówcie paciorek.*

*Tato nie wraca; ranki i wieczory
We łzach go czekam i trwodze;
Rozlały rzeki, pełne zwierza bory
I pełno zbójców na drodze”.*

*Słyszac to dziatki biegną wszystkie razem,
Za miasto, pod słup na wzgórek,
Tam przed cudownym klękają obrazem
I zaczynają paciorek.*

*Całują ziemię, potem: „W imię Ojca,
Syna i Ducha świętego,
Bądź pochwalona, przynajświętsza Trójca,
Teraz i czasu wszelkiego”.*

*Potem: Ojciec nasz i Zdrowaś, i Wierzę,
Dziesięcioro i koronki,
A kiedy całe zmówili pacierze,
Wyjmą książeczkę z kieszonki:*

*I litanią do Najświętszej Matki
Starszy brat śpiewa, a z bratem
„Najświętsza Matko – przyśpiewują dziatki,
Zmiłuj się, zmiłuj nad tatem!”*

*Wtem słychać terkot, wozy jadą drogą
I wóz znajomy na przedzie;
Skoczyły dzieci i krzyczą jak mogą:
„Tato, ach, tato nasz jedzie!”*

*Obaczył kupiec, łzy radosne leje,
Z wozu na ziemię wylata;
„Ha, jak się macie, co się u was dzieje?
Czyście tęskniły do tata?*

*Mama czy zdrowa? ciotunia? domowi?
A ot rodzinę w koszyku”.*
*Ten sobie mówi, a ten sobie mówi,
Pełno radości i krzyku.*

*„Ruszajcie – kupiec na służę zawoła –
Ja z dziećmi pójdę ku miastu”.*
*Idzie... aż zbójcy obkoczą dokoła,
A zbójców było dwunastu.*

*Brody ich długie, kręcone wąsiska,
Wzrok dziki, suknia pługawa;
Noże za pasem, miecz u boku błyska,
W ręku ogromna buława.*

*Krzyknęły dziatki, do ojca przypadły,
Tulą się pod płaszcz na łonie;
Truchleją służę, struchlał pan wybladły,
Drżące ku zbójcom wznosił dłonie.*

*„Ach, bierzcie wozy, ach, bierzcie dostatek,
Tylko puszczajcie nas zdrowo,
Nie róbcie małych sierotami dziątek
I młodej małżonki wdową”.*

*Nie słucha zgraja, ten już wóz wyprzęga,
Zabiera konie, a drugi
„Pieniędzy!” krzyczy i buławą sięga,
Ów z mieczem wpada na służę.*

*Wtem: „Stójcie, stójcie!” – krzyknie starszy zbójca
I spędma bandę precz z drogi,
A wypuściwszy i dzieci, i ojca,
„Idźcie, rzekł, dalej bez trwogi”.*

*Kupiec dziękuje, a zbójca odpowie:
„Nie dziękuj, wyznam ci szczerze,
Pierwszy bym pałkę strzaskał na twęj głowie,
Gdyby nie dziatek pacierze.*

*Dziatek sprawiły, że uchodzisz cało,
Darzą cię życiem i zdrowiem;
Im więc podziękuj za to, co się stało,
A jak się stało, opowiem.*

*Z dawna już słysząc o przejeździe kupca,
I ja, i moje kamraty,
Tutaj za miastem, przy wzgórk u słupca
Zasiadaliśmy na czaty.*

*Dzisiaj nadchodzę, patrzę między chrusty,
Modlą się dziatek do Boga,
Słucham, z początku porwał mię śmiech pusty,
A potem litość i trwoga.*

*Słucham, ojczyste przysły na myśl strony,
Buława upadła z ręki;
Ach! ja mam żonę, i u mojej żony
Jest synek taki maleńki.*

*Kupcze! jedź w miasto, ja do lasu muszę;
Wy, dziatek, na ten pagórek
Biegajcie sobie, i za moją duszę
Zmówcie też czasem paciorek”.*

Dziś najgorszy dzień – środa, życie toczy się dalej, pracy jest bardzo dużo. Załoga cieszy się, że będą posiadać środki na spełnienie swoich marzeń i godne życie. Dziś dziadku Twój pogrzeb, mnie nie będzie, nie poniosę trumny z Twoim Ciałem, nie będzie mnie w kaplicy, ani w Kościele. Nie rzucę garści ziemi na Twe pożegnanie. Dziadku wiedz, że mi przykro, że naprawdę przykro, chciałbym być jak inni, chciałbym płakać na twym grobem, wieniec złożyć, dłoń na Twęj zimnej dłoni położyć. Nie mogę – Ty wiesz przecież dlaczego. Dziadku, mój Kochany Ojciec – wybaczone, że wnuka – syna, przy Tobie w ten dzień nie ma, lecz zaręczam, Wiedz, że jestem, myśli moje wciąż koło Ciebie krążą, wiele wspomnień, Twa Postać, ciągniesz mnie sankami, uczysz procą strzelać, w Kościele donośnie śpiewasz....tylko wspomnień, długie jazdy rowerem, moje wybryki, Dziadku

jak bardzo mi szkoda, wiem, że Jesteś gdzie indziej już, że tam jest dobrze, lecz jakże się cieszyć, jak zrozumieć, tak ciężko, tak ciężko dziś. Wiara bólem okryta, Dziadku, Ojczy, Wybacz Proszę, serce moje nie tu lecz tam idzie za Twoją trumną, płacze, jak inni, nie Jesteś sam, tam mnie ktoś zastępuje, tam ktoś wieniec ułoży i łzy także uroni, Dziadku Kochany, za Twą dobroć i radość, za cierpliwość i radę, za siły i wychowanie, za Ojcowskie Kochanie – dziękuję szczerze za serce ogromne i Twoje wytrwanie, Dziadku, odpoczywaj w pokoju wiecznym, Aniołom wiersze opowiedz, odwiedź wszystkich tam naszych, mamę swą spotkasz, siostry i braci, Dziadku, Ojczy Kochany – kiedyś i ja i Ty znów się spotkamy.

Arek

Walentyna Pasieka¹

Tożsamość negatywna a wykluczenie społeczne

Proces formowania się tożsamości człowieka zachodzi w trakcie jego życia w dwóch wymiarach – tożsamości osobistej związanej z formowaniem się struktury „ja” oraz tożsamości społecznej.

Kształtowanie się tożsamości osobistej zajmuje centralne miejsce w rozwoju człowieka i rozpoczyna się w rodzinie – naturalnym środowisku wychowawczym człowieka, środowisku najbezpieczniejszym i najpewniejszym dla rozwoju. W rodzinie kształtują się pierwsze i podstawowe pojęcia moralne, rodzina daje poczucie sensu życia, inspiruje do aktywności, ułatwia wzrastanie w świat kultury, przyswajanie obowiązujących w nim norm i wartości, chroni i wspomaga w sytuacjach trudnych. Zapewnia zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, potrzeb zwierzenia się z przeżyć konfliktowych, wyzbycia się doznanych upokorzeń. Jest pierwszą grupą społeczną, która daje przykład współżycia i współdziałania społecznego (Raczkowska, 1983, s. 56).

Istotną rolę w procesie kształtowania tożsamości odgrywa środowisko szkolne, które włącza się w kształtowanie tożsamości osobistej toczące się w rodzinie i zapoczątkowuje kształtowanie tożsamości społecznej, rozwijane potem w środowisku lokalnym. Edukacja szkolna wyposaża uczniów w wiedzę i umiejętności, w korzystną motywację i nawyki zapewniające powodzenie w życiu, przygotowuje do życia w świecie wciąż zmieniającej się cywilizacji i nowych stosunków międzyludzkich, wdraża do demokratycznych form życia zbiorowego oraz przyswajania przez uczniów zasad moralności opartej na wartościach ogólnoludzkich (Muszyński, 1991, s. 134).

Nieodłącznym i nieuchronnym elementem życia człowieka jest środowisko lokalne. Człowiek czasem może być pozbawiony rodziny, może wyłączyć się z grupy rówieśniczej (towarzyskiej), ale nie może żyć poza społecznością lokalną. Potrzeba afiliacji jest jedną z najbardziej podstawowych potrzeb człowieka, kształtującą się już we wczesnym dzieciństwie.

¹ Akademia Pomorska

Składnikami środowiska lokalnego są wspólne instytucje, symbole i wartości. Człowiek jako istota stadna (Trotter, 1916, s. 31), żyjąca w społeczności, z którą się identyfikuje, tworzy swoją tożsamość społeczną, związaną z uformowaniem się struktury *My*, przejawia się w identyfikowaniu się z innymi ludźmi, ich celami, wartościami, zasadami postępowania, odczuwaniem więzi, gotowością do współdziałania, uświadamianiem sobie wspólnoty. Środowisko lokalne jest najbardziej skutecznym zabezpieczeniem zbiorowości przed dezorganizacją oraz patologią (Pilch, Lepalczyk, 1995, s. 172). Osiągnięcie tożsamości, możliwe dzięki prawidłowemu funkcjonowaniu wymienionych wyżej środowisk, oznacza nabycie dostatecznie ukształtowanych indywidualnych wartości, motywów, potrzeb, przekonań, zainteresowań, indywidualnych sposobów myślenia oraz kryteriów ocen, oznacza pewną stałość człowieka i możliwość zachowania poczucia własnej wartości w różnych warunkach działania, jak też uzyskiwanie akceptacji otoczenia społecznego.

W niektórych przypadkach budowania tożsamości może dojść do powstania tzw. tożsamości negatywnej, którą definiuje się jako „poczucie posiadania wielu potencjalnie złych lub bezwartościowych cech”.

Do powstania tożsamości negatywnej prowadzi dążenie do tego, by być tym wszystkim, czego społeczeństwo nie chce, czego ono życzy sobie unikać; zwłaszcza młodzi ludzie chcą być tym wszystkim, co im się kulturowo odradza. (Witkowski, 2004, s. 59). Tożsamość negatywna budowana jest na tych wszystkich identyfikacjach i rolach, które w pewnych stadiach krytycznych rozwoju jednostki są przedstawiane jako niepożądane czy niebezpieczne. Formowanie się tożsamości negatywnej odbywa się poprzez, utworzony przez jednostkę, własny „wewnętrzny obraz” samego siebie oraz przez warunki społeczne, w jakich ona przebywa. Negatywny obraz samego siebie, który oznacza frustrację, a co najmniej psychiczny dyskomfort powoduje, że młody człowiek, aby poradzić sobie z tym problemem, próbuje fantazjować na swój temat, kreując niejako fałszywy obraz samego siebie. Sytuacja taka ma miejsce wówczas, kiedy rzeczywiste „ja” oceniane jest jako wysoce nieatrakcyjne i odbiegające daleko od ideału, jakiego oczekuje społeczeństwo. Fałszywe „ja” pojawia się wówczas, kiedy występuje duża rozbieżność pomiędzy rzeczywistym „ja” a „ja” idealnym, czyli wyobrażeniem tego, jakim powinno się być. Nasze „ja” idealne, czyli tym jacy powinniśmy być – tworzy cała kultura, wychowanie, rodzice, nauczyciele (Bilińska-Suchanek, 2003, s. 131).

W ciągu swojego życia człowiek pyta o sens życia, o wartości, zastanawia się nad swoją egzystencją. Szczególnie okres dorastania sprzyja zadawaniu pytań i świadomego szukania na nie odpowiedzi. Wśród młodych są też tacy, którzy nie pytają lecz tylko odczuwają brak akceptacji otoczenia, czują się wyalienowani, samotni i odrzuceni, odczuwają brak oparcia egzystencjalnego poprzez przytłaczającą presję. Poczucie rozczarowania, brak wsparcia ze strony takich instytucji, jak rodzina, szkoła, których zadaniem jest wspieranie młodego człowieka

w podejmowanych przez niego działaniach i decyzjach, powodują brak akceptacji i uznania. „Warunki społeczno-kulturowe są często źródłem powstawania negatywnej tożsamości, jako motywacji odwetowej” (tamże, s. 132).

Brak wsparcia i umiejętności zapanowania powodują, iż młodzi ludzie korzystają ze środków będących pod ręką. „W trakcie najgłębszego zamętu rozwojowego młody człowiek wielokrotnie woli raczej być niczym i to zupełnie, niż być pełną sprzeczności wiązką fragmentów tożsamości nieakceptowanych przez siebie. W takiej sytuacji przyjęcie tożsamości negatywnej może wydawać się lepsze niż nie posiadanie żadnej”.

Kolejnym źródłem zaistnienia tożsamości negatywnej jest „symulacja odwetowa”. Działając odwetowo jednostka wchodzi w rolę nieakceptowaną przez siebie, która dość często zaczyna ją wciągać. Obraz, jaki tworzy jest akceptowany przez otoczenie i odbierany jako rzeczywisty poprzez graną rolę. Rodzi to niebezpieczeństwo pozostawania w tejże roli, pozostawiając jednostkę w sprzeczności z samym sobą – bycia kimś, z kim nie do końca się identyfikuje. Niekiedy jednostka swoją postawą demonstracyjnie przejawia zachowania nieobyczajne. Sytuacja taka jest niebezpieczna, bowiem zaczyna ona wciągać jednostkę, a jednocześnie umacniana przez otoczenie sprawia, że grana rola uznawana jest za obraz rzeczywisty.

Silnym źródłem rodzenia się tożsamości negatywnej są różne etykiety społeczne, których nadawcami są najbliższe jednostce osoby, tj. rodzice, nauczyciele, rówieśnicy. Przyjęcie treści etykiety prowadzi do reinterpretacji obrazu samego, stając się składnikiem tworzącej się tożsamości w zakresie koncepcji siebie (tamże, s. 132). To narzucenie negatywnego obrazu przez innych powoduje, iż jednostka skłonna jest przyjmować ów obraz za swój własny, narzucony mu przez dominujących nad nim i wyzyskujących go (Witkowski, 2004, s. 67).

Zjawisko naznaczenia jest szczególnie widoczne w przestępczości nieletnich. W okresie budowania się tożsamości młodych ludzi, społeczeństwo odbiera im możliwość zmiany, utwierdzając poprzez naznaczenie, że przypisana jest im społecznie tożsamość negatywna. Początkowo naznaczeni, czy też społecznie relegowani przeciwstawiają się temu, ale z czasem zaczynają akceptować wizerunek bycia gorszym od innych, narzucony przez społeczeństwo. To etykiety tworzą mechanizm odepchnięcia, „uruchamiając impuls spychający rozwój jednostki ku tożsamości negatywnej”. W przypadku powstania tożsamości przestępczej jednostka nie negocjuje swoich praw, ale często egzekwuje je w sposób brutalny.

Powstawanie tożsamości negatywnej może zaistnieć również poprzez niedostateczną ilość ról oferowanych młodym przez społeczeństwo. Jeżeli w niewielkim stopniu odpowiadają one oczekiwaniom, wówczas jednostka sama znajduje role, w których chce funkcjonować, a które niekoniecznie akceptowane są przez społeczeństwo. Młody człowiek przy braku dostatecznej motywacji dążeń do samorealizacji przyjmuje role, które są odrzucane społecznie bądź też pozostaje na marginesie życia zbiorowości. Twórcze jednostki, silnie zmotywowane, które

czują się zmuszone zaakceptować tożsamość negatywną jako linię postępowania, obranie takiej drogi traktują jako uzyskanie własnej emancypacji.

Brutalizacja życia to kolejne źródło powstawania tożsamości negatywnej. Przejawem brutalizacji jest stosowanie przemocy zarówno w domu rodzinnym, szkole, grupach rówieśniczych, czy też innych instytucjach. Przemoc rozumiana jako zadawanie bólu, bicie oraz przemoc emocjonalna i psychiczna. Brutalne traktowanie doprowadza do tego, że ofiara brutalności sama zaczyna marzyć o własnej brutalności, gdyż to staje się kryterium własnej siły i wartości. Brutalność otoczenia powoduje, że jednostka doświadczająca przemocy przejmuje model takiego postępowania, przenosząc go na swoje otoczenie. Przemoc, będąca najłatwiejszym sposobem wymuszania posłuszeństwa na krótką metę, jest jednocześnie przejawem niedorozwoju mechanizmów kontroli emocji u nadawców przemocy. Stosowanie rozwiązań siłowych spotyka się, niestety, z ogólną akceptacją. Ci, którzy doznawali przemocy, często bezkrytycznie stosują ją wobec innych – ofiary stają się oprawcami naruszając tym samym nietykalność osobistą i okazując brak poszanowania godności innym. Tożsamość negatywna, budująca się u dorastającego człowieka, oparta na kulcie siły, jest czymś, co daje mu trwałe poczucie bezpieczeństwa i przyjętą tożsamość skutecznie utrwała.

Ten krótki przegląd najważniejszych czynników i okoliczności sprzyjających powstawaniu tożsamości negatywnej dowodzi, że zjawisko to może występować często i być przyczyną wielu niepożądanych zjawisk, także w ważnych wymiarach społecznych.

Przyjęcie tożsamości negatywnej może bowiem w sprzyjających temu warunkach doprowadzić do najbardziej dramatycznej konsekwencji – do wykluczenia społecznego.

Przyczyna wykluczenia społecznego najczęściej kojarzona jest z ubóstwem uniemożliwiającym funkcjonowanie na poziomie podstawowym, tj. brakiem pożywienia, ubrania, dachu nad głową, znacznym ograniczeniem lub brakiem dostępu do dóbr i usług, takich jak środki transportu, edukacja, ubezpieczenie, opieka medyczna, brak dostępu do informacji i kontaktu z kulturą niezbędnych do uczestniczenia w komunikacji społecznej i zaangażowania się w życie społeczności lokalnej.

Dokonywać się ono jednak może nie tylko na gruncie przewlekłych i krańcowych stanów ubóstwa, a więc na płaszczyźnie materialnej, ale także w sferze psychologicznej.

Wykluczenie społeczne bowiem to również brak zgody członków społeczności lokalnej na prezentowane przez jednostki postawy i zachowania odbiegające od ogólnie akceptowanych. Tak stać się może w przypadku przyjęcia tożsamości negatywnej, która zwykle stanowi przyczynę rozwoju, wielu społecznie nieakceptowanych zachowań i patologii, które prowadzą zrazu do niechęci, braku akceptacji, do ostracyzmu społecznego, wreszcie w ostatecznej konsekwencji – do wykluczenia społecznego.

Rozwijające się konsekwencje przyjęcia tożsamości negatywnej, jak na początku niepowodzenia szkolne, bezradność, wreszcie bierność, niemożność samodzielnego utrzymywania się i stopniowe uzależnianie od stałego wsparcia z zewnątrz prowadzi niechybnie do utrwalenia się potem tego stanu rzeczy także na gruncie materialnym.

Wykluczenie społeczne jest stanem szczególnie dramatycznym – bywa porównywane do przebiegającej w samotności, przewlekłej, wyniszczającej choroby, w której doświadczany jest lęk, niemoc, przemijanie i skończoność.

Bywa określane mianem śmierci społecznej – śmiercią w trakcie życia.

Aby skutecznie walczyć z każdym przypadkiem wykluczenia społecznego trzeba zacząć od szukania wszystkich możliwych przyczyn – nie tylko tych materialnych, dobrze widocznych, ale i innych niekoniecznie łatwo zauważalnych, jak np. tych, prowadzących najpierw do przyjęcia tożsamości negatywnej, a potem, jak wynika to z powyższych rozważań – do ostatecznego dramatycznego finału jakim jest wykluczenie społeczne.

Tożsamość negatywna, jako jedna z możliwych przyczyn powstawania wykluczenia społecznego, formuje się we wczesnych stadiach rozwoju jednostki. Oznacza to, że wykluczenie społeczne można nie tylko zwalczać, ale także mu zapobiegać, co jest łatwiejsze, wymaga mniejszych nakładów i jest skuteczniejsze.

Pojawienie się tożsamości negatywnej nie oznacza tkwienia w niej przez całe życie. Przeciwwagą takiej sytuacji, sposobem wyjścia z tej kondycji jest jakieś „znaczące moratorium ze znaczącymi innymi, autentycznie dojrzałymi i utalentowanymi” (tamże, s. 68).

Piśmiennictwo

1. Bilińska-Suchanek E. (2003): *Opór wobec szkoły*. Kraków.
2. Raczkowska J. (1983): *Kiedy rodzina zawiedzie*. Warszawa.
3. Muszyński H. (1991): *Zarys teorii wychowania*. Warszawa.
4. Trotter W. (1916): *Instynkty stada w pokoju i wojnie*.
5. Witkowski L. (2004): *Rozwój i tożsamość w cyklu życia*. Kraków.
6. *Słownik języka polskiego* (1978). Warszawa.

Marta Anna Sałapata¹

**Společna śmierć śmierci –
(nie)zrozumiały ostracyzm² śmiertelników wobec umierania
(Refleksja nad postawami nauczycieli wobec śmierci – wstępne wnioski z badań)**

„Czy można się nie godzić z czymś, co jest
sprawą nieuniknioną, jak choćby śmierć?
Nie. Ale protestować wypada”.

Władysław Grzeszczyk

Według Czesława Banacha **nauczyciel** to „osoba ucząca innych przez przekazywanie wiadomości (treści), wprowadzająca w świat wartości oraz kształtująca kompetencje i umiejętności, w tym uczenia się przez całe życie. To współczesny profesjonalista, przygotowany merytorycznie, pedagogicznie, psychologicznie oraz metodycznie. Jest źródłem wiedzy i etycznych wartości oraz doświadczenia społecznego i życiowego w zmieniającym się świecie; wyzwala aktywność uczących się i wspomaga ich rozwój”³. W *Słowniku pedagogicznym* Wincenty Okoń stwierdza, że nauczyciel „(...) oznacza kogoś, kto uczy innych, przekazując im wiadomości, bądź naucza kogoś, jak ma żyć”⁴. Jak zauważa Henryka Kwiatkowska coraz większego znaczenia nabiera funkcja ‘uczenia życia’ dlatego, że w świecie współczesnym młodym ludziom coraz trudniej się odnaleźć, stworzyć sens swego życia oraz radzić sobie z problemami⁵. Okazuje się zatem, że „szkoły nie są jedynymi miejscami, w których nauczyciele ponoszą odpowiedzialność za wpływanie na wartości wynoszone z uczniowskich doświadczeń życiowych. Odpowiedzialność nauczycieli rozszerza się poza mury szkoły – konkurujące ze sobą wartości i realia społeczno-ekonomiczne wzywają nauczycieli do odpowied-

¹ Instytut Pedagogiki, Akademia Pomorska w Słupsku

² „Ostracyzm” – w znaczeniu przenośnym ‘bojkot towarzyski, wykluczenie kogoś nieakceptowanego’. H. Zgólkowa, (red.): *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*, t. 27, Poznań 2000, s. 68.

³ Cz. Banach, *Nauczyciel*, [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, (red.) Tadeusz Pilch, t. III, Warszawa 2004, s. 548. Wydaje się istotnym zwrócić uwagę na formę, w jakiej Banach pisze o nauczycielu. Zakłada, że nauczyciel taki JEST a nie POWINIEN BYĆ. Określa w ten sposób niepodważalną konieczność funkcjonowania nauczyciela jako człowieka m.in.: wykwalifikowanego, kompetentnego, wyposażonego w najwyższej wartości zasady etyczne, nie zaś przyzwolenie na bycie właśnie takim.

⁴ W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2004, s. 268.

⁵ Por. H. Kwiatkowska, *Pedeutologia*, Warszawa 2008, s. 27.

nich zachowań kształtujących postawy uczniowskie wobec świata”⁶. Nauczyciel stanowi niejako pomost pomiędzy światem dziecka a światem dorosłych oraz mediatora spotykających się różnych dziecięcych wyobrażeń o otaczającej rzeczywistości. „Bycie nauczycielem na miarę potrzeb XXI wieku to służba każdemu, kto się zagubił, potrzebuje pomocy, życzliwości, dobrego słowa, uśmiechu. Konieczne są życiowa mądrość, wsparta wiarą w sens pracy, powołanie, siła woli i charakteru, twórcza postawa wobec rozwiązywanych problemów oraz pogoda ducha. Od wychowawcy wymaga się, aby dostrzegał potrzeby innych ludzi, potrafił prowadzić z nimi dialog (...)”⁷, nie unikając tematów trudnych, niekiedy traumatycznych.

Dialog taki jest szczególnie trudny, gdy za rozmówcę mamy osobę, która rozpoczyna dopiero proces stawiania się jednostką społeczną. Proces ten trwający niejako przez całe życie człowieka, „mieści się (...) między dwiema słabościami: między słabością maleńkiego dziecka i słabością umierającego”⁸.

Słabość małego dziecka rozpoczyna fazę socjalizacji pierwotnej, w której znaczący inni (szczególnie rodzice) określają granice funkcjonowania jednostki. Wprowadzanie jej w świat polega na obserwowaniu go, odzwierciedlaniu i dostosowywaniu do jego wymagań. „Zachowanie małego dziecka jest wówczas prostym odbiciem tego, czego od niego oczekuje otoczenie ludzi dorosłych”⁹. Magda Karkowska przywołuje w tym miejscu spostrzeżenia Petera Bergera i Thomasa Luckmanna, którzy stwierdzają, że treści socjalizacji pierwotnej są niezwykle trwałe i trudne do zanegowania w późniejszym życiu¹⁰. W miarę upływu czasu poszerza się przestrzeń ludzkiego doświadczenia. „Pojawiają się przede wszystkim szkoła i nauczyciel oraz różne inne instytucje (...) z którymi jednostka wchodzi w interakcje (...)”¹¹. Jest to okres socjalizacji wtórnej, w którym to wraz z poszerzającym się uczestnictwem społecznym jednostka poznaje nowe wartości, wchodzi w relacje z innymi jako członek różnych grup, uczy się funkcjonowania

⁶ Ch. Day, *Rozwój zawodowy nauczyciela*, Gdańsk 2008, s. 275.

⁷ E. Kobyłecka, *Nauczyciel wobec aksjologicznych dylematów i ambiwalencji współczesności*, [w:] *Polski system edukacji po reformie 1999 roku. Stan, perspektywy, zagrożenia*, (red.) P. Waśko, M. Wrońska, A. Zduniak, Poznań – Warszawa 2005, t. I, s. 422.

⁸ A. Wojciechowski, *Pedagogiczna wspólna droga jako zespół wartości*, [w:] *Wokół szkoły i edukacji. Syntezy i refleksje*, (red.) Krzysztof Rubacha, Toruń 1997, s. 69.

⁹ E. Bilińska-Suchanek, *Opór wobec szkoły. Dorastanie w perspektywie paradygmatu oporu*, Kraków 2003, s. 44.

¹⁰ Por. M. Karkowska, *Socjologia wychowania. Wybrane elementy*, Łódź 2009, s. 30. Doświadczenie odwrócenia tego, co zostało przyswojone w trakcie socjalizacji pierwotnej jest bardzo trudne i obciążone dużym ładunkiem emocjonalnym. Badacze nazywają ten proces alternacją. Obserwacja ta jest niezmiernie istotna w obliczu planowanych badań. Doświadczenie śmierci to jedna ze zmiennych pośredniczących sformułowanych na potrzeby badań i stanowić może istotną przyczynę deklarowania konkretnej postawy wobec niej. Wielokrotnie spotykamy się ze stwierdzeniem, iż sposób przeżycia śmierci bliskich osób w dzieciństwie silnie oddziałuje na postawę prezentowaną w życiu dorosłym.

¹¹ R. Borowicz, *Socjalizacja*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. IV, Warszawa 2002, s. 45.

w rolach oraz „(...) przyswaja społeczne zasady regulujące jej postępowanie”¹². Osobą szczególnie istotną na tym etapie jest nauczyciel.

Jak powiedziała Claire Kebers „dziecko potrzebuje tylko prawdy. (...) zaczerpnij z niej tylko to, co może z niej zrozumieć i znieść. (...) By móc mówić dziecku zwyczajnie o śmierci trzeba, by dorosły zrezygnował ze wszystkich kompromisów na jakie szedł z rzeczywistością śmierci, własnej śmierci również (...)”¹³, zaś „milczenie o tych sytuacjach jest dodatkowym źródłem cierpienia czy niezrozumienia dla jednych i drugich”¹⁴. I tak, jak milczenie rodzica w tej sytuacji może być jeszcze zrozumiałym¹⁵, tak cisza ze strony nauczyciela zrozumianą być już nie może. Z racji przyjmowanych na siebie zobowiązań, nauczyciel powinien wyrażać choćby gotowość do uczestniczenia w życiu swego ucznia czy wychowanka. Jego działania stanowią reakcję na potrzeby i oczekiwania dziecka. Ma być on źródłem zrozumienia, czasem milczącej obecności, a kiedy indziej partnerem w rozmowie. Człowiek, który podejmuje się trudu pracy z dzieckiem (wychowywania i nauczania go dla jego dalszego życia) zobowiązany jest pamiętać również o śmierci (jako z życiem nierozzerwalnie związanej). W sposób dojrzały i kompetentny powinien czuwać nad percepcją śmierci i umierania. Dlatego też jest on odpowiedzialny za (współ)kształtowanie życiowej świadomości dzieci i młodzieży w kontekście nieuchronności umierania i śmierci oraz związanego z tym nierozzerwalnie zagadnienia wartości życia ludzkiego. Jednakże w jakim stopniu powierzyć mu można tak ważne zadanie, jakim jest realizacja „prawa dziecka do śmierci”, bez znajomości postaw, które sam wypracował, by uporać się z bolesną prawdą nieuchronnego końca?

„Zdolność nauczycieli do sprostania wyzwaniom XXI wieku będzie uwarunkowana nie tylko środowiskowo, ale także ich własnymi spojrzeniami na świat”¹⁶. W swych badaniach związanych z pracą doktorską podjęłam próbę poznania

¹² E. Bilińska-Suchanek, *Opór...*, op. cit. W tym miejscu zaznaczyć można, iż przyswajanie owych norm nie przebiega zawsze w sposób bezkrytyczny i zupełny. „Instytucje (...) mogą być brzemieniem lub wręcz wywierać presję, gdyż wiążą się z nimi nie tylko formy normalizowania zachowań, ale również zorganizowane formy kontroli społecznej” [K. J. Tillmann, *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, Warszawa 2005, s. 112], które wzbudzać mogą opór, zaś „pełnia kompetencji emancypacyjnych i komunikacyjnych, zdolność [jednostki – M.A.S.] do kreowania siebie samej, swego świata społecznego i kultury”, [E. Bilińska-Suchanek, *Opór...*, op. cit., s. 45] to obraz socjalizacji krytycznej.

¹³ C. Kebers, *Jak mówić o cierpieniu i śmierci*, Kraków 1994, s. 46.

¹⁴ *Ibid.*, s. 43.

¹⁵ Powyższe stwierdzenie może oczywiście być kwestią dyskusyjną. W moim rozumieniu milczenie rodzica może być zrozumiałe, z tego względu na to, że nie każdy rodzic w sensie ‘biologicznym’ jest gotowy do bycia rodzicem w znaczeniu wychowawczym. Natomiast rola nauczyciela jest warunkowana ukończeniem studiów wyższych, co związane jest z koniecznością zdobywania i poszerzania wielu kompetencji zawodowych, które nie powinny pozwolić na przemilczanie przez nauczyciela wielu kwestii wychowawczych, tu: kwestii śmierci i umierania.

¹⁶ Ch. Day, *Rozwój...*, op. cit., s. 285.

owych spojrzeń, bowiem wiele nauczycielskich odpowiedzi zależy od indywidualnego stosunku człowieka wobec podejmowanych kwestii. Nie jest jednakże możliwe, aby w ramach podjętej pracy objąć badaniami nauczycieli wszystkich etapów kształcenia, dlatego też obecnym celem jest rozpoznanie postaw nauczycieli edukacji wczesnej wobec śmierci, jako tych, od których zależy jakość pierwszego – często determinującego życie późniejsze – osvajania dziecka z ludzką śmiertelnością.

*

Wejście na teren placówki edukacyjnej w celu przeprowadzenia badań warunkowane jest zgodą jej dyrektora, dlatego też za każdym razem przeprowadzana jest „rozmowa kwalifikacyjna”. Gdy pada pytanie, na jaki temat prowadzę badania, udzielona odpowiedź wywołuje u mojego rozmówcy uczucie, które na twarzy widoczne jest jako mieszanina zdziwienia, konsternacji, lęku, zakłopotania, odrobiny ciekawości, a niekiedy wstrętu i oburzenia. Zazwyczaj rozmówcę bardzo interesuje przyczyna podejmowania przeze mnie tego tematu i nie zmienia się to pomimo upływu lat. Już gdy prowadziłam badania związane z pracą magisterską spotykałam się ze zdziwieniem i niezrozumieniem¹⁷. *A dlaczego taki smutny temat? Taka Pani młoda, zamiast się czymś ciekawszym zająć... weselszym, bardziej życiowym...* Zaś ostatnio usłyszałam następujące słowa: *Ale po co rusza Pani taki drażliwy temat? To takie przykre przecież, na co dzień się o tym nie myśli, a Pani tutaj takie pytania... no nie wiem... nie wiem...* Tę wątpliwość odczytywać można na wiele sposobów. Nie wiem – czy jestem gotów na konfrontację z własnymi lękami, czy chcę wracać do pewnych faktów, sytuacji, nie wiem czy ma sens zastanawianie się nad czymś tak odległym, nie wiem czy chcę burzyć swój święty spokój... i tak dalej... Możliwości tyle, ilu potencjalnych respondentów. Zdarza się i tak, że nauczyciele odmawiają udziału w badaniach. Okazuje się zatem, że czasem pomimo postulatów otwartości, profesjonalizmu i odpowiedzialności zawodowej dominuje ów paraliżujący lęk, którego konsekwencją staje się wykluczanie. Widoczne jest ono w różnych formach. Po pierwsze – we wspomnianej powyżej odmowie udziału w badaniach. Niestety – unikanie problemu nie sprawi, że on sam zniknie. Po drugie – bojkotowanie nieuchronności śmierci widoczne jest w (nie)podejmowanych przez badanych działaniach. Na przykład: z danych wynikających z przeprowadzonych badań pilotażowych wynika, że

¹⁷ Ten dysonans w zestawieniu tematu i osoby badacza wyjaśnia poniższy fragment. „Człowiek młody i zdrowy nie myśli o śmierci. Wie o jej nieuchronności, ale plany życiowe pochłaniają go całkowicie i nie może być w nich miejsca na rozważania o śmierci i umieraniu. Człowiek młody, który rozmyśla o śmierci, nie jest człowiekiem zdrowym fizycznie albo psychicznie, gdyż bodźcem nieodzownym do pracy, do wszelkiej aktywności, do życia jest wiara w przyszłość lepszą niż dzień dzisiejszy, przyszłość mającą trwać niemal bezgranicznie”. *Przedmowa* do L. Pearson, (red.) *Śmierć i umieranie – Postępowanie z człowiekiem umierającym*, Warszawa 1975.

nikt z badanych (50 osób, wiek od 25 do 55 lat) nie dokonał spisania testamentu. Jest on kojarzony z rozporządzeniem własnym majątkiem na wypadek śmierci (z przepisami regulującymi w świetle Kodeksu cywilnego). Badani stwierdzali, że nie spisali testamentu, bo nie mają nic wartościowego lub też nie myśleli o tym do tej pory i że mają jeszcze czas. Nikt z badanych nie interpretuje testamentu jako okazji do 'powiedzenia' swym bliskim tego, czego powiedzieć by nie zdążyli w wypadku swojej nagłej śmierci, której – co też istotne – wszyscy się boją i takiej chcieliby uniknąć. Jest to postawa ambiwalentna, która charakteryzuje się tym, iż badani z jednej strony chcieliby mieć czas na przygotowanie się do swojej śmierci, z drugiej zaś najchętniej umarliby nagle, bez zbędnego bólu i cierpienia.

Wykluczanie – zarówno siebie, jak i swych uczniów, wychowanków – z osvajania przestrzeni umierania i śmierci widoczne jest w odpowiedzi na wiele pytań, jednakże jedno z nich daje szczególnie jasny obraz. Na 50 badanych osób 2/3 zaznaczyło, iż w sytuacjach zawodowych, w relacji z podopiecznym nie chcą i nie muszą poruszać zagadnień dotyczących śmierci i umierania. Odpowiedź taka została wybierana spośród kilku innych możliwości:

- chcę i mogę poruszać zagadnienia dotyczące śmierci i umierania (proszę wskazać w jakich okolicznościach)
 - w zależności od okoliczności życiowych podopiecznych/wychowanków/pacjentów
 - w ramach realizowanego programu zajęć
 - w ramach działalności wolontaryjnej placówki
 - inne:...
- nie chcę i nie muszę poruszać zagadnień dotyczących śmierci i umierania
- chcę, ale nie mogę poruszać zagadnień dotyczących śmierci i umierania (dlaczego?)
- nie chcę, ale muszę poruszać zagadnienia dotyczące śmierci i umierania (dlaczego?)

Jak do tej pory nikt z badanych nie wybrał dwóch ostatnich odpowiedzi, jednakże przewaga drugiego wariantu nie napawa optymizmem. Widoczna jest tu bowiem wyraźnie deklarowana niechęć nauczycieli – już nawet nie tyle do podejmowania tego tematu, co choćby do gotowości, otwartości na problemy uczniów czy wychowanków, związanych z okolicznościami śmierci i umierania. Niechęć ta wyrażać się może w ignorowaniu potrzeb uczniów, w realizowaniu treści programowych bez refleksyjnego spojrzenia na siedzące w ławce szkolnej dziecko. Może, co gorsza, przybrać formę „psychologii” – czyli, *nie mój problem, tylko szkolnego pedagoga*. A „edukacja musi się stawać uniwersalną formą pracy człowieka nad sobą, refleksji nad własnym losem”¹⁸, jakże więc dokonać tego, skoro niejedynemu nauczycielowi nie jest otwarty na pracę nad samym sobą? Wydaje się oczywistym, że tak, jak nie każdy człowiek jest w stanie poradzić sobie z nie-

¹⁸ W. Prokopiuk, *Nauczyciel na polach humanizacji edukacji*, Kraków 2010, s. 108.

uchronnością śmierci, tak nie każdy nauczyciel odnajdzie w sobie na tyle siły, by udźwignąć ciężar tej trudnej sytuacji w przestrzeni zawodowej. Jak to określa Włodzimierz Prokopiuk „Nauczyciele-pedagodzy nie są jakąś szczególną, wybraną przez Boga, grupą ubezpieczoną na całe życie od „starzenia się” zawodowego, znużenia, obniżania się poziomu profesjonalizmu, zaniku motywacji do permanentnego rozwoju, kanonizacji, uniwersalizacji własnych doświadczeń i eksploatacji stereotypów”¹⁹. Są po prostu ludźmi, z całym bogactwem i ułomnością człowieczeństwa. Jednakże nie mogą zapominać o tym, że z racji wejścia w rolę zawodową, która polega – najogólniej mówiąc – na kształtowaniu ucznia/wychowanka, pomimo różnych miar zaangażowania w rozwiązywanie uczniowskich problemów, nie można ich całkowicie ignorować, wykluczać. „Warunkiem ‘stanowienia’ osobowości nauczyciela jest jego duchowość rozumiana jako system wyższych potrzeb psychicznych, zainteresowań, orientacji aksjologicznych, wyrażających jego stosunek do świata i do siebie samego”²⁰. To osoba nauczyciela, jego przekonania, wartości, postawy i ideały są podstawą do stworzenia autentycznej, skutecznej wychowawczo i edukacyjnie więzi z drugim człowiekiem. Jak mówi Henryka Kwiatkowska „(...) nauczycielstwo to już sama w sobie etyka i moralność, gdyż bez etyki i moralności nie ma w tym zawodzie nauczycielstwa, a co najwyżej techno-pragmatyczne najemstwo”²¹. Dlatego też tak istotne jest kładzenie nacisku na „ogólną wizję człowieka i wychowania, właściwą aksjologię i teleologię pedagogiczną, bez których działalność pedagoga jest poruszaniem się po omacku”²². Jak pisze Marielene Leist w rozmowach o śmierci „decydująca jest (...) nie wiedza intelektualna, nie informacje teologiczne ani wyuczone poglądy, lecz dojrzałość, z jaką sami podchodzimy do problematyki śmierci, a więc jak dalece jesteśmy gotowi zrezygnować z negacji, wypierania i tabuizacji śmierci, na ile potrafimy przyznać się do lęku przed umieraniem, do braku wiedzy o tym, co jest „potem” i na ile szczerze i rzeczowo jesteśmy w stanie odpowiadać na pytania (...)”²³. Dlatego też fachowości nie można przedkładać nad rozwijanie autentycznej, moralnej świadomości nauczycielskiej, kształtowanie tożsamości zawodowej i otwartości na Innego człowieka z całym jego ‘bagażem’ (w tym z jego śmiertelnością) i przede wszystkim na swoje człowieczeństwo. Dlatego też z jednej strony można usprawiedliwiać pierwotny ludzki lęk wobec śmierci, który powoduje, że istota śmiertelności umiera, z drugiej zaś nie można zapominać, że jest to lęk przed utratą życia. To wła-

¹⁹ Ibidem, s. 289.

²⁰ Ibidem, s. 302.

²¹ H. Kwiatkowska, *Etos zawodowy nauczyciela i jego przemiany*, [w:] *Przemiany zawodu nauczycielskiego*, (red.) J. Nowak, Wrocław – Warszawa – Kraków 1991, s. 201.

²² Z. Bartkiewicz, *Nauczyciel kompetentny w perspektywie deontologicznej*, [w:] *Nauczyciel kompetentny. Teraźniejszość i przyszłość*, (red.) Z. Bartkiewicz, M. Kowaluk, M. Samujło, Lublin 2007, s. 28.

²³ M. Leist, *Dzieci poznają tajemnicę śmierci*, Poznań 2009, s. 235.

śnie życie stoi na drugim końcu tego, czego tak bardzo unikamy, zatracając się w tej ucieczce/kamuflażu/ignorancji tak bardzo, że zapominamy o jego wartości. Świadomość śmiertelności nie powinna ludzi paraliżować, ale dawać im siłę do tego, aby ŻYĆ²⁴.

*

Przeprowadzone badania ukazują wiele innych ważnych kwestii. Wspomnieć mogę w tym miejscu o coraz powszechniejszym korzystaniu przez badanych z usług przedsiębiorstw pogrzebowych w organizowaniu pogrzebu osób bliskich, skracaniu się okresu przeżywania żałoby oraz powszechnej akceptacji kremacji, jako formy postępowania z ciałem zmarłego. Wydaje się jeszcze istotne zwrócenie uwagi na fakt, iż około połowa badanych deklaruje dokonania oświadczenia woli związanego z przekazaniem własnych organów do przeszczepu w razie nagłej śmierci. Pozostała część zgodnie wskazywała, że nie zrobiła tego, ze względu na brak dostatecznej wiedzy w tym temacie. Jest to pozytywnie nastrajająca świadomość konieczności ciągłego wysiłku w kierunku ‘transplantologicznej’ edukacji społeczeństwa zarówno w kontekście śmierci własnej, jak i osób bliskich.

*

Nie ulega wątpliwości, że zagadnienie postaw wobec śmierci będzie nurtowało ludzi tak długo, jak długo będą oni istnieć świadomi swej śmiertelności. Równie długo będzie spoczywała na dorosłych odpowiedzialność za wprowadzanie nowych pokoleń w otaczającą nas rzeczywistość. Jako, że najwcześniejsze kształtowanie się postaw dzieci odbywa się za pomocą naśladowania, modelowania i identyfikacji, uzyskane wyniki badań pokażą nam, jakie postawy wobec śmierci stanowią obecnie dla najmłodszych wzór do naśladowania. W chwili obecnej nie napawają one optymizmem, choć mam nadzieję, iż kolejni respondenci rozświetlą tę ponurą wizję. Praca z dzieckiem nie może być tylko improwizacją i uczeniem się przez doświadczenie. Stanowiąc one mogą element profesjonalnego doskonalenia, ale podstawy warsztatu zawodowego – w tym również umiejętność podejmowania rozmów i udzielanie wsparcia w sytuacjach trudnych – adept powinien zdobyć w ramach kształcenia zawodowego. Kompetencje zawodowe nauczycieli przejawiające się m.in. w umiejętnościach psychopedagogicznych, to czynniki, które warunkują rozwój zarówno dzieci i młodzieży, jak i samego pracownika. Dlatego też końcowe wyniki badań nad postawami wobec śmierci mogą stać się również ważnym elementem w procesie kształcenia

²⁴ Dla każdego człowieka zakres pojęciowy tego słowa różni się, tak więc najpełniej chyba jego znaczenie można oddać pisząc właśnie w ten sposób.

nauczycieli i pedagogów. Dla potwierdzenia moich założeń pozwolę sobie przytoczyć cele tanatologicznego kształcenia pedagogów i nauczycieli, sformułowane przez Przemysława Grzybowskiego. „(...) generowanie oraz dostarczanie im [nauczycielom i pedagogom – M.A.S.] wiedzy, a także kształtowanie ich kompetencji w zakresie:

- poszukiwania, gromadzenia, analizowania i przekazywania wiedzy, podejmowania badań naukowych na temat cierpienia i śmierci;
- prowadzenia i uczestniczenia w dyskusji na temat cierpienia i śmierci – na różnych poziomach ogólności i w różnych środowiskach;
- udzielania wsparcia merytorycznego osobom o niewielkiej wiedzy na temat cierpienia i śmierci oraz osobom poszukującym tej wiedzy okazjonalnie;
- radzenia sobie z cierpieniem, chorobą i śmiercią w życiu własnym”²⁵.

Ponadto pedagogizacja społeczeństwa promująca postawy wobec śmierci charakteryzujące się zwróceniem szczególnej uwagi na godność jednostki ludzkiej, jej prawo do zrozumienia procesu umierania, prawo do uczestniczenia w śmierci, prawo do wyrażania we własny sposób uczuć i emocji związanych z bólem, prawo do poszukiwania duchowości czy prawo do otrzymywania uczciwych i pełnych odpowiedzi na wszystkie pytania, może stać się doskonałą możliwością do poprawienia jakości więzi międzyludzkich, otwartości, pomocy i wsparcia dla drugiego człowieka. Wciąż będziemy protestować przeciwko konieczności i nieodwołalności śmierci, ale niech to będzie protest twórczy, protest wyrażający się choćby w pełnym wykorzystywaniu tego, co zostało nam dane. I w tym duchu wychowywać powinniśmy kolejne pokolenia. Pamiętać wszak należy, że wychowanie do śmierci jest w istocie wychowaniem do życia.

Piśmiennictwo

1. Banach Cz.: *Nauczyciel*. [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, (red.) Tadeusz Pilch, t. III, Warszawa 2004.
2. Bartkiewicz Z.: *Nauczyciel kompetentny w perspektywie deontologicznej*. [w:] *Nauczyciel kompetentny. Teraźniejszość i przyszłość*. (red.) Z. Bartkiewicz, M. Kowaluk, M. Samujło, Lublin 2007.
3. Bilińska-Suchanek E.: *Opór wobec szkoły. Dorastanie w perspektywie paradygmatu oporu*, Kraków 2003.
4. Borowicz R.: *Socjalizacja*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. IV, Warszawa 2002.
5. Day Ch.: *Rozwój zawodowy nauczyciela*, Gdańsk 2008.
6. Grzybowski P.: *Praktyczne cele i aspekty kształcenia tanatologicznego pedagogów i nauczycieli*, [w:] *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*, (red.) J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, Gdańsk 2009.

²⁵ P. Grzybowski, *Praktyczne cele i aspekty kształcenia tanatologicznego pedagogów i nauczycieli*, [w:] *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*, (red.) J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, Gdańsk 2009, s. 8.

7. Karkowska M.: *Socjologia wychowania. Wybrane elementy*, Łódź 2009.
8. Kebers C.: *Jak mówić o cierpieniu i śmierci*, Kraków 1994.
9. Kobyłecka E.: *Nauczyciel wobec aksjologicznych dylematów i ambiwalencji współczesności*, [w:] *Polski system edukacji po reformie 1999 roku. Stan, perspektywy, zagrożenia*, (red.) P. Waśko, M. Wrońska, A. Zduniak, Poznań – Warszawa 2005, t. I.
10. Kwiatkowska H.: *Etos zawodowy nauczyciela i jego przemiany*, [w:] *Przemiany zawodu nauczycielskiego*, (red.) J. Nowak, Wrocław – Warszawa – Kraków 1991.
11. Kwiatkowska H.: *Pedeutologia*, Warszawa 2008.
12. Leist M.: *Dzieci poznają tajemnicę śmierci*, Poznań 2009.
13. Okoń W.: *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2004.
14. Pearson L. (red.): *Śmierć i umieranie – Postępowanie z człowiekiem umierającym*, Warszawa 1975.
15. Prokopiuk W.: *Nauczyciel na polach humanizacji edukacji*, Kraków 2010.
16. Tillmann K. J.: *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, Warszawa 2005.
17. Wojciechowski A.: *Pedagogiczna wspólna droga jako zespół wartości*, [w:] *Wokół szkoły i edukacji. Syntezy i refleksje*, (red.) Krzysztof Rubacha, Toruń 1997.
18. Zgólkowa H. (red.): *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*, t. 27, Poznań 2000.

Ewa Mojs¹, Włodzimierz Samborski¹,
Dariusz Samulak¹, Krzysztof Jaroszewski¹

Choroba przewlekła jako predyspozycja do tworzenia sytuacji problemowych na przykładzie padaczki u dzieci

Inspiracją do przygotowania niniejszej pracy była praktyka kliniczna, spotkania z pacjentami i ich rodzinami, neurorehabilitacja dzieci i młodzieży z uszkodzeniami układu nerwowego oraz często zadawane pytania („FAQ”) przez rodziców, dzieci oraz lekarzy.

Wprowadzenie

Uszkodzenie układu nerwowego

Doskonalenie metod diagnostycznych powoduje, iż już na wczesnym etapie rozwoju, w okresie prenatalnym, położnicy są w stanie stwierdzić występowanie wad, zaburzeń rozwojowych dziecka.

W Polsce 6,1% dzieci rodzi się z masą urodzeniową poniżej 2500 gram oraz przed 37. tygodniem ciąży. Dzieci z niską i skrajnie niską masą urodzeniową zagrożone są ryzykiem nieprawidłowego rozwoju. Dzieci te wymagają wielospecjalistycznej opieki i działań zarówno terapeutycznych, jak i przeciwdziałających kształtowaniu się wczesnej niepełnosprawności ruchowej i intelektualnej,

Zaburzenia rozwojowe i choroby układu nerwowego mogą ujawniać się także po narodzinach, u dzieci urodzonych o czasie, z właściwą masą urodzeniową oraz prawidłowym wynikiem w skali Apgar, np. – mózgowe porażenie dziecięce, padaczka (1%), upośledzenie umysłowe. Po narodzinach mogą działać inne czynniki, które uszkodzą układ nerwowy – urazy – wypadki komunikacyjne, pobicia, upadki itp., co także może prowadzić do powstania napadów padaczkowych. Każda z tych sytuacji wymaga odrębnego postępowania leczniczego, ale są to też sytuacje podobne pod względem kształtującego się obciążenia psychologicznego dla matki i innych osób sprawujących opiekę nad dzieckiem z uszkodzeniem układu nerwowego bądź inną przewlekłą chorobą somatyczną.

¹ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Padaczka jako problem kliniczny

Padaczka jest jednym z trzech, oprócz bólów głowy i trudności szkolnych, najczęstszych zespołów neurologicznych występujących u dzieci [1]. Około 5% osób z ogólnej populacji miało przynajmniej jeden napad drgawek uwarunkowany polietiologicznie [2]. Jednakże nie u wszystkich tych osób zostaje rozpoznana padaczka. Napady padaczkowe występują znacznie częściej w wieku dziecięco-młodzieńczym. U około 30% pacjentów pierwszy napad padaczkowy występuje przed 4. rokiem życia, u 50% przed 14. rokiem u 15% po 25. roku [2]. Na padaczkę choruje 0,5%–1% dzieci do 16. roku życia [1]. W przebiegu padaczki, częściej niż w populacji ogólnej, występują zaburzenia sfery psychicznej. U dzieci w Norwegii i Finlandii zdecydowaną większość padaczek stanowią zespoły związane z lokalizacją (62%), zaś pierwotnie uogólnione 25%. W badaniach polskich epidemiologicznych przeważają padaczki z napadami częściowymi u dzieci młodszych do 2. roku życia, wśród padaczek o etiologii idiopatycznej dominują padaczki z napadami uogólnionymi, częściej także u dziewcząt. U chłopców przeważają postaci objawowe tych padaczek i zespołów [3]. Wczesny początek padaczki u dzieci współwystępuje często z innymi zaburzeniami sfery psychicznej, np. z upośledzeniem umysłowym. Z kolei, u 30% dzieci z zaburzeniami rozwoju, np. zespole autystycznym czy Aspergera, współwystępuje padaczka [2, 3]. W takich wypadkach występowanie padaczki wiąże się z behawioralną regresją funkcji poznawczych i emocji. Encefalopatie padaczkowe stanowią zespoły, w których zarówno napady, jak i subkliniczne wyładowania powodują postępujące zaburzenia funkcji mózgu. U 30% dzieci stwierdza się poważne zaburzenia funkcji poznawczych i emocji, które wymagają zastosowania specjalnych programów edukacyjnych [1]. Zaburzenia dotyczą zarówno funkcji poznawczych, jak i emocji (ryc. 1). Zaburzenia psychiczne w padaczce mogą mieć postać względnie stałych deficytów, bądź też mogą ewoluować w czasie w związku z przebiegiem choroby. Ich postać kliniczna wpływa w istotnym stopniu na wybór formy leczenia oraz wymaga od lekarza prowadzącego decyzji czy owe zaburzenia wymagają dalszego rozszerzonego postępowania leczniczego, np. treningu procesów poznawczych, psychoterapii czy też treningu behawioralnego.

Ryc. 1. Zaburzenia psychiczne w padaczce

- Poznawcze
 - o Globalne – inteligencja,
 - o Wybiórcze – dysfunkcje typu, np. dysleksja, dyskalkulia,
- Emocjonalne
 - o Pierwotne,
 - o Wtórne.

Źródło: opracowanie własne

W oparciu o licznie przeprowadzone badania dotyczące jakości życia dzieci z padaczką stwierdzono, że czynnikiem znacznie ją pogarszającym są zaburzenia funkcji poznawczych, które wpływają na trudności w nauce oraz integrację społeczną [4, 5, 6]. Besag proponuje podział zaburzeń psychicznych na czasowe i trwałe. Trwałe – związane bezpośrednio z uszkodzeniem o.u.n., a czasowe związane z napadami padaczkowymi oraz stosowaną farmakoterapią. Ignatowiczowa proponuje klasyfikację zaburzeń psychicznych uwzględniającą kategorie:

- Upośledzenia umysłowego,
- Dysleksji i dysgrafii,
- Zespołu otępiennego,
- Zaburzeń zachowania i osobowości [3].

Pierwsze trzy podgrupy można określić ogólnie jako zaburzenia czynności poznawczych, trzeci o charakterze emocjonalno-poznawczym

Poziom rozwoju inteligencji dzieci w wieku szkolnym, chorujących na padaczkę w porównaniu do zdrowych rówieśników w 80% mieści się w granicach normy lub lekkiego upośledzenia [5, 6, 7, 8]. Dzieci te mają możliwość uczenia się w szkołach powszechnych. U dzieci i młodzieży z padaczką występują także wybiórcze zaburzenia czynności poznawczych, które ograniczają bądź utrudniają realizację zadań związanych z uczeniem się. U 30% pacjentów występują częściowe deficyty funkcji poznawczych i zaburzenia w zakresie sprawności układu wzrokowego i słuchowego. Wybiórcze deficyty poznawcze mogą występować u osób z padaczką przy prawidłowym poziomie inteligencji. Aldenkamp i wsp. odnotowują, iż 5–50% dzieci z padaczką może przejawiać różnorodne problemy w uczeniu się [8]. Talarska wskazuje, iż dzieci i młodzież z padaczką odczuwała 18% badanej grupy, u 48% stwierdziła występowanie odczucia smutku a złość u 80% w porównaniu z 59% w grupie kontrolnej [9]. Dzieci z padaczką nie wykazują znacząco niższych w porównaniu do rówieśników [6, 7]. Zaburzenia koncentracji uwagi zakłócają uczenie się i realizację zadań szkolnych – uczenia się przedmiotów ścisłych [8]. Zaburzenia grafomotoryki stwierdzono u połowy badanej grupy, a 1/5 z nich została zdiagnozowana jako dysgrafia [9].

Wśród licznych czynników mających związek z zaburzeniami poznawczymi wymienia się przede wszystkim istniejące uszkodzenie mózgu, jak również powstałe wskutek powtarzających się napadów drgawkowych. Uogólnione napady toniczno-kloniczne z większym prawdopodobieństwem mogą spowodować upośledzenie funkcji poznawczych niż proste lub złożone napady częściowe [6, 7, 8]. Tym bardziej, jeżeli podczas tych pierwszych dojdzie do wystąpienia gromadnych napadów lub stanu padaczkowego. Badaniem diagnostycznym ukazującym czynność bioelektryczną mózgu jest badanie elektroencefalograficzne (EEG). Aktywność napadowa rejestrowana podczas wielogodzinnych zapisów EEG, nie tylko odzwierciedla kliniczną manifestację napadów padaczkowych, ale także występuje w okresie międzynapadowym. Nie bez znaczenia jest również ponapadowe zahamowanie czynności mózgu [7, 8].

Badania potencjałów endogennych, zwłaszcza fali P300, przy zastosowaniu zarówno modalności słuchowej i wzrokowej, wskazują na zaburzenie procesów poznawczych w padaczce u dzieci i młodzieży, występujące jeszcze przed rozpoczęciem leczenia przeciwpadaczkowego. Znamienne wydłużenie latencji fali P300 występuje zarówno w idiopatycznej padaczce częściowej, jak i uogólnionej, w przedziale wieku od 8–20 lat [10].

Duże znaczenie w wywoływaniu zaburzeń procesów poznawczych przypisuje się czynnikom etiologicznym padaczki, typom napadów, częstotliwości ich występowania oraz nasilenia [7, 8, 10]. Decydujący wpływ na rozwój funkcji poznawczych ma również wiek dziecka, w którym wystąpiły pierwsze napady padaczkowe. Wczesny początek napadów zaburza rozwój funkcji poznawczych, czego odzwierciedleniem jest ograniczone funkcjonowanie intelektualne. W porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami czy rodzeństwem u dzieci ujawniają się deficyty w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej, pamięci i uwagi, wydłuża się czas reakcji i dynamika procesów poznawczych. Stąd też wywodzą się ich trudności szkolne. W badaniach Mojs [10] wykazano istnienie istotnej statystycznie zależności między czasem wystąpienia pierwszego napadu padaczkowego a poziomem pamięci operacyjnej, zdolnościami uczenia się oraz poziomem integracji wzrokowo-ruchowej. Stałe problemy w nauce sygnalizuje 37% dzieci z padaczką, natomiast w grupie dzieci zdrowych tylko 4%. Najwięcej trudności sprawiała im nauka matematyki, gramatyki i ortografii. Problemy w nauce, jakie spostrzegali rodzice u dzieci z padaczką, przede wszystkim wynikały z zaburzonej pamięci i uwagi. U ponad połowy podopiecznych z padaczką lekooporną rodzice zaobserwowali trudności w zrozumieniu czytanego tekstu oraz zapamiętywaniu aktualnie przerabianego materiału w szkole [10, 11]. Porównując opinię rodziców i dzieci na temat problemów w nauce stwierdzono, że rodzice częściej dostrzegali trudności w uczeniu się u dzieci [10].

Zdolność uczenia się dzieci z częściowymi napadami padaczkowymi zwykle nie różni się znacząco od zdrowych rówieśników. Występuje jednak mniejsze gromadzenie informacji w pamięci długotrwałej oraz trudności z późniejszym przypominaniem zachowanych wiadomości. Mniejsza sprawność i koordynacja ruchów u dzieci z padaczką uzewnętrznia się podczas ćwiczeń fizycznych lub przyjmuje postać niedbałego albo nieczytelnego pisma.

Zaburzenia grafomotoryki stwierdzono u prawie połowy badanej grupy, u 20% z nich zostały określone jako dysleksja lub dysgrafia [4, 5, 8, 10].

Niektórzy autorzy postulują, aby dokładnie przeanalizować możliwości dziecka w zakresie zdolności szkolnych. Podkreślają, że dla dziecka z obniżonym Ilorazem Inteligencji (II) korzystniejsze jest pobieranie nauki w szkole, gdzie rówieśnicy mają podobne trudności, np. w szkole specjalnej [4, 9, 10].

Badanie Bulteau i wsp. obejmujące 251 dzieci wykazało, iż w grupie z idiopatyczną padaczką uogólnioną lub ogniskową występował wyższy iloraz inteligencji i wyższe prawdopodobieństwo ukończenia edukacji niż w grupie dzieci

z padaczką objawową, kryptogenną lub nieokreślonymi zespołami padaczkowymi. W grupie pacjentów z młodzieńczą padaczką miokloniczną obserwowano upośledzenie funkcji czołowych – myślenia abstrakcyjnego, planowania, elastyczności umysłowej. W grupie dzieci z łagodną padaczką z iglicami w okolicy środkowo-skroniowej obserwowano gorsze wyniki w porównaniu z grupą kontrolną w zakresie IQ, pamięci, percepcji wzrokowej, płynności słownej, precyzyjnych czynności ruchowych [4, 10]. Zaburzenia funkcji poznawczych zależą także od farmakoterapii. Zmiennymi wpływającymi na parametry poznawcze są: rodzaj stosowanego leku, dawka, szybkość wprowadzania leku do terapii, stężenia i jego wahania w surowicy krwi, schemat leczenia – mono- versus politerapia [10]. Leki te z jednej strony wpływają na funkcje poznawcze oraz także emocje, ale z drugiej strony leczą, ograniczają negatywny wpływ choroby na układ nerwowy. W klasycznych badaniach wykazano, że stosowane leczenie przeciwpadaczkowe konwencjonalnymi lekami przeciwpadaczkowymi (LPP) mogą powodować spowolnienie czynności układu nerwowego, nawet w dawkach terapeutycznych [4]. Wskazuje się także, iż politerapia stanowi czynnik ryzyka pojawienia się deficytów poznawczych o większym zasięgu w porównaniu do monoterapii [4, 6, 7]. Wskazuje się szczególnie negatywny wpływ barbituranów i benzodwuzepin [7, 10, 12, 13]. W przypadku fenytoniny dominantą są zaburzenia sedatywne, w leczeniu karbamazepiną widoczne są efekty psychotropowego działania. Jednakże efekty te mają charakter przejściowy i po wycofaniu leków deficyty maleją. Kwas walproinowy bądź jego sole mają w porównaniu z innymi objawami, charakter zmienny i wiążą się przede wszystkim z zaburzeniami koncentracji uwagi.

W badaniach porównawczych nowe leki przeciwpadaczkowe uzyskują podobne, jak konwencjonalne działania w odniesieniu do skuteczności kontroli napadów, ale także lepsze wyniki w zakresie występowania działań niepożądanych na funkcje poznawcze [7, 14]. Niekorzystny wpływ nowych LPP wiąże się głównie ze zbyt szybkim wprowadzaniem leków, zbyt wysoką dawką, działaniem sedatywnym bądź interakcjami leków lub ze zmienionym metabolizmem leków w okresie starości, np. wzrost epoksydowych metabolitów karbamazepiny przy jednoczesnym zastosowaniu lamotryginy czy soli kwasu walproinowego [8, 10, 14]. Zastosowanie kolejnego LPP w formie terapii dodanej niewątpliwie zwiększa zagrożenie wystąpienia zaburzeń poznawczych oraz innych objawów niepożądanych. Stąd też w epileptologii preferuje się leczenie jednym, najbardziej skutecznym LPP w odniesieniu do typu napadów występujących u dziecka [14]. Zalecenie dziecku LPP ma niewątpliwie na celu zmniejszenie częstości, czasu trwania i intensywności napadów padaczkowych, a docelowo ich ustąpienia. Jednocześnie LPP zmniejszają pobudliwość neuronów w OUN, z czym wiąże się ich niekorzystny wpływ na funkcje poznawcze. Z drugiej strony tylko wczesne i skuteczne leczenie padaczki umożliwi w 75–80% uzyskanie pełnej kontroli napadów padaczkowych. Pomimo stosowania różnych LPP

w systemie najpierw mono- a następnie politerapii u pozostałych 20–25% dzieci i młodzieży może rozwinąć się padaczka oporna na leczenie. Funkcjonowanie intelektualne obydwu grup pacjentów wykazuje istotne różnice na niekorzyść lekoopornych [10].

Padaczka jako potencjalna sytuacja problemowa dla dzieci

Dodatkowym elementem istotnie obciążającym pacjentów z powtarzającymi się napadami są zjawiska odrzucenia społecznego i stygmatyzacji. Prawa psychologii społecznej uczą, iż łatwiej polubić osobę podobną do siebie, łatwiej wówczas ją zaakceptować. Trudność pojawia się, gdy dziecko pod jakimś względem różni się od większości rówieśników. Tą spostrzeganą natychmiast przez dzieci różnicą może być także choroba – padaczka. Zaobserwowane odmienności inne dzieci z zaciekawieniem obserwują, i jeśli nie mają wyuczonych i ukształtowanych poglądów, z wrodzoną sobie ciekawością pytają dorosłych o przyczynę odmienności – rodziców czy nauczycieli czy starszych kolegów. Każda odmienność może uruchamiać w myśleniu związane z nią określone stereotypy i skojarzone z nimi emocje negatywne i tym samym zachowania o charakterze dyskryminacyjnym, odrzucającym. Dzieci z padaczką mogą być odrzucane przez grupę, izolowane, traktowane jako kozioł ofiarny, na którego można zrzucić wszystkie winy innych dzieci. Tego typu zachowań dzieci młodsze uczą się od dorosłych i innych dzieci. Jeśli zatem dorośli czy starsi uczniowie zaprezentują zachowania odrzucające, należy przypuszczać, iż takie wzorce szybko zostaną przejęte. Można wskazać, iż padaczka stanowi istotny czynnik powodujący ograniczenie zaspokojenia potrzeb społecznych dziecka. Napady padaczkowe jako choroba zostają przypisane dziecku jako jego cecha i powodują, iż dziecko staje się osobą mniej pożądaną społecznie. Stygmatyzacja – określenie dziecka jako „chorego, »głupka«” w skrajnych wypadkach pozbawia dzieci godności – przeszkadza im w pełnym uczestnictwie w życiu społecznym, narusza prawa człowieka i prowadzi do społecznego wykluczenia. Trwające wiele lat odrzucenie może stać się przyczyną dalszych zaburzeń i chorób, np. nerwicowych lub utrudniać wtórnie do samej choroby realizację zadań rozwojowych związanych z nauką.

Padaczka jako sytuacja problemowa dla rodziców

Choroba przewlekła dziecka wywołuje ponadto silne reakcje emocjonalne najbliższych – rodziców, dziadków, zwłaszcza gdy obserwuje się przewlekły ból i cierpienie dziecka. W odniesieniu do padaczki każde podjęte leczenie ma charakter długotrwały i wymaga mobilizacji do walki z chorobą niekiedy przez wiele lat, ponadto także mobilizacji opiekunów, nieustannego kontrolowania stanu dziecka, badań specjalistycznych, konsultacji, modyfikacji leczenia. Specy-

fika choroby powoduje także narastanie niepokoju w związku z nieprzewidywalnością napadów. Rodzice, często próbując opanować swój własny lęk, ograniczają w aktywności dziecko, ograniczają jego samodzielność i wolność. Wynika to ze złudnego przekonania, iż taka strategia pomoże im uchronić dziecko przed kolejnym atakiem lub sytuacją, kiedy inni obecni przy napadzie nie będą w stanie dziecku pomóc, bądź też, ze względu na stygmat, nie będą chcieli mu pomóc. Taka jednak strategia dodatkowo ogranicza możliwości rozwojowe dziecka – zarówno w obszarze intelektualnym, ale także emocjonalny i przede wszystkim społecznym. Zatem można stwierdzić, iż sytuacją potencjalnie problemową jest zarówno sama diagnoza choroby, jak i dalszy jej przebieg. Należy przypuszczać, iż im trudniejszy przebieg leczenia padaczki, tym więcej pojawia się sytuacji problemowych zarówno dla dziecka, jak i dla jego bliskich niosących wysoki poziom ryzyka wtórnych zaburzeń rozwoju dziecka w każdym z obszarów.

Padaczka jako potencjalna sytuacja problemowa dla lekarza

Komunikując się z rodzicami dziecka z padaczką lekarz konfrontuje się z koniecznością odpowiedzi na szereg trudnych pytań. Najczęstsze pytania rodziców kierowane do lekarza (FAQ) rodziców na etapie diagnozy, to:

- Czy dziecko z tego wyjdzie?
- Czy dziecko będzie musiało brać leki przez całe życie?
- Czy dziecko będzie mogło normalnie żyć?
- Czy od padaczki się umiera?
- Dlaczego akurat moje dziecko?
- Czy dziecko będzie niepełnosprawne?
- Czy to moja wina?

Lekarz – konfrontując się z lękami rodziców również musi sam zmierzyć się z własnym niepokojem o stan zdrowia dziecka. Często mogą pojawiać się wątpliwości i pytania (FAQ) zadawane sobie:

- Jak powiedzieć o chorobie, aby nie wzmocnić lęków matki i innych bliskich już i tak obecnych w związku z obserwowalnymi nagle pojawiającymi się objawami?
- Jak wzmocnić mechanizmy adaptacyjne matki?
- Jak zmobilizować do długoletniej walki z chorobą, przewlekłych działań rehabilitacyjnych?
- Jak przekazać konieczność mówienia o chorobie i korzystania ze wsparcia społecznego, instytucjonalnego i innego?
- Jak rozdzielić nadopiekuńczość rodzica od rzeczywistej potrzeby ochrony dziecka?
- Jak ustrzec dziecko przed uprzedmiotowieniem?

Lekarze leczący dziecko często przez wiele lat zadają sobie pytania – kiedy dziecko staje się partnerem w leczeniu?

Dialog staje się drogą do przeciwdziałania stygmatyzacji, odrzucenia oraz ograniczenia kształtowania się wtórnej niepełnosprawności.

Poszukać możliwości, znaleźć rozwiązania

Podjęcie rozważań na temat schematu działania diagnostycznego i wspierającego młodego pacjenta ma duże znaczenie dla optymalizacji sposobu funkcjonowania dzieci z padaczką, zwłaszcza w kontekście wielowymiarowości procesu leczenia. Przegląd literatury na ten temat pozwala wnioskować o specyfice funkcjonowania systemu rodziny z dzieckiem chorym na padaczkę, jego adaptacji, zaburzeniach psychiatrycznych, procesach poznawczych, problemach w szkole i z rówieśnikami, stresie i jakości życia w konsekwencji można zbudować jak najbardziej optymalny plan wsparcia psychologicznego dla rodzin i dzieci z padaczką.

Większość badań dotyczących dzieci i młodzieży z padaczką pokazuje skuteczność interwencji psychologicznych. Okazuje się, że rodzina jest podstawą prawidłowych zachowań, takich jak odpowiednie nastawienie do choroby, własny monitoring, pozytywne wzmocnienia, odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, podtrzymujące rodzicielskie porozumienie i właściwy udział, i odpowiedzialność w prowadzeniu padaczki, poprawę nawyków i kontroli napadów [13]. Dodanie interwencji psychologicznej poprawia relacje między rodzicami a nastolatkami i poprawia zachowania zdrowotne [14].

Psychoedukacja dzieci i ich rodzin przyczynia się do zwiększenia umiejętności rozwiązywania problemów i wzrostu wsparcia rodziców, co pomaga poprawiać kontrolę napadów u dzieci przez dłuższy czas. Interwencja psychologiczna jest również pomocna w sytuacjach podejmowanych zmian w systemie. Badania pokazały, że kiedy rodzice pozwolą starszym dzieciom i adolescentom „opiekować się” swoją chorobą, regulować branie leków, gdy nie są oni wystarczająco dojrzały społecznie i poznawczo, wtedy dzieci będą miały problemy z pogarszającym się stanem zdrowia doprowadzając do narastania objawów, czasami po to aby zwrócić na siebie uwagę [14, 15]. Zatem krytyczny moment brania odpowiedzialności przez dziecko, nastolatka za swoją chorobę nie zwalnia rodziców i rodzin z pamiętania o przypominaniu dziecku o wymaganiach, jakie niesie ze sobą padaczka oraz wspierania swoich dzieci w codziennej opiece. Podstawą interwencji jest skupienie uwagi rodziny na współpracy i zaangażowaniu rodziny bez tworzenia konfliktów i niekorzystnych emocji u dzieci, dbanie o jakość życia, prawidłowe zachowania zdrowotne, styl życia, jednakże bez nadmiernej nadopiekunczości. Interwencja psychologiczna i psychoedukacyjna dostarczana regularnie pacjentom ambulatoryjnym pomaga w osiągnięciu dojrzałości emocjonalnej i społecznej oraz brania dorosłej odpowiedzialności za leczenie.

Rodzina jest podstawą najskuteczniejszych, pozytywnych wzmocnień i prawidłowych zachowań w prowadzeniu padaczki. Praca zespołu neurologicznego

powinna dążyć do utrzymania regularnych, spójnych i konsekwentnych, nieprzerwanych kontaktów z pacjentami i ich rodzinami. Psycholodzy powinni być częścią zespołu opiekującego się rodzinami z dzieckiem z padaczką. Cała rodzina dziecka z padaczką powinna być otoczona opieką psychologiczną i ujawniające się problemy powinny być szybko zauważone i rozwiązywane. W związku z tym zespół powinien przechodzić szkolenia w rozpoznawaniu problemów psychologicznych u młodych pacjentów i konsultować je z psychologiem. Ważne, aby ten zespół również doświadczał pomocy psychologicznej i wsparcia.

Piśmiennictwo

1. Wolf S. : Recognition and management of pediatric seizures. *Pediatric Annals*, 2006, 35, 332–344.
2. Michałowicz R.: Rozpoznawanie i różnicowanie padaczki w wieku niemowlęcym. *Ped. Pol*, 2007, 82, 841–845.
3. Kaciński M.: *Neuropediatrics*, PZWL, Warszawa 2007.
4. Caplan R., Siddarth P., Gurbani S., Hanson R i wsp.: Depression and Anxiety Disorders in Pediatric Epilepsy. *Epilepsia* 2005, 46, 720–730 *Neurol. Neurochir Pol* 2005, 39, 4, 303.
5. Serra J. G., Montenegro M. A.: Heart antiepileptic drug withdrawal In childhood: does the duration of tapering off matter for seizure recurrence? *J. of Child Neurol.* 2005, 20, 624–626.
6. Gauser T. I i wsp.: ILAE Treatment Guidelines: evidence – based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia* 2006, 47, 1094–1120.
7. Hermann B., Whitman S.: Psychopathology in epilepsy. The role of psychology in altering paradigms of research. *American Psychologist*, 1992, 47, 1134–1138.
8. Aldenkamp A. P., Weber B., Overweg W., Rejis R. i wsp.: Educational underachievement in children with epilepsy: a model to predict the effects of epilepsy on educational achievement. *J. Child Neurol.*, 2005, 20, 175–180.
9. Talarska D.: Jakość życia dzieci z padaczką w oparciu o kwestionariusz QOLCE. *Polska, Medycyna Rodzinna*, 2004, 6. Suppl. 1, 42–44.
10. Mojs E.: Wybrane zagadnienia rozwoju poznawczego a padaczka i jej leczenie. *Epileptologia* 2001, 9, 347–358.
11. Hauser W. A., Herdorffer D. C.: *Epilepsy: Frequency, causes and consequences*. New York, Demos, 1990.
12. Hermann B. i wsp.: The neurodevelopmental impact of childhood-onset temporal lobe epilepsy on brain structure and function. *Epilepsia*, 2002, 43, 1062–1071.
13. Michałowicz R.: Padaczka u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym we wczesnych okresach ich rozwoju. *Epileptologia* 2006, 14, 151–162.
14. Blanks R.: Anticonvulsants and their psychological effect – a review. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 1990, 1, 19–32.

Izabela Chmiel^{1,3}, Maciej Górkiewicz²,
Tomasz Brzostek¹, Anna Kliś-Kalinowska³

Przyczyny i skutki śmierci społecznej w ocenie pielęgniarek

Wstęp

Śmierć człowieka może być analizowana w wielu aspektach, np. biologicznym, prawnym czy społecznym. W obecnych czasach zjawisko śmierci społecznej stało się przedmiotem badań również medyków. Zjawisko śmierci społecznej może odnosić się do sytuacji, kiedy biologiczna egzystencja człowieka pozostaje zachowana, a nawet niezakłócona, a mimo to otoczenie traktuje konkretną osobę jak nieobecną lub nieistniejącą. Sytuacje takie mogą mieć miejsce w różnych okolicznościach i przybierać różne formy i natężenie. Stan może ulegać nasileniu, od społecznego wykluczenia poprzez swoistą agonię społeczną, by w końcu osiągnąć fazę społecznej śmierci. Tak rozumianej śmierci społecznej mogą towarzyszyć różne postawy, emocje i zachowania jednostki oraz otoczenia [1].

Wśród przyczyn zjawiska śmierci społecznej w literaturze przedmiotu wymienia się, między innymi, ubóstwo zawinione spowodowane np. nadużywaniem alkoholu, przemocą rodzinną lub niezawinione, np. z powodu braku dostatecznych środków materialnych, braku wykształcenia, bezdomności, nieprzystosowania społecznego, bezrobocia, osierocenia czy wynikające z niepełnosprawności fizycznej bądź psychicznej [2, 3, 4, 5].

Według Kaczmarka i Marcinkowskiego (2008) do objawów śmierci społecznej zaliczymy: izolację społeczną, poczucie przegranej, odebranie prawa decydowania, niemożność realizacji zawodowej, społecznej i rodzinnej, a także obojętność, przygnębienie, bezradność, żal, odrzucenie, bezsilność i rezygnację [5].

Celem podjętych badań było poznanie opinii pielęgniarek na przyczyny i skutki śmierci społecznej.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu CMUJ w Krakowie

² Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych Wydziału Nauk o Zdrowiu CMUJ w Krakowie

³ Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy ZOL w Krakowie

Material i metoda

W badaniu przeprowadzonym od grudnia 2008 do marca 2009 roku wzięły udział 84 pielęgniarki (kobiety i mężczyźni), aktualnie zatrudnione w placówkach leczniczych i opiekuńczych na terenie Krakowa.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu autorskiej wersji kwestionariusza wywiadu. Zastosowana anonimowa ankieta, oprócz pytań o dane demograficzne i związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki, zawierała także 5 grup pytań (łącznie 44 pytania cząstkowe) o przyczyny i 2 grupy pytań (łącznie 35 pytań szczegółowych) o skutki śmierci społecznej. Na każde pytanie cząstkowe dopuszczano tylko jedną z 3 odpowiedzi: TAK, NIE, lub NIE WIEM.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto grupę 84 pielęgniarek, w tym 82 kobiety (98% badanych) i 2 mężczyzn. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 39 +/- lat. Najliczniejszą grupę 46 osób (55%) z całości badanych stanowiły osoby w wieku od 30–39 lat. Dwadzieścia osób (24%) było w wieku pomiędzy 40. a 49. rokiem życia, 13 (15%) badanych było w przedziale wiekowym pomiędzy 50. a 59. rokiem życia, natomiast najmniejszą grupę 5 osób (6%) badanych stanowiły osoby od 20–29 lat.

Najliczniejszą grupę (63% badanych) stanowiły pielęgniarki z wykształceniem średnim, wykształcenie licencjackie posiadało 17 osób (20%), wyższe magisterskie 10 (12%), na studiach doktoranckich były 4 osoby (5%).

Spośród ankietowanych pielęgniarek 17 (19%) pracowało w oddziałach psychiatrycznych, 14 (17%) osób na oddziałach neurologicznych, 12 (14%) osób w Hospicjum, po 10 (12%) osób pracowało w oddziałach onkologicznych i pediatrycznych, 9 (11%) osób w oddziale chirurgicznym, 8 (10%) osób w oddziale geriatrycznym, a 4 (5%) osoby w rejonowej przychodni zdrowia.

Najliczniejszą grupę 35 (41%) stanowiły pielęgniarki pracujące w zawodzie od 6–15 lat, pielęgniarek z doświadczeniem zawodowym od 16–25 lat było 26 (31%), z doświadczeniem zawodowym od 26–35 lat było 14 (17%), natomiast 9 (11%) osób to badani z doświadczeniem zawodowym od 0–5 lat. Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela 1.

Wyniki badań

Odpowiedzi większości pielęgniarek były zdecydowane „TAK” lub „NIE”. Rzadko padała odpowiedź „NIE WIEM”. Spośród łącznie 79 pytań, w 69 pytaaniach (87,3%) liczba odpowiedzi „NIE WIEM” była istotnie mniejsza od sumy liczb odpowiedzi „TAK, NIE”.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Lp.	Analizowane zmienne		N	%	
1.	Płeć	a)	mężczyzna	2	2
		b)	kobieta	82	98
2.	Wiek	a)	20–29	5	6
		b)	30–39	46	55
		c)	40–49	20	24
		d)	50–59	13	15
3.	Stan cywilny	a)	kawaler/panna	22	26
		b)	żonaty/mężatka	56	67
		c)	separacja/rozwiedziony	4	5
		d)	wdowiec/wdowa	2	2
4.	Wykształcenie	a)	średnie	53	63
		b)	licencjackie	17	20
		c)	wyższe	10	12
		d)	studia doktoranckie	4	5
5.	Miejsce pracy	a)	onkologia	10	12
		b)	hospicjum	12	14
		c)	psychiatria	17	19
		d)	neurologia	14	17
		e)	pediatria	10	12
		f)	chirurgia	9	11
		g)	geriatria	8	10
		h)	POZ	4	5
6.	Staż pracy	a)	0–5 lat	9	11
		b)	6–15 lat	35	41
		c)	16–25lat	26	31
		d)	26–35 lat	14	17

Zadaniem badanych było wymienienie zjawisk społecznych, które w ich opinii mogą doprowadzić do wystąpienia śmierci społecznej. Spośród takich zjawisk, jak: bezrobocie, ubóstwo, alkoholizm, narkomania, bezdomność, nieprzystosowanie społeczne, przemoc w rodzinie, patologie społeczne, osierocenie oraz izolację społeczną, największą ilość odpowiedzi potwierdzających pielęgniarce przyznały: bezrobociu i ubóstwu po 39 (46%) oraz bezdomności i nieprzystosowaniu społecznemu po 28 (33%); natomiast najmniej osieroceniu i izolacji społecznej po 4 (5%).

Do głównych przyczyn występowania zjawiska śmierci społecznej badani, między innymi, zaliczyli: ubóstwo zawinione, brak tolerancji, niepełnosprawność psychiczną, bezradność, niepełnosprawność fizyczną, ubóstwo niezawinione. Największą ilość odpowiedzi potwierdzających pielęgniarce przyznały: ubóstwu zawinionemu 62 (74%), brakowi tolerancji 60 (71%), natomiast najmniejszą innym przyczynom (nie podając jakim) – 7 (8%).

Tabela 2. Przyczyny występowania śmierci społecznej w opinii badanych pielęgniarek

Lp.	Analizowane zmienne		TAK		NIE		TAK/NIE	p	
			N	%	N	%			
1.	Zjawiska społeczne sprzyjające wystąpieniu śmierci społecznej	a)	bezrobocie	39	46	45	54	0,87	0,14
		b)	ubóstwo	39	46	45	54	0,87	0,14
		c)	alkoholizm	29	35	55	65	0,53	< 0,01
		d)	narkomania	29	35	55	65	0,53	< 0,01
		e)	bezdumność	28	33	56	67	0,50	0,08
		f)	nieprzystosowanie społeczne do środowiska	28	33	56	67	0,50	0,08
		g)	przemoc w rodzinie	14	17	70	83	0,20	0,03
		h)	patologie społeczne	14	17	70	83	0,20	0,03
		i)	osierocenie	4	5	80	95	0,05	< 0,01
		j)	izolacja społeczna	4	5	80	95	0,05	< 0,01
2.	Przyczyny sprzyjające wystąpieniu śmierci społecznej	a)	ubóstwo zawinione (np. alkoholizm)	62	74	7	8	8,86	< 0,01
		b)	brak tolerancji	60	71	7	8	8,57	< 0,01
		c)	niepełnosprawność psychiczna	59	70	13	15	4,54	< 0,01
		d)	bezradność	55	65	7	8	7,86	< 0,01
		e)	niepełnosprawność fizyczna	54	64	10	12	5,40	< 0,01
		f)	ubóstwo niezawinione (np. bezrobocie, życie na emeryturze)	52	62	9	11	5,78	< 0,01
		g)	nieprzystosowanie społeczne	48	57	8	10	6,00	< 0,01
		h)	wykluczenie społeczne (np. z powodu braku wykształcenia)	40	48	11	13	3,64	< 0,01
		i)	demoralizacja społeczeństwa	35	42	13	15	2,69	< 0,01
		j)	postęp techniczny	15	18	13	15	1,15	0,1
k)	inne	7	8	35	42	0,20	< 0,01		
3.	Grupy ryzyka sprzyjające wystąpieniu śmierci społecznej	a)	ludzie niesprawni psychicznie	61	73	9	11	6,78	< 0,01
		b)	ludzie niesprawni fizycznie	60	71	5	6	12,00	< 0,01
		c)	chorzy przewlekłe	52	62	7	8	4,33	< 0,01
		d)	chorzy na choroby społeczne	51	61	7	8	7,29	< 0,01
		e)	chorzy zakaźnie	46	55	5	6	9,20	< 0,01
		f)	chorzy na choroby genetyczne	46	55	5	6	9,20	< 0,01
		g)	chorzy na choroby zawodowe	14	17	12	14	1,17	1,0

Lp.	Analizowane zmienne		TAK		NIE		TAK/NIE	p	
			N	%	N	%			
4.	Choroby i niepełnosprawności sprzyjające wystąpieniu śmierci społecznej	a)	niepełnosprawność fizyczną i psychiczną	62	74	22	26	2,82	< 0,01
		b)	choroby nowotworowe	29	35	55	65	0,53	< 0,01
		c)	choroby przewlekłe	26	31	58	69	0,45	< 0,01
		d)	choroby zakaźne	19	23	55	65	0,53	< 0,01
		e)	choroby skóry	11	13	73	87	0,15	< 0,01
		f)	choroby genetyczne	10	12	74	88	0,14	< 0,01

Tabela 3. Objawy emocjonalne związane ze zjawiskiem śmierci społecznej w opinii badanych pielęgniarek

Lp.	Analizowane zmienne		TAK		NIE		TAK/NIE	p	
			N	%	N	%			
1.	Objawy emocjonalne śmierci społecznej	a)	odrzucenie	56	67	28	33	2,00	< 0,01
		b)	bezzadność	43	51	41	49	1,05	< 0,01
		c)	bezsilność	36	43	48	57	0,75	< 0,01
		d)	poczucie przegranej	35	42	49	58	0,71	< 0,01
		e)	rezygnacja	35	42	48	57	0,73	< 0,01
		f)	poczucie winy	23	27	61	73	0,38	< 0,01
		g)	obojętność	22	26	62	74	0,35	< 0,01
		h)	przygnębienie	22	26	62	74	0,35	< 0,01
		i)	rozpacz	22	26	62	74	0,35	< 0,01
		j)	smutek	20	24	64	76	0,31	< 0,01
		k)	lęk	17	20	66	79	0,26	< 0,01
		l)	gniew	12	14	69	82	0,17	< 0,01
		ł)	niepokój	10	12	74	88	0,14	< 0,01
		m)	żał	10	12	74	88	0,14	< 0,01
		n)	rozdrażnienie	9	11	75	89	0,12	< 0,01
		o)	akceptacja	8	10	76	90	0,11	< 0,01
		p)	niecierpliwość	7	8	77	91	0,09	< 0,01
		r)	bunt	6	7	78	92	0,08	< 0,01
s)	złość	6	7	78	92	0,08	< 0,01		
t)	rozczarowanie	6	7	78	92	0,08	< 0,01		

Do grup ryzyka występowania zjawiska śmierci społecznej badane pielęgniarki zaliczyły ludzi niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie, osoby chore przewlekłe, chorych na choroby społeczne, zakaźne, genetyczne i zawodowe. Największą ilość odpowiedzi potwierdzających ankietowane pielęgniarki przyznały ludziom niepełnosprawnym psychicznie 61 (73%) oraz niepełnosprawnym fizycznie 60 (71%), natomiast najmniejszą chorym na choroby zawodowe 14 (17%).

Do grup chorób lub niepełnosprawności, które mogą potencjalnie być przyczyną zjawiska śmierci społecznej badane pielęgniarki zaliczyły niepełnosprawność fizyczną i psychiczną, choroby nowotworowe, przewlekłe, zakaźne, choroby skóry oraz genetyczne. Największą ilość odpowiedzi potwierdzających pielęgniarki przyznały niepełnosprawności fizycznej i psychicznej – 62 (74%) oraz chorobom nowotworowym 29 (35%); natomiast najmniejszą chorobom genetycznym 10 (12%).

Spośród 20 propozycji objawów emocjonalnych charakterystycznych dla zjawiska śmierci społecznej, ankietowane pielęgniarki najczęściej wskazywały na: odrzucenie 56 (67%) oraz bezradność 43 (51%), natomiast najrzadziej na bunt, złość i rozczarowanie po 6 (7%). W opinii badanych osób, na pytanie, czy zjawisko śmierci społecznej ma wpływ na proces leczenia i pielęgnacji, odpowiedzi potwierdzających udzieliło 79 (94%) badanych, 4 (5%) osoby nie potrafiły udzielić jednoznacznej odpowiedzi, tylko 1 (1%) osoba uznała, że śmierć społeczna nie ma żadnego wpływu na jej pracę.

Wnioski

1. Zjawisko śmierci społecznej jest znane w badanym środowisku pielęgniarskim – badane osoby rzadko udzielały odpowiedzi „nie wiem”.
2. Pośród najczęstszych przyczyny zjawiska śmierci społecznej pielęgniarki wymieniały: ubóstwo zawinione, brak tolerancji, niepełnosprawność psychiczną. Za najczęstsze objawy uznały: poczucie odrzucenia, bezradność. Większość ankietowanych pielęgniarek uznała, że zjawisko to ma negatywny wpływ na proces leczenia i pielęgnacji.

Piśmiennictwo

1. Kaczmarek T., Marcinkowski J.: Śmierć społeczna cz. I. Wymiary i kategorie śmierci. [w:] W drodze do brzegu życia [red.] Krajewska-Kułał E.: Wydanie I. Białystok: Uniwersytet Medyczny. 2008. s. 366–367.
2. Marmot M.: Zdrowie w świecie nierówności; uwarunkowania społeczne i biologiczne a choroby [w:] Medycyna po Dyplomie. 3/2008. s. 152–164.
3. Majchrowska A., Taranowicz J., Kawczyńska-Butrym Z.: Wybrane elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydanie I. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2003. s. 35.
4. Gaworska-Krzemińska A., Hermanowicz E., Żuralska R., Książek J., Grabowska H.: Wiek podeszły a poczucie samotności: [w:] W drodze do brzegu życia [red.] Krajewska-Kułał E.: Wydanie I. Białystok: Uniwersytet Medyczny. 2008. s. 132–134.
5. Kaczmarek T., Marcinkowski J.: Śmierć społeczna cz. II. Śmierć społeczna ostateczną konsekwencją wykluczenia społecznego. [w:] W drodze do brzegu życia [red.] Krajewska-Kułał E.: Wydanie I. Białystok: Uniwersytet Medyczny. 2008. s. 151–153.

6. Midro A. T.: Śmierć społeczna w praktyce genetyki klinicznej. [w:] W drodze do brzegu życia [red.] Krajewska-Kułak E.: Wydanie I. Białystok: Uniwersytet Medyczny. 2008. s. 399–408.
7. Kułak W., Okurowska-Zawada B., Sienkiewicz D., Paszko-Patej G.: Śmierć społeczna dzieci na przykładzie mózgowego porażenia dziecięcego. [w:] W drodze do brzegu życia [red.] Krajewska-Kułak E.: Wydanie I. Białystok: Uniwersytet Medyczny. 2008. s. 415–422.
8. Świdorska R.: Jestem jaki jestem.: [w:] W drodze do brzegu życia [red.] Krajewska-Kułak E.: Wydanie I. Białystok: Uniwersytet Medyczny. 2009. s. 411–413.

Elżbieta Krajewska-Kula¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz¹,
Emilia Rozwadowska¹, Jolanta Lewko¹, Cecylia Regina Łukaszuk¹,
Hanna Joanna Rolka¹, Matylda Sierakowska¹, Agnieszka Szyszko-Perłowska¹,
Anna Kulmaczewska Magdalena², Paweł Radziejewski³, Alicja Moczydłowska⁴

Ocena postaw młodzieży wobec bezdomności

Wprowadzenie

Bezdomność najczęściej rozumiana jest, jako „względnie trwałe brak własnego mieszkania, dachu nad głową, odpowiedniego schronienia. To, jakie schronienie jest uznawane za odpowiednie, zależy od uwarunkowań kulturowych, społecznych, środowiskowych i ekonomicznych” [1].

W średniowieczu, za Podstawskim [A] ludzi bezdomnych nazywano „ludźmi luźnymi” lub „ludźmi gościńca” i zwalniano ich z obowiązku pańszczyzny. Dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku, w polskim słownictwie, pojawił się termin „bezdomny”, początkowo w celu określenia ofiar wojen i powstań [cyt. za A]. Formalne i prawne uznanie bezdomności za problem społeczny datuje się jednak na okres międzywojenny [cyt. za A].

W Polsce oszacowanie liczby bezdomnych napotyka na wiele trudności, ponieważ nie są prowadzone rzetelne badania w powyższym zakresie. Uważa się [B, C] jednak, iż liczba ta sięga około 35 tysięcy, zwracając uwagę na błąd szacunkowy, który może sięgać nawet kilku tysięcy.

Przemeński [2] za bezdomnych, w adekwatnym do warunków polskich rozumieniu, uznaje ludzi w najcięższym położeniu, a wśród nich tych, którzy w części literatury światowej określani są jako „bezdomni uliczni” (*street homeless*) i „bezdomni schroniskowi” (*shelter homeless*) W skład określanej w powyższy sposób populacji wchodzi ludźmi zaspokajający swoje potrzeby paramieszkańciami w różnego rodzaju obiektach niemieszkalnych, np. w bunkrach, zsympach, rurach ciepłowniczych, kolektorach ściekowych oraz ci, którzy znaleźli schronie-

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

⁴ Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem

nie w różnego typu placówkach dla bezdomnych, jak np. noclegownie, schroniska, hostele itp.

Za bezdomnych [2] uznaje się osoby zasadniczo zdolne do samodzielnego życia w formach społecznie akceptowanych, ale w przypadku których brak własnego dachu nad głową spowodowany jest przyczynami, którym nie są w stanie zapobiec własnym staraniem (np. brakiem uprawnień do lokalu mieszkalnego, utratą dochodów z powodu bezrobocia, brakiem wystarczających dochodów z tytułu wykonywanej niskopłatnej pracy lub przysługujących świadczeń, takich jak np. zasiłek stały, renta, emerytura). Ta grupa bezdomnych nie potrzebuje, w opinii Przymeńskiego [2], programów integracyjnych, pracy lub/i dostępnego mieszkania, na tych samych praw, na jakich korzystają z nich już inni obywatele (np. mieszkanie w zasobach komunalnych z przysługującym dodatkiem mieszkaniowym).

Za bezdomnych głęboko Przymeński [2] uważa osoby niezdolne w danym okresie czasu do samodzielnego życia w akceptowanych społecznie formach, ze względu na nieprzystosowanie społeczne (desocjalizację), pograżenie w nałogach, zaburzenia psychiczne, zniedołężnienie, negatywny stygmat społeczny po wieloletnim więzieniu itp. w odróżnieniu od płytkobezdomnych, potrzebujących pomocy w reintegracji społecznej, bo pierwotnych przyczyn ich bezdomności nie da się sprowadzić do braku mieszkania i wystarczających dochodów.

W Encyklopedii Socjologii [3] rozróżnia się bezdomność z wyboru, która dotyczy osób z różnych powodów decydujących się na taki styl życia oraz bezdomność z konieczności – będącą wynikiem zdarzeń dziejących się wbrew woli człowieka, wbrew jego potrzebom i oczekiwaniom. „Bezdomność z konieczności – bez względu na postać i źródła – jest zjawiskiem patologii społecznej uwarunkowanym cechami systemu społecznego, zwłaszcza założeniami ustrojowo-prawnymi oraz stanem infrastruktury polityki socjalnej państwa” [3].

W opinii Olecha [D] „doświadczenie bezdomności jest przejawem najbardziej jaskrawego i wyraźnego wykluczenia społecznego. Bezdomność jest w istocie jednym z najbardziej brutalnych przykładów wyłączenia z życia społecznego, choć oczywiście nie zawsze sytuacja nieposiadania domu wiąże się bezpośrednio z wyłączeniem. Tutaj zaś dotykamy kwestii współwystępowania wraz z bezdomnością różnorodnych problemów społecznych, takich jak: uzależnienia, choroby czy też bezrobocie”.

Lech [4] podkreśla, iż w opinii społecznej funkcjonuje przekonanie, jakoby bezdomność była często świadomym wyborem, stąd pomoc dla bezdomnych traktowana jest często jako niesprawiedliwa, czy zmarnowana.

Opinię powyższą popiera Oliwa-Ciesielska [5] uważając, że niewłaściwie rozumiana tolerancja często powoduje traktowanie bezdomności bez zastrzeżeń, jako wolnego wyboru, co graniczy z obojętnością i znieczulicą społeczną. Autorka wyróżnia pewne poziomy wyizolowania bezdomnych, utrudniające wyjście z bezdomności: ekonomiczny (niezaspokojenie potrzeb), społeczny (brak

więzi międzyludzkich), indywidualny (zaburzenia emocjonalne, niska samoocena) oraz instytucjonalny (dezorientacja w instytucjonalnych mechanizmach wsparcia) [5].

Dębski [B], w trudnościach wyjścia z bezdomności dopatruje się problemów: psychologicznych (wyuczona bezradność, brak umiejętności długofalowego planowania, zaspokajanie tylko podstawowych potrzeb, poczucie winy za zaistniałą sytuację), społecznych (niewystarczające wykształcenie, brak umiejętności zachowań społecznych), prawnych (nieposiadanie meldunku, zadłużenie) oraz systemowych (niedomaganie instytucjonalne).

Bezdomność, jak podkreśla Dębski [B] i Oliwa-Ciesielska [5] jest przede wszystkim dramatycznym problemem człowieka jej doświadczającego, a bycie bezdomnym to piętno, z którym wiąże się cała pula etykiet – brud, bezrobocie, choroba, alkoholizm, przestępczość, lenistwo.

Powyższe potwierdzają także badania Bartczaka i wsp. [E] ukazujące dość spójny społeczny obraz bezdomnego, jednakże z przewagą charakterystyk negatywnych.

W opinii Mądrzyckiego [6], stereotypy są ściśle związane z procesem kategoryzacji dokonywanym w percepcji, jednakże różnią się od niej jednak pod pewnymi względami. Cechuje je bowiem, zdaniem autora [6], mniejsza adekwatność w stosunku do rzeczywistości, co oznacza, że poszczególne cechy przypisane określonej kategorii osób są często wyolbrzymione i zaostrzone, a w konsekwencji przypisywane ogólnie osobom, którzy tych cech mogą nie posiadać. Stereotypy mają charakter społeczny, funkcjonują w jednej zbiorowości ludzi i dotyczą innej zbiorowości [6]. Często są dziedziczone i tworzone przez wiele pokoleń, czy grup społecznych, a nie pojedyncze osoby. Stanowią sztywne i trwałe schematy poznawcze, co w dużym stopniu wynika z przyjmowania ich we wczesnym okresie życia, jak również presji społecznej dotyczącej ich przyjmowania [5].

W literaturze przedmiotu, za Mądrzyckim [6], funkcjonują różne określenia stereotypu, w tym: wyobrażenie, wierzenie, utrwalone wrażenie, wynik kategoryzacji, nawyk myślowy, rodzaj opinii, nieuprawniona generalizacja, zbiór sądów przekonaniowych, czy uogólnień. Treść stereotypów często uznawana jest za nieuzasadnioną błędną, tendencyjną, nadmiernie upraszczającą, a także niezgodną z rzeczywistością, nadmiernie sztywną, prowadzącą do uprzedzeń i dyskryminacji [6]. Wśród funkcji, jakie pełnią stereotypy wskazuje się na trzy ich elementy

- poznawcze – upraszczające percepcję, wyjaśniające zjawiska niezrozumiałe, umożliwiające ekonomizację poznania
- przystosowawcze – umożliwiające szybką orientację w otoczeniu i adekwatną do nich reakcję człowieka
- obronne – stanowiące wzmocnienie uznawanych wartości oraz usprawiedliwienie dla negatywnych działań, bądź ich braku w sytuacji, kiedy wydaje się to zasadne [6].

Celem pracy była ocena postaw młodzieży wobec bezdomności.

Material i metodyka

Badanie przeprowadzono na grupie 100 białostockich licealistów, w wieku 15–19 lat i wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, zawierający w części I – 5 pytań metryczkowych, w części II – 19 zasadniczych.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 40% mężczyzn i 60% kobiet, w tym 12% mieszkańców wsi i 88% z miasta. Uczniami I klasy liceum było 14% badanych, II klasy – 39%, a III klasy – 47%.

Kontakt z bezdomnymi zadeklarowało 54%, w tym 24% spotykało ich na ulicy, 4% w okolicy dworca, po 1% w autobusie, przy śmietniku, w parku, pod sklepem lub pod kościołem. Nie miało okazji do spotkania bezdomnego 46% badanych.

W opinii 46% ankietowanych bezdomnego nie trzeba się bać. Odmienną opinię wyraziło 12% osób, a aż 42% z nich miało problem z wyrażeniem swojej opinii w powyższej kwestii.

Bezdomnego nie chciało poznać 42% licealistów, 38% nie było w tym względzie zdecydowanych. Jedynie 20% zadeklarowało chęć poznania przedstawiciela tej grupy społecznej.

Uczniowie nie chcieli także w zdecydowanej większości (57%), aby w ich sąsiedztwie „koczowali” bezdomni? Opinii w powyższej kwestii nie miało jedynie 3% badanych, a 40% z nich miało problem z wyrażeniem jednoznacznej opinii.

Zdaniem 10% respondentów termin „bezdomny” oznacza to samo, co „bezrobotny”. Odmienną opinię wyraziło 75% badanych, a 15% było niezdecydowanych.

Licealiści zapytani o to, czy ich zdaniem w Białymstoku jest dużo bezdomnych, najczęściej (46%) mieli problem z udzieleniem na to pytanie odpowiedzi. O tym, iż jest ich mało przekonanych było 22% badanych, a 32% twierdziło że dużo. Szacunkowo podawali, iż bezdomni stanowią od 1 do 5% mieszkańców Białegostoku, od 10 do 20% – 34% badanych, ok. 1% mieszkańców – 20% osób i ponad 20% mieszkańców – 4% ankietowanych.

Statystyczny bezdomny to, w opinii licealistów, mężczyzna (83%), osoba starsza (75%), stanu wolnego (62%), mieszkaniec większego miasta (55%), z wykształceniem zawodowym (50%), nie mający dzieci (47%) i pochodzący z rodzin mających tylko matkę lub tylko ojca (47%). Rzadziej to osoba z wykształceniem średnim (16%), mieszkaniec małego miasta (12%), kobieta (10%), osoba pochodząca z rodzin pełnych (10%), mająca dzieci (7%), zamężna (5%), młoda (2%), z wyższym wykształceniem (1%).

Bezdomny, zdaniem uczniów, trudni się zbieraniem złomu (76%), żebraniem (68%), zbieraniem makulatury (60%), piciem alkoholu (15%), kradzieżą (12%),

grzebaniem w śmietniku (4%) lub chodzeniem po pomoc do CARITAS (1%). W opinii 7% licealistów szukają oni pracy, a 19% – nic nie robią. Problem z odpowiedzią miało 6% badanych.

Pierwszymi słowami, jakie kojarzyły się respondentom z bezdomnymi, były: brudny (56%), biedny (55%), cuchnący (30%), nieszczęśliwy (30%), wymagający wsparcia, pomocy (28%), samotny (22%), śmieciarz (15%), niewykształcony (13%), częściej wyśmiewany (13%), częściej krzywdzony (10%), leniwy (7%), bardziej uciążliwy (6%), bardziej agresywny (3%), przestępca (3%), pijak (2%), bardziej bezbronny lub bardziej wrażliwy (po 1%).

Za cechy zewnętrznego wyglądu najbardziej charakteryzujące bezdomnych, badani uznali: zaniedbany, brudny, śmierdzący (77%), nieogolony (16%), źle, skromnie ubrany (14%), wychudzony (5%), wyglądający na chorego (3%), wyglądający tak samo, jak my (2%). Opinii swojej w powyższej kwestii nie wyraziło 2% uczniów.

Licealiści zapytani o to, co ich zdaniem najbardziej cenią bezdomni, uznali: miejsce do spania (68%), jedzenie (57%), pieniądze, zasiłek (56%), alkohol (12%), poszanowanie godności (10%), wolność (9%), niezależność (8%), czyste ubranie (7%), spokój (7%), pracę (6%), rodzinę (6%), przyjaźń (3%) i religię (1%). Zdania swojego nie wyraziło 6% badanych.

Przyczyn utrzymywania się bezdomności respondenci dopatrywali się w braku zaradności ludzi (38%), niechęci do szukania pracy (36%), w konfliktach w rodzinie (29%), ukończeniu szkół, po których nie ma pracy (25%), braku kwalifikacji potrzebnych na rynku pracy (25%), opłacalności korzystania z zasiłków pomocy opieki społecznej (24%), braku miejsc pracy (13%), opłacalności pracy „na czarno” (3%), w korzystaniu z pomocy rodziny (3%), w alkoholizmie (3%) lub w polityce rządu (1%). O tym, iż bezdomność jest i będzie zawsze, przekonanych było 22% badanych, a o tym że bez stałej pracy można sobie dobrze radzić finansowo – 2% z nich. Opinii swojej w powyższej kwestii nie miało 7% badanych.

Do negatywnych skutków bezdomności ankietowani zaliczali: zły stan psychiczny, przygnębienie, utrata chęci do życia – 54%, łatwiejsze wchodzenie w konflikt z prawem (wzrasta przestępczość) – 44%, skłócenie, rozbięcie rodzin – 32%, odzwyczajanie się od pracy – 29%, konieczność pracy „na czarno”, bez uprawnień socjalnych, np. bez prawa do emerytury, ubezpieczeń zdrowotnych, urlopu – 25%, godzenie się na niskie zarobki, aby tylko mieć pracę – 17%, ubożenie rodzin osób bezrobotnych – 17%, godzenie się pracowników na wyzysk, źle traktowanie w pracy, aby tylko pracę utrzymać – 15% oraz fakt, iż młodzi ludzie po ukończeniu szkół nie mogą rozpocząć samodzielnego, dorosłego życia – 10%. Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie miało 11% uczniów.

Zdaniem licealistów można wyróżnić następujące poziomy wyizolowania bezdomnych: społeczny (brak więzi międzyludzkich) – 45%, ekonomiczny (nie-

zaspokojenie potrzeb) – 42%, indywidualny (zaburzenia emocjonalne, niska samoocena) – 37% i instytucjonalny (dezorientacja w instytucjonalnych mechanizmach wsparcia) – 19%. Zdania w powyższej kwestii nie miało 21% badanych.

Do grup problemów, które utrudniają wyjście z bezdomności, uczniowie zaliczali: problemy społeczne (niewystarczające wykształcenie, brak umiejętności zachowań społecznych) – 45%, problemy psychologiczne (wyuczona bezradność, brak umiejętności długofalowego planowania) – 44%, problemy prawne (nieposiadanie meldunku, zadłużenie) – 23%, zaspokajanie tylko podstawowych potrzeb, poczucie winy za zaistniałą sytuację – 18% oraz problemy systemowe (niepomaganie instytucjonalne) – 6%. Problem z podaniem konkretnej odpowiedzi miało 14% osób.

W opinii ankietowanych bezdomni mogą obecnie liczyć na pomoc PCK (60%), kościoła (55%), organizacji pozarządowych (36%), władz miasta/gminy (29%), państwa (13%), życzliwych ludzi (10%) oraz rodziny, przyjaciół i znajomych (po 9%). Zdaniem 12% badanych nie mogą liczyć na niczyją pomoc. Opinii swojej nie wyraziło 6% uczniów.

Pomoc bezdomnym, zdaniem licealistów, powinni świadczyć Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (53%), rząd (30%), wszyscy ludzie (28%), kościół i związki wyznaniowe (19%), urząd pracy (14%), organizacje pozarządowe (13%) lub urząd gminy (11%). Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało 13% badanych.

Jednocześnie 64% uczniów nie potrafiło wymienić ani jednej akcji społecznej organizowanej na rzecz bezdomnych. Pozostali wymieniali zbiórki CARITAS (23%), akcje PCK (8%), wigilię miejską (3%), zimową pomoc w dotarciu do noclegowni (1%) lub akcje MOPS (1%).

Licealiści zapytani, czy chcieliby pomagać bezdomnym, w zdecydowanej większości (46%), nie wyrazili swojej opinii w powyższym zakresie. Zdecydowanie nie chcieli takiej pomocy udzielać 9% badanych. Taką pomoc deklarowało 40% uczniów i 5% już pomagało wzywając pomoc – 1% lub wspierając akcje CARITAS – 4%.

Dyskusja

Europejska Federacja Narodowych Organizacji Pracujących na rzecz Ludzi Bezdomnych FEANTSA (*The European Federation of National Organisations Working With The Homeless*), za Chyła [7], opracowała typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego – ETHOS. Punktem wyjścia było założenie, że istnieją trzy domeny konstytuujące „dom”, a brak jednej z nich oznacza bezdomność. Wśród domen tych wyróżniono: domenę fizyczną – schronienie (przestrzeń), domenę społeczną – prywatność oraz domenę prawną – tytuł prawny do zajmowania [cyt. za 7].

Wylimitowanie jednej lub więcej domen wyznacza cztery podstawowe kategorie rozumiane jako bezdomność lub wykluczenie mieszkaniowe, w tym:

- brak dachu nad głową (mieszkanie w miejscach publicznych, niezabezpieczonych mieszkaniach, przebywanie w noclegowni z koniecznością spędzenia kilku godzin w ciągu dnia w miejscach publicznych)
- brak mieszkania (schroniska dla bezdomnych, również specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
- niezabezpieczone mieszkanie (osoby z konieczności zamieszkujące czasowo u rodziny lub przyjaciół, osoby posiadające nakaz eksmisji oraz osoby zagrożone przemocą domową)
- nieodpowiednie mieszkanie (wszelkiego rodzaju konstrukcje tymczasowe, nielegalne zajmowanie budynków, mieszkania substandardowe – nie nadające się do zamieszkania oraz mieszkania przeludnione) [7, B, F].

Jednocześnie w literaturze przedmiotu [7, B, F] podkreśla się, iż najczęściej myśląc o bezdomności, zwracamy uwagę tylko na dwie pierwsze kategorie.

Nowakowska [8] podaje, iż potoczne charakterystyki osób bezdomnych są bardzo zróżnicowane, a powszechnie funkcjonujące stereotypowe określenia to: lumpy, menele, kloszardzi, sami sobie winni, alkoholicy, złodzieje, nic nie warci, brudni, zdegenerowani. Można się także spotkać z opiniami, iż stanowią margines społeczny, są wyrzutkami, że powinniśmy się ich wstydić, bać, że budzą wstręt i inne negatywne emocje. Spośród aktywności osób bezdomnych, poza piciem alkoholu, wymieniane były: zbieranie puszek, grzebanie w śmietnikach, żebranie i zaczepianie porządných obywateli [8].

W badaniu Bartczaka i wsp. [E] według łodzian, bezdomny był najczęściej kojarzony z osobą brudną (82,9%), nieodpowiedzialną (56,4%), nieszczęśliwą (60,5%), niezaradną (54%) i leniwą (47,6%). Autorzy badania, za pomocą pytania otwartego, zebrali także zbiór określeń, jakimi na oznaczenie bezdomnych posługiwały się osoby w otoczeniu respondenta. W wyniku próby ich kategoryzacji wyróżnili następujące określenia bezdomnych: neutralne: bezdomny, kloszard, osoba bez dachu nad głową, odzwierciedlające tryb życia bezdomnego: *włóczęga, łazik, wędrowiec*, itp., będące zdrobnieniami, zwykle przestarzałych, imion: *Pawelek, Edzio, Henio*, itp., skupiające się na wyglądzie: *brudas, lachmaniarz, śmierdziuch, fleja, obdartus*, itp., odnoszące się do sposobu zarobku: *złomiarz, śmieciarz, graciarz*, związane z nałogami: *pijacek, pijus, ćpun*, itp., dotyczące postrzeganych osiągnięć życiowych bezdomnego: *nieudacznik, niedojda, życiowa łamaga*, odnoszące się do dyspozycji osobowościowych: *cwaniak, nierób* oraz określenia ogólnikowe o zdecydowanym podłożu negatywnym: *menda, żul, bej*, itp. [E].

W naszym opracowaniu pierwszymi słowami, jakie kojarzyły się badanym z bezdomnymi były najczęściej: brudny (56%), biedny (55%), cuchnący (30%), nieszczęśliwy (30%), wymagający wsparcia, pomocy (28%) i samotny (22%).

Za cechy zewnętrznego wyglądu najbardziej charakteryzujące bezdomnych respondenci uznali: zaniedbany, brudny, śmierdzący (77%).

Zdaniem zdecydowanej większości łodzian [E], typowy bezdomny to mężczyzna (91,9%), osoba w wieku powyżej 30 lat (95,2%), której wykształcenie nie przekracza średniego (72,3%). Żaden z respondentów nie uznał, że bezdomny mógłby ukończyć studia wyższe.

W naszej pracy bezdomny to mężczyzna (83%), starszy (75%), mieszkaniec większego miasta (55%), posiadający wykształcenie zawodowe (50%).

W badaniu Bartczaka i wsp. [E] 46% łodzian uznało również, że osoba bezdomna wychowała się z jednym rodzicem lub bez rodziców (w tym pytaniu liczba odpowiedzi „trudno powiedzieć” była bardzo duża i wynosiła ponad 30% odpowiedzi). Najbardziej zdecydowani w ocenie pochodzenia rodzinnego bezdomnych byli bezrobotni. Aż 62,5% osób w tej kategorii wskazało na wychowywanie się z jednym rodzicem lub bez rodziców osoby bezdomnej. Interesujący jest fakt, że osoby będące w gorszej sytuacji materialnej zdecydowanie częściej uznawały, że bezdomny jest osobą, która mogła się wychowywać bez jednego rodzica lub bez rodziców, natomiast osoby lepiej sytuowane materialnie są podzielone w swoich opiniach.

W naszym badaniu respondenci uznali, iż bezdomni to głównie osoby wywodzące się z rodzin mających tylko matkę lub tylko ojca (47%).

Duża część badanych przez Bartczaka i wsp. [E] osób, bo aż 73,8%, sądziła także, że bezdomny jest osobą nie pozostającą w stałym związku. Ponad połowa łodzian (58,2%) była zdania, że osoba bezdomna zwykle posiada dzieci.

W naszym opracowaniu licealiści uważali podobnie twierdząc, iż bezdomny jest osobą stanu wolnego (62%) i nie mającą dzieci (47%)

Zdaniem łodzian, osoby bezdomne, w porównaniu z innymi ludźmi, są: zdecydowanie częściej krzywdzone i wyśmiewane (84,7%), bardziej bezradne i skłonne do samobójstwa (55,8%), bardziej uciążliwe i trudne we współżyciu (62,6%), nie są natomiast bardziej agresywne i niebezpieczne dla otoczenia (76,1%) i bardziej wrażliwe i więcej rozumiejące (58,4%).

Obecnie badani uczniowie mieli odmienne zdanie, niż ankietowani z ww badania, ponieważ bezdomnych za osoby zdecydowanie częściej krzywdzone uznało 10% licealistów, za bardziej wyśmiewane – 13%, za bardziej uciążliwe – 6%, za bardziej agresywne – 3%, a za bardziej wrażliwe – tylko 1% badanych.

Respondenci z opracowania Bartczaka i wsp. [E], poproszeni o szacunkowe określenie odsetka osób bezdomnych wśród mieszkańców Polski, udzielili bardzo zróżnicowanych odpowiedzi. Około 8% ankietowanych wskazało, że liczba bezdomnych w Polsce jest mniejsza bądź równa 1%. Autorzy podkreślają, że jeżeli uzna się za adekwatny szacunek liczby bezdomnych w Polsce od 0,2% a 2%, to takiej trafnej oceny potrafiło dokonać niemal 20% łodzian. Jednocześnie duża część badanych znacznie przeszacowała liczbę bezdomnych w Polsce. Ponad 20% pytanych określało ją w granicach 6,5%–12%, a niemal 30% udział ten szacowało od 12,5% do 35% mieszkańców Polski, co w tym drugim wypadku oznaczałoby to, że liczba bezdomnych w Polsce wynosiłaby od 4 do 11 milionów osób [E].

W obecnym opracowaniu respondenci, w największym odsetku (42%) uważali, iż bezdomni stanowią od 1 do 5% mieszkańców Białegostoku.

Łodzianie w pracy Bartczaka i wsp. [E] uważali, iż głównym źródłem dochodu bezdomnych jest zbieranie makulatury i złomu (70,6%) lub jałmużna (23,5%).

Nasi licealiści głównych źródeł dochodu bezdomnych dopatrywali się w zbieraniu złomu (76%), żebraniu (68%) i zbieraniu makulatury (60%).

Osoby bezdomne w opinii respondentów Bartczaka i wsp. [E] budziły lęk przed dotykem i ewentualnym zakażeniem, przeniesieniem się choroby skóry wśród połowy łodzian, częściej wśród kobiet (74,3%) niż u mężczyzn (62,2%). Podobny lęk odczuwało średnio 70% najmłodszych i najstarszych z wykształceniem nie wyższym niż średnie. Nieco mniej, bo około 63% osób w średnim wieku i z wykształceniem wyższym.

W obecnym badaniu 46% respondentów twierdziło, iż bezdomnych nie należy się bać, jednakże bardzo podobny odsetek (42%) nie miał w tej kwestii zdania. Poznać bezdomnego nie chciałoby 42% licealistów, a „koczujących” bezdomnych w pobliżu swojego miejsca zamieszkania nie chciałoby mieć 52% z nich.

W opracowaniu Bartczaka i wsp. [E] z listy 17 konkretnych powodów popadania w bezdomność, łodzianie najczęściej wybierali uzależnienia (86,5%), eksmisję z mieszkania (78,6%) oraz utratę pracy (62,0%). Blisko połowa wskazała też, że bezdomność może być efektem opuszczenia przez najbliższą rodzinę (48,1%)

Licealiści z naszego badania przyczyn bezdomności upatrywali w braku zaradności ludzi (38%), w braku chęci do poszukiwania pracy (36%), w konfliktach w rodzinie (29%), w ukończeniu szkół, po których nie ma pracy (25%) oraz w braku kwalifikacji potrzebnych na rynku pracy (25%).

Wśród podmiotów, do których powinna należeć pomoc bezdomnym, łodzianie z badania Bartczaka i wsp. [E] najczęściej zaliczali Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (70,8%), rząd (42,9%), organizacje pozarządowe (42,2%), kościoł i związki wyznaniowe (40,0%), urząd gminy (32,4%), powiatowy urząd pracy (26,5%) oraz zwykłych obywateli (20,5%).

Nasi respondenci twierdzili, iż bezdomni obecnie mogą liczyć na pomoc przede wszystkim PCK (60%), kościoła (55%), organizacji pozarządowych (36%) oraz władz miasta/gminy (29%). Ich zdaniem powinni pomagać bezdomnym: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (53%), rząd (30%) oraz wszyscy ludzie (28%).

Barczak oraz wsp. [E] badali gotowość do udzielania pomocy bezdomnym na kilka sposobów i wykazali, iż dla bezdomnego pomoc zadeklarowało 38,5% łodzian, lokując go w grupie przypadków najrzadziej wskazywanych. Chęć udzielenia pomocy bezdomnemu wzrastała wraz z wiekiem. Różnicowało ją również wykształcenie – deklaracje pomocy zgłaszały znacznie częściej osoby z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym (47,8%) niż osoby z wykształceniem średnim (33,7%) i wyższym (32,4%) [E].

W obecnym badaniu chęć pomocy bezdomnym zadeklarowało 40% licealistów, a jedynie 5% już takiej pomocy udzielało. Prawie identyczny odsetek młodzieży (46%) miał jednak problem z jasnym wyrażeniem swojej deklaracji w powyższej kwestii.

Wnioski

1. Większość respondentów miała kontakt z bezdomnymi, głównie spotykając ich na ulicy.
2. Zdecydowana większość uczniów nie chciałaby poznać bezdomnego i nie widziała go w pobliżu swojego miejsca zamieszkania, ale jednocześnie deklarowała chęć pomocy tym osobom.
3. W opinii większości badanych statystyczny bezdomny to brudny, cuchnący, zaniedbany starszy, samotny, bezdietny mężczyzna, z wykształceniem zawodowym, pochodzący z rodziny niepełnej, żebrzący, zbierający makulaturę i złom.
4. Za główne przyczyny bezdomności respondenci uznali brak zaradności ludzi, brak chęci do poszukiwania pracy i konflikty w rodzinie.
5. Za negatywne skutki bezdomności uznali zły stan psychiczny i wchodzenie w konflikt z prawem.
6. Za główne problemy w wyjściu z bezdomności licealiści uznali problemy społeczne i psychologiczne, a poziomy wyizolowania: społeczny i ekonomiczny.

Piśmiennictwo

1. Rysz-Kowalczyk B.: *Leksykon Polityki Społecznej*, ASPRA-JR, 2001, 19.
2. Przyemeński A.: Aktualny problem bezdomności w Polsce. Aspekt polityczno-społeczny [w:] *Oblicza bezdomności*, Dębski M., Stachura K. (red.), Wyd. Bernardinum Sp. z o.o., Gdańsk, 2007, 17–37.
3. *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa s.c., Warszawa, 1998, tom 1, 62.
4. Lech A.: Świat społeczny bezdomnych i jego legitymizacja. *Biblioteka pracownika socjalnego*, Katowice, 2007, 1–318.
5. Oliwa-Ciesielska M.: Piętno nieprzypisania. Studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych. *Wydawnictwo UAM*, Poznań, 2005, 1–108.
6. Mądrzycki T.: *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, PWN, Warszawa, 1986, 1–137.
7. Chyła A.: *Bezdomność – problem społeczny*, Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, 2010, 1–9.
8. Nowakowska A., *Społeczne postrzeganie bezdomności. Zjawisko stereo typizacji* [w:] *Oblicza bezdomności*, Dębski M., Stachura K. (red.) *Wyd. Bernardinum Sp. z o.o.*, Gdańsk, 2007, 37–46.

Netografia

- A. Podstawski M.: Bezdomność w III Rzeczpospolitej, 2010, 12, 69–76, realia.com.pl/pdf/5_2009/05_05_2009.pdf, data pobrania 8.02.2011
- B. Dębski M.: Bezdomność w Polsce. Aktualny stan problemu. http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Soc_dos/2008_7/maciej_debski.pdf, data pobrania 8.02.2011.
- C. Wygnańska J.: Raport o polityce społecznej wobec bezdomności w Polsce. Europejskie Obserwatorium Bezdomności. Europejska Federacja Narodowych Organizacji Zaangażowanych na rzecz Bezdomnych. FEANTSA, data pobrania 8.02.2011.
- D. Olech P.: Aktywizacja zawodowa osób bezdomnych, Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa, 2006, www.bezrobocie.org.pl, data pobrania 8.02.2011.
- E. Bartczak J., Bernacka A., Janik J., Kulczyńska A., Kwiatkowska A., Lipiec M., Olczyk A., Rostocki J., Rygier K., Skiba P., Zieja A., Zygmunt E.: Postawy Łódzian wobec bezdomnych, 1–41, www.eksoc.uni.lodz.pl/is/lodzianie-o-bezdom.pdf, data pobrania 8.02.2011.
- F. FEANTSA – <http://www.feantsa.org/code/en/hp.asp>, data pobrania 8.02.2011
Wygnańska, Julia. Raport dla Europejskiego Obserwatorium Bezdomności FEANTSA. Europejskie Obserwatorium Bezdomności: <http://www.bratalbert.org.pl/portal/images/PDF/stat.pdf>, data pobrania 8.02.2011.

Agnieszka Kułak¹, Piotr Kułak¹

Postawy studentów fizjoterapii wobec osób niepełnosprawnych

Wprowadzenie

Według wyników Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) [1], prowadzonego przez GUS w roku 2009, liczba osób niepełnosprawnych prawnie, w wieku 15 lat i więcej, wynosiła około 3,5 mln osób (dokładnie 3506 tys.), co stanowiło 11,1% ludności w wieku 15 lat i więcej. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym wynosiła około 2,1 mln (2068 tys.) i stanowiła 8,7% ludności w tym wieku [1].

W 2009 roku aktywnych zawodowo było 15,7% osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej, a w wieku produkcyjnym – 24,6%. Dla porównania współczynnik aktywności zawodowej osób sprawnych w wieku 15 lat i więcej wynosił 59,8%, a w wieku produkcyjnym 75,3% [1]. Udział osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym, aktywnych zawodowo, od 2006 roku wzrósł o 2,5 pkt. proc., zaś w stosunku do ubiegłego roku – o 0,7 pkt. proc. W 2009 roku udział osób pracujących wśród osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej, wynosił 13,8%, a wśród osób w wieku produkcyjnym – 21,4%. Wskaźnik zatrudnienia osób sprawnych w wieku 15 lat i więcej oraz dla zbiorowości osób w wieku produkcyjnym, wynosił odpowiednio 55,0% i 69,1% [1].

Powyższe dane ewidentnie wskazują, iż istotne jest badanie postaw społeczeństwa wobec grupy osób niepełnosprawnych.

W opinii Dykciak [2] termin niepełnosprawności „(...) obejmuje różne ograniczenia funkcjonalne jednostek ludzkich w każdym społeczeństwie, wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób uważany za normalny, typowy dla życia ludzkiego. Ograniczenia te mogą mieć charakter stały lub przejściowy, całkowity lub częściowy, mogą dotyczyć sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej”.

¹ Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Gałkowski [3] zwraca zaś uwagę na fakt, iż od wielu lat próbuje się opracować definicję pojęcia „osoba niepełnosprawna”. W ostatnich latach pojawiają się koncepcje akcentujące znaczenie wymiaru społecznego niepełnosprawności w odniesieniu do relacji i ról społecznych, jakie osoba może pełnić w społeczeństwie, czego przyczyną są bariery integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem i postulat ich kompensacji, zmniejszenia lub niwelacji. Innym problemem ogólnej definicji niepełnosprawności jest jej relacja z definicjami szczegółowymi dotyczącymi poszczególnych rodzajów niepełnosprawności [3].

Według Kowalika [4] niepełnosprawność opiera się na „rozdzieleniu pomiędzy niepełnosprawnością i dysfunkcjonalnością. Niepełnosprawność jest określona jako utracona sprawność organizmu, jego układów lub narządów. Z kolei dysfunkcja jest przez autora traktowana jako predyspozycja wywołująca powstanie sytuacji problemowej, czyli takiej w której nie jest zachowana równowaga między warunkami zewnętrznymi, w których żyje człowiek, a jego możliwościami. Z praktycznego punktu widzenia rodzaj dysfunkcji może decydować w jakich sytuacjach problemowych znajdzie się człowiek niepełnosprawny”. Jednakże, jak podkreśla autor, mimo różnych rodzajów dysfunkcji u poszczególnych osób mogą wystąpić problemy wspólne dla wszystkich [4].

Na przestrzeni wieków, za Kossewską [5], wizerunek osób niepełnosprawnych uzależniony był od dominujących poglądów społecznych i filozoficznych. Początkowo obejmowały one dyskryminację, izolację lub segregację, a nawet eutanazję (w faszystowskim ustroju narodowosocjalistycznym), a współcześnie – integrację niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa [5].

Celem pracy była ocena postaw studentów kierunku fizjoterapia wobec osób niepełnosprawnych

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 110 studentów kierunku fizjoterapia. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, opracowany na podstawie literatury [6, 7, 8] oraz przemyśleń własnych.

Kwestionariusz składał się z dwóch części, pierwszej – metryczkowej zawierającej 7 pytań (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, staż pracy, wykształcenie, specjalizacje, miejsce pracy, zajmowane stanowisko) i drugiej – zasadniczej, złożonej z 32 pytań, m.in. dotyczących rozumienia pojęcia niepełnosprawność, odczuć jakie budzi osoba niepełnosprawna, opinii nt. zawierania związków małżeńskich i posiadania potomstwa, poznania, z jakiego typu niepełnosprawnością stykają się na co dzień, stosunku do osób niepełnosprawnych społeczeństwa, życia zawodowego i społecznego osób niepełnosprawnych, chęci sprawowania nad nimi opieki, celowości kampanii społecznych na rzecz niepełnosprawnych, postrzegania przywilejów dla osób niepełnosprawnych i korzyści płynących z kontaktów z osobami niepełnosprawnymi.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 110 studentów kierunku fizjoterapia: 90,9% dziewcząt i 9,1% chłopców. Wiek badanych wahał się od 19 do 22 lat, w tym 19 lat miało 34,5% osób, 20 lat – 51,8%, 21 lat – 7,3% i 22 lata – 6,4%. W mieście mieszkało 52,7% studentów, a na wsi 47,3%.

Ankietowani pod pojęciem „niepełnosprawność” najczęściej rozumieli brak całkowitej sprawności ruchowej (40,9%), trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie (37,3%), potrzebę funkcjonowania z pomocą innych (29,1%) oraz zaburzone funkcjonowanie zmysłów (19,1%). W dalszej kolejności wymieniali – widoczne zniekształcenia ciała (4,5%) lub chorobą psychiczną (3,6%).

Słowem (cechą), które przychodziło respondentom do głowy na określenie osoby niepełnosprawnej, najczęściej było „potrzebujący pomocy/opieki” – 29,1%, „niesprawny ruchowo/fizycznie” – 25,5%, „poruszający się na wózku inwalidzkim” – 19,1%, „chory”, „wiodący trudne życie”, „bezradny” – po 11,8%, „ułomny” – 10,0%, „inwalida” – 8,2%, „nieszczęśliwy” – 7,3%, „kaleka”, „upośledzony” – po 5,5%, „pokrzywdzony” – 4,5% lub „nie znajdujący akceptacji” – 2,7%. Zdania w powyższej kwestii nie miało 7,3% osób.

Studenci zapytani o uczucia, jakie wzbudza w nich osoba niepełnosprawna, wymieniali z reguły: „chęć pomocy” – 73,6%, „chęć poznania takiej osoby” – 24,5%, „chęć zainteresowania się problemami innych” – 20,9%, „uczucie empatii” – 20% oraz „współczucie” – 18,2%. Jedynie w 8,2% osób wzbudzały one litość.

Zdaniem studentów, kontakt z osobą niepełnosprawną uczy przede wszystkim niesienia pomocy (67,3%), stwarza możliwość poznania ich problemów (29,1%), uwrażliwia (20,0%) oraz daje satysfakcję moralną wyniesioną ze spotkań z nimi – (19,1%). Jedynie 0,9% studentów nie potrafiło sprecyzować, co daje taki kontakt.

Studentów zapytano także o stosunek większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych z powodu chorób lub jakiegokolwiek kalectwa. Większość z nich uważała, iż jest on „bardzo dobry” (38,2%) lub „dobry” (35,5%). Jako „raczej niedobry” oceniło go 13,6% osób. Zdania w powyższej kwestii nie wyraziło 12,7%.

W grupie badanych studentów – 36,4% z nich ma lub miało osoby niepełnosprawne wśród znajomych/przyjaciół. Ma lub miało takie osoby w rodzinie – 21,8% respondentów, znało takie osoby, ale niezbyt dobrze lub tylko z widzenia – 19,1% z nich, albo też miało kontakt z takimi osobami tylko na zajęciach – 11,8%. Nie znało takich osób – 9,1%, a nie miało kontaktu z nimi – 1,8% badanych.

W opinii większości respondentów (90,9%) osoby niepełnosprawne powinny pracować wszędzie, razem ze zdrowymi, ale mieć przystosowane stanowisko pracy. Pozostali nie mieli zdania w powyższej kwestii (4,6%) lub uważali, iż

powinny pracować w specjalnie dla nich zorganizowanych zakładach pracy, zatrudniających samych inwalidów i osoby niepełnosprawne (4,5%).

Zdaniem 97,3% studentów parkowanie w miejscach przeznaczonych dla osoby niepełnosprawnej powinno być karane, w tym „zdecydowanie tak” stwierdziło 83,6% osób, a „raczej tak” – 13,6%. Odmienne zdanie miało 1,4% badanych, w tym po 0,7% wskazało raczej nie i „zdecydowanie”. Nie wypowiedziało się jednoznacznie – 1,3% badanych.

O tym, iż w miastach powinny kursować same autobusy miejskie dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej, przekonanych było 72,7% studentów (w tym 62,7% zdecydowanie tak, 10,0% – raczej tak). Odminną opinię wyraziło 26,4% badanych (w tym raczej nie – 25,5% i zdecydowanie nie – 0,9%), a 0,9% nie miało zdania.

Studenci byli także przekonani, że sklepy powinny mieć podjazdy przeznaczone dla osoby niepełnosprawnej (98,2% – w tym zdecydowanie tak – 68,2%, raczej tak – 30%). Przeciwnie zdanie wyraziło 0,9% badanych i tyle samo nie potrafiło się w tej kwestii wypowiedzieć.

Studenci z reguły byli przekonani, iż osoby niepełnosprawne powinny zawierać małżeństwo (80%), mieć dzieci (70%), mieć możliwość uczęszczania do klas integracyjnych w każdej szkole (71,8%), powinny jeździć samochodem (81,8%) i nie powinny mieszkać w oddzielnych domach (77,3%). Pozostałe wskazania obrazuje poniższa tabela:

Czy osoby niepełnosprawne powinny	Zdecydowanie tak	Tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć
zawierać małżeństwo	62,7%	17,3%	0,9%	9,1%	10,0%
mieć dzieci	42,7%	27,3%	15,5%	0,0%	14,5%
mieszkać w oddzielnych domach	1,8%	14,5%	36,4%	40,9%	5,5%
mieć możliwość uczęszczania do klas integracyjnych w każdej szkole	59,1%	12,3%	13,6%	10,0%	4,5%
jeździć samochodem	16,4%	45,5%	4,5%	13,6%	3,6%

Za największe trudności, na jakie napotykają niepełnosprawni, studenci uważali te związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego (75,5%), znalezieniem pracy – 65,5%, odrzuceniem przez przyjaciół – 63,6%, odrzuceniem przez rodzinę – 59,1% oraz nie realizowaniem marzeń rodzicielskich – 55,5%. Nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie 0,9% badanych.

Za grupy niepełnosprawnych, którym najtrudniej jest funkcjonować, respondenci uznali niewidomych (49,1%), osoby z uszkodzonym narządem ruchu (47,3%), niedostosowane społecznie (24,5%), głuche (23,6%) oraz z głębszymi zaburzeniami mowy – 22,7%. Jedynie 4,5% badanych nie miało na ten temat zdania.

W grupie osób, które powinny sprawować opiekę nad ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach, najczęściej studenci wymieniali rodzinę (83,6%), przyjaciół/znajomych (59,1%), pracowników pomocy/opieki społecznej (31,8%), grupy samopomocy (26,4%) lub pracowników ochrony zdrowia – (25,5%). Rzadziej badani wymieniali organizacje religijne (14,5%). Zdania swojego nie wypowiedziało 09,% ankietowanych.

W opinii 58,2% studentów społeczeństwo nie jest gotowe do udzielania pomocy niepełnosprawnym (w tym raczej nie – 30% i zdecydowanie nie – 27,3%). Odmienne zdanie miało 40,9% ankietowanych (w tym 12,7% zdecydowanie tak i 28,2% raczej tak). Opinii swojej nie wyraziło 1,8% badanych.

W przypadku, gdyby powstała wśród kolegów/znajomych respondentów inicjatywa nieodpłatnego pomagania, wyręczenia osoby ciężko chorej lub niepełnosprawnej w codziennych sprawach życiowych (zakupy, pomoc w domu, drobne naprawy), studenci z reguły (60,9%) deklarowali, iż chętnie by włączyli się w pomoc takiej osobie (w tym 28,2% tak i 32,7% raczej tak). W pomocy takiej uczestniczyło już 24,5% studentów. Nie chciałoby pomagać innym 16,3% badanych (w tym 7,3% raczej nie i 6,4% absolutnie nie). Jedynie 0,9% nie miało w tej kwestii zdania.

O pełnym dostępie niepełnosprawnych do wszystkich dziedzin życia społecznego przekonanych było tylko 8,2% badanych. Przeciwną opinię wyraziło 83,6% studentów, a o tym, iż tylko w jego wybranych dziedzinach – 2,7% osób. Z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie miało problem 5,5% studentów.

Osoby niepełnosprawne, w życiu społecznym, są zdaniem studentów średnio aktywne (48,2%), bierne (30,0%) lub bardzo aktywne (18,2%). Ocenic powyższego nie potrafiło 3,6% badanych.

W opinii studentów najbardziej odpowiedniejszy jest integracyjny (osoby niepełnosprawne wśród zdrowych, te same szkoły, miejsca pracy, domy) model funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie (73,6% wskazań). Model separacyjny (osoby niepełnosprawne osobno w szkołach, miejscach pracy, domach) – wskazało 24,5% badanych, a 1,8% z nich nie wyraziło swojego zdania.

O pełnym dostępie niepełnosprawnych do wszystkich dziedzin życia zawodowego przekonanych było tylko 5,5% badanych. Przeciwną opinię wyraziło 64,5% studentów, a o tym, iż tylko w jego wybranych dziedzinach 11,8%. Z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie miało 18,2% studentów.

Osoby niepełnosprawne, w życiu zawodowym, są zdaniem studentów średnio aktywne (47,3%), bierne (30,9%) lub bardzo aktywne (14,5%). Ocenic powyższego nie potrafiło 7,3% badanych.

W przypadku, gdyby badani musieli podjąć decyzję o objęciu opieki nad osobą niepełnosprawną, najchętniej pomagaliby osobie słabo słyszącej (74,5%), niewidomej (72,7%), niedowidzącej (73,6%), głuchej (70%) oraz z wadami wymowy (70%), a najrzadziej z widocznym zniekształceniem, oszpeceniem

ciała (27,3%). Najchętniej opiekę sprawowaliby nad niepełnosprawnymi dziećmi (79,1%), najrzadziej nad niepełnosprawnymi osobami starszymi (59,1%). Pozostałe wskazania zawiera poniższa tabela:

Rodzaj niepełnosprawności	Decyzja				
	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć
Część A					
Niedorozwój umysłowy	9,1%	34,5%	14,5%	32,7%	9,1%
Przewlekłe choroby (np. choroba nowotworowa, stwardnienie rozsiane)	28,2%	28,2%	10,9%	6,4%	8,2%
Niedowidzący	37,2%	36,4%	9,1%	11,8%	5,5%
Niewidomi	40,0%	32,7%	14,5%	6,4%	6,4%
Słabosłyszący	23,6%	50,9%	10,9%	10,0%	4,5%
Głusi	10,9%	59,1%	15,5%	7,3%	7,3%
Widoczne zniekształcenie, oszpecenie ciała	23,6%	34,5%	17,3%	10,0%	14,5%
Niepełnosprawni ruchowo	40,0%	42,7%	9,1%	5,5%	2,7%
Z wadami wymowy	34,5%	35,5%	8,2%	8,2%	13,6%
Część B					
Niepełnosprawne dzieci	40,9%	38,2%	7,3%	4,5%	9,1%
Niepełnosprawna młodzież	39,1%	31,8%	11,9%	12,7%	4,5%
Niepełnosprawni dorośli	32,7%	37,2%	12,7%	6,4%	10,9%
Niepełnosprawne osoby starsze	20,0%	39,1%	14,5%	13,6%	12,7%

Kampanie społeczne dotyczące osób niepełnosprawnych, zdaniem 60% studentów są potrzebne. Według pozostałych badanych wzbudzają chęć niesienia pomocy (13,6%), pokazują nieprawdziwy obraz niepełnosprawności (12,7%) lub pokazują prawdziwy obraz niepełnosprawności (9,1%). W powyższej kwestii nie wypowiedziało się 4,5% respondentów.

Studenci z reguły (80,9%) nie potrafili wymienić żadnej kampanii społecznej dotyczącej osób niepełnosprawnych. Pozostali wymieniali takie kampanie, jak: „Nie jesteś sam”, „Niepełnosprawni-pełnosprawni w pracy” – po 5,4% badanych, „Marsz niepełnosprawnych” – 4,5% „Zarażam radością” – 2,7% oraz „Razem łatwiej” – 0,9%.

Podobny problem stanowiło wymienienie organizacji skupiających osoby niepełnosprawne i działające na ich rzecz. Nie potrafiło ich wymienić 49,9% studentów. Pozostali wskazywali: Fundacja Anny Dymnej MIMO WSZYSTKO

– 12,7%, Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy – 11,8%, Caritas – 10%, PEFRON – 9,1%, Stowarzyszenie „Jasny cel” – 2,7%, Polski Związek Niewidomych – 1,8%, Fundacja Polsat – 1,8% oraz Ruch Światło Życie – 0,9%.

Dyskusja

Wobec osób niepełnosprawnych, za Larkowa [9], ludzie przejawiają różne postawy: uczuciowe, wolicjonalne i intelektualne, a w każdej z nich: pozytywne, pośrednie i negatywne. Postawa uczuciowa pozytywna, to okazywanie życzliwości i sympatii. Postawa uczuciowa pośrednia – to współczucie, litość, obojętność. Postawa uczuciowa negatywna – to niechęć do widoku inwalidztwa. Postawa wolicjonalna – to akceptacja i chęć utrzymania kontaktów. Postawa wolicjonalna pośrednia – przyglądanie się, a wolicjonalna negatywna – unikanie kontaktu z osobami niepełnosprawnymi. Postawa intelektualna pozytywna, to uznanie, szacunek dla osób niepełnosprawnych. Postawa intelektualna pośrednia – to ciekawość, zainteresowanie, a postawa intelektualna negatywna – to ujemna ocena tych osób [9]. Autorka zwraca uwagę na wpływ pięciu czynników na kształtowanie powyższych postaw, takich jak: środowisko społeczne, warunki ekonomiczne, widok nietypowych cech fizycznych, rodzaje kontaktów z osobami niepełnosprawnymi oraz informacje o tych osobach [9].

Jones i Guskin, za Kirenko [cyt. za 7] wyszczególniają osiem takich czynników: przedmiot i podmiot postawy, uwarunkowania wyrażania się postaw, determinanty charakteru postaw, konsekwencje, metodologię badań, teoretyczne podstawy badań oraz etyczne aspekty problemu.

W literaturze przedmiotu, za Zasepa [cyt. za 10] uważa się, iż negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych ujawniają się szczególnie wtedy, gdy osoby te charakteryzują się takimi cechami, jak np.: manifestowanie kalectwa, zbytne żądanie przywilejów, unikanie innych osób, zamykanie się w sobie, uskarżanie się na inwalidztwo, bierność i poddanie się z rezygnacją losowi, a także złośliwość, agresywność, czy nieliczenie się z innymi. Wykazano także, że bardziej pozytywne postawy współwystępują z silniejszym ujmowaniem życia, jako wartości duchowej i prezentowane są przez osoby traktujące życie, jako doświadczenie, które pogłębia wiarę w Boga, a budowanie przyjaźni z Bogiem, jako plan Boży, dążenie ku zbawieniu, okazję do budowania w sobie dobra [cyt. za 10].

Zdaniem Witkowskiej [11] osoby o bardziej pozytywnych postawach wobec osób niepełnosprawnych charakteryzowały się wyższym poziomem inteligencji ogólnej, myślenia dywergencyjnego i samooceny (ogólnej oraz oceny stosunku do siebie i do innych ludzi). W porównaniu z innymi, o bardziej negatywnych postawach, były także bardziej niezależne od pola percepcyjnego, bardziej refleksyjne oraz bardziej preferowały wartości moralne, religijne, społeczne, a także artystyczno-estetyczne, zaś mniej – wartości prestiżowe [11].

W opinii Sękowskiego [6] postawy i oczekiwania ludzi pełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych są niestety przeważnie negatywne.

Ocena zależności pomiędzy poczuciem sensu życia a postawami wobec osób niepełnosprawnych w grupie studentek pedagogiki specjalnej wykazała, iż istnieją dodatnie, istotne statystycznie współczynniki korelacji między postawami wobec osób niepełnosprawnych a ogólnym poczuciem sensu życia, jak też jego składnikami, tj. celami życia, afirmacją życia, oceną siebie, oceną własnego życia, poczuciem wolności i odpowiedzialności [cyt. za 10]. Z bardziej pozytywnymi postawami wobec osób niepełnosprawnych występowało większe poczucie, iż życie ma sens i jest celowe [cyt. za 10].

Badania nad zależnością między różnymi wymiarami obrazu siebie młodzieży licealnej a jej postawami wobec osób niepełnosprawnych wykazały, iż chłopcy wykazujący większą potrzebę opiekania się innymi, bardziej lubiący ludzi, bardziej taktowni w stosunku do innych, chętniej udzielający im pomocy i wsparcia, częściej charakteryzowali się pozytywnymi postawami wobec osób niepełnosprawnych. Większą akceptacją osób niepełnosprawnych wykazywali także chłopcy bardziej pozytywnie nastawieni do życia i do innych ludzi, bardziej konsekwentni w swym działaniu, a także bardziej obowiązkowi oraz ceniący dobrą organizację [cyt. za 10]. Wyniki w grupie dziewcząt wskazały, że większa akceptacja osób niepełnosprawnych, łączyła się istotnie z większym optymizmem w przewidywaniu przyszłości, większą pracowitością, energią w działaniu, uporem w dążeniu do celu, solidnością, większym poczuciem obowiązku. Dziewczęta przejawiające bardziej pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych, charakteryzowały się również większą potrzebą rozumienia siebie i innych. Wykazywały także większą potrzebę opiekania się innymi i większe nasilenie potrzeby afiliacji. Były również bardziej świadome rzeczywistości oraz tolerancyjne [cyt. za 10].

Osoby badane przez Stankiewicza [6] twierdziły, iż niepełnosprawni spotykają się na ulicy raczej z nieprzyjemnymi reakcjami, takimi jak: niezdrowa ciekawość (47,83%), obojętność (30,43%), czy wrogość (8,7%).

Wyniki badania CBOS z 2007 [12] roku dotyczące postaw wobec osób niepełnosprawnych wykazały, iż prawie połowa ankietowanych (45%) pozytywnie oceniała stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych. Niemal tyle samo badanych (48%) było jednak przeciwnego zdania [12].

Jasińska-Kania i Straszyńska [13] wykazały, iż młodzież podlaska jest „otwarta” na osoby niepełnosprawne, ale jednocześnie najwyższy odsetek osób deklarowało negatywny stosunek do osób niepełnosprawnych w sferze biologicznej i intymnej (po 9%).

Badania w grupie 57 siedemnastolatków z Lublina pozwoliły na stwierdzenie, iż tylko jedna z badanych osób uznała stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych, jako bardzo dobry [13]. Jako „dość dobry” oceniło go 17 osób, jako raczej „niedobry” – 18, a „zły” – 7 osób. 49,1% badanych znało osoby niepeł-

nosprawne tylko z widzenia, a 15,79% twierdziło, że w ogóle ich nie zna [14]. 22,8% miało osoby niepełnosprawne wśród swoich znajomych, 10,6% miało takie osoby w rodzinie, a 1,8% przyznało, że sami siebie uważają za osobę niepełnosprawną [14].

W obecnym badaniu, studenci w 38,2% twierdzili, iż **stosunek** większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych jest bardzo dobry. Deklarowali najczęściej, iż mają lub mieli osoby niepełnosprawne wśród znajomych, przyjaciół (36,4%). Pod pojęciem „niepełnosprawność” rozumieli z reguły brak całkowitej sprawności ruchowej (40,9%)

Przeważająca większość ankietowanych (79%) z badania CBOS z 2007 roku [12] uważała ludzi niepełnosprawnych za osoby, które jeśli chcą i mogą, powinny pracować, nawet gdy renta wystarcza im na utrzymanie. Przeciwny pogląd wyrażało 16% respondentów. Ponadto 61% badanych przyznało, że oprócz wynagrodzenia za pracę powinni oni pobierać również rentę. Co szósty respondent (17%) był przeciwny łączeniu pensji i renty, a 12% uważało, że w poszczególnych przypadkach powinno to zależeć od okoliczności. Zdecydowana większość Polaków (76%) opowiadała się za zatrudnianiem osób niepełnosprawnych razem ze zdrowymi pracownikami, natomiast 17% popierało segregacyjny model zatrudnienia [12].

W badaniach Stankiewicza [8], przekonanie o tym, iż niepełnosprawni powinni pracować, wyraziło także ponad 95% respondentów, ale jednocześnie ponad 82% z nich było zdania, że ta praca nie powinna się odbywać w specjalnych zakładach zatrudniających samych inwalidów.

Pankiewicz i wsp. [15] wykazali, iż 49,3% niepełnosprawnych fizycznie uważało sytuację życiową osób psychicznie chorych za zdecydowanie gorszą w porównaniu do sytuacji życiowej innych niepełnosprawnych.

Najwięcej (90,9%) obecnie badanych studentów było przekonanych, iż osoby niepełnosprawne powinny pracować, razem ze zdrowymi, jednakże powinni mieć przystosowane stanowisko pracy.

W opinii respondentów objętych badaniem CBOS z 2007 roku [12], opieka nad ludźmi niepełnosprawnymi i wspomaganie ich w codziennych sprawach powinny należeć przede wszystkim do obowiązków rodziny (94%), służby zdrowia (75%) i pracowników opieki społecznej (67%), rzadziej przyjaciół, znajomych (23%), organizacji religijnych (9%), innych niepełnosprawnych, grup samopomocy (6%).

W opinii naszych respondentów opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach, powinna przede wszystkim rodzina (83,6%) oraz przyjaciele/znajomi (59,1%).

Zdecydowana większość (65%) badanych przez CBOS w 2007 roku deklarowała gotowość udzielania bezinteresownej pomocy sąsiedzkiej osobie niepełnosprawnej [12]. Zaledwie 6% z nich twierdziło, że już uczestniczy w takiej pomocy, a 20% nie chciałoby wziąć udziału w tego rodzaju inicjatywie. Gotowość nie-

sienia pomocy była jednak uzależniona od rodzaju niepełnosprawności, w tym najrzadziej chcieliby pomagać osobom z chorobami psychicznymi [12].

Stankiewicz [8] wykazał, iż w większości jego badani włączyliby się w akcję wolontarystycznej pomocy niepełnosprawnemu sąsiadowi (ponad 78%), nie mieliby nic przeciwko powstaniu w sąsiedztwie ośrodka dla niepełnosprawnych umysłowo (prawie 74%), ale jednocześnie prawie 22% nie udzieliła w tej kwestii odpowiedzi.

W obecnym badaniu, osoba niepełnosprawna wzbudzała w studentach przede wszystkim chęć pomocy (73,6%). Zapytani jednak o to, czy gdyby na przykład powstała, wśród ich kolegów lub znajomych, inicjatywa nieodpłatnego pomagania, wyręczenia osoby ciężko chorej lub niepełnosprawnej w codziennych sprawach życiowych (zakupy, pomoc w domu, drobne naprawy itp.), to mieliby czas i chęci na udział w takiej opiece, czy też nie, aż 60,9% z nich odpowiedziało, że tak, a 24,5% studentów już uczestniczyło w takiej pomocy. Najchętniej studenci opiekowaliby się osobami słabo słyszącymi (74,5%) i niedowidzącą (73,6%), a najrzadziej osobami z widocznym zniekształceniem, oszpeceniem ciała (27,3%).

Zdaniem 82% respondentów Stankiewicza [8], osoby niepełnosprawne nie powinny mieszkać w specjalnych przeznaczonych dla nich domach, a 91% – w każdej szkole powinny być klasy integracyjne. Badani byli także przekonani, iż parkowanie na miejscach dla osób niepełnosprawnych powinno być bezwzględnie karane mandatami, a 65% z nich wyraziło opinię, że osoby niepełnosprawne, jako kierowcy, nie stanowią zagrożenia dla ruchu.

Zdecydowana większość obecnie ankietowanych (77,3%) wyraziła opinię, iż osoby niepełnosprawne nie powinny mieszkać w oddzielnych domach, powinny uczyć się w klasach integracyjnych (71,8%) i powinny jeździć samochodem (81,8%).

Wydaje się, iż w celu zmiany postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, istotną rolę odgrywają coraz liczniejsze kampanie społeczne. Niestety, obecne badanie wykazało jednak, iż większość (80,9%) studentów nie potrafiło wymienić żadnej kampanii społecznej dotyczącej osób niepełnosprawnych, a 49,9% żadnej organizacji działającej na rzecz osób niepełnosprawnych.

Wnioski

1. Studenci fizjoterapii preferowali model integracyjny funkcjonowania osoby niepełnosprawnej.
2. Studenci uważają, iż osoby niepełnosprawne powinny się realizować w życiu zawodowym i społecznym.
3. Studenci najchętniej pracowaliby z osobami niepełnosprawnymi ruchowo i najchętniej z dziećmi.
4. Wiedza na temat społecznych kampanii i organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych jest bardzo słaba.

Piśmiennictwo

1. Przegląd danych dotyczących osób niepełnosprawnych za 2009 r., <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach/przeglad-danych-dot-osob-niepeln/>, data pobrania 21.09.2010.
2. Dykciak W.: Pedagogika specjalna. Wydawnictwo Naukowe UAM w Poznań, 1995.
3. Gałkowski T.: Nowe podejście do niepełnosprawności. Uporządkowanie terminologiczne, *Audiofonologia*, 1997, 10, 159–164.
4. Kowalik S.: Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Interart, Warszawa 1999.
5. Kossewska J.: Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty. *Studia Psychologica I*, 2003, 14, 1–11.
6. Sękowski T.: Analiza ilościowa i jakościowa zmian w nasileniu cech osobowościowych uczestników projektu. Raport z badań rezultatów miękkich przeprowadzonych w ramach projektu. „Per linguas mundi ad laborem (przez języki świata do pracy)”, www.kul.pl/files/292/files/Tomasz_Sekowski_raport.doc, data pobrania 18.01.2011.
7. Kirenko J., Korczyński M.: Niepełnosprawni wobec niepełnosprawności, *Ann. UMCS Sect. D.*, 2000, 18, 78–87.
8. Stankiewicz P.: Raport Z Badania Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA”, Warszawa 2008, 1–16.
9. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, A. Hulek (red.), PWN, Warszawa 1988, 479.
10. Zasępa E., Czabała Cz., Starzomska M.: Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych, *Człowiek – niepełnosprawność – społeczeństwo*, 2005, 1, 23–36.
11. Witkowska B.: Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. *Przeł. Psychol.*, 2001, 44, 239–254.
12. Badanie CBOS: Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Komunikat z badań. BS/169/2007, Warszawa, 2007, 11, 1–25.
13. Jasińska-Kania A., Staszyńska K. M.: Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej, *Biały Kruk*, Białystok, 2008, 1–196.
14. Biegańska A.: Model niepełnosprawności w mediach a postawy wobec osób niepełnosprawnych, *Szkoła specjalna*, 2005, 42–78.
15. Pankiewicz P., Erenc J., Lemska M.: Sytuacja społeczna niepełnosprawnych psychicznie postrzegana przez niepełnosprawnych fizycznie. Wyniki badań. *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 2002, 32, 185–191.

Miłosz Marcysiak¹, Małgorzata Marcysiak¹, Ewa Wiśniewska¹,
Małgorzata Zagroba¹, Bożena Ostrowska¹, Grażyna Skotnicka-Klonowicz¹

Postawy wobec życia zwolenników i przeciwników kary śmierci

Wstęp

Kara śmierci jest karą polegającą na pozbawieniu życia sprawcy przestępstwa. Mimo to, nie jest najwyższą ani najsroższą karą, jaką społeczeństwo może wymierzyć przestępcy. W Europie często obok zwykłej kary śmierci, stosowano karę śmierci kwalifikowaną, polegającą na torturowaniu więźnia przed egzekucją [1]. Kara śmierci stosowana jest od początków istnienia prawa za czyny uniwersalnie pojmowane jako zbrodnie (morderstwo, zdrada stanu). Za morderstwo i szereg innych przestępstw nakazuje karę śmierci Stary Testament. Jednocześnie w Dekalogu w formie apodyktycznej wyrażony jest zakaz zabójstwa. Tak sformułowany zobowiązuje do stałego przestrzegania go, bez względu na czas i okoliczności. Zakaz odnosi się jednak do śmierci, którą człowiek zadał drugiemu człowiekowi z pobudek prywatnych, w sposób przemyślany i zaplanowany. Nie występuje nigdy w odniesieniu zabijania na wojnie czy wykonywania sprawiedliwych dla dobra publicznego wyroków. Pod zakaz dekalogu nie podlega zatem kara śmierci, jako wyraz woli wspólnoty. Orzekający ją sędziowie oraz kaci – bezpośredni wykonawcy kary śmierci nie działają w imieniu własnym, lecz w oparciu o wolę i nakaz wspólnoty [2]. Jednoznacznego zakazu brak również w Nowym Testamencie [1, 2]. Również filozofia starożytna nie kwestionowała potrzeby karania śmiercią (Platon, Arystoteles, Seneka). Wcześni autorzy chrześcijańscy opowiadają się za sprawiedliwym prawem władzy świeckiej do wymierzania kar i wskazują na potrzebę stosowania miłosierdzia w stosunku do grzeszników [3]. Zasadność stosowania i skuteczność kary śmierci została po raz pierwszy zakwestionowana przez Cesara Beccerję w XVII w. [4]. Obowiązkiem prawa, wg niego, jest łagodzenie wypaczonych z powodu wojen obyczajów (które przyzwyczyły ludzi do okrucieństwa). Kara śmierci nie spełnia tej funkcji,

¹ Zakład Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia, Wydział Ochrony Zdrowia PWSZ w Ciechanowie

gdyż również uczy okrucieństwa. Od popełnienia przestępstwa skuteczniej odstrasza długotrwałość i nieuchronność kary niż jednorazowa egzekucja. Poglądy te wywołały dyskusję, która przyczyniła się do zmian w kodeksach i niekiedy do likwidacji (często tymczasowej) kary śmierci. Karę śmierci na dobre przywrócono w krajach totalitarnych. Po 1940 r., w świetle kształtującego się ruchu praw człowieka, w wielu państwach wprowadzono zakaz stosowania kary śmierci [2, 3].

Kara śmierci, w sensie pozbawienia życia człowieka na mocy legalnego wyroku, zawsze wywoływała gwałtowne emocje. Jako problem sam w sobie jest pochodną wobec zasadniczych pytań o moralne postawy prawodawstwa związane z kategoriami winy, odpowiedzialności, kary, sprawiedliwości, łaski i miłosierdzia [5]. Tematem dyskusji pomiędzy jej zwolennikami i przeciwnikami jest, m.in., funkcja kary śmierci, jej społeczne konsekwencje i przestępstwa, za które należy ją stosować. Protesty bądź aprobatę dla kary śmierci spotykamy w każdej sferze życia społecznego [6].

Wymierzanie kary ostatecznej jest, zdaniem zwolenników kary śmierci (retencjonistów), prawem ludzi stojących w obronie porządku społecznego i umowy społecznej. Retencjoniści zwracają uwagę na nieskończoność zła, jakie zawiera w sobie mord. Wyrażają oni przekonanie, że tylko kara proporcjonalna do przestępstwa może oddać sprawiedliwość ofiarom [7]. W karze śmierci widzą rozwiązanie, które jest zgodne z poczuciem sprawiedliwości społecznej. Według teorii restytucji dobro wspólne domaga się, aby zadana społeczeństwu rana została uleczona poprzez zadośćuczynienie ze strony sprawcy zranienia. Im boleśniesz rana, tym większe zadośćuczynienie – najodpowiedniejszą karą za najbardziej poważne naruszenie porządku społecznego, jakim jest akt morderstwa, będzie śmierć przestępcy, która w najdoskonalszy sposób przywraca ów pogwałcony porządek. Pozwala to także doświadczyć sprawiedliwości rodzinie i bliskim ofiary [8]. Retencjoniści określają mordercę jako tego, kto narusza wartość życia, a co z tego wynika, jako tego komu ta wartość nie przysługuje, a samą karę jako zamknięty proces – prawny skutek winy przestępcy, który od zemsty różni się podstawą moralną [7]. Kara śmierci ma chronić wrodzoną godność człowieka. Pozbycie się przestępcy następuje w sposób permanentny – przestaje być on zagrożeniem dla społeczeństwa. Pozostałe argumenty retencjonistów to duże poparcie społeczne dla kary śmierci oraz jej funkcja prewencyjna.

Fundamentalnym argumentem przeciwników dopuszczalności kary śmierci jest idea niezbywalnego naturalnego prawa do życia, które przysługuje każdemu człowiekowi, niezależnie od jego postępowania, którego nikt, a tym bardziej władza państwowa, nie może go pozbawić [8, 9]. Abolicjoniści wskazują na brak odstraszającego charakteru kary śmierci, powołując się na badania wskazujące na brak zależności pomiędzy stosowaniem kary głównej a spadkiem przestępczości [10]. Odwołują się również do psychologii zbrodni argumentując, że sprawcy dokonujący zabójstwa najczęściej są w stanie tak silnego napięcia, że nie potrafią myśleć w karze, jaka mogłaby ich spotkać w rezulta-

cie popełnionego czynu [8]. Kolejnym argumentem przeciw karze śmierci jest dla abolicjonistów nieodwracalność wykonania egzekucji, co czyni karę główną przerażającą. Z jej ostatecznym charakterem bezpośrednio związane jest niedoskonałe funkcjonowanie wymiaru sprawiedliwości – ponieważ sędziowie, podobnie jak inni ludzie, są omylni, dlatego nie wolno powierzać im władzy nad życiem lub śmiercią podsądnych. Egzekucja wyklucza naprawienie błędnego wyroku. Ponadto argumentami abolicjonistów jest arbitralność w orzekaniu kary pozbawienia życia (i ewentualna stronniczość sędziego), szeroko rozumiana sprzeczność kary śmierci ze współczesnym poziomem kultury społecznej [8] oraz stosunkowo wysokie koszty ekonomiczne (związane z licznymi odwołaniami) [11].

Spór o zasadność kary śmierci ciągle pozostaje nierozwiązany. Koronnym argumentem przywoływanym przez obie strony jest wartość życia – tak ofiary (na co przede wszystkim uwagę zwracają retencjoniści), jak i mordercy (za którym wstawiają się abolicjoniści). W każdym z tych przypadków jasna deklaracja i opowiedzenie się po którejś ze stron, jest wyzwaniem moralnym [2, 12].

Cel pracy

Celem niniejszych badań było poznanie postaw egzystencjalnych (budujących poczucie sensu życia, rozumiane jako globalne odniesienie człowieka do własnego życia w obszarze myśli, przeżywanych emocji i zachowań) i orientacji życiowej osób deklarujących pozytywny (zwolennicy) i negatywny (przeciwnicy) stosunek do kary śmierci oraz związku pomiędzy gotowością do arbitralnego odebrania życia innemu człowiekowi (nawet, jeśli ten dopuścił się zbrodni) a poczuciem sensu życia.

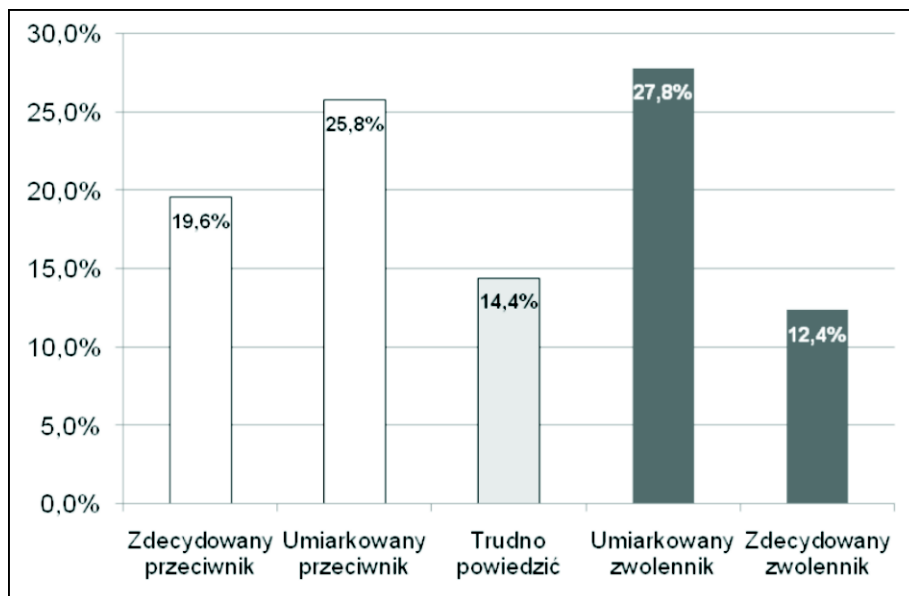
Materiał i metody

Grupę badawczą stanowiło 100 kobiet w wieku 32–52 lata ($\bar{x} = 40,51$, $s = 5,14$). Wszystkie respondentki reprezentowały zawód pielęgniarki. Dość jednorodna grupa badawcza została wybrana w celu zminimalizowania wpływu przypadkowych zmiennych na postawy egzystencjalne. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzia badawcze stanowiły: Kwestionariusz Postaw Życiowych (KPŻ) w adaptacji R. Klamuta (polska adaptacja LAP-R /*Life Attitudes Profile – Revised*/ Gary’ego T. Reker), Test Orientacji Życiowej (LOT-R) w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz autorski kwestionariusz Stosowania Kary Śmierci. W wyniku procedury badawczej otrzymano 97 kompletnych i prawidłowo wypełnionych baterii testów. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz statystycznej weryfikacji hipotez. Poziom istotności wnioskowania statystycznego ustalono na $p = 0,05$. Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny SPSS.

Wyniki

W badanej grupie występowała dość silna polaryzacja na zwolenników i przeciwników kary śmierci. Ponad 40% wszystkich respondentów deklaroowało poparcie dla stosowania kary śmierci, w tym 12,4% udzieliło zdecydowanego poparcia (ryc. 1). Nieco więcej osób badanych deklaroowało swój sprzeciw wobec stosowania kary śmierci (45,4%). Zdecydowani przeciwnicy stanowili blisko 20% wszystkich badanych. Tylko 14,4% respondentów nie potrafiło precyzyjnie określić swojego stosunku do kary śmierci. Osoby te deklaroowały, że nie są ani zwolennikami, ani przeciwnikami kary śmierci. Co istotne, w przypadku ponad połowy badanych (53,6%) deklaracje nie były zdecydowane, tzn. respondenci dopuszczali możliwość zmiany zdania, w odpowiednich okolicznościach, częściej na korzyść (np. zbrodnia ze szczególnym okrucieństwem, seryjny morderca, ludobójstwo) rzadziej na niekorzyść (np. skrucha okazana przez przestępcę, szczególne okoliczności łagodzące) kary śmierci.

Rycina 1. Zwolennicy i przeciwnicy kary śmierci w badanej grupie



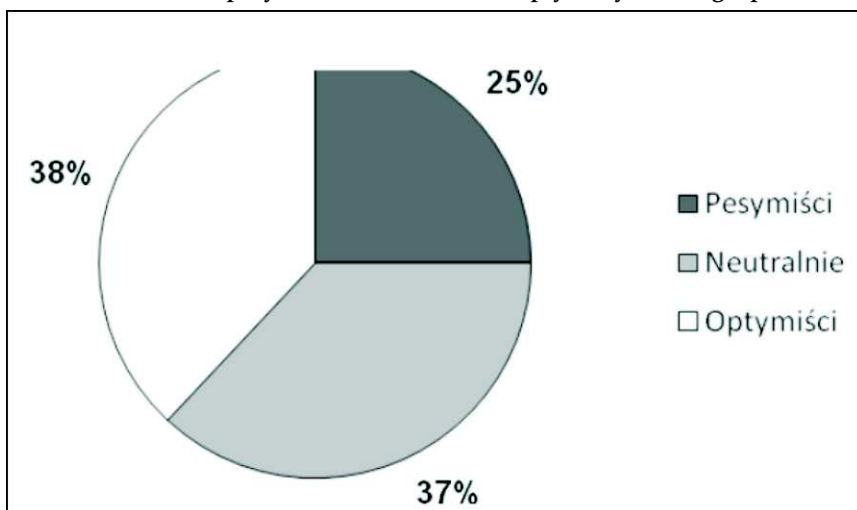
Źródło: wyniki badań własnych

W celu bardziej szczegółowego poznania stosunku respondentów do kary śmierci skonstruowano autorski kwestionariusz Stosowania Kary Śmierci. Zawierał on pytania dotyczące bezpośredniego i pośredniego stosunku do kary głównej, ale także stosowania jej wobec różnych rodzajów zbrodni i ich wykonawców. Po sprawdzeniu założeń, dokonano na wynikach kwestionariusza

analizy czynnikowej (metodą składowych głównych z zastosowaniem rotacji Varimax), w wyniku czego udało się wyodrębnić dwa czynniki wyjaśniające większość wariacji. Nazwano je „stosunkiem do kary śmierci” i „stosunkiem do życia mordercy jako wartości”. Stosunek do kary śmierci opisuje postrzeganie kary głównej jako instytucji służącej wymierzeniu sprawiedliwości i eliminacji z życia publicznego sprawców najcięższych przestępstw. Wysokie wyniki w tym czynniku wskazują na postawę represjonistyczną, niskie na postawę abolicyjną. Stosunek do życia mordercy jako wartości opisuje postrzeganie przestępcy (mordercy) jak człowieka (vs istoty, która ze względu na popełnione czyny na miano człowieka nie zasługuje, która poprzez czyn zbrodni wyrzekła się swojego człowieczeństwa). Wysokie wyniki w tym czynniku wskazują na osoby negatywnie ustosunkowane do przestępców, ze skłonnością do ich dehumanizacji (pozbawiania cech ludzkich), wyniki niskie z kolei, na osoby, które mimo wszystko zwracają uwagę na ich godność, jako ludzi (bez tendencji dehumanizacyjnych).

Wyniki Testu Orientacji Życiowej LOT-R w badanej grupie wskazują na stosunkowo wysokie wyniki dyspozycyjnego optymizmu rozumianego jako uogólnione oczekiwanie wobec przyszłości (ryc. 2). Wśród respondentów dominowały osoby ze skłonnością do optymizmu (38%). Tylko co czwarta ankietowana (25%) miała nastawienie pesymistyczne. Dyspozycyjny optymizm, jako cecha, wyraża zgeneralizowane oczekiwanie następowania pozytywnych zdarzeń. optymizm wpływa na stan fizyczny oraz dobre samopoczucie. Sprzyja również odnoszeniu sukcesów życiowych oraz radzeniu sobie z codziennymi trudnościami [13]. Może być zatem dobrym predykatorem poczucia celowości, będącego jedną ze składowych poczucia sensu życia.

Rycina 2. Skłonność do pesymizmu i nastawienie optymistyczne w grupie badanej



Źródło: wyniki badań własnych

W badanej grupie brak istotnych różnic pomiędzy średnim poziomem dyspozycyjnego optymizmu u zwolenników i przeciwników kary śmierci. Brak również związku pomiędzy nasileniem optymizmu a stosunkiem do kary śmierci. Jednak zarówno w grupie retencjonistów, jak i abolicjonistów istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem dyspozycyjnego optymizmu a stosunkiem do życia mordercy (tab. 1).

Tabela 1. Stosunek do życia przestępcy (-) a dyspozycyjny optymizm u przeciwników i zwolenników kary śmierci (korelacje r-Pearsona)

ABOLICJONIŚCI		
	Stosunek do życia	Optymizm
Stosunek do życia jako wartości (-)	1	0,442*
Optymizm	0,442*	1
RETENCJONIŚCI		
	Stosunek do życia	Optymizm
Stosunek do życia jako wartości (-)	1	-0,325*
Optymizm	-0,325*	1

* $p < 0,01$

Źródło: wyniki badań własnych

W grupie przeciwników kary śmierci występuje dodatnia korelacja pomiędzy nasileniem optymizmu a stosunkiem do życia mordercy. Wzrostowi skłonności do dehumanizacji mordercy i negatywnego stosunku do niego jako człowieka (przy jednoczesnym sprzeciwianiu się jego uśmierceniu) towarzyszy większe nasilenie optymizmu. Być może optymizm pełni rolę mechanizmu obronnego, pozwalającego rozwiązać konflikt pomiędzy postrzeganiem wartości życia mordercy a oceną jego prawa do życia. Optymizm pozwala mieć nadzieję, że być może przestępca zasługuje na szansę by żyć, mimo wszystkich okrucieństw, jakich się dopuścił. Ma szansę ekspiacji, jednak będzie ona wyjątkowa trudna. Z drugiej strony, być może dla niektórych abolicjonistów karą gorszą od pozbawienia życia jest pozbawienie człowieczeństwa.

W grupie zwolenników kary śmierci występuje odwrotny związek. Wraz ze skłonnościami do dehumanizacji średnie nasilenie optymizmu maleje. Negatywnemu spostrzeganiu wartości życia mordercy towarzyszy generalnie mniejsze oczekiwanie pozytywnych wydarzeń, również w zakresie jego postępowania i ewentualnego zadośćuczynienia. Morderca, jako ktoś pozbawiony człowie-

czeństwa ma małą szansę na poprawę. Najlepszą formą zadośćuczynienia dla społeczeństwa jest, jak wykazano wcześniej, śmierć sprawcy zakazanego czynu. Gotowość odebrania życia może nieść zatem również negatywne konsekwencje.

Kwestionariusz Postaw Życiowych tworzy sześć skal prostych: Cel (C), określający posiadanie celów życiowych oraz poczucie ukierunkowania z przeszłości w przyszłość, Spójność wewnętrzna (SW), określająca logiczne zintegrowanie rozumienia siebie, Kontrola życia (KŻ), określająca poziom spostrzegania wolności do podejmowania wszelkich życiowych decyzji, Akceptacja śmierci (AŚ), opisująca akceptację śmierci jak naturalny aspekt życia, Pustka egzystencjalna (PE), określająca poziom niedostatku sensu w życiu i brak celów, Poszukiwanie celów (PC), określająca pragnienie wyjścia z rutyny życia oraz dwie skale złożone: Osobowy sens (OS), określany jako posiadanie celów życiowych oraz posiadanie spójnego rozumienia życia w ogóle i Równowaga postaw życiowych (RPŻ), jako ogólna miara postaw względem życia [14]. Wyniki w Kwestionariuszu Postaw Życiowych w badanej grupie były zróżnicowane. Stwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic w nasileniu poszczególnych czynników w grupie zwolenników i przeciwników kary śmierci (tab. 2).

Tabela 2. Średnie wartości postaw życiowych zwolenników i przeciwników kary śmierci

	Abolicjoniści (x)	Retencjoniści (x)	t	p
Cel (C)	38,56	37,73	0,567	0,572
Spójność wewnętrzna (SW)	40,73	38,93	1,271	0,207
Kontrola życia (KŻ)	38,76	39,01	-0,150	0,881
Akceptacja śmierci (AŚ)	32,12	29,50	1,283	0,203
Pustka egzystencjalna (PE)	26,15	28,93	-2,097	0,039
Poszukiwanie celów (PC)	33,51	39,70	-4,091	0,000
Osobowy sens (OS)	79,31	76,66	0,961	0,339
Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	90,54	76,55	2,489	0,015

$p < 0,05$

Źródło: wyniki badań własnych

Zwolennicy kary śmierci osiągnęli istotnie statystycznie wyższe wyniki ($p < 0,05$) w skali pustki emocjonalnej (PE) i w skali poszukiwania celów (PC). Uzyskali również istotnie niższe wyniki na skali równowagi procesów życiowych (RPŻ). Jednocześnie zaobserwowano istotny związek pomiędzy stosunkiem badanych do kary śmierci a wymienionymi skalami: im bardziej radykalne stanowisko retencjonistyczne, tym wyższe wyniki w skalach pustki egzystencjalnej i poszukiwania celów oraz niższa równowaga postaw życiowych.

Wysokie wyniki w skali pustki egzystencjalnej wiążą się z częstszym odczuwaniem stanu braku poczucia sensu własnego życia. Osoby z wyższymi

wynikami częściej przeżywają brak posiadania celów życiowych, uczucie apatii i znudzenie. Łatwiej wycofują się z podejmowanych aktywności i doświadczają wewnętrznego niepokoju. Jak wynika z badań, zwolennicy kary śmierci częściej doświadczają uczucia pustki i braku sensu. Być może jest to spowodowane wyższą gotowością do arbitralnego odebrania życia innej osobie (nawet jeśli dopuściła się zbrodni). Być może samo dopuszczenie możliwości odebrania cudzego życia wpływa na postrzeganie wartości życia własnego.

Wyższe wyniki w skali poszukiwania celów wiążą się z przeżywaniem pragnienia wyjścia z rutyny życia oraz posiadaniem motywacji do podejmowania nowych wyzwań i odrzucania schematów życiowych. Zwolennicy kary śmierci jawią się zatem, jako osoby bardziej skłonne do zmiany, nastawione na czerpanie więcej z życia. Być może ma to związek z częstszym odczuwaniem stanu pustki i motywacją do wyjścia poza ten stan.

Zwolennicy kary śmierci mają również stosunkowo niższe wyniki w skali równowagi postaw życiowych. Obniżone wyniki w tej skali wiążą się z mniej efektywnym przeżywaniem perspektywy sensu. Predysponują do słabszego uporządkowania aktywności życiowej, mniejszego dystansu do własnej egzystencji oraz wzmagającego niepokój i lęk myślenia o śmierci.

Jak wynika z analizy kwestionariusza, postawy egzystencjalne zwolenników kary śmierci są mniej korzystne od postaw jej przeciwników. Retencjoniści zwracają uwagę na cierpienie ofiary, jej rodziny oraz potrzebę sprawiedliwości. Śmierć przestępcy w najdoskonalszy sposób ma przywrócić zachwiany porządek społeczny. Jednak śmierć zawsze postaje śmiercią. Zgoda na arbitralne odebranie życia, przy argumentowaniu, że przestępca na to zasługuje w istotny sposób nadweręża stosunek do własnego życia. Samo dopuszczenie możliwości zabicia człowieka wydaje się być istotnym czynnikiem budującym poczucie sensu życia.

Dyskusja

Mimo przeprowadzonej kwerendy, nie udało się dotrzeć do badań bezpośrednio związanych z tematem pracy. W polskim piśmiennictwie może mieć to związek z faktem, iż zastosowane narzędzie badawcze (KPŻ) zostało adaptowane do warunków polskich dopiero w 2010 r. Badania w podobnym nurcie (pro life) są opisane w dostępnym źródłach zagranicznych, jednak ich wyniki są nieporównywalne ze względu na inny charakter i pośredni związek z tematyką kary śmierci [15, 16].

Wnioski

1. Postawy wobec kary śmierci są silnie spolaryzowane a deklaracja za lub przeciw karze jest istotnie związana z postawą życiową.
2. Abolicjoniści, mimo deklaracji przeciw karze śmierci, mają równie silne, jak retencjoniści tendencje do dehumanizacji przestępców.

3. Wydaje się, że przedmiotowe traktowanie cudzego życia i arbitralne podejście do czyjejś śmierci przekładają się negatywnie na postawę życiową i poczucie sensu własnego życia.

Piśmiennictwo

1. Słomski W.: Człowiek pośród dylematów i wyzwań etycznych współczesności, Wydawnictwo Vizja Press & IT, Warszawa, 2009, 187–194.
2. Filipiak M.: Nie zabijaj! Dekalog na straży godności i nienaruszalności ludzkiego życia. [W]: H. Cyrzan (red.): Życie jako wartość w kulturach świata, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1997, 37–44.
3. Powszechna Encyklopedia Filozofii, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin, 2004, T. V.
4. Mazurek A., Szczepanowski R., Renda K.: Kara śmierci. Historia, prawo, etyka, Wydawnictwo Bestprint, Lublin, 2006.
5. Tokarczyk R.: Prawa narodzin życia i śmierci, Wydawnictwo Zakamycze, Warszawa, 2000.
6. Maksymowicz A, Kogutowska M.: Kara śmierci w ocenie młodzieży akademickiej AGH i AR w Krakowie. [W]: W. Jaworski (red.), Człowiek – Etyka – Polityka, Wydawnictwo ABRYS, Kraków, 1998, 81–89.
7. Magdziak, Z.: Zagrożenie czy rozwiązanie – kara śmierci na przełomie wieków, http://www.eioba.pl/a88373/zagro_enie_czy_rozwi_zanie_kara_mierci_na_prze_omie_wiek_w/, data pobrania: 20.12.2010 r.
8. Świdziński J. A.: Kara śmierci. W obronie życia ludzkiego, Wydawnictwo Petrus, Kraków, 2009.
9. Czarnecki P.: Kara śmierci, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=490/>, data pobrania: 20.12.2010 r.
10. Kara śmierci a przestępczość, <http://katowice.amnesty.org.pl/index.php?p=su&idg=2&action=more&id=39/>, data pobrania: 20.12.2010 r.
11. Honeyman J. C., Ogloff J. R. P.: Capital punishment: Arguments for life and death. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1996, 28 (1), 27–35.
12. Mazanka P.: Filozoficzne orientacje w wyborze sensu życia, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, 2000.
13. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa, 2009.
14. Klamut R.: Kwestionariusz Postaw Życiowych KPŻ. Podręcznik., Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa, 2010.
15. Cook K.: A passion to punish: Abortion opponents who favor the death penalty, *Justice Quarterly*, 1998, 15, 2, 329–346.
16. Wiecko F., Gau J.: Every life is sacred...kind of: Uncovering the sources of seemingly contradictory public attitudes toward abortion and the death penalty., *Social Science Journal*, 2008, 45, 4, 546–564.

Małgorzata Marcysiak¹, Ewa Wiśniewska¹,
Miłosz Marcysiak¹, Bożena Ostrowska¹,
Małgorzata Zagroba¹, Grażyna Skotnicka-Klonowicz¹

Śmierć cywilów w wyniku działań wojennych – etyczne aspekty wojny

„Nikt, kto zetknął się z wojną, nie pozostał
tym samym człowiekiem.
Człowiek może stać się dobrym i może stać
się złym (...). Właściwym powodem wojen są
źle wytyczone granice moralne”

Bolesław Mieciński, *Myśli o wojnie*

Etyka życia międzynarodowego, obok sytuacji współdziałania państw w różnych obszarach ich wzajemnych kontaktów, rozpatruje również sytuacje konfliktowe. W wypadku zbrojnego przeciwstawienia się drugiej strony dochodzi do wojny, którą najogólniej można zdefiniować jako walkę zbrojną prowadzoną przez równe i suwerenne państwa, mające na celu uzyskanie tego, co uważają za swoje prawo lub interes [1]. Jednak zasięg społecznego oddziaływania wojny sprawia, że problematyka ta jest motywem rozważań etyczno-społecznych. Dotyczą one najczęściej norm moralnych regulujących postępowanie obu stron konfliktu. Często też podejmuje się próby usprawiedliwienia toczących się wojen [1, 2].

Historia ujawnia trzy stanowiska dotyczące etyki wojny. Realisci wykluczają mówienie o wojnie w kategoriach moralnych. Pacyfiści traktują wszystkie wojny jako niesprawiedliwe. Natomiast zwolennicy teorii wojny sprawiedliwej uznają, że konflikty zbrojne w określonych warunkach mogą być sprawiedliwe. Dylematy związane z etyką wojny sięgają już starożytności. W myśl poglądów Cy-cerona o wojnie sprawiedliwej można powiedzieć, gdy była ona konieczna, ale powinna być poprzedzona żądaniem i wypowiedziana dopiero w przypadku odmowy ich spełnienia. Św. Augustyn w odniesieniu do poglądów chrześcijańskich dopuszczał moralnie wojnę tylko wtedy, gdy dochodziło do napadu przez wroga, odebrania mienia, terytorium, czy pomszczenia krzywdy. Św. Tomasz sprecyzował trzy podstawowe warunki wojny moralnie dopuszczalnej:

¹ Wydział Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie

wypowiedzenie wojny przez kompetentną władzę, w słusznej racji i dobrej intencji, po wyczerpaniu wszystkich środków pokojowego rozwiązania konfliktu. W drugiej połowie XVI wieku (Baltazar Ayala) zrezygnowano z obiektywnych kryteriów sprawiedliwości, na rzecz przeświadczenia kompetentnego władcy, co do konieczności działań dla dobra państwa. Natomiast Hugo Grotius (jeden z twórców nauki o prawie międzynarodowym) reprezentował stanowisko pośrednie odróżniając prawo naturalne od prawa narodów. Odpowiednio do ustalonych kategorii, według prawa naturalnego wojna mogła być dopuszczona dla słusznej przyczyny, o której wystarczalności decydowało sumienie władcy. Natomiast w odniesieniu do drugiej kategorii wystarczyła decyzja władcy i prowadzenie wojny zgodnie z przyjętymi normami pozytywnymi. W XIX wieku odrzucono istnienie moralnego prawa Bożego i naturalnego, a uprawnienia do decydowania o wojnie i pokoju przyznano państwu (G. Jellinek). W myśl filozofii marksistowskiej zjawisko wojny rozpatrywane było w kategoriach klasowej struktury społeczeństwa, a w XX wieku zostało zdominowane z jednej strony przez tendencje pacyfistyczne negujące wojnę (L. Tołstoj, M. Gandhi, F. Stratmann), z drugiej zaś zwolenników wojny pojmowanej jako kształtowania się wartości moralnych i rozwoju człowieka (G. W. Hegel, F. Nietzsche, A. Hitler). Równocześnie do procesu kształtowania się w czasach nowożytnych koncepcji moralności wojny, filozofia chrześcijańska głosiła niezmiennie tomaszowską ideę wojny sprawiedliwej, a jej warunki zostały rozszerzone. Oprócz wymienionych wcześniej: kraj atakujący musi mieć, przede wszystkim wolę przywrócenia sprawiedliwości; wojna ma przynieść w ogólnym rozrachunku więcej dobra niż zła, co oznacza, że w tym celu należy minimalizować zniszczenia przeciwnika, nie atakować ludności cywilnej [1, 2, 3, 4]. W myśl bowiem doktryny wojny sprawiedliwej centralnym punktem odniesienia wszystkich struktur społecznych jest osoba ludzka jako byt rozumny, psychofizyczny, stanowiący fundamentalną wartość moralną, posiadający prawo do zachowania własnej egzystencji [1].

Czy jednak możemy mówić o wojnie sprawiedliwej? Przecież wojny jako takie winny wydawać się, jak podaje Tomasz Żuradzki, paradygmatycznym złem – są zorganizowanym, masowym zabijaniem, a jednym z zasadniczych celów żołnierzy walczących w konfliktach zbrojnych, bez względu na to, jak określają to współcześnie sami wojskowi, jest właśnie zabijanie wrogów [3, 5].

Dlaczego w ogóle dochodzi do konfliktów? Czy można szukać przyczyn w przemocy i agresji, walce i gwałtach, żądzy mordy i strachu przed nią, istniejącej u podstaw życia społecznego? Być może, towarzyszą one bowiem człowiekowi od zawsze. Przejawiają się m.in. w postaci wojen, waśni etycznych, czy terroryzmu. I chociaż stosowanie przemocy jest zachowaniem typowo ludzkim, to jednak obserwowana w ostatnim czasie jej eskalacja wśród cywilów i powszechność budzą niepokój wśród przedstawicieli wielu dziedzin. Filozofowie, socjologowie, antropologowie, zwolennicy naturalizmu i materializmu podejmują dyskusję, wciąż

nierozstrzygniętą, dotyczącą natury przemocy i agresji. Ci pierwsi uważają, że człowiek podlega w pełni prawom natury. Instynkt agresji zaś, jako niewyuczony i wrodzony popęd, prowadzi do destrukcyjności. Może być hamowany jedynie przez instytucje życia publicznego, takie jak prawo, moralność, czy religię. Materialiści głoszą pogląd, że możliwe jest eliminowanie destrukcyjności i walki poprzez podnoszenie świadomości i organizację życia społecznego. Czy zatem nieuchronność natury człowieka może być powstrzymana? Przecież świadomość dramatycznych przeżyć i traumatycznych skutków wojen powinny być wystarczającym powodem dla ich zaniechania [6]. Czy jest to możliwe w dzisiejszej rzeczywistości?

Obecnie społeczeństwa znajdują się w sytuacji, kiedy groźba terroryzmu spowodowała zmianę sensu i charakteru współczesnej wojny. Wojna z terroryzmem w porównaniu z wojnami znanymi z historii ma dość szczególnie charakter. Przede wszystkim nie wiadomo, kto z kim ją prowadzi. Pojawił się nowy typ wroga, przeciwnik jest nieuchwytny. Często okazują się nim być organizacje terrorystyczne używające różnych rodzajów broni. Wrogiem mogą być również państwa, które zapewniają azyl i szkolenie terrorystom, będące potencjalnymi agresorami, produkujące broń masowego rażenia, dostarczające ją organizacjom terrorystycznym. Przede wszystkim zaś przeciwnikiem może być każdy – dobry przeciwnik nie wyróżnia się z tłumu, jest niewidzialny i uderza w najmniej oczekiwanym momencie. W etycznej ocenie terroryzmu istotne jest precyzyjne zdefiniowanie tego pojęcia. Jest ono związane z zewnętrznym kontekstem działania. Obejmuje terroryzm ogarniętą wojną, ale i ataki terrorystyczne przeprowadzane w okresie pokoju. Celem ataków bywa ludność cywilna. Terroryzm jest działaniem nieetycznym, niezależnie od celu przyświecającego atakom terrorystycznym, ponieważ w ich wyniku giną przypadkowi ludzie, którzy zostali przez terrorystów potraktowani jako narzędzie służące osiągnięciu celów politycznych [7, 8, 9].

Czy wojna może przynieść więcej dobra niż zła? Współczesna wojna staje się bardziej precyzyjna pod względem technicznym, broń skierowana jest na cele militarne i tym samym wyrządza jak najmniejsze szkody ludności cywilnej. Jednak z drugiej strony, jak już wspomniano wojna zawsze przynosi okrucieństwo, nienawiść i śmierć niewinnych ofiar, o czym świadczą dane statystyczne. Wydarzenia drugiej wojny światowej to jeden z najtragiczniejszych epizodów w życiu ludzkości XX wieku. Podczas niej ludzie spotkali się z niespotykaną dotąd brutalnością, obojętnością wobec cierpienia, co prowadziło do stałych zmian w psychice tak żołnierzy, jak i cywilów. Skutkiem tej jednej z najstraszniejszych w dziejach wojen, w której wzięło udział 61 państw, straty osobowe ocenia się na ok. 48 mln istnień ludzkich, z czego większość przypada na ludność cywilną [10]. Jak wynika z szacunkowych danych zebranych z wielu źródeł liczba ofiar wśród ludności cywilnej w czasie II wojny światowej wyniosła od 32,166,500 do 49,952,200, zaś liczbę ofiar wśród żołnierzy ocenia się na 22,576,700 do 25,491,800 [11].

Mimo tak dramatycznych doświadczeń, problem jest wciąż aktualny. Świat nadal jest uwikłany w liczne konflikty w imię pełnienia misji pokojowej. Mimo wspomianej wcześniej precyzji i zamierzonej ochrony ludności cywilnej wciąż są doniesienia o ofiarach wśród nich. Czy zatem żołnierzom jednej ze stron wolno prowadzić operacje wojskowe w taki sposób, by zminimalizować straty własne, nawet jeśli taki sposób prowadzenia walk wiąże się ze znaczącym wzrostem zagrożenia dla cywilów strony przeciwnej? W 1991 roku w pierwszej wojnie w Iraku zginęło 379 żołnierzy koalicji i ok. 30 tys. Irakijczyków. 12 lat później przy obaleniu reżimu Saddama Husajna i zajęciu Iraku, życie straciło 172 żołnierzy zachodniej koalicji i ok. 20–40 tys. Irakijczyków. Podczas bombardowań Serbii i w trakcie interwencji w Kosowie w 1999 r. siły NATO straciły dwóch żołnierzy, zabijając ponad 500 uzbrojonych przeciwników i co najmniej drugie tyle cywilów. Skutek ten mógł być przewidywalny, gdyż naloty prowadzono z bardzo dużych wysokości, by zminimalizować ryzyko strącenia samolotów przez serbską obronę przeciwlotniczą, a zarazem zminimalizować jakiegokolwiek straty własne. Wiązało się to jednak ze znacznie mniejszą precyzją uderzeń, a tym samym z większym ryzykiem, że śmierć poniosą niewinne osoby [5]. W Afganistanie w wojnie trwającej od 2001 roku zginęło jak dotąd prawie 1,8 tys. żołnierzy koalicji, bliżej nieznana liczba Talibów i stowarzyszonych z nimi sił (kilkadziesiąt tysięcy) oraz ok. 10 tys. cywilów zabitych przez siły zachodniej. Podczas konfliktu w Strefie Gazy na przełomie 2008 i 2009 w ciągu kilku tygodni walk zginęło 13 Izraelczyków i 1,2–1,4 tys. Palestyńczyków. Wprawdzie, jak wynika z raportu Izraelczyków, przed niektórymi z planowanych nalotów na cele znajdujące się na terenie gęsto zabudowanym zrzucono ulotki ostrzegające ludność cywilną oraz dzwoniłono z ostrzeżeniem, że na daną okolicę będzie przeprowadzony nalot (jak stwierdzono, wykonano 150 tys. takich połączeń). Jednak zdaniem krytyków, m.in. Michaela Walzer i Jeffa McMahan, to nie wystarczyło [2, 5]. Według Kashera i Yadlina, u podstaw doktryny, która została wykorzystana podczas interwencji Izraela w Strefie Gazy leżało założenie, że tylko żołnierzom walczącym po stronie sprawiedliwej wolno zabijać, a ci, którzy walczą po stronie niesprawiedliwej, zawsze postępują niemoralnie bez względu na to, czy ich celem są niewalczący czy walczący w słusznej sprawie [12]. Na kolejnej misji, w Afganistanie do czerwca 2010 zginęło 18 polskich żołnierzy; w Iraku – 29. Te liczby to jednak tylko niewielki odsetek realnych ofiar. Brakuje obecnie danych stwierdzających, ilu ludzi polscy żołnierze celowo zabili, a ilu straciło życie przy okazji prowadzonych przez nich operacji wojskowych. Istnieje jednak duże prawdopodobieństwo, że proporcje są tu podobne do innych wojen toczonych przez państwa zachodnie. Tylko w ostatnich 20 latach, które zdaniem Żuradzkiego powszechnie uważa się za okres niespotykanego w dziejach świata pokoju i stabilności politycznej, szacuje się, że z rąk żołnierzy walczących w armiach krajów zachodnich życie straciło co najmniej kilkadziesiąt, a nawet kilkaset tysięcy ludzi [5].

Margalit i Walzer zaproponowali przyjęcie zasady, że w obecności ludności cywilnej strony przeciwnej żołnierze powinni prowadzić działania wojenne z taką ostrożnością, jak gdyby byli to obywatele ich kraju. Chodzi o to jedynie, że niewalczący – bez względu na to, skąd pochodzą, jakiej są narodowości oraz czy są współwinni wywołania konfliktu powinni być zawsze traktowani tak samo. Twierdzą, że jeśli dopuszczają, iż ubocznym skutkiem operacji wojskowych może być śmierć niewalczących wroga, to ich działanie będzie usprawiedliwione, tylko wtedy, jeśli w podobnej sytuacji podjęliby taką samą decyzję, gdyby w grę wchodziła możliwość śmierci „własnych” cywili [13].

Dramatyczną konsekwencją działań agresora dla ludności cywilnej na terytorium podbitego kraju bywa również tworzenie obozów śmierci, które, wg Tishnera, są przejawem radykalnego zła, niemożliwego do usprawiedliwienia. Nie ma tam bowiem zastosowania żadna norma polityczna, historyczna, czy moralna, a wybory w tej rzeczywistości mogą dokonywać się tylko pomiędzy złem a złem. Oprócz bowiem obecności zła dziejowego uzyskało metafizyczny przejaw [14]. Takim przykładem mogą być istniejące w czasie II wojny światowej obozy koncentracyjne – inaczej zwane obozami zagłady i śmierci, ogrodzone murem i drutem kolczastym nadzorowane przez strażników „fabryki śmierci”. W nich to, w wyniku przymusowej i niewolniczej pracy dokonywano fizycznej eksterminacji narodu żydowskiego i polskiego. Ponadto codziennością było katowanie i głodzenie tych niewinnych ludzi, których jedynym „przewinieniem” było to, że w czasie agresji na kraj znaleźli się w tej rzeczywistości. Ludność cywilna była traktowana również, jako łatwy i tani materiał doświadczalny. Prowadzono na nich eksperymenty z różnych zakresów medycyny, głównie: patologii i genetyki, niezgodne z zasadami etyki lekarskiej. Umyślne zabijanie niewalczących jest niedopuszczalne moralnie, przyjmuje znamiona morderstwa [9, 14, 15].

Krytykując tradycyjną etykę wojny McMahan uznaje, że należy odrzucić niezależność *ius in bello* (dopuszczalności) od *ius ad bellum* (dopuszczalnych sposobów walki), co oznacza, że moralna dopuszczalność konkretnych działań militarnych nie może być oddzielona od tego, czy działania te prowadzone są w słusznej czy w niesłusznej sprawie [16].

Czy w obliczu powyższych rozważań moralność zawodowa żołnierzy może zgadzać się z moralnością ogólną? Szeroko rozpowszechnione poglądy na temat norm, które obowiązują żołnierzy podczas konfliktów zbrojnych, nie zgadzają się z moralnością ogólną i to w najbardziej problematyczny z możliwych sposobów: etyka wojny dopuszcza, a nawet nakazuje podejmować działania, które w normalnych sytuacjach (tj. w czasie pokoju) są nie tylko uznawane za moralnie niedopuszczalne, ale wydają się czynami godnymi największego moralnego potępienia. Jednakże rozwiązanie realistyczne, które w większości przypadków jest pewną wersją relatywizmu czynów, nie wyjaśnia istnienia tradycyjnej etyki wojny, który bardzo często ma zastosowanie przy ocenie konfliktów zbrojnych.

„Agresja, obrona własna, ustępstwa, okrucieństwo, bezwzględność, potworność, rzeź” wszystkie te pojęcia wiążą się z pewnymi osądami moralnymi, które wydamy wobec państw, ich przywódców, głównodowodzących, czy zwykłych żołnierzy uczestniczących w walkach. Realizm w stosunkach międzynarodowych odrzucałby sensowność jakichkolwiek rozważań natury moralnej, które dotyczyłyby relacji między państwami i toczonych przez nie konfliktów zbrojnych. Skoro na wojnie, jak wspomniano istnieje większa tolerancja dla czynów niedopuszczalnych w czasie pokoju, to zdaniem Żurawskiego powinniśmy np. przestać uznawać, iż mordowanie nienoszących broni i niepopierających danej wojny cywilów jest godne znacznie surowszego potępienia moralnego niż zabijanie uzbrojonych żołnierzy podczas walki [3, 5].

Istnieją rozbieżności pomiędzy etyką wojny a moralnością ogólną. Jest to m.in. występowanie asymetrii pomiędzy atakującymi i atakowanymi oraz problem związany z tym, kto jest dopuszczalnym celem moralnie usprawiedliwionego aktu przemocy. W obu tych przypadkach etyka wojny jest niezgodna z etyką ogólną: dopuszcza czyny wobec drugiego człowieka, takie jak zabijanie lub okaleczanie, które normalnie nie tylko są zakazane, ale i uznane za wysoce naganne. Odrzucając wspomniane stanowiska skrajne (realizm i pacyfizm) możliwe są zdaniem Żurawskiego dwa rozwiązania. Jednym z nich jest uznanie niezgodności etyki zawodowej z etyką ogólną, drugim zaś przekonanie, że należy znacząco przeformułować tradycyjną etykę wojny, jak również obowiązujące normy prawa międzynarodowego odnoszące się do konfliktów zbrojnych. W celu uspołnienienia etyki wojny z moralnością ogólną, należy odrzucić moralną równość żołnierzy oraz uznać, że dopuszczalnym celem przemocy są także osoby przyczynowo odpowiedzialne za doprowadzenie do sytuacji konfliktu zbrojnego, a nie jedynie osoby bezpośrednio uczestniczące w walce [1, 5].

Wojna wraz z przejawami bestialstwa, brakiem szacunku dla życia i ludzkiej godności, zawsze staje się przestrożą dla przyszłych pokoleń, aby nie dopuściły do takiej tragedii, gdzie często giną niewinni ludzie, nie biorący bezpośredniego udziału w konflikcie. W odniesieniu do powyższych rozważań słuszne wydaje się stwierdzenie, że nie ma wojen słusznych i sprawiedliwych, każda wojna jest złem.

Wnioski

1. W obliczu dramatycznych skutków dotyczących ludności cywilnej w czasie konfliktów, istnieje potrzeba uzgodnienia tradycyjnej etyki wojny z moralnością ogólną.
2. Odpowiedzialność powinna spoczywać nie tylko na bezpośrednich uczestnikach konfliktu, ale również na decydentach.
3. Narody świata powinny dążyć do pokojowego rozwiązywania konfliktów w imię ochrony życia niewinnych.

Piśmiennictwo

1. Wojna jako problem etyczny. [W]: T. Ślipko: Zarys etyki szczegółowej. Etyka społeczna, Wydawnictwo WAM, Kraków, 2005, t. 2, 320–343.
2. Żuradzki T., Kuniński T. (red.): Etyka wojny. Antologia tekstów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
3. Luban D.: Wojna sprawiedliwa a prawa człowieka. [W]: T. Żuradzki, T. Kuniński (red.): Etyka wojny. Antologia tekstów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2009, 199–216.
4. Walzer M.: Prawo i porządek w społeczności międzynarodowej. [W]: T. Żuradzki, T. Kuniński (red.): Etyka wojny. Antologia tekstów, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2009, 145–165.
5. Żuradzki T.: Etyka wojny a dopuszczalność zabijania. *Diametros*, 2010, 9, 25, 103–117. <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/diam25zuradzki.PDF/>, data pobrania 15.12.2010 r.
6. Borkowski R.: Agresja, destrukcja, przemoc. [W]: W. Jaworski: Człowiek, etyka, polityka, Wydawnictwo Abrys, Kraków, 1998, 179–185.
7. Słomski W.: Człowiek pośród dylematów i wyzwań etycznych współczesności, Vizja Press&IT, Warszawa 2009.
8. Khoury A. T., Grundmann E., Müller H. P.: Wojna i przemoc w religiach świata. Fakty i przyczyny, Jedność HERDER, Kielce 2006.
9. Coady C. A. J.: Moralność terroryzmu. [W]: Etyka wojny. Antologia, T. Żuradzki, T. Kuniński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2010, 299–320.
10. Chmaj M., Sokół W., Wrona J.: Historia dla kandydatów na studia prawnicze, administracyjne, politologiczne, historyczne i socjologiczne, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2001.
11. http://en.wikipedia.org/wiki/World_War_II_casualties/, data pobrania 4.01.2011 r.
12. Kasher A., Yadlin A.: *Military Ethics of Fighting Terror: An Israeli Perspective*, *Journal of Military Ethics*, 4/1, 2005.
13. Walzer M.: Wojny sprawiedliwe i niesprawiedliwe. Rozważania natury moralnej z uwzględnieniem przykładów historycznych, tłum. Michał Szczubiałka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
14. Drwięga M.: Człowiek między dobrem a złem. Studia etyki współczesnej, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2009.
15. Fullinwider R. K.: Wojna i niewinność. [W]: Etyka wojny. Antologia, T. Żuradzki, T. Kuniński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2010, 69–75.
16. McMahan J.: Etyka zabijania na wojnie. [W]: Etyka wojny. Antologia, T. Żuradzki, T. Kuniński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2010, 101–142.

Ewa Wiśniewska¹, Małgorzata Marcysiak¹,
Grażyna Skotnicka Klonowicz¹, Bożena Ostrowska¹,
Małgorzata Zagroba¹, Miłosz Marcysiak¹, Wanda Skrzypczyk²

Postrzeganie śmierci przez żołnierzy

Niezależnie od okoliczności śmierci, różne społeczności wykazywały podobne postawy wobec tego zjawiska. Jeśli pominąć obyczajowe różnice, we wszystkich niemal okresach daje się zauważyć dominujący wzór zachowań: obecność przy osobie umierającej, próba zrozumienia śmierci oraz „organizowanie umierania” i pochówku. Najbardziej zauważalny element to towarzyszenie osobie umierającej w jej ostatnich chwilach. Dla rodziny i osób bliskich to niejako obowiązek, który trzeba i należy spełnić. Osobę zmarłą otaczano szacunkiem, jakiego czasem nie dostępowała za życia. Po pogrzebie za pomocą różnych form upamiętniano zmarłego: odwiedziny grobu, publiczne okazywanie żałoby wyrażaną poprzez strój, malowanie obrazów zmarłego, stawianie nagrobków, przynoszenie kwiatów, stawianie świec na grobach [1].

Szczególnym przypadkiem śmierci, pozbawionej często wspomnianej oprawy, jest oddanie życia przez żołnierza w obronie ojczyzny. Przysięga wojskowa z 3 października 1992 roku mówi: „Ja, żołnierz Wojska Polskiego, przysięgam służyć wiernie Rzeczypospolitej Polskiej, bronić jej niepodległości i granic. Stać na straży Konstytucji, strzec honoru żołnierza polskiego, sztandaru wojskowego bronić. Za sprawę mojej Ojczyzny w potrzebie krwi własnej ani życia nie szczędzić” [2]. Do obowiązku obrony ojczyzny odnosi się również Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. W art. 26. oraz art. 85 jest zapis „Siły Zbrojne Rzeczypospolitej Polskiej służą ochronie niepodległości państwa i niepodzielności jego terytorium oraz zapewnieniu bezpieczeństwa i nienaruszalności jego granic”, „Obowiązkiem obywatela polskiego jest obrona Ojczyzny” [3].

Śmierć zadana przez żołnierza ma inny wymiar. Mundur wojskowy ostrzega każdego, że ten człowiek może zabić. Więcej, ma do tego społeczną legitymizację.

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

² Studentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie

Zabić może żołnierz, ponieważ śmierć przez niego zadana nie jest morderstwem, nie wynika z niskich pobudek. Śmierć z jego ręki może spotkać tylko wtedy, gdy zagrożone jest dobro społeczne w sposób ekstremalny. Z tego powodu żołnierz za zabijanie jest nagradzany i odznaczany [4].

Zasady konfliktów zbrojnych reguluje *Międzynarodowe prawo konfliktów zbrojnych*, nazwane też *Międzynarodowym prawem humanitarnym* lub *Prawem wojennym*. Jest częścią międzynarodowego prawa publicznego znajdującego zastosowanie w czasie konfliktów zbrojnych zarówno międzynarodowych, jak i wewnętrznych. Reguluje prawa i obowiązki walczących oraz zapewnia ochronę dla ofiar walk w przypadku konfliktu zbrojnego, bez względu na jego przyczyny. Główne zasady prawa konfliktów zbrojnych zakładają: zakaz stosowania takich środków walki zbrojnej, które powodują zbędne cierpienia lub nadmierne straty w środowisku naturalnym oraz obowiązek odróżniania uczestników walki zbrojnej od ludności cywilnej przez strony konfliktu. Oznacza to, że ludność cywilna, jak i poszczególne osoby cywilne nie powinny być przedmiotem ataków wojskowych. Ataki powinny być skierowane wyłącznie na cele wojskowe (wojna to stosunek między państwami, a nie między ich ludnością cywilną). Obowiązuje również zakaz zabijania lub ranienia oraz poszanowania niezależności fizycznej i moralnej przeciwnika poddającego się lub wyłączonego z walki. Tortury fizyczne lub psychiczne, kary cielesne oraz traktowanie w sposób okrutny lub poniżający są niedozwolone [4].

Przygotowanie żołnierza do dysponowania potencją przeznaczoną do obezwładniania wrogich sił zbrojnych, wymaga szczególnych ustaleń i rozstrzygnięć oraz unormowań, uzasadniających uchylanie niektórych norm ogólnych (np. „nie zabijaj”). Dlatego deontologia żołnierska podchodząc do niektórych kwestii moralnych nie odrzuca przemocy, jednocześnie chce utrwalić przekonanie, że w wojsku nie ma większych odstępstw od wartości i norm cenionych społecznie [5].

Kodeks Honorowy Żołnierza Zawodowego w sytuacjach bojowych nakazuje postępowanie zgodnie z normami międzynarodowego prawa humanitarnego. Wskazuje szczególną troskę o współtowarzyszy broni, a w sytuacjach zagrożenia życia gotowość do niesienia pomocy innym oraz do spełniania obowiązków wobec Ojczyzny nawet za cenę własnego życia [6].

Charakterystyka badanych grup

Badania były przeprowadzone w okresie wrzesień – listopad 2010 r. W badaniach wzięły udział równoliczne (po 100 osób) grupy mężczyzn i kobiet. Grupę badaną stanowili żołnierze, z czego 38 osób było uczestnikami misji pokojowych w Afganistanie. Wyniki badań zestawiono z grupą pielęgniarek, które ze względu na specyfikę zawodu mają kontakt ze śmiercią. W analizie materiału badawczego jedną ze zmiennych zastosowano fakt posiadania dzieci.

Metoda badawcza

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Przedstawiany materiał zawiera wycinek wyników badań, uzyskanych na podstawie 7 pytań, w większości wielokrotnego wyboru. Do porównań statystycznych zastosowano test nieparametryczny Chi-kwadrat.

Wyniki badań

Pierwszym obszarem badawczym było postrzeżenie śmierci przez respondentów. O istotę tego zjawiska zapytano w postaci twierdzeń. Ponad połowa badanych w obu grupach wybrała odpowiedź, że śmierć jest naturalną kolejną życia. Kobiety częściej wskazywały twierdzenie „przejdzie do życia wiecznego”. Takiej odpowiedzi udzieliło 48% z nich. Największą różnicę zaobserwowano w twierdzeniu „śmierć jest wydarzeniem, którego się boję”. Pozytywnie wypowiedziało się 22% kobiet i tylko 4% mężczyzn (tab. 1).

Tabela 1. Istota śmierci w opinii respondentów

Czym dla Ciebie jest śmierć*	Mężczyźni; żołnierze		Kobiety; pielęgniarki	
	N	%	N	%
przejdzie do życia wiecznego	30	30	48	48
zmianą materii w inną formę bytu	4	4	3	3
naturalną kolejną życia	60	60	54	54
ryzykiem wpisanym w zawód	15	15	3	3
faktem o którym staram się nie myśleć	25	25	16	16
wydarzeniem którego się boję	4	4	22	22

* wielokrotny wybór, $p < 0,05$

Do myśli związanych z własną śmiercią przyznaje się tylko 8% żołnierzy. Pozostałe osoby nie myślą lub starają się nie myśleć na ten temat. W grupie pielęgniarek myśli te są częstym zjawiskiem. Odpowiedzi twierdzących udzieliło 44% z nich (tab. 2).

Zapytano respondentów o uczucia związane z rozmowami o własnej śmierci. Najwięcej wskazań dotyczyło smutku i przygnębienia. Największą różnicę między grupą badaną i kontrolną stwierdzono w przypadku uczucia strachu (mężczyźni 6%; kobiety 28%) oraz uczucia ciekawości (mężczyźni 20%; kobiety 5%) (tab. 3).

W obu grupach występowała zgodność dotycząca rodziny jako wartości, dla której można poświęcić życie. W przypadku pozostałych wartości zarysowała się różnica. Żołnierze częściej wybierali ojczyznę, wolność, pokój i honor. Zbliżony procent odpowiedzi (12%; 15%) dotyczył sprawiedliwości (tab. 4).

Tabela 2. Myśli związane z własną śmiercią

Czy myślisz o własnej śmierci*	Mężczyźni; żołnierze		Kobiety; pielęgniarzki	
	N	%	N	%
tak	8	8	44	44
nie	56	56	12	12
raczej nie	16	16	17	17
staram się nie myśleć	20	20	24	24
Razem	100	100	100	100

p < 0,05

Tabela 3. Uczucia związane z własną śmiercią

Czy rozmowa o własnej śmierci wywołuje u Ciebie*	Mężczyźni; żołnierze		Kobiety; pielęgniarzki	
	N	%	N	%
smutek	29	29	32	32
strach	6	6	28	28
przygnębienie	18	18	24	24
ciekawość	20	20	5	5
nadzieję	7	7	12	12
ulgę	1	1	-	-
rozpacz	3	3	1	1
bezzadność	17	17	15	15
spokój	9	9	8	8
złość	4	4	2	2
nie potrafię określić	28	28	24	24

* wielokrotny wybór, p < 0,05

Tabela 4. Wartości dla których można oddać życie

Dla jakich wartości można oddać życie*	Mężczyźni; żołnierze		Kobiety; pielęgniarzki	
	N	%	N	%
rodzina	98	98	92	96
ojczyzna	40	40	19	19
wolność	21	21	12	12
pokój	12	12	7	7
honor	17	17	4	4
sprawiedliwość	12	12	15	15

* wielokrotny wybór, p < 0,05

Zawód żołnierza jest związany z ryzykiem śmierci. Zapytano o odbiór doniesień w mediach na temat śmierci w trakcie pełnienia misji pokojowych. Refleksja nad sensem takiej śmierci pojawia się równie często w obu grupach (około 3/4 badanych). Żołnierze deklarują częste myśli dotyczące kolegów (choć rzadziej niż kobiety) oraz myślenie o poległych w kategoriach bohaterstwa (tab. 5).

Tabela 5. Odbiór informacji o śmierci żołnierzy

Jak odbierasz doniesienia żołnierzy na misjach*	Mężczyźni; żołnierze		Kobiety; pielęgniarki	
	N	%	N	%
zastanawiam się czy ich śmierć ma sens	70	70	73	73
nie robi to na mnie wrażenia	12	12	–	–
często myślę o tych którzy zginęli	19	19	28	28
myślę o nich jak o bohaterach	20	20	2	2
inne	6	6	2	2

* wielokrotny wybór, $p < 0,05$

Śmierć w warunkach nie wynikających z upływu czasu i naturalnego przebiegu życia to także śmierć w wyniku nieuleczalnej choroby. Zapytano respondentów o stosunek do tego zjawiska. Wśród uczuć towarzyszących myśleniu o chorobie o niepomyślnym rokowaniu najczęściej pojawia się bezradność i przygnębienie. Odpowiedź „nie potrafię określić” częściej dotyczyła żołnierzy (20%), natomiast strach częściej deklarowały pielęgniarki (28%) (tab. 6).

Tabela 6. Stosunek do nieuleczalnej choroby

Jaki jest twój stosunek do nieuleczalnej choroby*	Mężczyźni; żołnierze		Kobiety; pielęgniarki	
	N	%	N	%
strach	14	14	28	28
złość	18	18	17	17
przygnębienie	28	28	30	30
bezradność	51	51	55	55
nie potrafię określić	20	20	6	6

* wielokrotny wybór, $p < 0,05$

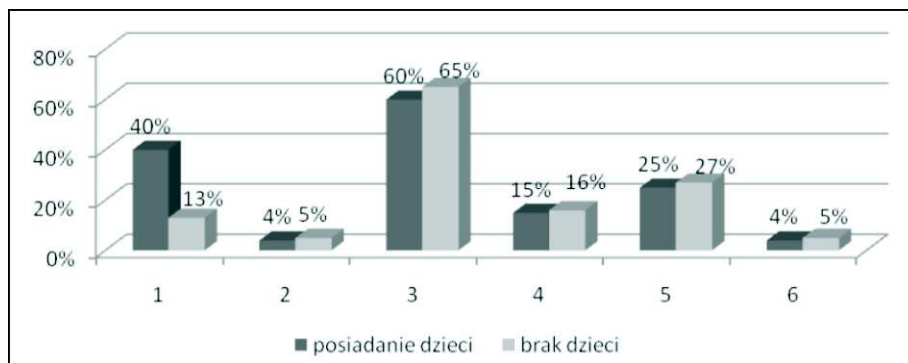
Ciekawe wyniki uzyskano w pytaniu dotyczącym eutanazji. Około 70% żołnierzy wskazało, że „wyjątkowo powinna być zalegalizowana” lub zalegalizowana. Takie same odpowiedzi uzyskano w przypadku 27% pielęgniarek z większym akcentem na odpowiedź „wyjątkowo powinna być zalegalizowana”. W tej grupie częściej pojawiała się odpowiedź, że „opieka nad chorym i niepełnosprawnym do końca jest miarą człowieczeństwa”. Zdecydowanie negatywnie wobec eutanazji wypowiedziało się około 10% badanych.

Tabela 7. Stosunek do eutanazji

Czy rozumiesz i akceptujesz próby legalizacji eutanazji*	Mężczyźni; żołnierze		Kobiety; pielęgniarzki	
	N	%	N	%
wyjątkowo powinna być zalegalizowana	55	55	22	22
powinna być zalegalizowana	12	12	5	5
nie powinna być zalegalizowana	10	10	12	12
nikt nie ma prawa odbierać życia chorym i niepełnosprawnym	11	11	33	33
opieka nad chorym i niepełnosprawnym do końca jest miarą człowieczeństwa	22	22	50	50

* wielokrotny wybór, $p < 0,05$

Kolejną zmienną, jako zastosowano w badaniach dotyczącą grupy żołnierzy było posiadanie dzieci, związane z odpowiedzialnością rodziców za wychowanie i wprowadzenie w dorosłe życie. Żołnierze, którzy byli ojcami stanowili grupę 63 osób. Wyniki badań dla tej zmiennej przedstawiają ryciny 1–4. W określaniu istoty śmierci różnica dotyczyła twierdzenia „przejsie do wiecznego życia”. Takiej odpowiedzi udzieliło 40% ojców i 13% żołnierzy nie posiadających dzieci. W pozostałych przypadkach wartości wskazań są porównywalne.

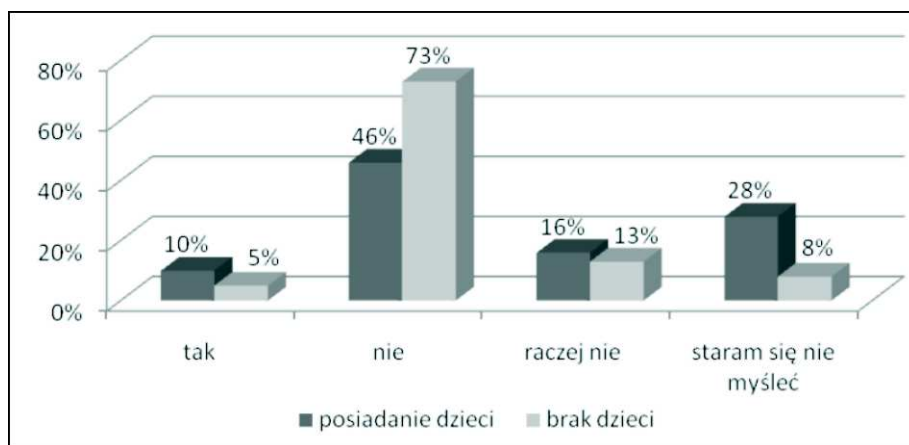


1 – przejście do życia wiecznego 2 – zmiana materii w inną formę bytu 3 – naturalna kolej życia 4 – ryzyko wpisane w zawód 5 – fakt o którym staram się nie myśleć 6 – wydarzenie, którego się boję

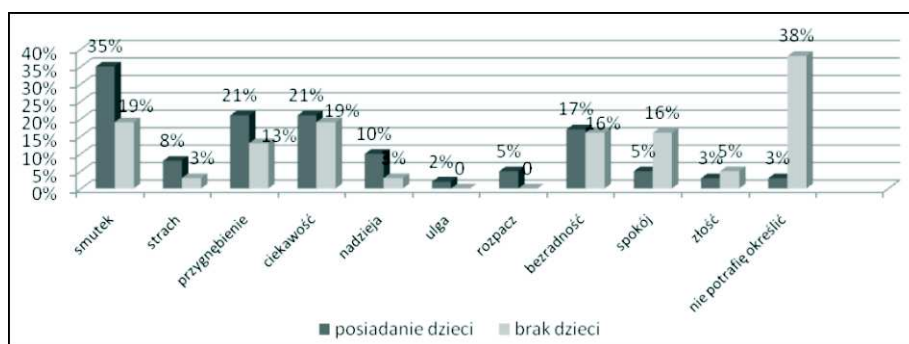
Rycina 1. Istota śmierci w opinii respondentów

Żołnierze nie posiadający potomstwa częściej deklarowali brak myśli dotyczących śmierci (73%). Ojcowie nieco częściej zgłaszali takie myśli (różnica 5%) oraz częściej wskazywali wypieranie myśli o śmierci (różnica 20%).

Ciekawą różnicę zaobserwowano w kolejnym punkcie. Żołnierze nie posiadający dzieci najczęściej deklarowali brak sprecyzowanych uczuć dotyczących własnej śmierci (różnica 35 punktów procentowych w odniesieniu do drugiej



Rycina 2. Myśli związane z własną śmiercią

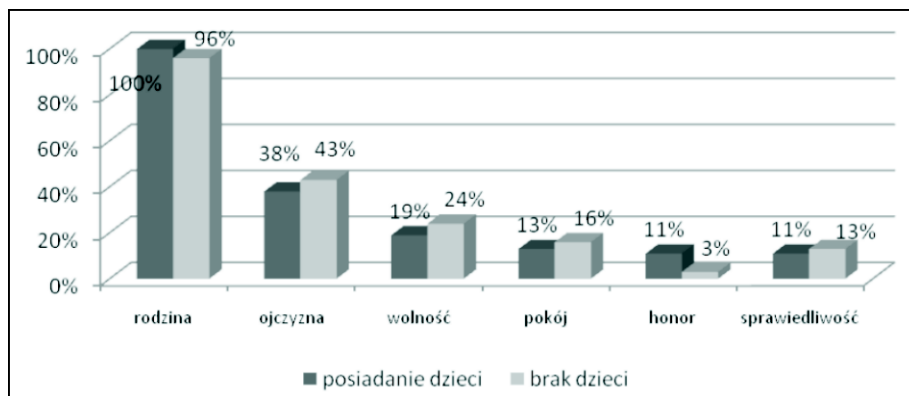


Rycina 3. Uczucia związane z własną śmiercią

grupy) oraz spokój (różnica 11%). Ojcowie częściej zgłaszali smutek i przygnębienie.

Nie stwierdzono istotnych różnic w obu grupach w zakresie wartości, dla których można oddać życie. Mężczyźni bezdzietni nieco częściej deklaruowali ojczyznę, wolność, pokój, sprawiedliwość.

Wyniki badań przeanalizowano także w odniesieniu do grupy żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych. Z uwagi na małą liczebność grupy (38 osób) wyniki przedstawiono w liczbach rzeczywistych. Walor poznawczy przytoczonych badań wydaje się jednak istotny. Zapytano respondentów o motywy uczestniczenia w misjach oraz narażenie życia w toku wykonywania czynności służbowych. Największe znaczenie w podejmowaniu decyzji o wyjeździe na misje miały względy ekonomiczne oraz chęć zdobycia doświadczenia zawodowego. Wśród dalszych motywów pojawiała się ciekawość i chęć sprawdzenia się w trudnych warunkach.



Rycina 4. Wartości dla których można oddać życie

Tabela 8. Motywy wyjazdu na misje

Dlaczego zdecydowałeś się na udział w misjach*	N
z ciekawości	10
aby zdobyć doświadczenie	17
uważasz, że to Twój obowiązek	9
aby sprawdzić się jako żołnierz	10
aby podnieść status materialny rodziny	18

* wielokrotny wybór

Wśród obaw żołnierzy najczęściej pojawiał się lęk przed inwalidztwem oraz, że nie zobaczą bliskich. Piętnaście osób zgłaszało, że doświadczenia związane z zagrożeniem życia wpłynęło na zmianę poglądów; najczęściej dotyczyło to docenienia wartości rodzinnych. W pytaniu o odczucia dotyczące śmierci osób cywilnych najczęściej pojawiała się wypowiedź, że „żał było dzieci” oraz, że „starają się nie myśleć o tym fakcie”.

Najwięcej żołnierzy doświadczających zagrożenia życia, śmierci kolegów i ludności cywilnej określając istotę śmierci, podobnie jak w pozostałych przypadkach, wskazywało odpowiedź „przejście do życia wiecznego” i „naturalna kolej życia”. Ciekawy jest fakt, że tylko 2 osoby wybrało odpowiedź dotyczącą lęku przed śmiercią. Zdecydowana większość (23 osoby) odpowiedziała, że nie myśli o własnej śmierci. W większości przypadków wśród uczuć towarzyszących najczęściej pojawia się smutek (15 osób) oraz brak sprecyzowania emocji (14 osób). Równie często (7 osób) było wskazywane przygnębienie i spokój. Wśród wartości, dla których można oddać życie wskazywano najczęściej rodzinę i ojczyznę.

Tabela 9. Narażenie na utratę życia

		N
Czego bałeś się najbardziej w czasie misji:	że zginiesz	8
	że będziesz ranny	6
	nie zobaczysz bliskich	10
	trafisz do niewoli	5
	tortur	2
	inwalidztwa	16
Czy trauma wywołana zagrożeniem życia wpłynęła na zmianę poglądu na życie:	tak	15
	nie	23
Jeśli tak to w jaki sposób:	cenisz bardziej własne życie	5
	cenisz bardziej wartość rodziny	13
	starsz spełniać swoje marzenia	5
	starsz się żyć tak jakby to był twój ostatni dzień	1
	zmieniłeś swój stosunek do osób chorych, niepełnosprawnych	2
Jak radziłeś sobie ze śmiercią ludności cywilnej:	nie myślałem o tym	16
	próbowałem pomóc	5
	uważałem to za niesprawiedliwe	8
	żał mi było dzieci	19
	cieszyłem się, że moim kraju jest spokój	11
	modliłem się za nich	1

Podsumowanie i wnioski

Przedstawione wyniki badań mogą być źródłem refleksji nad odbiorem zjawiska śmierci w zależności od doświadczenia zawodowego i sytuacji życiowej. Dla większości badanych pierwszym skojarzeniem jest to, że śmierć jest naturalną kolejną życia. Dla niektórych osób śmierć jest wydarzeniem, którego się boją, ale co ciekawe twierdzenie to zdecydowanie częściej towarzyszy kobietom. Żołnierzy częściej intryguje to zjawisko i jest źródłem ciekawości. Innymi uczuciami często wskazywanymi przez respondentów był smutek i przygnębienie.

Odnosząc się do zagadnienia końca życia w nietypowych warunkach zapytano o śmierć w wyniku nieuleczalnej choroby. Brak zdecydowanego stosunku do tego zjawiska charakteryzował żołnierzy. Odpowiedzi „nie potrafię określić” udzieliło 20% badanych. Ciekawe wyniki uzyskano w pytaniu dotyczącym eutanazji. Około 70% żołnierzy wskazało, że „wyjątkowo powinna być zalegalizowana” lub zalegalizowana. W tej grupie pielęgniarek częściej pojawiała się

Tabela 10. Postrzeganie śmierci w opinii respondentów

		N
Czym dla Ciebie jest śmierć*	przejściem do życia wiecznego	13
	zmianą materii w inną formę bytu	3
	naturalną koleją życia	19
	ryzykiem wpisanym w zawód	6
	faktem o którym staram się nie myśleć	10
	wydarzeniem którego się boję	2
Czy myślisz o własnej śmierci	tak	3
	nie	23
	raczej nie	5
	staram się nie myśleć	7
Czy rozmowa o własnej śmierci wywołuje u Ciebie*	smutek	15
	strach	2
	przygnębienie	7
	ciekawość	5
	nadzieję	3
	ulgę	–
	rozpacz	–
	bezzadność	1
	spokój	7
	złość	3
nie potrafię określić	14	
Dla jakich wartości można oddać życie*	rodzina	38
	ojczyzna	14
	wolność	10
	pokój	4
	honor	6
	sprawiedliwość	7

* wielokrotny wybór

odpowieź, że „opieka nad chorym i niepełnosprawnym do końca jest miarą człowieczeństwa”. Nasilenie myśli o własnej śmierci może być modyfikowany przez fakt posiadania dzieci. Żołnierze nie posiadający potomstwa częściej deklarowali brak myśli dotyczących śmierci (73%). Ojcowie nieco częściej zgłaszali takie myśli (różnica 5%) oraz częściej wymieniali wypieranie myśli o śmierci (różnica 20%).

Specyfiką pracy żołnierza jest ryzyko utraty zdrowia i życia, szczególnie w sytuacji pełnienia służby na terenie działań wojennych. Wśród obaw żołnierzy najczęściej pojawiał się lęk przed inwalidztwem oraz to, że nie zobaczą bliskich. Połowa badanych (23 osoby) deklarowały, że doświadczenia związane z zagrożeniem nie wpłynęło na zmianę poglądów na życie.

Wnioski

1. Strach przed śmiercią nie jest zjawiskiem pojawiającym się często wśród żołnierzy.
2. Wydaje się, że respondenci dobrze radzą sobie z myślami o śmierci, postrzegają ją jako zjawisko naturalne.
3. Istnieją różnice emocjonalne między kobietami a mężczyznami w postrzeganiu własnej śmierci.

Piśmiennictwo

1. Aries E., Człowiek i śmierć. Państwowy Instytut Wydawniczy Warszawa 1992.
2. Ustawa z dnia 3 października 1992r. o przysiędże wojskowe (Dz.U. nr 77, poz. 386).
3. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997.
4. Kochan J., Niewidoczny pokój, niewidzialna wojna, Nowa Krytyka, 3, 2005.
5. Binkowski R., Żarkowski P., Podręcznik do nauki prawa wojennego. Wydawnictwo DWiPO MON Warszawa 2006.
6. Kodeks Honorowy Żołnierza zawodowego. Konwent Dziekanów Korpusu Oficerów Zawodowych Wojska Polskiego, Warszawa 2006.

Regina Sierżantowicz¹,
Magda Koc², Justyna Tworkowska²

Czy patologiczna otyłość może być przyczyną śmierci?

Otyłość urosła do rangi epidemii na całym świecie i jest w dzisiejszych czasach jedną z najczęstszych pośrednich przyczyn zgonów. W 1991 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zakwalifikowała otyłość do chorób ogólnoustrojowych i problem dodatkowych kilogramów zaczęto postrzegać już nie tylko w kategoriach psychologiczno-społecznych, ale także medycznych. Społeczeństwo zaczęło sobie uświadamiać, że otyłość to już nie tylko kwestia estetyki, ale przede wszystkim zdrowia [1].

Na przestrzeni kilkuset lat ideał piękna ciała ludzkiego zmieniał się nieustannie. Najlepszym na to dowodem są obrazy mistrzów światowego malarstwa. Inaczej wyglądają kobiety i mężczyźni epoki renesansu przedstawieni na obrazach Leonarda da Vinci – szczupli, o wyraźnie zaznaczonej muskulaturze, prawie zupełnie pozbawieni tkanki tłuszczowej, a inaczej kobiety na obrazach wielkiego mistrza baroku Rubensa – pulchne pośladki, uda i piersi. Początkowo obfite kształty symbolizowały dobrobyt, bogactwo i wysoką pozycję społeczną. I tak było do początków XX wieku. Dopiero lata 20. ubiegłego stulecia przyniosły zmiany w wyglądzie ludzkiego ciała. Modna stała się sylwetka wysportowana, szczupła a otyłość poczęto wiązać z wieloma problemami zdrowotnymi. Wiele badań naukowych potwierdziło wcześniejsze przypuszczenia lekarzy, że nadwaga, a już na pewno otyłość jest niebezpieczna dla zdrowia i prowadzi do rozwoju wielu chorób (nadciśnienia tętniczego krwi, choroby niedokrwiennej serca, cukrzyca) a w konsekwencji do śmierci [2].

Jak możemy podzielić otyłość?

Przyczyna otyłości często nie jest do końca poznana, ale mechanizm jej powstawania jest prosty. Otyłość zawsze jest spowodowana pobieraniem większej ilości energii pod postacią spożywanych pokarmów niż wynoszą wszystkie wy-

¹ Opiekun Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego UMB

² Członkowie Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego UMB

datki energetyczne ponoszone przez nasz organizm. Wyróżniamy dwa typy otyłości w zależności od etiopatogenezy:

- **otyłość pierwotną** – pokarmową powstającą w wyniku współdziałania czynników genetycznych i środowiskowych
- **otyłość wtórną** – będącą objawem chorób metabolicznych, chorób ośrodkowego układu nerwowego, wad chromosomalnych oraz jako działanie leków.

Zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego to przede wszystkim urazy czaszki, guzy mózgu, dystrofia tłuszczowo-płciowa Froehlicha, zespół Blounta.

Endokrynopatie dotyczą niedoczynności tarczycy, hiperinsulinizmu pierwotnego, choroby lub zespołu Cushinga, zespołu Stein-Leventhala, stanu po usunięciu jajników, niedoboru hormonu wzrostu, zespołu przekwitania czy też hipogonadyzmu hipogonadotropowego.

Leki przyczyniające się do powstania otyłości: glikokortykoidy, estrogeny, progesteron, środki uspokajające, pochodne fenotiazyny.

Wady chromosomalne to przede wszystkim zespół Turnera oraz zespół Downa [3].

Przyczyny otyłości

Głównymi przyczynami otyłości są czynniki genetyczne, fizjologiczne, psychologiczne oraz środowiskowe związane ze stylem życia.

Czynniki genetyczne

Otyłość wykazuje charakter rodzinny, gdzie dużą rolę odgrywają wspólne dla rodzin nawyki żywieniowe i życiowe. Czynniki genetyczne mogą stanowić do 40% przyczyn prowadzących do otyłości. W procesie tym zaangażowanych może być kilka genów wpływających na przyjmowanie pokarmów i wydatkowanie energii. Dokładny mechanizm pozostaje jednak nieznan. Uważa się, że leptyna jest przekaźnikiem pomiędzy adipocytom (komórką tłuszczową) a mózgiem dostarczającym informacji o rozmiarach zmagazynowanego tłuszczu. Leptyna hamuje również syntezę i uwalnianie neuropeptydu Y (NPY), który zwiększa apetyt, obniża termogenezę oraz podwyższa poziom insuliny. Podejrza się, że mózg osoby otyłej otrzymuje mylącą informację, zaniżającą zasoby tłuszczu w ustroju. Wydaje się również, że u ludzi czynnik dziedziczny może odgrywać rolę w dziedziczeniu konstytucji psychofizycznej oraz chorób powodujących otyłość wtórną, takich jak cukrzyca lub hiperlipoproteinemia rodzinna. Genetycznie uwarunkowana skłonność do tycia może polegać na zwiększonej podatności na bodźce środowiskowe sprzyjające zwiększeniu masy ciała [3, 4].

Czynniki fizjologiczne

Częstość występowania otyłości wzrasta wraz z wiekiem, ulegając jedynie obniżeniu na starość. Odżywianie człowieka regulowane jest przez ośro-

kowy układ nerwowy a w szczególności ośrodki podwzgórzowe, węchomózgowie, układ limbiczny, twór siatkowaty, jądra migdałowe i korę mózgową. Ośrodki te przez cały czas otrzymują bodźce typu psychicznego, nerwowego, hormonalnego i metabolicznego informujące o stanie odżywienia tkanek. Po przeanalizowaniu ośrodki te kształtują uczucie głodu, apetyt, sytość itp. Apetyt jest regulowany wielkością posiłków, ich częstością, składem, smakiem, czynnością. Na łaknienie w największym stopniu wpływają neurotransmitery, głównie monoaminy:

- serotonina – zmniejsza apetyt na węglowodany
- dopamina – reguluje łaknienie poprzez wpływ hamujący na przyjmowanie tłuszczów
- noradrenalina – zwiększa apetyt na węglowodany

Każde zaburzenie organiczne lub czynnościowe tych ośrodków może zmienić zachowanie się człowieka w zakresie nawyków żywieniowych co może być przyczyną rozwoju otyłości [3, 4].

Czynniki psychologiczne

Otyłość traktowana jako uzależnienie, wewnętrzny przymus jedzenia negatywnie wpływa na życie i sprawia, że osoby otyłe unikają kontaktu z ludźmi, boją się odrzucenia, często czują się gorsze od innych osób. Otyłość u takich osób może stać się sposobem na życie, wytłumaczeniem wszelkich osobistych niepowodzeń, natomiast jedzenie może być sposobem na odreagowanie złości, smutku i sposobem na nudę. Typowa dla ludzi otyłych jest złudna nadzieja, że wszystko w życiu się uda, jeśli tylko dana osoba schudnie [3].

Czynniki środowiskowe

Wśród których największe znaczenie ma aktywność fizyczna jako forma wydatkowania dostarczonych zasobów energetycznych. Na skutek postępu technologicznego możliwe stało się znaczące zmniejszenie wydatku energetycznego związanego z codzienną aktywnością. Równocześnie zwiększył się dostęp do żywności i jej konsumpcja. Wzrosła wartość energetyczna łatwo dostępnego pokarmu, który jest dodatkowo ubogi w witaminy, sole mineralne i błonnik [4].

Czynniki związane ze stylem życia

Otyłość powstaje przede wszystkim w wyniku spożywania nadmiaru tłuszczu oraz zbyt małej aktywności fizycznej. Zmniejszona aktywność fizyczna jest ważnym czynnikiem powodującym otyłość. Chociaż spożywanie pokarmu zwiększa się wraz ze wzrastającym wydatkiem energetycznym, to jednak nie zmniejsza się ono proporcjonalnie, kiedy aktywność fizyczna spada poniżej pewnego poziomu. U niektórych osób zmniejszenie aktywności fizycznej może wręcz powodować zwiększenie spożywania pokarmu. Kobiety prowadzące siedzący tryb życia są siedmiokrotnie bardziej narażone na wzrost masy ciała, nato-

miast mężczyźni czterokrotnie. Duże znaczenie na rozwój otyłości ma stosowanie używek:

- alkohol – spożywany w nadmiernych ilościach dostarcza tzw. puste kalorie, prowadzi do chorób wątroby i trzustki.
- palenie papierosów – chociaż palenie papierosów obniża apetyt to nie jest to metoda pozwalająca utrzymać prawidłową masę ciała i zachować zdrowie, gdyż palenie jest jednym z głównych czynników chorób sercowo-naczyniowych [4].

Epidemiologia otyłości i badania WHO MONICA

Na problemy z łaknieniem i nadwagą cierpi około miliarda ludzi na świecie, na otyłość zaś ponad trzysta milionów. Informacji o występowaniu na świecie nadwagi i otyłości wśród dorosłych dostarczyły badania WHO MONICA (Monitoring of trends and determinants in cardiovascular diseases). Zostały one przeprowadzone w ciągu ostatnich 10–20 lat pod patronatem Światowej Organizacji Zdrowia. Obecnie około 30% mieszkańców USA ma BMI większe od 30, co oznacza otyłość. Jeśli dotychczasowy trend zwiększania się liczby otyłych w USA utrzyma się, to w 2230 roku – być może – 100% Amerykanów będzie miało BMI większy od 30. Najnowsze badania Pol-MONICA, przeprowadzone w próbie losowej populacji Warszawy w wieku 35–64 lat wykazały, że w Polsce otyłość (BMI > 30,0 kg/m²) występuje u 22,4% mężczyzn i 29% kobiet [5].

Tabela 1. Prognoza WHO, procent osób otyłych (BMI > 30 WHO Obesity Taskforce 2003)

Rok	USA	Wielka Brytania	Brazylia
1990	8	6	5
2000	12	8	7
2010	20	17	9
2020	28	26	12
2030	41	30	19

Problemy zdrowotne osób z otyłością

Wskaźnik śmiertelności w populacji osób z otyłością, szczególnie brzuszna, jest wysoki. Medycyna udowodniła, że dodatkowe kilogramy są przyczyną wielu zaburzeń metabolicznych, endokrynnych, psychicznych, wentylacji płuc, zmian w układzie krążenia i kostno-stawowym, które możemy podzielić na zagrożenia bezpośrednie (ryzyko urazu mechanicznego, bardziej złośliwy przebieg infek-

cji, niewydolność serca i oddychania) i pośrednie zagrożenia życia wynikające z powikłań otyłości (cukrzyca typu 2, dyslipidemia, powikłania nadciśnienia tętniczego i miażdżycy tętnic itp). Osoby otyłe są także bardziej narażone na śmierć w wypadkach samochodowych.

Zaburzenia metaboliczne osób otyłych

Otyłość, zwłaszcza brzuszna, powiązana jest z tzw. zespołem metabolicznym. Jest to zespół cech wpływających na wzrost ryzyka chorób układu krążenia. Czynniki te to:

- wzrost poziomu triglicerydów (> 150 mg/dl),
- zmniejszenie poziomu cholesterolu frakcji HDL
- wzrost ciśnienia tętniczego ($\geq 130/\geq 85$ mmHg),
- podwyższone stężenie glukozy na czczo (≥ 110 mg/dl),
- otyłość brzuszna

Zagrożenia, jakie może powodować zespół metaboliczny to przede wszystkim cukrzyca typu II oraz choroby układu krwionośnego. Pierwsze doniesienia na temat tego syndromu pojawiły się w latach 80. XX wieku. Badania wykazały, iż zaburzenia metaboliczne, podobne jak w przypadku otyłości brzusznej, występują także u osób z prawidłową masą ciała, prawidłowym BMI, u których tłuszcz gromadzi się w okolicach trzewi. Uznano, iż sytuacja taka najprawdopodobniej wywołuje podobne zaburzenia, jak w przypadku osób otyłych z zespołem metabolicznym. Osoby określono mianem MONW (metabolically obese normal-weight), czyli metabolicznie otyłych o prawidłowej masie ciała. Zauważono u nich takie problemy, jak:

- spadek wrażliwości na insulinę,
- hiperinsulinemię
- wzrost ciśnienia tętniczego,
- hipertriglicerydemię.

W dalszych badaniach zauważono, iż charakteryzowały się większym ryzykiem choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy typu II. Zaobserwowano także, iż u metabolicznie otyłych szybciej oraz przy mniejszym wysiłku fizycznym pojawia się zmęczenie i brak możliwości do dalszej pracy.

W chwili obecnej metaboliczna otyłość nie jest ani dobrze zdefiniowana, ani nie ma jednoznacznie określonych kryteriów kwalifikujących. U osób cierpiących na metaboliczną otyłość zauważa się, iż zawartość tkanki tłuszczowej wzrasta do $> 30\%$, przy tym jest ona największa w okolicach trzewi. Beztłuszczowa masa ciała (FFM – free fat mass) jest przy tym mniejsza. Metabolicznie otyli gromadzą więcej tłuszczu poza tkanką tłuszczową, zwłaszcza w wątrobie i mięśniach niż osoby szczupłe [6, 7].

Zaburzenia endokryne, w których jednym z objawów jest otyłość:

- niedoczynność tarczycy
- zespół Cushinga

- zespół policystycznych jajników
- niedobór hormonu wzrostu
- hiperinsulinizm [8].

Zaburzenia psychiczne osób otyłych

To przede wszystkim zaburzenia odżywiania na tle psychicznym. Jedzenie kompulsywne (jedzenie napadowe, pod wpływem nie dającego się opanować wewnętrznego przymusu)

- stres
- zespół napięcia przedmiesiączkowego
- zaburzenia nastroju (Zwiększone ryzyko otyłości występuje przede wszystkim w depresji. Osoby chore uczą się, że jedząc, mogą częściowo zmniejszać objawy depresji, poprzez dostarczenie sobie krótkotrwałej przyjemności).

Brak czasu na wypoczynek, spożywanie w pośpiechu nieregularnych posiłków (najczęściej typu „fast food”) powoduje ciągłe napięcie psychiczne, utrzymuje organizm w nieustannym „pogotowiu”. Aby stłumić smutek, rozładować napięcie lub niepowodzenie sięgamy po coś, co sprawi nam krótkotrwałą przyjemność, np. słodycze. Nerozwiazane problemy pozostają, a sięganie po „nagrode na chwilę” najczęściej prowadzi do wyrobienia w sobie nawyku kompulsywnego jedzenia, ten zaś, do otyłości. Jedzenie kompulsywne (napadowe) przybiera na świecie postać już prawie epidemii. Jest to zaburzenie odżywiania polegające na spożywaniu nadmiernych ilości pokarmu w niekontrolowany sposób. Prawdziwym podłożem są przyczyny emocjonalne, a nie potrzeba zaspokojenia głodu. W trakcie takich sytuacji „zajadamy stresy dnia codziennego”, stajemy się uzależnieni od jedzenia, które działa wtedy podobnie, jak narkotyk. Typowe objawy to:

- okresowa utrata kontroli co do ilości i wielkości przyjmowanych posiłków
- szybkie spożywanie posiłków, aż do wystąpienia objawów przejedzenia
- jedzenie „w ukryciu”
- towarzyszące poczucie winy i wstydu z powodu obżarstwa, nadwagi, czy otyłości [9].

Zaburzenia wentylacji płuc

U osób z ekstremalną otyłością obserwuje się upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc. Może ona ulec istotnemu pogorszeniu po przeprowadzanych u tych osób operacjach bariatrycznych.

Zmiany w układzie krążenia u osób otyłych

Otyłość jest głównym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia. W krajach rozwiniętych choroby te powodują najwyższy odsetek zgonów. Obecnie zmieniło się spojrzenie na rolę tkanki tłuszczowej, otóż nie jest ona tylko biernym rezerwuarem energii, lecz przede wszystkim niezwykle aktywnym organem para-

i endokrynnym, zdolnym do syntetyzowania i uwalniania do krążenia licznych substancji, które wpływają na wytworzenie niekorzystnego profilu zmian u otyłego pacjenta [10].

Otyłość a choroba niedokrwienna serca

Otyłość w głównej mierze przyczynia się do powstania choroby niedokrwiennej serca (ChNS). Zaburzenia metaboliczne sprzyjają rozwojowi zmian miażdżycowych, m.in. naczyń wieńcowych. Występowanie miażdżycy stwierdzono u około 60% otyłych osób w wieku 15–19 lat oraz u 80% mężczyzn i 70% otyłych kobiet w wieku 30–34 lata. Badania kliniczne dowodzą, że miażdżycza u osób z BMI powyżej 30 kg/m² przebiega bezobjawowo przez okres blisko 10 lat przed ujawnieniem się pierwszych objawów klinicznych choroby. Choroba niedokrwienna odpowiada za około 75–80% zgonów w populacji pacjentów z otyłością i cukrzycą. Największe znaczenie patogenetyczne w ChNS wydaje się mieć insulinooporność. Mechanizm łączący hiperinsulinizm, insulinooporność i ChNS jest bardzo złożony i obejmuje wiele czynników dotyczących zmian w naczyniach krwionośnych, zaburzeń metabolizmu glukozy i lipidów, zaburzeń równowagi między układem krzepnięcia i fibrylizy. Do istotnych zaburzeń metabolicznych indukowanych przez insulinooporność należą: dyslipidemia z obniżeniem stężenia HDL-cholesterolu i podwyższeniem poziomu LDL-cholesterolu oraz zwiększonym uwalnianiem wolnych kwasów tłuszczowych (WKT), otyłość brzuszna i zwiększona aktywność hormonalna, jak również metaboliczna tkanki tłuszczowej trzewnej, upośledzona fibrylizacja, a także nadmierna aktywacja układu współczulnego oraz wzmożona gotowość skurczowa [11].

Otyłość a nadciśnienie tętnicze krwi

U osób otyłych znamienne często rozwija się nadciśnienie tętnicze, które w skrajnej otyłości jest obecne w około 70% przypadków. Tkanka tłuszczowa jest bogato ukrwiona, a jej nadmiar, jak ma to miejsce w otyłości, powoduje wzrost objętości krwi krążącej i w konsekwencji podwyższenie rzutu minutowego serca (CO). Opisane zmiany CO i objętości krwi obok towarzyszącej hiperinsulinemii przyczyniają się do rozwoju nadciśnienia tętniczego. U osób otyłych z nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami gospodarki lipidowej, nietolerancją glukozy oraz hiperinsulinemią stwierdza się zespół mataboliczny X [12].

Kardiomiopatia otyłościowa

Charakterystyczną cechą tego schorzenia jest obecność kardiomegalii, wynikającej zarówno z przerostu mięśnia sercowego (z powodu ciśnienia tętniczego), jak i z rozstrzeni serca (z powodu przeciążenia objętościowego). Ponadto mięsień sercowy ulega często infiltracji przez tkankę tłuszczową i włóknistą, co zaburza czynność skurczową i rozkurczową lewej komory serca oraz predysponuje do komorowych zaburzeń rytmu. U około 10% otyłych osób rozwija się niewydolność serca. Otyłość może również pogarszać przebieg rehabilitacji pozawałowej

i pooperacyjnej, a u ludzi w starszym wieku stanowi niezależny czynnik obciążający wczesne rokowanie po zawale. Ponadto skrajna otyłość może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać wykonanie niektórych zabiegów. Niezaprzeczalnie otyłość zwiększa ryzyko przedwczesnego zgonu z przyczyn krążeniowych. Jako czynnik prognostyczny jest większa, jeżeli wystąpiła w młodym wieku [10].

Zmiany w układzie kostno-stawowym

Otyłość jest jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia zmian zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego. Nadmierna masa ciała powoduje przeciążenie stawów, a to prowadzi do powstania mechanicznych uszkodzeń. Badania medyczne wskazują, że z powodu bólu stawów cierpi aż 50 proc. osób otyłych. Wśród pacjentów z nadwagą i otyłością najpowszechniejsza jest choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, kolanowych oraz kręgosłupa w części lędźwiowej kręgosłupa. Postępujące zmiany destrukcyjne w chrząstce stawowej przyczyniają się do powstania zniekształceń końcowych odcinków kości budujących staw i tworzenia się wyrostki kostnych, tzw. osteofitów. Efektem jest ból i sztywność stawu. Dolegliwości bólowe nasilające się przy poruszaniu się tym samym skłaniają osoby otyłe do prowadzenia siedzącego trybu życia, a brak aktywności fizycznej prowadzi do wzrostu otyłości [13].

Otyłość a urazy mechaniczne

Urazy mechaniczne dotyczą przede wszystkim większej częstości upadków związanych z trudnościami w poruszaniu się oraz fakt, że nadmierna masa ciała powoduje przeciążenia stawów kolanowych, a to z kolei prowadzi do powstania mechanicznych uszkodzeń w chrząstce stawowej i tworzenia się wyrostki kostnych tzw. osteofitów. Efektem tego procesu jest ból, sztywność oraz znaczne ograniczenie funkcji stawu kolanowego, co wiąże się następnie z problemami w lokomocji. Dolegliwości powyższe skłaniają tym samym osoby otyłe i z nadwagą do ograniczenia swojej aktywności fizycznej, co z kolei prowadzi do wzrostu masy ciała i nasilenia się zmian zwyrodnieniowych i powstania błędnego koła [13].

Otyłość a przebieg infekcji

Otyłość często wiąże się z bardziej złośliwym przebiegiem infekcji, niezależnie od jej rodzaju (bakteryjnej, wirusowej, grzybiczej). Ludzie otyli, nie obciążeni innymi chorobami, mogą być szczególnie zagrożeni ciężkimi powikłaniami.

Cukrzyca u osób z otyłością

Od dawna wiadomo, że wystąpieniu cukrzycy typu 2 sprzyja nadwaga i otyłość i, że otyłość jest stanem oporności na działanie insuliny. Szczególnie narażone na wystąpienie insulinooporności są osoby z otyłością centralną, tzw. brzuszna. Nie jest zbiegiem okoliczności, że częstość występowania cukrzycy typu 2 wzrasta wraz ze wzrostem częstości występowania nadwagi i otyłości. Zatem cukrzycę typu 2 można nazwać „cukrzyco-otyłością” [12].

Otyłość a wypadki samochodowe

Z najnowszych badań wynika, iż ludzie cierpiący na otyłość są o 56% bardziej narażeni na śmierć w wyniku samochodowego wypadku, co dodatkowo zwiększa i tak już długą listę zagrożeń, do których prowadzi otyłość. Na to, jak przebiegnie wypadek i ucierpi kierujący wpływa wiele czynników, jak chociażby prędkość, obecność poduszek powietrznych, pasy bezpieczeństwa, typ pojazdu czy rodzaj uderzenia [14].

Jak walczyć z otyłością?

Leczenie zachowawcze otyłości nie zawsze jest skuteczne. Dzięki dynamicznie rozwijającej się dziedzinie leczenia otyłości – bariatrii, wielu pacjentom udaje się schudnąć, podnieść jakość swojego zdrowia i życia oraz „uciec przed śmiercią” z powodu otyłości.

Jest kilka metod wykonywania zabiegu, które dobiera się indywidualnie, w zależności od stopnia otyłości pacjenta i obciążeń jego organizmu. Zabieg polega na zmniejszeniu objętości żołądka. Jedną z metod, tzw. pionowa plastyka, polega tylko na zmniejszeniu tego narządu; w innej stosuje się dodatkowo ominięcie żołądowo-jelitowe, które skraca drogę pokarmu, a więc i czas trawienia. Inną metodą jest „założenie opaski” i wytworzenie małego zbiornika w górnej części żołądka. Operację tę można przeprowadzić laparoskopowo. Zabiegi bardziej skomplikowane dają lepsze rezultaty.

Obecnie operacje bariatryczne charakteryzują się stosunkowo małym odsetkiem powikłań i są one coraz bezpieczniejsze i skuteczniejsze. Chorzy powinni być pod stałą kontrolą ambulatoryjną w celu uzyskania i utrwalenia dobrego efektu operacyjnego, gdyż pacjenci nieprzestrzegający odpowiednich zaleceń w stosunkowo krótkim czasie mogą powrócić do wyjściowej masy ciała i „dać się złapać przedwczesnej śmierci” [14].

Historia Jose Luis Garza – „najgrubszego człowieka na świecie”

Jeden z najgrubszych ludzi świata, ważący ponad 450 kg Meksykanin Jose Luis Garza zmarł w 2008 roku na atak serca w drodze do szpitala, gdzie miał poddać się kuracji odchudzającej. Mężczyzna miał zaledwie 47 lat i od zawsze problem z nadwagą, a jego masa ciała zaczęła gwałtownie wzrastać i stan zdrowia pogarszać wraz z rozwijającą się depresją po stracie rodziców.

Podsumowanie

Otyłość to choroba, której nie można lekceważyć. To cichy zabójca, skracający nasze życie nawet o kilkanaście lat. To przyczyna nie tylko wielu problemów towarzyskich lub stanów depresyjnych, ale również bardzo poważnych chorób somatycznych, które często nieuchronnie prowadzą do śmierci, gdyż nadmiar kilogramów uniemożliwia skuteczne leczenie.

Piśmiennictwo

1. Zachorska-Markiewicz B., Baranowska B.: *Otyłość – choroba cywilizacyjna*, Warszawa 1994; International Journal of Obesity Vol. 31, Supp. 1, May 2007.
2. Barbara Szmyd: *Nadwaga i otyłość – czy to już wyrok?* Artykuł na stronie internetowej: http://www.aptekacosmedica.pl/nadwaga-i-otylosc-%E2%80%93-czy-to-juz-wyrok-a_5.html.
3. Kowalczyk B.: *Przyczyny otyłości*. Artykuł na stronie internetowej: http://mediweb.pl/diseases/wyswietl_vad.php?id=570.
4. Babińska Z., Hebanowski M.: *Otyłość – światowa epidemia*. Medycyna po Dyplomie, 2001, 10, 9.
5. WHO Monica Project (2003) MONICA Monograph and Multimedia Sourcebook: World's largest study of heart disease stroke, risk factors and population trends 1979–2002. Edited by Hugh Tunstall-Pedoe for the WHO MONICA Project. WHO: Geneva.
6. Milewicz A.: *Fenotypy otyłości i profil metaboliczny*, Endo., Otył. i Zab. Przem. Mat. 2005; 1: 15–19.
7. Pupek-Musialik D.: *Otyłość i zespół metaboliczny od teorii do praktyki*, wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
8. Owecki M.: *Otyłość epidemią XXI wieku*, Przegląd Kardiodiabetologiczny 2009, 4, 1: 36–41.
9. Pupek-Musialik D., Kujawska-Łuczak M., Bogdański P.: *Otyłość i nadwaga – epidemia XXI wieku*, Przew Lek 2008; 1: 117–123.
10. Imiela Tomasz, Grabowski Marcin: *Otyłość w chorobach układu sercowo-naczyniowego*, Kardiologia na co Dzień 2007; 3 (2): 130–132.
11. Cybulska B., Szostak W.: *Otyłość wisceralna jako czynnik zagrożenia chorobą niedokrwienną serca*. Pol. Tyg. Lek. 1995, supl. 1, 43–47.
12. Majkowska L., Czekalski S.: *Otyłość i nadciśnienie tętnicze a zespół insulinooporności*. Endokr. Pol. 1995, 46, 63–72.
13. Koton-Czarnecka M.: *Otyłość zagrożeniem dla układu kostno-stawowego*, Arthritis Rheum. 2005, 52: 2026–2032.
14. Hady R. Hady, Iwacewicz P., Dadan J.: *Ocena skuteczności wybranych metod chirurgicznego leczenia chorych z patologiczną otyłością w materiale własnym*, Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2008; 3 (2): 39–44.

**WYBRANE ZAGADNIENIA
OPIEKI POŁOŻNICZO-
GINEKOLOGICZNEJ**



Stanisław Cebrat¹

In vitro metodą łamania barier naturalnych – wpływ na pulę genetyczną populacji

Wstęp

Rozmnażanie płciowe organizmów diploidalnych jest zjawiskiem kryjącym w sobie ciągle wiele niewytłumaczonych procesów. Symulacje komputerowe zdają się sugerować, że niektóre strategie rozmnażania są zbyt kosztowne z ewolucyjnego punktu widzenia. Raczej do skrajnych należy zaliczyć wynik Redfield [1], która wykazała, że rozmnażanie płciowe jest strategią przegrywającą ze strategią rozmnażania bezpłciowego, można by więc wnioskować, że jest to bardzo „nierozsądny wymysł” Natury. Wiele innych modeli matematycznych i komputerowych opracowanych dla populacji mendelowskich – dużych, panmiktycznych, z losowym doбором partnerów i niezależnym dziedziczeniem cech wykazuje, że wraz z genetyczną odległością między partnerami monotonicznie rośnie dzietność pary [2–6]. Te wyniki były akceptowane, ponieważ wydawało się wystarczającym tłumaczeniem, że wraz z odległością genetyczną maleje prawdopodobieństwo zetknięcia się w jednym genomie dwóch defektywnych, recesywnych alleli pochodzących od tego samego przodka. Zakładając, że w każdym genomie znajduje się kilka lub kilkanaście takich defektów, należałoby się spodziewać, że ich spotkanie się u dzieci blisko spokrewnionych rodziców powinno być bardzo prawdopodobne. Pojawiły się jednak prace dotyczące dzietności w różnych społeczeństwach, które wykazały istotną statystycznie, wyższą dzietność małżeństw blisko ze sobą spokrewnionych. Według tych badań, dzietność jest funkcją niemonotoniczną stopnia pokrewieństwa rodziców. Rośnie do drugiego stopnia kuzynostwa, a następnie maleje [7]. Ten spadek dzietności jest niezgodny z przewidywaniami teorii genetyki populacji, opartych na założeniach średniopopolowych. Autorzy udokumentowali biologiczną podstawę tego zjawiska – wykluczyli jego związki ze społeczną, ekonomiczną lub kulturową sytuacją rodzin. Obserwując rozmnażanie się osobników należących do bardzo dużych populacji naturalnych można zauważyć, że populacje te nie są

¹ Zakład Genomiki, Wydział Biotechnologii, Uniwersytet Wrocławski

panmiktyczne. Wielkość efektywnych populacji (w obrębie których dochodzi do bezpośredniego krzyżowania się osobników) jest znacznie mniejsza, a co bardziej istotne, ich przestrzenna dystrybucja i sposób nakładania się subpopulacji są bardzo ważne dla strategii rozrodczej. Analizując historię ewolucji człowieka można przyjąć, że średnia efektywna populacja człowieka była rzędu kilku tysięcy [8], a być może zaledwie tysiąca osobników [9], czego dowody można znaleźć w naszej strukturze genetycznej [10]. Jeżeli człowiek ewoluował w tak niewielkich efektywnych populacjach, to można się spodziewać, że parametry jego genomu i strategii rozmnażania dostosowały się właśnie do tych warunków. Podstawowym parametrem wpływającym na sukces rozrodczy w takich warunkach jest częstość rekombinacji materiału genetycznego. To właśnie częstość crossing-over, zachodzącego w czasie mejozy i przestrzenna dystrybucja genów na chromosomach, jest kolejnym parametrem współdziałającym z przestrzenną dystrybucją organizmów. Uwzględnianie relacji między tymi parametrami oznacza rezygnację z przyjmowania drugiego prawa Mendla [10]. Należy przyjąć, że wiele genów dziedziczy się w grupach, z bardzo niskimi częstościami rekombinacji wewnątrz nich, co prowadzi do zjawiska komplementowania całych haplotypów, a nie pojedynczych genów recesywnych z ich formami dzikimi.

Genetyczne uwarunkowania relacji między partnerami

Kulturowe reguły wybierania partnerów zdawały się wskazywać na korzyści większych odległości genetycznych między małżonkami. W wielu kulturach zezwalano jednak, a nawet zachęcano, do kojarzenia małżeństw między kuzynami. Zbyt intensywne krzyżowanie wsobne prowadziło jednak do negatywnych skutków, czego przykładem może być degeneracja niektórych rodów panujących dynastii. Cytowane wyżej wyniki analiz dzietności w zależności od stopnia pokrewieństwa między rodzicami [7] nie powinny dziwić. Symulacje komputerowe, uwzględniające liczbę chromosomów, ich pojemność kodowania oraz gęstość kodowania w przeliczeniu na odległości genetyczne (mierzone w centyMorganach) sugerują, że wiele nieintuicyjnych zjawisk w ewolucji populacji jest wynikiem dziedziczenia olbrzymich sprzężonych bloków genów, które nie ulegają rozdzielaniu nawet w czasie wielu generacji. Jednym z pierwszych zjawisk wpływających na nielosowe kształtowanie struktury genomów człowieka jest dobór partnerów i rola MHC w tym procesie. Stwierdzono, że im większa różnica w genach MHC między osobnikami, tym większe prawdopodobieństwo, że staną się oni partnerami, tym większej stabilności pary należy się spodziewać oraz tym większej płodności tej pary. Pierwszych spostrzeżeń preferencji w tworzeniu heterozygotycznych par pod względem układu MHC dokonano w eksperymentach na myszach [11]. Następnie stwierdzono, że frakcja potomstwa homozygotycznego pod względem MHC jest niedoreprezentowana,

zakładając losowy dobór partnerów [12]. U myszy i szczurów stwierdzono nawet, że pojedyncze allele w locus MHC mogą wpływać na preferencje seksualne [13]. Najciekawszym jest jednak to, że również ludzie mogą rozpoznawać MHC partnera. Stwierdzono, że kobiety preferują zapach partnerów, którzy różnią się od nich allelami HLA-A, HLA-B i HLA-DR [14], a dalsze analizy wykazały, że preferencje płciowe prowadzą do tworzenia par posiadających minimalną liczbę wspólnych alleli MHC, co zapewnia maksymalną heterozygotyczność potomstwa. MHC jest również uwikłane w inny system, prowadzący do unikania związków między bardzo blisko spokrewnionymi osobami – kazirodztwa. W sytuacjach, gdy matka i płód są bardzo podobne pod względem zawartości kompleksu MHC, może dojść do wczesnej spontanicznej aborcji [15]. Jest to związane z ekspresją specyficznego czynnika blokującego, indukowanego przez progesteron, który zapobiega reakcji immunologicznej matki przeciwko płodowi [17]. Zakładając, że ten system zapewnia nielosowy dobór partnerów i nielosową segregację genów należałoby przyjąć, że pociąga on za sobą również nielosową segregację genów sprzężonych z MHC. Najbardziej interesującą grupą takich genów to rodzina genów kodujących receptory węchowe (OR – Olfactory Receptors). Jest to największa rodzina genów naszego genomu. Ścisłe sprzężone grupy tych genów występują na wszystkich chromosomach, oprócz płciowych, a jedna z nich jest sprzężona z kompleksem MHC. Niektóre z genów OR ulegają ekspresji w czasie spermatogenezy i sugeruje się, że mogą one być zaangażowane w preselekcję gamet – nielosowy wybór plemnika przez komórkę jajową. Za taką preselekcją przemawiają między innymi sprzężenia między genami leżącymi na różnych chromosomach [18–22] oraz koszty ewolucyjne, sugerowane przez symulacje komputerowe [23]. Teoretycznie, można przypuszczać, że takie rozpoznawanie gamet powinno dotyczyć nawet pojedynczych chromosomów niesionych przez plemnik, jeżeli ich pojemność kodowania jest bardzo duża, albo gęstość kodowania w przeliczeniu na jednostkę rekombinacyjną jest duża [24–26].

Technologie ART a bariery naturalne płodności

Technologie zapłodnienia pozaustrojowego omijają wiele barier, które tworzy natura w celu zmniejszenia kosztów ewolucyjnych. Z punktu widzenia ewolucji, najskuteczniejszym i najtańszym sposobem, jest unikanie przez ewentualnych partnerów sytuacji, które prowadzą do zmniejszonego prawdopodobieństwa dożycia wieku reprodukcyjnego ich potomstwa. Koszty ewolucyjne rosną wraz z długością czasu zaangażowania partnerów w reprodukcję, z prawdopodobieństwem urodzenia bezpłodnego potomstwa oraz długością życia osobnika, który nie dożywa reprodukcji. Najniższe koszty są wtedy, gdy dochodzi do wzajemnego wykluczenia partnerów już na etapie ich doboru, jak w przypadku naturalnych barier zapobiegających kazirodztwu (znane u wielu gatunków ssa-

ków). Zaangażowanie MHC i sprzężonych grup genów OR w ten proces może być ostatnio zaburzone przez masowe stosowanie dezodorantów i sztucznych feromonów. To może spowodować przesunięcie barier na kolejne etapy reprodukcji – preselekcję gamet i wczesną postzygotyczną selekcję. Na możliwość istnienia zjawiska selekcji gamet zwracał już uwagę pionier technologii zapłodnienia pozaustrojowego, „współautor” pierwszego dziecka, które urodziło się po *in vitro* we Francji – Jaques Testart. Trudno sobie wyobrazić, aby sztuczne warunki pozaustrojowego zapłodnienia komórki jajowej nie zaburzały procesu ewentualnego rozpoznawania gamet. Różnicowe badania transkryptomów komórek zarodkowych, różniących się tylko miejscem, w którym doszło do zapłodnienia (drogi rodne samicy albo *in vitro*) wykazują, że około 2000–3000 genów wykazuje różny poziom transkrypcji [27]. Autorzy, badając rozwój mysich zarodków stwierdzają, że najczęstsze różnice między zarodkami powstałymi przez zapłodnienie *in vitro* i *in vivo* polegają na zmianie tempa proliferacji komórek, apoptozy i morfogenezy.

Nawet gdyby założyć, że tradycyjne IVF nie łamie całkowicie bariery preselekcji gamet, to z całą pewnością łamie ją ICSI. Ta technologia, bezpośredniego wstrzykiwania spermy do cytoplazmy komórki jajowej, budzi również wiele wątpliwości innej natury. Opracowano ją w celu łamania innych barier naturalnych, związanych z bezpłodnością mężczyzn, ale stała się rutynową techniką, preferowaną w wielu klinikach stosujących ART. Ponieważ brak jest racjonalnego uzasadnienia jej stosowania w każdym przypadku, wydaje się, że dla tego uzasadnienia zmienia się kwalifikacje diagnostyczne zgłaszających się par. Jak bowiem można wyjaśnić fakt, że połowa bezpłodnych kobiet w Szwecji trafia na bezpłodnego mężczyznę? (<http://en.wikipedia.org/wiki/Infertility#Prevalence>; dane z pracy w języku szwedzkim, cytowanej w Wikipedia). Wynikałoby z tego, że połowa mężczyzn w Szwecji jest bezpłodnych. Innym problemem związanym z ICSI jest przenoszenie bezpłodności z ojca na syna, przynajmniej wtedy, gdy bezpłodność jest związana z mikrodelecjami w chromosomie Y. Frakcja mężczyzn z azoospermia lub oligozoospermia powodowaną wykrywanymi mikrodelecjami w chromosomie Y określana jest na 10%–20% [28]. Należy się spodziewać, że wraz z poszerzaniem regionów chromosomu Y, w których poszukuje się mikrodelekcji, zwiększy się również ich wykrywalność. Jedynym skutecznym sposobem na usunięcie takiej mikrodelekcji z puli genetycznej jest selekcja, czyli właśnie bezpłodność nosiciela. ICSI zezwala na wprowadzenie tego defektu genetycznego do kolejnej generacji. Bardziej istotnym problemem związanym z ICSI może być omijanie autosomalnych defektów genetycznych, które są związane z męską bezpłodnością, ponieważ mogą one wykazywać istotne efekty polimorficzne [29]. Najbardziej niebezpiecznymi skutkami omijania bezpłodności może być przenoszenie defektów genetycznych związanych z aberracjami chromosomowymi. Część aberracji chromosomowych, tak zwanych zrównoważonych (np. typu Robertsona), może nie dawać efektów fenotypowych u nosiciela, jeżeli

nie liczyć zaburzeń w mejozie i gametogenezie. Zaburzenia w gametogenezie ograniczają płodność nosicieli, bądź prowadzą do ich całkowitej bezpłodności, która jednak może zostać przełamana przez ART, szczególnie przez ICSI. Prawdopodobieństwo przeniesienia wtedy ciężkiego defektu genetycznego jest bardzo duże [30]. Można powiedzieć, że „na szczęście” szansa urodzenia żywego dziecka z takimi aberracjami jest relatywnie mała, częściej dochodzi do spontanicznych poronień.

ART i wady wrodzone

Dane dotyczące występowania ciężkich defektów wrodzonych po ART są bardzo niespójne. Analizując zbiory publikowane w różnych pracach, można wyciągnąć jeden istotny wniosek, że zbiory te są nieporównywalne, w związku z czym metaanalizy nie mają sensu, ponieważ z reguły zakładają one możliwość łączenia zbiorów o podobnych rozkładach parametrów [31]. Pierwszą przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że raporty z klinik wspomaganego rozrodu nie zawierają informacji na temat stanu zdrowia urodzonych dzieci. W niektórych raportach informacja kończy się na etapie: „żywo urodzone”, nawet bez podania liczby urodzonych dzieci. Dlatego chyba raport CDC (Centre for Disease Control and Prevention w Atlancie) nazywa się „ART – Success Rates”. Aby dotrzeć do informacji na temat zdrowia dzieci po ART, należy wykonać skomplikowane odtwarzanie danych z różnych zestawień statystycznych, co obarczone jest systematycznym błędem, na co zwracają uwagę liczni autorzy takich opracowań [32, 33]. Jedne z większych analiz stanu zdrowia dzieci po ART przedstawił zespół CDC [34], ale należy zwrócić uwagę, że nie jest to ten sam zespół, który przygotowuje opracowania statystyczne pod tytułem „ART – Success Rates”, ani też nie ma on bezpośredniego dostępu do dzieci urodzonych po ART. Liczbowe wyniki badań tego zespołu nie są optymistyczne i stały się przedmiotem konferencji prasowej oraz informacji CNN. Po korektach związanych z wiekiem matki, pochodzenia danych, dochodu rodziny oraz przedwczesnego porodu (tylko w przypadku defektów serca), zaobserwowano istotne różnice dla jedynaków (poczętych przez ART i drogą naturalną): wrodzone wady serca – 2,1 razy częściej; rozszczepienie wargi i/lub podniebienia: 2,4 razy częściej; atrezja przetyku: 4,5 razy częściej; atrezja odbytu: 3,7 razy częściej. Częstość występowania defektów u dzieci urodzonych z ciąży mnogich jest znacznie wyższa niż w przypadku singletonów, ze względu na statystycznie istotne skrócenie ciąży oraz niższą wagę urodzeniową tych dzieci. Częstość wrodzonej wady serca, według niektórych danych, może być nawet do 7,3 razy większa po ART, niż w populacji naturalnej, chociaż w niektórych publikacjach donosi się, że nie jest ona wyższa po ART. Te dane jednak dziwią, jeżeli wady serca w ciąży bliźniaczych po ART mogą występować do 12,5 razy częściej niż w populacji naturalnej, a bliźniaków po ART rodzi się mniej więcej tyle samo, co singletonów.

Wady genetyczne po ART

Dla wielu rozwojowych wad wrodzonych nie udało się znaleźć bezpośredniego defektu genetycznego, który go może powodować, chociaż przypuszcza się, że mają one swoją genetyczną etiologię. Dla części wad wrodzonych znaleziono jednak odpowiadające im defekty genetyczne. Do takich należy siatkówczak. Jest to nowotwór siatkówki, wywołany defektem w supresorze onkogenu Rb1. Defekt tego genu jest recesywny – jego prawidłowy allel wystarcza dla zapewnienia właściwego funkcjonowania komórki. Na skutek utraty heterozygotyczności w locus Rb może jednak dojść do pojawienia się komórki z obydwoma allelami uszkodzonymi. Taka komórka może ulec transformacji nowotworowej i wywołać siatkówczaka. Prawdopodobieństwo utraty heterozygotyczności rośnie wraz z liczbą podziałów komórki z uszkodzonym jednym allelem Rb. Im wcześniej w rozwoju osobniczym pojawi się mutacja w genie Rb, tym większe jest prawdopodobieństwo, że dojdzie do nowotworzenia – najwcześniej może się to zdarzyć w zygocie (najczęściej postać rodzinna, defekt przeniesiony w gamecie od jednego z rodziców). Wtedy prawdopodobieństwo wystąpienia siatkówczaka jest bardzo wysokie i najczęściej nowotwór pojawia się w obu gałkach ocznych. Jeżeli defekt nie występował u rodziców, wtedy może pojawić się później w czasie rozwoju embrionalnego (postać sporadyczna) i częściej wywołuje nowotwór tylko w jednej gałce. Częstość występowania siatkówczaka w populacji europejskiej jest rzędu 1/17000, a pojawia się on już u noworodków lub we wczesnym dzieciństwie. W 2003 roku ukazała się publikacja, w której wykazano, że częstość pojawiania się siatkówczaka u dzieci w Holandii po ART jest 5–7 razy wyższa niż u dzieci po naturalnym poczęciu [36]. Można pominąć nienaukową dyskusję, która przetoczyła się w publikacjach czasopism naukowych, w których starano się zminimalizować znaczenie tego odkrycia. Bardzo podobne wyniki uzyskano jednak we Francji w 2010 roku [37]. Przypadek siatkówczaka zasługuje na szczególną uwagę w dyskusji na temat ART z dwóch powodów;

1. Pokazuje on, że raporty z działalności klinik prowadzących ART są praktycznie puste, jeżeli chodzi o opis stanu zdrowia dzieci. Jeżeli dzieci po ART urodziło się cztery miliony, a częstość występowania tego nowotworu jest taka, jak w naturalnej populacji, to należałoby się spodziewać około 240 przypadków siatkówczaka w puli dzieci po ART. Jeżeli częstość jest pięć razy wyższa, jak wskazują na to badania francuskie i holenderskie – to powinniśmy obserwować około 1200 przypadków. W całej dostępnej literaturze światowej opisano dotychczas 14 przypadków z siatkówczakiem u dzieci po ART!

2. Zwiększona częstość występowania siatkówczaka wskazuje na wyższą częstość wprowadzania nowych mutacji do genomów dzieci po ART, a więc do całej puli genetycznej populacji człowieka. Wszystkie przypadki stwierdzone w Holandii były przypadkami nierodzinnymi – defekt pojawił się prawdopodobnie w trakcie samej procedury. W dwóch przypadkach wykazano, że są to

mutacje *de novo* [38]. W Brazylii u czworaczków po ART wykryto trzy różne mutacje w genie RB1, z czego jedna pojawiła się najprawdopodobniej *de novo*, ale w tym przypadku nie uda się tego udowodnić, ze względu na prawo chroniące dawczynię komórek jajowych [39]. Stwierdzenie mutacji *de novo* sugeruje, że częstość mutacji w procedurze ART jest zwiększona. Znakomita większość mutacji, to mutacje recesywne, których nie widać w fenotypie dziecka, tak jak mutacji w RB1, które, choć recesywne, powodują skłonność do nowotworzenia, dziedziczącą się jak cecha dominująca. ART podnosi również częstość reorganizacji genomów wprowadzanych do puli genetycznej [40]. Recesywne mutacje będą musiały jednak zostać wyeliminowane z puli genetycznej przez selekcję w następnych pokoleniach, obniżając potencjał rozrodczy przyszłych pokoleń za najwyższą z możliwych cen – eliminację osobników przez ich śmierć genetyczną [41].

Istnieje jeszcze jeden, genetycznie złożony czynnik, który powoduje występowanie wrodzonych defektów po ART z istotnie wyższą częstością – są to wady związane z piętnowaniem rodzicielskim. Zarówno angielskie, jak i francuskie dane wskazują, że występują one co najmniej pięciokrotnie częściej po ART [37, 42]. Pojawiają się głosy, że są one spowodowane samym statusem bezpłodności rodziców, a nie wynikiem technologii. Te same defekty obserwuje się jednak u myszy i bydła po ART, chociaż u tych gatunków ART nie stosuje się po to, aby ominąć bezpłodność zwierząt.

Wykaz skrótów

- ART** – (ang. Assisted Reproductive Technology) – technologia wspomaganego rozrodu.
- ICSI** – (ang. IntraCytoplasmic Sperm Injection) – wstrzykiwanie jądra plemnika do cytoplazmy (komórki jajowej).
- IVF** – (ang. In Vitro Fertilization) – pozaustrojowe zapłodnienie (komórki jajowej).

Piśmiennictwo

1. Redfield R. J., (1994), Male mutation rates and the cost of sex for females. *Nature* 369, 145–147.
2. Hardy G. H., (1908), Mendelian proportions in a mixed population. *Science* 28, 49–50.
3. Weinberg W., (1908), Über den Nachweis der Vererbung beim Menschen. *Jahreshefte des Vereins für vaterländische Naturkunde in Württemberg* 64, 368–382.
4. Fisher R. A., (1930), *The genetical theory of natural selection*, Clarendon Press, Oxford.
5. Wright S., (1931), Evolution in Mendelian populations, *Genetics* 16, 97–159.
6. Wright S., (1932), *Proceedings of the 6th International Congress of Genetics* 1, 356–366.

7. Helgason A., Pálsson S., Guðbjartsson D. G., Kristjánsson Þ., Stefánsson K., (2008), An Association Between the Kinship and Fertility of Human Couples. *Science* 319, 813–816.
8. Takahata N., (1993), Allelic genealogy and human evolution. *Mol. Biol. Evol.* 10, 2–22.
9. Liu H., Prugnolle F., Manica A., and Balloux F. (2006), A geographically explicit genetic model of worldwide human-settlement history. *Am. J. Hum. Genet.* 79: 230–237.
10. Mackiewicz D., Zawierta M., Waga W., Cebzat S., (2010), Genome analyses and modeling the relationships between coding density, recombination rate and chromosome length *J. Theoretical Biology* 267, 186–192.
11. Yamazaki K., Yamaguchi M., Baranoski L., Bard J., Boyse E. A., Thomas L. J., (1979), Recognition among mice: evidence from the use of a Y-maze differentially scented by congenic mice of different major histocompatibility types. *Exp. Med.* 150, 755.
12. W. K. Potts, C. J. Manning and E. K. Wakeland, (1991), Mating patterns in semi-natural populations of mice influenced by MHC genotype. *Nature* 352, 619.
13. Yamazaki K., Beauchamp G. K., Egorov I. K., Bard J., Thomas L., Boyse E. A., (1983), Sensory distinction between H-2b and H-2bm1 mutant mice. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 80, 5685.
14. Wedekind C., Seebeck T., Bettens F., Paepke A. J., (1995), MHC-dependent mate preferences in humans. *Proc. R. Soc. Lond. B.* 260, 245–249.
15. Wedekind C., Furi S., (1997), Body odour preferences in men and women: do they aim for specific MHC combinations or simply heterozygosity? *Proc. R. Soc. Lond. B.*, 264, 1471–1479.
16. Hedrick P. W., and Loeschcke V., (1996), MHC and mate selection in humans? *Trends Ecol. Evol.* 11, 24.
17. Druckmann R., Druckmann M. A., (2005), Progesterone and the immunology of pregnancy. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 97, 389–396.
18. Trowsdale, J., (2001), Genetic and functional relationships between MHC and NK receptor genes. *Immunity* 15, 363–374.
19. Hiby S. E., Walker J. J., O’shaughnessy K. M., Redman C. W., Carrington M., Trowsdale J., Moffett A. J., (2004), Combinations of maternal KIR and fetal HLA-C genes influence the risk of preeclampsia and reproductive success. *Exp. Med.* 200, 957–965.
20. Parham P., (2005), MHC class I molecules and KIRs in human history, health and survival. *Nat. Rev. Immunol.* 5, 201–214.
21. Gendzekhadze K., Norman P. J., Abi-Rached L., Layrisse Z., Parham P., (2006), High KIR diversity in Amerindians is maintained using few gene-content haplotypes. *Immunogenet.* 58, 474–480.
22. Yawata M., Yawata N., Draghi M., Little A. M., Partheniou F., Parham P., (2006), Roles for HLA and KIR polymorphisms in natural killer cell repertoire selection and modulation of effector function. *J. Exp. Med.* 203, 633–645.
23. Cebzat S., Stauffer D., (2008), Gamete recognition and complementary haplotypes in sexual Penna ageing model *International Journal of Modern Physics C* 19, 259–265.
24. Mackiewicz D., Zawierta M., Waga W., Cebzat S., (2010), Genome analyses and modeling the relationships between coding density, recombination rate and chromosome length *Journal of Theoretical Biology* 267. 186–192

25. Mackiewicz D., Waga W., Cebrat S., (2010), Ewolucja chromosomów eukariotycznych – od baz danych do modeli komputerowych i z powrotem (Evolution of eukaryotic chromosomes – from databases to computer modeling). *Biotechnologia* 4, 131–145.
26. Dehal P., Predki P., Olsen A. S., Kobayashi A., Folta P., Lucas S., Land M., Terry A., Ecale Zhou C. L., Rash S., et al., (2001), Human chromosome 19 and related regions in mouse: conservative and lineage-specific evolution. *Science*. 293, 104–111.
27. Giritharan G., Talbi S., Donjacour A., Di Sebastiano F., Dobson A. T., Rinaudo P. F. (2007), Effect of in vitro fertilization on gene expression and development of mouse preimplantation embryos. *Reproduction*. 134, 63–72
28. Song N. H., Wu H. F., Zhang W., Zhuo Z. M., Qian L. X., Hua L. X., Guo L., Feng N. H. (2005), Screening for Y chromosome microdeletions in idiopathic and nonidiopathic infertile men with varicocele and cryptorchidism. *Chin Med J* 118, 1462–7.
29. Poongothai J., Gopenath T. S., Manonayaki S., (2009), Genetics of human male infertility. *Singapore Med J* 50, 336–47.
30. Oliver-Bonet M., Navarro1, J., Carrera M., Egozcue J., Benet J. (2002), Aneuploid and unbalanced sperm in two translocation carriers: evaluation of the genetic risk. *Molecular Human Reproduction* 8, 958–963.
31. Hvidtjørn D., Schieve L., Schendel D., Jacobsson B., Sværke C., Thorsen P., (2009), Cerebral Palsy, Autism Spectrum Disorders, and Developmental Delay in Children Born After Assisted Conception. A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 163, 72–83.
32. Zhang Z., Macaluso M., Cohen B., Schieve L., Nannini A., Chen M., Wright V., (2010), Accuracy of assisted reproductive technology information on the Massachusetts birth certificate, 1997–. *Fertility and Sterility*. 94, 1657–61.
33. Cohen B. B., Zhang Z., Nannini A., Farr S. L., Anderson J. E., Jamieson D. J., Macaluso M., Tepper N. K., (2009), Assisted Reproductive Technology and Trends in Low Birthweight – Massachusetts, 1997–2004, *Morbidity & Mortality Weekly Report*. 58, 49–52.
34. Reefhuis J., Honein M. A., Schieve L. A., Correa A., Hobbs C. A., Rasmussen S. A. and The National Birth Defects Prevention Study, (2009), Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States. *Human Reproduction*. 24, 360–366.
35. Bahtiyar M. O., Campbell K., Dulay A. T., Kontic-Vucinic O., Weeks B. P., Friedman A. H., Copel J. A., (2010), Is the Rate of Congenital Heart Defects Detected by Fetal Echocardiography Among Pregnancies Conceived by In Vitro Fertilization Really Increased? A Case-Historical Control Study *J Ultrasound Med* 29, 917–922.
36. Moll A. C., Imhof S. M., Cruysberg J. R., Schouten-van Meeteren A. Y., Boers M., van Leeuwen F. E., (2003), Incidence of retinoblastoma in children born after in-vitro fertilisation. *Lancet*, 361: 309–310.
37. Viot G., Epelboin S., Olivennes F. (2010), Is there an increased risk of congenital malformations after ART? Results from a prospective French long-term survey of a cohort of 15 162 children. *Human Reproduction*. 25 (suppl 1): i53–i55.
38. Marees T., Dommering C. J., Imhof S. M., Kors W. A., Ringens P. J., van Leeuwen F. E., Moll A. C. (2009), Incidence of retinoblastoma in Dutch children conceived by IVF: an expanded study. *Human Reproduction*, 24, 3220–3224.

39. Barbosa R. H., Vargas F. R., Lucena E., Bonvicino C. R., Seuánez H. N., (2009), Constitutive RB1 mutation in a child conceived by in vitro fertilization: implications for genetic counseling. *BMC Medical Genetics*, 10: 75.
40. Woldringh G. H., Janssen I. M., Hehir-Kwa J. Y., van den Elzen C., Kremer J. A. M., de Boer P., Schoenmakers E. F. P. M., (2009), Constitutional DNA copy number changes in ICSI children. *Human Reproduction*, 24, 233–240.
41. Cebrat S., Stauffer D., (2009), Influence of a small fraction of individuals with enhanced mutations on a population genetic pool. *Int. J. Mod. Phys. C* 20, 1271–1280.
42. Sutcliffe A. G., Peters C. J., Bowdin S., Temple K., Reardon W., Wilson, L., Clayton-Smith J., Brueton L. A., Bannister W., Maher E. R. (2006), Assisted reproductive therapies and imprinting disorders – a preliminary British survey. *Human Reproduction*. 21, 1009–11.

Alicja Moczyłowska¹

Problem aborcji w świetle przepisów prawnych i jej konsekwencje

Wstęp

Aborcja jest zjawiskiem wciąż aktualnym we współczesnym świecie i występującym z dużą częstotliwością pod każdą szerokością geograficzną. Jest też problemem bardzo kontrowersyjnym, wokół którego toczą się dyskusje reprezentantów różnych środowisk – medycznych, prawniczych, feministycznych, kościelnych, publicznych, itd. Nasuwa się jednak refleksja, czy w dobie współczesnej wiedzy medycznej i osiągnięć technicznych jest nad czym dyskutować? Czy można mieć wątpliwość, że aborcja nie jest pozbawieniem ludzkiego życia? Czy kobieta lub ktokolwiek inny ma prawo do podjęcia samodzielnej decyzji – pozbawienia życia bezbronnej istoty? Życia, które w świetle obowiązującej wiedzy medycznej powstaje z chwilą powstania zarodka, czyli połączenia się spermatozoidu z żeńską komórką jajową. Zapłodnione jajo jest oddzielnym organizmem, posiadającym własny kod genetyczny. Ta prawda nie jest wymysłem wiary, ale faktem stwierdzonym empirycznie i żaden człowiek nie powinien mieć władzy nad jego życiem. Nawet starożytna przysięga Hipokratesa zobowiązywała wszystkich zajmujących się leczeniem do szanowania i ochrony życia ludzkiego od samego jego początku.

Problem przerywania ciąży jest związany z ludzkością od samego początku jej istnienia, bowiem już plemiona dopuszczały się tego czynu wierząc, że poczęte dziecko nie jest człowiekiem, aż do momentu nadania mu imienia.

W obecnych czasach próbuje się również usprawiedliwiać kobiety dopuszczające się tzw. skrobanki (lub inaczej sztucznego poronienia) tym, jakby to nie ich wina, że dziecko poczęło się. Do tych sytuacji często zalicza się gwałt czy trudną sytuację rodzinną. Czy te przesłanki mogą usprawiedliwiać zabicie żywej istoty, która już czuje, myśli, cierpi i kocha? Ona już jest. Na dodatek w okresie życia prenatalnego jest to człowiek bezbronny, słaby, nie mogący przeciwstawić się niesprawiedliwości i nienawiści.

¹ Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem

Na szczególną uwagę zasługuje stanowisko Kościoła, które niezmiennie od wieków i bardzo zdecydowanie potępia zjawisko przerwania życia. Podejście to wynika z wiary, iż poczęte życie, jakim jest płód to nieoceniony dar życia dany nam przez Boga. Aborcja to odrzucenie zaufania, jakim Bóg obdarzył rodziców dziecka.

Uważam, że oprócz przekonań religijnych, należy wspomnieć o biologicznych i psychicznych następstwach spowodowanych przerwaniem ciąży. Konsekwencje aborcji w tych dwóch wymiarach u kobiet są nieodwracalne i bardzo złożone. Jej osobowość ulega dezintegracji, nęka ją poczucie winy i odpowiedzialności, a także pogłębiającej się depresji, niejednokrotnie doprowadzającej do czynów samobójczych. Myślę, że w tej sytuacji trafne są słowa Sokratesa: „Szczęśliwsza jest ofiara zbrodni od swego oprawcy”. Nie trudno dojść do wniosku, że „życie to rzecz święta, a my za tą świętość jesteśmy odpowiedzialni”.

1. Dyskusja o aborcji

W Polsce i na świecie prowadzi się nieustanną dyskusję na temat aborcji. Stawiane są liczne pytania. Czy aborcja wyzwoli kobietę? Czy kobieta ma prawo do aborcji? ... i tym podobne.

Należałoby się jednak zastanowić, dlaczego prowadzi się tak wielką dyskusję o aborcji, jeśli znane są już odpowiedzi?

Przed kilkudziesięcioletni latami, gdy medycyna nie była tak rozwinięta i nie posiadano jeszcze doświadczenia, dyskusji na temat aborcji nie można usprawiedliwiać, ale przynajmniej zrozumieć. Rozmowy te prowadzone były z powodu braku wiedzy i nieznanego wpływu tych praktyk na życie kobiety, życie społeczne i rodzinne. Miały one wyłącznie charakter retoryczny i teoretyczny. Obecnie po wprowadzeniu ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, krótko mówiąc, legalizacji aborcji, znane są skutki, które obrazują nam w jaki sposób zmieniło się społeczeństwo na skutek usuwania ze swojego grona tzw. „niechcianych” dzieci. Szacuje się, że obecnie na świecie w ciągu jednego roku przeprowadza się ok. 50 milionów aborcji, z czego ok. połowy to aborcje niebezpieczne, które dokonywane są przez osoby bez odpowiednich kwalifikacji lub w warunkach zagrażających zdrowiu, a nawet życiu kobiety. Niebezpieczna aborcja stanowi jedną z głównych przyczyn śmiertelności kobiet z powodów związanych z ciążą. Oznacza to, że źle przeprowadzony zabieg sztucznego poronienia, doprowadza do śmierci ponad 200 kobiet dziennie. Tych zgonów można byłoby uniknąć.

Co pewien okres wstrząsające wiadomości na temat aborcji obiegają świat:

- New Zealand Herald donosi – w szpitalu Green Lane w Auckland przechowuje się ok. 1300 serc wyjętych, bez wiedzy rodziców, z abortowanych płodów dla celów badawczych (27).

- Każdego roku w Rosji w jednym szpitalu dokonywano 50.000 aborcji. Średnio jeden „lekarz” zabija dziennie 2–3 dzieci (5).
- W Polsce średnio co trzy minuty dokonywany jest jeden zabieg pozbawienia życia dziecka nienarodzonego.
- Dane statystyczne dot. całego świata – tylko 6,1% aborcji dokonywanych jest z powodu ryzyka utraty zdrowia. Inne przypadki to przyczyny społeczne i psychiczne. Niechęć do wychowywania dziecka stanowi z nich największy odsetek aborcji – 25%, czyli 11.000.000 rocznie bezbronnych dzieci zabijanych na świecie.
- W ubóstwie w okręgu Huaiji żyje wiele rodzin wielodzietnych. Rząd nakazał wykonać 20.000 aborcji i sterylizacji, co dotyczy 14% rodzin. ONZ pochwalił Chiny za politykę ograniczania ludności.
- W Nowym Jorku władze transportu miejskiego zakazały rozwieszania na stacjach metra plakatów w obronie życia. Natomiast plakaty promujące aborcję można reklamować bez przeszkód.
- Pracownicy watykańscy ujawnili, że proponowano Watykanowi miliony dolarów za ogłoszenie dopuszczalności aborcji (5, 27, 33).

Mimo licznych dyskusji, dotyczących tematu wykonywania zabiegu aborcji, do dnia dzisiejszego problem pozostaje bez rozwiązania.

Pozwolę sobie przytoczyć słowa bioetyka i filozofa, prof. Alicji Przyłuskiej-Fischer: „Tylko od nas zależy, czy będziemy umieli wykorzystać tę wiedzę dla dobra człowieka i ludzkości chroniąc przy tym podstawowe wartości i prawa człowieka, czy też skierujemy ją przeciwko samemu sobie traktując istoty ludzkie w sposób instrumentalny” (38).

2. Metody przerywania ciąży

Znane są różne techniki bezpiecznego przerywania ciąży w celu zapewnienia kobietom maksymalnego bezpieczeństwa i komfortu. Wybór metody zależy najczęściej od długości trwania ciąży. Jedną z nich jest łyżeczkowanie – metoda wciąż najczęściej stosowana w Polsce – zastąpiono ją w krajach rozwiniętych metodą próżniową. Jest ona stosowana do 14. tygodnia ciąży, zaś do 12. tygodnia przy pomocy próżniociągu ręcznego, a w 13–14 tygodniu – elektrycznej pompki próżniowej. Znaną metodą aborcyjną na świecie jest aborcją medyczną (medical abortion). Stosowana we wczesnym etapie ciąży, bo do 7–9 tygodnia. Polega na zahamowaniu rozwoju zarodka i wywołaniu poronienia preparatami antyprogesteronowymi lub methotreksatem w połączeniu z prostaglandyną. Na tej zasadzie działa tabletki RU 486. Metodę stosuje się w ograniczonym zakresie, ale jest znana i prowadzone są stałe badania. Może być stosowana wyłącznie pod ścisłą kontrolą lekarską.

Do późnych aborcji stosowane jest również wstrzykiwanie zasadowego roztworu soli do worka owodniowego powodujące uśmiercenie płodu. W wyniku

aborcji tą metodą często dochodzi do urodzenia żywego, zdolnego do przeżycia płodu. W Wielkiej Brytanii, jak podają media, zdarza się ok. pięćdziesięciu takich przypadków w ciągu roku. Ze względu na późny wiek dopuszczalnego uśmiercenia, bo w 24. tygodniu ciąży, wiele dzieci jest zdolnych do samodzielnego życia i pozostawiane bez opieki i umierają. Wszystkie powyższe metody aborcji wykonywane są bez znieczulenia płodu (25, 26).

3. Aborcja a zdrowie kobiet

Troska o zdrowie i życie kobiet sprawia, że społeczność międzynarodowa uznaje niebezpieczną aborcję za główny problem zdrowia publicznego.

Zainteresowanie losem kobiet, które przeszły aborcję istniało jednak już kilkadziesiąt lat temu, nawet w czasach, kiedy aborcja była w Polsce uznawana za nie budzący większych wątpliwości czy oporów sposób regulacji liczby urodzin.

Zabieg sztucznego poronienia niesie za sobą ogromne konsekwencje dla zdrowia somatycznego i psychicznego kobiety. Często staje się przyczyną, nie tylko urazów fizycznych, takich jak: uszkodzenia macicy, krwotoków, infekcji, a później trudności podczas kolejnych ciąż czy nawet niepłodności. Fizyczne skutki aborcji dotykających kobiety po aborcji w sferze somatycznej należą m.in.: pęknięcie szyjki macicy, perforacja, czyli przedziurawienie macicy, zarośnięcie szyjki macicy, infekcje bakteryjne doprowadzające często do zapalenia otrzewnej, nowotwór szyjki macicy i jajników. Po aborcji znacznie wzrasta ryzyko zachorowania na raka piersi. Poddanie się zabiegowi aborcji ma ogromny wpływ na przebieg kolejnych ciąż. Znacznie częściej u tych kobiet pojawiają się poronienia, przedwczesne urodzenia, konflikt serologiczny, wrodzone wady noworodków czy cięższe pozamaciczne. Konsekwencją tego zabiegu może być też odklejenie się łożyska, a nawet bezpłodność. Naukowo stwierdzono, że kobiety po aborcji mają o wiele więcej problemów zdrowotnych niż te, które tego nie doświadczyły. Znacznie częściej odwiedzają lekarzy, ponieważ wymagają interwencji ginekologicznych. Częściej chorują na anoreksję, bulimię lub astmę. Nierzadko doświadczają silnych bólów brzucha, piersi i miednicy – bez innych uzasadnionych zewnętrznych przyczyn.

Generalnie ogólne pogorszenie stanu zdrowia jest związane z integralnością strefy fizycznej z psychiczną człowieka. Aborcja okalecza ciało kobiety i pozostawia głęboki ślad na jej psychice. Staje się podłożem dla zaburzeń psychicznych, określanых wspólną nazwą syndromu postaborcyjnego (11, 34, 35). Kobiety próbują się bronić na różne sposoby. Najczęstszym spotykanym mechanizmem obronnym jest zaprzeczanie odbytej aborcji, bagatelizowanie jej lub rzucenie się w wir różnych zajęć zabierających maksymalnie dużo czasu, odreagowywanie poprzez nadużywanie alkoholu, narkotyków lub leków itp. ... Próba obrony może trwać krócej lub dłużej, jednak zawsze, wcześniej czy później, dają

o sobie znać psychologiczne następstwa aborcji (11, 33, 34, 35). Warto wymienić najczęściej spotykane objawy natury psychicznej, są to m.in.:

- uporczywe, powracające wspomnienia dotyczące aborcji w postaci snów, myśli, a nawet halucynacji – kobieta kolejny raz przeżywa zabieg;
- trauma podczas kontaktu z placówkami medycznymi
- uraz po zająciu w ciążę;
- żal i trudności natury psychicznej w kolejne rocznice dokonania aborcji, które się nie kończą;
- odrzucanie myśli i wspomnień dotyczących aborcji, co powoduje pogłębienie lęków i depresji;
- apatia, brak zainteresowania ważnymi czynnościami życiowymi;
- nieufność wobec ludzi, co powoduje też niezdolność do przeżywania czułości i miłości;
- poczucie osamotnienia i odizolowania;
- brak poglądu na przyszłość;
- trudności w zasypianiu, bezsenność;
- niekontrolowane wybuchy złości, nieuzasadnionego gniewu, narastająca irytacja bądź niezdolność do normalnego funkcjonowania z przeżywaniem patologicznej żałoby;
- obniżenia własnej wartości i brak zaufania do siebie;
- częste myśli samobójcze z myślą połączenia się z dzieckiem;
- nadużywanie środków zmieniających nastrój, m.in. alkoholu, leków;
- zaburzenia łaknienia (bulimia, jadłowstręt);
- zaburzenia seksualne, które mogą mieć dwojaki charakter – u jednych kobiet pojawia się oziębłość i strach przed mężczyznami, u drugich nieustanne poszukiwanie nowych partnerów seksualnych;
- nienaturalne relacje z dziećmi, przejawiające się idealizowaniem cech w swoim wyobrażeniu dziecka nienarodzonego i „przenoszenie” wygórowanych oczekiwań wobec posiadanych dzieci.

Przyczyną pojawienia się tych objawów są konflikty, trudności i osamotnienie w swej tragedii, jaką przeżywają. Kobiety doświadczają pogarszających się relacji w kontaktach z mężczyznami, a w szczególności z ojcem zabitego dziecka. Coraz bardziej odczuwają dyskomfort i brak oparcia w najbliższym i najbliższym otoczeniu. Dalszą konsekwencją takiej postawy jest występowanie ostrych konfliktów między partnerami. Pogorszenie jakości osobistego i rodzinnego życia kształtuje nieprzyjazne, a z czasem nawet wrogie i przepętnione nienawiścią relacje interpersonalne. Z uwagi na złożone zaburzenia natury psychicznej kobiety i jej najbliższego otoczenia po zabiegu aborcyjnym, rodzi to konieczność otoczenia ich profesjonalną opieką psychologiczną czy nawet psychiatryczną.

Oboje rodziców zabitego dziecka cierpią tym bardziej, że przeżywanie żalu po takiej stracie jest trudniejsze niż radzenie sobie z jakąkolwiek inną stratą.

Aborcja znieważa kobiecość, jest to podświadomy chwyt do zerwania z najbardziej kobiecym spełnieniem, naturalnym, silnym i poruszającym doświadczeniem, którego kobieta może być częścią. Zabieg aborcji odbiera kobiecie jej tożsamość i siłę – pozostawia tylko pustkę i nienawiść.

Reasumowując, należy stwierdzić, że nie ma ani jednego dowodu, który mówiłby o korzystnym wpływie aborcji na zdrowie kobiety. Jest natomiast wiele badań, które potwierdzają szkodliwy wpływ przerywania ciąży zarówno w sferze fizycznej i psychicznej kobiet. Ten zdecydowanie negatywny wpływ znajduje swój wyraz w przedstawionych problemach kobiet, jakich doświadczają w najbliższym otoczeniu. Dlatego też przed podjęciem decyzji o aborcji powinno się informować zarówno kobiety, jak i ich partnerów o niebezpieczeństwie syndromu postaborcyjnego, którego źródłem jest gwałtowne przerwanie zachodzących w organizmie procesów fizjologicznych (2, 3, 5, 11, 26).

Oprócz konsekwencji fizycznych i psychicznych aborcja niesie za sobą również poważne następstwa duchowe, przed którymi przestrzega Kościół. Wolność wyboru jest więc złudzeniem i kłamstwem – natura zawsze da znać o sobie!

4. Aborcja – ciągła walka za i przeciw

Analizując sytuację w Polsce i na świecie, na dzień dzisiejszy nie zanoszą się na to, aby aborcja zanikła jako problem społeczny. Zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy próbują wzmocnić naciski celem forsowania swoich poglądów. W USA do pierwszego wielkiego starcia doszło w trakcie rządów prezydenta Busha, gdy na Kongresie Izba Reprezentantów większością głosów (252 do 172) przyjęła ustawę „o zagrożeniu nienarodzonych ofiar”. Przy takiej ustawie zabicie bądź uszkodzenie nienarodzonego dziecka w trakcie ataku na kobietę w ciąży staje się przestępstwem ściganym przez władze federalne. Zwolennicy aborcji nie pozostawali bezczynni, natychmiast zaatakowali ustawę. Wcześniej ponad 20 stanów wprowadziło uregulowania prawne chroniące nienarodzone dziecko. Prezydent George Bush zdeklarował się, jako zwolennik regulacji prawnych chroniących nienarodzone dzieci, stwierdzając „ustawa ta potwierdza nasze przywiązanie do kultury życia, która dziecko przyjmuje z radością i daje mu ochroną” (20).

Sąd Najwyższy stanu Nebraska odrzucił zakaz aborcji częściowej (tj.: usunięcia płodu nawet 8-miesięcznego) – zwolennicy życia nie dają za wygrane i podejmują kolejne próby. Amerykańscy aktywiści walki za życiem nie tylko próbują zmienić obowiązujące regulacje prawne. Oferują oni kobietom w ciąży różne formy pomocy w nadziei skłonienia do oszczędzania życia nienarodzonych dzieci. Dziennik *The Chicago Sun – Times* doniósł, że w całym USA tego typu ośrodków pomocy dla kobiet w ciąży jest już kilka tysięcy. W odróżnieniu od klinik aborcyjnych prowadzonych przez grupy, takie jak *Planned Parenthood* (Rodzicielstwo), żadna z klinik „dla życia” nie po-

biera opłat. Ośrodki te oferują kobietom szereg dóbr i usług: od odzieży, dachu nad głową i pracy po wsparcie duchowe. Ponadto pomagają w załatwianiu pomocy lekarskiej i adopcji niechcianych dzieci. Wszystko to opłacane jest z dotacji prywatnych.

Według szacunkowych danych, przeprowadzenie zabiegu aborcji w USA kosztuje klinikę ok. 300 USD. Przewiduje się, że jest ich rocznie ok. 1,5 mln. Niektóre stany, np.: Kalifornia i New York, poprzez system publicznej służby zdrowia Medicaid, refundują klientom koszty niemal połowy wszystkich przeprowadzonych aborcji. Natomiast w stanach tych nie przewiduje się refundacji kosztów usług świadczonych przez kliniki „dla życia”.

Chcąc zmobilizować zwolenników aborcji, organizowane są kampanie pro-aborcyjne, pochłaniające miliony dolarów. Organizatorzy, prowadząc kampanie, rozsyłają materiały informacyjne, mobilizują grupy lokalne, wychodzą z imprezami na zewnątrz środowisk korzystając z różnych form ogłoszeń. Ma to na celu zatrzymać „prowadzony przez Republikanów bezprecedensowy atak na prawo do aborcji” (24).

W roku 1993 została założona organizacja studentów – zwolenników aborcji (Medical Students for Choice), która zajmuje się szkoleniem „narybku” w zakresie wykonywania technik aborcyjnych.

Tak więc walka za i przeciw aborcji ciągle trwa. Jej zwolenników i przeciwników dostrzegamy w różnych krajach – nie tylko w USA. Musimy sobie zdawać sprawę, że każdy z nas jest inny, ma swoje poglądy, które mają przekonać publikę. Nie zapominajmy, że te poglądy zależą od naszego wychowania, środowiska w którym przebywamy, religijności i wielu innych czynników. To one stanowią podbudowę naszej moralności i szacunku do życia (2, 3, 5).

W jakim świetle ukazują nas, jako społeczeństwo, poniżej przytoczone anonimowe wypowiedzi kobiet ukazujące się na stronach internetowych?

- „Wiele kobiet usuwa ciążę i dopiero po fakcie dochodzi do niej, co zrobiła. Mózg ludzki jest na tyle sprytny, że stara się wymazać z głowy to, co było złe, to co nie pozwala jej normalnie żyć. Starają się zamienić to wspomnienie na coś wymyślonego, coś zobaczonego w filmie, a nie w jej życiu.”
- „Ale są i kobiety, które za grosz nie mają sumienia. Ostatnio, niestety, coraz częściej spotykam się z przypadkami nielegalnej aborcji. A to koleżanka koleżanki, a to koleżanka klientki... ostatnio nawet usłyszałam tekst w stylu »a ja tam mogę skrobać się nawet co tydzień – to nic takiego« to są słowa młodej 22-letniej dziewczyny, która ma już 2-letniego synka. Znam ją osobiście, ale dobrze, że usłyszałam to z ust innej osoby, a nie od niej... bo nie wiem, jaka byłaby moja reakcja. Tym bardziej, że jej brat, mój dobry kolega stracił swoją córeczkę, jak miała 3 miesiące.”
- „Aborcja za i przeciw – dlatego ja właśnie piszę o tych skrajnych przypadkach, tych nawet jeden na tysiąc..., czyli taka ustawa musi być, nawet jak się trafi taki przypadek jeden na milion...”

- „Owszem patologia nie usuwa, bo ich nie stać na to – to koszt kilku tysięcy w prywatnym gabinecie. Patologia rodzi i zabija (Warszawa–Praga: noworodek tuż po urodzeniu łąduje na chodniku od tak. Wyrzucony przez okno przez pijanego tatusia. A urodziła go matka, która miała ponad 2 promile we krwi). To są dopiero straszne rzeczy.”
- „Rację mają wszyscy... to jest tak śliski i trudny temat, że nie da się o tym łatwo dyskutować. Ja nie rozpatruję tego w kategorii usuwania ciąży, jako regulacji poczęć, bo nie pomyślała, wpadła i chce się pozbyć problemu (żeby była jasność). Ja rozpatruję to w tych ciężkich przypadkach, które przewiduje ustawa. Według mnie, taka furtka musi być. Na te ciężkie przypadki, te które wydaje się, że się nie zdarzają, że są nierealne... ale one też są...”
- „Ja tak naprawdę nie wiem, jak bym się zachowała, jaką podjęłabym decyzję i nie chcę oceniać żadnej kobiety po aborcji, bo nie mam do tego prawa...”
- „Każda z nas w tej dyskusji ma rację, ta co jest za (w niektórych przypadkach) i ta, która jest przeciw, bo to niezgodne z jej poglądami, wiarą...”

Sądzę, że część tych opinii świadczy o niedojrzałości społeczeństwa, przejawiającej się w braku odpowiedzialności i wiedzy na temat konsekwencji aborcji.

Jest jeszcze i druga „strona medalu” – to etyczne problemy rozwijającej się współczesnej genetyki oraz ogromne możliwości jej zastosowania. Rodzą one wiele nadziei, ale i wzbudzają liczne kontrowersje moralne. Genetycy, biolodzy są przekonani, że wiedzę genetyczną można zastosować w sposób niezwykle korzystny dla ludzkości – człowieka. Niektórzy sądzą, iż przed genetyką stoi zadanie pozbawienia człowieka wszelkich obciążeń genetycznych. Jednak ich obawy budzą irracjonalny lęk przed naruszeniem odwiecznego porządku natury, odkryciem i przekroczeniem granic wiedzy przez zastosowanie manipulacji genetycznych. Z uwagi na konsekwencje, niektóre badania w sferze dziedziczności człowieka zostały przerwane lub w dużej części wstrzymane. Obecnie podkreśla się fakt, że decyzje o wprowadzeniu w praktykę niektórych metod biologii i medycyny, powinny podejmować specjaliści różnych dziedzin, w tym oprócz lekarzy i biologów to: prawnicy, etycy, socjologowie i teologowie.

Warto też zwrócić uwagę na odmienną pojmowania zagadnień moralnych w stosunku do jednostek i całego społeczeństwa. Dyskusja w zakresie etycznego poradnictwa genetycznego obejmuje wiele zagadnień. Poruszają one problem tajemnicy lekarskiej i prawa do uzyskania wiedzy na temat informacji genetycznej, ochrony tych danych, problemów moralnych diagnostyki prenatalnej, jak i wykorzystania prokreacji, aby uniknąć przekazania potomstwu chorób dziedzicznych. Wśród wielu zagadnień wspomnianego poradnictwa genetycznego poruszana jest kwestia moralnego usprawiedliwienia selektywnego przerywania ciąży w przypadku wykrycia, w badaniach prenatalnych, poważnej i nieuleczalnej wady płodu. Nasuwa się więc pytanie: czy negatywny wynik testu genetycznego może zrodzić poczucie winy? Czy pacjent ma prawo decydować, będąc wcześniej poinformowanym o wynikach testu genetycznego i z tego konsekwencjach?

Reasumując, projekty regulacji prawnych powinny uwzględniać szeroko rozumiane prawo do życia i poszanowania godności istoty ludzkiej, zakładając prawo do dziedziczenia struktury genetycznej, która to nie została przy zastosowaniu nauki sztucznie zmieniona (38).

5. Stanowisko Kościoła wobec aborcji

W czasach apostołskich pójście z Ewangelią do narodów, zmusiło Kościół do zajęcia wyraźnego stanowiska wobec procedury przerywania ciąży. Dwa najstarsze pisma starochrześcijańskie „Nauka Dwunastu” i „List Barnaby” wymieniają dzieciobójstwo, jako znak kroczenia drogą śmierci. Z chwilą, kiedy Kościół zetknął się z problemem przerywania ciąży, nauczyciele wiary głosili jednoznaczne stanowisko, że wszelkie działania przeciwko zaczynającemu się życiu ludzkiemu jest czynem niegodnym (29).

W drugiej połowie XX wieku problem aborcji na nowo ujrzał światło dzienne. Papież Paweł VI wydał encyklikę *Humanae Vitae*, która potwierdziła zdecydowany sprzeciw Kościoła wobec wszelkich zabiegów nie dopuszczających do rozwoju życia ludzkiego. Nieco później, papież Jan Paweł II w swoim nauczaniu głośno wołał o obronę życia poczętego. W encyklice *Evangelium Vitae* mocno krytykuje wszelkie prawodawstwo zezwalające na aborcję (1, 2, 3).

Kościół przykazania Boskie traktuje jako drogowskazy, które pokazują drogę do Zbawienia i zawsze prowadzącą do miłości, nazywając je darem miłości Bożej, wrażliwości na ludzki los. W odniesieniu do aborcji jednym z najważniejszych przykazań Boskich jest przykazanie V – nie zabijaj!!! Początek życia ludzkiego traktuje z chwilą jego poczęcia, od pierwszego momentu istnienia i uważając, jako osobę ludzką z przywilejami prawa osoby, którą należy szanować i chronić. W myśl Kościoła, przerywanie ciąży jest dzieciobójstwem, poważnym wykroczeniem. Kościół nakłada kanoniczną karę ekskomuniki za to okropne przestępstwo przeciw życiu ludzkiemu. „Kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa”. W ten sposób wiara rzymskokatolicka ukazuje ciężar popełnionej zbrodni, szkodę nie do naprawienia wyrządzoną niewinnie zamordowanemu dziecku, jego rodzicom i całemu społeczeństwu (1, 2, 3, 27, 30).

Poza przykazaniami wiary, Kościół kieruje się podstawowymi 6-cioma zasadami bioetyki, określając je jako fundamentalne zasady wpisane w naturę człowieka, bez możliwości ich zmian. Zasady Prawa Moralnego (bioetyki) to:

1. Zasada pierwsza: absolutna, fundamentalna wartość życia ludzkiego i nienaruszalność.
2. Zasada druga: nierozzerwalny związek życia, wolności i prawdy.
3. Zasada trzecia: poznanie ma na celu leczenie, a nie manipulację.
4. Zasada czwarta: nie wszystko, co jest technicznie możliwe, jest dopuszczalne pod względem moralnym.

5. Zasada piąta: prawo państwowe winno stać na straży dobra każdej osoby.
6. Zasada szósta: zasada podwójnego skutku.

Tak więc, sztuczne poronienie, jak i eutanazja czy zapłodnienie *in vitro*, wpisane jest w trzecią zasadę pod określeniem bezwzględnego zakazu manipulacji.

Aborcja, z punktu Kościoła, stanowi akt zabójstwa bezbronnej osoby ludzkiej i w myśl wiary jest równocześnie krańcowym przejawem ideologii pogardy dla życia ludzkiego. To stanowisko jest niezmiennie od dwudziestu stuleci (1, 2, 3).

Na świecie jest wiele wyznań, które mają różne podejście do aborcji. Choćby islam podkreśla ważność życia dla Boga, to nie do końca potępia aborcję tak jednoznacznie, jak większość wyznań wiar chrześcijańskich. Wiąże się to z określeniem początku życia człowieka. Z Koranu wynika przekonanie, że życie ludzkie zaczyna się, gdy Bóg obdarza embrión duszą – dopiero po upływie 120 dni od zapłodnienia. Z tego względu, aborcja jest więc zakazana dopiero od 4 miesiąca ciąży. Według tej wiary, życie nie zaczyna się od zapłodnienia. Opis rozwoju embriologicznego zawartego w Koranie stwierdza, iż początkowo zarodek istnieje jako zapłodnione jajo, następnie jako „skrzep krwi”, zanim otrzyma duszę. Zakazana jest aborcja z powodów takich, jak trudne warunki materialne lub wybieranie płci dziecka. Jednak zezwala na dokonanie aborcji w takich przypadkach, jak: zgwałcenie, kazirodztwo, prawdopodobieństwo ojcostwa osoby upośledzonej umysłowo, różnego rodzaju wady i uszkodzenia embriónu (np. zarażenie różyczką) zawsze, gdy zagrożone jest życie kobiety.

6. Rozwiązania prawne aborcji w Polsce

Na przełomie XIX i XX wieku zarówno w Polsce, jak i na całym świecie coraz częściej powracał problem aborcji. Liczne środowiska zwolenników, jak i przeciwników przerywania ciąży nieustannie przerywały się argumentami popierającymi ich racje, jednakże takie polemiki nie doprowadziły do żadnego konstruktywnego rozwiązania. W związku z tym postanowiono sięgnąć po rozwiązania prawne.

W Polsce sytuacja była dodatkowo utrudniona, ponieważ w chwili odzyskania niepodległości w roku 1918 w naszym kraju funkcjonowały trzy różne systemy prawne, co wiązało się z koniecznością stworzenia własnej jednolitej regulacji prawnej.

W 1929 roku Komisja Kodyfikacyjna przygotowująca kodeks karny przedstawiła wstępny projekt uregulowań. Wokół projektu rozgorzała gorąca debata, która swym zasięgiem obejmowała nie tylko środowiska prawnicze i lekarskie. Na skutek tak szerokiej dyskusji początkowa redakcja projektu kodeksu została zmieniona. W poprawionej wersji projekt przewidywał karalność kobiety ciężarnej, jak i osoby trzeciej, przy jednoczesnym zróżnicowaniu sankcji karnej, ze zmniejszeniem jej w stosunku do kobiety. Okolicznościami wyłączającymi przestępność czynu było ratowanie życia matki ciężarnej i ciężkie położenie ma-

terialne kobiety. Ostatecznie kodeks karny uchwalono 11 lipca 1932 roku, zaś ostateczna redakcja przepisów odnośnie przerywania ciąży, znacznie różniła się od zapisów projektu. Kodeks przewidywał, że aborcja może być dopuszczalna tylko wtedy, gdy dokona jej lekarz, ze względu na poważne zagrożenie zdrowia lub życia kobiety ciężarnej, bądź gdy ciąża była wynikiem przestępstwa nierządu z nieletnią lub pozbawioną rozumu, gwałtu, nadużycia stosunku zależności, kaździrodtwa (6).

Kodeks karny z 1932 roku nie przewidywał przerywania ciąży z tzw. wskazań społecznych, mimo że w okresie prac legislacyjnych nad tym aktem prawnym kwestia ta była szeroko dyskutowana. Obawiano się m.in., że zwężenie zakresu dopuszczalnego przerywania ciąży poprzez pominięcie wskazań społecznych, będzie decydowało o poszerzeniu dzieciobójstw. Wskazywano też na możliwość kształtowania się dwóch patologii, a mianowicie poddawania się przez kobiety pokątnym zabiegom w warunkach zagrażających ich życiu, a także tworzeniu się „komercyjnych” ośrodków przerywania ciąży, dostępnych dla kobiet zamożnych, a niedostępnych dla biednych (10).

W połowie lat 50-tych ubiegłego wieku ponownie wrócono do problematyki aborcyjnej i rozpoczęto prace nad nowymi uregulowaniami. Sejm PRL I Kadencji w dniu 27 kwietnia 1956 roku uchwalił ustawę o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (opublikowana została w Dz. U. Nr 12, poz. 61 i weszła w życie 8 maja 1956 r.). Głównym celem nowej ustawy miała być ochrona zdrowia kobiety przed ujemnymi skutkami zabiegów przerywania ciąży, dokonywanymi w nieodpowiednich warunkach lub przez osoby nie będące lekarzami. W nowej regulacji przyjęto zasadę pełnej bezkarności ciężarnej kobiety, dopuszczono możliwość przerywania ciąży z klauzuli społecznej, opisanej jako trudne warunki życiowe kobiety, obok wskazań lekarskich i prawnych, choć te ostatnie ujęto w sposób bardziej ogólny niż w kodeksie karnym z 1932 r. Zasadniczym warunkiem dopuszczalności aborcji pozostała zasada wykonania zabiegu przez lekarza, chociaż dopuszczono, by mógł być on przeprowadzony także poza zakładem leczniczym (28).

Ponadto zabieg można było wykonać, gdy zachodziło uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa. Trudne warunki życiowe kobiety ciężarnej były ustalane na podstawie oświadczenia kobiety, którego treść nie mogła być weryfikowana. Oznaczało to, że przerwanie ciąży było dopuszczalne na żądanie kobiety ciężarnej. Nie wolno zaś było dokonać zabiegu, jeżeli zachodziły przeciwwskazania lekarskie, a za takie uznawano zaawansowanie ciąży ponad 12 tygodni (7). Przepisy wykonawcze do niniejszej ustawy, w wyniku dość szeroko pojętej delegacji, wydał Minister Zdrowia. Rozporządzenie oraz komentarze do ustawy poszły w kierunku bardzo restryktywnego widzenia regulacji.

Następnie w 1959 roku Minister Zdrowia wydał nowe rozporządzenie wykonawcze do ustawy z 1956 r. w sprawie przerywania ciąży (Dz. U. Z 1960 r. Nr 2, poz. 12, z późniejszymi zmianami Dz. U. z 1962 r. Nr 7, poz. 35 i 1980 r.

Nr 26, poz. 110). Dopuszczono, by ten sam lekarz, który wydał orzeczenie, mógł przeprowadzić zabieg oraz uznanie oświadczenia ciężarnej kobiety o trudnych warunkach życiowych, jako głównej podstawy wydania orzeczenia lekarskiego.

Kolejne złagodzenie warunków związanych z dopuszczalnością przerywania ciąży przyniósł kodeks karny z 1969 r. W związku z czym, model obowiązujący w Polsce de facto oparł się na konstrukcji aborcji na żądanie i obowiązywał w takiej formie przez wiele lat.

W Polsce na lata osiemdziesiąte przypada okres silnej aktywności pronatalistycznych ruchów katolickich, który, w połączeniu z dość liberalnym podejściem państwa do form wyrażania poglądów przez obywateli, zaowocowało dyskusją w prasie na temat aborcji.

We wrześniu 1981 roku ministrowie: zdrowia, obrony narodowej oraz spraw wewnętrznych wydali instrukcję, w której uczulano na skutki, jakie niesie ze sobą usunięcie ciąży, a także zalecano ograniczenie częstości korzystania przez kobiety z dotychczasowych przepisów (Dz. Urz. M.Z.iO.S. Nr 11, poz. 42.). Uczulano, że aborcja nie powinna być wykonywana ze wskazań społecznych, jeśli od poprzedniego zabiegu nie upłynęło 6 miesięcy, a także w przypadku pierwszej ciąży oraz w razie konfliktu serologicznego. Położono także pewien nacisk na konsultacje, informowanie kobiet i próbę odciążenia ich od zamiaru przerwania ciąży. Co warto podkreślić, po raz pierwszy instrukcja taka zawierała wyraźne kryterium 12 tygodni ciąży, jako wyraźne przeciwwskazanie do wykonania zabiegu.

Kolejne zmiany przyszły już na początku lat dziewięćdziesiątych, a więc w zmienionym klimacie ustrojowym i politycznym. Minister Zdrowia w dniu 30 kwietnia 1991 r. na podstawie ustawy z 27 kwietnia 1956 uchylił wcześniejsze rozporządzenie z 1959 roku o przerywaniu ciąży i wydał nowe rozporządzenie w sprawie kwalifikacji zawodowych, jakie powinni posiadać lekarze dokonujący zabiegów przerywania ciąży oraz trybu wydawania orzeczeń lekarskich o dopuszczalności do takiego zabiegu (Dz. U. Nr 29, poz. 178.). Co ważne w § 14 tego rozporządzenia przewidziano możliwość uchylenia się lekarza od wydania orzeczenia o dopuszczalności przerwania ciąży oraz wykonania zabiegu aborcyjnego, za wyjątkiem przypadku bezpośredniego zagrożenia życia kobiety. Niniejszy paragraf został nawet zaskarżony do Trybunału Konstytucyjnego przez Rzecznika Praw Obywatelskich, który zarzucił rozporządzeniu, że wykracza poza upoważnienie przewidziane dla ministra w ustawie z 1956 r. Ponadto twierdził, że materia zawarta we wspomnianym wyżej paragrafie może być uregulowana wyłącznie ustawami czym, wraz z przekroczeniem delegacji, Minister Zdrowia naruszył zasady konstytucyjne mianowicie: państwa prawnego, praworządności, wydawania rozporządzeń na podstawie ustaw, jednocześnie stwierdził, iż § 14 rozporządzenia jest niezgodny ani z ustawą z 1956 r., ani z Konstytucją. Jednak Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z 15 stycznia 1991 r. (U. 8/90, OTK w 1991 r., s. 134–141) nie podzielił zdania skarżącego i uznał, że zaskarżony pa-

ragraf nie jest nie zgodny zarówno z ustawą z 1956 r., jak i Konstytucją. Dodatkowo w uzasadnieniu Trybunał zawarł kilka uwag o charakterze ogólniejszym, a odnoszących się do dopuszczalności na przerywanie ciąży. Przede wszystkim stwierdził, iż w polskim systemie prawnym nie ma obowiązku orzekania o dopuszczalności przerywania ciąży, zaś prawo do takiej odmowy da się wywieść z wolności sumienia deklarowanej przez Konstytucję oraz ratyfikowany przez Polskę Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych. Ponadto Trybunał podkreślił, iż uważa zakaz przerywania ciąży za nadrzędny w stosunku do ewentualnych warunków, przewidzianych w ustawie, po których spełnieniu aborcja może zostać uznana za dopuszczalną. Oprócz tego Trybunał wyraźnie zaznaczył, że aborcja nigdy nie będzie stanowić zdarzenia pożądanego przez ustawodawcę (6).

W tym miejscu warto przypomnieć, że 17 maja 1989 r. została uchwalona ustawa o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158.), która w art. 33 pkt 33 przyznała Krajowemu Zjazdowi Lekarzy prawo uchwalania zasad etyki i deontologii zawodowej. W dniu 14 grudnia 1991 roku w Bielsku-Białej II Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy uchwalił Kodeks Etyki Lekarskiej, który w art. 37 uznawał za etyczne – wyłącznie – przerywanie ciąży dokonane ze wskazań medycznych lub prawnych, czyli dla ratowania zdrowia lub życia (11).

Kolejny etap prawnej regulacji aborcji w analizowanym zakresie wyznaczyła ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, która ograniczyła listę powodów legalnego przerywania ciąży przez wykluczenie tzw. względów społecznych (Dz. U. z 1993 r., nr 17, poz. 78 z późn. zmianami). Warto zauważyć, iż jej uchwalenie uważane było za kompromis w toczącej się od kilku lat dyskusji wokół problematyki prawnego uregulowania ochrony dziecka poczętego (12). Tamtejsza ustawa definitywnie zrywała z obowiązującymi rozwiązaniami ustawy z 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży i współbrzmiającymi z nią przepisami kodeksu karnego z 1969 r., chroniącymi bezpośrednio życie, zdrowie i wolność kobiety ciężarnej w zakresie macierzyństwa, zaś tylko pośrednio chroniące płód.

Ustawa ta wprowadzała do kodeksu karnego bezpośrednią ochronę przedmiotową dziecka poczętego, uznając za bezprawne umyślne powodowanie śmierci dziecka poczętego na każdym etapie rozwoju ciąży zarówno bez zgody, jak i za zgodą kobiety ciężarnej, przez kogokolwiek, w tym także przez jego matkę, choć tę ostatnią wyłączała spod możliwości poniesienia odpowiedzialności poprzez ustanowienie klauzuli bezkarności. Na tle przepisów wprowadzonych ustawą z 1993 r. mianowicie art. 149a i art. 149b k.k. z 1969 r. głównym przedmiotem ochrony stało się życie dziecka poczętego. Tytuł XXI rozdziału kodeksu karnego z 1969 r. brzmiał „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu”. Wprawdzie nie zostało bliżej określone, o czyje zdrowie i życie chodzi, jednak nie trudno było się domyśleć, że rodzajowym przedmiotem ochrony było szeroko pojęte życie i zdrowie ludzkie na całej przestrzeni jego trwania, a więc zarówno w dobie

prenatalnej, w okresie porodu, jak i w okresie postnatalnym. Rodzajowy przedmiot ochrony prawno-karnej, jakim jest życie i zdrowie ludzkie jest szerszy od dobra, jakim jest życie i zdrowie człowieka i nie może być z nim utożsamiany, a zwłaszcza jako argument w przedmiocie udzielanej płodowi ochrony (9).

Należy zauważyć, iż prawno-karna ochrona dziecka poczętego wprowadzona do k.k. ustawą z 1993 r. miała charakter jednolity przez cały okres rozwoju i życia płodu, nie różnicowała tej ochrony w zależności od mniej czy bardziej zaawansowanego etapu rozwoju płodu.

Ten bezwzględny i naczelny zakaz godzenia w życie płodu doznawał jednak pewnych wyjątków. Wedle art. 149a § 3 k.k. z 1969 r. karną bezprawność czynu polegającego na spowodowaniu śmierci dziecka poczętego uchylały następujące okoliczności:

- a) istnienie z powodu ciąży zagrożenia dla życia lub poważnego zagrożenia dla zdrowia matki. Przy czym warunkiem legalności czynu było stwierdzenie tego faktu orzeczeniem dwóch lekarzy, innych niż lekarz podejmujący działanie powodujące śmierć płodu. Zachowanie tego warunku przestawało być niezbędnym w klasycznym stanie wyższej konieczności, tzn. w sytuacjach, gdy istniała konieczność natychmiastowego uchylenia zagrożenia dla życia matki.
- b) Nastąpienie śmierci dziecka poczętego wskutek działań podjętych dla ratowania życia matki albo przeciwdziałania poważnemu uszczerbkowi na zdrowiu matki, którego niebezpieczeństwo zostało potwierdzone orzeczeniem dwóch różnych lekarzy.
- c) Wskazanie przez badania prenatalne na ciężki i nieodwracalny uszkodzenia płodu, pod warunkiem potwierdzenia tego faktu orzeczeniem dwóch niezależnych lekarzy, innych niż lekarz podejmujący działanie powodujące śmierć dziecka poczętego.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż wśród sytuacji kontratypowych legalizujących umyślne spowodowanie śmierci dziecka poczętego, ówczesny kodeks karny nie przewidywał wskazań społecznych do przeprowadzenia aborcji (9).

Kolejne istotne zmiany w zakresie warunków dopuszczalności przerywania ciąży wprowadzono ustawą z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw (weszła w życie 4 stycznia 1997 r.), zmieniającą wprowadzoną ustawą z 7 stycznia 1993 r. typ prawno-karnej ochrony płodu ludzkiego i warunki dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1996 r., nr 139, poz. 646).

Uchylono również art. 149a i 149b k.k. z 1969 r., a zamiast nich dodano nowy art. 152a i 152b. Oprócz tego uchylono także przepis art. 156a k.k. przewidujący odpowiedzialność karną za spowodowanie uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia, który zagraża jego życiu oraz art. 23b, który w znacznym stopniu ograniczał działania i badania prenatalne na płodzie.

Ustawa w pierwotnym kształcie zawierała cztery kategorie przyczyn upoważniających do dokonania legalnej aborcji. Umieszczono je w art. 4a ust. 1–4 niniejszej ustawy:

- a) zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,
- b) duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,
- c) istnienie podejrzenia, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego,
- d) znajdowanie się kobiety ciężarnej w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji życiowej.

Bliższa analiza poszczególnych warunków pokazuje, że płód nie podlegał bezpośredniej ochronie, gdyż o przerwaniu ciąży decydowały wola i uznanie za ważne dobra i interesy kobiety ciężarnej, mianowicie, jej życie, zdrowie, prawo do posiadania zdrowego potomstwa, wolności w sferze seksualnej oraz w kwestii prokreacji. Podstawą do dokonania legalnego zabiegu było złożenie pisemnego oświadczenia przez kobietę oraz zaświadczenia o odbytej konsultacji, której celem było skłonienie kobiety do wszechstronnego przemyślenia decyzji o aborcji, zaś zabieg przerwania ciąży mógł być dokonany nie wcześniej, niż po upływie 3 dni od konsultacji, jeśli kobieta nadal podtrzymywała swoją decyzję (36).

W czasie obowiązywania ustawy z 30 sierpnia 1996 r. płód w początkowym stadium rozwoju w ogóle nie był objęty bezpośrednią ochroną (do 12 tygodnia ciąży). Ponadto, płody poważnie uszkodzone nie były chronione aż do momentu osiągnięcia zdolności do samodzielnego życia. Z kolei płody, których dalszy rozwój zagrażał życiu kobiety bądź jej zdrowiu, nie były chronione na całej przestrzeni życia prenatalnego.

Nie trudno się domyśleć, iż ustawa z 1996 r. wywołała spory oddźwięk społeczny i ogromną dyskusję na temat warunków dopuszczalności przerywania ciąży i ochrony dziecka nienarodzonego. W dniu 20 grudnia 1996 r. trzydziestu siedmiu senatorów złożyło do Trybunału Konstytucyjnego wnioski o zbadanie zgodności z konstytucyjnym porządkiem prawnym ww. ustawy. Zaskarżenie oparto na zarzucie niezgodności tej ustawy z konstytucyjnymi gwarancjami ochrony praw człowieka. Podniesiono także, że jest nadużyciem prawa ochrona sytuacji materialnej i życiowej jednego istnienia ludzkiego przez odebranie prawa do życia drugiemu takiemu istnieniu, a zatem nabycie prawa do takiej ochrony mienia i komfortu życiowego za cenę życia jest niesłusznym nabyciem niesłusznego prawa (31). Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z dnia 28 maja 1997 roku (orzeczenie K. 26/96) w dużej mierze podzielił stanowisko wnioskodawców. Trybunał stwierdził, iż przepis ustawy z 1996 r. dopuszczający przerywanie ciąży z powodu ciężkich warunków życiowych kobiety ciężarnej lub jej trudnej sytuacji osobistej, jest niezgodny z obowiązującymi wówczas przepisami konstytucyjnymi w ten sposób, że legalizuje przerywanie ciąży, bez dostatecznego usprawiedliwienia konieczności ochrony innej wartości, prawa lub wolności konstytucyjnej, a także posługuje się nieokreślonymi kryteriami tej le-

galizacji, naruszając w ten sposób gwarancje konstytucyjne dla życia ludzkiego. Podkreślił, że za dobro prawne, którego zachowanie miało usprawiedliwiać wyłom w prawnej ochronie życia dziecka poczętego, uznane zostało subiektywne przekonanie kobiety o ewentualnym zagrożeniu dla jej położenia materialnego lub relacji osobistych, czy możliwości realizacji własnych potrzeb, praw i wolności. Zdaniem Trybunału, porównanie wartości życia ludzkiego z prawem do nie pogarszania swojego położenia materialnego jednoznacznie dyskwalifikowało tak ujęte wskazania społeczne.

Kilka ważniejszych fragmentów orzeczenia: „Wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego, jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia. Od momentu powstania życie ludzkie staje się więc wartością chronioną konstytucyjnie. Dotyczy to także fazy prenatalnej”. „Nie dookreśloność sformułowanych przez ustawodawcę przesłanek powoduje, iż nie można ustalić charakteru konstytucyjnie chronionych wartości, ze względu na które ustawodawca decyduje się legalizować naruszenia innej wartości konstytucyjnej. Jest to niedopuszczalne zwłaszcza wówczas, gdy na ich podstawie zezwala się na pozbawienie życia ludzkiego, a więc naruszenie, jak to precyzuje sam ustawodawca w preambule, fundamentalnego dobra człowieka. (...) Pozwala on bowiem na wyprowadzenie z niego normy zezwalającej na pozbawienie życia bez uwzględnienia innych wartości konstytucyjnych. Niedookreśloność tej przesłanki prowadzi do podważenia samej zasady ochrony życia w fazie prenatalnej”. „Niezbędnym warunkiem legalizacji przerwania ciąży jest na gruncie ustawy przesłanka określona jako trudna sytuacja osobista. Czy tak sformułowana przesłanka może jednak na gruncie konstytucji usprawiedliwić pozbawienie życia dziecka poczętego?

Należy stwierdzić, że nie jest to możliwe. W szczególności warto zwrócić uwagę na fakt, iż wystąpienie trudnej sytuacji osobistej, wynikającej między innymi z konieczności opieki nad dziećmi, może zdarzyć się także w okresie po urodzeniu dziecka. Podobnie rzecz się ma w związku z określonym położeniem osoby, co do której ma się obowiązek opieki (współmałżonek, rodzice). W żadnej z tych sytuacji, nawet znaczny ciężar nowych obowiązków nie stanowi dostatecznej przesłanki do pozbawienia życia dziecka poczętego, którego poczęcie spowodowało powstanie tych obowiązków”.

Trzech z dwunastu sędziów Trybunału Konstytucyjnego, rozpatrujących sprawę z wniosku grupy senatorów, złożyło zdania odrębne do orzeczenia, byli to: **Zdzisław Czeszejko-Sochacki**: „Zgłaszam zdanie odrębne od wymienionego w nagłówku orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego w części, w jakiej Trybunał stwierdził niekonstytucyjność art. 1 pkt 2 i pkt 5 oraz art. 3 pkt 4 ustawy z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu

ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw, stoję bowiem na stanowisku, że przepisy te są zgodne z powołanymi w orzeczeniu przepisami konstytucyjnymi”, **Lech Garlicki**: „Na podstawie art. 40 uchwały Sejmu z dnia 31 lipca 1985 w sprawie szczegółowego trybu postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 39, poz. 184 ze zmianami) składam zdanie odrębne, ponieważ uważam, że: konfrontacja zasad ochrony życia poczętego i ochrony godności matki, wynikających z art. 1 przepisów konstytucyjnych nie daje podstaw do uznania niekonstytucyjności przesłanek przerywania ciąży, określonych w nowym art. 4a ust. 1 pkt 4 ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”, **Wojciech Sokolewicz**: „Zgłaszam zdanie odrębne do powyższego orzeczenia w tych częściach, w których Trybunał Konstytucyjny powołując się na art. 1 oraz art. 79 ust. 1 przepisów konstytucyjnych pozostawionych w mocy na podstawie art. 77 Ustawy Konstytucyjnej z dnia 17 października 1992 r., zwanej popularnie Małą Konstytucją, stwierdził niezgodność z konstytucją: art. 1 pkt 2 i pkt 5, jak również art. 3 pkt 1 i pkt 4 ustawy z 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Motywy orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego w wyżej wskazanych częściach są, moim zdaniem, nietrafne, a przez to nieprzekonywujące”.

Na skutek orzeczenia wydanego przez Trybunał Konstytucyjny z dnia 28 maja 1997 r., sytuacja w zakresie typu prawno-karnej ochrony płodu uległa poważnym zmianom. W dniu 17 grudnia 1997 roku Sejm III Kadencji, zgodnie z art. 239 nowej Konstytucji przyjął orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego dotyczące ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Prezes Trybunału Konstytucyjnego ogłosił obwieszczenie o utracie mocy obowiązującej ustawy o planowaniu rodziny, uznanych przez Trybunał za niekonstytucyjne w orzeczeniu K. 12/96 (9).

W tym miejscu warto także wspomnieć, że ustawa z 8 lipca 1999 r. o zmianie ustawy kodeks karny oraz ustawy o zawodzie lekarza, która wprawdzie nie wpłynęła na ewolucję typu prawno-karnej ochrony płodu, ale za to dokonała jednej istotnej zmiany w miejsce „płód” wprowadziła nazwę „dziecko poczęte”.

Obecnie kwestię aborcji nadal reguluje ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży wraz z późniejszymi zmianami. Reguluje art. 4a, który brzmi następująco:

1. *Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:*
 - 1) *ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,*
 - 2) *badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu,*

- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego,
 - 4) ⁽¹⁰⁾ (utracił moc).
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2 przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej; w przypadku określonym w ust. 1 pkt 3 lub 4, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.
 3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, przerwania ciąży dokonuje lekarz w szpitalu.
 4. Do przerwania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. W przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13. roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. W przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także pisemna zgoda tej osoby, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego, do przerwania ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.
 5. Wystąpienie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerwania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety. Okoliczność, o której mowa w ust. 1 pkt 3, stwierdza prokurator.
 6. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, kobieta składa pisemne oświadczenie, a ponadto zaświadczenie o odbytej konsultacji u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, innego niż dokonujący przerwania ciąży lub u innej wybranej przez siebie uprawnionej osoby. Przerwanie ciąży może być dokonane, jeżeli kobieta podtrzymuje zamiar przerwania ciąży po upływie 3 dni od konsultacji.
 7. Celem konsultacji, o której mowa w ust. 6, jest w szczególności ustalenie sytuacji zdrowotnej i życiowej kobiety, pomoc w rozwiązaniu jej problemów, między innymi poprzez wskazanie dostępnych form pomocy przysługujących kobietom w związku z ciążą i po urodzeniu dziecka, poinformowanie kobiety o ochronie prawnej życia w fazie prenatalnej, o aspektach medycznych ciąży oraz przerwania ciąży, a także o środkach i metodach antykoncepcyjnych. Za zgodą kobiety w konsultacji może wziąć udział jej partner, członkowie rodziny lub inna bliska osoba.
 8. Do prywatnych gabinetów lekarskich, w których dokonuje się przerwania ciąży, w zakresie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia gabinetu prywatnego oraz w zakresie dotyczącym dokumentacji medycznej i sprawowania kontroli nad tymi gabinetami stosuje się odrębne przepisy.
 9. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje zawodowe lekarzy, uprawniające do dokonania przerwania ciąży oraz kwalifikacje lekarzy, o których mowa w ust. 5.

10. ⁽¹¹⁾ *Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje innych niż lekarz osób uprawnionych do przeprowadzania konsultacji, o których mowa w ust. 6, sposób tworzenia list osób konsultujących oraz sposób i tryb przeprowadzania konsultacji.*

Cytowany przepis określa warunki dopuszczalności przerywania ciąży. Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy: ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej), zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni). Do przerywania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. Wystąpienie okoliczności, o których mowa w art. 4a ust. 1 pkt 1 i 2, stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerywania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety. Okoliczność, o której mowa w art. 4a ust. 1 pkt 3, stwierdza prokurator (8, 11).

Kwestię odpowiedzialności karnej za nielegalne przerywanie ciąży regulują przepisy Kodeksu Karnego z 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. 2.08.1997, nr 88, poz. 553). Aborcja, jako przerywanie ciąży z naruszeniem przepisów ustawy została ujęta w art. 152 niniejszego kodeksu:

- § 1 *Kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*
- § 2 *Tej samej karze podlega, kto udziela kobiecie ciężarnej pomocy w przerywaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub ją do tego nakłania.*
- § 3 *Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawiania wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

Przedmiotem ochrony jest życie **dziecka poczętego**. Ubocznym przedmiotem ochrony jest także zdrowie kobiety. Artykuł 152 § 1 penalizuje przerywanie ciąży za zgodą kobiety ciężarnej, lecz wbrew warunkom ustawy. Jest to więc typowa dyspozycja zależna, w której występuje jedynie znamię „zgody kobiety”. Przepis art. 152 § 2 rozciąga odpowiedzialność na udzielanie kobiecie ciężarnej pomocy w przerywaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub nakłanianie jej do tego. Z przepisu tego wynika, że kobieta ciężarna, która sama przerywa ciążę, nie ponosi za ten czyn odpowiedzialności, toteż penalizacja podżegania i pomocnictwa do takiego czynu nie mogłaby się opierać na ogólnych przepisach art. 18 § 2 i 3. Należy przyjąć, że w wypadku współsprawstwa polegającego na dokonaniu wspólnie i w porozumieniu z kobietą ciężarną przerywania ciąży wbrew przepisom ustawy, współsprawca powinien ponieść odpowiedzialność na podstawie art. 152 § 1 w zw. z art. 18 § 1 k.k. (32).

Nakłanianie kobiety ciężarnej do przerwania ciąży wbrew przepisom ustawy, może być popełnione jedynie w zamiarze bezpośrednim (wynika to z istoty nakłaniania jako synonimu podżegania – art. 18 § 2). Pomoc w przerwaniu ciąży (forma pomocnictwa – art. 18 § 2) może polegać na dostarczeniu narzędzi użytych do przerwania ciąży (przyrządów, środków chemicznych itp.), udzieleniu rady lub informacji, jak tego czynu dokonać, a także na innych konkretnych czynnościach umożliwiających lub ułatwiających kobiecie dokonanie przerwania ciąży, np. sfałszowanie, względnie uzyskanie niezgodnego z prawem dokumentu stwierdzającego, że zachodzi jedna z przesłanek ustawowej dopuszczalności przerwania ciąży (13). O. Górniok wymienia ponadto, jako przykład pomocnictwa, sfinansowanie zabiegu przerwania ciąży, natomiast według J. Wojciechowskiego (*Komentarz*, s. 283 i 284) pomocnictwem jest organizowanie tzw. turystyki aborcyjnej do krajów, w których warunki dopuszczalności przerywania ciąży są liberalniejsze. Wydaje się jednak, że te ostatnie przykłady idą zbyt daleko, sfinansowanie (na prośbę kobiety ciężarnej) zabiegu przerwania ciąży i samo organizowanie (choćby za opłatą) wyjazdów do innych krajów w celu dokonania takiego zabiegu są wprawdzie ułatwieniami, ale zbyt odległymi, by konstruować odpowiedzialność za pomocnictwo do konkretnego czynu popełnionego „wbrew warunkom ustawy”.

Zaostrzonej odpowiedzialności podlega sprawca, który dokonał przerwania ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub do tego nakłaniał kobietę ciężarną albo jej pomagał, jeżeli skutkiem czynu jest śmierć dziecka poczętego, które osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej (art. 152 § 3). Przyjmuje się, że zdolność taką uzyskuje płód ludzki w 22 tygodniu ciąży lub gdy masa jego ciała wynosi co najmniej 500 g., kryterium to zostało wskazane w zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia i jest akceptowane w położnictwie (14).

Przestępstwo przerwania lub doprowadzenie kobiety ciężarnej do przerwania ciąży przemocą, groźbą i podstępem zostało uregulowane w art. 153 k.k.:

§ 1 *Kto stosując przemoc wobec kobiety ciężarnej lub w inny sposób bez jej zgody przerywa ciążę albo przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza kobietę ciężarną do przerwania ciąży, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

§ 2 *Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*

Przedmiotem ochrony, jako znamieniem w wypadku przestępstwa określonego w art. 153 § 1 lub 2, jest życie dziecka w fazie prenatalnej. W wypadku obu typów czynów zabronionych określonych w art. 153 występuje drugi przedmiot ochrony, stanowiący znamię tych typów, a jest nim wolność kobiety od przymusu, w szczególności jej prawo do macierzyństwa. Podmiotem przestęp-

stwa określonego w art. 153 § 1 lub 2 może być każdy człowiek. Jest to więc przestępstwo powszechne (15).

Artykuł 153 § 1 określa **typ kwalifikowany** przestępstwa przerwania ciąży, przy czym znamionami kwalifikującymi są:

- 1) przerwanie ciąży przez zastosowanie wobec kobiety ciężarnej przemocy fizycznej;
- 2) przerwanie ciąży bez zgody kobiety ciężarnej w inny sposób niż przez zastosowanie wobec niej bezpośredniej przemocy;
- 3) doprowadzenie kobiety ciężarnej do przerwania ciąży przez stosowanie wobec niej przemocy, groźby bezprawnej lub podstęp.

We wszystkich tych wypadkach dochodzi do przerwania ciąży nie tylko z naruszeniem przepisów ustawy o warunkach dopuszczalności i dokonywania tego zabiegu, lecz także z pogwałceniem swobody wyrażania w tej sprawie decyzji woli przez samą kobietę ciężarną, co uzasadnia zaostrzoną odpowiedzialność karną.

Przerwanie ciąży w wyniku bezpośredniego zastosowania **przemocy** skierowanej na kobietę ciężarną (bicie, kopanie w brzuch itp.), którego skutkiem jest aborcja, jest szczególnie brutalnym przestępstwem wymagającym surowej karalności. Ta forma działania przestępczego, polegającego na stosowaniu przemocy skierowanej na ciało kobiety ciężarnej, może prowadzić do spowodowania ciężkiego uszczerbku na jej zdrowiu, co uzasadnia kumulatywną kwalifikację przestępstwa na podstawie art. 153 § 1 w zw. z art. 156 § 1. Do zastosowania kumulatywnej kwalifikacji całkowicie wystarczy zamiar ewentualny w odniesieniu do skutku w postaci spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu kobiety ciężarnej. Trzeba bowiem przyjąć, że kierując przemoc fizyczną na ciało kobiety ciężarnej, sprawca niewątpliwie obejmuje świadomością nie tylko spowodowanie przerwania ciąży, lecz także realną możliwość uszczerbku na zdrowiu kobiety ciężarnej. Przez spowodowanie przerwania ciąży w inny sposób należy rozumieć każdy sposób oddziaływania na ciało kobiety ciężarnej, inny niż zastosowanie bezpośredniej przemocy, który prowadzi do przerwania ciąży, np. oddziaływanie środkami farmakologicznymi lub chemicznymi. Ta forma przestępstwa zostanie również zrealizowana, gdy sprawca uzyskał zgodę kobiety ciężarnej na dokonanie innego zabiegu niż przerwanie ciąży i, wykorzystując tę podstępnie wyłudzoną zgodę, wykonuje sam lub we współdziałaniu z inną osobą zabieg przerwania ciąży. Niezależnie bowiem od sposobu popełnienia czynu, istotą omawianej formy przestępstwa jest przerwanie ciąży bez prawidłowo wyrażonej zgody kobiety ciężarnej (14).

Określone w art. 153 § 1 i 2 k.k. typy czynów zabronionych wymagają działania umyślnego. Forma umyślności zależeć będzie od sposobu działania sprawcy. Trafnie zwrócił na to uwagę SA w Białymstoku w wyroku z 7 września 2004 r. (II Aka 207/04, OSAB 2005, z. 1, poz. 49), w którym stwierdził: „Jeżeli jednym ze sposobów przestępczego zachowania się sprawcy określonego w art. 153

§ 1 k.k. jest »stosowanie przemocy« polegające np. na biciu kobiety ciężarnej, to nie można wykluczyć, że skutek jego działania – poronienie nie jest uświadamiany przez niego jako konieczny (sprawca tego nie chce, nie to było celem jego działania), ale uświadamiany jest przez niego jako możliwy i na jego nastąpienie godzi się. (...) Działanie sprawcy polegające na »podstępny« doprowadzeniu kobiety do przerwania ciąży zawiera charakteryzujące jego zamiar »znamiona intencjonalne«, wskazujące, że w tej formie czyn z art. 153 § 1 k.k. może być popełniony jedynie w zamiarze bezpośrednim” (23).

Artykuł 152 § 2 przewiduje zaostrzenie karalności wszystkich trzech omówionych form przestępstwa bezprawnego przerwania ciąży, jeżeli jego skutkiem jest śmierć dziecka poczętego, zdolnego do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej.

Należy wspomnieć, iż w przypadku odmowy wykonania aborcji przez lekarza, istnieją środki prawne egzekwowania prawa przez kobietę. Może ona:

- złożyć skargę u kierownika placówki,
- zwrócić się do kierownika placówki z pismem, tzw. ugodą przesądową (szczegóły Biuro Praw Pacjenta),
- wstąpić na drogę sądową z postępowania cywilnego – kobieta może uzyskać odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie za doznaną krzywdę,
- wstąpić na drogę sądową z postępowania karnego – prokurator w postępowaniu przygotowawczym, a następnie sąd badają, czy dany lekarz dopuścił się przestępstwa, a jeśli tak, sąd wymierza karę (grzywny, ograniczenia albo pozbawienia wolności),
- złożyć skargę o wszczęcie postępowania dyscyplinarnego u rzecznika odpowiedzialności zawodowej przy właściwej miejscowo Okręgowej Izbie Lekarskiej.

Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny merytorycznie i prawnie wspiera kobiety w przypadku trudności z egzekwowaniem kobiecych praw do antykoncepcji, badań prenatalnych i przerwania ciąży. Na prośbę kobiet pragnących dokonać np.: aborcji, podaje listę instytucji i organizacji, do których należy się zwracać o pomoc. Do nich zaliczamy:

- Ministerstwo Zdrowia,
- Biuro Praw Pacjenta,
- Rzecznik praw pacjenta Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Krajowy Konsultant ds. Położnictwa i Ginekologii,
- Wojewódzcy Konsultanci d/s Położnictwa i Ginekologii,
- Okręgowe Izby Lekarskie,
- Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.

Tak, oto w bardzo dużym skrócie przedstawia się sytuacja regulacji prawnych dotyczących aborcji w Polsce (11). Na zakończenie niniejszego rozdziału należy zauważyć, iż Polska jest jednym z niewielu krajów na świecie, w których w ostatnich latach, wbrew światowym trendom, zaostrzono prawo doty-

czące aborcji. Restrykcyjne prawo antyaborcyjne w Polsce oraz brak polityki upowszechniania planowania rodziny i edukacji seksualnej budziły niepokój społeczności międzynarodowej i organów ONZ monitorujących przestrzeganie międzynarodowych paktów i konwencji, które Polska ratyfikowała (25).

7. Rozwiązania prawne aborcji na świecie

Obowiązek poszanowania i ochrony prawa do życia wynika zarówno z uniwersalnych, jak i regionalnych unormowań dotyczących praw człowieka. Mówią o nim na przykład: art. 3 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r., art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966 r., art. 6 Konwencji Praw Dziecka z 1989 r., art. 2 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r., art. 1 Amerykańskiej Deklaracji Praw i Obowiązków Człowieka z 1948 r., art. 4 Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka z 1969 r., oraz art. 4 Afrykańskiej Karty Praw Człowieka i Ludów z 1981 r. Trzeba podkreślić, iż prawu do życia przypada szczególne miejsce wśród wszystkich praw człowieka. Komitet Praw Człowieka określił to prawo, jako najbardziej fundamentalne. Niemniej jednak, nie jest to prawo bezwzględnie chronione i wszystkie wspomniane Konwencje z zasady dopuszczają wyjątki ochrony życia. Oczywiście bez wątplenia wszystkie przytoczone przepisy chronią życie ludzkie od chwili porodu aż do śmierci, problem jednak pojawia się, gdy chce się zastosować je do embrionu, bądź płodu rozwijającego się w łonie matki. W kwestii o dopuszczalność przerywania ciąży w świetle międzynarodowych unormowań, decydujące znaczenie ma sposób i interpretacja prawa do życia kobiety, zdrowia, poszanowania integralności cielesnej kobiety z prawem do prywatności czy poszanowania życia rodzinnego (9, 21).

Prawną regulację problemu aborcji traktaty pozostawiają zatem prawodawstwem poszczególnych krajów.

Wiele spośród krajów europejskich zawarło w swych konstytucjach oddzielny przepis odnoszący się do prawa do życia, gwarantując tym samym jego nienaruszalność bądź prawną ochronę. Jest to charakterystyczne zwłaszcza dla konstytucji państw postkomunistycznych. Takie zapisy wprowadzono między innymi w par. 54 Konstytucji Węgierskiej w brzmieniu ustawy z 1989 r., art. 21 Konstytucji Chorwackiej z 22.12.1990 r., art. 17 Konstytucji Republiki Słowenii z 23.12.1991 r., art. 19 konstytucji Republiki Litewskiej z 25.10.1992 r., art. 20 Konstytucji Federacji Rosyjskiej z 12.12.1993 r., art. 27 Konstytucji Ukrainy z 28.06.1996 r. Znacznie rzadziej takie gwarancje zawierają starsze konstytucje krajów Europy Zachodniej, przykładem może być art. 2 ust. 2 Konstytucji Niemieckiej z 23.05.1949 r., art. 15 Konstytucji Hiszpańskiej z 27.12.1978 r., art. 25 ust. 1 Konstytucji Republiki Portugalii (4, 9, 16, 17, 18, 19).

Jednak dość rzadko zdarza się, by konstytucja wyraźnie zaznaczała, iż zasada ochrony życia odnosi się do życia nienarodzonego. Takie uregulowanie zna-

lazło się między innymi w art. 6 Karty Podstawowych Praw i Wolności Republiki Czeskiej z 1991 r., w myśl którego „Każdy ma prawo do życia. Życie ludzkie zasługuje na ochronę jeszcze przed narodzeniem” (Sbirka Zakonu nr 23/1991). Podobny zapis znalazł się także w art. 15 ust. 1 Konstytucji Republiki Słowackiej z 01.09.1992 r. (4, 16, 18, 22).

Ponadto, zasadę ochrony życia nienarodzonego wprowadziły także niektóre państwa Ameryki Południowej, jak Chile w 1980 r., Peru w 1979 r., czy Filipiny w swej Konstytucji z 1986 r. (4, 9, 16, 18, 20).

Trzeba przyznać, że jednak najpełniejszą ochronę prawu do życia nienarodzonego zapewnia art. 40.3.3 Konstytucji i Irlandii w brzmieniu z 8 poprawki z 1993 r. Z wspomnianego artykułu, wynika obowiązek uznania przez państwo prawa do życia nienarodzonego i zagwarantowania mu prawnego poszanowania oraz obrony i dochodzenia roszczeń, oczywiście przy odpowiednim uwzględnieniu równego prawa do życia matki (37).

Warto dodać, że niektóre konstytucje krajów kontynentu europejskiego zapewniają swym obywatelom prawa reprodukcyjne, a zwłaszcza prawo do planowania rodziny. Takie uregulowania pozostały w niektórych państwach utworzonych po rozpadzie Jugosławii, a mianowicie: Słowenii, Serbii, Macedonii. Zgodnie z art. 55 Konstytucji Słowenii z 1991 r. „każdemu przysługuje wolność decydowania o urodzeniu dziecka. Państwo zapewnia każdemu możliwość urzeczywistnienia tej wolności oraz stwarza warunki pozwalające rodzicom na dokonanie swobodnego wyboru co do urodzenia dziecka”.

Podobne uregulowania znalazły się także w Konstytucji Portugalii z 1989 r. w art. 67 par. 2, w związku z przepisem o ochronie rodziny zobowiązuje państwo do promocji za pomocą niezbędnych środków rozszerzonej wiedzy na temat planowania rodziny oraz do stworzenia prawnych i technicznych struktur pozwalających na planowane rodzicielstwo”. W podobnym duchu zostały utrzymane zapisy w konstytucji Turcji z 1982 r., która nakładała na państwo obowiązek ochrony matki i dziecka oraz zabezpieczenia edukacji w zakresie planowania rodziny (9).

W latach 80. i 90. ubiegłego wieku zbliżone przepisy pojawiły się także w niektórych konstytucjach państw Ameryki Południowej, a więc w Brazylii w 1988 r. w postaci art. 226 § 7, Kolumbii w 1991 r. rozdział 2 art. 42, Ekwadoru w 1984 r. art. 24 § 1, Gwatemali w 1985 r. art. 47, Meksyku w 1993 art. 4 § 2, Paragwaju w 1992 w art. 64 oraz Panamy w 1979 r.

W wielu państwach weryfikowano regulacje prawne, dotyczące przerywania ciąży pod kątem jej zgodności z konstytucjami krajowymi oraz uregulowaniami międzynarodowymi dotyczącymi praw człowieka. Niektóre regulacje prawne, jak na przykład w USA czy Kanadzie, miały formę obowiązujących dotychczas zakazów przerywania ciąży. Jednak znacznie częściej chodziło o projektowane bądź nowo wprowadzane przepisy znacznie szerzej niż do tej pory legalizujące wspomniane zabiegi. Działo się tak między innymi w Austrii, Hiszpanii,

Portugalii. Po przewrocie polityczno-społecznym na Węgrzech oraz utworzeniu Trybunału Konstytucyjnego zaskarżono dość liberalne, jak na ówczesne czasy, przepisy w przedmiocie przerywania ciąży, pochodzące jeszcze sprzed okresu transformacji.

Najczęściej pod adresem dotychczas obowiązujących przepisów, dotyczących przerywania ciąży stawiano zarzut, że zakazy przerywania ciąży, bądź konkretne ograniczenia naruszają zagwarantowane konstytucyjnie prawa kobiety (4, 9, 16, 17, 18, 19). Z kolei nowym przepisom prawnym, ustawodawstwom zarzucano zbyt liberalne uregulowania stojące w sprzeczności z podstawową zasadą konstytucyjną, czyli poszanowania życia ludzkiego.

Niestety, w większości państw od dłuższego czasu obserwujemy proces łagodzenia prawa dotyczącego aborcji. W większości krajów wysoko rozwiniętych już dokonała się bądź wciąż dokonuje liberalizacja przepisów prawnych w kwestii dopuszczalności przerywania ciąży, tym samym ułatwiając dostęp do zabiegów aborcyjnych.

Zdecydowana większość państw Unii Europejskiej dopuszcza aborcję podczas trzech pierwszych miesięcy ciąży na życzenie kobiety, a po tym okresie – z innych powodów, jak choćby z przyczyn społecznych, ze względu na zagrożenie zdrowia i życia, na okoliczności, w jakich doszło do ciąży oraz w przypadku choroby dziecka poczętego. W takich krajach, jak Szwecja czy Holandia nie ma nawet szczegółowych regulacji prawnych dotyczących warunków, jakie trzeba spełnić, aby aborcja była „legalna”. Zabicie dziecka poczętego traktowane jest tam na równi z innymi zabiegami medycznymi. Niestety, nic nie wskazuje na to, że szczegółowe procedury obowiązujące w innych krajach mają wpływ na zmniejszenie liczby aborcji i większe poszanowanie życia poczętego. Praktyka pokazuje, iż procedury są często bezkarnie omijane, zaś obowiązującego prawa nawet nikt nie próbuje egzekwować.

Trzeba podkreślić, że aż w jedenastu krajach Unii Europejskiej, a mianowicie Austrii, Belgii, Danii, Francji, Finlandii, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Luksemburgu, w Niemczech oraz Szwecji dopuszczona jest do ogólnego użytku pigułka wywołująca wczesne poronienie. Dość restrykcyjne przepisy aborcyjne znajdziemy w Hiszpanii i Portugalii, a ponadto w Irlandii Północnej, gdzie – inaczej niż w pozostałych częściach Wielkiej Brytanii – oficjalnie nie dopuszcza się zabiegu z tzw. względów ekonomicznych i społecznych. W Wielkiej Brytanii, Finlandii i Luksemburgu nie ma oficjalnie aborcji na życzenie bez szczególnego uzasadnienia, chociaż można właśnie podać względy ekonomiczne i społeczne. Spośród Państw Unii Europejskiej całkowity zakaz przerywania ciąży wprowadziła Malta, z kolei polska ustawa uchodzi za najbardziej restrykcyjną wśród dopuszczających warunkową aborcję. W pozostałych państwach członkowskich Unii Europejskiej przepisy są bardzo liberalne. Aborcja na życzenie możliwa jest zwykle przed końcem 12–14 tygodnia ciąży, jest to dopuszczalna w Austrii, Belgii, Danii, Francji, Grecji, Holandii, Niemczech, Szwecji i we Włoszech.

Jak widać, świat wielkimi krokami zmierza ku aborcji, tworząc coraz bardziej liberalne prawo. Pozostaje tylko zadać jedno podstawowe pytanie: czy to krok w dobrym kierunku?

8. Rozwiązania prawne i dostęp do antykoncepcji a liczba aborcji

Na świecie wiele prowadzi się rozważań i badań nad metodami antykoncepcji, jej skutecznością, działaniem na zdrowie kobiety, jak i w aspekcie jej wpływu na liczbę aborcji

W *The Guardian* ukazał się artykuł Polly Curtis na temat najnowszych badań seksuologów z Edynburga, na temat antykoncepcji i aborcji. W imieniu kolegów naukowców wyniki badań zaprezentowała Anna Glasier, która nie podała żadnych wniosków, psychologicznych, ani pedagogicznych, które z tych badań wynikają. Ograniczyła się jednak do sformułowania wniosku, że kobiety powinny uważniej niż dotąd stosować antykoncepcję.

Jednakże, wyniki wspomnianych badań stanowią ważny argument do toczącej się dyskusji na temat modelu wychowania seksualnego w szkołach oraz na temat promowanego przez coraz to bardziej liberalne środowiska założenia, jakoby stosowanie antykoncepcji jest skutecznym sposobem na ograniczanie liczby dokonywanych aborcji. Zdaniem autora, po raz kolejny okazało się, że fakty zdecydowanie przeczą tego typu twierdzeniu.

„Badania seksuologów z Edynburga są reprezentacyjne i miarodajne, gdyż naukowcy objęli nimi prawie trzy tysiące kobiet w ciąży oraz 900 kobiet, które zamierzały poddać się aborcji. Kobiety pytano o to, czy zamierzały zająć w ciążę, jakie środki antykoncepcyjne stosowały i czy uważają, że moment zajścia w ciążę był właściwy. Dwie trzecie kobiet oczekujących narodzin dziecka świadomie pragnęło potomstwa, zaś co dziesiąta zdecydowanie nie chciała zająć w ciążę. (...)

Najbardziej symptomatycznym wynikiem badań przeprowadzonych przez seksuologów z Edynburga jest fakt, że aż 75% wszystkich przypadków aborcji dokonują te kobiety, które stosują antykoncepcję! Tylko 25% ogólnej liczby aborcji dokonują kobiety, które nie stosują antykoncepcji! Te wyniki mogą być zaskakujące jedynie dla tych, którzy podchodzą do sprawy antykoncepcji w sposób ideologiczny, a nie w sposób realistyczny. Stosowanie antykoncepcji oznacza, że dana osoba rezygnuje z wiedzy na temat cyklicznej płodności pary ludzkiej i szuka w tej dziedzinie rozwiązań opartych na ignorancji oraz na tym, co łatwiejsze, a nie na tym, co mądrzejsze. W konsekwencji takiej filozofii życia osoby, które decydują się na stosowanie antykoncepcji w miejsce odpowiedzialnego rodzicielstwa, łatwo ulegają pokusie aborcji wtedy, gdy antykoncepcja zawodzi” (24).

Badania te kolejny raz naukowo potwierdzają fakt, że antykoncepcja nie tylko nie zmniejsza liczby aborcji, ale przeciwnie, wpływa na zwiększenie skali tego dramatycznego zjawiska. Najnowsze badania naukowców angielskich to za-

tem kolejny dowód na to, że najskuteczniejszym sposobem zmniejszania liczby aborcji nie jest upowszechnianie antykoncepcji, lecz edukacja na temat płodności młodych ludzi oraz pomaganie nastolatkom w tworzeniu dojrzałych więzi międzyludzkich, zwracając uwagę na mądrą hierarchię wartości.

„Dramatem w naszych czasach jest to, że wielu – a w niektórych środowiskach zdecydowana większość! – seksuologów, pedagogów i psychologów nie ma odwagi nawet wspomnieć młodzieży o tym, że w sferze seksualnej są możliwe takie postawy, dzięki którym w ogóle nie ryzykuje się zdrowia i życia dla chwili przyjemności seksualnej. To oczywiście, że o swoich postawach decydują sami zainteresowani, ale rolą odpowiedzialnych wychowawców jest przekazanie wychowankom rzetelnej wiedzy po to, by młodzi mieli szansę na podejmowanie rozważnych decyzji.

(...) Wychowankowie mają prawo wiedzieć o tym, że w odniesieniu do zachowań seksualnych wstrzemięźliwość przedmałżeńska i wzajemna wierność małżeńska to jedyny stuprocentowo pewny sposób ochrony przed AIDS i innymi chorobami wenerycznymi. Mają też prawo wiedzieć o tym, że znajomość fizjologii płodności pary ludzkiej pozwala na regularne współżycie seksualne z zachowaniem odpowiedzialnego rodzicielstwa bez potrzeby sięgania po antykoncepcję. Mają wreszcie prawo do wiedzy o tym, że najczęściej aborcji poddają się te kobiety, które stosują antykoncepcję” (24).

Badania z Edynburga potwierdzają fakt, że skutecznym sposobem na zapobieganie aborcji nie jest zatem promowanie antykoncepcji lecz upowszechnianie wśród młodych ludzi wiedzy na temat cyklu płodności właśnie po to, by nie musieli zawierzać sprawy rodzicielstwa zawodnej antykoncepcji. Seksuolodzy angielscy pomogli obalić jeden z najbardziej agresywnie promowanych i „poprawnych” politycznie mitów XXI wieku, a mianowicie mit, że aborcji dokonują głównie te kobiety, które nie stosują antykoncepcji. Należy się jednak spodziewać, że mit ten będzie nadal z uporem podtrzymywany przez tych wszystkich, którzy bogacą się na produkcji, sprzedaży i reklamowaniu antykoncepcji. O tym też młodzi ludzie powinni dowiedzieć się od wychowawców. Mniej wtedy będzie tych, którzy z powodu ignorancji czy naiwności krzywdzą siebie i innych w sferze seksualnej (24).

Na podstawie badań, wielu naukowców twierdzi, iż legalizacja aborcji praktycznie nie ma wpływu na wielkość zjawiska przerywania ciąży, chociaż bezpośrednio po uchwaleniu ustawy oficjalna liczba zabiegów uległa niewielkiemu wzrostowi. Czy należy to tłumaczyć odtajnieniem wykonywania tych zabiegów – czy faktycznym wzrostem skali zjawiska?

W wielu krajach Europy Wschodniej stwierdza się wysoką liczbę wykonania zabiegów sztucznego przerywania ciąży. W krajach, mimo liberalnych praw, odnotowany jest o wiele niższy wskaźnik aborcji. Przykładem jest Holandia, która jest w czołówce w promowaniu postaw seksualnych i edukowaniu oraz rozpowszechnianiu dostępu do środków antykoncepcyjnych.

Należy wspomnieć, iż w krajach, gdzie przerywanie ciąży jest nielegalne, trudno jest ocenić wpływ dostępności antykoncepcji na liczbę aborcji. Jednak w niektórych przypadkach można tego dokonać, posługując się danymi statystycznymi pośredniego wskaźnika aborcji a liczbą kobiet hospitalizowanych z komplikacjami, po źle wykonanych zabiegach. W Brazylii do 1991 r. wraz ze wzrostem zużycia środków antykoncepcyjnych, następował wzrost zabiegów aborcyjnych. Czy mogła na to wpłynąć niewłaściwa edukacja, brak poradnictwa w tym zakresie lub słaba skuteczność leków antykoncepcyjnych? Myślę, że trudno jest na to pytanie odpowiedzieć. Jednak w 1997 r. liczba hospitalizowanych kobiet z przyczyn złego przeprowadzenia aborcji spadła, i to o ok. 30%. Czy powodem jest malejąca liczba wykonania zabiegów, czy wzrost jakości usług aborcyjnych? A może skuteczność preparatów antykoncepcyjnych i większa świadomość kobiet? Na te pytania do końca twierdząco i z pełnym przekonaniem, nie można udzielić odpowiedzi.

Tak więc widzimy, że na świecie prezentowanych jest kilka scenariuszy w celu poprawy stosowania antykoncepcji w celu zapobiegania niechcianych urodzeń i nieplanowanych ciąży. Stale wprowadzone są ulepszenia w antykoncepcji, co ma prowadzić do większego wykorzystania tej metody. Kościół zdecydowanie potępia nie tylko aborcję, ale i antykoncepcję, z czym nie do końca zgadzają się wszyscy chrześcijanie. W myśl Kościoła przy stosowaniu antykoncepcji, wzrasta rozwiązłość i traktowanie przeciwnej płci, jako obiektu seksualnego, uznając jedynie naturalne metody zapobiegania nieplanowanej ciąży, do których zaliczmy: metodę kalendarzową, termiczną, śluzową i objawowo-termiczną. Oparte są one na kryteriach biologicznych, na poznaniu i ciągłej obserwacji zmian w przebiegu cyklu miesięczkowego, w rozpoznaniu okresów płodności i niepłodności kobiety bez ingerencji w naturalną funkcje organizmu (26). Wierni Kościoła bardziej zgodne wykazują stanowisko w stosunku do aborcji, niż do stosowania antykoncepcji. Inne metody zapobiegania ciąży są traktowane przez Kościół jako grzech, dlatego są zakazane (1, 2, 3).

W przeciwieństwie do stanowiska Kościoła rzymskokatolickiego, islam zezwala więc na stosowanie antykoncepcji, zakazuje natomiast sterylizację.

Mając na uwadze troskę o życie i zdrowie kobiety oraz względy materialne, zezwala się muzułmanom na stosowanie współcześnie różnych sposobów antykoncepcyjnych. W XX wieku w różnych częściach świata muzułmańskiego wydano w tej kwestii kilka ważnych opinii prawnych. W 1937 roku wielki mufti Egiptu wydał zezwolenie na stosowanie antykoncepcji pod wspomnianymi wyżej warunkami, tj.: zgoda małżonków, troska o zdrowie kobiety, materialna sytuacja rodziny. W Algierii istnieje przyzwolenie na antykoncepcję od zapewnienia, że nie doprowadzi ona do trwałej bezpłodności. Na uwagę zasługuje oficjalna opinia prawna, którą w 2003 roku ogłosił Sajjid Tantawi, szejch słynnego uniwersytetu Al-Azhar w Kairze. Opowiedział się on za legalną antykoncepcją w przypadku, gdy jest to decyzja obojga małżonków lub zaleci ją lekarz.

Podsumowując, widzimy, jaki ogromny wpływ na aborcję ma różnorodność wyznaniowa i to nie tylko kobiet będących w ciąży.

Wnioski

Na podstawie podstaw obowiązującego prawa i piśmiennictwa stwierdzono następujące wnioski:

1. Dyskusja na temat aborcji jest ciągle aktualna, lecz nadal nie doprowadza do rozwiązania problemu. Walka za i przeciw aborcji nie ma końca, dopóki są jej zwolennicy i przeciwnicy.
2. Sztuczne poronienie bezwzględnie jest dla kobiety zabiegiem bardzo niebezpiecznym, niosącym ogromne konsekwencje ze strony psychiczno-somatycznej, które wywierają wpływ na funkcjonowanie kobiety po aborcji zarówno w życiu rodzinnym, jak i społecznym.
3. Stanowisko Kościoła wobec problemu aborcji jest wyraźne i od wieków niezmiennie. Zabieg aborcji traktowany jest jako ciężki grzech, zabójstwo osoby niewinnej i bezbronnej z naruszeniem V przykazania Boskiego – **nie zbijaj!** Obecnie nie ma żadnych przesłanek, aby Kościół mógł to zdanie zmienić.
4. W Polsce po wprowadzeniu ustawy 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zaostrożono prawo dotyczące wykonywania zabiegu sztucznego przerywania ciąży.
5. W związku z liberalizacją na świecie prawa do aborcji, istnieje duże zagrożenie wykonywania nielegalnych (cichych) zabiegów przerywania ciąży poza granicą naszego kraju, gdzie aborcja jest prawnie dozwolona. Prawo polskie, w tym zakresie nie przewiduje kar.
6. Uregulowania prawne dopuszczają w Polsce stosowanie środków antykoncepcyjnych. Na podstawie opinii naukowców, trudno jest określić wpływ stosowania środków antykoncepcyjnych na liczbę aborcji. Zdania naukowców i zwierzchników Kościoła są podzielone. Na dzień dzisiejszy, w tym temacie nie ma możliwości, aby uregulowania prawne państwowe, a stanowisko Kościoła osiągnęło konsensus.

Piśmiennictwo

1. Paweł VI, Encyklika *Humanae Vitae*, 1968.
2. Ange Daniel, *Twoje ciało stworzone do życia*, wyd. „W drodze”, Poznań 1994.
3. Ks. Burzyk E., *Ewangelia życia*, Kuria Diecezji Bielsko-Żywiecka, Bielsko-Biała 1996.
4. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (art. 3, 6, 9, 26).
5. *Encyklopedia Białych Plam*, wyd. PWE.
6. Zubki Marek, *Problem aborcji na świecie w dokumentach i orzecznictwie sądowym*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 1997.

7. Kodeks karny, *Część szczególna. Komentarz do art. 117–277 kodeksu karnego*, pod red. A. Zolla, Kraków 1999.
8. Budyn-Kulik Magdalena, Kozłowska-Kalisz Patrycja, Kulik Marek, Mozgawa Marek, [w:] M. Mozgawa (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, *Kodeks karny. Komentarz praktyczny*, Oficyna, 2007, wyd. II.
9. Lang W., *Prawne problemy ludzkiej prokreacji*, wyd. Adam Marszałek, Toruń 2000.
10. Daszkiewicz K., *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Rozdział XIX kodeksu karnego. Komentarz*, Warszawa 2000.
11. Kodeks Etyki Lekarskiej z 14 grudnia 1991 roku w Bielsku-Białej II Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy.
12. Majewski J., W. Wróbel, *Prawnokarna ochrona dziecka poczętego*, „Państwo i Prawo” 1993.
13. Górniok O. i in., *Komentarz*, t. II, s. 120.
14. Zubki Marek, *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2007, wyd. IV.
15. Barczak-Oplustil Agnieszka, Bogdan Grzegorz, Ćwiąkałski Zbigniew, Dąbrowska-Kardas Małgorzata, Kardas Piotr, Majewski Jarosław, Raglewski Janusz, Rodzynkiewicz Mateusz, Szewczyk Maria, Wróbel Włodzimierz, Zoll Andrzej [w:] A. Barczak-Oplustil, G. Bogdan, Z. Ćwiąkałski, M. Dąbrowska-Kardas, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Rodzynkiewicz, M. Szewczyk, W. Wróbel, A. Zoll, *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117–277 k.k.*, Zakamycze, 2006, wyd. II.
16. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r.
17. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966 r.
18. Konwencja Praw Dziecka z 1989 r.
19. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r.
20. Amerykańska Deklaracja Praw i Obowiązków Człowieka z 1948 r.
21. Afrykańska Karta Praw Człowieka i Ludów z 1981 r.
22. Karta Podstawowych Praw i Wolności Republiki Czeskiej z 1991 r.
23. SA w Białymstoku – wyrok z 7 września 2004 r. (II Aka 207/04, OSAB 2005, z. 1, poz. 49).
24. Ks. Dziewiecki Marek, artykuł *Antykoncepcja prowadzi do aborcji* (http://zdrowie.onet.pl/1384333,2042,,,co-wiemy_o_antykoncepcji,seks.html).
25. Chańska Weronika, art. *Metody wczesnej aborcji*, Biuletyn Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny – nr 2/2002.
26. Bręborowicz Grzegorz H. i współautorzy: *Położnictwo i ginekologia*, tom II, wyd. lek. PZWL wyd. I, Warszawa 2007.
27. The Catholoc World Report, kwiecień 2002 r.
28. http://www.youtube.com/watch?v=MVFj_-SDIHE&feature=related.
29. Zega W. – red. w tłum. A. Świderkówna; przyp. ks. M. Starowieyski: *Pierwsi Świadkowie*, wydawnictwo M, wyd. II.
30. www.opoka.org.pl.
31. Wiak K., *Ochrona dziecka poczętego w polskim prawie karnym*, Lublin 2001.
32. Kodeks Karny z 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. 2.08.1997, nr 88, poz. 553).
33. www.wiem.pl.

34. Konferencja „Aborcja – przyczyny, następstwa, terapia”, Warszawa, 2004 r.
35. Simon W., Gajowy M., *Terapia grupowa HPLCARR dla osób doświadczających następstw przemocy, zaniedbania i straty ciąży*, *Psychiatria Polska*, 2002, tom XXXVI, nr 6.
36. Konarska-Wrzosek V., *Ochrona dziecka w polskim prawie karnym*, Toruń 1999, s. 15.
37. Amendment of the Constitution, Act of 7 10 1983.
38. Przyłuska-Fischer A., *Problemy etyczne genetyki – zarys problematyki*, <http://www.sciaga.pl/tekst/zalacznik/14632/>.

Anna Jeżewska¹

Macierzyństwo zastępcze w Polsce i na świecie – aspekty prawne i etyczne

1. Wstęp

Macierzyństwo zastępcze jest zjawiskiem, które pojawiło się w świecie wraz z rozwojem medycyny i technik wspomagających sztuczną prokreację. Macierzyństwo zastępcze jest idealnym rozwiązaniem dla par, które nie mogą mieć własnych dzieci, lecz bardzo ich pragną, a adopcja nie jest brana pod uwagę. Istotą tego proceduru jest to, że kobieta, która jest w stanie donosić ciążę, wykorzystuje swoje możliwości anatomiczne, jak i fizjologiczne, podpisując umowę z niepłodną parą, że odpowiedzialność i prawa rodzicielskie po narodzeniu dziecka matka zastępcza odda zleceniodawcom.

2. Cel pracy

Przedstawienie i omówienie zagadnień prawnych i etycznych związanych z macierzyństwem zastępczym.

3. Niepłodność

Niepłodność dotyka prawie 1/4 par, które starają się o dziecko. O niepłodności możemy mówić wtedy, kiedy niemożliwe jest zajście w ciążę, mimo jednorocznego współżycia seksualnego z częstotliwością 3–4 stosunków na tydzień, bez stosowania jakiegokolwiek antykoncepcji [1]. Problem ten dotyka i kobiety, i mężczyzn, i jest dolegliwością, która może mieć swoje źródło w wielu przyczynach i sytuacjach. Do jednych z najważniejszych czynników zalicza się cukrzycę, choroby nadnerczy, tarczycy, a także alkoholizm, anatomiczne nieprawidłowości w układzie rozrodczym kobiety, choroby przysadki mózgowej, choroby weneryczne, choroby jajników lub jąder. Bardzo istotnym elementem jest bardzo do-

¹ Przewodnicząca Studenckiego Koła Etyki i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

kładne przyjrzenie się problemowi i postawienie odpowiedniej diagnozy. Jednak mimo wszystkich starań medycyny, niektórym parom nie udaje się pomóc. Niemal wszystkie kobiety po nieustannym i bezskutecznym staraniu się o dziecko popadają w stany depresyjne. Większość z nich nie jest w stanie poradzić sobie z tak wielkim ciężarem. Między małżonkami narasta napięcie, frustracja i gniew, żeby przetrwać trudny okres i pokonać ból emocjonalny dla wielu z nich oprócz leczenia niepłodności i interwencji lekarskich stosuje się psychoterapię. Według Jana Pawła II, który od samego początku interesował się problemami w małżeństwie, określił bezpłodność jako ciężką próbę, a dzięki wspólnocie wierzących i podtrzymywaniu na duchu dążących do rodzicielstwa, małżonkowie mają okazję uczestniczyć w duchowej płodności, bo wtedy życie małżeńskie nie traci na swej wartości [2]. Niestety, w dzisiejszych czasach niewiele par jest zdolnych do całkowitego poświęcenia się swojemu cierpieniu, dlatego wiele z bezdzietnych i niepłodnych par decyduje się na inne wyjście – niekoniernie zgodne z naturą człowieka.

4. Macierzyństwo zastępcze

Istnieje dość niepowszechne rozwiązanie problemu niepłodności, dla par które stoją na krawędzi załamania. Wystarczy wpisać w wyszukiwarkę internetową frazę *surogatka*, a bez większych trudności można znaleźć ogłoszenia dotyczące wynajmu brzucha dla par niemogących mieć dzieci. Bez zbędnych formalności można mieć potomka za wycenioną lub wynegocjowaną wcześniej sumę. Kim są zatem wspomniane *surogatki*? Słowo surogatka jest spolszczonym określeniem angielskiego wyrażenia *surrogate mother*, co oznacza matkę zastępczą, która w zamian za wynagrodzenie przyjmuje do swojej macicy zapłodnioną drogą *in vitro* komórkę jajową innej kobiety, która ma trudności z zajściem lub donoszeniem ciąży. Surogatka staje się wówczas tylko biologiczną matką dziecka, ponieważ umożliwia wyłącznie na rozwój embrionu w swoich drogach rodnych, natomiast genetyczną matką jest dawczyni komórki jajowej. Rzadziej zdarza się, że do zapłodnienia dochodzi drogą naturalną poprzez stosunek płciowy. Wówczas surogatka jest zarówno matką biologiczną, jak i genetyczną, jako że w celu zapłodnienia oddała własną komórkę jajową. Rola surogatki sprowadza się zatem do donoszenia ciąży, urodzenia dziecka i zrzeknięcia się wszystkich praw do dziecka na rzecz rodziców, którzy za określoną sumę wynajęli jej macicę.

Moda na wynajęcie brzucha pojawiła się z USA po słynnym precedensie z 1986 roku, kiedy na świat przyszło dziecko o pseudonimie „Baby M”² urodzone przez zastępczą matkę. Sprawa zyskała rozgłos, gdyż surogatka, która nie chciała oddać dziecka swoim zleceniodawcom, przegrała sprawę w sądzie.

² In the Matter of Baby M., 109 N.J. 396 (1988).

5. Aspekty prawne

Prawo rodzinne w przypadku zastępczego macierzyństwa jest bardzo złożone i najczęściej niepewne. Istnieje domyślne prawo w większości krajów, że kobieta która urodzi dziecko, jest zarazem matką dziecka. W niektórych systemach prawnych możliwość macierzyństwa zastępczego jest już dozwolona, lecz w innych krajach jeszcze nie.

Zgodnie z polskim Kodeksem Rodzinnym i Opiekuńczym definicja matki zakłada, że matką dziecka jest kobieta, która je urodziła³. Oznacza to, że kobietę tą wpisuje się w akt urodzeniowy niemowlęcia. To, że surogatka nie jest genetyczną matką noworodka nie może być podstawą do zaprzeczenia jej macierzyństwa, bo w świetle prawa nie ma to większego znaczenia. Przekazanie praw rodzicielskich może odbyć się jedynie przez adopcję za zgodą tylko i wyłącznie sądu opiekuńczego. Sąd opiekuńczy kieruje się dobrem dziecka, więc wcześniej zawarta umowa między surogatką a genetycznymi rodzicami, nie zapewnia zgodnej z ich zamiarem decyzji, może spowodować tylko odpowiedzialność karną [3].

Według polskiego Kodeksu Cywilnego Art. 58. § 1 „czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek”⁴. W Polskim prawie jednak nie ma ustawy ani przepisów regulujących wprost czynności wiążących się z „wynajmowaniem” macicy na okres ciąży, jako że obecny Kodeks Rodziny i Opiekuńczy jest archaiczny i kiedy powstawał nie przewidywał istnienia surogatki.

W Polsce umowy między bezdzietnymi małżeństwami a surogatkami są zawierane na zasadzie umów cywilnych, które nie są zakazane, lecz w świetle prawa są nielegalne, bo umowa między wspomnianymi wcześniej osobami jest nieważna, gdyż jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego na mocy art. 58 Kodeksu Cywilnego [4]. Za sprzecznością z tymi zasadami umową przemawiają argumenty natury moralnej. Zawarcie kontraktu między matką zastępczą a rodzicami narusza przyrodzoną godność osoby ludzkiej. Jednak pojęcie „współżycie społeczne” ma niewątpliwie szeroki zakres i jest bardzo chętnie wykorzystywane dla uzasadnienia prawidłowości.

Oficjalnie surogatki nie istnieją w polskim prawie, jednak za okres ciąży i urodzenie dziecka żądają sum dochodzących nawet do 100 tysięcy złotych. W Kodeksie Karnym w Art. 253. § 1 jest napisane, że „kto uprawia handel ludźmi nawet za ich zgodą, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3”⁵. Natomiast Art. 253. § 2 mówi o tym, że „kto to w celu osiągnięcia ko-

³ Dziennik Ustaw z 5 marca 1964 Nr 9 poz. 59 – Kodeks Rodziny i Opiekuńczy.

⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny.

⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

rzyści majątkowej, zajmuje się organizowaniem adopcji dzieci, wbrew przepisom ustawy, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5⁶ [5].

W innych krajach prawo jest bardziej sprecyzowane i zakłada istnienie surogatek. W Japonii i Hong Kongu, Arabii Saudyjskiej, Austrii, Niemczech czy Norwegii prawo zabrania surogacji, a osoby, które działają wbrew przepisom mogą być poddane surowej karze. We Francji tak jak na Węgrzech czy we Włoszech surogacja jest zabroniona.

Francuski Kodeks Cywilny jasno określa, że trudnienie się surogacją i wynajmowanie macicy na okres ciąży jest nielegalne i karane. Francuski sąd kasacyjny, uznał, że organizowanie z inną osobą umów dotyczących wynajmu brzucha, a następnie przekazanie dziecka domniemanym rodzicom jest niezgodne z prawem na podstawie:

- Art. 6 w który mowa o tym, że umowy dotyczące porządku publicznego i moralnego nie mogą zostać włączone w drodze umów prywatnych,
- Art. 1128 gdzie napisane jest, że tylko rzeczy, które mogą być przedmiotem obrotu prawnego między osobami fizycznymi, mogą być przedmiotem umów [6].

W Gruzji i na Ukrainie surogacja jest całkowicie zgodna z prawem, które zakłada że po urodzeniu dziecka matka zastępcza nie ma do niego żadnych praw rodzicielskich. Na Ukrainie macierzyństwo zastępcze reguluje § 123 Kodeksu Rodzinnego w którym napisane jest, że jeśli komórki stworzone przez rodziców zostaną wszczepione do innej kobiety, to małżonkowie są rodzicami dziecka. Wymagana jest jedynie pisemna zgoda wszystkich stron uczestniczących w programie. Ponadto na Ukrainie dziecko jest prawnie uznawane za „przynależność” do rodziców, nawet jeśli została dokonana opłata za udostępnienie macicy bądź w przypadkach gdzie, dziecko nie ma z przyszłymi rodzicami relacji genetycznych. Ukraina i Gruzja to najbardziej korzystne finansowo dla przyszłych rodziców kraje w Unii Europejskiej, dlatego ilość agencji oferujących usługi surogatek jest bardzo duża [7].

W Indiach surogacja jest prawnie uznawana przez Supreme Court of India czyli najwyższą instytucję sądową w tym państwie. Dzięki doskonałej infrastrukturze medycznej, oraz łatwej dostępności istnieje wysoki, międzynarodowy popyt na zastępcze matki. Indie są pod tym względem liderami światowymi i pionierami w rozwijaniu tzw. płodnej turystyki. Ze względu na niskie ceny wynajmu zastępczej matki Indie są coraz bardziej popularne wśród niepełnych par szukających rozwiązania. Koszt takiego precedensu wynosi od 10 do 28 tysięcy dolarów, jest to mniej więcej jedna trzecia ceny w porównaniu z Wielką Brytanią. Narodowa Komisja ds. Kobiet mówi, że w Indiach istnieje około 3 tysięcy klinik oferujących usługi macierzyństwa zastępczego. W Indiach ten kwitnący przemysł szacowany jest obecnie na ponad 500 milionów dolarów rocznie [8].

⁶ Tamże.

W Australii i Kanadzie komercyjna surogacja jest nielegalna, ale w wielu australijskich i kanadyjskich prowincjach altruistyczne macierzyństwo zastępcze jest legalne. Podobnie jak w Belgii i Holandii, gdzie dopuszczalne przez prawo jest tylko i wyłącznie „charytatywne” macierzyństwo zastępcze, natomiast oferowanie jakichkolwiek wynagrodzeń za usługi surogatek jest całkowicie zabronione.

W Europie większość krajów jest przeciwna legalizacji macierzyństwa zastępczego. Jednak nie tylko kraje, takie jak Rosja czy Ukraina, ale także Wielka Brytania, Finlandia i Grecja zalegalizowały zjawisko „wynajmowania brzucha”, którego kolebką są Stany Zjednoczone, a zastępcza ciąża jest wykonywana tam zgodnie z prawem w większości stanów.

6. Aspekty etyczne

Badania przeprowadzone przez Family and Child Psychology Research Centre w Londynie w 2002 roku ukazały, że surogatki bardzo rzadko mają problem z oddaniem praw rodzicielskich do zastępczego dziecka domniemanym rodzicom. Wykazano także, że rodzice dziecka okazują mu większe ciepło i troskę [9, 10]. Antropologiczne badania przeprowadzone na surogatkach pokazały, że matki zastępcze przez okres ciąży nie wiążą się emocjonalnie z noszonym dzieckiem. Wiele z nich stara się celowo wspierać rozwój emocjonalny między przewidzianą matką a dzieckiem [11]. Po dwudziestu latach macierzyństwa zastępczego, właściwie świeckie systemy etyczne dopuszczają istnienie tego zjawiska.

Jednoznaczne jest jednak w tej sprawie stanowisko Kościoła Katolickiego, który w „Donum Vitae” z 22 lutego 1987 roku krytykuje macierzyństwo zastępcze mówiąc, że jest ono moralnie niedopuszczalne, ponieważ „sprzeciwia się ono jedności małżeństwa i godności zrodzenia osoby ludzkiej”⁷. W opinii Kościoła macierzyństwo zastępcze obraża godność i prawo dziecka do poczęcia. Macierzyństwo nie wiąże się przecież tylko z wychowaniem dziecka, ale również z ciążą, dzięki której między nienarodzonym dzieckiem a matką rodzi się naturalna więź. Judaizm kategorycznie i surowo zabrania tego zjawiska, z uwagi na podniosłość naturalnych więzi między płodem a matką. Najbardziej przerażające w całej procedurze zastępczego macierzyństwa jest instrumentalne traktowanie żywej istoty – dziecka – które jest przedmiotem umowy kupna i sprzedaży oraz macicy traktowanej jako lokal do wynajęcia. Zarazem dziecko, jak i zdolność kobiet do bycia matką nie powinny być środkami biznesowymi, dającymi prawo do zostania maszyną rozrodczą produkującą towary konsumpcyjne. Według teologów chrześcijańskich, takie zachowania są naruszeniem utartych norm

⁷ Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia i o godności jego przekazywania, Donum vitae, 22.02.1987.

społecznych. Protestantyzm również jest przeciwny postawie „nosiciela ciąży”, ponieważ degraduje ono życie ludzkie i sprowadza je do kategorii towaru. Według Islamu, dopuszczalne jest macierzyństwo zastępcze, ale tylko z inną żoną w zalegalizowanej poligamii. Jedynie buddyzm popiera macierzyństwo zastępcze, ale tylko i wyłącznie w intencjach altruistycznych, w żadnym wypadku dla korzyści finansowych [12].

Macierzyństwo zastępcze burzy naturalne zasady pokrewieństwa, czasem nawet aż po granice kazirodztwa w przypadkach, gdy matką zastępczą staje się osoba spokrewniona, która godzi się na urodzenie dziecka członkowi rodziny. Nasuwa się wówczas pytanie, kim jest nienarodzone jeszcze dziecko? Czy jest ono wnukiem, czy siostrą? Macierzyństwo zastępcze odrywa dziecko od aktu prokreacji, wywraca całkowicie linie pokrewieństwa, co jest sprzeczne z naturą i godnością ludzką.

Wysocze rozwinięta medycyna i technologia nadaje prokreacji charakter stechniczowany. Wymiar naturalny rodzicielstwa jest przez zjawisko surogacji bardzo ograniczony. Najbardziej cierpi dziecko, którego pozbawia się naturalnych praw, pozbawia się go biologiczno-społecznej tożsamości. W art. 21 Europejskiej Konwencji Bioetycznej istnieje zapis: „Ciało ludzkie ani jego części – jako takie – nie mogą stanowić źródła korzyści finansowych”⁸. Można tą zasadę odnieść do zastępczych matek, gdyż surogatka wykorzystuje problem bezdzietnej pary, wynajmując swoje ciało, traktując je jako źródło dochodu i czerpiąc z tego korzyści finansowe [13].

7. Wyniki

W Polsce nie istnieje prawo dotyczące działania matek zastępczych. Jedyne dokumenty i przepisy, które regulują te zjawisko opierają się na Kodeksie Cywilnym, Kodeksie Karnym i Kodeksie Rodzinnym i Opiekuńczym.

Bardzo silny wpływ na rozwój surogacji i decydujące zdanie na ten temat posiada Kościół Katolicki, który jest głęboko zakorzeniony w życiu, jak i w tradycji naszego kraju.

W wielu krajach na świecie istnieje już prawo dotyczące macierzyństwa zastępczego. W większości z nich surogacja jest surowo zabroniona, lecz w Indiach, na Ukrainie czy w Gruzji jest ona szeroko praktykowana.

8. Podsumowanie i wnioski

Dzięki postępowi medycyny człowiek dysponuje coraz to bardziej skutecznymi środkami leczniczymi, to co było kiedyś niemożliwe dzisiaj jest powszechnie praktykowane. Człowiek ingeruje w ludzkie życie od samego początku. Me-

⁸ <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.html> data wejścia: 16.12.2010.

dycyna obecnie zrobiła taki krok ku przyszłości, że wraz ze swoją zaawansowaną technologią są w stanie nie tylko leczyć, ale i kierować procesami przekazywania życia. Tak, jak napisane jest w Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania, że „metody takie mogą technicznie pozwolić człowiekowi „brać w ręce swoje przeznaczenie”, lecz wystawiają go również „na pokusę przekroczenia granic rozumnego panowania nad naturą”⁹ [14].”

Piśmiennictwo

1. Położnictwo i ginekologia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 737, 741.
2. Adhorecja apostolska Ojca Świętego Jana Pawła II o zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym. Familiaris Consortio.
3. Dziennik Ustaw z 5 marca 1964 Nr 9 poz. 59 – Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy.
4. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny.
5. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny.
6. http://www.legifrance.gouv.fr/html/codes_traduits/code_civil_textA.htm#CHAPTER%20II%20%20THE%20OF%20RESPECT%20OF%20THE%20HUMAN%20BODY9, data wejścia: 14.12.2010.
7. http://www.mfa.gov.ua/data/upload/publication/usa/en/7148/family_kideks_engl.pdf, data wejścia: 14.12.2010.
8. Kannan S., Regulators eye India’s surrogacy sector, India Business Report, BBC World, 18 March 2009.
9. MacCallum F., Surrogacy: The experience of commissioning couples Human Reproduction, Vol. 18, No. 6, s. 1334–1342.
10. Vasanti J., Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. Human Reproduction, Vol. 18, No. 10, s. 2196–2204.
11. Teman E., The Medicalization of ‘Nature’ in the Artificial Body: Surrogate Motherhood in Israel, Medical Anthropology, Quarterly 17 (1), 2003, s. 78–98.
12. Tokarczyk R. A.: Prawa narodzin, życia i śmierci. Zakamycze, Wolters Kluwer Polska 2006, 174–180.
13. <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.html>, data wejścia: 16.12.2010.
14. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia i o godności jego przekazywania, Donum vitae, 22.02.1987,

⁹ Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia i o godności jego przekazywania, Donum vitae, 22.02.1987.

Anna Buszka¹, Angelika Gonzalez¹,
Anna Bednarek¹, Kinga Błoszyk¹

Medycyna na granicy życia w obliczu niepłodności

Wstęp

Bezpłodność jest ważnym problemem współczesnych rodzin. Stanowi ona także dylemat etyczno-prawny obejmujący całe społeczeństwo. Natomiast zapobieganie niepłodności to temat kontrowersyjny. Bezdzietni partnerzy szukają pomocy w przyjsciu na świat upragnionego biologicznego dziecka. Medycyna rozrodu człowieka proponuje im pomoc nad nadzorem naturalnego cyklu kobiety, poprzez inseminacje czy też zapłodnienie pozaustrojowe (in vitro fertilisation – IVF). Według przedstawicieli ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embriology) leczenie niepłodności powinno zakończyć się narodzinami zdrowego dziecka.

NaProTechnologia to nowa metoda zajmująca się opisywaniem, diagnozowaniem i leczeniem niepłodności. Polega na prowadzeniu nadzoru nad naturalnym cyklem hormonalnym kobiety, ewentualnie na ingerencji farmakologicznej w postaci indukcji jajczkowania, suplementacji – wspomagania II fazy oraz umożliwienia współżycia naturalnego jako sposobu uzyskania poczęcia.

Druga metoda klasycznej medycyny rozrodu polega na zastąpieniu naturalnego współżycia inseminacjami, czyli podawaniem nasienia męskiego na szyjkę macicy, plemników do jamy macicy czy też do jajowodów.

Zapłodnienie in vitro jest metodą zapłodnienia polegającą na doprowadzeniu do połączenia komórki jajowej i plemnika w warunkach laboratoryjnych, poza żeńskim układem rozrodczym.

Według Jana Pawła II „W centrum wszelkich poszukiwań naukowych należy stawiać zawsze człowieka – osobę z przyrodzoną godnością i niezbywalnym prawem do życia od samego początku aż do naturalnego kresu”.

¹ Kierunek Pielęgniarstwo I rok Dzielne Studia Uzupełniające Magisterskie, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki

Negatywne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego

Metoda zapłodnienia *in vitro* rodzi spór pomiędzy prawem do dziecka a niebezpieczeństwem jego uprzedmiotowienia oraz wykorzystaniu powstałych embrionów, czy zarodków. Trzeba także zwrócić uwagę na celowość świadomego działania nad użyciem embrionalnych komórek macierzystych w kierunku wypracowania procedur skutecznej terapii niektórych chorób oraz uzyskania wiedzy niezbędnej dla dalszego rozwoju nauki.

Procedura ta obejmuje 2 etapy: farmakologiczny i biotechnologiczny. Pierwszy z nich polega na stymulowaniu jajczkowania, czyli podawaniu kobiecie leków przy nadzorze USG i ocenie aktywności hormonów. Celem jest doprowadzenie do ujawnienia się pęcherzyków Graafa w jajnikach wraz z komórkami jajowymi. W kolejnej fazie pacjentka poddawana jest nakłuciu jajników w celu uzyskania 6–15 żeńskich gamet. Następnie komórki żeńskie i męskie zostają łączone w warunkach laboratoryjnych, najczęściej poprzez docytoplazmatyczną iniekcję plemnika do komórki jajowej. W inkubatorach 6–8 zarodków zostaje poddawanych ocenie tempa podziałów komórkowych, około czwartej doby następuje selekcja – wybranie przez embriologa dwóch najlepiej rokujących i wykonanie transferu do jamy macicy pacjentki. Pozostałe embriony poddawane są kriokonserwacji, czyli zamrożeniu i przechowywaniu w niskiej temperaturze, około minus 195°C. Jest to niewątpliwie negatywny etycznie aspekt programu *in vitro*, ponieważ mrożone zarodki należą do grupy o zwiększonym ryzyku śmierci. Nie wszystkie poczęte dzieci mają taką samą szansę przeżycia.

Często stawia się pytania dotyczące istoty embrionu. Czy jest on już rozwijającym się ludzkim organizmem? Wydaje się być oczywiste, że okres zarodkowy to pierwszy etap rozwoju człowieka. Kolejne pytanie, na które trudno znaleźć odpowiedź to: Czy embrion posiada status pełnowartościowej osoby? Czy godność ludzką można łączyć z embrionem?

Otóż embriony są istotami ludzkimi, więc obejmuje je pojęcie uniwersalnej godności właściwej istotom ludzkim i wynikające stąd powinności moralne. Jeżeli byśmy odebrali embrionowi kategorię godności, to od którego momentu możemy stwierdzić fakt posiadania godności? Prawdopodobnie zaczęlibyśmy uważać, iż godność można stopniować wraz z rozwojem. Mylnie zaczęlibyśmy wyrażać godność ludzką w procentach.

Problemem wynikającym z użycia metody *in vitro* jest fakt, iż podczas stosowania IVF powstaje znaczna liczba embrionów nadliczbowych. Można zadać sobie pytanie, czy w przyszłości nie dojdzie do takiego momentu, kiedy zamrażalniki będą pełne embrionów, co jest efektem świadomego działania człowieka, zostaną wykorzystane jako środek ratowania życia, czy nie zaczną powstawać chimery czy hybrydy?

Obecnie, w krajach rozwiniętych około 2–3% urodzeń jest wynikiem zastosowania techniki *in vitro* [1].

Należy pamiętać, iż podczas in vitro może dojść do wystąpienia ciąż mnogich, które pretendują do wystąpienia wcześniejszego zakończenia, poronienia lub porodu wcześniaków lub noworodków z wadami wrodzonymi [2].

W badaniach naukowych stwierdzono 2-krotny wzrost ryzyka przedwczesnego porodu dzieci poczętych in vitro [3]. Trzeba także zadbać o zdrowie psychiczne kobiet, które poddają się tej procedurze.

Możliwe, że po pełnym zaakceptowaniu prawa do IVF nastąpi produkcja uprzedmiotowionego materiału biologicznego dla celów pozareprodukcyjnych, terapeutycznych, naukowych. Trzeba przypomnieć, iż w laboratorium następuje selekcja embrionów ludzkich. Wybiera się ten embrion, który wydaje się być najsilniejszym spośród nich. Wykorzystanie embrionu ludzkiego dla celów pozaprokreacyjnych, które nie służą jemu samemu należy uznać za działanie głęboko niemoralne. Nie można zabijać dla ratowania drugiego człowieka [4].

Pozytywne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego

Zapłodnienie in vitro jest stosowane od dawna w wielu krajach na świecie, również w Polsce można spotkać się z tym sposobem „leczenia” niepłodności [5]. W społeczeństwie toczy się wiele debat na temat leczenia owej niemożności posiadania potomstwa, głównie o technikach rozrodu wspomaganego – ART (Assisted Reproductive Techniques), gdzie na pierwszym miejscu znajduje się metoda in vitro [6].

Faktem przemawiającym za metodą pozaustrojowego zapłodnienia kobiety jest to, iż dziecko urodzone przy pomocy zapłodnienia in vitro ulega podobnym zagrożeniom i nieprawidłowościom co dziecko poczęte w sposób fizjologiczny. Nie jest więc regułą ani przeciwwskazaniem leczenie bezpłodności w ten właśnie sposób [9].

Rodzicielstwo jako rola społeczna jest ważnym etapem w rozwoju dojrzałego człowieka, wiąże się ono również z rozwojem psychoseksualnym. Te elementy mają wpływ na stan psychiczny kobiety, jak i mężczyzny. W społeczeństwie posiadanie dziecka jest uważane jako etap scalający małżeństwo. Statystyki wykazują większe ryzyko samobójstw i kryzysów małżeńskich pośród par bezdzietnych, niż pośród par mogących mieć dzieci.

Czym w takim razie jest niepłodność? Niepłodność jest stanem, w którym po roku regularnego współżycia płciowego bez stosowania środków ograniczających płodność, nie dochodzi do poczęcia dziecka. Światowa Organizacja Zdrowia wpisała niepłodność na listę chorób ICD 10, gdzie niepłodność to choroba społeczna dotycząca dużej grupy ludzi [7, 8].

Problem niepłodności może mieć swoją przyczynę w schorzeniach zarówno kobiecych (najczęściej zaburzenia owulacji), jak i męskich – tutaj nieprawidłowości dotyczące nasienia (po 50%), natomiast w mniej więcej 15% przypadków niepłodność uwarunkowana jest zaburzeniami zdrowia obojga małżonków [6, 9].

Poznanie zdania opinii publicznej na temat zapłodnienia in vitro, jest istotnym elementem, aby określić poziom zaangażowania społeczeństwa w problem bezpłodności oraz jakie jest nastawienie populacji do tego typu metody radzenia sobie z tym problemem.

Wyniki sondażu CBOS ze stycznia roku 2005 potwierdzają aprobatę społeczeństwa, aby metoda zapłodnienia pozaustrojowego była dopuszczalna dla małżeństwa niemogącego mieć dzieci – 76% Polaków, natomiast 15% jest zdania przeciwnego [5].

Tabela 1. Wyniki sondażu CBOS na lata 1995/2003/2005

Czy Pana(i) zdaniem, w sytuacji kiedy małżeństwo nie może mieć dzieci, powinno ono czy też nie powinno mieć możliwości dokonania zabiegu zapłodnienia poza organizmem kobiety?	Wskazania respondentów według terminów badań		
	1995	2003	2005
	W procentach		
Zdecydowanie tak	44	36	46
Raczej tak	29	28	30
Raczej nie	8	10	9
Zdecydowanie nie	8	10	6
Trudno powiedzieć	11	16	9

Źródło: Derczyński W.: Społeczna akceptacja dla dziecka „z próbki”. *Prawo i Medycyna*, 2005, 1 (18 vol. 7), 103.

Trzeba wziąć pod uwagę również fakt, iż rozród wspomagany nie musi być ostateczną metodą leczenia bezpłodności, w początkowej diagnostyce uwzględniane jest leczenie farmakologiczne czy też leczenie zabiegowe [6].

Problem bezpłodności jest bardzo duży. Ważnym jest, iż społeczeństwo polskie go dostrzega, pomimo aspektów religijnych i poglądów politycznych, ludność chce, aby metoda zapłodnienia pozaustrojowego funkcjonowała i była dostępna dla bezdzietnych małżeństw [5].

Pozytywne aspekty NaProTechnologii

NaProTechnologia (ang. Natural Procreative Technology – Technologia Naturalnej Prokreacji) jest najnowocześniejszą dziedziną nauk medycznych, w pełni profesjonalną w zakresie ginekologiczno-prokreacyjnego zdrowia kobiet. System ten oferuje leczenie farmakologiczne i chirurgiczne, które w pełni współpracuje z układem rozrodczym kobiety, bez stosowania jakichkolwiek środków i metod niszczących naturalne mechanizmy. Zajmuje się przede wszystkim kompleksowym diagnozowaniem i leczeniem niepłodności [10]. Skuteczna również w rozwiązywaniu takich problemów, jak: nawykowe poronienia, zespół napięcia

przedmiesiączkowego, depresje poporodowe, policystyczne jajniki, zaburzenia hormonalne, nawracające torbiele jajnikowe itd. [11].

Twórcą Naturalnej Metody Prokreacji jest Profesor Thomas Hilgers, który zainspirowany przesłaniem encykliki „Humane Vita” Papieża Pawła VI w latach 80-tych XX wieku założył wraz ze współpracownikami Instytut Badań nad Ludzką Rozrodczością im. Pawła VI w Omaha, (Nebraska, USA) [12, 16].

Podstawą NaProTechnologii jest opracowany na Jezuickim Uniwersytecie Creightona – Model Creightona (CrMS – system troski o płodność), popularna w USA terapia naturalnego planowania rodziny, która oparta jest wystandaryzowanej modyfikacji metody owulacyjnej Billingsów. Model ten polega na dogłębnej diagnostyce, czyli obserwacji przez kobietę biomarkerów płodności w cyklu miesięczkowym, do których należą następujące parametry: ilość i jakość śluzu szyjkowego, długość cyklu menstruacyjnego oraz fazy przed- i poowulacyjnej, występowanie dnia szczytu (owulacji), zmienność występowania krwawienia, obecność plamienia przedmiesiączkowego oraz brązowego lub czarnego plamienia kończącego miesiączkę [10, 13].

Niewątpliwą zaletą Modelu Creightona jest to, że może być używany na różnych etapach życia kobiety:

- przed małżeństwem – w celu monitorowania płodności i zdrowia ginekologicznego,
- przy cyklach regularnych i nieregularnych, owulacyjnych i bezowulacyjnych,
- w sytuacji problemów hormonalnych,
- po epizodzie poronienia,
- w okresie karmienia piersią – szczególnie cenna jest tak dokładna obserwacja śluzu i brak konieczności pomiaru temperatury,
- w okresie premenopauzy [15].

Szczegóły Modelu Creightona partnerzy poznają według ogólnoswiatowego programu edukacyjnego pod opieką wykwalifikowanego instruktora. Podstawowy cykl nauki obejmuje 9 spotkań, na których zdobywają kompleksową wiedzę na temat swojej płodności, rozpoznawania jej i stosowania w życiu codziennym. Zwiększa się ich świadomość zdrowotna, która ułatwia konsultacje z naprotechnologiem i stawianie diagnozy przy wielu schorzeniach, jak również pomaga w podjęciu decyzji o poczęciu dziecka [12, 14].

Kolejnym etapem jest wprowadzenie przez lekarza, konsultanta wszystkich niezbędnych badań diagnostycznych prowadzonych w odpowiednim czasie cyklu, które kobieta sama już potrafi rozpoznać. Gdy już zostaną poznane przyczyny niepłodności, wdrażane jest wówczas leczenie, wykorzystujące wiedzę z zakresu farmakologii, andrologii, endokrynologii oraz chirurgii.

Równocześnie prowadzona jest kompleksowa diagnostyka męzczyzny, która zmierza do wykluczenia ewentualnych problemów z niepłodnością, gdy występują jakiegokolwiek schorzenia, podejmowane jest leczenie w celu ich wyeliminowania. Pełen cykl leczenia trwa ok. 2 lata i jeśli powiedzie się poczęcie, model

ten wiele uwagi poświęca monitorowaniu ciąży oraz zapewnieniu pomyślnego jej przebiegu aż do urodzenia się dziecka [14].

Skuteczność leczenia niepłodności za pomocą metody NaProTechnology na podstawie badań Instytutu Papieża Pawła VI z roku 2004 opublikowanymi w *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology* Thomas W. Hilgers 2004; oraz najnowszą pracą, z wrześniowego 2008 numeru *Journal of the American Board of Family Medicine: Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice*; Joseph B. Stanford, MD, MSPH, Tracey A. Parnell, MD and Phil C. Boyle, MB.

Wskaźnik ciąż po leczeniu z powodu niepłodności w przedziałach czasowych:

- 1) do 12 miesięcy – uzyskano 44% ciąż,
- 2) do 24 miesięcy uzyskano 62% ciąż,
- 3) w 48 miesięcy od rozpoczęcia leczenia 71%.

Wyniki leczenia, gdzie rozpoznaną przyczyną niepłodności była endometrioza:

- 1) 45% w 12 miesięcy,
- 2) 65% w 24 miesięcy,
- 3) 78% w 36 miesięcy,

Skumulowany wskaźnik dla pacjentek z zespołem policystycznych jajników:

- 1) 40% po 12 miesiącach,
- 2) 65% po 24 miesiącach,
- 3) do 90% po 48 miesiącach

NaProTECHNOLOGY okazuje się 2,67 razy bardziej skuteczna niż *in vitro* dla endometriozy, 2,36 razy dla PCOS i 1,41 razy dla niedrożności jajowodów [11].

Negatywne aspekty NaProTechnologii

Od 2008 roku w Polsce pojawiły się doniesienia dotyczące nowej metody – NaProTechnologii, jako rozwiązania dla par borykających się z problemem niepłodności. Metoda ta niejednokrotnie nazywana jest alternatywą wobec zapłodnienia pozaustrojowego i posiada imponującą skuteczność. Część źródeł donosi nawet o 97% przypadków leczenia zakończonych sukcesem [16].

Paradoks oszałamiających statystyk w NaProTechnologii polega na tym, iż wartość 97% odnosi się do trafności diagnozy, co niekoniecznie przekłada się na 97% ciąż ani poczęć. Jako metoda diagnostyczno-terapeutyczna bazująca na solennych i precyzyjnych badaniach, stosowanych u par starających się o poczęcie dziecka już od dziesięcioleci, NaProTechnologia ma skuteczność niewątpliwie wyższą od kilkunastu wizyt u rejonowego ginekologa i zleconych przez niego nierzadko przypadkowych badań. Jednocześnie jednak okazuje się nieskuteczna i niewystarczająca w wielu przypadkach, gdzie nawet bardzo dokładne bada-

nia i trafna diagnoza nie daje możliwości wyleczenia i doprowadzenia do zajścia w ciążę.

Do wspomnianego wyżej rodzaju niepłodności ciężkiej będzie się zaliczać między innymi czynnik męski polegający na zaburzeniu funkcji nabłonka plemnikotwórczego, który odpowiada za ok. 40% przypadków niepłodności męskiej. Zatem, jeśli dana para cierpi na ciężką niepłodność męską, nie jest możliwym ani całkowite, ani częściowe wyleczenie takiego rodzaju niepłodności. W tym przypadku można wykonać tylko *in vitro*, co spowoduje zajście w ciążę, choć nie zwiększy ilości plemników w ejakulacji [17].

Nie jest więc prawdą, iż leczenie niepłodności sprowadza się do usunięcia problemu danej pary i przywrócenia jej zdolności prokreacyjnych. Taka koncepcja jest zachwycająca, ale niestety irracjonalna.

Innymi rodzajami niepłodności, którym NaProTechnologia nie zaproponuje żadnej skutecznej terapii, będą:

- kryptozoospermia (śladowa ilość plemników w ejakulacji),
- mechaniczna niepłodność kobieca (brak macicy, jajników, jajowodów, pochwy),
- nieodwracalne zmiany endometriotyczne,
- ciężkie uszkodzenia jajowodów i defekty anatomiczne po stronie kobiety oraz mężczyzny [18].

Niestety wiedza, iż posiadamy niedrożne jajowody nie pomoże nam zająć w ciążę niezależnie od ilości przebytych laparoskopii, zażytych leków i szczególnych obserwacji, które zaproponuje nam NaProTechnologia. Zaś, gdy jajowody są uszkodzone NaPro dopuszcza zabieg chirurgiczny. A prawdopodobieństwo zapłodnienia wynosi wtedy od 3 do 10%. Dla porównania w przypadku zapłodnienia pozaustrojowego 30%–40% [19].

Przedstawianie NaProTechnologii, jako uniwersalnej metody leczenia niepłodności, jest w istocie wprowadzaniem w błąd 60% par, którym ta metoda nie będzie w stanie pomóc, za to pochłonie ich czas. Znając zaś wpływ wieku kobiety na wskaźniki płodności, można to ujmować w kategoriach „kradzieży” czasu rozrodczego kobiety [20].

Choć metoda ta jest znana od 30 lat, na świecie działa tylko kilka klinik naprotechnologicznych. W całej Europie pracuje jedynie dwudziestu lekarzy-trenerów NaProTechnologii, z czego siedmiu jest jeszcze w trakcie szkolenia i nie posiada w pełni uprawnień. Realnie jest to więc trzynastu lekarzy z uprawnieniami na cały kontynent, do czego należy doliczyć kilkudziesięciu stażystów w większości bez wyższego wykształcenia medycznego [21].

Przez trzydzieści lat istnienia metody NaProTechnology przyszło na świat dzięki niej około sześciu tysięcy dzieci na całym świecie. Dla porównania: metoda *In Vitro Fertilization* liczy sobie trzydzieści jeden lat. Od tamtego czasu na całym świecie powstało kilka tysięcy klinik, a w wyniku stosowania metody IVF narodziło się – jak się szacuje – ok. 1,5 miliona dzieci. W Polsce pierwsze

zapłodnienie in vitro miało miejsce w 1987 roku, dokonał go profesor Marian Szamatowicz, zaś w samym roku 2008 przyszło na świat dzięki tej metodzie około dwóch tysięcy polskich dzieci [21].

Jak więc widać: roczne statystyki urodzeń dzięki metodzie in vitro w Polsce wynoszą mniej więcej tyle, ile światowe statystyki urodzeń dzięki NaProTechnologii w ciągu 10 lat.

Jak już wcześniej wspomniałam, często spotykamy się z dość swobodnym operowaniem różnymi wielkościami procentowymi w przypadku wyliczania skuteczności NaProTechnologii. Prawda jest taka, iż leczeniu naprotechnologicznemu poddaje się nieistotna statystycznie ilość par cierpiących na niepłodność. W Irlandii, w której mieści się jedna z europejskich klinik NaPro, w ciągu ostatnich dziesięciu lat leczeniu poddało się zaledwie 1,5 tysiąca par (na ok. 150 tysięcy cierpiących na niepłodność pacjentów). Ponadto z dużym prawdopodobieństwem można założyć, iż nawet te półtora tysiąca nie było reprezentatywną próbą z racji ograniczeń samej metody [17].

Żadna z klinik NaProTechnologii nie jest kliniką publiczną. Są to kliniki prywatne dokładnie w tym samym stopniu, co przeciętna polska klinika leczenia niepłodności. Jednak od pewnego czasu wokół NaPro narasta atmosfera społecznej misyjności, która ma różnić tę metodę od bezwzględного nastawienia na zysk, jakie środowiska konserwatywne przypisują klinikom oferującym zabieg in vitro.

W rzeczywistości każda z prywatnych klinik leczenia niepłodności, czy to metodą NaPro, czy dowolną metodą wspomaganego rozrodu, jest formą niepublicznej działalności, która poza realizacją rozmaitych misji medycznych i etycznych – musi być rentowna [22].

Dr Phil Boyle – dyrektor irlandzkiej kliniki NaProTechnologii ocenia, iż roczny koszt terapii NaPro oscyluje wokół tysiąca euro, podczas gdy średni koszt jednego zabiegu in vitro wynosi trzy tysiące euro. Różnica cenowa jest naturalnie wysoka, ale tak czy inaczej koszt ponosi pacjent, który musi zapłacić z własnej kieszeni i czykolwiek misyjność nie obniży stawek lekarza [17].

Problem społeczeństwa polega zaś na tym, iż jest poddawane systematycznej dezinformacji zarówno w przypadku NaProTechnologii, jak i w przypadku in vitro. Ma to wielorakie konsekwencje:

- wywołuje niezdrową atmosferę wokół zabiegu in vitro, który dla wielu par jest jedyną szansą poczęcia dziecka;
- działa na szkodę samej NaProTechnologii przypisując jej moce sprawcze, których nie posiada;
- wywołuje sztuczny konflikt społeczny sugerując, iż NaProTechnologia jest alternatywą dla in vitro.

W interesie par niepłodnych, a także w interesie społecznym leży pogłębianie wiedzy w zakresie NaProTechnologii przy jednoczesnym i niezależnym wspieraniu metody In vitro. Konfrontowanie tych dwóch metod i zwanie któ-

rejkolwiek z nich alternatywą wobec drugiej, jest działaniem wprowadzającym opinię publiczną w błąd.

Wnioski

1. Niepłodność jest chorobą i dotyczy coraz większej liczby ludzi.
2. Leczenie niepłodności technikami wspomaganego rozrodu jest stosowane coraz częściej i przyczynia się do większej liczby porodów.
3. Obserwacje wykazują, iż nie ma zwiększonego ryzyka powikłań zdrowotnych u dzieci „z probówki”.
4. Z danych statystycznych wynika, iż społeczeństwo polskie jest za tym, aby metoda zapłodnienia pozaustrojowego była dostępna dla bezdzietnych małżeństw.
5. NaProTechnologia to najnowocześniejsza metoda leczenia niepłodności, w pełni profesjonalna, oparta na zasadach naturalnej prokreacji z udokumentowaną skutecznością.
6. Głównym celem NaProTechnologii jest, by para starająca się o naturalne poczęcie dziecka była zdrowa, płodna oraz całkowicie zaangażowana w proces diagnostyczny i leczniczy.
7. Zalety naprotechnologii to przede wszystkim nieinwazyjność. Wszystko przebiega w zgodzie z naturą. Nie ma mowy o zamrażaniu i unicestwianiu nieużytych zarodków, które przez wielu uważane są za istoty ludzkie.
8. Podkreśla się duże znaczenie podłoża psychologicznego małżeństw, dlatego dużą wagę przywiązuje się do wsparcia duchowego oraz opanowania stresu, co przyczynia się do pogłębiania świadomości partnerów i wzbogacenia ich relacji.
9. Mała popularność NaProTechnologii wynika z tego, iż jest to metoda adresowana do ściśle określonego typu pacjentów i daje się korygować medycznie, poza tym ma niską liczbę wykształconych trenerów i lekarzy, i nie jest w stanie wylegitymować się wiarygodnymi i miarodajnymi statystykami.
10. NaProTechnologia jest jedynie wariantem mającym sens w niektórych przypadkach, a nie panaceum na niepłodność.
11. Roczne statystyki urodzeń dzięki metodzie In vitro w Polsce wynoszą mniej więcej tyle, ile światowe statystyki urodzeń dzięki NaProTechnologii w ciągu dziesięciu lat.
12. Rzetelność informacyjna wymaga rozdzielenia in vitro i NaProTechnologii jako metod, których obszary zainteresowania i skuteczność w leczeniu niepłodności, w większości nie pokrywają się.
13. In vitro jest w istocie technologią w wysokim stopniu aborcyjną, natomiast NaProTrechnologia wręcz przeciwnie – broni, wspiera życie.

Piśmiennictwo

1. <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610619034.pdf>, data wejścia 14.12.2010.
2. R. Jackson, et al.: Perinatal Outcomes in Singletons Following In Fertilization: A Meta-Analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103, 3.
3. M. Hansen et al.: The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in-vitro fertilisation. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346/10
4. Wystąpienie prof. Mariana Machinka „Zapłodnienie in vitro i pozyskiwanie komórek macierzystych z ludzkich embrionów w świetle etyczno-filozoficznym – głos przeciwn”, źródło <http://www.mp.pl/etyka/invitro>, data wejścia 20.12.2010r.
5. Derczyński W.: Społeczna akceptacja dla dziecka „z probówki”. *Prawo i Medycyna* 2005, 1 (18 vol. 7), 101–105.
6. Krasnodębski J, Ćwiklicki J.: Zapłodnienie pozaustrojowe – temat nadal aktualny. *Ginekologia Praktyczna*, 2009, 1, 36–39.
7. Wołczyński S.: Czy niepłodność jest chorobą? *Gabinet Prywatny*, 2009, 07–08 (188), 25–31.
8. Marianowski P.: Diagnostyka i leczenie niepłodności. *Nowa Klinika – ginekologia* 2003, 5–6, 542–545.
9. Niepłodność i rozród wspomagany. Radwan J. (red.), Termedia, Poznań 2005.
10. <http://www.naproplus.pl/naprotechnology>, data wejścia 12.12.2010 r.
11. <http://www.leczenie-nieplodnosci.pl/pl/leczenie/co-leczy-naprotechnology/>, data wejścia 14.12.2010 r.
12. <http://www.naprotechnology.com/index.html>, data wejścia 14.12.2010 r.
13. <http://www.leczenie-nieplodnosci.pl/pl/leczenie/diagnostyka-i-leczenie-wg-naprotechnology/>, data wejścia 14.12.2010 r.
14. <http://naprofamilia.pl/index.php?id=15>, data wejścia 14.12.2010 r.
15. <http://www.naproplus.pl/model-creightona>, data wejścia 14.12.2010 r.
16. NaProTechnology – Ekologia płodności. Wiater E. (red.), Wyd. es pe, Kraków 2009.
17. <http://www.proinvitro.pl/co-to-jest-naprotechnology>, data wejścia 28.12.2010 r.
18. Marianowski P.: Diagnostyka i leczenie niepłodności. *Nowa Klinika – ginekologia* 2003; 5–6: 542–545.
19. Bieleś M.: Kościół popiera pseudonaukę przeciw in vitro?. *Gazeta Wyborcza* 2009, 1, 12–13.
20. <http://fronda.pl/news/czytaj/naprotechnologie.i.wyborcza>, data wejścia 28.12.2010r.
21. www.fertilitycare.net, data wejścia 30.12.2010 r.
22. <http://www.nieplodnosc.pl/artyku-y-i-wywiady/naprotechnologie-to-nieuczciwy-chwy-t-marketingowy-wywiad>, data wejścia 30.12.2010 r.
23. Gajewski P., III Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – czy lekarz może tworzyć i niszczyć ludzkie embriony”, Warszawa, 24 marca 2010 r.
24. <http://www.popepaulvi.com/>
25. Hilgers TW.: *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*. Omaha, Nebraska USA: Pope Paul VI Institute Press 2004

Ewelina Chilińska¹, Malwina Ryniec¹, Emilia Rozwadowska²,
Elżbieta Krajewska-Kulaś², Jolanta Lewko¹

Postrzeganie *in vitro* przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Problemy związane z niepłodnością człowieka towarzyszą nam od zarania dziejów. Jednakże wraz z rozwojem medycyny pojawiły się nowe możliwości i nadzieje z tym związane. Kiedy do leczenia niepłodności wprowadzono techniki rozrodu wspomaganego medycznie (ART – *Assisted Reproductive Technics*), rozpoczęły się niezliczone dyskusje o aspektach etycznych oraz moralnych tej procedury. Ingerencja medycyny w ludzki organizm niesie ze sobą zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Z jednej strony, taka możliwość daje szansę na urodzenie dziecka w momencie, gdy inne metody zawiodły, ale z drugiej niesie ryzyko np. klonowania [1].

Zapłodnienie metodą *in vitro* (z ang. *in vitro fertilisation*, IVF, z łac. „w szkle”), czyli zapłodnienie pozaustrojowe, polega na połączeniu komórki jajowej i plemnika poza żeńskim układem rozrodczym. Proces ten odbywa się w warunkach laboratoryjnych [2].

Wskaźnik do zastosowania zapłodnienia metodą *in vitro* jest bardzo wiele. Próby zapłodnienia pozaustrojowego mogą być podejmowane, gdy u kobiety stwierdzono niedrożność jajowodów lub całkowite ich usunięcie [3]. Ponadto stosuje się ją w przypadku ciężkiej endometriozy, w zaburzeniach hormonalnych cyklu miesięczkowego lub w zaburzeniach funkcji jajników, a także w łagodnej męskiej niepłodności. *In vitro* może być również pomocne w sytuacji, kiedy nie można ustalić przyczyny, z powodu której przez dłuższy czas kobieta nie może zajść w ciążę lub gdy inne uprzednio stosowane metody leczenia niepłodności, bądź operacja ginekologiczna, nie przyniosły oczekiwanych rezultatów [3].

Zapłodnienie metodą *in vitro* składa się z czterech faz trwających około cztery tygodnie [3]. Najpierw stymuluje się hormonalnie jajniki do produkcji komórek jajowych, następnie pobiera się już dojrzałe komórki jajowe, aby po-

¹ Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych działające przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

tem, poza organizmem kobiety, połączyć tę komórkę z plemnikiem mężczyzny. Zapłodnione komórki jajowe umieszcza się w macicy kobiety [3].

Pierwszy w historii noworodek, który został poczęty w wyniku zapłodnienia metodą *in vitro* urodził się w Anglii 25 lipca 1978 roku i była nim Luisa Brown [2]. W Polsce, dzięki tej metodzie, pierwsze dziecko urodziło się 12 listopada 1987 roku w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobietych w Białymstoku [4].

Szansa powodzenia urodzenia żywego dziecka podczas jednego cyklu przy zastosowaniu metody *in vitro* wynosi około 20–25% u kobiet poniżej 25. roku życia i maleje wraz z wiekiem. Składa się na to wiele czynników m.in. wiek, waga (niedowaga/nadwaga), palenie tytoniu, spożywanie zbyt dużej ilości alkoholu czy kofeiny, przyjmowane leki, jak i stres [4].

Jak każda metoda wspomaganego rozrodu, metoda *in vitro* niesie za sobą ryzyko nieprawidłowości [4]. W wyniku jej stosowania może dojść do ciąż mnogich, poronień, ciąż pozamacicznych, zbyt małej masy urodzeniowej dziecka, jak i wad wrodzonych [4].

Warto w tym miejscu podkreślić, iż zgodnie z zasadami etyki, sztuczne zapłodnienie oraz prowadzenie wszelkiego rodzaju badań naukowych w tej dziedzinie jest bezprawne [5]. Za główny powód takiego stanowiska uważana jest masturbacja, która jest jedyną metodą pozwalającą na pozyskanie nasienia dawcy [5].

Znaczący wpływ na ocenę etyczno-moralną stosowania metody *in vitro* mają religie. Jeśli bierzemy pod uwagę jedynie aspekt leczniczy niepłodności, to wszystkie kościoły, za wyjątkiem rzymsko-katolickiego, akceptują tę formę leczenia niepłodności. Według Szamatowicza – „kościół rzymsko-katolicki nie dopuszcza leczenia za pomocą ART, ponieważ nie akceptuje masturbacji jako sposobu pobierania nasienia, gdyż w procesie leczenia obumierają zarodki (...) negatywne stanowisko Kościoła katolickiego dotyczące stosowania technik rozrodu wspomaganego medycznie wynika z tego, że poczęcie dziecka ma charakter czysto techniczny, a nie jest następstwem aktu miłości” [1].

Za Zatyka [1], poza Maltą, większość krajów europejskich nie zakazała zapłodnienia *in vitro*. Wprawdzie wszystkie powyższe państwa dopuszczają i przeważnie również regulują prawnie kwestię zapłodnienia pozaustrojowego, jednak rozwiązania w nich przyjęte są tak różne, iż nie można przyjąć jednego jako wzorcowe [1].

Regulacja turecka zakłada, iż „każdy zarodek, od chwili jego powstania, jest osobą ludzką i w związku z powyższym konsekwentnie nakazuje się tworzenie embrionu wyłącznie z jaja i plemnika rodziców, który jest wprowadzany do organizmu matki, żyjącej w związku małżeńskim. W kraju tym zakazano też przechowywania embrionów, zamrażania oraz prowadzenia nad nimi jakichkolwiek badań” [cyt. za 1]. Państwa europejskie mają przeważnie mniej restrykcyjne założenia, chociaż również spotykane są pewne ograniczenia, np. w Czechach, na Litwie, w Portugalii, Szwajcarii i Turcji zapłodnieniu mogą się poddać wy-

łącznie pary małżeńskie. Francja wprowadziła bardziej liberalne ograniczenie – stałe związki partnerów żyjących wspólnie minimum 2 lata [za I, II].

Najbardziej liberalne stanowisko reprezentują Belgia, Dania, Estonia, Finlandia, Gruzja, Hiszpania, Izrael i Norwegia, w których zapłodnienie metodą pozaustrojową jest również dopuszczalne dla par homoseksualnych [za I, II].

Większość państw, która już uregulowała kwestię zapłodnienia *in vitro* pokrywa jego koszty. Pełna refundacja ma miejsce w Belgii, Danii, Francji, Grecji i Włoszech. Całość zabiegu pokrywają pacjenci w Gruzji i Szwajcarii [za II].

Za Tomasiak [II] we wszystkich państwach dopuszczalność zapłodnienia *in vitro* zależy od wieku kobiety, przy czym górna granica tego wieku ustalana jest pomiędzy 39. a 50. rokiem życia. W Niemczech przyjęta jest również górna granica wieku mężczyzny – 50 lat [cyt. za II].

Cel pracy

Zasadniczym celem niniejszego badania była analiza postrzeżenia zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro* poprzez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Materiał i metoda

Materiałem badawczym był autorki kwestionariusz, składający się z części ogólnej i zasadniczej, zawierający pytania dotyczące wiedzy i podejścia do stosowania metody zapłodnienia *in vitro*, w tym w części ogólnej – pytania dotyczące wieku, płci, kierunku studiów, stosunku do religii oraz posiadania dzieci, a w szczególowej – dotyczące m.in.: postrzeżenia niepłodności i obniżonej płodności oraz postrzeżenia zapłodnienia *in vitro*.

Wyniki

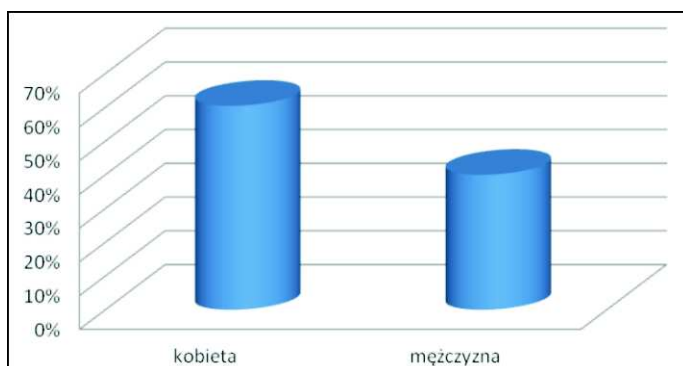
Badaniem objęto 133 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, z których 60% stanowiły kobiety, a 40% – mężczyźni (Ryc. 1).

Wszyscy ankietowani byli studentami Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, studiujący na kierunkach: elektroradiologia (17 osób, 13%) bądź fizjoterapia (116 osób, 87%) (Rycina 2).

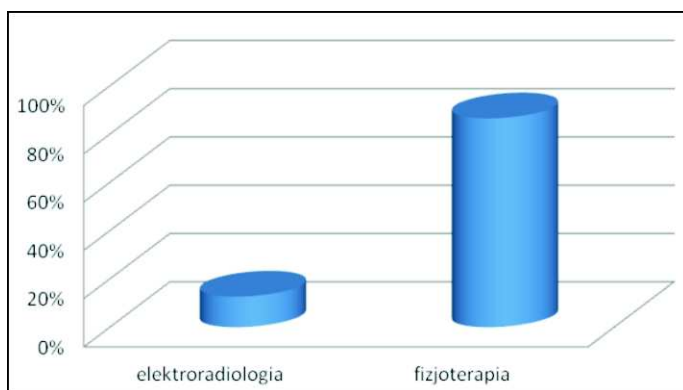
Odpowiadając na pytanie dotyczące stosunku do religii 87% badanych określiło siebie jako osoby wierzące, a 13% – jako niewierzące (Ryc. 3).

Zdecydowana większość ankietowanych nie posiadała dzieci (91%), 7% miało jedno dziecko, natomiast po 1% – dwoje i więcej niż dwoje (Ryc. 4).

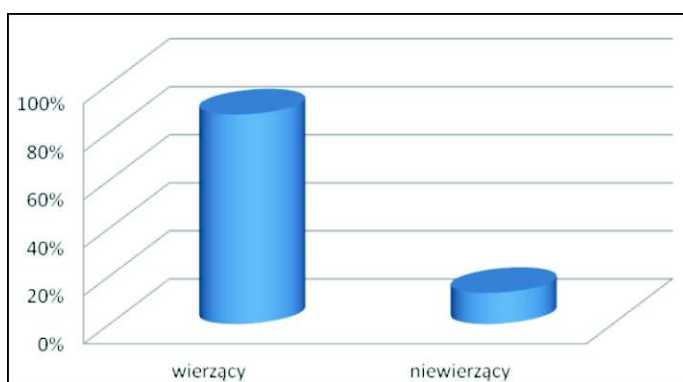
Postrzeżenie bezpłodności i obniżonej płodności przez badaną społeczność było jednolite. 85% ankietowanych (w tym 83% kobiet i 89% mężczyzn) uznało, że bezpłodność jest chorobą. Podobnie przedstawiła się odpowiedź na pytanie



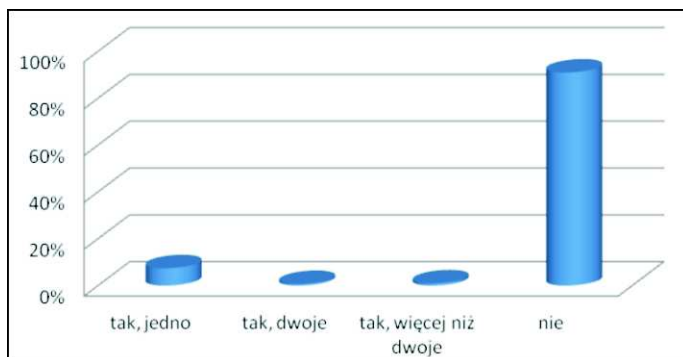
Rycina 1. Płeć ankietowanych



Rycina 2. Kierunek studiów ankietowanych



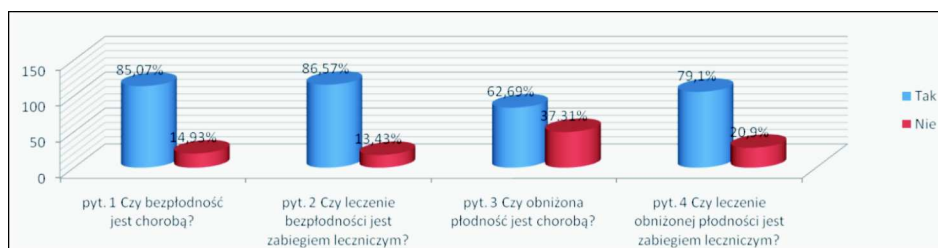
Rycina 3. Stosunek do religii ankietowanych



Rycina 4. Posiadanie dzieci przez ankietowanych

dotyczące postrzegania leczenia bezpłodności, jako zabiegu leczniczego – 87% odpowiedziało twierdząco, z czego 85% wśród kobiet i 87% mężczyzn.

Ankietowani odmiennie odpowiadali na kwestię postrzegania obniżonej płodności – co trzeci badany uznał, iż jest to choroba (po 63% kobiet i mężczyzn), natomiast 79% respondentów leczenie obniżonej płodności zaliczyło do zabiegów leczniczych. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 5 i Tabela 1.



Rycina 5. Postrzeżenie bezpłodności i obniżonej płodności przez ankietowanych

Prawie cała badana społeczność (96%) zadeklarowała wiedzę na temat zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro*. Liczba kobiet (99%) deklarujących powyższą kwestię była nieznacznie wyższa od liczby mężczyzn (91%). Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 6 i Tabela 2.

Ankietowani byli jednomyślni podczas definiowania *in vitro*. 98% uznało, iż jest to metoda połączenia komórki jajowej z plemnikiem w warunkach laboratoryjnych (Rycina 7).

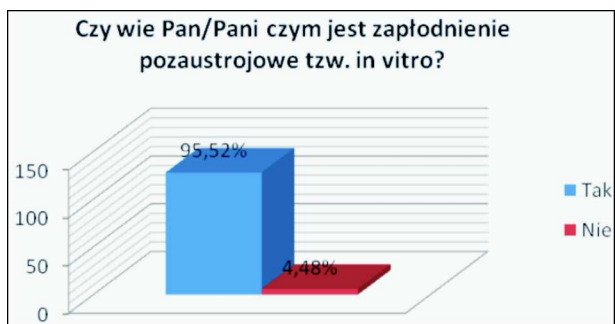
Definiowanie *in vitro* przez kobiety i mężczyzn było jednolite – analogicznie 97% i 98% (Tabela 3).

2/3 studentów uznało, iż zapłodnienie *in vitro* jest moralnie dobre, przeciwnego zdania było 20% ankietowanych, a 14% z nich nie umiało się wypowiedzieć.

Ocena moralna *in vitro* przez kobiety i mężczyzn była jednolita – analogicznie 65% i 67% (Tabela 4).

Tabela 1. Postrzeżenie bezpłodności i obniżonej płodności przez badanych

Postrzeżenie bezpłodności i obniżonej płodności			
Czynnik		Tak N (%)	Nie N (%)
Pyt. 1 Czy bezpłodność jest chorobą?			
Płeć	Kobieta	67 (82,72)	14 (17,28)
	Mężczyzna	47 (88,68)	6 (11,32)
Pyt. 2 Czy leczenie bezpłodności jest zabiegiem leczniczym?			
Płeć	Kobieta	69 (85,19)	12 (14,81)
	Mężczyzna	47 (88,68)	6 (11,32)
Pyt. 3 Czy obniżona płodność jest chorobą?			
Płeć	Kobieta	51 (62,96)	30 (37,04)
	Mężczyzna	33 (62,26)	20 (37,74)
Pyt. 4 Czy leczenie obniżonej płodności jest zabiegiem leczniczym?			
Płeć	Kobieta	64 (79,01)	17 (20,99)
	Mężczyzna	42 (79,25)	11 (20,75)

**Rycina 6. Wiedza ankietowanych czym jest in vitro****Tabela 2. Wiedza badanych czym jest in vitro**

Czy wie Pan/Pani czym jest zapłodnienie pozaustrojowe tzw. In vitro?			
Czynnik		Tak N (%)	Nie N (%)
Płeć	Kobieta	80 (98,77)	1 (1,23)
	Mężczyzna	48 (90,57)	5 (9,43)

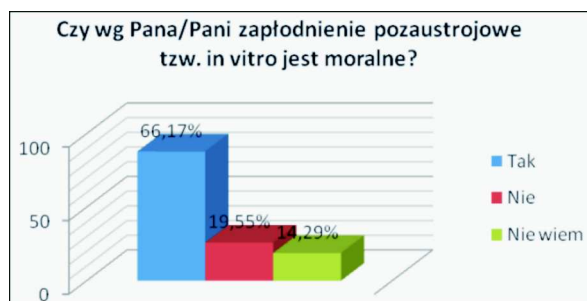


- a – metoda połączenia komórki jajowej z plemnikiem w warunkach laboratoryjnych
 b – tylko stymulacja hormonalna kobiety w celu zwiększenia jej płodności
 c – tylko stymulacja hormonalna mężczyzny w celu zwiększenie jego płodności

Rycina 7. Definiowanie in vitro przez ankietowanych

Tabela 3. Definiowanie in vitro przez badanych

Zapłodnienie In vitro to:			
Czynnik		N	%
a) Metoda połączenia komórki jajowej z plemnikiem w warunkach laboratoryjnych			
Płeć	Kobieta	77	97,47
	Mężczyzna	48	97,96
b) Tylko stymulacja hormonalna kobiety w celu zwiększenia jej płodności			
Płeć	Kobieta	2	2,53
	Mężczyzna	0	0,00
c) Tylko stymulacja hormonalna mężczyzny w celu zwiększenia jego płodności			
Płeć	Kobieta	0	0,0
	Mężczyzna	1	2,04



Rycina 8. Moralna ocena in vitro w opinii ankietowanych

Tabela 4. Moralna ocena in vitro w opinii badanych

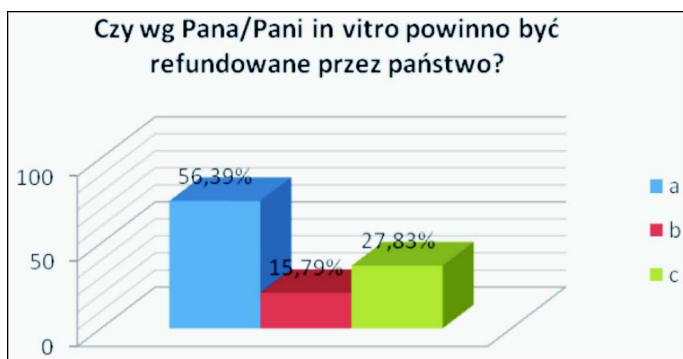
Czy wg Pana/Pani zapłodnienie pozaustrojowe tzw. In vitro jest moralnie dobre?				
Czynnik		Tak N (%)	Nie N (%)	Nie wiem N (%)
Płeć	Kobieta	52 (65,00)	17 (21,25)	11 (13,75)
	Mężczyzna	36 (67,92)	9 (16,98)	8 (15,09)

Ponad połowa badanych (56%) uznała, iż *in vitro* jest zgodne z etyką zawodów medycznych. Co czwarty ankietowany był temu przeciwny, a co piąty nie miał zdania w tej kwestii. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 9 i Tabela 5.

**Rycina 9. Opinia ankietowanych na temat zgodności in vitro z etyką zawodów medycznych****Tabela 5. Opinia badanych na temat zgodności in vitro z etyką zawodów medycznych**

Czy wg Pana/Pani zapłodnienie pozaustrojowe tzw. In vitro jest zgodne z etyką zawodów medycznych?				
Czynnik		Tak N (%)	Nie N (%)	Nie wiem N (%)
Płeć	Kobieta	43 (53,75)	19 (23,75)	18 (22,5)
	Mężczyzna	31 (58,49)	13 (24,53)	9 (16,98)

56% studentów spośród badanej społeczności uznało, iż *in vitro* powinno być finansowane przez państwo tylko małżeństwom. 16% z nich nie ograniczyło się tylko do małżeństwa, a co czwarty ankietowany był przeciwny refundacji (Ryc. 10).



a – tak, ale tylko małżeństwom

b – tak zarówno małżeństwom, jak i związkom nieformalnym oraz tzw. singlom

c – nie

Rycina 10. Opinia ankietowanych na temat refundacji *in vitro*

Nie wykazano różnic pomiędzy postrzeżeniem refundacji *in vitro* przez mężczyzn i kobiety (Tabela 6).

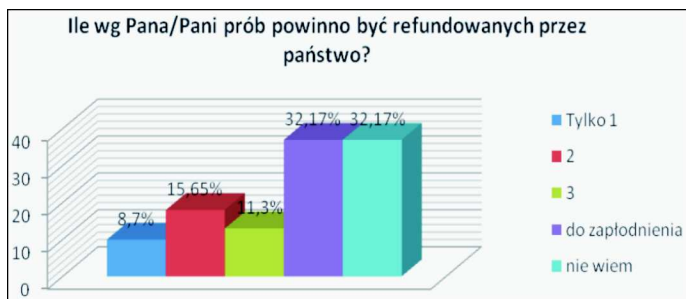
Tabela 6. Opinia badanych na temat refundacji *in vitro*

Czynnik		Czy wg Pana/Pani <i>in vitro</i> powinno być refundowane przez państwo?		
		Tak, ale tylko małżeństwom N (%)	Tak, zarówno małżeństwom jak i związkom nieformalnym, oraz tzw. singlom N (%)	Nie N (%)
Płeć	Kobieta	45 (56,25)	13 (16,25)	22 (27,5)
	Mężczyzna	30 (56,6)	8 (15,09)	15 (28,3)

Kolejnym pytaniem, zadaniem ankietowanym było: *ile wg Pana/Pani prób powinno być refundowanych przez państwo?* Wykazano, iż badana społeczność była podzielona w tej kwestii. Najwięcej, po 32% ankietowanych opowiedziało się, że aż do zapłodnienia bądź, że nie jest w stanie udzielić takiej odpowiedzi. Za jedną próbą opowiedziało się 8% badanych, za dwiema – 16%, a trzema – 11% ankietowanych.

Najwięcej ankietowanych kobiet opowiedziało się za refundacją aż do zapłodnienia (32%), natomiast największa część męskiej populacji nie potrafiła udzielić odpowiedzi na wyżej wymienione pytanie (39%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 7.

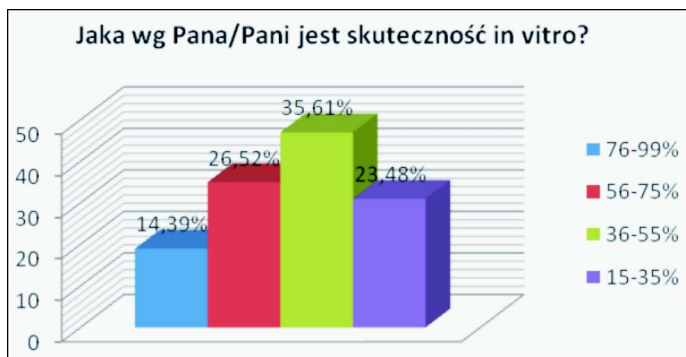
Badana społeczność była bardzo podzielona w kwestii oceny skuteczności zapłodnienia *in vitro*. Najwięcej ankietowanych (36%) uznało, iż ten rodzaj zapłodnienia ma skuteczność w granicach 36–55%, 27% populacji deklarowała



Rycina 11. Opinia ankietowanych na temat ilości refundowanych prób zapłodnienia *in vitro*

Tabela 7. Opinia badanych na temat ilości refundowanych prób zapłodnienia *in vitro*

Ile wg Pana/Pani prób powinno być refundowanych przez państwo?						
Czynnik		Tylko 1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)	Do zapłodnienia N (%)	Nie wiem N (%)
Płeć	Kobieta	7 (10,61)	12 (18,18)	8 (12,12)	21 (31,82)	18 (27,27)
	Mężczyzna	3 (6,12)	6 (12,24)	5 (10,2)	16 (32,65)	19 (38,78)



Rycina 12. Opinia ankietowanych na temat skuteczności zapłodnienia *in vitro*

skuteczność w granicach 56–75%, natomiast co czwarty ankietowany zakładał, iż wynosi ona 15–35%.

Nie wykazano różnicy w postrzeganiu skuteczności zapłodnienia *in vitro* pomiędzy kobietami (37% opowiedziało się za skutecznością 36–55%), a mężczyznami (34% opowiedziało się za skutecznością 36–55%).

Tabela 8. Opinia badanych na temat skuteczności zapłodnienia *in vitro*

Jaka wg Pana/Pani jest skuteczność <i>In vitro</i> ?					
Czynnik		76–99 N (%)	56–75 N (%)	36–55 N (%)	15–35 N (%)
Płeć	Kobieta	11 (13,92)	22 (27,85)	29 (36,71)	17 (21,52)
	Mężczyzna	8 (15,09)	13 (24,53)	18 (33,96)	14 (26,42)

Dyskusja

W opinii Rzymskiej i Musielaka [Rzymska], absolwenci kierunku położnictwo spotykają się z wieloma dylematami moralnymi w pracy zawodowej. Kształtowanie się moralności następuje indywidualnie i można podzielić je na sześć stadiów rozwoju według teorii Kohlberga. Autorzy postanowili dokonać oceny orientacji moralnej w zakresie wybranych zagadnień dotyczących rozrodu w powiązaniu z oceną kompetencji w dokonywaniu sądów moralnych [Rzymska]. Ocenę kompetencji w podejmowaniu sądów moralnych dokonali wśród 181 studentów położnictwa za pomocą Kwestionariusza Rozwiązywania Dylematów Moralnych (MJT), wyznaczając wskaźnik C kompetencji sądów moralnych. Zastosowano dodatkowo ankietę akceptacji metod antykoncepcji, przerywania ciąży, technik wspomaganego rozrodu oraz klonowania [Rzymska]. Odpowiedzi oceniali w pięciostopniowej skali Likerta. Średnia wartość wskaźnika C kompetencji w osądach moralnych wśród studentek trybu stacjonarnego i nie-stacjonarnego wynosiła odpowiednio: 14,4+/-11,1 i 11,9+/-9,8 ($p = 0,07$). Metody antykoncepcji charakteryzowały się różnym stopniem akceptacji, podczas gdy przerywanie ciąży (w tym z przyczyn społecznych) było odrzucane. Przerwanie ciąży z przyczyn kryminalnych wiązało się ze średniego stopnia akceptacją ($p < 0,001$). Z technik rozrodu zapłodnienie pozaustrojowe oraz inseminacja nasieniem dawcy wiązały się z akceptacją, podczas gdy klonowanie z odrzuceniem ($p < 0,001$). Zadaniem autorów, uzyskane wyniki świadczą o tym, iż studenci akceptują moralnie większość metod antykoncepcji oraz technik wspomaganego rozrodu, odrzucają natomiast przerywanie ciąży oraz klonowanie [Rzymska].

W obecnych badaniach – 2/3 studentów uznało, iż zapłodnienie *in vitro* jest moralnie dobre, natomiast ponad połowa badanych (56%), iż jest zgodne z etyką zawodów medycznych.

Powyższe wyniki znajdują potwierdzenie w badaniach stosunku Polaków do *in vitro*, które w 2009 przeprowadził CBOP. Spośród badanych 1049 osób – 77% akceptowało *in vitro* w przypadku małżeństw [6.] CBOS odnotował, że we wszystkich wcześniejszych badaniach poparcie dla *in vitro* nie spadło poniżej 60% – styczeń 2008 roku [6].

56% studentów spośród obecnie badanej społeczności uznało, iż *in vitro* powinno być finansowane przez państwo tylko małżeństwem. 16% z nich nie ograniczyło się tylko do małżeństwa, a co czwarty ankietowany był przeciwny refundacji.

W badaniach CBOS z 2009 roku [6] wykazano, iż możliwość skorzystania z zapłodnienia pozaustrojowego powinni mieć także kobieta i mężczyzna żyjący w stałym związku, ale niebędący małżeństwem (53%). Przeciwnymi dostępności tej metody parom, pozostającym w związkach nieformalnych było 39% ankietowanych. Analogiczne zdanie ankietowani mieli w kwestii dopuszczalności *in vitro* dla kobiety niepozostającej w związku [6].

Badanie wykazało duże różnice w postrzeganiu kwestii refundacji zapłodnienia *in vitro*. Najwięcej, po 32%, ankietowanych opowiedziało się, że aż do zapłodnienia bądź, że nie jest w stanie udzielić takiej odpowiedzi. Za jedną próbą opowiedziało się 8% badanych, za dwiema – 16%, a trzema – 11% ankietowanych.

Badana społeczność była większym zwolennikiem finansowania zabiegów przez państwo niż opinia społeczna, wg badania CBOS w 2009 r., wg którego zabiegi zapłodnienia pozaustrojowego powinny być przynajmniej częściowo refundowane [6]. Więcej niż co trzecia osoba (36%) opowiadała się za całkowitą refundacją, 2/5 było zwolennikami częściowej opłaty, natomiast co siódmy respondent był za tym, żeby koszty zabiegów były w pełni pokrywane przez samych zainteresowanych [6].

Zróznicowanie pomiędzy wynikami z niniejszych badań a poglądami społeczeństwa polskiego, jakie zostało przedstawione w raporcie CBOS z 2009 roku może wynikać z faktu, iż od 2010 roku, w związku ze staraniami o unormowanie prawnej kwestii *in vitro*, omawiany problem jest częstym tematem publicznych dyskusji.

W badaniu przeprowadzonym przez CBOS w czerwcu 2010 roku, wśród 977 osób dorosłych wykazano, iż poparcie dla zapłodnienia *in vitro* spadło do 73% (z 77% w 2009 roku), również mniejsza liczba osób wyrażała zgodę na dostępność *in vitro* dla kobiet niebędących w związkach – formalnych bądź nieformalnych – 43% [7].

W badaniach CBOS z 2010 roku wykazano, iż czynnikiem wpływającym na stopień akceptacji przeprowadzania zabiegów zapłodnienia *in vitro* był stosunek do wiary i nauczania Kościoła katolickiego. Blisko co drugi dorosły Polak (46%) deklaruje się, jako osoba wierząca i stosująca się do wskazań Kościoła. Niemal równoliczną grupę (47%) stanowili badani wierzący, ale na swój własny sposób. Tylko nieliczni uznali się za agnostyków: nie potrafili jednoznacznie się określić, czy są wierzący (3%) lub też deklarują brak wiary (ogółem 4%). Stosunek do zapłodnienia *in vitro* był stosunkowo najmniej jednoznaczny wśród respondentów należących do pierwszej z wymienionych kategorii, a więc wśród tych, którzy zaliczają siebie do osób wierzących i stosujących się do wskazań

Kościola. Jednak także w tej grupie wyraźnie przeważało poparcie dla wykorzystywania tej metody w przypadku małżeństw borykających się z problemem bezpłodności [cyt. za 7].

Studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, dokonując oceny moralnej zapłodnienia *in vitro* w znacznej większości (66%) określili je jako dobre.

Zbliżony wynik przedstawił CBOS w raporcie z 2010 roku, wg którego mimo znajomości nauki Kościola na temat *in vitro*, większość badanych (66–60%) nie uznała tego zabiegu za grzech zarówno lekarzy dokonujących zabiegu, kobiet jemu się poddających, jak również osób działających na rzecz tej metody bądź w jakikolwiek sposób jej popierający. Odmiennego zdania było tylko od 15 do 17% badanych [7].

Badana społeczność była bardzo podzielona w kwestii oceny skuteczności zapłodnienia *in vitro*. Najwięcej ankietowanych (36%) uznało, iż ten rodzaj zapłodnienia ma skuteczność w granicach 36–55%. Prawie dwie trzecie ankietowanych studentów miała wiarygodny pogląd na skuteczność zapłodnienia *in vitro*.

W celu oceny skuteczności zapłodnienia *in vitro* European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), największe amerykańskie towarzystwo naukowe zrzeszające lekarzy, naukowców, embriologów i biologów zajmujących się medycyną rozrodu, rokrocznie od 1997 roku zbiera dane dotyczące ilości wykonanych zabiegów technikami wspomaganą prokreacji oraz ich skuteczności [III]. Oceniając skuteczność zapłodnienia *in vitro* w 32 europejskich krajach, według raportu z 2006 roku stwierdzono, iż zapłodnienie zakończyło się powodzeniem w 29% przypadków, natomiast porodem – 21,5%. Określenie skuteczności zabiegu w Polsce nie jest w pełni precyzyjne, gdyż z 32 ośrodków leczenia niepłodności tylko 17 przysłało swoje dane, które w przypadku ciąży wynosiły 33,1%, a porodów – 29,9% [III].

Wnioski

1. Zdecydowana większość badanych uznała niepłodność i obniżoną płodność za chorobę.
2. Większość ankietowanych twierdziła, że leczenie niepłodności i obniżonej płodności jest zabiegiem leczniczym.
3. Prawie cała badana populacja zadeklarowała iż posiada wiedzę na temat *in vitro*, definiując ją jako metodę połączenia komórki jajowej z plemnikiem w warunkach laboratoryjnych
4. Ponad połowa ankietowanych uważała, że *in vitro* powinno być refundowane przez państwo, ale nie wykazywała zgodności w kwestii oceny liczby refundowanych prób oraz oceny skuteczności zapłodnienia *in vitro*.
5. Nie wykazano różnic pomiędzy postrzeganiem zapłodnienia *in vitro* w zależności od płci.

Piśmiennictwo

1. Szamatowicz W., Etyczne, społeczne i psychiczne aspekty niepłodności [w:] Kuczyński W., *Biologia rozrodu oraz zdrowie reprodukcyjne człowieka*, Białystok 2004; 5–6.
2. Bręborowicz G. H., *Położnictwo i ginekologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 741–755.
3. Kaye P., *Płodność, niepłodność, bezpłodność*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL., Warszawa, 2009, 127–133.
4. Pisarski T., Szamatowicz M., *Niepłodność*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1997, 315.
5. Dunn H. P., *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej BIBLOS, Tarnów, 1997, 179.
6. CBOS, *Komunikat z badań, Akceptacja stosowania zapłodnienia in vitro*, Warszawa, 2009, BS/37/2009.
7. CBOS, *Komunikat z badań, Etyczne aspekty zapłodnienia in vitro*, Warszawa, 2010, BS/96/2010.
8. Rzymska I.: Musielak M.: Ocena postaw moralnych wobec ludzkiego rozrodu wśród studentów kierunku położnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu, *Przegl. Poł. Ginekol.*, 2006, 6, 149–165.

Netografia

- I. Zatyka M., Jak Europa reguluje in vitro, <http://www.deon.pl/religia/kosciol-i-swiat/komentarze/art,134,jak-europa-reguluje-in-vitro.html>, data pobrania 10.02.2011 r.
- II. Tomasiak K., Metoda in vitro w ustawodawstwie krajów Europy i pozaeuropejskich, <http://ekai.pl/wydarzenia/temat.dnia/x34505/metoda-in-vitro-w-ustawodawstwie-krajow-europy-i-pozaeuropejskich/>, data pobrania 10.02.2011 r.
- III. <http://leczenie.gameta.pl/skuteczno%C5%9B%C4%87-metod-leczenia-niep%C5%82odno%C5%9Bci-w-polsce-i-europie-raport.html>, data pobrania 10.12.2011 r.

Izabela Młynarczyk¹, Marcin Hładuński¹, Piotr Szymańczyk¹,
Emilia Rozwadowska², Elżbieta Krajewska-Kulaś²

Postrzeganie aborcji przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

„Przyszło do swojej własności, a swoi Go nie przyjęli”

[J 1, 11]

W mitycznych czasach pogańskich kultów ziemi, jak twierdzą antropologowie [cyt. za 1], decyzja kobiety, czy ronić, czy rodzić, pochodziła od mocy pramatki, która miała władzę nad życiem i śmiercią wszystkiego, co istnieje na ziemi. Władza ta ugruntowana była w pierwotnych symbolach i obrzędach, w których przenikały się elementy kreacji, destrukcji i transformacji. Mityczna kobieta-rodzicielka miała prawo do niszczenia płodów lub sprowadzania na świat dzieci w taki sam sposób, jak prawem ziemi, słońca i księżyca jest zmienność pór roku, przyływy i odpływy wód, a także obumieranie żywych istot [cyt. za 1].

Te mityczne korzenie współczesnej cywilizacji zaczęły zanikać już w czasach greckich, aby zostać na dłuższy czas ograniczone przez kulturę judeochrześcijańską.

W starożytności przerywanie ciąży nie było zjawiskiem pospolitym, jednak bardzo szeroko praktykowano dzieciobójstwo [cyt. za 2]. Postępowano tak dlatego, iż przerywanie ciąży często powodowało śmierć matek. Znane były dwa sposoby przerywania ciąży: poprzez podanie matce trucizny i licząc na śmierć dziecka lub poprzez mechaniczne urazy brzucha matki. Jednakże oba sposoby bardzo często powodowały śmierć matki [2].

W starożytnym świecie najważniejszą kwestią sporną w sprawie aborcji było czas, w którym dusza wstępuje w ciało dziecka, czy też płodu [cyt. za 3]. Pre-sokratycy starożytnego świata greckiego uważali, że dziecko nie jest istotą posiadającą duszę, a na potwierdzenie tego faktu Sokrates w Teajtecie uznał aborcję za zjawisko zwyczajne. Stoicy uważali, że płód jest integralną częścią ciała matki, więc do czasu porodu można przeprowadzać zabieg aborcji. Podobną

¹ SKN Wolontariuszy Medycznych działające przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

teżę o przedwczesnym przerwaniu ciąży głosił Emopedokles uważając, że dusza wstępuje w ciało dziecka w chwili jego narodzin [cyt. za 3].

Arystoteles natomiast (*O rodzeniu się zwierząt* 2,3,736b) sądził, iż embrion jest zbyt niedoskonały, aby od samego początku być istotą ludzką i był przekonany, że dusza prawdziwie ludzka ożywia embrion dopiero odpowiednio ukształtowany. W związku z tym akceptował aborcję do pierwszych ruchów płodu uważając, że do czterdziestu dni dla chłopców, a dziewięćdziesięciu dla dziewcząt, płód stanowi bezkształtną masę, może więc zostać usunięty. Dopuszczał także przerwanie ciąży u kobiety starszej niż czterdziestoletnia czy też u tej, która ma wystarczającą liczbę dzieci [4].

W opinii Zielińskiej [5], „spędzanie płodu weszło w orbitę prawa karnego w Rzymie dopiero na przełomie II i III wieku”. Natomiast już od zarania Kościoła spotykało się z surowym potępieniem i traktowane było jako ciężki grzech. Kościół piętnował rozmaite występki i grzechy kobiet związane z ich seksualnością i płodnością. W Europie apogeum represyjności przepisów o przerywaniu ciąży przypadło na połowę XVIII wieku [5].

Nie oznacza to jednak, że antykoncepcja i sztuczne poronienia już nie istniały. Mieszkancki starożytnej i nowożytnej Europy stosowały jako środki antykoncepcyjne i poronne między innymi: podpuszczkę zajęczą, wydzieliny gruczołów bobra, korzenie paproci orlej, pędy, owoce i olejek jałowca sawiny, pręciki szafranu, ziela szafwii, ruty i mięty polnej, owoce i liście wawrzynu, korzeń kornaka, ziele bylicy i bożego drzewka, liście ożanki, ziele szanty białej, ziele bagna zwyczajnego i kwiaty żyta [6].

Natomiast, przełom lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku przyniósł Europie Zachodniej i Ameryce falę przemian, które zaowocowały powszechną liberalizacją prawa i ogromnym wzrostem poczucia odpowiedzialności państw za zdrowie kobiet [7]. Kraje skandynawskie, jako pierwsze, zliberalizowały przepisy aborcyjne już w latach czterdziestych i pięćdziesiątych. Aborcja z przyczyn społecznych stała się legalna w Anglii, we Francji, w Holandii i Włoszech (w Polsce – od 1956 roku). Portugalia i Hiszpania uznają przerywanie ciąży z szeroko rozumianych przyczyn medycznych, w tym również psychicznego samopoczucia kobiety. Przerywanie ciąży jest zatem legalne w całej Europie, oprócz małych enklaw silnego katolicyzmu, czyli Irlandii Północnej oraz Malty [7].

Wskazanie rzeczywistych czynników wpływających na decyzję o aborcji jest niezmiernie ważne, a do najbardziej istotnych można zaliczyć uogólniony brak szacunku do życia oraz brak zgody co do tego, kiedy się zaczyna [8]. Można wymienić również, powszechne w wielu środowiskach, egocentryczne podejście do świata oraz promiskuityczne zachowania seksualne. Wpływ na zwiększenie tego zjawiska ma również niedoinformowanie kobiet w klinikach aborcyjnych na temat skutków oraz prawo zwiększające dostęp do aborcji. Natomiast w kontekście społecznym najbardziej znaczące są opinie wyrażane przez najbliższych:

partnera, rodziców, rodzeństwo i rówieśników. Status materialny oraz plany karierowe również mają wpływ na wzrost odsetka wykonywanych aborcji [8].

Aborcja jest zabiegiem mającym na celu przerwanie rozwoju ludzkiego życia w okresie życia wewnątrzmacicznego. W praktyce istnieje wiele sposobów jej wykonania, które można podzielić na kilka grup. Pierwszą z nich jest inwazja do macicy przez drogi rodne za pomocą takich metod, jak: łyżeczowanie i wysysanie. Drugą grupę stanowią środki farmakologiczne lub chemiczne zabijające dziecko w stadium wczesno-embrionalnym, np. wkładki wewnątrzmaciczne, pigułki „po”; lub w stadium płodowym, np. pigułka RU 486, zatrucie roztworem soli czy wywołanie porodu za pomocą prostaglandyny, po czym prowokuje się akcję porodu w celu opróżnienia macicy. Do trzeciej grupy można zaliczyć inwazję do macicy przez zastosowanie interwencji chirurgicznej [3].

Urazy spowodowane aborcją mogą mieć znaczące skutki w sferze emocjonalnej. Niewiele jest w medycynie tak przerażających dziedzin, jak aborcja, powodujących tak poważne konsekwencje socjologiczne, polityczne, kulturowe i moralne [9]. Jeżeli spojrzeć na rodzinę, jako na grupę osób żyjących ze sobą w układach emocjonalno-duchowo-fizyczno-finansowych, to można założyć, że to, co ma związek z jedną osobą, ma wpływ na pozostałe. Podobnie jest z aborcją: doświadczenia, które są udziałem kobiety, mają wpływ na jej partnerów i na żyjące dzieci. Konsekwencje natury psychologicznej, czy psychosomatycznej może również ponosić personel medyczny, który bierze udział w takich zabiegach.

Najnowsze badania wydają się potwierdzać hipotezę, iż przerwanie ciąży może być przyczyną długotrwałych, poważnych zaburzeń emocjonalnych w życiu kobiety, zaś w fachowym piśmiennictwie zaczął funkcjonować termin „zespół poaborcyjny” [cyt. za A]. Po raz pierwszy użyty został przez Vincent Rue, dyrektora Institute of Post Abortion Recovery w Portsmouth, w New Hampshire [cyt. za A]. Ma ona na celu opisanie niezdolności kobiety do wyrażenia swojego gniewu, złości i winy, które to odczucia towarzyszą przerwaniu ciąży, niezdolności do pogodzenia się z utratą swojego dziecka i wreszcie, niemożności odnalezienia spokoju. Następstwa przerwania ciąży są formą zaburzenia powstałego na skutek stresu pourazowego. zaburzenia te są zarówno natury fizycznej (ciśnienie, bóle żołądkowe, bezpłodność, poronienia), jak i psychicznej, i różnią się w zależności od osoby [10].

Aborcja ma jednak inny skutek dla mężczyzny. W literaturze fachowej [cyt. za A] podaje się iż przerwanie ciąży rani w nim pierwowzór męski, obywatel, ojca, bohatera, patriarchy i obrońcy życia. Wynikiem tego jest pewien rodzaj kastracji. Mężczyzna nie może już wyrazić swojego zdania przy podejmowaniu decyzji o zatrzymaniu lub nie dziecka. Powoli zostaje pozbawiony ojcostwa. Dopuszczając do aborcji, mężczyzna godzi w swoją męskość. Jeśli jej nie chciał, odczuwa to jako odepchnięcie go; jego żona odrzuca go wyrzekając się jego dziecka, nawet jeśli sama neguje istnienie związku pomiędzy nim a aborcją [A].

Celem obecnego badania było sprawdzenie poziomu wiedzy na temat aborcji i zespołu proaborcyjnego studentów studiów licencjackich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Materiały i metoda

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części. Część podstawowa zawierała siedem pytań dotyczących płci, wieku, kierunku studiów, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wiary oraz dochodów na jedną osobę w rodzinie. W części szczegółowej ankietowani byli pytani o takie kwestie, jak: wiedza na temat metod wykonywania aborcji, prawnych aspektów aborcji w Polsce, objawów zespołu poaborcyjnego u kobiet, możliwości występowania zespołu poaborcyjnego u mężczyzn, istnienia instytucji pomagającym osobom z zespołem poaborcyjnym.

Wyniki

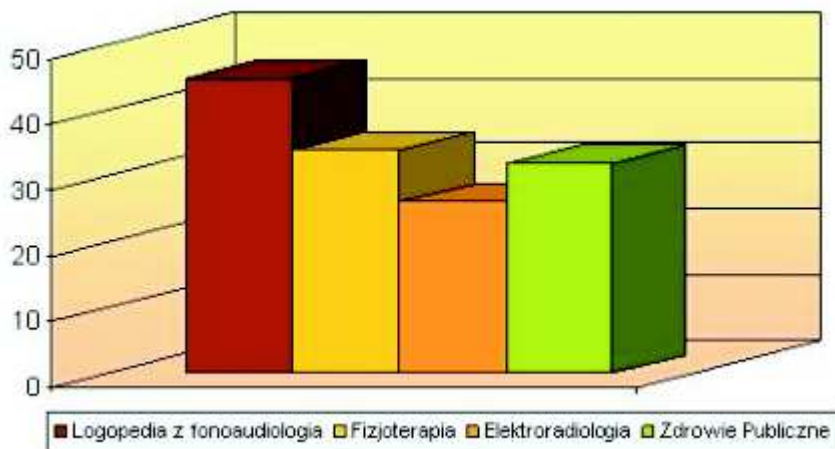
W badaniu wzięło udział 138 studentów, w tym 119 (86,23%) kobiet i 19 (13,77%) mężczyzn. Podział ankietowanych na płeć przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Wiek respondentów

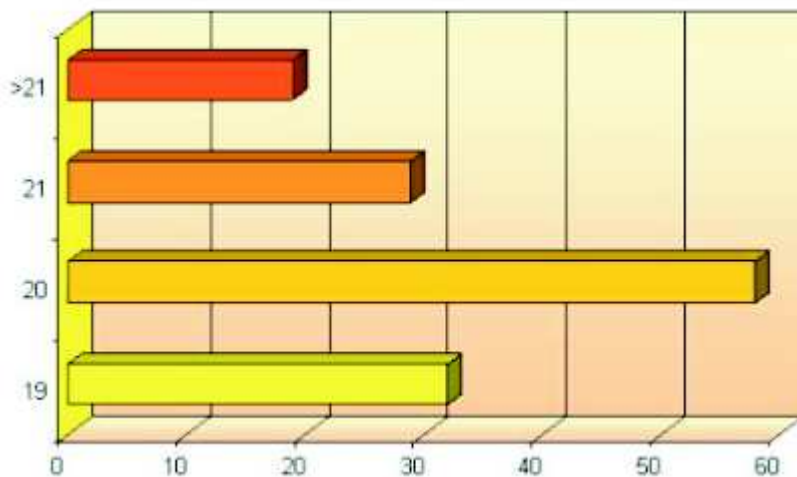
W grupie respondentów, 32,61% stanowili studenci kierunku logopedia z fonoaudiologią (45 studentów), 24,64% – kierunku fizjoterapia (34 osoby), 18,84%

– kierunku elektroradiologia (26 osób), 23,19% – kierunku zdrowie publiczne (32 studentów), a 1 osoba (0,76%) nie zadeklarowała przynależności do żadnego kierunku studiów. Liczbę badanych z poszczególnych kierunków studiów przedstawiono na rycinie 2.



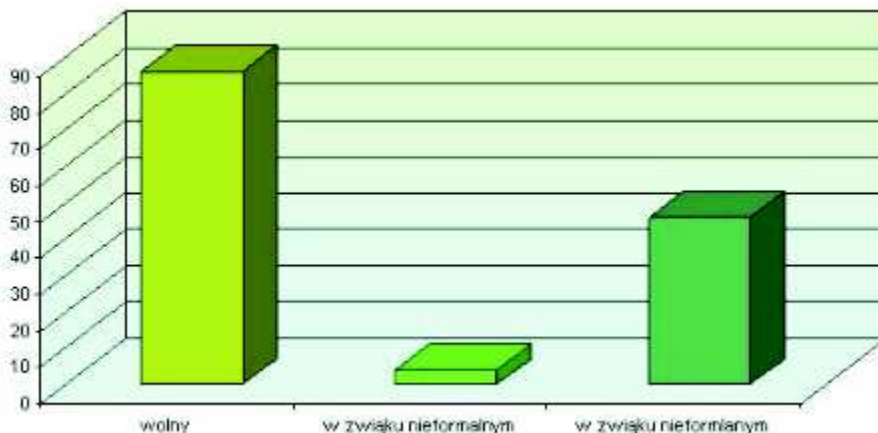
Rycina 2. Kierunek studiów respondentów

Badaniem objęto 32 osoby w wieku 19 lat (23,19%), 58 osób w wieku 20 lat (42,03%), 29 osób w wieku 21 lat (21,01%) oraz 19 osób powyżej 21. roku życia (13,77%). Wiek ankietowanych przedstawiono na rycinie 3.



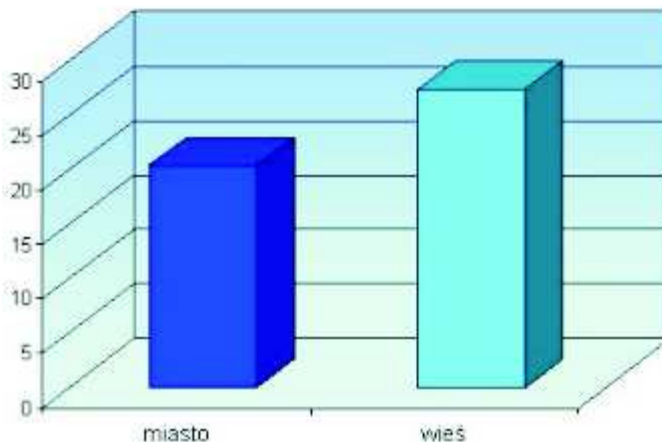
Rycina 3. Wiek ankietowanych

Analizując stan cywilny respondentów stwierdzono, iż w badaniu wzięło udział 86 (62,32%) osób deklarujących stan wolny, 4 (2,89%) osoby związek formalny i 46 (33,34%) osób związek nieformalny. W sumie było 50 (36,23%) osób w związku. Dwie osoby nie zadeklarowały żadnego stanu cywilnego. Szczegóły zawiera rycina 4.



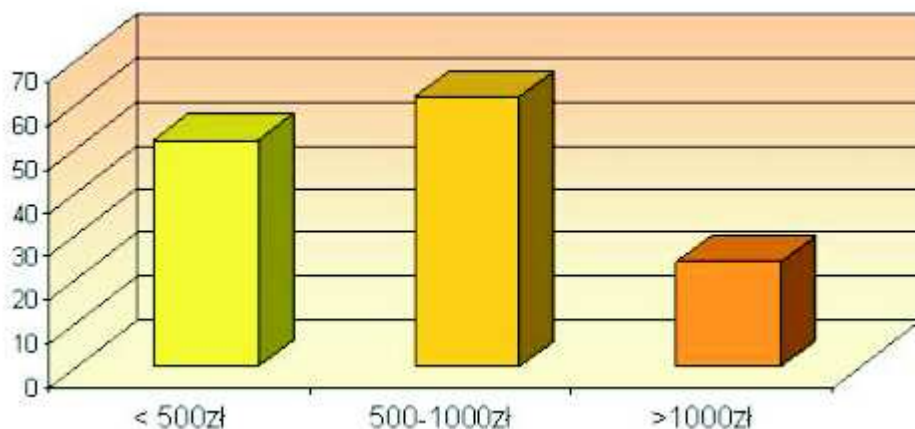
Rycina 4. Stan cywilny respondentów

W grupie badanych studentów 41 (29,71%) mieszkało na wsi, a 97 (70,29%) w mieście (rycina 5).



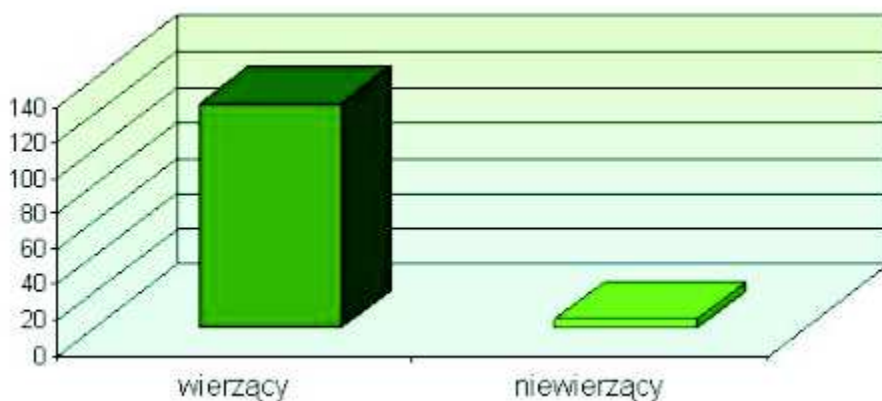
Rycina 5. Miejsce zamieszkania ankietowanych

Dochody na jedną osobę w rodzinie nie przekraczające 500 zł, zadeklarowało 52 (37,68%) osoby, dochody w granicach 500–1000 zł – 62 (44,92%) osoby, a dochody powyżej 1000 zł – 24 (17,4%) studentów. Wyniki obrazuje rycina 6.



Rycina 6. Dochody na 1 osobę w rodzinie badanych

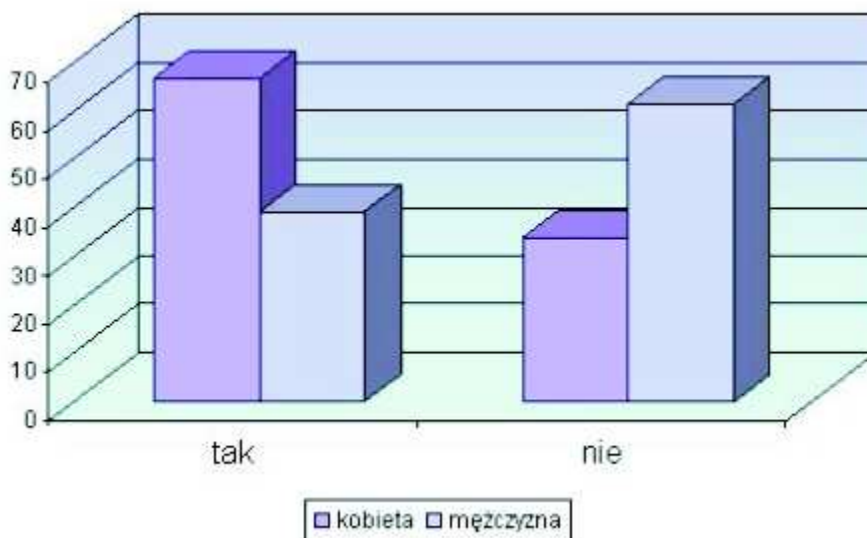
Jako osoby wierzące uważało się 127 (92,03%) osób, jako niewierzące – 5 (3,62%) studentów, a 6 (4,35%) osób nie udzieliło odpowiedzi na pytanie. Wyznanie respondentów przedstawia ryc. 7.



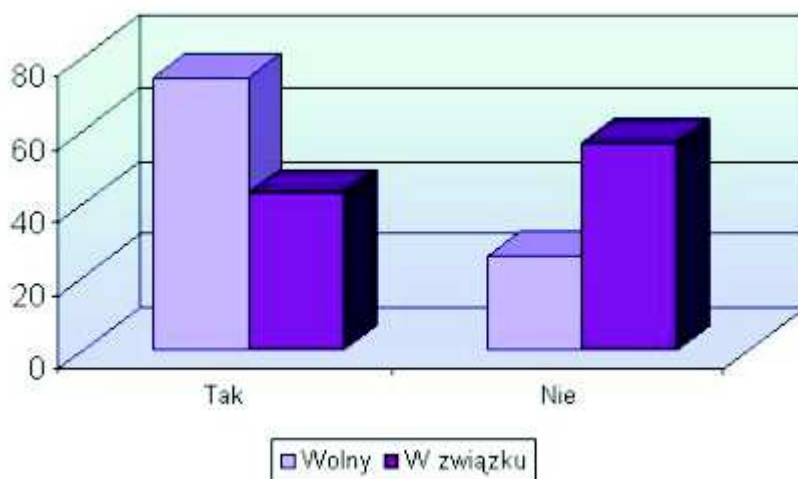
Rycina 7. Wyznanie respondentów

Na pytanie pierwsze „Czy kiedykolwiek był/a pan/pani uczestnikiem zajęć dydaktycznych na temat aborcji?” twierdząco odpowiedziało 79 (66,39%) kobiet i 7 (38,89%) mężczyzn. Przecząco – 40 (33,61%) kobiet i 11 (61,11%) mężczyzn. Wyniki przedstawia ryc. 8.

W zajęciach na powyższy temat brały udział 64 (74,42%) osoby znajdujące się w stanie wolnym i 22 (43,14%) będących w związkach formalnych i/lub nieformalnych. Nie uczestniczyło natomiast – 22 (25,58%) osób pozostających w stanie wolnym i 29 (56,86%) będących w związku formalnym i/lub nieformalnym. Wyniki prezentuje ryc. 9.

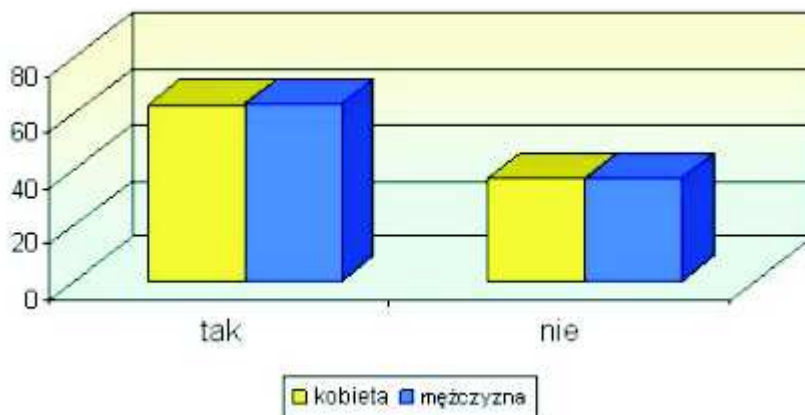


Rycina 8. Uczestnictwo w zajęciach dydaktycznych na temat aborcji w zależności od płci



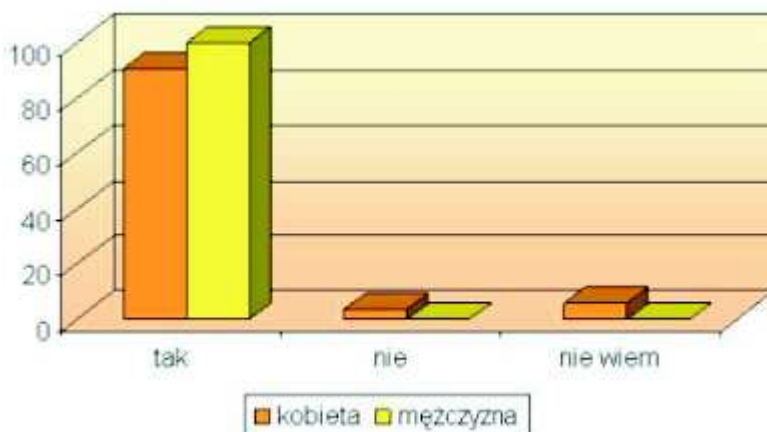
Rycina 9. Uczestnictwo w zajęciach dydaktycznych na temat aborcji w zależności od stanu cywilnego

W odpowiedzi na pytanie „Czy kiedykolwiek pan/pani zasięgał/a informacji na podstawie dostępnych źródeł (Internet, książki) na temat aborcji?” twierdząco odpowiedziało 75 (63,03%) kobiet i 12 (63,16%) mężczyzn. Natomiast przecząco 44 (36,97%) kobiety i 7 (36,84%) mężczyzn. Wyniki przedstawiono na ryc. 10.



Rycina 10. Zasięganie informacji na temat aborcji

W grupie badanych na pytanie „Czy aborcja jest to zamierzony zabieg medyczny, mający na celu przedwczesne zakończenie ciąży w wyniku interwencji zewnętrznej?” 107 (90,68%) kobiet i 19 (100%) mężczyzn odpowiedziało twierdząco, 4 (3,39%) kobiety odpowiedziały przecząco, a 7 (5,93%) kobiet zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”. Wyniki przedstawiono na ryc. 11.



Rycina 11. Postrzeganie aborcji, jako zamierzonego zabiegu medycznego

Analizując znajomość prawnych aspektów wykonywania zabiegu aborcji w Polsce, wykazano zróżnicowanie wiadomości na powyższy temat.

Zagrożenie życia lub zdrowia matki, jako wskazanie do aborcji uznały 103 (86,55%) kobiety i 17 (89,47%) mężczyzn. Nie uznało tego – 7 (5,88%) kobiet, a 9 (7,56%) kobiet i 2 (10,53%) mężczyzn nie udzieliło w tej kwestii odpowiedzi.

Fakt, iż ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa uważały za dostateczne wskazanie do aborcji – 92 (77,31%) kobiety i 13 (68,42%) mężczyzn, nie uważało

tak – 19 (15,97%) kobiet i 5 (26,32%) mężczyzn, a 8 (6,72%) kobiet i jeden (5,26%) mężczyzna nie miało na ten temat zdania.

Ciąża w wyniku przypadku (wypadka) powinna być wskazaniem do aborcji zdaniem jednej (0,85%) kobiety. Nie widziało takiego wskazania 113 (95,76%) kobiet i 19 (100%) mężczyzn, a 4 (3,39%) kobiety nie wyraziło swojej opinii.

Za wskazanie do aborcji – 78 (66,1%) kobiet i 8 (44,44%) mężczyzn uznało badania prenatalne, wskazujące na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu zagrażające jego życiu. Za dostateczny powód wykonania aborcji nie uznały tego – 24 (20,34%) kobiety i 5 (27,78%) mężczyzn, a 16 (13,56%) kobiet i 5 (27,78%) mężczyzn nie miało w tej kwestii zdania.

Aborcja mogłaby być wykonana w przypadku, gdy matka nie wyraża zgody na urodzenie dziecka. Twierdząco w tej kwestii wypowiedziała się jedna (0,85%) kobieta, przecząco – 109 (92,37%) kobiet i 18 (94,74%) mężczyzn, a „nie wiem” zaznaczyło 8 (6,78%) kobiet i jeden (5,26%) mężczyzna.

Za aborcją w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia matki opowiedziało się 97 (81,51%) kobiet i 16 (84,21%) mężczyzn. Odmienną opinię wyraziło 10 (8,4%) kobiet i 1 (5,62%) mężczyzna, a opinii nie wyraziło – 12 (10,08%) kobiet i 2 (10,53%) mężczyzn. Zebrane wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Opinie na temat wskazań i przeciwwskazań do aborcji

Płeć	Liczba udzielonych odpowiedzi		
	TAK	NIE	NIE WIEM
życie lub zdrowie matki jest zagrożone			
Kobiety	103	7	9
Mężczyźni	17	0	2
ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa			
Kobiety	92	19	8
Mężczyźni	13	5	1
ciąża w wyniku przypadku (wypadka)			
Kobiety	1	113	4
Mężczyźni	0	19	0
badania prenatalne wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu zagrażające jego życiu			
Kobiety	78	24	16
Mężczyźni	8	5	5
matka nie wyraża zgody na urodzenie dziecka			
Kobiety	1	109	8
Mężczyźni	0	18	1
Ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia matki			
Kobiety	97	10	12
Mężczyźni	16	1	2

Na pytanie: „Na czym według Pani/Pana polega zabieg aborcji”, studenci udzielili następujących odpowiedzi:

- farmakologiczne wywołanie poronienia – 72 (27,27%) kobiety i 12 (36,35%) mężczyzn
- podciśnieniowe opróżnienie macicy – 38 (14,39%) kobiet i 5 (15,15%) mężczyzn
- rozczłonkowanie żywego płodu – 70 (26,52%) kobiet i 8 (24,24%) mężczyzn
- wykonanie otworu w czaszce płodu i odsysanie mózgu w celu łatwiejszego wydobycia płodu – 18 (6,82%) kobiet i 2 (6,06%) mężczyzn
- metoda cesarskiego cięcia niszcząca płód – 17 (6,44%) kobiet, 2 (6,06%) mężczyzn
- wstrzykiwanie zasadowego roztworu soli do worka owodniowego powodujące uśmiercenie płodu – 39 (14,77%) kobiet, 3 (0,09%) mężczyzn
- nie wiem – 10 (3,79%) kobiet, 1 (3,03%) mężczyzna.

Zebrane wyniki przedstawia Tabela 2.

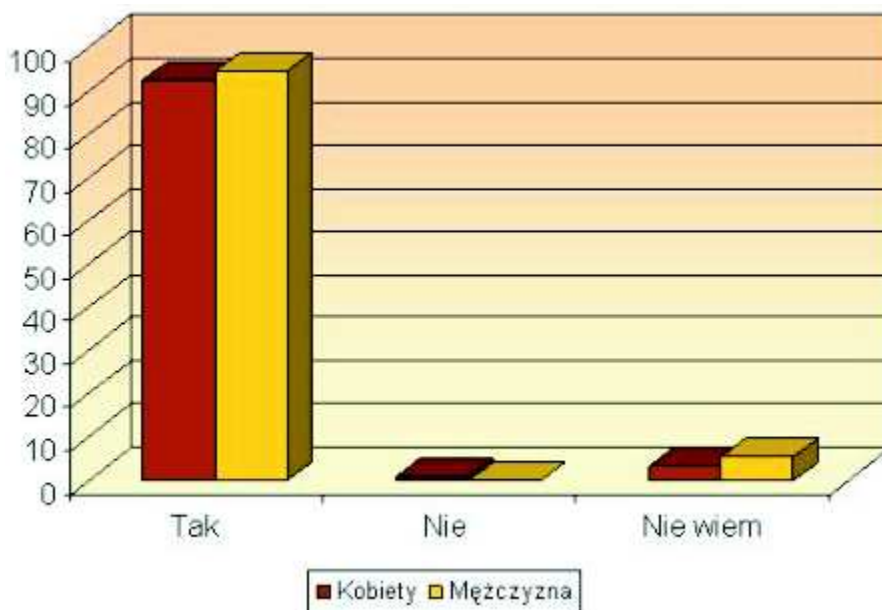
Tabela 2. Opinie na temat istoty zabiegu aborcji

Problem	Liczba udzielonych odpowiedzi	
	Kobieta	Mężczyzna
Farmakologiczne wywołanie poronienia	72	12
Podciśnieniowe opróżnienie macicy	38	5
Rozczłonkowanie żywego płodu	70	8
Wykonanie otworu w czaszce płodu i odsysanie mózgu w celu łatwiejszego wydobycia płodu	18	2
Metoda cesarskiego cięcia niszcząca płód	17	2
Wstrzykiwanie zasadowego roztworu soli do worka owodniowego powodujące uśmiercenie płodu	39	3
Nie wiem	10	1

Na pytanie „Czy po wykonaniu zabiegu aborcji u kobiety mogą wystąpić zmiany fizyczne i psychiczne?” – 111 (92,5%) kobiet i 18 (100%) mężczyzn odpowiedziało twierdząco, jedna (0,83%) kobieta przecząco, a 8 (6,67%) kobiet zaznały odpowiedź „nie wiem”. Wyniki przedstawiono na ryc. 12.

Na pytanie „Czy według Pana/Pani po zabiegu aborcji u kobiety może wystąpić:” respondenci odpowiedzieli:

- smutek, żal i uczucie strachu twierdząco – 39 (95,12%) mieszkańców wsi i 93 (95,88%) mieszkańców miasta
przecząco – 1 (1,03%) mieszkaniec miasta
nie wiem – 2 (4,88%) mieszkańców wsi i 3 (3,09%) mieszkańców miasta



Rycina 12. Opinie na temat występowania u kobiet zmian fizycznych i psychicznych po aborcji

- spadek poczucia własnej wartości
twierdząco – 36 (87,8%) mieszkańców wsi i 87 (89,69%) mieszkańców miasta
przecząco – 1 (1,03%) mieszkaniec miasta
nie wiem – 5 (12,2%) mieszkańców wsi i 9 (9,28%) mieszkańców miasta
- świadomość doznanej krzywdy
twierdząco – 35 (85,37%) mieszkańców wsi i 83 (86,46%) mieszkańców miasta
przecząco – 2 (4,88%) mieszkańców wsi i 2 (2,08%) mieszkańców miasta
nie wiem – 4 (9,76%) mieszkańców wsi i 11(11,46%) mieszkańców miasta
- depresja
twierdząco – 40 (97,56%) mieszkańców wsi i 96 (98,97%) mieszkańców miasta
nie wiem – 1 (2,44%) mieszkaniec wsi i 1 (1,03%) mieszkaniec miasta
- niepewność w kontakcie z niemowlętami i małymi dziećmi
twierdząco – 35 (85,37%) mieszkańców wsi i 86 (88,66%) mieszkańców miasta
przecząco – 2 (2,06%) mieszkańców miasta
nie wiem – 6 (14,63%) mieszkańców wsi i 9 (9,28%) mieszkańców miasta

- niemożność rozmowy na temat przeżytej aborcji
twierdząco – 34 (82,93%) mieszkańców wsi i 89 (91,75%) mieszkańców miasta
przecząco – 1 (1,03%) mieszkaniec miasta
nie wiem – 7 (17,07%) mieszkańców wsi i 7 (7,22%) mieszkańców miasta
- niechęć do współżycia seksualnego
twierdząco – 27 (65,85%) mieszkańców wsi i 62 (63,92%) mieszkańców miasta
przecząco – 2 (4,88%) mieszkańców wsi i 5 (5,15%) mieszkaniec miasta
nie wiem – 12 (29,27%) mieszkańców wsi i 30 (30,93%) mieszkańców miasta
- skłonności samobójcze
twierdząco – 30 (73,17%) mieszkańców wsi i 81 (83,51%) mieszkańców miasta
przecząco – 2 (4,88%) mieszkańców wsi i 3 (3,09%) mieszkaniec miasta
nie wiem – 9 (21,95%) mieszkańców wsi i 13 (13,4%) mieszkańców miasta
- rozpoczęcie nadużywania alkoholu
twierdząco – 29 (70,73%) mieszkańców wsi i 70 (72,16%) mieszkańców miasta
przecząco – 4 (9,76%) mieszkańców wsi i 2 (2,06%) mieszkaniec miasta
nie wiem – 8 (19,51%) mieszkańców wsi i 25 (25,77%) mieszkańców miasta
- bardzo ciężkie poczucie winy
twierdząco – 39 (95,12%) mieszkańców wsi i 88 (90,72%)
nie wiem – 2 (4,88%) mieszkańców wsi i 9 (9,28%) mieszkańców miasta.

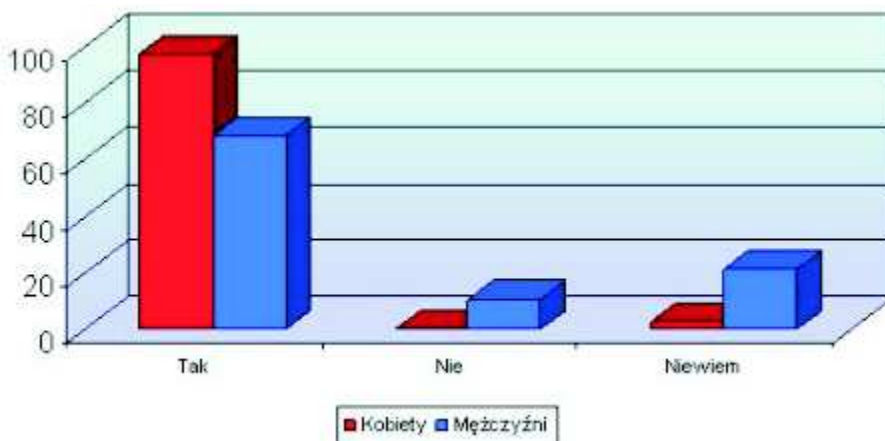
Wszystkie wyniki zawiera tabela 3.

Tabela 3. Opinie na temat objawów wstępujących u kobiet po aborcji

	Liczba udzielonych odpowiedzi		
	TAK	NIE	NIE WIEM
smutek, żal i uczucie strachu			
Wieś	39	0	2
Miasto	93	1	3
spadek poczucia własnej wartości			
Wieś	36	0	5
Miasto	87	1	9
świadomość doznanej krzywdy			
Wieś	35	2	4
Miasto	83	2	11
depresja			
Wieś	40	0	1
Miasto	96	0	1

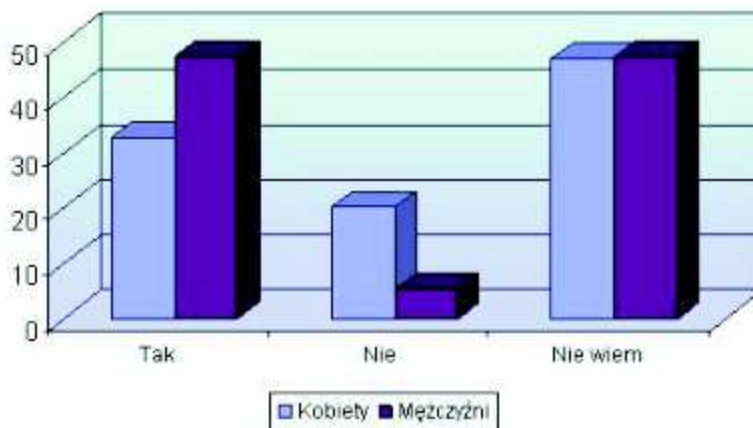
	Liczba udzielonych odpowiedzi		
	TAK	NIE	NIE WIEM
niepewność w kontakcie z niemowlętami i małymi dziećmi			
Wieś	35	0	6
Miasto	86	2	9
niemożność rozmowy na temat przeżytej aborcji			
Wieś	34	0	7
Miasto	89	1	7
niechęć do współżycia seksualnego			
Wieś	27	2	12
Miasto	62	5	30
skłonności samobójcze			
Wieś	30	2	9
Miasto	81	3	13
rozpoczęcie nadużywania alkoholu			
Wieś	29	4	8
Miasto	70	2	25
bardzo ciężkie poczucie winy			
Wieś	39	0	2
Miasto	88	0	9

Na pytanie „Czy wyżej wymienione stany emocjonalne są objawami zespołu poaborcyjnego?” twierdzącej odpowiedzi udzieliło 115 (97,46%) kobiet i 13 (68,42%) mężczyzn, przeczącej 2 (10,53%) mężczyzn, a „nie wiem” – 2,54% kobiet i 4 (21,05%) mężczyzn. Wyniki przedstawiono na ryc. 13.



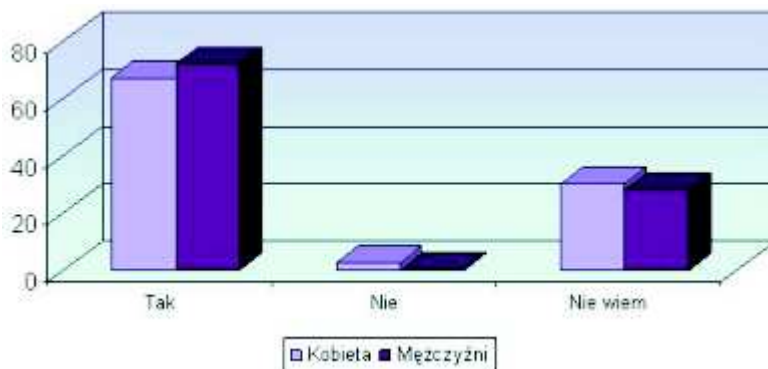
Rycina 13. Znajomość objawów zespołu poaborcyjnego

Na pytanie „Czy mężczyźni namawiający kobiety do aborcji po zabiegu zmieniają się fizycznie lub psychicznie?” twierdząco odpowiedziało 39 (32,77%) kobiet i 9 (47,37%) mężczyzn. Natomiast przecząco 24 (20,17%) kobiety i 1 (5,26%) mężczyzna. Odpowiedzi „nie wiem” na to pytanie udzieliło 56 (47,06%) kobiet i 9 (47,37%) mężczyzn. Wyniki przedstawia ryc. 14



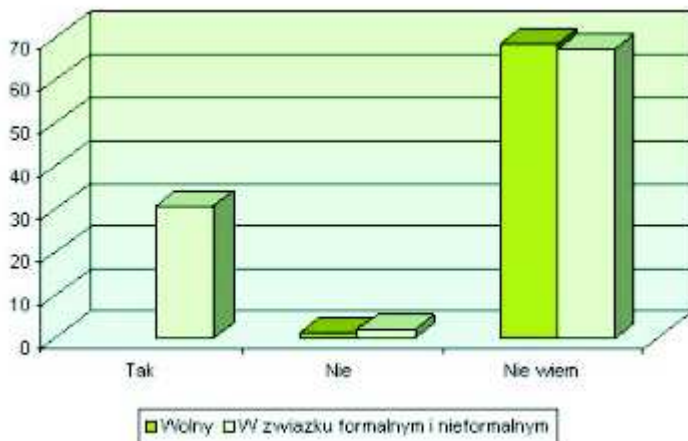
Rycina 14. Opinie na temat zmian fizycznych lub psychicznych mężczyzn po zabiegu aborcji

Na pytanie „Czy mężczyźni, których żona/partnerka życiowa dokonuje aborcji z własnej woli zmieniają się fizycznie lub psychicznie?” twierdząco odpowiedziały 84 (70,59%) kobiety i 12 (63,16%) mężczyzn. Natomiast przecząco 10 (8,4%) kobiet. Odpowiedzi „nie wiem” udzieliło 25 (21,0%) kobiet i 7 (36,84%) mężczyzn. Wyniki przedstawiono na ryc. 15.



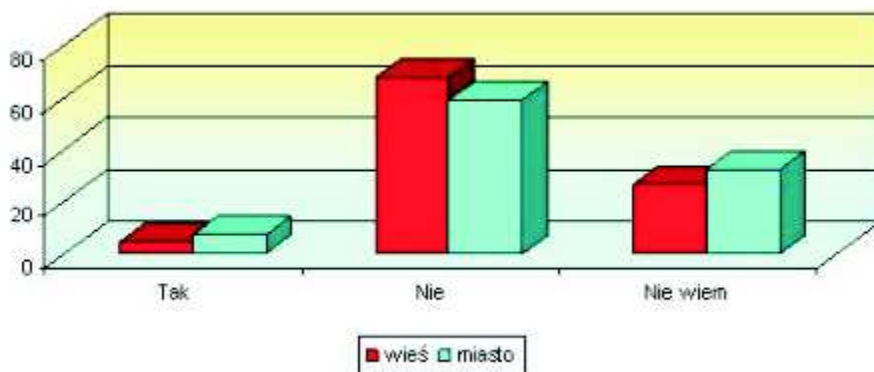
Rycina 15. Opinie na temat zmian fizycznych lub psychicznych mężczyzn, których żona/partnerka życiowa dokonuje aborcji z własnej woli

Na pytanie „Czy istnieją instytucje pomagające kobietom i/lub mężczyznom poradzić sobie z problemem zespołu poaborcyjnego?” twierdząco odpowiedziało 80 (67,23%) kobiet i 13 (72,22%) mężczyzn. Natomiast przecząco 3 (2,53%) kobiety i 0 mężczyzn. „Nie wiem” odpowiedziało 36 (30,25%) kobiet i 5 (27,78%) mężczyzn. Wyniki przedstawiono na ryc. 16.



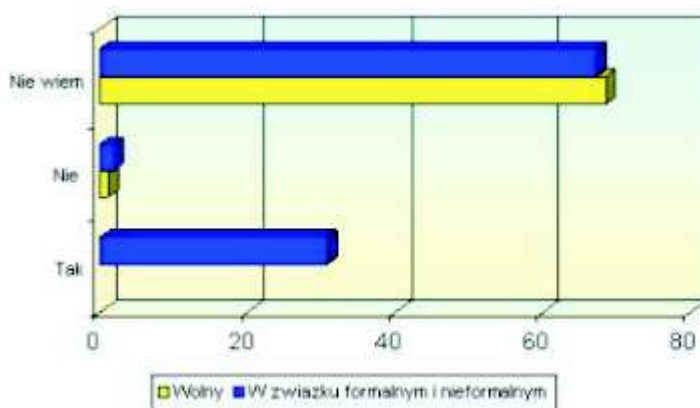
Rycina 16. Wiedza na temat instytucji pomagających kobietom i/lub mężczyznom poradzić sobie z problemem zespołu poaborcyjnego

Na pytanie „Czy uważa Pan(i), że tylko mężczyźni zmuszający kobiety do aborcji odczuwają objawy zespołu poaborcyjnego?” – 2 (4,88%) mieszkańców wsi i 7 (7,22%) mieszkańców miasta odpowiedziało twierdząco, natomiast 28 (68,29%) mieszkańców wsi i 58 (59,79%) mieszkańców miasta odpowiedziało przecząco. Za odpowiedzią „nie wiem” opowiedziało się 11 (26,83%) mieszkańców wsi i 32 (32,99%) mieszkańców miasta. Wyniki przedstawiono na ryc. 16.



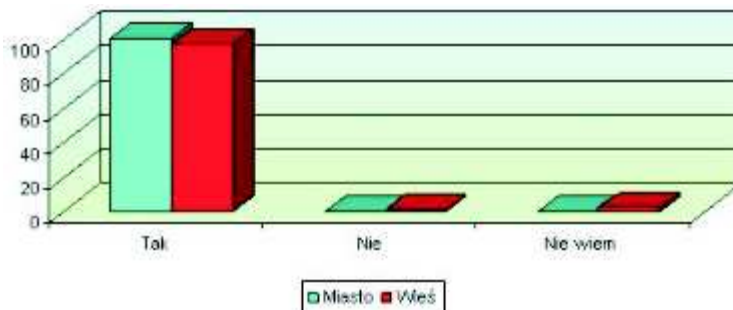
Rycina 16. Opinia na temat iż tylko mężczyźni zmuszający kobiety do aborcji odczuwają objawy zespołu poaborcyjnego?

Na pytanie „Czy istnieją instytucje pomagające kobietom i/lub mężczyznom poradzić sobie z problemem zespołu poaborcyjnego?” pozytywnie odpowiedziało 26 (30,23%) osób znajdujących się w stanie wolnym i 16 (30,77%) w związkach formalnych i/lub nieformalnych. Natomiast negująco – jedna (1,16%) osoba wolna i jedna (1,92%) będąca w związku formalnym i/lub nieformalnym. Odpowiedź „nie wiem” wybrało 59 (68,6%) osób będących w stanie wolnym i 35 (67,31%) w związku formalnym/nieformalnym. Wyniki przedstawiono na ryc. 17.



Rycina 17. Wiedza badanych na temat instytucji pomagających kobietom i/lub mężczyznom poradzić sobie z problemem zespołu poaborcyjnego

Na pytanie „Czy aborcja jest problemem, o którym powinno się rozmawiać?” – 41 (100%) mieszkańców wsi i 95 (96,94%) mieszkańców miasta odpowiedziało twierdząco, natomiast 28 (68,29%) mieszkańców wsi i jeden (1,02%) mieszkaniec miasta – przecząco. Za odpowiedzią „nie wiem” opowiedziało się 2 (2,02%) mieszkańców miasta. Wyniki przedstawiono na ryc. 18



Rycina 18. Opinie na temat, czy aborcja jest problemem, o którym powinno się rozmawiać

Na pytanie „Kto według Pana (i) powinien prowadzić rozmowy na temat aborcji?” respondenci wskazywali:

- lekarz specjalista – 38 (29,01%) osób znajdujących się w stanie wolnym i 30 (35,29%) w związkach formalnych i/lub nieformalnych
- psycholog – 59 (45,04%) osób znajdujących się w stanie wolnym i 38 (44,71%) w związkach formalnych i/lub nieformalnych
- osoba z doświadczeniem poaborcyjnym – 33 (25,19%) osoby znajdujące się w stanie wolnym i 17 (20%) w związkach formalnych i/lub nieformalnych.
- nikt nie powinien prowadzić rozmów o aborcji – jedna osoba w stanie wolnym (0,76% respondentów).

Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Opinie na temat osób, które powinny prowadzić rozmowy na temat aborcji

Preferowana osoba	Liczba udzielonych odpowiedzi			
	Kobieta	Mężczyzna	Wieś	Miasto
Lekarz specjalista	60	8	22	46
Psycholog	84	13	31	66
Osoba z doświadczeniem poradnianym	47	3	14	36
Nikt nie powinien prowadzić rozmów o aborcji	1	0	0	1

Na pytanie „Do kogo, Pana(i) zdaniem, powinny być kierowane rozmowy o aborcji?”, ankietowani udzielili następujących odpowiedzi:

- młodzież w szkole gimnazjalnej – 17 (22,08%) mieszkańców wsi i 37 (17,96%) mieszkańców miasta
- młodzież w szkole średniej – 27 (35,06%) mieszkańców wsi i 70 (33, 98%) mieszkańców miasta
- studentów – 21 (27,27%) mieszkańców wsi i 56 (27,18%) mieszkańców miasta
- młodych małżeństw – 12 (15,58%) mieszkańców wsi i 43 (20,87%) mieszkańców miasta

Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Opinie na temat odbiorców rozmów na temat aborcji

Preferowany odbiorca	Liczba odpowiedzi	
	Wieś	Miasto
Młodzież w szkole gimnazjalnej	17	37
Młodzież w szkole średniej	27	70
Studenci	21	56
Młode małżeństwa	12	43

Dyskusja

Stosunek do aborcji na przestrzeni wieków i w różnych kulturach był zróżnicowany, od powszechnej aborcji w starożytnych państwach Greków i Rzymian do wyjątkowo srogich asyryjskich zasad „obrońców życia”, karzących kobiety za próbę aborcji wbijaniem na pal [cyt. za 10]. Niewiele mniej wyrozumiały był Luter, twierdząc: „Jeśli zmęczą się, a nawet umrą podczas noszenia w sobie dziecka, nie ma to znaczenia. Niech umierają w owocności – dlatego tu są” [cyt. za 10].

W Polsce aborcję z przyczyn społecznych dopuszczono w latach 50. XX wieku [cyt. za 10]. Po przełomie roku 1989 ponownie rozpętało się akcją propagandową, która doprowadziła do tego, że na dziś dzień powróciliśmy do stanu przedwojennego. W rzeczywistości polska ustawa antyaborcyjna należy do najbardziej rygorystycznych w Europie [cyt. za 10].

W opinii Makary-Studzińskiej i wsp. [11], stosunek do przerywania ciąży, to jedna z bardziej kontrowersyjnych kwestii społecznych. Jak podkreślają autorzy, liberalizacja lub zaostrzenie przepisów dotyczących dokonywania aborcji były przedmiotem wielu kampanii politycznych niektórych ugrupowań oraz tematem żarliwych debat telewizyjnych. W swoich badaniach, którymi objęli grupę 200 kobiet w wieku od 18 do 30 lat, za cel postawili sobie ocenę zależności między stanem wiedzy i postaw wobec ustawy antyaborcyjnej a religijnością i poglądami politycznymi młodych kobiet. Autorzy stwierdzili, iż w badanej grupie młodych kobiet był niski poziom wiedzy odnośnie ustawy antyaborcyjnej. Niedostateczna znajomość przepisów aborcyjnych nie pozwalała im na pełne korzystanie z możliwości, jakie niesie ze sobą ustawa antyaborcyjna. Badane kobiety oczekiwały od prawodawców jasnych przepisów prawnych odnośnie aborcji, a czynniki takie, jak religijność i poglądy polityczno-społeczne miały istotny wpływ na wiedzę i postawy wobec ustawy antyaborcyjnej i aborcji jako problemu społecznego [11].

Badania CBOS z września 2003 roku [12] wykazały, iż w polskim społeczeństwie przeważa niezadowolenie z obecnych przepisów regulujących dopuszczalność aborcji. Niemal połowa dorosłych obywateli i obywaterek (49%) uważała, że należy je zmienić, nieco ponad jedna trzecia (35%) było przeciwnego zdania, a spora część (16%) nie miała wyrobionego poglądu na ten temat. Większość ankietowanych (61%) opowiadała się za złagodzeniem przepisów dotyczących aborcji. Zwolennicy zaostrzenia prawa o przerywaniu ciąży stanowili jedną piątą badanych (20%), a niemal taka sama liczebnie grupa (19%) nie miała wykrystalizowanej opinii w tej sprawie [12]. Ponad połowa respondentów (56%) uważała, że kobiety powinny mieć możliwość przerywania ciąży ze względu na szczególnie ciężkie warunki materialne lub trudną sytuację osobistą. Przeciwno dopuszczalności aborcji z takich powodów była niespełna jedna trzecia badanych (32%), a prawie co ósmy (13%) nie miał zdania w tej sprawie [12].

Podobne badania z 2007 roku [13] pozwoliły na stwierdzenie, iż połowa dorosłych Polaków (50%) akceptowała prawo kobiety do podejmowania decyzji o przerwaniu ciąży, czyli zgadzała się ze stwierdzeniem, że kobieta, jeśli tak zdecyduje, powinna mieć prawo do aborcji w pierwszych tygodniach ciąży. Odmawiało jej takiego prawa dwie piąte ankietowanych (40%) [13].

W latach 1997–2005 [13] zwolennicy prawa kobiet do przerywania ciąży stanowili większość społeczeństwa. Sytuacja zmieniła się w 2006 roku, kiedy grupy zwolenników i przeciwników były równoliczne (po 44%). W roku 2007 znów zaczęło przeważać poparcie dla prawa kobiet do aborcji. W porównaniu z rokiem 2005 wyraźnie zmniejszyła się (o 10 punktów procentowych), natomiast grupa osób wyrażających zdecydowane poparcie dla prawa kobiet do przerywania ciąży, chociaż od 2006 roku liczebnie wzrosła [13].

W roku 2007 [13] nieznacznie więcej Polaków sądziło, że aborcja powinna być dozwolona (47%), niż deklarowało sprzeciw wobec jej legalności (45%). Najczęściej wyrażany był pogląd, że przerywanie ciąży powinno być dozwolone, ale z pewnymi ograniczeniami, natomiast minimalnie rzadziej, że od zakazu powinny być wyjątki. Za brakiem jakichkolwiek ograniczeń opowiadało się 12% ankietowanych, 13% zaś wyrażało opinię, że przerywanie ciąży powinno być całkowicie zakazane [CBOS 2007].

W badaniu CBOS [14] przeprowadzonym w lipcu 2010 roku na grupie 977 osób, aż 87% wskazań potwierdzało, iż Polacy dopuszczają zabieg aborcji w wypadku, gdy życie lub zdrowie matki jest zagrożone. Co drugi dorosły Polak (50%) sprzeciwiał się prawu do aborcji, jednak za całkowitym zakazem przerywania ciąży był co siódmy respondent (14%), a ponad jedna trzecia ankietowanych (36%) twierdziła, że powinny być od niego wyjątki. Jednocześnie prawie połowa badanych (45%) uważała, że aborcja powinna być dozwolona. W tej grupie 7% pytanych deklarowało swoje poparcie dla przerywania ciąży bez żadnych ograniczeń, a 38% opowiadało się za pewnymi ograniczeniami [14]. Możliwość aborcji w przypadku, gdy badania prenatalne wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu zagrażające jego życiu, uznało 60% osób [14]. W omawianych badaniach CBOS 78% ankietowanych dopuszczało aborcję w wypadku, gdy jest ona wynikiem czynu zabronionego. Zdaniem respondentów aborcja powinna być dopuszczona w wypadku, gdy kobieta jest w ciężkiej sytuacji materialnej/osobistej lub, gdy kobieta po prostu nie chce mieć dziecka w 67% stwierdzili, że nie powinna być dozwolona [14].

W obecnym badaniu, 86,96% ankietowanych uważało, iż aborcja może być dokonana w wypadku, gdy życie lub zdrowie matki jest zagrożone, 62,32%, iż może być w przypadku, gdy badania prenatalne wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu zagrażające jego życiu. W sytuacji, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa, aborcja jest prawnie dozwolona, co w 76,08% potwierdzili nasi respondenci.

Usunięcie ciąży w wypadku, gdy jest ono „czynem przypadku” lub matka

po prostu nie chce urodzić dziecka z powodów osobistych lub materialnych w świetle polskiego prawa jest niedozwolone. Obecnie ankietowani w 94,52% zgodzili się, iż jest to nielegalne.

Badani przez CBOS [B] odpowiedzieli, że aborcja jest ważnym problemem, o którym powinno się rozmawiać uważa zaledwie 11% ankietowanych, a edukacja seksualna powinna rozpocząć się w szkole podstawowej, taką opinię wyraziło 79% badanych [C].

W obecnym badaniu, pytając ankietowanych, czy aborcja jest problemem, o którym powinno się rozmawiać – 97,84% respondentów stwierdziło, iż tak, a rozmowy w opinii 19,1% ankietowanych studentów powinny być prowadzone już w klasach gimnazjalnych.

Badania Gisslera i wsp. [15] prowadzone w Finlandii, analizujące przypadki samobójstw z lat 1987–1994, związanych z ciążą wykazały, iż ich odsetek w przypadku kobiet po zabiegu aborcji był dwukrotnie wyższy (34,7%), niż w przypadku kobiet po samoczynnym poronieniu (18,1%) i sześciokrotnie wyższy od samobójstw po udanym porodzie (5,4%) [15].

Do grupy zaburzeń poaborcyjnych, za Ryś [16], należą PAS (*post abortion syndrom*) i PAD (*post abortion distress*). PAD pojawia się w pierwszych miesiącach po aborcji, kończy się do szóstego i ma charakter ostrych reakcji fizycznych i psychicznych. PAS może wystąpić zaraz po zabiegu, kilka lat później i często pojawia się w okresie klimakterium. Na jego kliniczny obraz składa się ciągły niepokój bez uświadomienia sobie jego przyczyny, niezadowolenie z życia, odczuwanie braku sensu życia, beznadziejność czy depresja. Nierzadko także występują zaburzenia relacji z najbliższymi, niechęć do współżycia seksualnego, zmęczenie życiem oraz bardzo silne lęki i koszmary senne. Zdarza się, iż kobieta może słyszeć głosy nienarodzonych dzieci [16].

W obecnych badaniach, respondenci zapytani o objawy zespołu poaborcyjnego wymieniali: próby samobójcze, depresje, smutek, żal i uczucie strachu, spadek poczucia własnej wartości, świadomość doznanej krzywdy, jako zaburzenia zdrowia psychicznego i psychologicznego kobiet, które usunęły ciążę. 80,43% respondentów było świadomych, iż kobieta, która usunie ciążę może przejawiać chęć samobójstwa.

Badania Fergussona i wsp. [17] z Nowej Zelandii wskazały na 30% zwiększenie częstości zaburzeń psychicznych u kobiet, które poddały się aborcji [17].

Depresje, jako nieodłączny czynnik zespołu poaborcyjnego, zgłaszało 98,55% obecnie ankietowanych. 95,65% respondentów twierdziło, iż kobieta doznaje uczucia smutku, żalu i strachu, a 85,82%, iż kobieta po aborcji może odczuwać świadomość doznanej krzywdy.

W opinii Franza [18], zaburzenia stresu pourazowego mogą mieć wpływ na relacje małżeńskie kobiety, która dokonała aborcji. Autor dopatruje się powyższego w tym, iż kobieta pragnąc uchronić się przed konsekwencjami aborcji, zaczyna stosować całą gamę mechanizmów obronnych, takich jak intelektualiza-

cja, racjonalizacja, zaprzeczanie, projekcja, projekcja identyfikacyjna, anulowanie, zwracanie się przeciwko samej sobie. W konsekwencji może to powodować, iż małżonkowie stają się wobec siebie bardziej nieszczerzy i czasami traktują się wzajemnie nawet sadomasochistycznie, jak kozły ofiarne [18]. Zdarza się, że niektóre kobiety mają zaburzone życie seksualne z powodu silnego stresu, lęku, zmniejszenia potrzeb seksualnych, co ma wpływ także na stosunki z partnerem. Jak podkreśla Franz [18], po aborcji duża część związków rozpada się nawet w ciągu kilku tygodni. Autor zauważa także, iż mężczyźni, tak samo jak kobiety, cierpią na PTSD (*posttraumatic stress disorder* – zaburzenia stresu pourazowego), jednakże nie mówią łatwo o swym bólu i mają skłonności do cierpienia w milczeniu, często ukrywając swój ból za „maską męskiej brawury” [18]. Możliwymi następstwami aborcji wśród mężczyzn są: żal, lęk, poczucie winy, bezradność, gniew, rozpad związków oraz tłumienie emocji. Aborcja utrwala także psychoseksualną niedojrzałość mężczyzny oraz utrudnia rozwój dojrzałej postawy rodzicielskiej i opiekuńczej [18].

W obecnym badaniu, 32,77% kobiet i 47,37% mężczyzn było przekonanych, iż mężczyźni namawiający kobiety do aborcji po zabiegu zmieniają się fizycznie lub psychicznie. Natomiast jedynie 4,88% mieszkańców wsi i 7,22% mieszkańców miasta uważało, iż mężczyźni zmuszający kobiety do aborcji odczuwają objawy zespołu poaborcyjnego.

Szeplińska-Woźny [D] ankietą objęła 63 uczniów dwóch klas III, w tym 51 dziewcząt i 12 chłopców. Uzyskane przez nią wyniki wskazały, że 62% uczniów określało swoją wiedzę na temat aborcji na poziomie wystarczającym, a 22% na wysokim. Nikt nie uważał, że jest ona zbyt niska. Źródłami informacji na temat aborcji dla uczniów byli w kolejności: rodzice, lekarz, koledzy i koleżanki, mass media, szkoła, książki. Badani w większości (50,8%) uważali jednak, iż wiedza uzyskiwana od rodziców jest zbyt niska. Twierdzili także (22%), że zdobyta wiedza wpływa na postawę życiową młodzieży wobec aborcji. Odmienne zdanie wyraziło 24%, badanych (nie ma większego wpływu) [D].

W obecnym badaniu 63,03% kobiet i 63,13% mężczyzn sięgało po informację na podstawie dostępnych źródeł (Internet, książki) na temat aborcji, a 79 (66,39%) kobiet i 7 (38,89%) mężczyzn uczestniczyło w zajęciach dydaktycznych, w których ten temat był poruszany.

Wnioski

1. Znaczna większość respondentów wykazała się wysoką znajomością zjawiska aborcji, lecz znacznie mniejszą zespołu poaborcyjnego.
2. Wśród odpowiedzi ankietowanych nie widać znaczących różnic w poglądach na temat aborcji i zespołu poaborcyjnego w kontekście miejsca zamieszkania.

3. Dużo więcej kobiet, w porównaniu do mężczyzn, uczestniczyło w zajęciach dydaktycznych na temat aborcji.
4. Znacznie mniej osób będących w związku formalnym i/lub nieformalnym uczestniczyło w zajęciach dydaktycznych na temat aborcji.
5. Dużo większy odsetek mężczyzn uzyskał informacje na temat aborcji z dostępnych źródeł, takich jak: Internet czy literatura, niż poprzez zajęcia dydaktyczne na ten temat.
6. Znaczna część respondentów znała tylko niektóre metody aborcji.
7. Większość respondentów miała świadomość występowania zmian psychicznych i fizycznych u kobiet, które wykonały zabieg aborcji, jak i ich partnerów życiowych.
8. Ankietowani mieli świadomość, iż istnieją instytucje pomagające kobietom i mężczyznom w radzeniu sobie z problemem zespołu poaborcyjnego, lecz mieli problem z ich wymianieniem.
9. Ankietowani uważali, że najbardziej adekwatną osobą do prowadzenia rozmów o aborcji jest psycholog, jednocześnie podkreślając, że takie rozmowy powinny być kierowane do osób w szkole średniej.

Piśmiennictwo

1. DePuy C. i Dovitch D., *The Healing Choice. Your Guide to Emotional Recovery after Abortion*, New York 1997, 145–146.
2. Willke B., *Aborcja pytania i odpowiedzi*, Stella Maris, Gdańsk, 1991, 10.
3. Ślipko T. Starowieyski M. Muszala A., *Aborcja*, Petrus Kraków, 2010, 162–169.
4. O. Salij J.: *Wybierajmy życie, W drodze*, Poznań, 2002, 1–240.
5. Zielińska E., *Przerywanie ciąży. Warunki legalności w Polsce i świecie*, Warszawa 1990, 11–34.
6. Ciechomska M., *Mała historia aborcji*, [w:] Walczewska S. (red.), *Głos mają kobiety. Teksty feministyczne*, Kraków 1992, 66.
7. Szczuka K., *Milczenie owieczek, Rzecz o aborcji*, Warszawa 2004, 36–38.
8. Franz W. Coleman P. K., *Společne i psychologiczne przyczyny aborcji [w:] Aborcja. Przyczyny. Następstwa. Terapia*, Wektory Wrocław, 2009, 53.
9. Hall C. & Zisook, *Psychological Distress Following Therapeutic Abortion*, *The Female Patient*, 1983, 8, pp 34//48.
10. Iwanowicz-Palus G. J.: *Kulturowe uwarunkowania w położnictwie, neonatologii i ginekologii [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowskiej K. (red.), PZWL, 2010, 307–326.
11. Makara-Studzińska M., Wołyniak M., Koślak A., Kondrusiak K.: *Stan wiedzy i postawy wobec ustawy antyaborcyjnej a religijność i poglądy polityczne młodych kobiet*, *Zdr. Publ.*, 2008, 118, 20–26.
12. *Badanie CBOS: Opinie o prawnej regulacji przerywania ciąży*, BS/139/2003, Warszawa, 2003, 09, 1–8.

13. Badanie CBOS: Opinie na temat aborcji, BS/152/2007, Warszawa, 2007, 10, 1–8.
14. Badanie CBOS: Opinie na temat dopuszczalności aborcji, BS/100/2010, Warszawa, 2010, 4, 1–11.
15. Gissler M., Hemminki E., Lonnqvist J., Suicides after pregnancy in Finland, 1987–94: register linkage study. *Brit. Med. J.*, 1996, 313, 1431–1444.
16. Ryś M.: *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa, 1999, 1–129.
17. Fergusson D. M., Horwood L. J., Boden J. M. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *Br. J. Psychiatry*, 2008, 193, 444–451.
18. Franz W.: *Relacje interpersonalne w rodzinie z doświadczeniem aborcji [w:] Aborcja. Przyczyny następstwa terapia*, Chazan B., Simon W., Wrocław, 2009, 207.

Netografia

- A. Zespół proaborcyjny, *List*, 1993, 3, 2, http://piotrwojicki.com/wp-content/uploads/2009/08/aborcja_zesp/o/1_poaborcyjny.pdf, data pobrania 30.01.2011.
- B. Derczyński Wł: Społeczeństwo – Zjawiska kontrowersyjne – Aborcja, Komunikat 3631, <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3631>, data pobrania 30.01.2011.
- C. Derczyński Wł: Społeczeństwo – Zjawiska kontrowersyjne – Aborcja, Komunikat 3287, <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3287>, data pobrania 30.01.2011.
- D. Szeplińska-Woźny T. Aborcja – poziom wiedzy i jej źródła wśród młodzieży szkoły średniej, <http://szkolnictwo.pl/index.php?id=PU0719>, data pobrania 30.01.2011.

**WYBRANE PROBLEMY
WIELODYSCYPLINARNEJ
OPIEKI NAD CHORYM**



Barbara Jankowiak^{1,2}, Katarzyna Piotrowska³, Cecylia Łukaszuk¹,
Hanna Rolka^{1,2}, Ryszard Wagner², Krystyna Klimaszewska¹,
Beata Kowalewska^{1,2}, Romuald Krynicki²

Analiza występowania czynników ryzyka raka jelita grubego

Wstęp

Rak jelita grubego stanowi drugą, co do częstości, przyczynę zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Stanach Zjednoczonych – w ciągu roku rozpoznaje się ponad 150 tysięcy przypadków tego nowotworu, który w tym samym czasie jest przyczyną około 60 tysięcy zgonów [1]. Różnice geograficzne w zakresie częstości występowania raka jelita grubego są znaczne. Prawdopodobnie wiodącą rolę odgrywają tu czynniki środowiskowe. Zachorowalność na ten rodzaj nowotworu jest wyższa w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej niż w krajach rozwijających się [2].

W Polsce w strukturze zachorowań na nowotwory złośliwe, rak jelita grubego zajmuje obecnie drugie miejsce u obu płci – u mężczyzn częstość zachorowania wynosi 10,4%, u kobiet – 10,3% [3]. W 2000 roku zarejestrowano 5837 zachorowań u mężczyzn i 5291 u kobiet [1]. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem. W przedziale wiekowym 45–49 lat współczynnik zachorowań jest dwukrotnie wyższy niż w przedziale 40–44 lata i trzykrotnie wyższy niż u osób w wieku 35–39 lat. Szczyt zachorowań przypada na ósmą dekadę życia. W 2000 roku na nowotwór jelita grubego zmarło 4373 mężczyzn i 4144 kobiet. Przeżycie pięcioletnie wynosi około 25%, gdzie w Europie Zachodniej odsetki te sięgają 50%. Brak prewencji wtórnej na masową skalę przyczynia się do wzrostu liczby zachorowań i zgonów na ten nowotwór. Niestety, w Polsce około 60–70% rozpoznaje się i leczy raka jelita grubego w zaawansowanym stadium choroby, dlatego tylko poniżej 20% chorych ma szansę na wyleczenie [4].

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

³ Absolwentka studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo Instytutu Medycznego Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Pierwsze objawy raka jelita grubego bardzo często umykają uwadze pacjenta, ponieważ są niespecyficzne i w większości przypadków przypominają powszechne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Większość przypadków raka jelita grubego jest rozpoznawana u pacjentów powyżej 50. roku życia. Choroba zwykle rozwija się powoli, a objawy w dużej mierze zależą od umiejscowienia zmiany [5].

Około 50–60% zmian zlokalizowanych jest w obrębie esicy i odbytnicy, około 15% w kątnicy, natomiast reszta zmian, mniej lub bardziej równomiernie, w pozostałych częściach okrężnicy. W przypadku guzów zlokalizowanych w części dalszej jelita typowe są zmiany częstości wypróżnień (zaparcia lub biegunka) i krwawienia z odbytu. Guzy zlokalizowane bardziej proksymalnie powodują występowanie objawów niedrożności i niedokrwistości w późniejszym okresie rozwoju choroby. W nowotworach odbytnicy i dystalnej części esicy występuje bolesne parcie na stolec. Bóle brzucha, choć częste, są mało charakterystyczne. Jednak najbardziej istotnym objawem, z punktu widzenia diagnostycznego, pozostaje krwawienie z odbytu, natomiast wykrycie krwawienia utajonego jest najwartościowsze w badaniach skryningowych [6].

Zarówno w raku jelita grubego, jak i w innych poważnych chorobach, zidentyfikowanie indywidualnych czynników podwyższonego ryzyka może sygnalizować potrzebę wcześniejszych i być może częstszych badań przesiewowych, leczenia albo radykalnych zmian w trybie życia. Innymi słowy, poznanie indywidualnych czynników ryzyka może uratować życie. Dziś już wiadomo, że jednym z ważniejszych czynników zwiększającym zagrożenie zachorowania na raka jelita grubego jest wiek. Statystyki podają, że 90% przypadków tego nowotworu występuje u osób po 50. roku życia. Czynniki środowiskowe związane głównie z nawykami dietetycznymi mogą również mieć znaczenie w patogenezie raka jelita grubego. Częstsze występowanie raka jelita grubego obserwuje się u osób pozostających na diecie z przewagą tłuszczów zwierzęcych i jednocześnie ubogą w błonnik i wapń. Brak aktywności fizycznej, powtarzające się zaparcia są innymi czynnikami środowiskowymi. Niewątpliwie duże znaczenie mają predyspozycje genetyczne. Dziedziczne i rodzinne uwarunkowania dotyczą kilkunastu procent wszystkich zachorowań na raka jelita grubego.

Wzrastająca zachorowalność na raka jelita grubego w populacji polskiej wymusza, podobnie jak to ma miejsce w krajach zachodnich, doskonalenie starych i poszukiwanie nowych, bardziej skutecznych metod diagnostycznych przydatnych do jego rozpoznania. Na poprawę wyników leczenia największy wpływ ma wczesne rozpoznanie stanów przedrakowych i wczesnych postaci raka, dlatego też bardzo ważna jest diagnostyka chorych bezobjawowych. Wczesne wykrycie choroby to szansa dla chorego i satysfakcja dla lekarza [7].

Cel pracy

Celem pracy była:

1. Analiza występowania czynników ryzyka raka jelita grubego u pacjentów z elckiej poradni gastroenterologicznej z uwzględnieniem wieku, płci oraz poszczególnych objawów klinicznych.
2. Korelacja poszczególnych czynników ryzyka raka jelita grubego z wynikami badania kolonoskopowego przeprowadzonego w danej poradni gastroenterologicznej.

Materiał i metodyka badań

W pracy oceniono dokumentację medyczną pacjentów, którzy zgłosili się do poradni gastroenterologicznej z pracownią endoskopową w NZOZ „VITA” w Elku w 2009 roku. Wyodrębniono grupę 277 osób (154 kobiety i 123 mężczyzn), którzy po raz pierwszy zgłosili się do poradni i u których wykonano pełne badanie kolonoskopowe z pobraniem wycinków i weryfikacją histopatologiczną. Zebrano i poddano ocenie pełną dokumentację medyczną.

Skasyfikowano i policzono objawy kliniczne występujące u chorych. Wyodrębniono czynniki ryzyka, takie jak polipy, colitis ulcerosa, choroba Leśniowskiego-Crohna. Analizie poddano występowanie objawów klinicznych w zależności od wieku, płci i wykrytych czynników ryzyka. Do analizy statystycznej użyto testu chi-kwadrat, który przeprowadzono za pomocą programu SPSS (Statistical Package for the Social Science) wersja 16. Wartość $p < 0.05$ była uznana za wynik istotny statystycznie.

Zaparcia rozpoznawano, jeżeli chory oddawał stolec rzadziej niż trzy razy w tygodniu z utrudnioną defekacją, a biegunkę wówczas, gdy pacjent podawał oddawanie nieuformowanego stolca z częstotnością większą niż trzy razy na dobę. Jako anemię przyjęto umiarkowaną niedokrwistość (stężenie hemoglobiny 8,0–9,9 g/dl).

Wyniki

W przeprowadzonych badaniach wyodrębniono grupę 277 osób, 55,6% przebadanych osób stanowiły kobiety, a 44,4% mężczyźni. Wyróżniono trzy grupy wiekowe chorych. Grupę I, którą stanowili pacjenci poniżej 40. roku życia ($n = 57$; 20,6%), grupę II – pacjenci w wieku 40–50 lat ($n = 50$; 18%), a także grupę III ($n = 170$; 61,4%), w której znaleźli się chorzy powyżej 50. roku życia.

Najczęściej występującym objawem klinicznym u pacjentów, którzy zgłosili się do poradni gastroenterologicznej były bóle brzucha. W badanej grupie osób objaw ten wystąpił u 74,4% chorych. Prawie połowa chorych podawała zmianę rytmu wypróżnień w postaci zaparć (22,4%) lub biegunek (22,4%). U co

4. osoby występowały krwawienia z odbytu. Rzadziej występowały wzdęcia oraz anemia.

Analizie poddano występowanie objawów chorobowych w zależności od płci i wieku pacjentów. U kobiet częściej obserwowano zaparcia stolca (30% vs 13%) oraz bóle brzucha (79% vs 68%), u mężczyzn natomiast częściej występowały krwawienia z odbytu (43% vs 19%). Różnice te były istotne statystycznie (Tab. 1).

Tabela 1. Zależność objawów klinicznych od płci pacjentów

Objaw	Płeć				P
	K	%*	M	%*	
Bóle brzucha	122	79	84	68	0,038
Zaparcia	46	30	16	13	0,001
Biegunka	37	24	27	22	0,463
Wzdęcia	31	20	15	12	0,078
Krwawienie z odbytu	29	19	53	43	0,001
Anemia	4	3	8	6,5	0,113

* Wyników nie sumuje się do 100%, gdyż była możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Zaobserwowano, że objawy kliniczne, takie jak krwawienie z odbytu i anemia występowały częściej u osób po 50. roku życia. Jednakże tylko różnica w występowaniu krwawienia z odbytu u pacjentów starszych niż 50 lat była istotna statystycznie ($p = 0,028$). Nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic w występowaniu innych częstych objawów klinicznych, takich jak: bóle brzucha, zaparcia, biegunka czy wzdęcia (Tab. 2).

Tabela 2. Zależność wieku chorych i objawów klinicznych

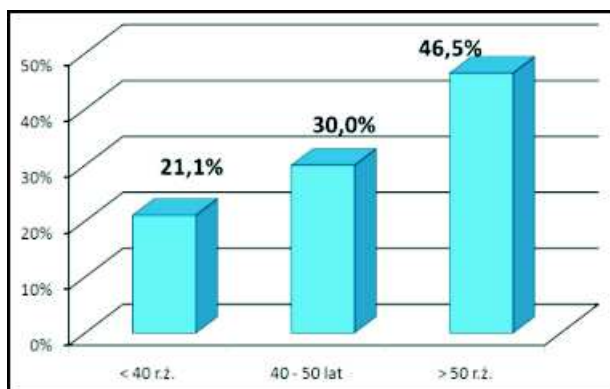
Objaw	Wiek						P
	<40 r.ż.	%*	40–50	%*	>50 r.ż.	%*	
Bóla brzucha	43	75,4	41	82	122	71,8	0,338
Zaparcia	9	15,8	8	16	45	26,4	0,120
Biegunka	12	21,1	11	22	39	22,9	0,955
Wzdęcia	13	22,8	9	18	24	14,1	0,299
Krwawienie z odbytu	19	33,3	7	14	56	32,9	0,028
Anemia	2	3,5	1	2	9	5,2	0,569

* Wyników nie sumuje się do 100%, gdyż była możliwość wielokrotnej odpowiedzi

W analizowanej grupie pacjentów badanie kolonoskopowe stwierdziło występowanie polipów (gruczolaków) u 106 osób (38,3%), choroby Leśniowskiego-Crohna u 25 osób (9%), colitis ulcerosa u 40 osób (14,4%). Dwadzieścia

osób (7,2%) podało występowanie nowotworu w rodzinie, a u 8 osób (2,8%) wykryto raka jelita grubego.

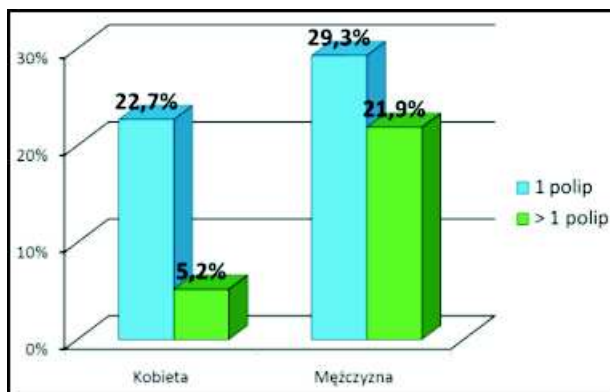
Z przeprowadzonych badań wynika, że w badanej grupie osób polipy występowały częściej u mężczyzn (51,2%) niż u kobiet (27,9%), gdzie $p < 0,001$. Stwierdzono zależność występowania polipów od wieku pacjentów. U osób po 50. roku życia polipy występowały częściej (46,5%), rzadziej stwierdzało się obecność polipów przed 40. rokiem życia (21,1%). Różnice te były istotne statystycznie, gdzie $p = 0,001$ (Ryc. 1).



Rycina 1. Zależność występowania polipów od wieku pacjentów

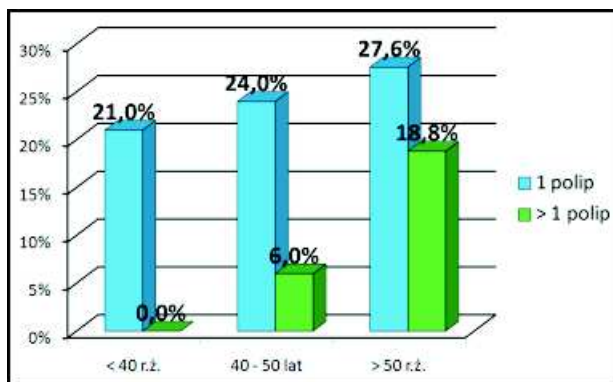
Ocenie poddano również ilość i wielkość polipów w zależności od płci, wieku pacjentów i objawów klinicznych.

Więcej niż 1 polip rozpoznawano częściej u mężczyzn 21,9%, gdzie u kobiet tylko 5,2% miało więcej niż jednego polipa (Ryc. 2).



Rycina 2. Zależność ilości polipów od płci pacjentów

W badanych grupach wiekowych więcej niż jednego polipa częściej miały osoby po 50. roku życia (18,8%), gdzie poniżej 40. roku życia u nikogo nie stwierdzono występowania większej ilości polipów. Różnice te były istotne statystycznie, gdzie $p < 0,001$ (Ryc. 2).



Rycina 2. Zależność ilości polipów od wieku pacjentów

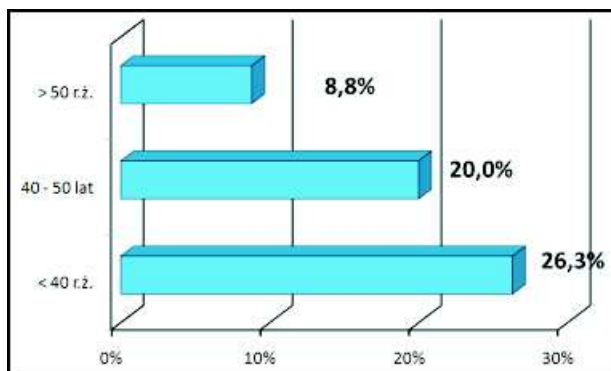
Istotnym statystycznie objawem okazały się bóle brzucha. Co trzeci chory z polipem większym niż 1 cm zgłaszał takie dolegliwości, a z polipem mniejszym niż 1 cm objaw ten zaobserwowano u 66,7% osób.

Stwierdzono, że objaw krwawienia z odbytu ma duże znaczenie statystyczne, gdzie $p < 0,001$. Prawie każdy pacjent, u którego wykryto polip większy niż 1 cm zgłaszał krwawienie z odbytu (12 z 13 chorych podawało ten objaw). Objaw ten zaobserwowano również u co drugiej osoby z polipem mniejszym niż 1 cm.

Analizując zależność wielkości polipów i występowania biegunek zaobserwowano, że w przypadku 84,6% nie występowała biegunka przy współistnieniu polipów większych niż 1 cm.

Badając zależność wielkości polipa i występowania choroby nowotworowej w rodzinie zaobserwowano, że 23,1% osób z polipem większym niż 1 cm podawało występowanie raka w rodzinie, gdzie u osób z polipem mniejszym niż 1 cm zależność tą stwierdzono zaledwie u 6,5% pacjentów.

Kolejny czynnik ryzyka raka jelita grubego to colitis ulcerosa (wrzodziejące zapalenie jelita grubego). W przebadanej grupie osób stwierdzono 40 przypadków tej choroby, tj. 14,4%. W prezentowanym materiale najwyższą liczbę osób z colitis ulcerosa stwierdzono w grupie wiekowej poniżej 40. roku życia, tj. 26,3% oraz w wieku 40–50 lat 20%, gdzie u osób powyżej 50. roku życia tylko 9%. Były to różnice istotne statystycznie, gdzie $p = 0,002$ (Ryc. 3).

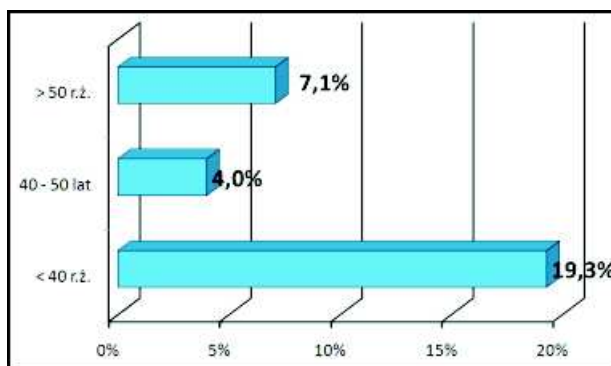


Rycina 3. Zależność colitis ulcerosa od wieku chorych

U chorych na colitis ulcerosa częstym objawem była biegunka. Objaw ten zaobserwowano u 45% chorych. Ma to istotne znaczenie statystyczne, gdzie $p < 0,001$.

Choroba Leśniowskiego-Crohna to następny czynnik, jaki zaobserwowano w badanej grupie osób. Wykryto 25 przypadków tego schorzenia, tj. 9% przebadanej populacji.

Oceniając zależność występowania choroby Leśniowskiego-Crohna względem wieku pacjentów stwierdzono, że choroba ta częściej dotyka ludzi młodych przed 40. rokiem życia (19,3%). Szczegółowe wyniki przedstawia Ryc. 4.



Rycina 4. Zależność choroby Leśniowskiego-Crohna a wiek pacjentów

Zaobserwowano, że choroba Leśniowskiego-Crohna w równym stopniu występuje u mężczyzn 9,8%, jak i u kobiet 8,4%.

W przeprowadzonej analizie stwierdzono, że bóle brzucha nie są objawem charakterystycznym dla choroby Leśniowskiego-Crohna, gdyż występują w równym stopniu zarówno przy współistnieniu tego schorzenia, jak i przy jego braku.

Istotne znaczenie w występowaniu choroby Crohna ma krwawienie z odbytu. Co drugi chory podawał objaw krwi w stolcu. Ma to istotne znaczenie statystyczne, gdzie $p = 0,010$.

Stwierdzono, że dość istotnym objawem w występowaniu choroby Leśniowskiego-Crohna jest biegunka, którą zaobserwowano u co trzeciego chorego z tym schorzeniem (Tab. 3).

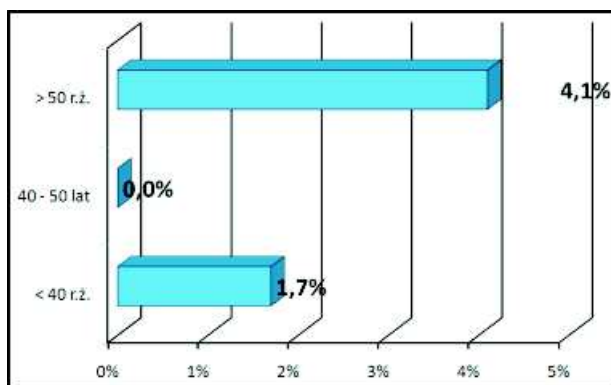
Tabela 3. Zależność występowania Crohna a biegunka

Biegunka	Crohn		Brak Crohna	
	liczba	(%)	liczba	(%)
Obecna	9	36	53	21
Brak	16	64	199	79

$p = 0,087$

Analizując zależność występowania choroby Crohna i anemii stwierdzono, że objaw ten wystąpił tylko u 8% chorych. U 92% chorych nie zaobserwowano anemii.

W przebadanej populacji badanie kolonoskopowe wykryło 8 przypadków raka jelita grubego, tj. 2,8%. Zaobserwowano, że rak jelita grubego występuje częściej u osób po 50. roku życia (4,1%), niż u osób przed 40. rokiem życia (1,7%) (Ryc. 5).



Rycina 5. Zależność występowanie raka od wieku chorych

W przebadanej grupie osób raka jelita grubego wykryto u 4,1% mężczyzn i 1,9% kobiet.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najistotniejszym objawem występującym w przebiegu raka jelita grubego było krwawienie z odbytu, które wystąpiło u praktycznie wszystkich chorych (7 z 8 osób). Różnice te były istotne statystycznie, gdzie $p < 0,001$.

Zaobserwowano, że pacjenci u których wykryto raka jelita grubego nie skarżyli się na występowanie biegunki. W przeprowadzonej analizie objaw anemii zaobserwowano u co drugiego chorego. Jest to bardzo istotne statystycznie $p < 0,001$.

Omówienie wyników i dyskusja

Przez pojęcie czynnik ryzyka rozumie się wszelkiego rodzaju uwarunkowania, które w znaczący (potwierdzony statystycznie) sposób zwiększają lub zmniejszają prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór złośliwy. Pojęcie to obejmuje bardzo wiele, często z pozoru niepowiązanych ze sobą elementów, których cechą wspólną jest to, że zmieniają ryzyko zachorowania. Wśród czynników ryzyka wyróżnia się czynniki zewnętrzne (środowiskowe), które można kontrolować, i które stanowią istotę profilaktyki pierwotnej oraz czynniki wewnętrzne (osobnicze), czyli niepodlegające naszej kontroli [8].

Ponieważ podstawą skutecznego leczenia raka jelita grubego jest jego wczesne wykrycie, opracowano metody wczesnego wykrywania choroby w grupach o podwyższonym ryzyku oraz w bezobjawowej populacji. Podstawą diagnostyki są badania przesiewowe, czyli tzw. profilaktyka wtórna [9].

W przebadanej grupie osób polipy gruczolakowate stwierdzono u 38,3% chorych, wrzodziejące zapalenie jelita grubego u 14,4%, a chorobę Leśniowskiego-Crohna u 9% pacjentów. Raka jelita grubego miało 2,8% przebadanych osób. Jak podaje literatura około 80% raków jelita grubego rozwija się na podłożu gruczolaków, które są najczęstszymi zmianami stwierdzanymi podczas kolonoskopii, co wynika również z przeprowadzonych badań. Dlatego zaleca się usuwanie wszystkich polipów stwierdzonych endoskopowo i monitorowanie pacjentów po ich usunięciu [10]. Metody diagnostyczne wczesnych stadiów choroby są trafne i istnieje możliwość histopatologicznej weryfikacji rozpoznań. Sposób leczenia jest dobrze określony i wczesne stadia choroby są skutecznie leczone [3].

W odniesieniu do literatury rak jelita grubego w strukturze zachorowań znajduje się na drugim miejscu pod względem częstości występowania zarówno u mężczyzn – (10,4%), jak i u kobiet – (10,3%) [11]. Jeżeli chodzi o gruczolaki to według Paradowskiego występują one znamienne częściej u mężczyzn niż u kobiet. Gruczolaki jelita grubego stwierdza się u 5 – 10% chorych po 40. roku życia, a w wieku 50–75 lat odsetek ten sięga 55%. Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wynosi około 5–6% w ciągu całego życia i szybko rośnie po 50. roku życia [12]. Najczęściej raka stwierdza się w polipach dużych. W przypadku gruczolaków mniejszych niż 1 cm rak występuje w około 1% przypadków, odsetek ten wzrasta w polipach o średnicy od 1 cm–2 cm do 10%, natomiast w gruczolakach o średnicy powyżej 2 cm odsetek ten waha się od 30 do 50%. Zatem wszystkie znalezione w trakcie kolonoskopii polipy powinny zostać usunięte.

Szacuje się, że usuwanie polipów i późniejszy nadzór endoskopowy zmniejszają występowanie raka jelita grubego o 66 – 90% [13].

W przeprowadzonych badaniach wykryto u 14,4% wrzodzące zapalenie jelita grubego, a u 9% osób chorobę Leśniowskiego-Crohna. Obserwując wyniki stwierdzono, że zarówno w chorobie Leśniowskiego-Crohna, jak i we wrzodzącym zapaleniu jelita grubego najwyższą liczbę zachorowań zanotowano w grupie wiekowej poniżej 40. roku życia (colitis ulcerosa 26,3%, choroba Leśniowskiego-Crohna 19,3%). Wyniki te znajdują potwierdzenie w piśmiennictwie. Choroby te zazwyczaj dotyczą ludzi młodych, a im dłuższy jest ich przebieg, tym ryzyko rozwoju raka jelita grubego wzrasta [14, 15]. Dlatego pacjenci z długotrwałym wrzodzącym zapaleniem jelita grubego lub chorobą Leśniowskiego-Crohna powinni wykonywać regularne badania kolonoskopowe.

W przebadanej grupie osób wykryto również 8 przypadków raka jelita grubego. Większość stanowiły osoby po 50. roku życia (7 z 8 osób). Najczęstszym objawem u tych chorych było krwawienie z odbytu, które wystąpiło u 7 z 8 osób, a objaw anemii zaobserwowano u co drugiego chorego. Było to istotne statystycznie ($p < 0,001$) i znajduje potwierdzenie w literaturze. W opracowaniach Nowackiego czytamy, że nawet wczesny rak jelita grubego jest często objawowy, choć objawy te są zwykle bardzo dyskretne i często lekceważone przez pacjenta, jak i przez lekarza [16]. Wielu chorych skarżących się od dłuższego czasu na różne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego albo sami się leczą, albo lekceważą te dolegliwości czekając aż ustąpią. Tylko nieliczna grupa osób z wczesnymi objawami i dolegliwościami zgłasza się do swoich lekarzy rodzinnych. Trudność polega na wyselekcjonowaniu na podstawie objawów klinicznych osób kwalifikujących się do wykonania badania endoskopowego. Istotną rolę odgrywa świadomość lekarzy odnośnie ważności dokładnego badania zarówno przedmiotowego, jak i podmiotowego każdego pacjenta zgłaszającego jakiegokolwiek dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Istotne jest, by lekarz wiedział, o co należy pytać pacjenta i na jakie objawy podmiotowe i przedmiotowe zwrócić szczególną uwagę. Ponadto ważnym zadaniem służby zdrowia jest również edukowanie społeczeństwa, które objawy powinny zaniepokoić pacjenta [17].

W przedstawionych badaniach najczęstszym objawem, jaki zgłaszali pacjenci były bóle brzucha, które wystąpiły u 74,4% chorych. Prawie połowa chorych podawała zmianę rytmu wypróżnień: zaparcia (22,4%), biegunki (22,4%). U 29,6% osób zaobserwowano krwawienie z odbytu, wzdęcia u 16,6%, a anemię stwierdzono u 4,3% chorych. U co 4 osoby z widocznym krwawieniem z odbytu stwierdzono poważną chorobę jelit. Objaw krwawienia z odbytu zaobserwowano u co drugiej osoby, u której wykryto polipy. Stwierdzono również, że krwawienie z odbytu występuje częściej u chorych, u których stwierdzono więcej niż 1 polip. Natomiast prawie każdy pacjent, u którego wykryto polip większy niż 1 cm zgłaszał ten objaw (12 z 13 chorych). U pacjentów z colitis ulcerosa krwawie-

nie z odbytu występowało u 12,5% osób, a z chorobą Leśniowskiego-Crohna u 52% chorych. Ponieważ jedną z wymienionych wyżej przyczyn może stanowić rak jelita grubego, krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest objawem alarmującym i w każdym przypadku wymaga wnikliwej diagnostyki proktologicznej [9].

Bóle brzucha są bardzo mało charakterystyczne i według niektórych autorów występują u 21 do nawet 60% chorych [18]. W prezentowanym materiale objaw ten stwierdzono u 63,2% osób z polipami, u chorych z colitis ulcerosa 85% osób podawało ten objaw, a z chorobą Leśniowskiego-Crohna 64%. Nie zaobserwowano natomiast bólów brzucha przy współistnieniu raka jelita grubego. Według literatury zaburzenia rytmu wypróżnień uznaje się za alarmujący objaw proktologiczny. Przyczyną takich zaburzeń może być zarówno czynnik psychologiczny (stres), fizjologiczny, jak i organiczny. Wśród czynników organicznych wymienia się chorobę trzewną, zespół jelita nadwrażliwego, choroby zapalne jelit czy guzy jelita grubego. Dlatego występowanie tych objawów wymaga pogłębionej diagnostyki. Oceniając znaczenie objawów klinicznych w rozpoznawaniu chorób jelita grubego wydaje się, że pomimo ogromnego postępu, jaki nastąpił w dziedzinie dodatkowych metod diagnostycznych, nadal nie do przecenienia jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu z pacjentem, który może dać wskazówkę lekarzowi co do rodzaju dalszej diagnostyki [9].

Największym problemem związanym z rozpoznaniem i leczeniem raka jelita grubego jest to, że mało kto chce na te tematy mówić. Jest to być może związane ze wstydem, a może z brakiem wiedzy. Lekarze powinni przedstawić swoim pacjentom znaczenie i konieczność wykonywania badań przesiewowych i profilaktyki. Jest to najlepszy sposób podwyższenia odsetka przeżyć i zahamowania stałego wzrostu zapadalności na tę chorobę. Rak jelita grubego spełnia warunki, jakie powinna mieć choroba, w której zastosowanie badań przesiewowych powinno przynieść poprawę. Nadal jednak pozostają wątpliwości, w jakiej populacji należy zastosować badanie i jakiego testu diagnostycznego użyć [19].

Ciekawym kierunkiem rozwoju badań przesiewowych w wypadku raka jelita grubego są testy DNA. Badania molekularne pozwalają określić rolę wybranych genów odpowiedzialnych za powstawanie i progresję tego nowotworu. Jest to jedna z nowoczesnych technik, która będzie się dalej rozwijać i nadal jest jeszcze daleka droga do stworzenia standardów diagnostycznych z zastosowaniem mikrosiatek DNA [20].

Obecnie przy braku skutecznego i wydolnego systemu badania przesiewowego w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego zwrócenie szczególnej uwagi na objawy kliniczne występujące u chorych powinno przynieść poprawę wykrywania, a co za tym idzie – poprawę skuteczności leczenia tej choroby. Na podstawie niniejszego badania stwierdzono, że takie objawy jak krwawienie z odbytu, zmiana rytmu wypróżnień czy bóle brzucha mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

Wnioski

1. Na występowanie poszczególnych czynników ryzyka ma wpływ wiek pacjentów. Wraz z wiekiem ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wzrasta bardzo szybko.
2. Najczęściej występującym objawem raka jelita grubego jest krwawienie z odbytu.
3. Występowanie pozostałych objawów, takich jak bóle brzucha, zmiana rytmu wypróżnień czy wzdęcia nie jest tak wyraźne w rozpoznawaniu raka jelita grubego.

Piśmiennictwo

1. Yamada T.: *Podręcznik Gastroenterologii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
2. Krawczyk M.: *Nowotwory przewodu pokarmowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
3. Banaszekiewicz Z., Bujalski D., Jawień A.: *Badania przesiewowe w raku jelita grubego*. Przewodnik Lekarza, 2004, 11, 72–76.
4. Korniluk J., Wcisło G., Nurzyński P.: *Epidemiologia raka jelita grubego*. Współczesna Onkologia, 2006, 3, 136.
5. Kuwada S. K.: *Rak jelita grubego*. Medycyna Po Dyplomie, 2001, 10, 34–42.
6. Paradowski L.: *Atlas Gastroenterologii Klinicznej*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005.
7. Wronkowski Z., Nowacki M. P.: *Profilaktyka nowotworowa*. Przewodnik Lekarza, 2000, Dodatek Onkologiczny.
8. Pawlicki M., Rolski J.: *Współczesne koncepcje leczenia raka jelita grubego i odbytnicy*. Proktologia, 2004, 4, 30–34.
9. Ciesielski P., Kołodziejczak M.: *Znaczenie objawów klinicznych w rozpoznawaniu chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego*. Nowa Medycyna, 2009, 3, 163–168.
10. Nowacki M. P.: *Nowotwory jelita grubego*. Wydawnictwo Wiedza i Życie, Warszawa 1996.
11. Stec R.: *Badania przesiewowe w raku jelita grubego*. Współczesna Onkologia, 2006, 3, 96–102.
12. Paradowski L., Błoński W.: *Najnowsze zalecenia i wytyczne w wybranych chorobach przewodu pokarmowego*. Przewodnik Lekarza, 2007, 4, 127–132.
13. Mądro A., Słomka M., Celiński K.: *Rak jelita grubego – czy można zapobiegać, wcześniej rozpoznawać i skutecznie leczyć?* Medycyna Rodzinna, 2004, 1, 36–41.
14. Jankowski M., Zegarski W.: *Choroba Leśniowskiego-Crohna, a rak jelita grubego*. Współczesna Onkologia, 2006, 4, 160–163.
15. Wronkowski Z., Brużewicz Sz.: *Nowotwory jelita grubego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
16. Nowacki M., Bartnik W.: *Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego w grupach zwiększonego ryzyka*. Medycyna Praktyczna, 2004, 10, 100–106.

17. Tarnowski W., Bielecki K.: *Rak jelita grubego – zalecane wytyczne dotyczące postępowania z chorymi*. Przewodnik Lekarza, 2003, 6, 83–87.
18. Konturek St. J.: *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2001.
19. Bujko K.: *Diagnostyka i leczenie raka jelita grubego. Zalecenia opracowane przez zespół ekspertów w 2007 roku w Barcelonie podczas 9th World Congress on Gastrointestinal Cancer*. Medycyna Praktyczna – Onkologia, 2009, 1, 27.
20. Wcisło G., Szenajch J., Bodnar L.: *Rak jelita grubego w świetle współczesnych badań molekularnych*. Współczesna Onkologia, 2006, 3, 103–110.

Krystyna Klimaszewska¹, Hanna Rolka^{1,2}, Alina Sorokin³,
Barbara Jankowiak^{1,2}, Beata Kowalewska^{1,2}, Elżbieta Krajewska-Kułak¹,
Krystyna Kowalczyk¹, Dorota Kondzior¹

Spoleczna jakość życia pacjentów z chorobą Parkinsona

Wstęp

Choroba Parkinsona (ch.P.) to przewlekła, postępująca i nieuleczalna choroba ośrodkowego układu nerwowego, polega na postępującym zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia [1, 2].

Choroba Parkinsona ciągle jest schorzeniem nieuleczalnym, ponieważ do tej pory nie udało się poznać jej przyczyny i mechanizmów odpowiedzialnych za uszkodzania neuronów dopaminergicznych [3].

Najstarszy opis tego schorzenia został znaleziony w papirusach egipskich, pochodzących z okresu XIX dynastii (1350–1200 p.n.e.), gdzie znajduje się następujący tekst: „(...) a kiedy Bóg Ra postarzał się, jego sylwetka pochyliła się, zaczął chodzić drobnymi krokami, a z ust wypływała mu ślina (...)”. Angielski lekarz James Parkinson w 1817 r. po raz pierwszy opisał chorobę Parkinsona, a przez Marshalla Halla w roku 1841 r. została nazwana drżączką porażną. Tretiakoff w 1919 r. opisał najistotniejszą zmianę morfologiczną, do jakiej dochodzi w tej chorobie, tj. zblednięcie istoty czarnej śródmózgowia [4].

Badania dotyczące przyczyny choroby Parkinsona są prowadzone od wielu lat, lecz niestety, ciągle nie przybliżają nas do jej poznania. Uważa się, że dwa czynniki – genetyczny i środowiskowy – mają zasadnicze znaczenie w etiologii choroby Parkinsona. Rodzinne postacie choroby Parkinsona związane są typem dziedziczenia autosomalnie dominującym lub recesywnym, występują u niewielkiego odsetka osób z tym schorzeniem. Odkrycie czynnika środowiskowego (endo- lub egzotoksyny) i poznanie wzajemnego oddziaływania środowisko–genotyp być może pozwoliłoby zapobiegać rozwojowi tej choroby [5, 6].

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Instytut Medyczny PWSI i P w Łomży

³ NZOZ Przychodnia Rodzinna w Bielsku Podlaskim

Badania epidemiologiczne sugerują, że wiele czynników środowiskowych może mieć wpływ na powstawanie ch.P. Do czynników ryzyka związanych ze środowiskiem zalicza się najczęściej zamieszkiwanie na wsi, pracę w gospodarstwie rolnym i picie wody ze studni, ekspozycja na: pestycydy, metale ciężkie, substancje wydzielane przy spawaniu, węglowodory. Czynnikiem, który wydaje się zmniejszać ryzyko zachorowania na ch.P. jest nikotynizm. Badania epidemiologiczne różnią się wynikami w zależności od rejonu, od stopnia rozwoju ekonomicznego oraz od objętej badaniem populacji [2].

Choroba Parkinsona występuje często, u około 3% osób powyżej 65. roku życia i częściej występuje (dwukrotnie) u mężczyzn niż u kobiet. Odsetek zachorowania u mężczyzn i kobiet w różnych grupach wiekowych jest zróżnicowany. Proporcje te ulegają wyrównaniu powyżej 85. roku życia, związane to jest z wyższą śmiertelnością mężczyzn. Badania dowodzą, że początek choroby u kobiet jest późniejszy niż u mężczyzn, średnio o 2,2 roku. W badanych populacjach zaobserwowano wzrost ryzyka zachorowania na ch.P. u kobiet przy wczesnym zmniejszeniu ilości estrogenów, w wyniku wczesnej menopauzy, skrócenia okresu rozrodczego. Niekiedy stosowanie estrogenów może powodować wzrost ryzyka rozwoju ch.P. [7].

Objawy w chorobie Parkinsona narastają powoli. Pojawia się drżenie spoczynkowe rąk, trudności w poruszaniu się, wzmożenie napięcia mięśniowego, ból mięśni, chód drobnymi kroczkami, drobne pismo, niewyraźna mowa i zaburzenia wegetatywne (ślinotok, łojotok, napadowe pocenie się) oraz nietypowe objawy, takie jak mrowienie kończyn czy objawy depresyjne [8, 9].

Obraz kliniczny i przebieg choroby Parkinsona jest różny u kobiet i mężczyzn. U kobiet dominują zaburzenia postawy, depresja i zmniejszenie aktywności życiowej oraz dyskinezy w trakcie leczenia lewodopą, natomiast u mężczyzn częściej występują zaburzenia snu i zachowania związane ze snem REM [7].

W chorobie Parkinsona bardzo charakterystyczna jest sylwetka ciała, głowa jest pochylona, tułów zgięty ku przodowi, kręgosłup wygięty do tyłu i tworzy się garb oraz kończyny górne wysunięte są do przodu, a łokcie, biodra i kolana są zgięte [10].

Klasyczne objawy zaburzeń ruchowych w idiopatycznej chorobie Parkinsona:

- **Bradykinezja** – spowolnienie ruchowe, zmniejszona szybkość i amplituda ruchu – jest najbardziej charakterystyczną cechą zaburzeń ruchowych w chorobie Parkinsona. Zaburzenia ruchowe występują z reguły symetrycznie to nasilenie ich jest asymetryczne, dlatego należy bacznie obserwować prawą i lewą stronę ciała. Charakterystyczna w bradykinezji jest coraz mniejsza amplituda ruchu w trakcie wykonywanych czynności sekwencyjnych, zjawisko to można zaobserwować u chorego w trakcie chodu, czym dłuższy dystans do pokonania tym krótsze i wolniejsze kroki wykonuje pacjent.

- **Akinezja** – trudności w zainicjowaniu ruchu – sytuacja taka może wystąpić

np. przy zmianie podłoża, gładka podłoga przechodzi w miękką wykładzinę, dochodzi do nagłego zatrzymania, „bloku”, „zamrożenia” w wykonaniu następnego kroku.

- **Drżenie** – drżenie spoczynkowe – jest bardzo charakterystyczną dolegliwością i zaburzeniem ruchowym u osób cierpiących na chorobę Parkinsona. Typowe drżenie wykazuje amplitudę od 4 do 6 Hz, gdy osiągnie wyższe wartości, które są niemożliwe do zaakceptowania przez chorego, powinno się rozważyć leczenie metodami chirurgicznymi (talomotomia – zabieg, podczas którego niszczy się niewielki obszar struktury wzgórza osiągając zmniejszenie drżenia, z pozytywnym skutkiem aż u 90% chorych). Drżenie o niedużej amplitudzie upośledzające wykonywanie precyzyjnych ruchów, co w znaczący sposób upośledza jakość życia osób nim dotkniętych.

- **Sztywność** – wzmożone napięcie mięśniowe – występuje pod postacią tzw. koła zębatego, gdzie drżenie pojawia się wraz ze sztywnością oraz pod postacią tzw. rury ołowianej, gdzie biernie poruszana kończyna chorego wykazuje opór ciężki do pokonania.

- **Dyskineza** – nadmierna czynność mięśni, może występować jako pływawica, ruchy skręcające, dystonia rzadko atetozą – u części chorych objawia się, jako bezcelowe ruchy mimowolne, skręcające, nieprzewidywalne i niemożliwe do świadomego opanowania oraz jako dystonia pozycyjna szyi, tułowia, rąk i nóg. Nadmierna aktywność niektórych grup mięśniowych utrzymuje się w czasie dnia i z reguły zanika w czasie snu.

- **Zaburzenia równowagi** – są stałą cechą występującą u osób z chorobą Parkinsona [3].

Rozpoznanie choroby Parkinsona jest rozpoznaniem klinicznym, nie ma testów pozwalających potwierdzić diagnozę [11].

Cztery główne objawy choroby, które są podstawą do rozpoznania choroby:

- drżenie występujące w spoczynku,
- spowolnienie ruchowe,
- sztywność mięśni,
- zaburzenia stabilności postawy [12].

Kliniczne rozpoznanie choroby Parkinsona opiera się na obecności kolejnych trzech (z ośmiu) następujących cech choroby:

- jednostronny początek objawów,
- obecność drżenia spoczynkowego,
- postęp choroby,
- utrzymywanie się asymetrii objawów w trakcie postępu choroby,
- wyraźne (70–100%) zmniejszenie nasilenia objawów po leczeniu lewodopą,
- utrzymywanie się dobrej reakcji na lewodopę przez co najmniej 5 lat,
- pojawienie się wyraźnych ruchów mimowolnych o charakterze pływawicy (dyskinez), jako objawów niepożądanych po leczeniu lewodopą,
- długi (najmniej 10 lat) czas obserwacji chorego [12].

Chory z klinicznym rozpoznaniem choroby Parkinsona powinien mieć wykonane badanie neuroobrazujące (tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny), które pozwoli wykluczyć groźne pomyłki diagnostyczne. W niektórych trudnych i wątpliwych przypadkach pomoc w rozpoznaniu mogą nowoczesne badania obrazujące metabolizm dopaminy w jądrach podstawy, takie jak SPECT (DATScan) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Badania te wykonywane są bardzo rzadko ze względu na wysoki koszt, wykorzystywane są jedynie do badań naukowych [11, 12].

Kliniczne rozpoznanie choroby Parkinsona, nawet w najlepszych ośrodkach na świecie, w kilkunastu procentach jest negatywnie weryfikowane pośmiertnym badaniem neuropatologicznym [13].

W przebiegu choroby Parkinsona występują określone etapy, a objawy kliniczne zależne są od zmian neuropatologicznych. Proces patologiczny istoty czarnej jest tylko częścią zwyrodnienia, który rozpoczyna się w rdzeniu przedłużonym, następnie rozciąga się na śródmózgowie i korę mózgową.

Choroba Parkinsona występuje w 3 postaciach klinicznych:

- akinetyczno-hipertonicznej,
- drżenia,
- mieszanej [14].

Przebieg choroby Parkinsona można podzielić na okresy:

- **Faza przedkliniczna** – rozpoczyna się, gdy zmniejsza się liczba neuronów istoty czarnej i zmniejsza się poziom dopaminy, trwać może około 3–7 lat. Przy spadku dopaminy o 20–30% wartości wyjściowej pojawiają się objawy parkinsonowskie i choroba przechodzi w fazę kliniczną.

- **Faza kliniczna** – dzieli się na dwa okresy, w zależności od uzyskanego efektu terapeutycznego:

- *Okres wczesny, niepowikłany* – reakcja na zastosowane leczenie jest dobra, objawy parkinsonowskie ulegają zmniejszeniu się po leczeniu i nie występują poważne objawy niepożądane, a jakość życia chorego jest zadowalająca. Okres ten może trwać kilka lat.

- *Okres późny, zaawansowana faza choroby* – postęp choroby powoduje pojawienie się nowych objawów i problemów, takich jak: upadki, zaburzenia mowy, połykania, snu oraz zaburzenia wegetatywne i psychiczne, depresja. Działanie leków zmniejsza się, pojawiają się objawy niepożądane związane z długoletnim przyjmowaniem lewodopy: fluktuacje ruchowe i dyskinezy. Leczenie staje się trudniejsze w tej fazie choroby, a jakość życia pacjentów pogarsza się [15].

Praktycznym, klinicznym narzędziem oceny stopnia zaawansowania choroby jest skala zaproponowana przez amerykańskich neurologów M. M. Hoehn i M. D. Yahr (Tab. 1).

Tabela 1. Skala oceny stopnia zawansowania choroby Parkinsona [15]

Stadium 0	Brak objawów parkinsonowskich.
Stadium I	Objawy jednostronne, bez wpływu na codzienne funkcjonowanie chorego, trwa około 3 lata.
Stadium II	Objawy z przewagą po jednej stronie, niewielkie upośledzenie codziennego funkcjonowania. U chorego można zaobserwować typowe objawy choroby: hipomimię, hipotonię, przodopochylenie, wolniejszy chód, upośledzenie współruchów. Stadium te trwa przeciętnie 3–4 lata.
Stadium III	Obustronność objawów z zaznaczoną niestabilnością postawy, chory nadal niezależny od otoczenia, czynności wykonuje wolniej i z trudnością. Stan ten może trwać parę lat.
Stadium IV	Upośledzenie sprawności znacznego stopnia. Chory jest zależny od osób trzecich, wymaga pomocy przy wykonywaniu codziennych obowiązków. Zachowane jest samodzielne stanie i chodzenie, ale dochodzi do częstych upadków.
Stadium V	Chory prawie całkowicie zależny od otoczenia, przeważnie leży lub siedzi, poruszanie się możliwe tylko przy pomocy jednej lub dwóch osób.

Postępowanie terapeutyczne w ch.P. jest procesem złożonym, obejmującym leczenie farmakologiczne, chirurgiczne, różne techniki rehabilitacji, odpowiedni tryb życia i dietę oraz edukację i wsparcia chorych, i ich rodzin [8].

Etiologia ch.P. jest ciągle niepoznana, więc możliwe jest tylko leczenie objawowe, które powinno uwzględnić trzy główne cele:

- zwolnienie procesu chorobowego,
- zmniejszenie objawów zespołu parkinsonowskiego,
- zapobieganie późnym ośrodkowym objawom niepożądanym [16].

Decyzja o rozpoczęciu leczenia powinna być rozpatrzona indywidualnie dla każdego chorego, z uwzględnieniem jego wieku, stopnia zaawansowania choroby, objawów klinicznych, zawodu, sytuacji rodzinnej, dotychczasowego sposobu leczenia, a także możliwości finansowych. Dawki leków powinny być dobrane indywidualnie dla każdego chorego, wprowadzane stopniowo zgodnie z obowiązującym schematem [14].

W chorobie Parkinsona do osiągnięcia jak najlepszych wyników leczenia i rehabilitacji niezbędna jest współpraca wielu specjalistów z pacjentem i jego rodziną. Należy uświadomić choremu, że choroba ta w istocie swojej, dramatycznie pogarsza sprawność ruchową i utrzymanie jak najdłużej ogólnej sprawności fizycznej oraz nauka sposobów zachowania się w różnych sytuacjach dnia codziennego są tak samo ważne, jak przyjmowanie leków [3, 15].

Na postępowanie rehabilitacyjne w ch.P. składa się: terapia ruchowa, (indywidualna i grupowa), terapia mowy, terapia zajęciowa i rehabilitacja psycholo-

giczna. Szczególną rolę odgrywa terapia ruchowa, pozwala ona utrzymać sprawność fizyczną i niezależność pacjenta w życiu codziennym, może opóźnić pojawienie się lub zmniejszyć nasilenie już istniejących objawów choroby, takich jak: spowolnienie ruchowe, zaburzenia postawy i chodu, hipokinezja, akinezja i zastygnięcia, zaburzenia mowy i stanu psychicznego [3].

Cele rehabilitacji w parkinsonizmie ukierunkowane są na:

- profilaktykę wczesnego upośledzenia sprawności fizycznej,
- profilaktykę przewlekłego upośledzenia sprawności fizycznej i psychicznej oraz trwałej niesprawności,
- kompensację ubytków funkcji uszkodzonych narządów i układów,
- przystosowanie pacjenta do zmienionych przez chorobę warunków bytowania w środowisku,
- stworzenia warunków do jak najdłuższego zachowania poczucia samodzielności i przydatności społecznej oraz uniknięcie zmiany środowiska (przeniesienie do domu opieki społecznej) [15].

Cel pracy

Celem pracy było:

1. Ocena jakości życia pacjenta z chorobą Parkinsona.
2. Rozpoznanie najważniejszych problemów występujących u chorych na Parkinsona

Materiał i metodyka

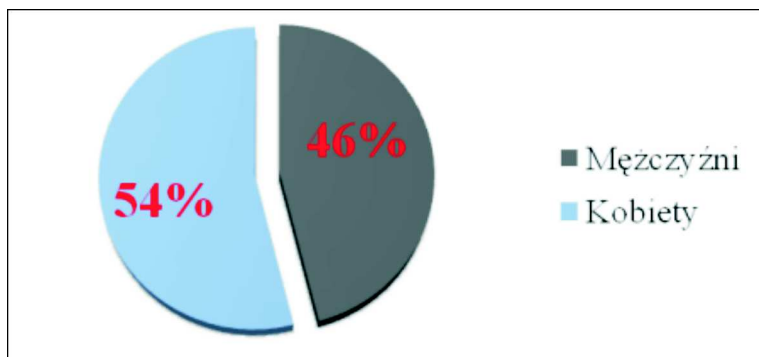
Grupę badawczą stanowiło 50 pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą Parkinsona. Badania wśród tej grupy zostały przeprowadzone za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety, który został opracowany dla potrzeb tej pracy. Kwestionariusz składał się z metryczki oraz części zasadniczej. Pacjenci biorący udział w ankiecie zostali poinformowani, że materiał uzyskany w badaniu posłuży wyłącznie do celów naukowych, mających na celu ocenę jakości życia pacjenta z chorobą Parkinsona.

Uzyskane dane skategoryzowano i umieszczono w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Exel, a następnie poddano analizie ilościowej i jakościowej, za pomocą filtra danych i bloku formuł statystycznych.

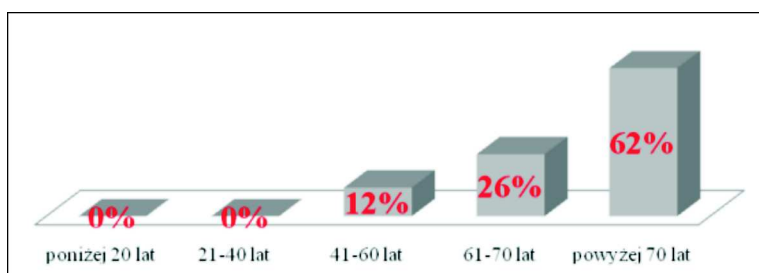
Wyniki

W badanej grupie pacjentów znalazło się 27 kobiet (54%) i 23 mężczyzn (46%) – ryc. 1.

Badani stanowili zróżnicowaną grupę pod względem wieku. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym powyżej 70 lat (62%), a w przedziałach poniżej 20 lat i 21–40 lat nie było ani jednej osoby (ryc. 2).



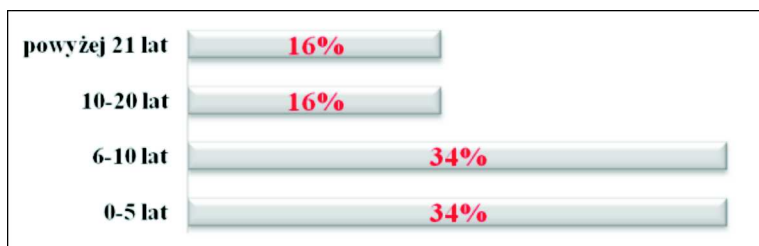
Rycina 1. Płeć badanych



Rycina 2. Wiek ankietowanych

W grupie badanej populacji pod względem wykształcenia największą grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie podstawowe – 62% (31 osób), najmniej wykształcenie wyższe 2% (1 osoba). Zdecydowaną większość respondentów stanowili mieszkańcy wsi 62%, natomiast 38% to mieszkańcy miasta.

Pod względem długości trwania choroby wyniki są ujednocnione, w przedziałach 0–5 lat i 6–10 lat znalazło się po 34% respondentów, natomiast po 16% w przedziałach 10–20 lat i powyżej 21 lat (ryc. 3).



Rycina 3. Długości trwania choroby w badanej populacji

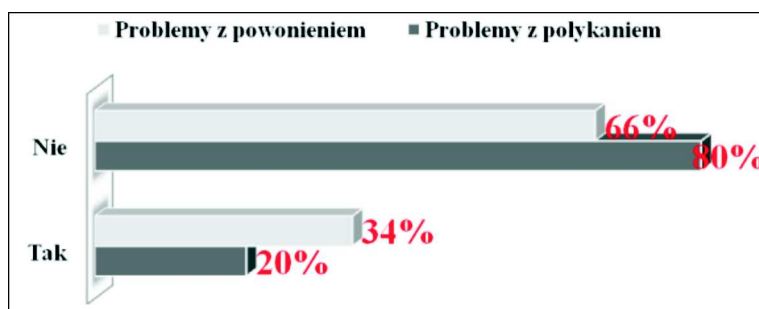
Wśród objawów choroby Parkinsona w badanej populacji dominującymi jest drżenie jednostronne w stopniu średnim – 44%, sztywność mięśniowa w stopniu dużym – 42% oraz spowolnienie ruchowe w stopniu średnim – 42%. Szczegółowo przedstawia to tabela 2.

Tabela 2. Procentowa częstość występowania przewarżających objawów choroby Parkinsona i ich nasilenie w badanej populacji*

Objawy choroby przewarżające	Małe	Średnie	Duże
Drżenie jednostronne	6%	44%	24%
Drżenie dwustronne	4%	6%	16%
Oslabienie sprawności manualnej	20%	38%	38%
Trudności w poruszaniu się	30%	30%	30%
Sztywność mięśniowa	18%	38%	42%
Spowolnienie ruchowe	18%	42%	36%
Zaburzenia postawy	34%	30%	32%

* Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Objawy, które zostały poddane analizie to problemy z połykaniem i z powonieniem. Szczegółowo przedstawia to rycina 4.

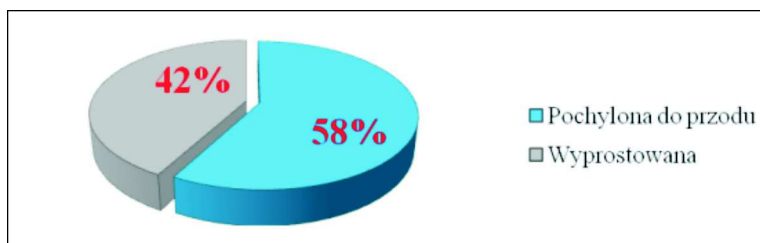


Rycina 4. Procentowa częstość występowania zaburzeń połykania i problemów z powonieniem w badanej populacji

Wśród ankietowanych 43 osoby zgłaszały problemy z pisaniem i 21 osób miało problemy z mówieniem. Problemy z pamięcią zgłaszało 28 osób.

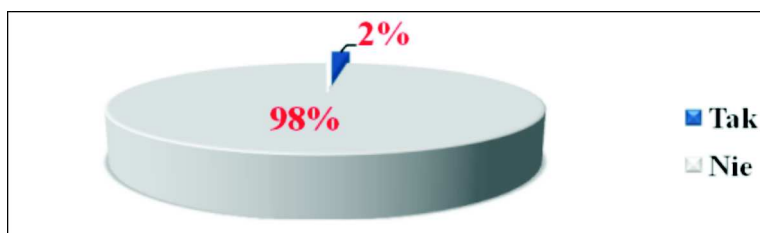
Z przeprowadzonych badań wynika, że 58% ankietowanych porusza się w pozycji pochylonej do przodu (ryc. 5).

Niepokojąco jest występowanie zaburzeń równowagi lub upadków (94%) wśród badanych, tylko 6% nie zgłasza tych zaburzeń. Zdecydowana większość badanych (80%) zgłasza nasilenie się objawów choroby Parkinsona w ciągu dnia.



Rycina 5. Pozycja poruszania się w badanej populacji

Choroba Parkinsona nie oznacza, że należy wszystkiego się wyrzec – łącznie z ulubionym hobby czy sportem – trzeba jednak wprowadzić pewne korekty do dotychczasowego modelu życia. Aż 98% respondentów nie uprawia sportu, tylko jedna osoba uprawia sport (ryc. 6).

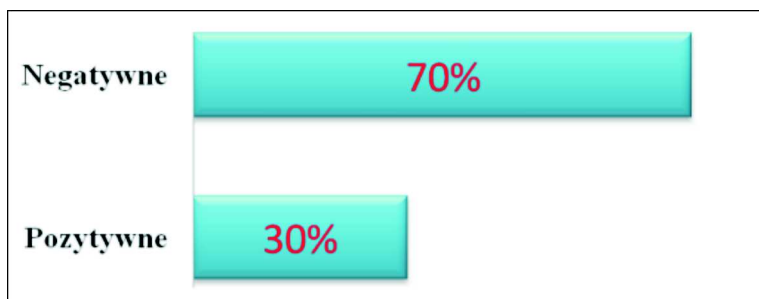


Rycina 6. Procentowa ilość chorych uprawiających regularnie sport

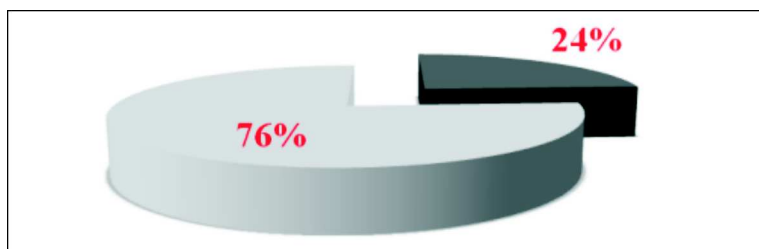
Z przeprowadzonych badań wynika, że choroba Parkinsona występowała w rodzinie u 52% ankietowanych.

Aby czuć się zdrowym należy się zaakceptować, mieć pozytywne relacje z innymi ludźmi, być niezależnym, współistnieć ze środowiskiem, posiadać cel w życiu, rozwijać się duchowo. Jest bardzo ważne, aby ludzie żyjący z przewlekłą chorobą wypracowali sobie pewną koncepcję dobrego samopoczucia lub zdrowia, koncepcję, która paradoksalnie zakłada, że możesz czuć się dobrze i zdrowo, będąc jednocześnie chorym. Jeszcze ważniejsze jest zrozumienie, że choroba może być początkiem procesu samodoskonalenia się i poprawy stylu lub jakości życia. Z przeprowadzonych badań wynika, że 70% chorych ma negatywne nastawienie do życia (ryc. 7).

Aż 72% chorych twierdzi, że stres i trudności życiowe mają wpływ na jakość życia. Z badań wynika, że u 76% chorych zmienił się stosunek do świata po rozpoznaniu choroby Parkinsona. Przedstawia to ryc. 8.

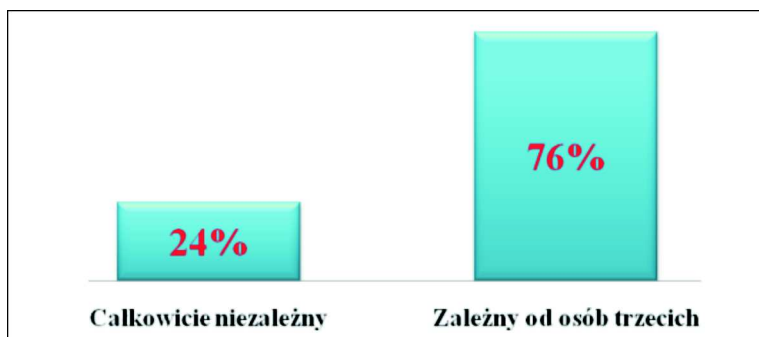


Rycina 7. Nastawienie do życia w badanej populacji



Rycina 8. Procentowa ilość chorych, u których zmienił się stosunek do świata po rozpoznaniu choroby Parkinsona

76% respondentów podaje, że jest zależne od pomocy osób trzecich. Najczęściej chorzy korzystają z pomocy w robieniu zakupów (74%), w sprzątaniu (44%), a w czynnościach osobistych potrzebuje pomocy tylko 20% chorych. Natomiast 38% ankietowanych podaje, że sami załatwiają swoje sprawy w urzędach. Przedstawiają to ryciny 8, 9, 10.

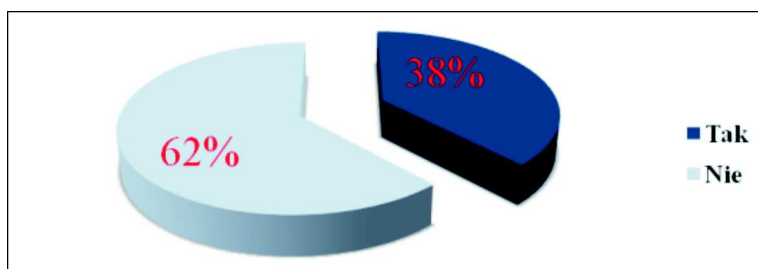


Rycina 8. Stopień samodzielności wśród badanej populacji



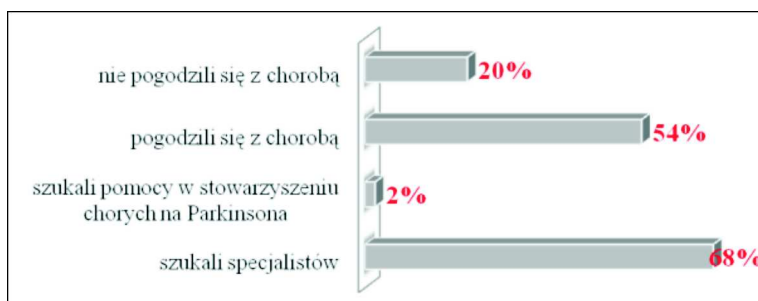
* Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Rycina 9. Procentowa ilość osób korzystających z pomocy przy wykonywaniu czynności dnia codziennego*



Rycina 10. Procentowa ilość osób korzystających z pomocy przy załatwianiu spraw w urzędach

Respondenci, na pytanie o reakcję najbliższych na wieść o chorobie odpowiedzieli, że 68% szukało pomocy u specjalistów oraz 54% pogodziło się z chorobą. Niepokojący jest wynik tylko 2% osób, które szukało pomocy w stowarzyszeniu chorych na Parkinsona. Przedstawia to ryc. 11.



* Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Rycina 11. Reakcja najbliższych na wieść o chorobie*

Prawie wszyscy chorzy korzystają z porad specjalistów (98%), natomiast leczenie sanatoryjne i zajęcia rehabilitacyjne są mniej popularne wśród badanych (odpowiednio: 28% i 34%).

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Najwięcej chorych na chorobę Parkinsona jest w wieku powyżej 70 lat, w większości są to mieszkańcy wsi, z wykształceniem podstawowym.
2. Z badań wynika, że drżenie jednostronne występuje częściej niż drżenie dwustronne.
3. Dominującymi objawami w badanej populacji są: osłabienie sprawności manualnej, trudności w poruszaniu się, sztywność mięśniowa, spowolnienie ruchowe, zaburzenia postawy.
4. Niestety, znaczna większość badanych ma problemy z pisaniem, problemy z mówieniem i pamięcią zgłasza średnio połowa respondentów.
5. Większość badanych zgłasza nasilenie się objawów choroby Parkinsona w ciągu dnia, co utrudnia wykonywanie czynności dnia codziennego i porusza się w pozycji pochylonej do przodu.
6. Większość chorych ma negatywne nastawienie do życia, a stres i trudności życiowe mają duży wpływ na jakość życia.
7. U większości chorych po rozpoznaniu choroby zmienił się stosunek do otaczającego świata.
8. Zdecydowana większość chorych na Parkinsona mieszka z rodziną, a związane to jest z tym, że chorzy są zależni od pomocy osób trzecich. Najczęściej potrzebują pomocy w robieniu zakupów, w sprzątaniu, załatwianiu spraw w urzędach.
9. Według 80% badanych osoba z chorobą Parkinsona nie ma w obecnej sytuacji służby zdrowia warunków do właściwego leczenia się i życia z chorobą. Prawie wszyscy chorzy korzystają z porad specjalistów, natomiast z konsultacji u terapeuty korzysta tylko 2% respondentów. W leczenie sanatoryjnym i zajęciach rehabilitacyjnych uczestniczy tylko jedna trzecia ankietowanych.

Piśmiennictwo

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, 73–78.
2. Kłodowska-Duda G., Jasińska-Myga B., Safranow K., Boczarska-Jedynak M., Opala G.: Wpływ czynników środowiskowych może zależeć od wieku zachorowania na chorobę Parkinsona. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2005, 6, 445–450.

3. Bazan M.: Postępowanie fizykalno-usprawniające u pacjentów z zaburzeniami ruchowymi w idiopatycznej chorobie Parkinsona. *Skalpel*, 2006, 2.
4. Fiszer U., Jędrzejczak J., Palasik W.: Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób neurologicznych. *Postępy Nauk Medycznych* 2008, 1, 23–29.
5. Fiszer U.: Wybrane aspekty zaburzeń immunologicznych w chorobie Parkinsona. *Neurologia i Neurochirurgia Polska (supl.)* 2004, 1.
6. Fiszer U.: Najnowsze poglądy na terapię choroby Parkinsona. *Przewodnik Lekarza* 2003, 6, 32–36.
7. Fiszer U.: Choroba Parkinsona u kobiet. *Przewodnik Lekarza* 2008, 5, 42–44.
8. Michałowska M.: Zanik wieloukładowy. *Postępy Nauk Medycznych* 2006, 3, 107–111.
9. Nowak P., Szczerbak G., Dąbrowska J., Bortel A., Biedka I., Kostrzewa R. M.: Molekularne mechanizmy działania lewodopy w zwierzęcych modelach choroby Parkinsona. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2006, 6, 517–525.
10. Rowland L. P. (red.): *Neurologia Merritta*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2004, 680–695.
11. Friedman A.: *Choroba Parkinsona*. Wydawnictwo α -medica press, Bielsko-Biała 1999.
12. Rudzińska M., Gatkowska I., Mirek E., Szczudlik A.: *Poradnik Choroba Parkinsona Leczenie farmakologiczne i rehabilitacyjne*. Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona”, Kraków 2007.
13. Mazur R., Kozubski W., Prusiński A.: *Podstawy kliniczne neurologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 244–249.
14. Fiszer U.: Sekrety terapii przeciwparkinsonowskiej. *Przewodnik Lekarza* 2005, 9, 48–53.
15. Klimek A.: *Choroba Parkinsona w praktyce lekarza rodzinnego*. Wydawnictwo Medical Communications, Warszawa 2000.
16. Fiszer U.: *Choroba Parkinsona – diagnozowanie i leczenie*. *Przewodnik Lekarza* 2000, 1, 90–92.

Dorota Joanna Kondzior¹, Marta Chełchowska², Hanna Joanna Rolka¹,
Elżbieta Krajewska-Kuślak¹, Krystyna Klimaszewska¹,
Barbara Jankowiak¹, Krystyna Kowalczyk¹, Beata Kowalewska¹,
Agata Gołębiowska³, Joanna Chilińska³

Jakość życia pacjentów z chorobą Parkinsona

Wstęp

Drżączka porażna, spolszczona nazwa choroby Parkinsona, jest jedną z najczęstszych chorób występujących na świecie. Dotyczy ludzi dojrzałych i starszych. Pierwsze objawy mogą dać o sobie znać nawet już po 50. roku życia. Biorąc pod uwagę fakt, że obecnie występuje tendencja starzenia się społeczeństwa, liczba osób cierpiących na tę chorobę również będzie wzrastała [1, 2].

Choroba ma charakter trwały, postępujący, nieuleczalny. Zaliczana jest do chorób przewlekłych, gdzie chory wymaga trwałej i ciągłej opieki, leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego.

11 kwiecień jest Światowym Dniem Choroby Parkinsona. Datę tę przyjęto od dnia urodzin Jamesa Parkinsona, który jako pierwszy opisał ją w 1817 roku.

Według E. W. Deminga jakość życia to, co zadowala, a nawet zachwyca klienta. Jak wynika z tej definicji, jakość powinna spełniać następujące wymagania:

- zapewniać zgodność z podstawowym celem, którym powinno być zadowolenie pacjenta i jego rodziny,
- opieka powinna wyznaczać działania zmierzające do spełnienia oczekiwań specyficznego rodzaju klienta, jakim jest chory wymagający opieki i jego rodzina,
- realizacja opieki powinna być stale kontrolowana i oceniana przez pacjentów i ich rodziny, skoro ma ich zadowalać,

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Absolwent Pielęgniarstwa Instytutu Medycznego Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

³ Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

- jakość ma przyczyniać się do eliminacji wszystkiego, co nie będzie satysfakcjonować pacjentów objętych leczeniem i ich rodzin [3].

Mówiąc o jakości życia w chorobie Parkinsona należy brać pod uwagę przede wszystkim uwagi i spostrzeżenia pacjenta i ich opiekunów, którzy na co dzień są obecni w życiu chorego. Podniesienie kubka z herbatą, napicie się z niego, samodzielne spożycie obiadu, posługiwanie się sztuczcami stanowią wielkie wyzwanie dla osoby chorej. Jakość życia tych pacjentów jest całkowicie uzależniona w dużej mierze od warunków, jakie może zaoferować im najbliższe otoczenie. W skład zespołu terapeutycznego powinien wchodzić: lekarz pierwszego kontaktu, neurolog (specjalista w leczeniu ch. P.), fizjoterapeuta, logopeda, pracownik socjalny oraz członkowie rodziny. Wykorzystując umiejętności wszystkich członków zespołu można uzyskać znaczną poprawę jakości życia chorych oraz uniknąć izolacji społecznej, do której często doprowadza ta choroba [4, 5].

Epidemiologia choroby Parkinsona

Dzięki przeprowadzonym badaniom epidemiologicznym można określić dość precyzyjnie częstość występowania tej choroby. Notuje się, że wynosi ona 100–200 przypadków na 100 tys. osób całej populacji na świecie, z tego 85% są to przypadki choroby Parkinsona, a pozostałe 15% to inne zespoły parkinsonowskie. Również na terenie Warszawy były przeprowadzane badania, których wynik był podobny. Zatem można przyjąć, że w Polsce żyje około 50–60 tys. chorych. Ocenia się, że w ciągu roku zapadalność wynosi 10–20 osób na 100 tys. osób populacji ogólnej, a dla osób powyżej 60. roku życia wzrasta dziesięciokrotnie.

U 10–15% chorych zauważyć można postać rodzinną choroby. Z przeprowadzonych badań wynika, że średni wiek zachorowania wynosi 58 lat, a rozpoznaje się około 400–600 tys. nowych przypadków parkinsonizmu [1, 6].

U 16 % występuje kalectwo lub śmierć w ciągu 5 lat od początku choroby, po 10 latach u 37% kalectwo lub śmierć, natomiast po 15 latach od pojawienia się objawów ch. P. kalectwo lub śmierć stwierdza się u 42% osób. Przyczyną śmierci nie jest jednak sama choroba, ale powikłania mające ścisły związek z unieruchomieniem. Wśród przyczyn wyróżnić można: zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych [7].

Patomechanizm choroby Parkinsona

W istocie czarnej w mózgu obumierają komórki, na skutek czego dochodzi do zmniejszenia wydzielania dopaminy. Dopomina, jako neuroprzekaźnik, łączy komórki ośrodkowego układu nerwowego. W wyniku tego dochodzi do zniesienia regulującego wpływu istoty czarnej na czynność ruchową. Jeśli dojdzie do zmniejszenia produkcji i dopływu dopaminy, a spadek stężenia wyniesie do 20–30% wartości prawidłowych, prążkowie i inne struktury zaczynają działać niewłaściwie i pojawiają się objawy choroby, czego następstwem są charaktery-

styczne objawy w chorobie Parkinsona. Przyczyna tego procesu nie jest w pełni poznana [8].

Podstawowe objawy choroby

Do standardowych objawów zespołu parkinsonowskiego należą:

1) Drżenia spoczynkowe.

Tremor jest najpowszechniejszym początkowym objawem, głównie jednej dłoni, czasem obu, obejmujące palce wykonujące ruchy toczenia pigułek. Na początku choroby drżenie ma charakter jednostronny, występuje w spoczynku. Może nasilać się w pewnych pozycjach ciała. Wyraźnie nasila się pod wpływem stresu, niskich temperatur, bądź zmęczenia, zwykle podczas ruchów czynnych, zamierzonych, a znika w czasie snu. Charakter drżenia jest rytmiczny, może obejmować kończyny górne, dolne, usta, język lub też głowę. Drżenie parkinsonskie można zauważyć u około 80% pacjentów już na początku, jak również w trakcie rozwoju choroby. Często znika w późniejszym jej stadium. Nadmiar acetylocholiny oraz glutaminianu w stosunku do brakującej w chorobie Parkinsona dopaminy, jest prawdopodobnie odpowiedzialny za objawy drżenia [9].

2) Sztywność mięśniowa, zwana także: plastyczne zwiększenie napięcia mięśniowego.

Rigiditas charakterystyczny dla tego schorzenia przejawiający się oporem przy ruchach biernych. Tak jak w drżeniach spoczynkowych, przyczyna prawdopodobnie leży w nadmiarze acetylocholiny. Ma ona charakter uogólniony, najłatwiej ją uwidocznic wykonując ruchy zgięcia i prostowania nadgarstka lub ruchy odwodzenia i przywodzenia. Bardzo często jest wyraźnie silniejsze po jednej połowie ciała. Podwyższone napięcie mięśniowe chorzy odczuwają jako sztywność mięśni nogi lub ręki. Czasem zwiększone napięcie całych grup mięśni odbierane są jako zmęczenie, znużenie, a nawet ból. Objaw ten powoduje zmianę postawy ciała chorego, dając charakterystyczny obraz sylwetki pacjenta z chorobą Parkinsona, tj. kończyny górne i dolne lekko ugięte, ramiona wysunięte do przodu, tułów i głowa pochylona do przodu i czasem lekko kołyszące się na boki [9].

3) Spowolnienie ruchowe.

Podczas obserwacji chorego można zauważyć dwie składowe *bradykinesii*. Prawdziwe spowolnienie ruchowe odnosi się do spowolnienia ruchów dowolnych – wolny chód, powolne wstawanie z łóżka, powolne ubieranie się czy też wykonywanie innych codziennych czynności. Chory ma trudności w wykonaniu dwóch czynności jednocześnie oraz szybkim wykonaniu ruchów naprzemiennych. Bradykinezę stwierdza się za pomocą wielu testów i prób. Angielska nazywa tej próby to peg – board test. Można ją obiektywnie badać, mierząc czas włożenia określonej liczby kołeczków lub pionków w odpowiednią deseczkę z dziurkami. Zauważyć można ją wyraźnie, gdy pacjent wstaje z głębokiego fotela czy niskiego krzesła. Nasilenie jej może zmienić się w ciągu dnia bądź też nocy. Często też zależy od pory przyjęcia leków przeciwparkinsonowskich [1, 2, 10].

Inne objawy występujące w chorobie Parkinsona

Zaburzenia czynności poznawczych (prowadzące do zespołu otępiennego) [5, 11].

Zaburzenia układu autonomicznego:

- zaburzenia w oddawaniu moczu [12, 13].
- zaburzenia funkcji seksualnych [14].
- zaburzenia termoregulacji [1, 15].

Zaburzenia czucia (chorzy opisują to jako mrowienie, pieczenie, kłucie igiełkami, palenie) [14].

Zaburzenia psychotyczne

W zaawansowanej fazie choroby, zwłaszcza u chorych z otępieniem, biorących duże dawki leków przeciwparkinsonowskich, mogą pojawić się zaburzenia psychotyczne w postaci urojeń, omamów wzrokowych lub słuchowych [8].

Zaburzenia charakteru pisma

Mikrografia – czyli zmiana charakteru pisma polega na tym, że pisane litery i wyrazy stają się coraz bardziej nieczytelne i zmniejszają się zwłaszcza pod koniec zdania [9].

Zaburzenia odruchów postawnych

Zaburzenia te powstają po około 4–5 latach trwania choroby. Aby je potwierdzić prosi się pacjenta o to, by stanął prosto z zamkniętymi oczami i wyciągnął ręce przed siebie. Następnie pociąga się go dość mocno do tyłu. Zdrowa osoba automatycznie robi krok do tyłu, utrzymuje równowagę i nie przewraca się. Chory natomiast musi zrobić kilka kroków, by się zatrzymać i jeśli zaburzenia są bardzo nasilone, nie wykona żadnego kroku, tylko pada na ziemię [7].

Zaburzenia chodu

W miarę postępu choroby i nasilania się objawów parkinsonowskich chód chorego zmienia się. Zmiany te na początku są niewielkie i mało zauważalne dla obserwatora. Z czasem choremu sprawia trudność zatrzymanie się. Często dochodzi do potyknięcia się o niewielką przeszkodę czy inny przedmiot. W takim stanie często dochodzi do urazów [1].

Zaburzenia mowy i połykania

Mowa staje się coraz bardziej cicha, monotonna, traci melodię, czasem jest na tyle szybka, że osoby z najbliższego otoczenia nie są w stanie zrozumieć słów wypowiedzianych przez chorego [16].

Zdarza się, że zaburzenia te mogą prowadzić do zadławienia lub też zachłystowego zapalenia płuc [9].

Trudności z zaśnięciem i kontynuacją snu

Przyczyn zaburzeń snu jest wiele:

- Stany depresyjne, które towarzyszą chorobie Parkinsona, powodować mogą bardzo wczesne budzenie, o 3–4 rano, jak i trudności w zasypianiu.

- Bezsенność polekowa – niektórych leków stosowanych w leczeniu parkinsonizmu nie powinno się podawać wieczorem, a ostatnią dawkę leku należy zażywać w godzinach wczesnopopołudniowych.
- Objawy sztywności mięśniowej i spowolnienia ruchowego, które nasilają się w nocy powodują, że chory nie może sam zmienić pozycji czy obrócić się w łóżku, co jest powodem wybudzeń.
- Konieczność częstego oddawania moczu w nocy, która jest spowodowana zaburzeniami wegetatywnymi, albo – u mężczyzn przerostem prostaty.
- Bezsенność bez znanej przyczyny, która występuje u wielu osób, niezależnie czy jest to chory na ch. P. czy też nie.
- Czynniki zewnętrzne – nieodpowiednie warunki do spania (hałas, drażliwe światło itp.), bądź też zbyt obfity posiłek [1].

Bóle mięśni

Dotyczą jednej lub obu kończyn, gdzie występują już objawy parkinsonowskie. Powodem ich powstania, jak się uważa, jest stałe nadmierne napięcie mięśniowe, a być może i wyczerpanie związane z ciągłą aktywnością i pobudzeniem mięśni zaangażowanych w drżenie kończyn. Pojawienie się bólu kręgosłupa związane jest z nieprawidłową postawą ciała. Bóle głowy, karku czy szyi również są wynikiem nadmiernego napięcia mięśni tych okolic. Przyczyna dolegliwości bólowych może mieć też inne podłoże, np.: zmiany reumatyczne, choroby zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa, dyskopatie, zwyrodnienia stawów biodrowych i kolanowych, osteoporoza, płaskostopie i inne zaburzenia, i choroby układu kostno-stawowego [9].

Leczenie choroby Parkinsona

Dotychczas nieznanne są żadne obiektywne metody diagnostyczne, które trafiłyby wykrywać chorobę Parkinsona. Diagnozę można tylko wysunąć na podstawie objawów klinicznych i wnikliwego wywiadu. Rutynowe badania krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego i moczu nie dają typowego wyniku. Wynik badania EEG jest zwykle prawidłowy. CT i MRI głowy również nie wskazują na pojawienie się nieprawidłowości. Ze względu na możliwość wystąpienia pomyłki, jak również w celu wykluczenia innych chorób, każdy chory z podejrzeniem ch. P. powinien mieć wykonane wyżej wymienione badania. Niekiedy wykonuje się takie badanie, jak PET i SPECT [9].

Po zdiagnozowaniu choroby Parkinsona lekarz neurolog musi podjąć decyzję co do dalszego leczenia, ponieważ w dalszym ciągu etiologia choroby jest nieznaną i leczenie przyczynowe jest niemożliwe.

Leczenie objawowe ma na celu 3 zasadnicze cele:

1. Złagodzenie lub usunięcie aktualnie występujących objawów parkinsonowskich.

2. Zapobieganie wystąpieniu po kilku latach leczenia objawów niepożądanych w ośrodkowym układzie nerwowym.
3. Zahamowanie lub zwolnienie tempa postępu choroby [1].

Leczenie farmakologiczne

Obecnie w leczeniu farmakologicznym stosuje się takie leki, jak: lewodopę, leki antycholinergiczne, amatydyna, selegilina, agoniści dopaminy, inhibitory COMT.

Leczenie neurochirurgiczne

Jeśli leczenie farmakologiczne nie daje rezultatów, należy rozważyć możliwość leczenia neurochirurgicznego.

Współcześnie stosuje się trzy metody leczenia operacyjnego:

1. Stereotaktyczne uszkodzenie określonych struktur jąder podkorowych (neuroablative surgery).
2. Głęboka stymulacja mózgu – (deep brain stimulation) – DBS
3. Neurotransplantacje: operacje przeszczepienia płodowej istoty czarnej – (restorative therapies) [17].

Metoda stereotaktyczna umożliwia precyzyjny dostęp do procesu patologicznego zlokalizowanego w głębi tkanek z minimalnym uszkodzeniem tkanek otaczających, wykonanie szeregu zabiegów diagnostycznych i leczniczych. Dzięki niej możliwe jest pobranie materiału tkankowego, z każdego miejsca w mózgu i z każdego ogniska patologicznego o średnicy co najmniej 5 mm. Wskazania do biopsji są następujące: stwierdzenie w badaniach radiologicznych ogniska patologicznego o niejasnej etiologii, które stwarza ryzyko operacyjne lub zmiany mnogie, ciężki stan pacjenta, niejasny obraz kliniczny po operacji i radioterapii. Obecnie w leczeniu ch. P. wykonuje się 2 operacje stereotaktyczne. Są to:

1. **Palidotomia** (uszkodzenie gałki bladej) – wykonywana jest u chorych ze wzmożonym napięciem mięśniowym lub uciążliwymi dyskinezami.
2. **Talamotomia** (uszkodzenie jądra wzgórze) – prawidłowo przeprowadzona całkowicie eliminuje drżenie.

Oba te zabiegi przyczyniają się do poprawy jakości życia chorych. U dorosłych zabiegi te są przeprowadzane w znieczuleniu miejscowym, a świadoma współpraca z pacjentem jest warunkiem przeprowadzania zabiegu [18].

DBS – polega na wprowadzeniu na stałe do pewnej struktury w mózgu elektrody i drażnienie jej prądem elektrycznym o odpowiednio dobranych parametrach, aby zablokować lub zakłócić powstanie bądź rozprzestrzenianie się impulsów nerwowych wywołujących objawy ch. P. Jest to zabieg odwracalny i bezpieczny. Pacjent może sam włączyć i wyłączyć stymulator. Metoda ta w odróżnieniu od metody stereotaktycznej jest droższa ze względu na wysoki koszt stymulator [1].

Neurotransplantacje powodują mniej powikłań i dają lepsze wyniki terapeutyczne. W Warszawie zostało przeprowadzonych kilka takich operacji trans-

plantacji płodowej istoty czarnej u chorych z parkinsonizmem. Było to w latach 1989–1991. Wyniki ich były różne [1].

Problemy zdrowotne w zaawansowanej fazie choroby

Wśród pacjentów w zaawansowanej fazie choroby możemy wyróżnić następujące problemy zdrowotne:

- zaparcia,
- nadmierna senność,
- niedociśnienie ortostatyczne [1, 2, 14, 16].

Cel pracy

Choroba Parkinsona dotyka głównie ludzi w wieku starszym. Jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego, w której dochodzi do spadku ilości dopaminy w prążkowiu, wywołując typowe objawy chorobowe, tj. drżenia spoczynkowe, sztywność mięśniową, spowolnienie ruchowe.

W początkowej fazie chorzy są samodzielni, a objawy nie zaburzają czynności dnia codziennego. Natomiast w zaawansowanej nawet nie są w stanie wyjść sami z domu.

Wanda Zanussi, cierpiąca od 45 lat na ch.P. matka znanego reżysera zapytana o samopoczucie odpowiedziała: „Znakomicie, drżą mi ręce, nogi, bolą mięśnie i kręgosłup, nie wychodzę sama na spacer, ale pamięć mam dobrą, interesuję się życiem, potrafię cieszyć się i dostrzegać piękno natury przy zmieniających się porach roku. Uważam, że to bardzo dużo!” [19].

Czy większość chorych tak odpowiedziałaby na to pytanie? Czy objawy rzeczywiście nie wpływają na jakość życia?

Tak dużo słyszymy na temat jakości poszczególnych urządzeń technicznych czy żywności. Coraz to nowsze wiadomości docierają do nas o podnoszeniu jakości tychże przedmiotów, produktów. W jaki sposób możemy mówić o jakości życia u chorych na chorobę Parkinsona? Aby uzyskać odpowiedzi na powyższe pytania przeprowadzono badania na nurtujący temat.

Celem pracy było:

1. Zbadanie, jakie czynności dnia codziennego wykonują chorzy oraz jak z nimi sobie radzą.
2. Ocena jakości życia na podstawie przeprowadzonych badań.

Materiał i metoda badań

Badanie przeprowadzono dzięki pomocy i współpracy Koła Przyjaciół Ludzi z Chorobą Parkinsona we Wrocławiu wśród 31 osób leczących się na chorobę Parkinsona, mieszkających w przeważającej liczbie w mieście Wrocław. Respondenci zostali zapewnieni o anonimowości badania i poinstruowani odnośnie sposobu wypełniania kwestionariusza ankiety.

W celu zebrania informacji niezbędnych do rozwiązywania problemów badawczych skonstruowano kwestionariusz ankiety, który zawierał 23 pytania, w tym 13 zamkniętych, 1 otwarte, 9 półotwartych.

Pytania w części metryczkowej dotyczyły wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, źródła utrzymania i zarobków, natomiast w części zasadniczej dotyczyły czasu leczenia, częstotliwości spędzania wolnego czasu poza domem, rodzaju rozrywki, charakteru kontaktu z najbliższymi, stopniu pomocy przy pielęgnowaniu, sposobów leczenia choroby Parkinsona, objawów najbardziej uciążliwych, ograniczeń wynikające z powodu choroby, skutków ubocznych stosowanych leków, samopoczucia oraz dotyczące zrozumienia ankiety.

W pracy dokonano również przeglądu wybranego piśmiennictwa z lat 1999–2008 z zakresu anatomii i fizjologii ośrodkowego układu nerwowego, neurologii klinicznej, pielęgniarstwa neurologicznego oraz epidemiologii.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 16 mężczyzn i 15 kobiet. Najwięcej, bo 20 osób było w przedziale 66 i więcej lat, następnie 10 osób w wieku 56–65 lat, tylko 1 osoba w przedziale wiekowym 40–55, natomiast nie było nikogo w grupie wiekowej poniżej 40 lat.

Większość badanych mieszkała w mieście (29 chorych), tylko 2 badanych na wsi. Jeśli chodzi o wykształcenie, badana grupa była zróżnicowana. Wśród ankietowanych 4 osoby miały wykształcenie podstawowe, średnie 18, natomiast wyższe 9 osób. Badani różnili się pomiędzy sobą także, jeśli chodzi o źródła utrzymania. Źródłem utrzymania większości respondentów była emerytura (20 osób), dla 9 osób renta, następnie 1 osoba podała jako źródło utrzymania pracę zawodową i 1 osoba inne źródła, nie podając jakiego rodzaju jest to źródło utrzymania.

Tabela 1 przedstawia dochód miesięczny badanych, dla 9 ankietowanych to 1500 zł i więcej. Osiągają go ludzie mieszkający w mieście, głównie mający wyższe wykształcenie – 7 osób, 2 – wykształcenie średnie. 9 osób podało przedział 1200–1500 zł, w tym 6 osób utrzymuje się z emerytury, 2 osoby z renty a 1 osoba z pracy zawodowej. Wszystkie osoby zaznaczające ten przedział dochodu utrzymania pochodzą z miasta. Dochód miesięczny 1000–1200 zł. zazna-czyło 5 osób, gdzie 4 osoby miały wykształcenie średnie, a 1 tylko podstawowe. Poniżej 1000 zł. zazna-czyło 8 osób. Tutaj 5 osób miało wykształcenie średnie, a podstawowe 3 osoby.

Najczęściej badani mieszkają wraz z najbliższą rodziną (10 osób). Wśród nich dla 6 osób główne źródło dochodu to emerytura oraz dla 4 osób – renta. Kolejne 8 osób mieszka z żoną. Są to ludzie głównie utrzymujący się z emerytury (7 osób) oraz renty (1 osoba). 7 osób mieszka samotnie. W tej grupie dominują kobiety z wyższym wykształceniem (4 osoby), 1 kobieta ze średnim

Tabela 1. Dochód miesięczny

Dochód utrzymania	Liczba badanych
Poniżej 1000 zł	8
1000–1200 zł	5
1200–1500 zł	9
1500 zł i więcej	9
Razem	31

wykształceniem oraz 2 mężczyzn z podstawowym wykształceniem. Odpowiedź „z mężem” zaznaczyło 5 kobiet mających wykształcenie średnie. Jako „inne” zaznaczyła tylko 1 osoba – pensjonariusz Domu Pomocy Społecznej.

Przeważają chorzy, którzy leczą się na chorobę Parkinsona (tab. 2) od 2 do 5 lat – 15 osób. Następnie są chorzy lecący się 6–10 lat oraz lecący się powyżej 10 lat (po 8 osób w każdym przedziale wiekowym). Wśród badanych lecących się ponad 10 lat tylko jedna z osób określiła dokładny czas leczenia – 31 lat. Wśród badanych nie pojawiła się osoba chorująca poniżej 1 roku.

W pytaniu o częstość spędzania czasu wolnego poza domem odpowiedzi były różnorodne. Najwięcej ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „raz w tygodniu” – 13 osób. Są to głównie osoby w wieku 56–65 lat oraz lecący się od 2–5 lat na chorobę Parkinsona. Jedna osoba z tej grupy codziennie spędza wolny czas poza domem. Na drugim miejscu zanotowałam odpowiedź – „raz w miesiącu”. Rzadziej niż raz w miesiącu swój wolny czas poza domem spędza 6 osób. Odpowiedź „nigdy” zakreśliły 4 osoby, jako powód podając: „brak środków finansowych” – 3 osoby, „wolę pozostać w domu” – 1 osoba.

Z poniższych danych (tab. 2) wynika, że najbardziej powszechnym sposobem spędzania czasu poza domem, wśród badanych, są spotkania w gronie rodziny – 9 osób. Na drugim miejscu badani najczęściej odwiedzali kino – 6 osób i restaurację – 6 osób. Wśród tych dwóch odpowiedzi dominowały osoby, u których czas leczenia na chorobę Parkinsona wynosi 2–5 lat. Na trzecim miejscu badani zaznaczyli odpowiedź inne – 5 osób, wśród których podawane odpowiedzi brzmiały następująco: oglądanie telewizji – 3 osoby, koleżeńskie spotkania – 1 osoba, terapia tańcem – 1 osoba. Na kolejnym miejscu padła odpowiedź „nie korzystam” – 5 osób, wśród przyczyn ankietowani podali: brak środków finansowych – 3 osoby, bóle mięśni – 1 osoba, trudności z chodzeniem – 1 osoba.

Respondenci zapytani o kontakt z najbliższą rodziną najliczniej odpowiadali, że mają dobry kontakt (23 osoby), „najbliżsi unikają spotkań ze mną” – 7 osób. Tak odpowiedzieli ankietowani, którzy chorują ponad 10 lat. Tylko jedna osoba odpowiedziała, że nie ma dobrych kontaktów z rodziną. Jest to osoba, która mieszka w Domu Pomocy Społecznej. Żadna z badanych nie odpowiedziała, że nie zależy mu na spotkaniach z rodziną.

Tabela 2. Najczęściej wybierany rodzaj rozrywki

Rodzaj rozrywki najczęściej wybierany	Liczba badanych
Spotkania w gronie rodziny	9
Kino	6
Restauracja	6
Inne:	
oglądanie telewizji	3
koleżeńskie spotkanie	1
terapia tańcem	1
Nie korzystam, z powodu:	
brak środków finansowych	3
ból mięśni	1
trudności z chodzenie	1
Razem	31

W kolejnym pytaniu „kto odwiedził Cię ciągu tygodnia”? odpowiedzi były zróżnicowane. Najczęściej badanych odwiedził ktoś z najbliższej rodziny – 13 osób, aż 9 osób z grupy ankietowanej nie odwiedził nikt, 6 osób było odwiedzonych przez przyjaciół, 3 osoby przez pracownika socjalnego.

Prawie połowa badanych potrzebuje niewielkiej pomocy przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych. 11 osób stwierdziło, że nie potrzebuje takiej pomocy. Większość osób z tych grup jest leczona od 2–5 lat na chorobę Parkinsona. Natomiast pomocy ciągłej, na stałe potrzebuje 5 osób. Są to osoby, które leczą się powyżej 10 lat.

Najwięcej, bo 11 osób jest usatysfakcjonowanych ze sposobu leczenia, ale poprawiłyby jakość i dostępność rehabilitacji, chciałyby, żeby leki były tańsze, lepiej działające. Na drugim miejscu, na równi po 10 osób odpowiedziało, że nie mają zastrzeżeń do sposobu leczenia, oraz, że nie satysfakcjonuje ich leczenie (tabela 3).

Wśród najbardziej uciążliwych objawów choroby, jakie zgłaszali ankietowani na plan pierwszy wysuwają się drżenia rąk – 12 osób, następnie sztywność kończyn – 7 osób, spowolnienie ruchowe – 5 osób, upośledzenie koordynacji ruchowej i równowagi – 3 osoby. Z objawów „innych” 2 osoby zgłaszają bóle pleców i 2 problemy z chodzeniem.

W kolejnym pytaniu zapytano badanych o tryb życia prowadzony przed chorobą. Większość badanych odpowiedziało, że choroba wpłynęła na zmianę trybu życia (22 osoby), natomiast u 9 osób nic się nie zmieniło od momentu zachorowania.

Ponad 30% respondentów (10 osób) nie udzieliło odpowiedzi, z jakich czynności musieli zrezygnować z powodu choroby, 7 osób odpowiedziało, że zre-

Tabela 3. Satysfakcja ze sposobu leczenia

Czy satysfakcjonuje Pana/Panią sposób leczenia w chorobie Parkinsona?	Liczba badanych
Tak, choć zmienił/zmieniłabym je w niewielkim stopniu:	
tańsze leki	4
lepiej działające leki	3
lepszą rehabilitację	2
więcej zajęć ruchowych w wodzie	1
Tak, nie mam zastrzeżeń	10
Nie	10
Nie mam zadania	–
Razem	31

zygnowało z wycieczek. Następnie 4 osoby nie wychodzą z domu z powodu choroby, 3 osoby musiały zrezygnować z pracy w gospodarstwie. Kolejno z prowadzenia auta – 2 osoby, pracy zawodowej – 2 osoby, uprawy ogródka – 2 osoby, robienia na drutach, szycia – 1 osoba.

Odpowiedzi na pytanie o konkretne czynności, które sprawiają największe trudności przedstawia poniższa tabela 4.

Tabela 4. Trudności w wykonywaniu czynności

Która z czynności sprawia Panu/Pani trudność?	Liczba badanych
Siadanie lub wstawanie z krzesła	10
Wejście na drugie piętro	6
Przejsie co najmniej kilometra	6
Odkurzenie i / lub niewielkie prace domowe	3
Rozbieranie/ubieranie się	3
Umycie głowy	1
Gotowanie	1
Czytanie	1
Razem	31

Ponad 60% badanych (20 osób) odpowiedziało, że są w stanie wykonać niewielkie ćwiczenia gimnastyczne lub zagrać w jakąś grę, pozostałe, że nie podoła takim zadaniom.

Niemal połowa (15 osób) ankietowanych nie odczuwa skutków ubocznych przyjmowanych leków, 9 osób zgłosiło występowanie skutków ubocznych leków, a były to: senność – 3 osoby, reakcja alergiczna – 2 osoby, zaparcia – 1 osoba,

zawroty głowy – 1 osoba, słabe widzenie – 1 osoba, oraz 1 osoba nie określiła jakiego rodzaju są to objawy. Żadnej odpowiedzi nie uzyskano od 7 badanych osób.

Na pierwszym miejscu badani zaznaczyli odpowiedź, że określają swoje samopoczucie jako zadowalające – 13 osób, na drugim miejscu, 19 osób – złe, trudno powiedzieć 5 osób, dobre – 3 osoby i tylko 1 osoba zaznaczyła odpowiedź bardzo dobre.

Z przeprowadzonego badania wynika, że tylko 1 osoba miała problem ze zrozumieniem pytań ankiety, a było to pytanie nr 13. Pozostałym respondentom zrozumienie pytań i odpowiedzi na zadawane pytania nie sprawiło żadnych trudności.

Wnioski

Po przeanalizowaniu wyników przeprowadzonego badania wyciągnięto następujące wnioski:

1. Badani to głównie mężczyźni, z wyższym wykształceniem mieszkający w mieście, którzy podali emeryturę jako swoje źródło utrzymania.
2. Chorzy bardzo dobrze radzą sobie z czynnościami dnia codziennego we wczesnej fazie choroby, natomiast w zaawansowanej potrzebują pomocy na stałe innych osób, dlatego wskazane jest prowadzenie edukacji na temat choroby i pielęgnacji w chorobie najbliższych członków rodziny i umożliwienie kontaktu z grupami wsparcia.
3. Najbardziej uciążliwym objawem są drżenia rąk, a spośród wymienionych przykładowo czynności: siadanie i wstawanie z krzesła.
4. Duża liczba chorujących spędzałaby wolny czas poza domem, ale z braku środków finansowych czy też ograniczeń architektonicznych, jak np. mieszkanie na wysokim piętrze i brak windy spędza ten czas w domu.
5. Wszyscy badani potrzebują troski i zainteresowania ze strony najbliższej rodziny i otoczenia.
6. Większość badanych musiała zmienić swój styl życia po wystąpieniu objawów choroby. Świadczy to o pogorszeniu jakości życia chorych z chorobą Parkinsona.

Piśmiennictwo

1. Kuran W.: Żyje z chorobą Parkinsona. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
2. Sikora B.: Nie zastygnąć w bezruchu. Choroba Parkinsona. Pielęgniarka i Położna. 2000, 42 (2).
3. Raczek B.: Pacjent jest kluczem. Pielęgniarka i Położna s. 17. Nr 7–8 Lipiec–Sierpień 2003.
4. Opara J.: Aktualne możliwości oceny jakości życia u chorych z chorobą Parkinsona. Neurol. Neurochir. Pol. 2003, Suplement 5.

5. Siemianowski C.: Zespoły otępienne. Problemy diagnostyki i terapii. Nowa Klinika. Szkoła Interny Kliniki Nowej vol 9 nr. 13.
6. Kłodawska-Duda G., Jasińska-Myga B., Safronow K. (red.): Wpływ czynników środowiskowych może zależeć od wieku zachorowań na chorobę Parkinsona. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2005; 39 (6).
7. Fiszer U.: Choroba Parkinsona – aktualne zasady diagnostyki i leczenia. Nowa Klinika. Szkoła Interny Kliniki Nowej Vol 9 No 13.
8. Adamczyk K.: *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Czelej, Lublin 2000.
9. Biercewicz M., Ślusarz R., Szajda J.: Postępowanie pielęgniarstwa pacjenta z chorobą Parkinsona. *Pielęgniarstwo w geriatrici*. Borgis, Warszawa 2006.
10. Prusiński A.: Choroby zwyrodnieniowe i metaboliczne układu nerwowego. Choroba Parkinsona. *Neurologia praktyczna*. PZWL, Warszawa 1998.
11. Kruś S.: *Patologia*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
12. Włodarek D.: Znaczenie żywienia w chorobie Parkinsona i Alzheimerera. *Medycyna po Dyplomie* vol 14, nr 1, Styczeń 2005.
13. Watson M. S., Lucas C. F., Hoy A. M., Back J. N., Kübler A.: *Opieka paliatywna*. Urban & Partner, Wrocław 2007.
14. Kamińska A.: Zaburzenia układu autonomicznego w chorobie Parkinsona. *Lekarz Rodzinny, Październik 2006, Rok XI, Nr 10*.
15. Kuran W.: *Żyje z chorobą Parkinsona*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
16. Schiefele J., Staudt I., Dach M. M.: *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Urban & Partner, Wrocław 2004.
17. Sobstyl M., Ząbek M., Koziara H.: Patofizjologiczne podstawy operacyjnego leczenia choroby Parkinsona. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2003, T. 37 (LII), Nr 1.
18. Królikowska A., Gryszko R.: Postępowanie pielęgniarstwa wobec pacjenta poddanemu zabiegowi sterotaktycznemu. *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*. Borgis, Warszawa 2006.
19. www.parkinson.net.pl/index.php?pid=3&id=35&fpid=12, pobrano 17 maja 2008.

Dorota Joanna Kondzior¹, Krystyna Klimaszewska¹,
Elżbieta Krajewska-Kułak¹, Hanna Joanna Rolka¹,
Barbara Jankowiak¹, Krystyna Kowalczyk¹, Beata Kowalewska¹

Pielęgnowanie chorego z niedowładem połowicznym w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego

Wstęp

Niedowład, zwany też parezą lub porażeniem, „jest wynikiem uszkodzenia drogi korowo-rdzeniowej lub neuronu obwodowego [1].

Główną cechą charakterystyczną niedowładu jest osłabienie lub zniesienie siły mięśniowej. „Porażenie (paralysis, plegia) cechuje się całkowitą niemożnością wykonywania ruchu. Niedowład (paresis) oznacza ograniczenie zakresu ruchu lub zmniejszenie siły mięśni [2].

Mózgowe porażenie dziecięce to przewlekłe, niepostępujące zaburzenie czynności ośrodkowego neuronu ruchowego. Jest skutkiem nieprawidłowego rozwoju lub uszkodzenia mózgu. Uszkodzenie mózgu lub nieprawidłowości w jego rozwoju mają różne przyczyny.

Czynniki uszkadzające, jakie działają przed urodzeniem dziecka to: zaburzenia rozwojowe, niedotlenienie, zatrucie i zakażenie płodu, urazy brzucha matki, leki i substancje toksyczne, palenie tytoniu i picie alkoholu podczas ciąży.

Przyczyny okołoporodowe: niedotlenienie, uraz okołoporodowy, znacznie nasilona żółtaczka noworodka.

Już po urodzeniu dziecka do czynników, które mogą wpłynąć na uszkodzenie jego mózgu należą: niedotlenienie, krwawienie do mózgu, zakażenie ośrodkowego układu nerwowego [3].

Czynniki te niekorzystnie działają na dziecko, zwłaszcza w następujących okresach – ostatnich dwóch tygodniach ciąży, w trakcie porodu oraz w pierwszych dwóch tygodniach życia. W tym okresie najczęściej może wystąpić u dziecka zespół niedokrwienno-niedotlenienny. Przedłużający się poród i cierpienia okołoporodowe mogą prowadzić do znacznego niedotlenienia płodu lub

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

noworodka. Dochodzi wówczas do zaburzenia krążenia mózgowego, którego następstwem jest niedokrwienie całego mózgu, kory mózgowej i jąder podkorowych albo mózdzku.

Niedotlenienie mózgu noworodka urodzonego o czasie lub wcześniaka w przypadku, kiedy przepływ mózgowy krwi traci możliwości automatycznej regulacji, nagły spadek ciśnienia krwi może doprowadzić do nieodwracalnych zmian niedokrwiennych ośrodkowego układu nerwowego, a nagły wzrost ciśnienia krwi może, z kolei, spowodować krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego.

Podobne zmiany mogą wystąpić w ostatnim okresie życia płodowego. W tym okresie może dojść do zaburzenia w zakresie czynności łożyska i upośledzenia wymiany gazowej pomiędzy matką a płodem.

Do zaburzeń może również dojść w życiu wewnątrzłonowym, najczęściej pomiędzy 5. a 7. miesiącem ciąży. Spowodować je może, np. „krwawienie wewnątrzmaciczne, zatory w obrębie łożyska, transfuzja krwi płodowo-matczyzna, czy zapaść krążeniowa ciężarnej” [4].

Najczęstsze powody mózgowego porażenia dziecięcego, do których dochodzi w ciągu pierwszych miesięcy życia dziecka, to:

- bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- zapalenia mózgu,
- uraz czaszkowo-mózgowy,
- stan padaczkowy,
- zapaść krążeniowa.

Czynniki niedokrwienne odpowiadają za powstanie ognisk martwicy korowo-podkorowej ośrodkowego układu nerwowego i powodują niedowład obu kończyn u dziecka.

Część dzieci zdrowieje i nie ma później żadnych widocznych objawów neurologicznych, jednak część z nich będzie cierpiała z powodu skutków mózgowego porażenia dziecięcego.

Mózgowe porażenie dziecięce przyjmuje następujące formy kliniczne:

- niedowład połowiczy (porażenie kurczowe połowicze),
- niedowład spastyczny kończyn dolnych (obustronne porażenie kurczowe, choroba Little'a),
- czterokończynowy niedowład spastyczny (obustronne porażenie spastyczne),
- postać dystoniczna mózgowego porażenia dziecięcego,
- postać mózdkowa [4].

Mózgowe porażenie dziecięce, które ma formę **niedowładu połowiczego** (hemiplegia spastica) daje się zauważyć w tym okresie życia dziecka, kiedy zaczyna ono brać do ręki różne przedmioty. Obserwujemy wtedy, że dziecko ma stale zaciśnięte dłonie i ma trudności w rozprostowaniu palców. Dopiero w okresie późniejszym zauważalny jest niedowład kończyny dolnej. Dopiero po upły-

wie kilku miesięcy dochodzi do zauważalnych pełnych objawów niedowładów spastycznych, w zakresie mięśni prostowników kończyny dolnej i mięśni zginaaczy oraz mięśni nawracających w zakresie kończyny górnej. W wymienionych obszarach występuje dodatni objaw Babińskiego. Z biegiem czasu osłabieniu ulega wzrost kończyn, przede wszystkim dłoni i stopy.

Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, u których ma formę niedowładów połowicznych, rozwijają się bardzo różnie. Większość z nich ma sprawność intelektualną prawidłową lub na granicy normy. Część jednak z nich w tej chorobie towarzyszy również upośledzenie umysłowe o różnym stopniu nasilenia.

Powikłaniem w tej chorobie jest trudna do leczenia padaczka, na którą cierpi około 45% chorych dzieci [4].

Kolejną formą mózgowego porażenia dziecięcego jest **niedowład spastyczny kończyn dolnych**. Porażenie w tym wypadku umiejscowione jest wyłącznie w obrębie nóg. Spastyczność kończyn dolnych jest przeważnie znacznie nasiloną.

Widoczną tego oznaką jest charakterystyczne ułożenie kończyn dolnych w pozycji wyprostnej – „nożycopodobnej” oraz stawianie stóp na palcach. Chodzenie jest przeważnie bardzo utrudnione, ale możliwe. Padaczka występuje u 25% chorych dzieci. Chorobie może towarzyszyć zez jedno- lub dwuoczny. Około 50% dzieci, u których stwierdzono obustronne porażenie kurczowe, chorobę Little’a rozwija się prawidłowo pod względem intelektualnym. Niestety, u pozostałych stwierdza się upośledzenie umysłowe w różnym stopniu.

Następną formą mózgowego porażenia dziecięcego jest **czterokończynowy niedowład spastyczny**, określony też jako obustronne porażenie połowiczne.

W przypadku tej postaci choroby chodzenie dziecka jest niemożliwe. Ponadto tej formie niedowładów najczęściej towarzyszy ciężkie upośledzenie umysłowe, znaczne zaburzenia widzenia lub ślepota oraz trudna padaczka.

Ciężką formą mózgowego porażenia dziecięcego jest jego **postać dystoniczna**, która polega na „występowaniu nieprawidłowych, wolnych ruchów związania, głównie kończyn górnych, nieraz również wzdłuż osi ciała ze współistniejącym uogólnionym obniżeniem napięcia mięśni [4].

Rozwój intelektualny dzieci dotkniętych tą formą porażenia jest prawidłowy, a niekiedy bardzo dobry.

Postać mózdkowa dziecięcego porażenia mózgowego charakteryzuje się obniżeniem napięcia mięśniowego, niezornością ruchów z zaburzeniami równowagi.

Charakterystyczna jest zaburzona mowa (skandowana). Takie dzieci w tym przypadku często są upośledzone umysłowo.

Każda z wymienionych wyżej form mózgowego porażenia dziecięcego wymaga trwałej, trwającej latami rehabilitacji ruchowej.

Częstotliwość występowania mózgowego porażenia dziecięcego jest niewielka i według wyliczeń A. Wyszynskiej wynosi: 1,5–3 na 1000 urodzeń [3].

Klasyfikacja inwalidztwa dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym obejmuje następujące stopnie:

- nieznaczny,
- umiarkowany,
- ciężki,
- bardzo ciężki.

Dzieci pacjenci z tego typu chorobą określani są jako:

- niewymagający leczenia,
- wymagający w niedużym stopniu zaopatrzenia,
- wymagający zaopatrzenia, leczenia i opieki,
- wymagający długotrwałej hospitalizacji oraz opieki [3].

Uruchamianie pacjentów z niedowładem połowicznym

Usprawnianie motoryczne pacjentów z niedowładem połowicznym oraz każdym innym ma dla chorego olbrzymie znaczenie. Wymiar psychologiczny jest dlatego tak bardzo ważny, ponieważ pozwala pacjentowi na lepsze samopoczucie. Chory nie chce być ciężarem dla samego innych. Usprawnianie fizyczne i obserwacja przez samego chorego postępów w tej dziedzinie pozwala mu mieć nadzieję na samodzielność, czując, że nie jest balastem dla personelu i najbliższych.

Zaczyna wierzyć we własne siły, nabiera pozytywnego stosunku do wykonywanych codziennych czynności.

Wdrażanie pacjenta z niedowładem połowicznym do samoobsługi ma na celu przygotowanie go do:

- przemieszczania się poza łóżkiem,
- zabiegów higienicznych, w tym ubierania się,
- zapewnienia zewnętrznych warunków do funkcjonowania krążenia i oddychania,
- przyjmowania posiłków,
- eliminowanie zaburzeń mięśni [5].

W uruchamianiu pacjentów z niedowładem połowicznym bardzo ważna jest pozycja chorego. Pacjent powinien być tak ułożony, aby zapobiegać trwałemu zbliżeniu przyczepów grup mięśni, czego skutkiem jest wytworzenie przykurczy.

Chory z niedowładem połowicznym nie powinien leżeć „na wznak”. Leczenie w takiej pozycji zaostrza jeszcze odruchowe ułożenie kończyn porażonych. Chorzy tacy wymagają częstych zmian pozycji. Zmiany te powinny być jednak dostosowane do indywidualnego stanu chorego.

Pielęgniarki (lub inne osoby) powinny często zmieniać pozycję chorego z niedowładem połowicznym obracając go na stronę sprawną, ale i na stronę niedowładną. Najpierw należy dokonać obrotu głowy chorego, a następnie pomóc mu w zgięciu stawu kolanowego chorej kończyny. W dalszej kolejności trzeba podnieść rękę i podtrzymując ją w pozycji do przodu dokonać obrotu pacjenta. Drugą swoją rękę pielęgniarka podkłada pod łopatkę chorego ze strony porażonej.

Pozycja siedząca chorego z niedowładem połowicznym jest najkorzystniejsza wówczas, gdy chory siedzi lekko pochylony do przodu, a obie jego ręce leżą na stole [5].

Trzeba też zwracać uwagę na właściwe oparcie. Według opinii lekarzy u chorych z niedowładem połowicznym szybciej wraca do zdrowia kończyna górna niż dolna.

Pionizacja chorych powinna być wprowadzana stopniowo. Zachować należy ostrożność przy pionizacji biernej, którą przeprowadza się na specjalnym stole pionizującym oraz pionizacji czynnej. Personel medyczny musi uważnie obserwować pacjenta, mierzyć ciśnienie krwi itp.

Kolejnym etapem przy uruchamianiu pacjentów z niedowładem połowicznym jest wstawanie chorego z łóżka.

Pacjent poruszając pośladkami przy pomocy pielęgniarki sam przesuwa się do brzegów łóżka. Zanim wstanie, trzeba zwrócić uwagę na ułożenie chorej stopy i uważać, żeby nie podwinęła się.

Ukoronowaniem wszystkich czynności związanych z usprawnianiem chorych jest próba chodzenia i samo chodzenie. Pielęgniarka (lub dwie) zajmuje miejsce po stronie porażonej. Jeżeli niedowład połowiczny jest niewielki, wtedy pacjent uczy się chodzenia samodzielnego. Głęboki niedowład wymaga zastosowania odpowiedniego sprzętu ortopedycznego. Przy uczeniu się chodzenia pielęgniarka powinna zwracać uwagę na ustawianie stopy przez pacjenta [5].

Formy pomocy chorym z niedowładem połowicznym

Fizjoterapia

Fizjoterapia jest to metoda leczenia, w której wykorzystuje się zjawisko reaktywności organizmu na bodźce.

Wyróżniamy następujące działy fizjoterapii: balneoterapia, klimatoterapia, hydroterapia, kinezyterapia, terapia manualna, masaż leczniczy, fizykoterapia [6].

Fizykoterapia

Przykłady zabiegów fizykoterapeutycznych:

- sollux – lampa, która wytwarza promienie podczerwone, ma zastosowanie w terapiach przewlekłych,
- ultrasonografia – aparat wytwarza lecznicze ultradźwięki, stosowana jest w schorzeniach narządów ruchu,
- galwanizacja – jest to leczenie przy pomocy prądu stałego doprowadzanego do określonych części ciała za pośrednictwem elektrod,
- kąpiele – kąpiele elektryczno – wodne, gdzie na kończyny działa prąd galwaniczny.

Są one bardzo wskazane przy niedowładach, ponieważ dzięki nim można uzyskać obniżenie bądź zwiększenie ośrodkowego układu nerwowego:

- prądy diadynamiczne – to prądy impulsowe małej częstotliwości oraz prąd stały. Ich zastosowanie polega na elektrostymulacji mięśni, co zapobiega ich degeneracji,
- magnetoterapia – w porażeniu połowicznym ma duże zastosowanie. Polega na stosowaniu zmiennego pola magnetycznego [7, 8].

Hydroterapia

Hydroterapia polega na wykorzystaniu wody do celów leczniczych. Woda może być w postaci ciekłej, stałej lub gazowej.

Stosowana jest od najdawniejszych czasów. Przyspiesza obieg krwi w organizmie. Szybciej i efektywniej działa na nadwyrężone, uszkodzone lub nadciągnięte mięśnie. Szczególne znaczenie ma hydromasaż. Strumienie wody, skierowane na chore miejsca, stymulują i relaksują chore np. kończyny. Hydroterapia szczególnie zalecana jest przy niwelowaniu stresu. Wpływa korzystnie na układ kostny, oddechowy, nerwowy i krążenia. Poprawa samopoczucia psychicznego jest ważna nawet u ludzi zdrowych.

Masaż wodny zalecany jest we wszystkich rodzajach niedowładów. Pomaga w nerwobólach oraz uszkodzeniach nerwów obwodowych [7, 8].

Muzykoterapia

Muzyka, której powszechnie przypisuje się zdolność wywołania określonych emocji, wpływa przez pewne struktury mózgowia na stan funkcjonalny ustroju.

Cel leczenia na drodze stosowania muzykoterapii uzyskuje się między innymi poprzez aktywizowanie i wyzwalamie emocjonalnych procesów oraz pobudzanie do aktywności emocjonalnej. Badacze problemu stwierdzają, że muzyka przyspiesza metabolizm ustroju, zwiększa wydajność mięśni, reguluje oddychanie zmniejszając stopień jego nieregularności, wywołuje zróżnicowane reakcje tętna i ciśnienia krwi, zwiększa wrażliwość wzroku, dotyku oraz wpływa na czynności wewnętrzne organizmu [9].

Muzyka wpływa też pozytywnie na odczucia pacjenta, który dzięki niej wyraźnie odpręża się, chętniej przy słuchaniu muzyki wykonuje ćwiczenia rehabilitacyjne. Muzyka jest więc skutecznym środkiem, który wspomagać może leczenie chorych z niedowładem połowicznym. W naszym kraju powstają, wzorem państw zachodnich przodujących we wspomaganie leczenia muzyką i tańcem, kluby tańca dla niepełnosprawnych.(tańczą chorzy na wózkach inwalidzkich). Taniec na wózkach inwalidzkich został nawet uznany za dyscyplinę sportową. Rozgrywane są też zawody w tańcach towarzyskich na olimpiadach paraolimpijskich [9].

Założenia i cel pracy

Niedowład połowiczny może przybrać bardzo różną postać i być spowodowany różnymi przyczynami. Każdy jednak przypadek cechuje się upośledzeniem

ruchu. Chorzy dotknięci tą chorobą zawsze wymagają mniejszej lub większej pomocy ze strony innych osób. Czasem choroba trwa stosunkowo krótko, a czasem ciągnie się przez długie lata.

Celem pracy jest:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych osoby z niedowładem, na przykładzie chorego z mózgowym porażeniem dziecięcym.
2. Ustalenie planu indywidualnej opieki pielęgniarzkiej pacjentki z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Materiał i metoda badań

Materiały do pracy czerpano z różnych opracowań naukowych, które opisują niedowład połowiczny jako zaburzenie czynności ruchu współistniejące lub wynikające z innych chorób, posługując się następującymi narzędziami badawczymi: dostępną literaturą, wywiadem opartym na arkuszu do gromadzenia danych o pacjencie, obserwacją własną, analizą dokumentacji medycznej, pomiarami bezpośrednimi i pośrednimi, diagnozą pielęgniarzką.

Wyniki

Opis przypadku

Pacjentka A. P. lat 34. Badana osoba dotknięta jest mózgowym porażeniem dziecięcym. Przyczyną choroby (ustaloną na podstawie dokumentacji medycznej oraz wywiadu z rodzicami) jest uraz okołoporodowy. Agata urodziła się w zamartwicy. Wypisano ją ze szpitala w stanie ogólnym dobrym. Nic nie wskazywało na to, że dziecko będzie poważnie chore. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicami wynika, że choroba do 18. miesiąca życia nie dawała żadnych widocznych objawów.

Dziecko zaczęło chodzić kiedy miało 15 miesięcy. Po ukończeniu półtora roku dziecko oddano do żłobka. Ojciec twierdzi, że to właśnie tam tkwi źródło choroby. W ciągu jednej nocy wystąpiły objawy choroby. Diagnoza lekarska była jednoznaczna – mózgowie porażenie dziecięce, któremu od razu towarzyszył niedowład obu kończyn górnych i dolnych. Dziecko przestało chodzić, siedzieć. Matka wspominając pierwszy okres choroby córki twierdzi, że najbardziej absorbującą czynnością było karmienie dziecka. Agata nie dała rady połykać przygotowanych, zmielonych pokarmów. Jej mama karmiła ją wkładając jedzenie palcem do buzi. Musiała przy tym czekać na odpowiedni moment. Karmienie trwało godzinami.

Obecnie dorosła już kobieta sama siedzi, porusza się na wózku, dużo czyta, obsługuje komputer. Mówi niewyraźnie, ale rodzice doskonale ją rozumieją. Z chęcią pokazywała, jak biegłe pisze na klawiszach komputera. Komputer to jej cały świat. Z rozmowy wynikało, że wiele rzeczy umie robić sama. W pora-

zonej niedowładem ręce mocno trzyma długopis i bardzo ładnym charakterem pisze listy.

Sama z niewielką pomocą potrafi jeść, czesać się, zdjąć ubranie. Ma dobry kontakt z otoczeniem. Lubi oglądać „Discovery Chanel” i inne programy popularno-naukowe. Choroba zmieniła na stałe sytuację całej rodziny Agaty, ale panuje tam odczuwalna atmosfera miłości i szczęścia. Cieszą się z tego, że są ze sobą i z każdego postępu w walce z niepełnosprawnością ich dziecka.

Dane, które posłużyły do ustalenia indywidualnego planu pielęgnacji zebrano na podstawie obserwacji, analizie dokumentacji lekarskiej, pielęgniarzkiej oraz arkusza do zbierania danych o pacjencie

Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie

I. Ogólne dane personalne

1. Nazwisko i imię pacjentki: **A. P.**
2. Płeć: **żeńska**
3. Wiek: **35 lat**
4. Stan cywilny: **panna**
5. Miejsce zamieszkania: wieś, **małe miasto**, duże miasto
6. Wykształcenie: **podstawowe**, zawodowe, średnie, wyższe
7. Zawód: **brak zawodu**

II. Sytuacja materialna i społeczna

1. Warunki mieszkaniowe: złe, **dobre**, bardzo dobre
2. Źródła utrzymania: zasiłek dla bezrobotnych, renta, zasiłek socjalny, **inne zarobki rodziców, w tym emerytura matki.**
3. Mieszka: sama, **z rodziną**, przebywa w zakładzie opieki zdrowotnej.

III. Informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej.

1. Pobyt w szpitalu
2. Rozpoznanie lekarskie: **mózgowe porażenie dziecięce**
3. Waga – **50 kg**
4. Wzrost – **148 cm**
5. Przebyte choroby zakaźne: choroby wieku dziecięcego, odra, różyczka
6. Alergie: tak, **nie**
7. Przebyte zabiegi operacyjne: **nie było**
8. Szczepienia ochronne: **wg kalendarza szczepień**
9. Aktywność fizyczna: **porusza się na wózku inwalidzkim**

IV. Dane o funkcjonowaniu poszczególnych narządów.

1. Układ kostno-stawowo-mięśniowy
 - a) sposób poruszania się: samodzielny, na wózku inwalidzkim, unieruchomiony w łóżku, **przy pomocy sprzętu ortopedycznego**
 - b) ruchomość w stawach: pełna, **ograniczona**
 - c) postawa ciała: prawidłowa, **nieprawidłowa (pochylenie sylwetki)**
 - d) wygląd kończyn i stawów: prawidłowy, **nieprawidłowy**, obrzęki,

- e) napięcie mięśni: prawidłowe, **obniżone**, wzmożone
- f) bóle kości: **tak**, nie
- g) przebyte złamania: tak, **nie**
- 2. *Układ moczowo-płciowy*
 - a) diureza dobową: **norma**, wielomocz, skąpomocz, bezmocz
 - b) kolor moczu: **prawidłowy**, krwimocz, inne
 - c) trudności w oddawaniu moczu: tak, **nie**
 - d) cykl miesięczkowy: regularny, **nieregularny**
 - e) krwawienia miesięczkowe: obfite, skąpe, **bolesne**
- 3. *Układ nerwowy i narządy zmysłów*
 - a) świadomość: **pełna**, senność, śpiączka
 - b) kontakt słowny: dobry, **ograniczony**, bez kontaktu, **wada wymowy**
 - c) sen: prawidłowy, bezsenność, **trudności w zasypianiu**
 - d) słuch: prawidłowy, **niedosłyszenie**, głuchota
 - e) wzrok: prawidłowy, **niedowidzenie**, ślepotą
 - f) węch: **prawidłowy**, zaburzony, brak
 - g) smak: **prawidłowy**, zaburzony
- 4. *Układ oddechowy*
 - a) liczba oddechów na minutę: **24**
 - b) charakter oddechów: **miarowy**, niemiary
 - c) zaleganie wydzieliny: tak, **nie**
 - d) duszność: wdechowa, wydechowa, spoczynkowa, wysiłkowa, inna
- 5. *Układ krążenia*
 - a) ciśnienie tętnicze krwi: **120/80 mm Hg**
 - b) obrzęki: **występują w obrębie kostek, nóg, rąk**
 - c) omdlenia: tak, **nie**
- 6. *Układ pokarmowy*
 - a) stan jamy ustnej – **pełne uzębienie**
 - b) pragnienie: **prawidłowe**, wzmożone, zmniejszone
 - c) stolec: **prawidłowy**, zaparcia, biegunki
 - d) inne dolegliwości: **w młodszym wieku występowało silne ślinienie się, obecnie potrafi nad nim zapanować, chociaż dość często występują przypadki „zakrzuszenia się”**
 - e) odżywianie się: **doustne**, dożylnie, przez sondę, **inne: przy pomocy rodziców, trudności w połykaniu pokarmów**
- V. *Ogólna ocena stanu psychicznego badanej osoby*
 - a) samopoczucie: b.dobre, dobre, średnie, złe, **inne: nastrój zróżnicowany z incydentami „zamykania się na otoczenie”**
 - b) orientacja w sprawach zdrowia: **dobra**, słaba, brak orientacji
Badana osoba jest bardzo dobrze zorientowana w sprawie swojego zdrowia. Potrafi korzystać z komputera, na bieżąco śledzi stan wiedzy związany z jej chorobą.

VI. Stopień niepełnosprawności:

- a) **całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – I grupa inwalidzka**

VII. Rodzaj niepełnosprawności

- a) **narząd ruchu w zakresie kończyn dolnych, kończyn górnych**

Indywidualny plan opieki pielęgniarzkiej**Problem pielęgnacyjny**

1. Ból i obrzęk stawów kolanowych i kostek

Cel opieki

- Złagodzenie dolegliwości bólowych i ocena obrzęków

Działania pielęgnacyjne

- zapewnienie chorej wygodnego oparcia w czasie, kiedy siedzi na wózku inwalidzkim lub w fotelu przed komputerem
- stosowanie udogodnień
- ułożenie chorej z eliminacją ucisku na obrzęknięte stawy
- ułożenie obrzękniętych kończyn wyżej
- podawanie zleconych przez lekarza leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych
- wykonywanie na bolące stawy opatrunków z maści rozgrzewających
- ocena obrzęków poprzez:
 - prowadzenie bilansu wodnego
 - ważenie chorej codziennie rano, na czczo
 - codzienne mierzenie obwodu kończyn w miejscu występowania obrzęku
- zakładanie luźnych skarpet bez ściągaczy
- wykonywanie masażu nóg

Problem pielęgnacyjny

2. Brak kontaktów z rówieśnikami

Cel opieki

- Umożliwienie kontaktu z rówieśnikami

Działania pielęgnacyjne

- codzienne spacerowanie (na wózku) które umożliwią kontakt z innymi ludźmi
- zorganizowanie rozrywek, zabaw integracyjnych
- zorganizowanie grupy wolontariuszy

Problem pielęgnacyjny

3. Brak wiedzy na temat szkodliwości nadmiernego spędzania czasu przed komputerem

Cel opieki

- Uświadomienie zagrożeń związanych z długotrwałym przebywaniem przy komputerze i związanych z internetem

Działania pielęgnacyjne

- dostarczenie chorej i jej rodzinie informacji na temat następstw nadmiernego spędzania czasu przed komputerem
- motywowanie pacjentki do ograniczenia spędzania czasu przed komputerem
- rozmowa na temat zagrożeń związanych z wchodzeniem na tzw. „czat”
- dostarczenie stosownej lektury

Problem pielęgnacyjny

4. Trudności w poruszaniu wynikające z istoty choroby

Cel opieki

- Aktywizacja i pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych

Działania pielęgnacyjne

- pomoc w spożywaniu posiłków
- zapewnienie odpowiedniej pozycji ułatwiającej spożywanie posiłków w łóżku:
 - ułożenie pacjentki w pozycji wysokiej, z zastosowaniem udogodnień (podkładki pod uda, podniesienie wezglowia łóżka, zapewnienie podparcia stópom),
- ustawienie stolika przyłóżkowego na wysokość odpowiednią pacjentce
- przed planowanym posiłkiem:
 - wywietrzenie pomieszczenia
 - płukanie jamy ustnej np. wodą z szalwii
 - stworzenie optymalnych warunków do przyjmowania posiłków:
 - podanie posiłku estetycznie przygotowanego w niewielkich ilościach,
 - zapewnienie ciszy, nie ponaglanie pacjentki podczas jedzenia, nie pośpieszanie pacjentki.
- pomoc przy toalecie ciała
- zmiana pozycji co 2–3 godziny

Problem pielęgnacyjny

5. Ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu ograniczonej sprawności ruchowej i długotrwałego przebywania w pozycji leżącej lub siedzącej

Cel opieki

- Niedopuszczenie do powstania odleżyn. Utrzymanie odpowiedniego stanu skóry

Działania pielęgnacyjne

- wykonanie toalety ciała z użyciem mydła o pH 5,5,
- częsta zmiana bielizny osobistej, pościelowej bawełnianej, suchej czystej,
- osuszanie dokładne ciała oraz nawilżanie skóry wazeliną, oliwką
- stosowanie preparatów propolisowych lub Sudokremu 2x dziennie na miejsca narażone na ucisk

- zmiana pozycji ciała co 2–3 godziny, wietrzenie miejsc narażonych na ucisk
- zastosowanie udogodnień typu: materac przeciwoodleżynowy, wałki, koce.

Problem pielęgnacyjny

6. Incydenty obniżonego nastroju z powodu braku samodzielności i barier wynikających ze stanu fizycznego

Cel opieki

- Poprawa samopoczucia

Działania pielęgnacyjne

- zorganizowanie wizyty, np. u fryzjerki, kosmetyczki
- edukacja pacjentki w kierunku umiejętności radzenia w sytuacjach trudnych

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

1. Sprawowanie dalszej ciągłej opieki polegającej na pomocy we wszystkich czynnościach życiowych: toaleta poranna, wieczorna, karmienie.
2. Zapewnienie stosownych rozrywek intelektualnych – telewizja, prasa, komputer, filmy wideo itp.
3. Codzienne spacerowanie na świeżym powietrzu, co umożliwi kontakt z innymi ludźmi, poprzez obserwację ich zachowań, rozmowy, nawiązanie ewentualnych przyjaźni.
4. Współpraca rodziców Agaty z fundacjami pozarządowymi, które organizują zabawy integracyjne, festyny itp.
5. Nawiązanie przez rodziców Agaty kontaktów z rodzicami, którzy mają również dzieci niepełnosprawne i podjęcie z nimi współpracy. Wymiana doświadczeń związanych z opieką.

Wnioski

1. Na podstawie zebranych danych u pacjentki z mózgowym porażeniem dziecięcym wyodrębnione zostały następujące problemy pielęgnacyjne:
 - Ból i obrzęk stawów kolanowych i kostek;
 - Brak kontaktów z rówieśnikami;
 - Brak wiedzy na temat szkodliwości nadmiernego spędzania czasu przed komputerem;
 - Trudności w poruszaniu wynikające z istoty choroby;
 - Ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu ograniczonej sprawności ruchowej;
 - Incydenty obniżonego nastroju z powodu braku samodzielności i barier wynikających ze stanu fizycznego.
2. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwa obejmujący złagodzenie dolegliwości bólowych stawów, uświadomienie zagrożeń związanych z Internetem, zorganizowanie grupy wolontariuszy, pomoc w wykonywaniu

podstawowych czynności życiowych, niedopuszczenie do powstania odleżyn, utrzymanie odpowiedniego stanu skóry, podwyższenie nastroju i poprawa samopoczucia.

Piśmiennictwo

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Czelej, 2000.
2. Prusiński A.: Neurologia praktyczna, PZWL, Warszawa 2007.
3. Zabłocki K. J.: Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii. Warszawa 1998.
4. Pilch T., Leparczyk I.: Pedagogika społeczna, Warszawa 1995.
5. Widomska-Czekajska T.: Internistyczna intensywna terapia i opieka pielęgniarska. Warszawa 1991.
6. Kasprzak W.: Fizjoterapia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
7. Levitt S.: Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
8. Nowotny J.: Podstawy fizjoterapii, Kraków 2004.
9. Radziszewski K., Talar J.: Leczenie muzyką, Post. Rehab., 1992.

Dorota Joanna Kondzior¹, Aneta Roszkowska², Krystyna Klimaszewska¹,
Elżbieta Krajewska-Kułak¹, Wojciech Kułak³, Hanna Joanna Rolka¹,
Krystyna Kowalczyk¹, Anna Baranowska¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz¹

Pielęgowanie dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym – opis przypadku

Wstęp

Mózgowe porażenie dziecięce nie jest odrębną jednostką chorobową, ale „zespołem wielu objawów chorobowych” [1]. U dzieci cierpiących na MPD widzimy różnego rodzaju niedowład kończyn, które połączone są „ze wzmożonym napięciem mięśniowym, z wygórowanymi oddechami, ruchy mimowolne, zaburzenia zborności ruchów i równowagi” [1]. Wymienione wyżej objawy są dominujące, ale obok nich występować mogą zaburzenia towarzyszące, np. opóźnienia rozwoju psychoruchowego różnego stopnia, opóźnienia rozwoju umysłowego, zaburzenia wzrostu, słuchu, zachowania, mowy oraz bardzo często padaczka o różnym nasileniu. Według statystyk na 1000 noworodków, przeciętnie 1–3 lub 1 do 5 dzieci rodzi się z mózgowym porażeniem dziecięcym. Inne dane cytowane przez R. Michałowicza i S. Józwiaka mówią o następującej częstości występowania: „1,5–3 na 1000 żywo urodzonych dzieci” [2].

Definicja mózgowego porażenia dziecięcego (MPD) ustalona została w 1964 r. i określa tę jednostkę chorobową, jako zaburzenie ruchu i postawy związane z uszkodzeniem lub zaburzeniem rozwojowym niedojrzałego mózgu (*cerebral palsy*)” [3]. Dawna nazwa mózgowego porażenia dziecięcego to „choroba Little’a”. W 1843 r. dr Little po raz pierwszy połączył ze sobą spastyczność kończyn noworodka z nieprawidłowościami związanymi z ciążą, porodem.

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; studia licencjackie kierunku: Pielęgniarstwo

³ Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny, Klinika Rehabilitacji Dziecięcej

Definicja mózgowego porażenia dziecięcego przytaczana przez prof. K. Sidor brzmi następująco: „nazwą mózgowie porażenie dziecięce określa się grupę przewlekłych niepostępujących zaburzeń ośrodkowego neuronu ruchowego, powstałych wskutek uszkodzenia mózgu w okresie jego rozwoju” [4]. Według prof. K. Sidor prawidłowo sformułowana definicja mózgowego porażenia dziecięcego, której autorem jest J. Gamstrop mówi, że:

- miejscem uszkodzenia jest mózg,
- uszkodzenie mózgu jest stałe, niepostępujące,
- uszkodzenie to powstaje we wczesnym okresie życia dziecka,
- obraz kliniczny mózgowego porażenia dziecięcego, to przede wszystkim zaburzenia ruchu i postawy, które uniemożliwiają używanie mięśni,
- mózgowemu porażeniu dziecięcemu towarzyszyć mogą objawy neurologiczne i umysłowe [4].

Definicja MPD obejmuje grupę zespołów ruchowych, które są następstwem zaburzenia mózgu lub zaburzeń jego rozwoju. MPD ma różne postacie kliniczne:

- a) porażenie połowicze (*hemiplegia*)
- b) obustronne porażenie połowicze (*hemiplegia bilateralis*)
- c) obustronne porażenie kurczowe (*diplegia*)
- d) postać pozapiramidowa (*dyskinesis*)
- e) postać mózdkowa (*ataksja*)
- f) postać mieszana [1, 7, 9].

Cechy charakterystyczne MPD

Najbardziej charakterystyczne w mózgowym porażeniu dziecięcym jest:

- 1) wzmożone napięcie mięśniowe,
- 2) atetoza – ruchy niekontrolowane, mimowolne,
- 3) ataksja – zaburzenia równowagi, nieborność ruchów, drżenie kończyn [1, 7, 8, 9].

Wzmożone napięcie mięśniowe, czyli spastyczność sprawia, że ruchy dziecka są sztywne. Dziecko ma trudności przy próbach stania oraz chodzenia. Charakterystyczny jest tzw. chód spastyczny. Spastyczny typ choroby ma około 75% przypadków mózgowego porażenia dziecięcego.

W skład spastycznego typu choroby wchodzi następujące formy porażenia:

- spastyczne porażenie czterokończynowe (*quadriplegia spastica*),
- spastyczne porażenie obustronne, obejmujące w większym stopniu kończyny dolne niż górne,
- spastyczne porażenie połowicze (*hemiplegia spastica*),
- rzadko spotykane – porażenie tylko kończyn dolnych (*paraplegia*)
- niedowład trzech kończyn,
- niedowład jednej kończyny [10, 11].

We wszystkich przypadkach mózgowego porażenia dziecięcego niedowład może być lekki, średni i silny.

Przyczyny powstawania mózgowego porażenia dziecięcego

Czynniki o charakterze genetycznym

Wady wrodzone ośrodkowego układu nerwowego (OUN) genetyczne i niegenetyczne są czynnikami, na które nie mamy wpływu. Współczesne osiągnięcia naukowe pozwalają na przeprowadzenie diagnostyki prenatalnej wad ośrodkowego układu nerwowego płodu już pomiędzy 16. a 20. tygodniem trwania ciąży [1, 12].

Prenatalne badania diagnostyczne kobiet w ciąży wykonywane są, gdy:

- kobieta przekroczyła 35 r.ż.,
- w jej rodzinie lub w czasie jej poprzedniej ciąży miały miejsce wady ośrodkowego układu nerwowego, aberracji chromosomowych lub genetycznie uwarunkowanych zaburzeń metabolicznych [1].
- w przypadku wcześniejszych nawykowych poronień lub przedwczesnych porodów.

Celem diagnostyki prenatalnej jest wykrycie tzw. wad otwartych, do których należą: przepukliny oponowo-rdzeniowe, niewykształcenie pokrywy czaszki lub mózgu. Badania te, których celem jest wykrycie wrodzonych wad płodu, polegają na zastosowaniu ultrasonografii oraz oznaczenia alfa fotoproteiny u kobiety ciężarnej. W ostatnich latach za pomocą wyżej wymienionych badań wykryto wiele wad wrodzonych płodu, jak np. bezmózgowie, małomózgowie, wodogłowie, rozszczepy kręgosłupa i przepukliny rdzeniowe.

Inną dziedziną diagnostyki prenatalnej są zaburzenia metaboliczne. W dzisiejszych czasach można zapobiegać negatywnym skutkom genetycznie uwarunkowanych zaburzeń metabolicznych, np. przez odpowiednią dietę dziecka zaraz po jego urodzeniu.

Przykłady chorób metabolicznych:

- zaburzenia przemiany lipidów, choroby: Fabry'ego, Gauchera, Krabbego, Wolmana, hiperlipoproteinemia,
- zaburzenia przemiany węglowodanów: fukozydoza, galaktozemia, mannozydoza,
- zaburzenia metabolizmu aminokwasów, np. cystynoza, leucynoza, histydy-nemia.

Ponadto badania te pozwalają na wnioskowanie o zagrożeniu zespołem Downa, na określenie stężenia bilirubiny, co jest ważne w ciążach z konfliktem serologicznym oraz na określenie płci dziecka [1].

Wczesne rozpoznanie choroby metabolicznej daje szansę na przeprowadzenie zabiegu wymiennego przetoczenia krwi. Przetoczenie krwi, według badań, wpłynęło na zmniejszenie występowania mózgowego porażenia dziecięcego [1]. Diagnostyka prenatalna w przypadku ciąży z płodem zagrożonym mózgowym porażeniem dziecięcym jest bardzo ważna, ponieważ pozwala na pomoc ciężarnej kobiecie w zakresie poradnictwa genetycznego.

Poradnictwo genetyczne ma na celu poinformowanie przyszłych rodziców oraz przyjęcie takich środków zapobiegawczych, które pozwolą na zmniejszenie liczby chorych na tę poważną chorobę. Rodzice sami w takim przypadku podejmują decyzję odnośnie urodzenia dziecka. Dlatego też odradza się młodym ludziom zawierania małżeństw pomiędzy krewnymi, rodzenie dzieci przez kobiety po ukończeniu 40 lat. Kobietom w ciąży zaleca się higieniczny tryb życia, racjonalne odżywianie i szereg innych prawidłowych postępowań, które mają pomóc zdrowiu przyszłego dziecka.

Mówiąc o przyczynach MPD trzeba pamiętać, że zespół ten jest zależny od wielu współistniejących ze sobą czynników. Oddziałują one na dziecko już w okresie przed jego poczęciem, w okresie płodowym i okołoporodowym.

A. R. Borkowska i Ł. Domańska wymieniają następujące czynniki ryzyka wystąpienia MPD:

- występowanie MPD w rodzinie,
- wcześniactwo,
- dystrofia płodu,
- zamartwica z zaburzeniami oddechu, świadomości, długotrwałych drgawek,
- 3 punkty lub mniej w skali Apgar,
- nieprawidłowo ułożony płód
- ciąża mnoga,
- pozamózgowe wady wrodzone [13].

Leczenie dziecięcego porażenia mózgowego

Leczenie farmakologiczne

Lekiem, który pozbawiony jest działań ubocznych w leczeniu mózgowego porażenia dziecięcego jest pierwsza na świecie toksyna botulinowa [14]. Jest ona wstrzykiwana do określonych mięśni. Dawniej wstrzykiwano alkohol lub fenol, obecnie BTX-A, czyli toksyna botulinowa typu A. Leczenie BTX-A ma korzyści krótkoterminowe oraz długoterminowe. Lek ten poprawia, np. funkcje chwytne ręki, chód, zmniejsza krzyżowanie nóg, zmniejsza chodzenie na palcach na korzyść chodzenia na stopach, pomaga w pielęgnacji ręki, paznokci, krocza, zmniejsza ból. Działanie długotrwałe u chorych z MPD przy zastosowaniu BTX-A to:

- zapobieganie rozwojowi trwałych przykurczów,
- ułatwienia wzrostu mięśni,
- biomechaniczna transformacja mięśnia [7, 14, 15].

Leczenie BTX-A jest najskuteczniejsze wtedy, gdy zastosujemy je możliwie najwcześniej, a dolną granicę rozpoczęcia terapii, według S. Józwiaka, ustalono 18. miesiąc życia dziecka z MPD [9].

Pierwszego wstrzyknięcia BTX-A dokonano w Irlandii w 1997 r. Kolejne lata przyniosły rozwój leczenia przy pomocy tego leku.

Farmakoterapia w leczeniu MPD obejmuje leki doustne, takie, jak: Baklofen, Diazepam, Tizanidyna, Tetrazepam, Tolperison, Carisoprodal, Dantrolene. Do le-

ków podawanych chorym dokanałowo należy Baklofen. Bezpośrednio do mięśni wstrzykiwany jest alkohol, fenol i opisana wyżej toksyna botulinowa BTX-A [14].

Leczenie dzieci z MPD ma charakter objawowy. Koncentruje się na łagodzeniu skutków dysfunkcji narządu ruchu i kontroli postawy dziecka. Rehabilitacja ma zawsze charakter długotrwały. Do usprawniania dzieci chorych stosuje się metodę odruchowej lokomocji wg Vojty oraz metodę usprawniania neurorozwojowego NDT – Bobathów [9, 16].

Fizykoterapia

Metoda Vojty

Metoda odruchowej lokomocji według Vojty (czeskiego neurologa dziecięcego) zdobywa ogromną popularność. V. Vojta opracował metodę, która pozwala na rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego u niemowląt. Metoda ta polega na siedmiu prowokowanych reakcjach odruchowych [17, 18]. Odruchy ułożenia, czyli skomplikowane reakcje odruchowe mogą już od momentu urodzenia kształtować się nieprawidłowo.

Reakcje odruchowe u dzieci zdrowych mają prawidłowy przebieg, u chorych występują charakterystyczne cechy takie, jak: ułożenie ramienia z zaciśniętą pięścią, czy ułożenie kończyn dolnych z końskim ustawieniem stopy [18, 19, 20].

Sedno metody Vojty tkwi w tym, że kiedy dziecko jest utrzymywane w określony przez niego sposób to wówczas dochodzi do wyzwolenia reakcji – stymulacji właściwej matrycy ruchu. Wzorce ruchu uruchamiają się u zdrowych ludzi samoczynnie. U chorego na MPD dziecka jest wyzwolenie tej reakcji przy pomocy utrzymywania dziecka w określonej pozycji. Ćwiczenie polega na zablokowaniu ruchu przez przyłożenie oporu. Ćwiczący razem z dzieckiem rodzic porównuje ten rodzaj ćwiczeń do sytuacji, kiedy dorosły opiera ręce o mur i chce go przewrócić. Porównanie to uświadamia, że dziecko ćwiczone metodą Vojty nie cierpi bólu, ponieważ siła z jaką są wtedy uciskane jest porównywalna z siłą, z jaką trzymamy w ręce długopis.

Metoda NDT Bobathów

Inną metodą, oprócz metody Vojty jest metoda opracowana przez Karela i Bertę Bobathów (również czescy lekarze). Rozwinęli oni i opisali metodę rehabilitacyjną o charakterze neurorozwojowym, która jest również z powodzeniem stosowana w rehabilitacji dzieci z MPD.

Metoda Bobathów opiera się na założeniu, że „cała działalność ruchowa człowieka jest odruchowa” [21], a więc każde zdrowe dziecko ma odruchy fizjologiczne. Dzieci z MPD mają te odruchy patologiczne, albo wcale one nie występują. Terapia metodą Bobathów polega więc na rozwinięciu odruchów prawidłowych i jednocześnie hamowanie odruchów patologicznych. W metodzie Bobathów ruchy dziecka są kontrolowane przez terapeutę, który opracowuje

indywidualny program usprawnienia. Charakterystyczną cechą tej metody jest stosowanie dużej liczby odruchów. W terapii NDT Bobathów wyhamowuje się patologiczne wzorce odruchów i jednocześnie uczy się wzorców prawidłowych.

Oprócz metod opisanych przeze mnie: Metody Vojty i metody Bobathów znane są jeszcze inne, np.

Metoda Peto

Łączy ona w jedną całość usprawnienia lecznicze, psychopedagogiczne i społeczne po to, aby przygotować jak najlepiej niepełnosprawne dzieci do samodzielnego życia.

Metoda Domana

Za najważniejsze uznaje 6 obszarów służących funkcjonowaniu człowieka: wzrok, słuch, dotyk, mowa, ruch oraz sprawne ręce. Wczesne usprawnianie dzieci tą metodą ma na celu doprowadzenie do rozwoju wyżej wymienionych zmysłów i ruchu.

W Polsce mamy około 20–25 tysięcy dzieci z MPD. Rodziny wychowujące dzieci z MPD borykają się z szeregiem problemów związanych nie tylko z usprawnianiem, ale i specyficznymi wymaganiami chorych dzieci. Dzieci te często są opóźnione w rozwoju umysłowym, mają trudności z rozwojem mowy, odżywianiem się, mają wady wzroku itp. Rodzice dzieci z MPD współpracują więc nie tylko z kinezyterapeutami, ale również z ortopedami, okulistami, logopedami, pedagogami i psychologami [22].

Cel pracy

Zespół mózgowego porażenia dziecięcego to przede wszystkim problemy dziecka z poruszaniem się, które mogą być niewielkie, ale mogą być tak poważne, że uniemożliwiają dzicku samodzielne chodzenie.

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym.
2. Ustalenie planu indywidualnej opieki pielęgniarzkiej nad dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym..

Materiał i metodyka badań

W pracy dokonano przeglądu wybranego piśmiennictwa z ostatnich lat z różnych dziedzin wiedzy: neuropsychologii, neurologii, medycyny ogólnej, psychiatrii, pielęgniarstwa, pediatrii, rehabilitacji, fizjoterapii, psychologii obejmujące wiedzę z zakresu przyczyn, objawów, leczenia, pielęgnowania chorych z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz objęto badaniem dziewczynkę w wieku 13 lat, chorującą na dziecięce porażenie mózgowe z wodogłowiem

Metodyka badań zastosowana w tej pracy jest różnorodna. Wykorzystane zostały następujące metody:

- wywiad z dzieckiem (załącznik numer 1),
- wywiad z rodzicami badanego dziecka,
- obserwacja własna,
- analiza dokumentów,
- diagnoza pielęgniarska.

Wyniki

Opis przypadku

Prowadzone badanie dotyczy dziewczynki K.T. ur. 25 lutego 1997 r. Dziecko mieszka z rodzicami i bratem we wsi Łempice koło Ciechanowca. W książeczce zdrowia dziecka, udostępnionej mi przez rodziców znalazłam następujące dane: „Poród o czasie, siłami natury, ale powikłany. Ułożenie dziecka: położenie główkowe, zielone wody płodowe”. Z chwilą urodzenia dziewczynka otrzymała 7 pkt w skali Apgar.

Pacjentka ma uszkodzone nerwy obwodowe, rozszczepiony kręgosłup, zapalenie korzeni łądźwiowo-krzyżowych (radiculopatia lumbo sacralis), co wywołało u niej mieszany typ niedowładu spastycznego. W pierwszych dobach po urodzeniu dziecko było operowane na przepuklinę oponowo-rdzeniową okolicy łądźwiowo-krzyżowej.

Dziewczynka była urodzona z przepukliną oponowo-rdzeniową i wodogłowiem (hydrocephalus – grec. „hydro” – woda, „cephalia” – mózg). Umiejscowienie łądźwiowo-krzyżowe przepukliny dało taki skutek, że dziecko ma wiotkie porażenie mięśni kończyn dolnych. Ustawienie stóp jest szpotawe. Występują zaburzenia czucia typu korzeniowego. Po zabiegu operacyjnym przez ok. 1 rok objawy kliniczne choroby nie występowały. W opinii rodziców dziecka stopień kalectwa dziewczynki nie jest zbyt wielki. Dziecko jednak porusza się z trudem. Ma jedną kończynę dolną dotkniętą paraliżem. Porusza się wolno, przy pomocy balkonika, na ugiętych nogach. Dziewczynka „ma zachowane czucie” w jednej kończynie dolnej. Pewien problem stanowią takie czynności, jak oddawanie moczu i kału. Dziewczynka, mimo dużego stopnia samodzielności, który wypracowali z nią jej rodzice wymaga pomocy przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Problemem jest częste pojawianie się bakterii w moczu.

Arkusze gromadzenia danych

I. Ogólne dane personalne

1. Nazwisko i imię – K.T.
2. Płeć – żeńska
3. Wiek – 13 lat
4. Stan cywilny – panna

5. Miejsce zamieszkania – wieś
 6. Wykształcenie – uczennica
 7. Zawód – brak zawodu
- II. Sytuacja materialna i społeczna
1. Warunki mieszkaniowe – bardzo dobre, własny dom
 2. Źródło utrzymania – na utrzymaniu rodziców, którzy mają własne gospodarstwo rolne
 3. Mieszka z rodzicami
- III. Informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej
1. Pobyt w szpitalu – jest pod opieką Poradni Neurologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego.
 2. Rozpoznanie lekarskie: MMC – *Reg lumbo sacralis*, HC – *Hereditary Coproporphyrria*, mieszany typ niedowładu, spastyczność, wodogłowie
 3. Waga – 37 kg
 4. Wzrost – 130 cm
 5. Przebyte choroby zakaźne – ospa wietrzna 17.04.2004 r.
 6. Alergie: tak, nie
 7. Przebyte zabiegi operacyjne: tak
 8. Szczepienia ochronne: krztusiec, błonica, tężec, poliomyelitis, odra i inne wg kalendarza szczepień, w tym próba tuberkulinowa.
 9. Aktywność fizyczna: problemy z poruszaniem się ze względu na paraliż lewej kończyny dolnej, stoi na ugiętych kolanach w półprzysiadzie.
- IV. Dane o funkcjonowaniu poszczególnych narządów.
1. Układ kostno-stawowo-mięśniowy
 - a. sposób poruszania się: samodzielny, na wózku inwalidzkim, unieruchomiony w łóżku, przy pomocy sprzętu ortopedycznego i samodzielnie.
 - b. ruchomość w stawach: ograniczona
 - c. postawa ciała: nieprawidłowa (lekkie odchylenie sylwetki)
 - d. wygląd stawów i kończyn: nieprawidłowy
 - e. napięcie mięśni: prawidłowe, obniżone, wzmożone
 - f. bóle kostne: tak, nie
 - g. przebyte złamania: tak, nie
 2. Układ moczowo-płciowy
 - a. diureza dobowa: norma, wielomocz, skąpomocz, bezmocz
 - b. kolor moczu: prawidłowy, krwiomocz, inne (częściowe nietrzymanie moczu)
 - c. trudności w oddawaniu moczu: tak, nie
 - d. cykl miesięczkowy: jeszcze nie miesiączkuje
 3. Układ nerwowy i narządy zmysłów
 - a. świadomość: pełna, senność, śpiączka
 - b. kontakt słowny: dobry, ograniczony, bez kontaktu, wada wymowy, trudności w mówieniu

- c. sen: prawidłowy, bezsenność, trudności w zasypianiu
 - d. słuch: prawidłowy, niedosłyszenie, głuchota
 - e. wzrok: prawidłowy, niedowidzenie, ślepotą
 - f. węch: prawidłowy, brak
 - g. smak: prawidłowy
4. Układ oddechowy
- a. Liczba oddechów na minutę: 21
 - b. Charakter oddechów: miarowy, niemiary
 - c. Zaleganie wydzieliny: tak, nie
 - d. Dusznosc: tak, nie
5. Układ krążenia
- a. ciśnienie tętnicze: 110/70 mm Hg
 - b. obrzęki: tak – na kończynach dolnych
 - c. omdlenia: nie
6. Układ pokarmowy
- a. stan jamy ustnej: pełne uzębienie
 - b. pragnienie: prawidłowe, wzmożone, zmniejszone
 - c. stolec: prawidłowy, zaparcia, biegunki
 - d. odżywianie się: doustne, dożylnie, przez sondę, samodzielnie
- V. Ogólna ocena stanu psychicznego
- a. samopoczucie: bardzo dobre, dobre, średnie, inne: zróżnicowane, często apatia
 - b. dziewczynka chodzi do klasy VI szkoły podstawowej. Trudność sprawia jej matematyka. Interesuje się komputerem, grami komputerowymi
- VI. Rodzaj niepełnosprawności
- Narząd ruchu w zakresie kończyn dolnych

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Problem pielęgnacyjny:

1. Trudności w poruszaniu się wynikające z obecnej choroby

Cel opieki:

- Pomoc w wykonywaniu czynności życia codziennego

Interwencje pielęgniarskie

- pomoc przy wykonywaniu toalety porannej oraz wieczornej
- uczesanie włosów dziewczynki
- asystowanie przy ubieraniu się dziecka, zapobieganie upadkom
- pomoc w spożywaniu posiłków
- zapewnienie odpowiedniej pozycji ułożeniowej ułatwiającej spożycie posiłku
- przed spożyciem posiłku płukanie jamy ustnej, np. wodą z szalwią
- podanie posiłku estetycznie przygotowanego
- zapewnienie ciszy i spokoju podczas spożywania posiłku

Problem pielęgnacyjny:

2. Bóle kostne oraz obrzęki występujące na kończynach dolnych

Cel opieki:

- Eliminacja bólu oraz ocena obrzęków

Interwencje pielęgniarские

- zapewnienie pacjentce wygodnej pozycji z oparciem, gdy siedzi przed komputerem lub telewizorem
- ułożenie obrzękniętych kończyn w pozycji wysokiej
- stosowanie okładów na obrzęknięte kończyny
- zastosowanie maści rozgrzewających na bolące stawy
- podanie na zlecenie lekarza leków przeciwbólowych oraz przeciwzapalnych
- ocena obrzęków poprzez:
 - prowadzenie bilansu wodnego
 - mierzenie obwodu kończyn w miejscu występowania obrzęków
 - zakładanie skarpet bez ściągaczy

Problem pielęgnacyjny:

3. Dyskomfort związany z moczeniem się

Cel opieki:

- Zmniejszenie dyskomfortu

Interwencje pielęgniarские

- częste, regularne prowadzenie toalety miejsc intymnych chorej
- w razie konieczności zakładanie pampersów
- rozmowa z dzieckiem, aby starało się kontrolować trzymanie moczu

Problem pielęgnacyjny:

4. Występowanie zaparć

Cel opieki:

- Likwidacja dolegliwości

Interwencje pielęgniarские

- podawanie odpowiedniej ilości płynów (1,5–2 l)
- dieta z zawartością błonnika
- podawanie 4–5 posiłków dziennie w małych objętościach
- stosowanie domowych metod zapobiegających:
 - podawanie dziecku przed każdym posiłkiem szklanki przegotowanej wody
 - dawanie dziewczynce suszonych śliwek, moreli
 - stosowanie herbatek z ziół senesu
 - ograniczenie spożycia ziemniaków, ryżu
 - wprowadzenie do jadłospisu kasz gruboziarnistych

Problem pielęgnacyjny:

5. Trudności w zasypianiu

Cel opieki:

- Likwidacja problemu

Interwencje pielęgniarские

- wietrzenie pokoju zanim dziecko położy się spać
- zostawienie na noc zapalanej lampki
- częsta zmiana pościeli, aby dziecku lepiej się spało
- rozmowa z chorą o trapiących problemach
- zostanie przy dziecku do czasu aż zaśnie

Problem pielęgnacyjny:

6. Stres związany z koniecznością poruszania się przy pomocy balkonika

Cel opieki:

- Łagodzenie stresu

Interwencje pielęgniarские

- rozmowa z dzieckiem wyjaśniająca, dlaczego powinno korzystać ze sprzętu ortopedycznego
- przedstawienie korzyści, jakie daje używanie balkonika przy poruszaniu się
- zachęcanie dziecka do wypowiedzenia głośno swoich niepokojów
- zapoznanie dziewczynki, jeśli to możliwe, z dziećmi borykającymi się z tym samym problemem

Problem pielęgnacyjny:

7. Problemy szkolne i związany z nim stres

Cel opieki:

- Eliminacja stresu

Interwencje pielęgniarские

- oddziaływanie psychopedagogiczne związane z niechęcią dziecka do matematyki
- zakup odpowiedniej literatury, która zachęci chorą do danego przedmiotu
- rozmowa z chorą o zagadnieniach, które sprawiają jej największą trudność
- wspólne odrabianie oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów matematycznych
- motywowanie chorej do próby rozwiązywania zadań poprzez nagradzanie, np. w postaci słodyczy.

Wskazówki do dalszego postępowania:

1. Konieczność codziennej toalety przy obecności innej osoby towarzyszącej (ustalono grafik dyżurów osób asystujących przy toalecie porannej i wieczornej dziewczynki – matka, ojciec, babcia, siostra matki).
2. Eliminowanie stresu związanego ze szkołą (rodzice postanowili urządzić grilla dla całej klasy u siebie w domu po to, aby zachęcić koleżanki z klasy do odwiedzania dziewczynki).

3. Rozwijanie zainteresowań, próby znalezienia hobby (rodzice zasugerowali kupno psa lub kota, którym dziewczynka ma sama się opiekować).

Wnioski

Na podstawie zebranych danych u pacjentki z MPD wyodrębnione zostały następujące problemy pielęgnacyjne:

1. Trudności w poruszaniu się wynikające z obecnej choroby.
2. Bóle kostne oraz obrzęki występujące na kończynach dolnych.
3. Dyskomfort związany z moczeniem się.
4. Występowanie zaparć.
5. Trudności w zasypianiu.
6. Stres związany z koniecznością poruszania się przy pomocy balkonika.
7. Problemy szkolne i związany z nim stres.

Piśmiennictwo

1. Michałowicz R.: Mózgowe porażenie dziecięce. PZWL, Warszawa 2001, 10, 17, 31, 42–43.
2. Michałowicz R., Józwiak S.: Neurologia dziecięca. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000, 8, 102.
3. Kawalec W, Kubicka K., Repetytorium z pediatrii. PZWL, Warszawa 2004, 491–493.
4. Sidor K.: Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej. PZWL, Warszawa 1997, 2–3, 10, 31, 103–109.
5. Encyklopedia zdrowia: PWN, 1990, 578.
6. Kubicka K., Kawalec W.: Pediatria t. 2. PZWL, Warszawa 2008, 492.
7. Steinborn B.: Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej, Family Medicine nr 27/2008, 111–113.
8. Domagalska M., Problemy posturalne dzieci z MPD., Fizjoterapia Polska nr 3/2008, 259.
9. Pawlaczyk B.: Zarys pediatrii. PZWL, Warszawa 2005, 402–407.
10. Pawlaczyk B.: Pielęgniarstwo pediatryczne. PZWL, Warszawa 2007, 303.
11. Sarah J. Gaskill – Neurologia i neurochirurgia dziecięca. Kraków 2000, 223.
12. Michałowicz R., Ślenzak J.: Choroby układu nerwowego dzieci i młodzieży. PWN, Warszawa 1985, 9.
13. Borkowska A. R., Domańska Ł.: Neuropsychologia kliniczna dziecka. PWN, Warszawa 2006, 8–31, 91.
14. Józwiak S.: Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci, 5, Wyd. Bifolium, Lublin 2000, 119–123.
15. Mała Encyklopedia Medyczna, Warszawa 1990, 578.
16. Józwiak S., Michałowicz R.: Neurologia dziecięca w praktyce, Wyd. Bifolium, Lublin 2001, 119, 227–228.

17. <http://www.alkon.pl/reha/> – pobrano 12.12.2009 r.
18. Michałowicz R., Chmielik J., Michałowska-Mrożek J. B., Mrożek K.: Mózgowe porażenie dziecięce. Wskazówki dla rodziców. PZWL, Warszawa 1977, 6–10, 42, 177–179.
19. Kasprzak W.: Fizjoterapia. PZWL, Warszawa 2006, 74.
20. Lewitt S.: Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu. PZWL, Warszawa 2007, 30.
21. Migda A.; „Moje dziecko ćwiczy metodą Wojty” – <http://vojta.com.pl/artykuł> – pobrano 8.11.2009 r.
22. Namysłowska I.: Psychologia dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 2004, 13.

Agnieszka Sobocińska^{1,2}, Romuald Krynicki^{1,2},
Hanna Bachórzewska-Gajewska³, Elżbieta Krajewska-Kuśak⁴,
Krystyna Wróblewska^{1,2}, Marian Jaszewski¹

Implantowalny kardiowerter-defibrylator szansą przeżycia pacjentów obciążonych kardiologicznie – na podstawie populacji pacjentów leczonych w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży

„Dwie piękne rzeczy posiada świat!
Miłość i Śmierć!”

Giacomo Leopardi

Wstęp

Wszczepialny kardiowerter-defibrylator (ICD – *implantable cardioverter-defibrillator*) stał się powszechnie akceptowaną i szeroko stosowaną formą terapii zapobiegania nagłej śmierci sercowej. Warunkiem skutecznego działania urządzenia jest prawidłowe wykrycie, a następnie przerwanie złożonej arytmii komorowej.

W ostatnich dekadach implantowalne kardiowertery-defibrylatory (ICD) uzyskały status „złotego standardu” w prewencji nagłego zgonu sercowego w różnych populacjach chorych. Wytyczne dotyczące komorowych zaburzeń rytmu, urządzeń wszczepialnych, niewydolności serca oraz ostrych zespołów wieńcowych dokładnie określają zarówno profil kliniczny pacjentów jak i ograniczenia czasowe, które należy uwzględnić przy kwalifikacji do implantacji ICD [1, 2]. Pomimo systematycznej poprawy systemu pomocy w stanach nagłych, prawdopodobieństwo przeżycia zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych jest wciąż niewielkie. Tylko u 20–25% chorych po skutecznej reanimacji nie stwierdza się występowania istotnych, trwałych powikłań neurologicznych. Ryzyko ponownego zatrzymania krążenia wynosi około 20% rocznie [3].

¹ Szpital Wojewódzki im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Łomży

² Instytut Medyczny im. Bł. Matki Teresy z Kalkuty, PWSliP w Łomży

³ Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jak bardzo ważny jest to problem, wskazują badania epidemiologiczne dotyczące częstości występowania nagłej śmierci sercowej (SCD – *sudden cardiac death*). W Europie SCD jest przyczyną od 20 do 159 zgonów na 100 tys. mieszkańców, co daje od 300 do 400 tys. zgonów rocznie i stanowi 50% wszystkich zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych. Najczęstszymi czynnikami ryzyka nagłej śmierci sercowej są uprzednio przebyte: zatrzymanie krążenia, choroba wieńcowa, uszkodzenie mięśnia lewej komory (obniżona frakcja wyrzutowa LK), niektóre zaburzenia rytmu serca, nagłe zgony w rodzinie oraz najważniejsze – zawał mięśnia sercowego. Nowoczesną alternatywą do leczenia farmakologicznego pacjentów zagrożonych SCD jest implantacja kardiowertera-defibrylatora [3, 4]. Wprowadzenie ICD pozwoliło na istotne zmniejszenie zagrożenia nagłym zgonem sercowym i poprawiło radykalnie rokowanie w tej grupie chorych. Według najnowszych wytycznych jest to najskuteczniejsza metoda prewencji nagłego zgonu sercowego u osób wysokiego ryzyka. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami ACC (*American College of Cardiology*), AHA (*American Heart Association*), ESC (*European Society of Cardiology*) pacjenci po przeżytym zawale mięśnia sercowego oraz z obniżoną frakcją wyrzutową powinni być zabezpieaczeni ICD zarówno w ramach prewencji pierwotnej, jak i wtórnej [2].

Badaniem, które zrewolucjonizowało zasady prewencji pierwotnej nagłej śmierci sercowej po zawale serca i rozszerzyło wskazania do ICD, było badanie MADIT II. Porównywano w nim wpływ ICD na przeżycie u chorych po przeżytym zawale, z obniżoną EF, wynoszącą 30% lub mniej. Stwierdzono, że ICD redukuje istotnie ryzyko nagłego zgonu o 31%. Obecnie zakończyło się wiele badań poświęconych roli ICD w prewencji pierwotnej po zawale serca, takich jak DINAMIT, BEST, ABCD. Jednocześnie badanie CAT ustaliło wskazania do profilaktycznego wszczęcia ICD w kardiomiopatii rozstrzeniowej [4].

Historia terapii ICD

Koncepcja stworzenia wszczepialnego defibrylatora powstała w połowie lat sześćdziesiątych, natomiast początki tej metody leczniczej sięgają lat 80-tych XX wieku. Historia wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów nierozdzielnie związana jest z osobą Mieczysława Mirowskiego, który studia medyczne po II wojnie światowej rozpoczął w Gdańsku. W roku 1969 Mirowski przeniósł się do Stanów Zjednoczonych, gdzie rozpoczął pracę nad konstrukcją pierwszego automatycznego defibrylatora. Bezpośrednim impulsem do podjęcia prac był nagły zgon jego nauczyciela i przyjaciela H. Hellera. Po wielu latach trudnych prac laboratoryjnych 4 lutego 1980 roku zespół kierowany przez M. Mirowskiego i M. Mowera po raz pierwszy implantował opracowany przez siebie defibrylator pacjentce, która przeżyła wiele epizodów nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór [5]. Początkowo wszczęcie ICD było rozległą i skomplikowaną operacją z udziałem kardiochirurgów, a elektrody umiesz-

czano nasierdziowo, drogą torakotomii. Te sposoby implantacji związane były z dużą śmiertelnością okołoperacyjną (ok. 9%) i liczbą powikłań, wynikających głównie z uszkodzenia elektrod [3, 5].

Technika operacyjna uległa zmianie od 1988 roku, gdy Saskeena po raz pierwszy wszczepił układ przezżylny [6]. Początkowo, ze względu na duże rozmiary urządzenia (ciężar około 250 gramów i objętość około 200 cm³) były implantowane w powłoki jamy brzusznej, a elektrody przeprowadzano specjalnym tunelem do okolicy podobojczykowej, gdzie preparowano odpowiednie żyły, przez które docierano do serca (Fot. 1). Pozwoliło to na zmniejszenie śmiertelności i liczby powikłań okołoperacyjnych, które jednak nadal występowały. Związane były one z uszkodzeniami elektrod i powikłaniami miejscowymi w okolicach łoża defibrylatora [3, 6].



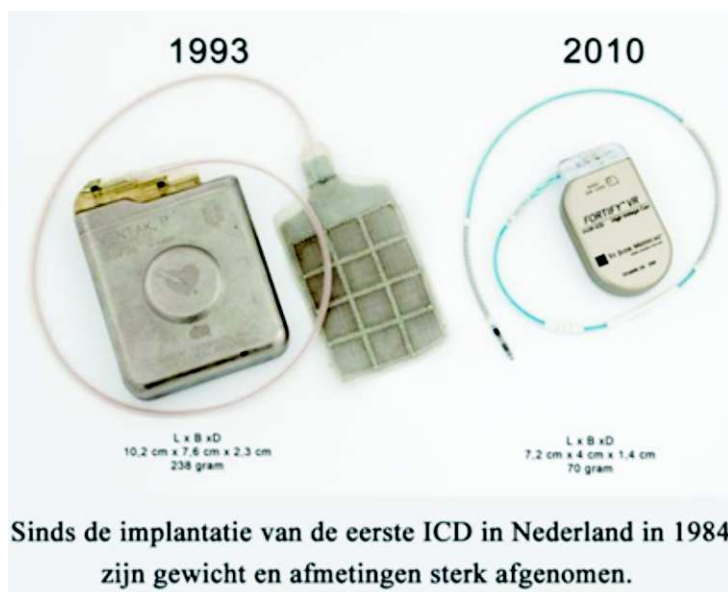
Źródło: www.sidned.nl [11].

Fot. 1. Prototyp urządzenia wszczepiany w latach 80-tych

Kolejnym ważnym osiągnięciem, możliwym dzięki miniaturyzacji urządzeń, były wszczepienia w okolicy podobojczykowej. Obecnie defibrylatory umieszcza się podskórnie lub pod mięśniem piersiowym większym.

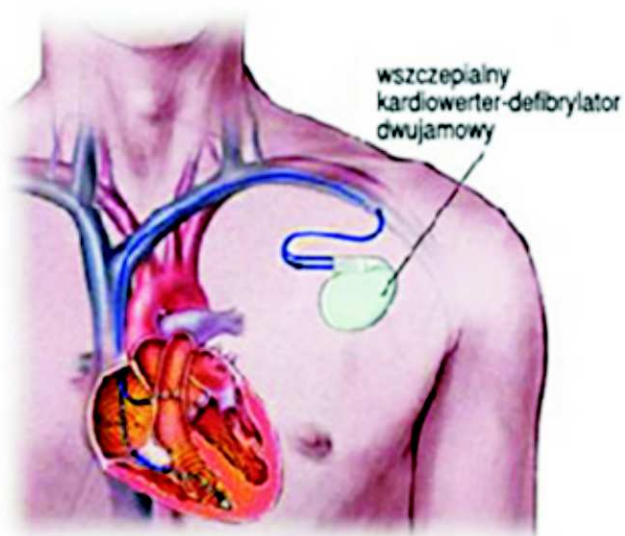
Pierwsze ICD posiadały jedynie możliwość defibrylacji migotania komór. Kolejnymi funkcjami była możliwość kardiowersji i stymulacji serca w trakcie bradykardii. Bardzo przydatna w praktyce klinicznej okazała się stymulacja antytachyarytmiczna (ATP – *antytachycardia pacing*). Według niektórych autorów pozwala ona na przerwanie od 80% do 97% częstoskurczów komorowych [3].

Najprostszy układ defibrylujący, jednojamowy posiada jedną elektrodę defibrylującą, umieszczoną w prawej komorze. Układ dwujamowy posiada dwie elektrody – w prawej komorze oraz prawym przedsionku, spełnia funkcję stymulatora DDD, a jego precyzja w różnicowaniu arytmii nadkomorowych i komorowych przewyższa możliwości układu jednojamowego (Ryc. 1). Najnowsze układy



Źródło: www.sidned.nl [11].

Fot. 2. Porównanie wielkości urządzenia ICD z 1993 roku oraz współczesnego



Źródło: www.defibrillator-help.com [12].

Rycina 1. Schemat implantacji kardiowertera-defibrylatora

defibrylujące (trójkamowe) posiadają trzy elektrody – umieszczone w prawym przedsionku, prawej komorze oraz przez zatokę wieńcową w bocznej ścianie lewej komory. Układ taki pozwala nie tylko zwalczać brady- i tachyarytmie, ale również pomaga leczyć niewydolność serca poprzez przywracanie prawidłowej synchronii skurczu lewej komory za pomocą tak zwanej stymulacji resynchronizującej (CRT – *cardiac resynchronization therapy*) [7].

ICD – profilaktyka wtórna i pierwotna

ICD możemy implantować w ramach profilaktyki wtórnej lub profilaktyki pierwotnej.

Profilaktyka wtórna – dotyczy chorych, u których doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór/częstoskurczu komorowego (VT/VF – *ventricular tachycardia/ventricular fibrillation*) bądź wystąpił częstoskurcz (VT – *ventricular tachycardia*) istotny hemodynamicznie.

Profilaktyka pierwotna nagłego zgonu – obejmuje pacjentów, którzy nie doświadczyli incydentu nagłego zatrzymania krążenia, ale obciążeni są wysokim ryzykiem jego wystąpienia.

Wskazania do implantacji kardiowertera-defibrylatora w profilaktyce wtórnej nagłego zgonu sercowego

Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami kardiologicznych towarzystw naukowych, w profilaktyce wtórnej SCD należy implantować ICD chorym [8], którzy przeżyli VF lub mają niestabilny hemodynamicznie VT lub VT z omdleniami, są przewlekle leczeni farmakologicznie w optymalny sposób, a okres przewidywanego przeżycia w dobrym stanie ogólnym wynosi ponad rok (klasa zaleceń I, poziom wiarygodności A).

Największymi próbami klinicznymi poświęconymi prewencji wtórnej były badania *Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators (AVID)*, *Cardiac Arrest Study Hamburg (CASH)* i *The Canadian Implantable Defibrillator Study (CIDS)*.

Wskazania do implantacji kardiowertera-defibrylatora w profilaktyce pierwotnej nagłego zgonu sercowego

Znacznie trudniejsze jest wskazanie pacjentów, którzy zagrożeni są wystąpieniem tachyarytmii komorowej, zanim się ona pojawi. Ważną rolę w zmniejszeniu śmiertelności odgrywa identyfikacja osób zagrożonych, dokonywana przed wystąpieniem takiego incydentu.

Do ważniejszych badań dotyczących zastosowania ICD i stanowiących podstawę określenia zaleceń do ich implantacji w ramach profilaktyki pierwotnej SCD należą: badanie MADIT II (*Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II*) oraz SCD-HeFT (*Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial*).

Wyniki powyższych badań stały się podstawą opracowania przez Towarzystwa Kardiologiczne (ESC/ACC/AHA) wytycznych dotyczących wskazań do im-

plantacji ICD [9, 10]. Zgodnie z nimi urządzenie to należy wszczepić w ramach profilaktyki pierwotnej SCD:

- pacjentom z pozawałową dysfunkcją LV, nie wcześniej niż w 40 dobie po zawale serca, z LVEF \leq 35%, w II lub III klasie czynnościowej wg NYHA, optymalnie leczonym farmakologicznie i mającym uzasadnione rokowanie przeżycia w dobrym stanie ogólnym ponad rok (klasa zaleceń I, poziom wiarygodności A)
- pacjentom z inną niż niedokrwienna kardiomiopatia, z LVEF \leq 35%, w II lub III klasie czynnościowej wg NYHA, optymalnie leczonym farmakologicznie i mającym uzasadnione rokowanie przeżycia w dobrym stanie ogólnym ponad rok (klasa zaleceń I, poziom wiarygodności B).

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie populacji pacjentów zagrożonych nagłą śmiercią sercową, u których wszczepiono ICD w Oddziale Kardiologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

Material i metoda

Analizie poddano dokumentację wewnętrzną szpitala z okresu marzec–grudzień 2010 roku tj.:

- 16 historii chorób pacjentów z implantowanym ICD
- księgę główną chorych szpitala
- księgę ruchu chorych Oddziału Kardiologicznego z OIOK
- księgę zabiegów Pracowni Kardioangiograficznej

Uwzględniono następujące kryteria: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, etiologia choroby, frakcja wyrzutowa LK, wskazania do wszczepienia ICD.

Wyniki

W Szpitalu Wojewódzkim w Łomży implantacji ICD dokonano w okresie od marca do grudnia 2010 roku 16 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Kardiologicznym. Byli to pacjenci po przebytych zawale mięśnia sercowego (50%), z kardiomiopatią rozstrzeniową (37%), z niewydolnością serca z niską frakcją wyrzutową LK (6,5%) i z potencjalnie groźnymi dla życia komorowymi zaburzeniami rytmu serca (6,5%). W prewencji pierwotnej ICD wszczepiono 14 chorym, natomiast w prewencji wtórnej pozostałym 2 pacjentom. Średni wiek chorych wyniósł 65 lat. Z miasta pochodziło 13 pacjentów, pozostałych 4 z okolicznych wsi. W badaniu echokardiograficznym serca frakcja wyrzutowa LK wahała się od 15–45% (śr. ok. 27%). Powyższe wyniki obrazuje Tabela 1. W badanej grupie implantowano po 50% kardiowerterów jednojamowych i dwujamowych. Implantacji dokonano w trybie planowym. Nie zaobserwowano powikłań okołoperacyjnych.

Tabela 1. Dane kliniczne chorych z ICD (materiał własny)

Liczba chorych	16	
Płeć	Mężczyźni 14 (88%)	Kobiety 2 (12%)
Wiek	52–75 (śr. 65,5)	60–62 lat (śr. 61)
Frakcja wyrzutowa LK (EF)	15–45% (śr. 27%)	
Etiologia:		
Przebyty zawał serca	8 (50%)	
Kardiomiopatia rozstrzeniowa	6 (37%)	
Niewydolność serca	1 (6,5%)	
Częstoskurcz nadkomorowy	1 (6,5%)	
Wskazania do wszczepienia ICD:		
Pofilaktyka pierwotna	14 (88%)	
Profilaktyka wtórna	2 (12%)	

cyjnych. Rutynowo u każdego pacjenta wykonano: koronarografię, badanie metodą Holtera EKG, badania biochemiczne krwi, kontrolę parametrów krzepnięcia, RTG klatki piersiowej. Test defibrylacji przeprowadzono u 7 chorych; u pozostałych pacjentów testu defibrylacji nie wykonano z powodu utrwalonego migotania przedsionków i przeciwwskazań do leczenia przeciwkrzepliwego. Kontrolę parametrów stymulacji przeprowadzano u każdego pacjenta z zaleceniem ponownych kontroli według następującego schematu: po upływie 1 tygodnia, 1 miesiąca, a następnie co pół roku od momentu zabiegu. Każdy pacjent był poinformowany o konieczności dodatkowej kontroli w przypadku powtarzających się wyładowań ICD, wyładowania niezwiązanego z charakterystycznymi objawami oraz w przypadku pojawienia się zmian w okolicy łoża wszczepionego urządzenia. Nawracające w ciągu jednej doby interwencje ICD są wskazaniem do natychmiastowej hospitalizacji.

Pacjenci otrzymali także zalecenia dotyczące trybu życia z wszczepionym ICD serca (broszurę) oraz legitymację identyfikującą urządzenie. Wizyty kontrolne pacjentów z ICD mają na celu ocenę stanu jego zdrowia (badanie podmiotowe i przedmiotowe) oraz parametrów technicznych i programu kardiowertera-defibrylatora, a także prawidłowości interwencji i stosowanej farmakoterapii. Ponadto umożliwiają udzielenie odpowiedzi na pytania chorego dotyczące leczenia, życia codziennego i zawodowego.

Wnioski

1. W grupie chorych, którym wszczepiono kardiowerter-defibrylator przeważali mężczyźni, mieszkający głównie w mieście.

2. Implantacji ICD dokonano głównie w profilaktyce pierwotnej, u pacjentów po przebytych zawałach mięśnia sercowego.
3. Pacjenci, którym wszczepiono kardiowerter-defibrylator mają większe poczucie bezpieczeństwa dzięki temu, że ich rytm serca jest stale monitorowany i w razie potrzeby urządzenie interweniuje w celu przerwania zagrażającej życiu arytmii.

Podsumowanie

Kardiowerter-defibrylator jest niewielkim urządzeniem mającym za zadanie rozpoznać (w oparciu o określone programowalne algorytmy) i przerwać groźną dla życia arytmie komorową i w konsekwencji przywrócić rytm zatokowy serca.

Wszczepienie ICD jest zalecane pacjentom z grupy wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka nagłego zgonu sercowego (w mechanizmie groźnych dla życia komorowych zaburzeń rytmu), gdy inne, działające bardziej przyczynowo metody leczenia nie mogą być zastosowane albo okazały się nieskuteczne. Najliczniejszą grupą wśród chorych z ICD są pacjenci z zaawansowaną chorobą wieńcową, często ze znacznym uszkodzeniem lewej komory i nasilonymi zmianami w naczyniach wieńcowych, niekwalifikujący się do rewaskularyzacji. Implantacja ICD jest jedną z najskuteczniejszych metod prewencji zgonu sercowego.

Najważniejsze funkcje wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów to:

- stymulacja w czasie bradykardii: jedno- lub dwujamowa; możliwa stymulacja z adaptowaną częstością
- szereg schematów stymulacji antytachyarytmicznej (ATP – antytachycardia pacing)
- kardiowersja (prądem od 0,5 do 30–40J)
- defibrylacja
- kryteria różnicujące częstoskurcze komorowe z nadkomorowymi i tachykardią zatokową: kryterium nagłego początku, stabilności rytmu; w defibrylatorach dwujamowych specjalne algorytmy analizujące rytm w przedsionkach i komorach
- funkcje holterowskie z rejestracją elektrogramów wewnątrzsercowych
- nieinwazyjne badanie elektrofizjologiczne
- najnowsze defibrylatory umożliwiają również przerywanie tachyarytmii nadkomorowych przy pomocy stymulacji lub kardiowersji.

Podsumowując można stwierdzić, że ICD to skomplikowane urządzenie przeciwarytmiczne, które zależnie od rozpoznawanego rytmu serca pełni funkcję monitora, stymulatora przeciw bradykardii, rozpoznaje częstoskurcz z możliwością przerwania go za pomocą stymulacji antyarytmicznej, kardiowersji z niską energią lub defibrylacji z energią wyższą. Urządzenie to zmniejsza ryzyko nagłej śmierci, przez co zwiększa bezpieczeństwo pacjenta, ale jest też źródłem niedogodności, takich jak: wyładowania, wymiany urządzenia, powikłania, koniecz-

ność regularnych kontroli lekarskich, przestrzeganie zaleceń lekarskich. Trudności związane z funkcjonowaniem z ICD mogą być szczególnie dotkliwe dla ludzi młodych. ICD wszczepia się coraz większej liczbie chorych, w związku z tym powstają nowe ośrodki elektroterapii i nowe poradnie kontrolujące te urządzenia. Wszczepienie ICD jest działaniem jedynie objawowym i nie zmniejsza w żaden sposób ryzyka wystąpienia niekorzystnych zdarzeń arytmicznych. Coraz skuteczniejsza selekcja pacjentów obarczonych dużym ryzykiem SCD oraz wzrastająca dostępność zabiegów implantacji ICD daje nadzieję na poprawę przeżywalności pacjentów najbardziej obciążonych kardiologicznie.

Piśmiennictwo

1. Cygankiewicz I.: Ocena ryzyka i sposób postępowania w grupie chorych wysokiego ryzyka nagłego zgonu sercowego w okresie „oczekiwania” na decyzję o implantacji ICD. <http://www.wdobrymrytmie.pl/pdf/suplement1.pdf>, 7–8 [Dostęp: 2011-01-19].
2. Eksperti ACC/AHA/ESC: Wytyczne dotyczące postępowania u chorych z komorowymi zaburzeniami rytmu serca i zapobiegania nagiemu zgonowi sercowemu – wersja skrócona. *Kardiologia Pol.* 2006; 64: 1373–1415.
3. Przybylski A., Kurowski A., Lewandowski M. i wsp.: Rola implantowanych kardiowerterów-defibrylatorów w leczeniu komorowych zaburzeń rytmu serca. *Post. Nauk Med.* 1/2002, 99–103.
4. Trusz-Gluza M., Kornacewicz-Jach Z., Kargul W. i wsp.: Standardy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Rok 2001. Komorowe zaburzenia rytmu serca. *Kardiologia Pol* 2001; 55: 246–268.
5. Mirowski M., Reid PR., Mower MM et al.: Termination of malignant ventricular arrhythmias with an implanted automatic defibrillator in human beings. *N Engl J Med.* 1980; 303: 322–324.
6. Implantation of a Cardioverter/ Defibrillator Without Thoracotomy Using a Triple Electrode System Saksena S., Parsonnet V.: *JAMA* 1988, 259: 69–72.
7. Raczak G., Sominka D.: Wskazania do wszczepienia kardiowertera-defibrylatora. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2009, tom 3, nr 3, 165–172.
8. Zipes D. P., Camm A. J., Borggrefe M., et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death-executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death) Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Eur Heart J* 2006; 27: 2099–140.
9. Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G., et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J* 2008; 29: 2388–442.

10. Zipes D. P., Camm A. J., Borggrefe M. i wsp. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death – executive summary. *Eur. Heart J.* 2006; 27: 2099–2140.
11. www.sidned.nl [dostęp: 2011-01-20].
12. www.defibrillator-help.com [dostęp: 2011-01-20].

Janina Książek¹, Małgorzata Fiał²,
Magdalena Leyk³

Postawy pacjentów z przetoką jelita grubego

Wstęp

Do analiz socjologicznych po raz pierwszy pojęcie postaw wprowadzili w 1918 roku Thomas W. I. oraz Zaniecki. Definiowali oni postawę jako „stan umysłu jednostki wobec pewnych wartości społecznych” [1]. Fuson W. M. definiuje postawę jako „prawdopodobieństwo wystąpienia w danej sytuacji określonego zachowania” [2]. Według S. Mika postawa „to względnie trwała struktura (lub dyspozycja do pojawiania się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu” [3]. Natomiast S. A. Asch uważa, że „postawa jest organizacją doświadczeń i danych dotyczących jakiegoś przedmiotu” [4, 5]. Każda postawa składa się z następujących elementów:

- poznawczego – to co myślimy – przekonania, zwątpienia, przypuszczenia,
- emocjonalnego – uczucia wyższe, to co czujemy – radość, miłość, szacunek i ich przeciwieństwa,
- behawiorystycznego – to co robimy – tendencja do zachowania.

Postawy charakteryzują się następującymi cechami: treść przedmiotowa, zakres, kierunek, siła, złożoność, zwartość, trwałość [1]. Choroba jest wyzwaniem i często stymuluje nasze zachowanie. Punkt widzenia i położenie decyduje, jak będziemy się zachowywać w danej sytuacji. Postawy będą uzależnione od czasu trwania choroby oraz rodzaju choroby, a także od stopnia sprawności, zakresu oraz wyleczalności [2]. Na kształtowanie postaw ma wpływ bardzo wiele czynników, a mechanizmy ich zmian są najczęstszymi zjawiskami występującymi w psychologii społecznej. Psycholodzy próbują dowiedzieć, który to czynnik ma największy wpływ na zmianę postaw. Jednym z takich czynników jest dysonans poznawczy, który polega na niezgodności między naszymi postawami, przekonaniami a zachowaniem [1, 3]. Kübler-Ross, dokonując analizy postaw ludzi nieule-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego GUMed

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego GUMed

czalnie chorych, wyróżnia 5 faz reagowania na cierpienie, chorobę: 1) zaprzeczenie i izolacja, 2) gniew, 3) targowania się, 4) depresja, 5) pogodzenia się. Z kolei Kandas podaje inny podział postaw wobec choroby: bagatelizująca, odrzucająca, lękowa, hipochondryczna, patologiczna chęć chorowania, roszczeniowa, realistyczna [6].

Stomia oznacza przetokę, otwór [7] i nie odkryto w XX wieku. Ludzie żyli z przetokami od zarania dziejów. Nie były one wykonywane tak często, jak w dzisiejszych czasach. Główną przyczyną były urazy brzucha doznane podczas polowania czy też wojny, czasem w przypadku choroby jelit. Pierwszy, krótki opis stomii pojawił się w Starym Testamencie, gdzie napisane jest, że została ona wyłoniąca właśnie z powodu urazu nożem w brzuch [8]. W medycynie greckiej, jak i także hinduskiej mamy zapiski dotyczące stomii jelitowej, między innymi opis samoistnej przetoki, która powstała poprzez uwięźnięcie jelit w przepuklinie. Powłoki brzuszne oraz tkanka jelita obumarła i w wyniku tego powstała stomia, przez którą kał wydalany był na zewnątrz [9]. Również niemiecki lekarz Paracelsus na przełomie XV i XVI wieku w swoich pracach wspominał o stomiach jelitowych. Dopiero w XVIII wieku można znaleźć zapiski dotyczące wykonywania przetoki, jako metody chirurgicznego leczenia schorzeń jelit. Źródła nie podają konkretnej daty ani nazwiska osoby, która wykonała pierwszą stomię. Najczęściej wymienia się:

- Litre w 1710 roku wyłonił pierwszą kolostomię,
- Stomia wykonana u mężczyzny po urazie brzucha w 1757 roku,
- Stomia wyłoniąca w 1775 roku przez Niemca – Lorenz Heister,
- Kolostomia wytworzona z powodu raka odbytnicy przez Francuza Pillore'a w 1776 roku,
- Wyłonienie stomii u 73-letniej kobiety z powodu uwięźniętej przepukliny pępkowej w 1780 roku przez angielskiego chirurga Cheselden [8, 9, 10].

Życie w tamtych czasach z wyłoniąca stomią nie było łatwe, często ludzie do pielęgnacji wykorzystywali wszystko co było dostępne na rynku. Jako zbiornik na kał używali: dętki, puszkę, worki skórzane czy też pojemniki do żywności. Dopiero w XXI wieku została poprawiona jakość życia tych osób [11, 12, 13]. Stomia ma już około 200-letnią historię, lecz dopiero w latach 50. XX wieku rozpoczął się właściwy ruch stomijny. W tych latach zaczęły powstawać pierwsze grupy wsparcia wśród pacjentów. W 1961 roku powstała pierwsza szkoła terapeutów, która zajmowała się osobami ze stomią. Terapeutką, jak i również pierwszą pacjentką była Norma Gill. W Polsce ruch stomijny zapoczątkował profesor Roman Góral, który uważał, że zabieg wyłonienia stomii to tylko początek, a takim ludziom potrzebna jest dalsza pomoc. Już w 1979 roku zorganizowano pierwsze spotkanie lekarzy z osobami ze stomią, a już 2 lata później powstała pierwsza w naszym kraju Poradnia dla Chorych ze Stomią [14]. Życie ze stomią w tamtych czasach to był koszmar. Sprzęt, który zaczęto produkować na początku lat 50. był bardzo prymitywny i nie chronił skóry od działania treści jelitowych. W latach 60.

XX wieku pojawił się na rynku sprzęt jednoczęściowy. Kolejnym wynalazkiem dla osób ze stomią były tzw. pasy krakowskie – plastikowy pierścień z gumowym uszczelnieniem, podobnym do gumy od weków. Przyczepiano worek przypominający woreczek śniadaniowy, w którym miał gromadzić się kał. Pasy również nie zdały egzaminu, konsekwencją ich stosowania były często powstające powikłania skórne [8]. W 1954 roku duńska pielęgniarka Elise Sorensen, której siostra zachorowała na raka okrężnicy i w ostateczności wyłoniono u niej kolostomię, dokonała rewolucji. Dzięki niej usunięte zostały pasy, a zastąpiono je przylepcami i w 1956 roku zaczęto produkować woreczki stomijne [9]. Przełomem w ruchu stomijnym było odkrycie hydrokolidów, które mają zarówno właściwości ochronne, jak i gojące. Hydrokoloidy były początkowo wykorzystywane w stomatologii do ciężko gojących się ran. W 1978 roku pojawia się na rynku sprzęt dwuczęściowy, lata 80. i 90. to rozwój i produkcja sprzętu wytworzonego z materiału hydrokolidowego [9]. Powrót chorego po zabiegu wyłonienia kolostomii do życia, jakie wiódł przed operacją, jest możliwe dzięki całościowej rehabilitacji wszystkich sfer życia: fizycznej, społecznej, a przede wszystkim psychicznej. Ogromną rolę odgrywa tutaj wsparcie społeczne [15].

Cel pracy

Celem pracy jest analiza postaw pacjentów z przetoką jelita grubego i ich deklarowanych zachowań w zakresie pielęgnacji kolostomii.

Materiał i metody

Materiał badań stanowi 105 osób z wyłonioną kolostomią. Terenem badań jest jeden ze szpitali województwa pomorskiego. Wśród badanych są także osoby należące do Pomorskiego Stowarzyszenia Stomijnego. Dane uzyskiwano od grudnia 2008 do kwietnia 2009 roku. W badaniach wykorzystano anonimową ankietę, rozdawaną podczas pobytu w szpitalu, wizyty w poradni chirurgicznej. Kwestionariusz został opracowany w oparciu o dostępną literaturę [16–18]. Każdy respondent wyraził zgodę na przeprowadzenie badania oraz uzyskał niezbędną ilość czasu na wypełnienie ankiety. W większości badania zostały przeprowadzone w obecności ankietera. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, analizę piśmiennictwa i metody statystyczne. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoft, Inc. STATISTICA ver. 8.0 oraz arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. W opisie statystycznym posłużono się klasycznymi miarami położenia, jak średnia arytmetyczna, mediana i modalna, miarami zmienności, jak rozstęp i odchylenie standardowe. Normalność rozkładu zmiennych i równość wariancji porównywanych cech w grupach badano odpowiednio testem W Shapiro-Wilka i testem równości wariancji. W celu oceny istotnych statystycznie zależności wśród danych nieparametrycznych ja-

kościowych zastosowano testy Chi-kwadrat (w zależności od liczebności próbek oraz liczebności oczekiwanych zastosowano oryginalną metodę Persona, test z poprawką Yatesa lub dokładny test Fishera). Przy porównaniu dwóch grup dla danych ilościowych posłużono się testem U Manna-Whitneya ze względu na uprzednie nie stwierdzenie cech normalności rozkładu porównywanych zmiennych. Przy porównaniu większej ilości różnych grup posłużono się metodą nieparametrycznego odpowiednika analizy wariancji – testem Kruskala-Wallisa w celu stwierdzenia ogólnej zmienności między porównywanymi grupami z następowymi testami wielokrotnych porównań w celu określenia par grup różniących się istotnie statystycznie. We wszystkich testach statystycznych za poziom statystycznej istotności różnic przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki badań i ich omówienie

Dane dotyczące płci, wieku, wykształcenia, charakteru pracy, sytuacji rodzinnej i ekonomicznej, miejsca zamieszkania, przyczyny wyłonienia stomii, czas jej posiadania oraz rodzaj zgromadzono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (N = 105)

Zmienna niezależna	Odpowiedzi	N	%
Płeć	M	34	32,4
	K	71	67,6
Wiek	20–30	0	0,0
	31–40	1	1,0
	41–50	7	6,7
	51–60	22	21,0
	61–70	32	30,5
	Powyżej 70	43	41,0
Wykształcenie	Podstawowe	22	21,0
	Zawodowe	36	34,3
	Średnie	34	32,4
	Wyższe	13	12,4
Charakter pracy	Pracownik fizyczny	8	7,6
	Pracownik umysłowy	21	20,0
	Nie pracuje – renta/emerytura	76	72,4
Miejsce zamieszkania	Miasto	81	77,9
	Wieś	23	22,1
Sytuacja rodzinna	Mieszkam sam	13	12,4
	Mieszkam z rodziną	81	77,1
	Sam, ale rodzina mi pomaga	11	10,5

Zmienna niezależna	Odpowiedzi	N	%
Sytuacja ekonomiczna	Bardzo dobra	1	1,0
	Dobra	24	22,9
	Zadowolająca	57	54,3
	Niezadowolająca	23	21,9
Przyczyna wyłonienia Stomil	Nowotwór jelita grubego	72	68,6
	Niedrożność mechaniczna jelita	17	16,2
	Uraz jelita	9	8,6
	Po napromienianiu	1	1,0
	Polip przy zwieraczu	1	1,0
	Nie zostałem poinformowany	5	4,8
Czas posiadanej Stomil	Poniżej 5 lat	63	59,0
	Od 5–10 lat	35	33,3
	Od 10–15 lat	7	6,7
	Powyżej 15 lat	1	1,0
Rodzaj Stomil	Stała	98	93,3
	Czasowa	7	6,7

Ankietowani zostali poproszeni o wyrażenie opinii na temat występowania u nich problemów pielęgnacyjnych. Wyniki zestawiono w tabeli 2.

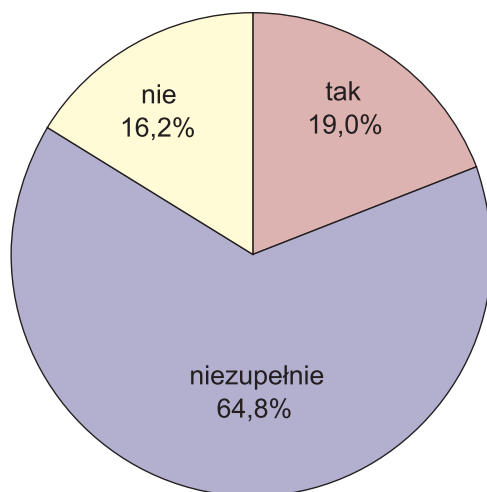
Tabela 2. Występowanie problemów pielęgnacyjnych (N = 105)

Problem pielęgnacyjny	N		%	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Biegunki	24	81	22,9	77,1
Zaparcia	19	86	18,1	81,9
Głośnie odchodzenie gazów	60	45	57,1	42,9
Podrażnienia skóry	37	68	35,2	64,8
Trudność w doborze sprzętu	51	54	48,6	51,4
Obsługa i wymiana worków	22	83	21,0	79,0
Nieszczelność worków	10	95	9,5	90,5
Trudność z wykonaniem irygacji	2	103	1,9	98,1
Trudność w doborze sprzętu	10	95	9,5	90,5
Inne	0	105	0,0	100,0

Z danych wynika, że 60 respondentów (57,1%) ma problem z głośnym odchodzeniem gazów, 68 osób (64,8%) nie miała problemu z podrażnioną skórą, a 37 osób (35,2%) spotkały się tą dolegliwością. Na pytanie, czy mają trudność z doбором sprzętu respondenci odpowiadali porównywalnie – 54 osoby (51,4%)

nie ma problemu z dobraniem sprzętu, a pozostałe 51 osób (48,6%) uważa, że jest to dla nich kłopot. W kolejnym pytaniu zapytano o to, jak sobie radzą z wyżej wymienionymi problemami – wykres 1.

Wykres 1. Radzenie sobie z problemami pielęgnacyjnymi



Z danych zamieszczonych na wykresie wynika, że 68 ankietowanych (64,8%) niezupełnie sobie radzi, a 17 badanych (16,2%) uważa, że nie radzi sobie z problemami pielęgnacyjnymi. W ankiecie zapytano także, jakiej pomocy oczekują najbardziej. Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Oczekiwane potrzeby w związku ze stomią (N = 105)

Potrzeba	N		%	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Pomoc materialna	19	86	18,1	81,9
Wsparcie psychiczne	58	47	55,2	44,8
Kontakty towarzyskie	14	91	13,3	86,7
Akceptacja społeczna	13	92	12,4	87,6
Fachowa porada medyczna	77	28	73,3	26,7

Wsparcia psychicznego potrzebuje 58 osób (55,2%), 77 osób (73,3%) potrzebuje jedynie fachowej porady medycznej, 13 osób (12,4%) potrzebuje akceptacji społecznej.

Z analizy odpowiedzi wynika, że 85 ankietowanych (81%) nie ukrywa faktu posiadania kolostomii, 20 osób (19%) ukrywa to przed znajomymi, natomiast żadna z badanych nie ukrywa tego faktu przed swoją rodziną.

Jakie emocje odczuwają osoby ze stomią wyjaśni nam analiza danych przedstawionych poniżej w tabeli 4.

Tabela 4. Odczuwane emocje związane ze stomią (N = 105)

Emocje	N		%	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Lęk przed zabrudzeniem	66	39	62,9	37,1
Lęk z powodu utraty kontroli nad oddawaniem stolca i gazów	72	33	68,6	31,4
Wstyd	15	90	14,3	85,7
Niepokój o przyszłość	14	91	13,3	86,7
Złość, depresja	5	100	4,8	95,2
Żal	6	99	5,7	94,3
Brak chęci do życia	8	97	7,6	92,4
Pogodzenie z losem	28	77	26,7	73,3
Obojętność	4	101	3,8	96,2
Chęć polepszenia jakości życia	11	94	10,5	89,5
Radość, że mogę żyć dzięki stomii	17	88	16,2	83,8
Samotność	11	94	10,5	89,5
Bezradność	7	98	6,7	93,3

Znaczna część ankietowanych – 66 osób (62,9%) odczuwała lęk przed zabrudzeniem, 11 osób (10,5%) chce polepszyć swoje życie, ale też czuje się samotnie.

Kolostomię w pełni ją akceptuje 70 osób (66,7%), 30 osób (28,6%) deklaruje niepełną akceptację, a tylko 5 osób (4,8%) całkowicie nie akceptuje u siebie przetoki. Dane dotyczące stosunku respondentów do aktualnego życia zawiera tabela 5.

W badanej grupie 75 osób (71,4%) nie czuje się spokojnie, ale też nie jest im żal swojego dawnego życia, a 30 osób (28,6%) zdecydowanie odpowiedziała: jestem spokojny i jest im żal dawnego życia, 62 osoby (59%) pogodziły się ze swoim stanem. Na co stomia miała największy wpływ wskażą nam wyniki badań przedstawione w tabeli 6.

Wśród respondentów u 63 osób (60%) po wyłonieniu stomii zmienił się styl życia, 54 osoby (51,4%) odpowiedziały, że po zabiegu zmieniły się ich plany życiowe. Odpowiedzi respondentów na deklarowany wpływ stomii na życie społeczne, kontakty towarzyskie przedstawi tabela 7.

Tabela 5. Stosunek ankietowanych do aktualnego życia (N = 105)

Stosunek do aktualnego życia	N		%	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Jestem spokojny	30	75	28,6	71,4
Pogodzenie się z swoim stanem	62	43	59,0	41,0
Czuję się bezradny	5	100	4,8	95,3
Jest mi wszystko obojętne	13	92	12,4	87,6
Żał mi mojego dawnego życia	30	75	28,6	41,4
Czuję się pokrzywdzony przez los	25	80	76,2	23,8
Czuję się samotny	4	101	3,8	96,2
Odczuwam lęk przed życiem ze stomią	6	99	5,7	96,2
Inne	0	105	0,0	100,0

Tabela 6. Wpływ stomii na życie (N = 105)

Wpływ stomii na:	N		%	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Plany życiowe	54	51	51,4	48,6
Marzenia	12	93	11,4	88,6
Zmianę hierarchii wartości	13	92	12,4	87,6
Stosunek do życia	42	63	40,0	60,0
Życie towarzyskie	22	83	21,0	79,0
Życie intymne	12	93	11,4	88,6
Zawód, aktywność zawodowa	9	96	8,6	91,4
Sposób ubierania	14	91	13,3	86,7
Styl życia	63	42	60,0	40,0

Tabela 7. Wpływ stomii na życie społeczne, kontakty towarzyskie (N = 105)

Stomia a życie społeczne – kontakty towarzyskie	N		%	
	Tak	Nie	Tak	Nie
Nic się nie zmieniło	20	85	19,0	81,0
Ograniczam kontakty do rodziny, przyjaciół	70	35	66,7	33,3
Udzielam się społecznie	14	91	13,3	86,7
Znajomi, bliscy ograniczają kontakty ze mną	1	104	1,0	99,0
Znajomi, bliscy częściej nawiązują ze mną kontakty	10	95	9,5	90,5

W badanej grupie 70 osób (66,7%) uważa, że ich sytuacja zdrowotna spowodowała, że ograniczają kontakty tylko do rodziny i najbliższych przyjaciół. Dla 14 osób (13,3%) stomia spowodowała, że zaczęli udzielać się społecznie. Potrzeba akceptacji społecznej zależy od wieku badanych osób ($p = 0,01364$; $df = 4$), im starsza osoba tym bardziej nie potrzebuje akceptacji społecznej. Mimo to istnieje statystycznie istotna zależność między wiekiem respondentów a zmianą stylu życia po wyłonieniu stomii ($p = 0,01900$; $df = 4$), jak również istnieje istotnie statystyczna zależność między wiekiem a deklarowanym brakiem zmiany sposobu ubierania się po wyłonieniu stomii ($p = 0,03381$; $df = 4$). Wiek respondentów wpływa na ich zmianę aktywności zawodowej po wyłonieniu stomii ($p = 0,0009$; $df = 4$). Analiza statystyczna wykazała, że wiek ma wpływ na to, czy respondenci czują się bezradni ($p = 0,02396$; $df = 4$), czy pogodzili się ze swoją sytuacją ($p = 0,02330$; $df = 4$) oraz czy odczuwają spójkó (p = 0,00112; df = 8).

Zbadano również, czy wiek ma wpływ na występowanie lęku, zubożenia, złości, wstydu. Analiza statystyczna wykazała, że nie istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem a wyżej wymienionymi zmiennymi ($p = 0,6442$, $df = 4$, $p = 0,5313$, $df = 4$, $p = 0,8047$, $df = 4$). Wiek także nie ma wpływu na zmianę planów życiowych oraz poczucie samotności ($p = 0,10224$, $df = 4$, $p = 0,9068$, $df = 4$).

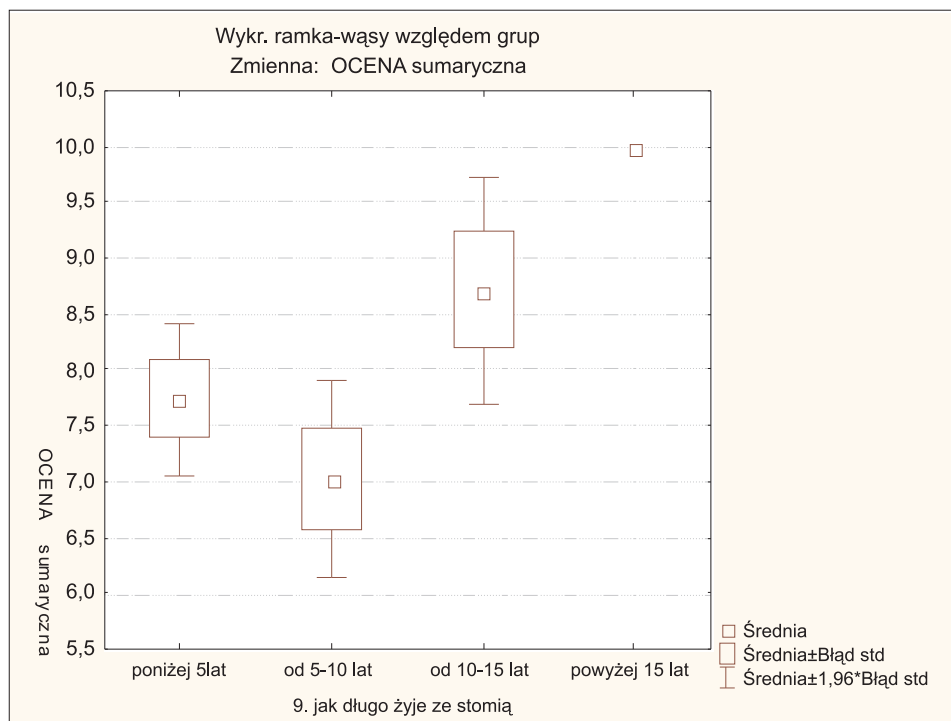
Istnieje statystycznie istotna zależność między płcią badanych osób a deklarowanym zadowoleniem z uzyskanych wyjaśnień wszelkich wątpliwości związanych z wyłonieniem stomii ($p = 0,04787$; $df = 1$). Płeć wpływa na umiejętność właściwego doboru sprzętu stomijnego ($p = 0,02139$; $df = 1$), 40 mężczyzn (56,3%) oraz 11 kobiet (32,4%) ma problem z właściwym doбором sprzętu stomijnego. Zbadano również, czy płeć ma wpływ na znajomość zasad prawidłowej pielęgnacji stomii, analiza statystyczna wykazała, że nie istnieje istotna statystycznie zależność między płcią respondentów a znajomością zasad prawidłowej pielęgnacji ($p = 0,7491$). Również płeć badanych osób nie ma wpływu na brak chęci do życia ($p = 0,5821$, $df = 1$) oraz na plany życiowe ($p = 0,6123$). W pracy starano się określić czy czas posiadania stomii wpływa na ogólny poziom wiedzy respondentów – wykres 2.

Analiza statystyczna wykazała, że nie istnieje istotna statystycznie różnica między czasem posiadania stomii a poziomem wiedzy respondentów Test Kruskala-Wallisa: $H(3, N = 105) = 4,535176$ $p = 0,2092$.

Dyskusja

Dla osoby, która dowiaduje się, że wystąpiła u niej konieczność przeprowadzenia zabiegu wytworzenia przetoki, a jej życie już zawsze będzie uzależnione od sprzętu stomijnego, jest to sytuacja bardzo stresująca. Odbierana jest ona często jak kalectwo, które uniemożliwia im normalne funkcjonowanie w życiu

Wykres 2. Czas posiadania stomii a ogólny poziom wiedzy



codziennym. W takiej sytuacji chorym towarzyszą różnego rodzaju emocji i postawy. Dostępna literatura podaje, że problemy emocjonalne i socjalne dotyczą nawet 30% osób ze stomią [17].

Z badań własnych wynika, że głównymi emocjami, jakie odczuwają osoby ze stomią jest lęk. Aż 68,6% ankietowanych odczuwa lęk z powodu utraty kontroli nad oddawaniem stolca i gazów, a u 62,9% dodatkowo występuje lęk przed zabrudzeniem. Występowanie lęku u tych chorych potwierdzają liczne doniesienia naukowe. W badaniach Wiraszki i Wrońskiej, przeprowadzonych na grupie 50 osób z wyłonioną definitywną kolostomią, u około połowy ankietowanych występował podwyższony (graniczny i właściwy dla choroby) poziom lęku i depresji [19]. Występowanie lęku u dużej części respondentów (32%) potwierdzili również w badaniach przeprowadzonych w 2004 roku na grupie 50 osób z wytworzoną ileo- i kolostomią Wojewoda, Juzwiszyn, Durnej i wsp. Był to lęk ukierunkowany na brak akceptacji ze strony partnera [18]. Natomiast w badaniach Biercewicz oceniających między innymi emocjonalne reakcje pacjentów na fakt posiadania stomii lęk towarzyszył 21,3% ankietowanych. Autorka poddała badaniu również stosunek chorych ze stomią do aktualnego życia. W przypadku 43,5% respondenci ocenili, że są spokojni, pogodzeni ze swoim stanem [16]. Po-

dobne wyniki uzyskano w badaniach własnych, gdzie 59% chorych deklaroowało, że pogodziło się ze swoim losem.

Postawy, jakie prezentują chorzy, stosunek, jaki mają do stomii bezpośrednio wpływa na ich życie zarówno w wymiarze globalnym, jak i społecznym, rodzinnym czy intymnym. U ponad połowy ankietowanych zmianie uległy plany życiowe, a 60% badanych zmieniło swój styl życia. Również w badaniach Wojewody i wsp. 70% chorych nie posiadała żadnych planów na najbliższą przyszłość, a według Biercewicz ponad 60% osób zmieniła plany życiowe [16]. W zakresie życia społecznego w obu grupach (badania własne i badania przeprowadzone przez Biercewicz) większość chorych ograniczyła kontakty towarzyskie [16]. Zmianie ulega również aktywność zawodowa chorych – zdecydowana większość z nich od momentu posiadania stomii zaprzestała pracować [16].

Pomimo, iż według autorki u prawie 70% respondentów stomia nie zmieniła znacząco życia rodzinnego, a u co czwartego rodzina oraz bliscy stali się bardziej serdeczni [16], dużym wyzwaniem dla chorych są ich relacje z małżonkami, partnerami życiowymi. Podłożem problemów między partnerami są relacje intymne. Znaczna część osób po zabiegu ogranicza kontakty seksualne [16–18], głównie z powodu posiadania stomii [18]. Jak donoszą badania Trzecińskiego i wsp. u osób, które po zabiegu powróciły do aktywności seksualnej, ważnym czynnikiem była samoakceptacja, ale przede wszystkim wpływ na ich życie intymne miało ciepło, serdeczność i zrozumienie ze strony partnera [17].

Rola wsparcia ze strony rodziny jest szeroko opisywana w literaturze i potwierdzona licznymi badaniami. Ponczek, Nowicki, Zegarski i wsp. dowiedli, że wsparcie otrzymywane od współmałżonka poprawia funkcjonowanie emocjonalne chorego z wylonioną stomią [20]. Piwonka i Merino natomiast podkreślili duże znaczenie wsparcia rodzinnego dla właściwej adaptacji do życia z kolo-stomią [21]. Wyniki uzyskane przez Leyk ukazały, że poziom otrzymywanego wsparcia rodzinnego istotnie wpływa na jakość życia osób z wylonioną przetoką na jelicie grubym [22].

Coraz liczniejsze badania dowodzą, że na poprawę jakości życia chorych ze stomią istotnie wpływa również wsparcie otrzymywane od personelu pielęgniarskiego. Glińska, Hebda i Dziki [23] na podstawie przeprowadzonych badań na 103 chorych z wylonioną stomią jelitową, uzyskali wyniki potwierdzające istotny wpływ otrzymywanego wsparcia społecznego od pielęgniarek na poprawę jakości życia chorych w zakresie: stanu emocjonalnego, aktywności życia codziennego, aktywności seksualnej oraz samoakceptacji [23].

Z badań własnych wynika, że chorzy potrzebują wsparcia psychicznego, ale głównie oczekują wsparcia informacyjnego, a jest to dowód niedostatecznego poziomu wiedzy na temat własnej choroby. Właściwe przygotowanie przedoperacyjne może przyczynić się do zmiany postaw i lepszej akceptacji nowej sytuacji [17].

Wnioski

1. Wiek ma wpływ na potrzebę akceptacji społecznej oraz zmianę stylu życia po wyłonieniu stomii.
2. Płeć ma wpływ na zapotrzebowanie na wsparcie psychiczne oraz poczucie lęku z powodu wyłonionej stomii.
3. Występowanie zaprzeczenia oraz ukrywania stomii zależy od wykształcenia respondentów.
4. Czas posiadanej stomii ma wpływ na występowanie lęku przed zabrudzeniem oraz utratą kontroli nad oddawaniem gazów i stolca.

Piśmiennictwo

1. Tokarski S.: *Postawy mieszkańców wsi wobec choroby nowotworowej ze szczególnym uwzględnieniem kobiet województwa radomskiego*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska vol. XXI, 21, Lublin 1999: 287–296.
2. Babbie E.: *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, 27–39.
3. Marczyk G., DeMatteo D., Festinger D.: *Essentials of Research Design and Methodology*. John Wiley & Sons, Inc., New Jersey, 2005, 4–21.
4. Karpiński J.: *Wprowadzenie do metodologii nauk społecznych*. Wydawnictwo WSPiZ, Warszawa 2006, 156–161.
5. www.opracowania.info.
6. Popielski K.: *Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych*. Reumatologia, 2005; 43, 3: 16–165.
7. Cwajda J. i wsp.: *Edukacja jako element procesu adaptacji chorych ze stomią jelitową*. Pielęgniarstwo Polskie, 2005; 1: 109–114.
8. Zdolińska I.: *Historia stomii i pierwsze próby jej zaopatrywania*. Nasza Troska, 2006; 20: 22–25.
9. Szumska A. i wsp.: *Sposoby zaopatrzenia pacjentów ze stomią jelitową*. Valetudinaria – Postęp Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2004; (9), 2: 10–113.
10. Szewczyk M. T., Ślusarz R.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych. Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2006.
11. Snarska K., Jarocka I., Kobus G.: *Najważniejsza prawidłowa pielęgnacja*. Magazyn pielęgniarki o położnej, 2005; 6: 16.
12. Podgórska-Kowalczyk D.: *Jakość życia chorego ze stomią*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2002; 11: 20.
13. Leyk M., Książek J., Piotrkowska R., Terech S., Kruk A.: *Jakość życia osób z wyłonioną kolostomią*, Pielęg. Chir. Angiol. 2010; vol. 4, nr 3, 77–84.
14. Sprawozdanie z sesji satelitarnej firmy ConvaTec. Stomia. Standardy opieki. Nowe wartości. Gdynia 2001.
15. Podgórska-Kowalczyk D.: *Jakość życia chorego ze stomią*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2002; 11: 20.

16. Biercewicz M.: *Stomia jako trudny problem życiowy*. *Pielęgniarstwo Polskie* 2002; 1 (13): 87–94,
17. Trzciński R., Biskup-Wróblewska A., Dziki A.: *życie emocjonalne pacjentów ze stomią*. *Proktologia* 2005; 6 (4): 299–306,
18. Wojewoda B., Juzwiszyn J., Durlej S. i wsp.: *Jakość życia chorych ze stomią*. *Onkologia Polska* 2006; 9; 4: 184–188.
19. Wrońska I., Wiraszaka G.: *Jakość życia chorych z rakiem jelita grubego i wytworzonym brzuszny odbytem*. *Psychoonkologia* 2003; 7 (2): 37–42.
20. Ponczek D., Nowicki A., Zegarski W. i wsp.: *Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych*. *Współcz. Onkol.* 2006; 10: 164–170.
21. Brown H., Randle J.: *Living with a stoma: a review of the literature*. *J. Clin. Nurs.* 2005; 14: 74–81.
22. Leyk M.: *Wsparcie społeczne a jakość życia osób z wylonioną przetoką jelita grubego – praca magisterska*, AMG Gdańsk 2009.
23. Glińska J., Hebda A., Dziki A.: *Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość życia pacjentów ze stomią jelitową*. *Proktologia* 2005; 6 (3): 232–242.

Bożena Okurowska-Zawada¹, Wojciech Kułak¹, Wojciech Sobaniec²,
Dorota Sienkiewicz¹, Grażyna Paszko-Patej¹

Postępowanie rehabilitacyjne w zniekształceniach narządu ruchu towarzyszących przepuklinie oponowo-rdzeniowej – doświadczenia własne

Wprowadzenie

Przepuklina oponowo-rdzeniowa jest zaburzeniem rozwojowym zamknięcia kanału kręgowego powstałym w procesie tworzenia się u płodu struktur rdzenia kręgowego i kręgosłupa. Wada dotyczy rdzenia kręgowego, wychodzących z niego nerwów rdzeniowych i osłon: opon mózgowo-rdzeniowych, kręgow kręgosłupa, mięśni, tkanki podskórnej i skóry¹. Charakterystyczny jest szeroki rozszczepek znacznej liczby łuków kręgowych, worek przepuklinowy oponowy, bądź oponowo-naskórkowy². Przepuklina jest wadą o charakterze niestabilizowanym. Pogłębianie się zaburzeń narządu ruchu wynika ze wzrostu organizmu. Czynnikiemmi zmieniającymi stan neurologiczny są: niedokrwienie rdzenia, infekcja bądź sama operacja zamknięcia przepukliny³. Dolegliwości rozszczepeku kostnego prawie nigdy nie odpowiadają rozległości uszkodzenia neurosegmentów. Testy mięśniowe oparte na tabelach opracowanych przez Sharrarda⁴ pozwalają na bardzo precyzyjne określenie deficytu ruchowego i możliwości lokomocyjnych. Obraz kliniczny zaburzeń ruchowych oraz powstałych zniekształceń kończyn dolnych zależy od poziomu uszkodzenia neurosegmentu i od rodzaju porażenia⁵. W oparciu o test mięśniowy opracowany według Sharrarda wyodrębnia się pięć grup⁶. Uszkodzenie neurosegmentu Th12 (grupa I) powoduje na ogół całkowite wiotkie porażenie kończyn dolnych, które układają się w odwiedzeniu, rotacji zewnętrznej i zgięciu w stawach biodrowych. Kolana ustawiają się w przykurczu zgięciowym, stopy w pozycji końskiej. W grupie II porażenie wiotkie dotyczy mięśni unerwionych przez segmenty obwodowe od L1/L2, często współistnieje koślawość kolana. W uszkodzeniu neurosegmentu L3/L4 (grupa III) w obrazie klinicznym dominuje pogłębienie lordozy lędźwiowej oraz zgięciowo-przywiedzeniowe

¹ Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² 2. Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

ustawienie ud w stawach biodrowych, wtórnie dochodzi do końsko-szpotałości. Uszkodzenie neurosegmentu L5 (grupa IV) powoduje nieznaczne przykurcze zgięciowo-przywiedzeniowe stawu biodrowego. Pacjent później rozpoczyna chodzenie na ugiętych stawach biodrowych i kolanowych. Współistnieje stopa piętowa porażenna, końsko koślawa lub końsko-szpotała. Uszkodzenie rdzenia kręgowego na poziomie S1/S2 (grupa V) klinicznie przejawia się całkowite lub częściowe porażenie długich zginaczy palców i mięśni wewnętrznych stopy, co prowadzi do rozwoju stopy wydrążonej, ze szponowatym ustawieniem palców⁷. W przypadku całkowitego porażenia w odcinku piersiowym rdzenia kręgowego skoliozy porażenne przedstawiają charakterystyczne deformacje kręgosłupa, klatki piersiowej i miednicy. Obserwuje się zróżnicowane formy i postacie zniekształceń, np. kręgi klinowe, trójkątne⁸. Wygięcia w płaszczyźnie strzałkowej są zwykle większe od skrzywień bocznych. Kifoza charakteryzuje się sztywnym zgięciem kręgosłupa ku tyłowi, a wada widoczna staje się zaraz po urodzeniu. Częstość występowania powyższej deformacji określa się na ok. 13%⁹. Skolioza spowodowana jest wrodzoną asymetrią trzonów kręgowych lub jako skutek utrwalonego skośnego ustawienia miednicy. Pierwotne skrzywienie boczne występuje w odcinku lędźwiowym. Nasila się w wyniku przykurczu odwiedzeniowego lub przywiedzeniowego jednego biodra^{10,11}. Na obraz kliniczny przepukliny w istotny sposób wpływa liczba kręgów dotkniętych rozszczepem. Na tym poziomie niewykształcone są wyrostki ościste i łuki kręgów. Przy większej liczbie rozszczepionych kręgów dochodzi do skrzywienia kręgosłupa z wytworzeniem garbu kostnego powyżej rozszczepu¹².

Cel pracy

Celem pracy była analiza postępowania rehabilitacyjnego u dzieci w zniekształceniach narządu ruchu towarzyszących przepuklinie oponowo-rdzeniowej.

Materiał i metody

1. Pacjenci

Analizie poddano 86 dzieci: 44 (51%) chłopców i 42 (49%) dziewczęta z przepukliną oponowo-rdzeniową z Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej i Kliniki Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Pacjentów podzielono na grupy na podstawie klasyfikacji Sharrarda, poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego ustalono w czasie badania siły mięśni w kończynach dolnych, który był weryfikowany w badaniu neurologicznym. Wiek badanych dzieci znajdował się w przedziale 1–17 lat, średnia wieku wynosiła $7 \pm 4,4$ lat. Średni wiek dziewcząt – 6,0 lat, a chłopców – 7,0 lat.

Metodyka

Każdemu pacjentowi zakwalifikowanemu do grupy badawczej wykonano: badanie podmiotowe/wywiad i przedmiotowe. Do oceny siły mięśniowej stosowano test Lovetta¹³, który opiera się na badaniu ręcznym poszczególnych mięśni w określonych pozycjach i przy określonym ruchu. Dokonano podziału pacjentów w zależności od poziomu zachowanych neurosegmentów zgodnie z koncepcją Sharrarda na grupy: poziom piersiowy, lędźwiowy, krzyżowy.

Zastosowane metody statystyczne

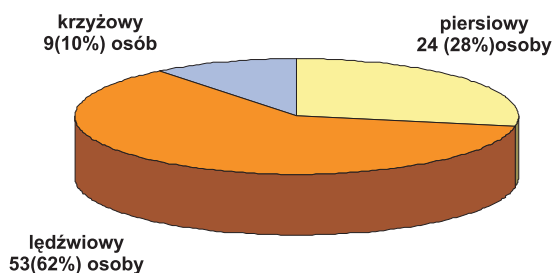
Dane opisano prezentując strukturę liczbową i procentowe wartości badanych cech nominalnych, zaś dla skal liczbowych wyliczając średnią arytmetyczną (\bar{x}), wartość minimalną i maksymalną oraz odchylenie standardowe (s), które jest miarę rozproszenia pomiarów. W analizie zastosowano test niezależności chi-kwadrat.

Wyniki

1. Obraz kliniczny przepukliny oponowo-rdzeniowej w badanej grupie pacjentów

1.1. Lokalizacja przepukliny oponowo-rdzeniowej

Rozkład grupy ze względu na lokalizację przepukliny oponowo-rdzeniowej przedstawia ryc. 1.



Rycina 1. Rozkład grupy ze względu na lokalizację przepukliny oponowo-rdzeniowej

Najliczniejszą grupę 53 (62%) osoby stanowiły dzieci z przepukliną okolicy lędźwiowej, mniej liczną grupę pacjenci z lokalizacją piersiową 24 (28%). Lokalizacją krzyżową stwierdzono u 9 (10%) osób.

1.2. Rozkład pacjentów w grupach z uwzględnieniem lokalizacji przepukliny zależnie od uszkodzonego neurosegmentu (wg Sharrarda)

Liczbę osób ze szczegółowym rozkładem lokalizacji przepukliny oponowo-rdzeniowej w zależności od uszkodzonego neurosegmentu w badanej grupie pacjentów przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozkład pacjentów w grupach z uwzględnieniem lokalizacji przepukliny zależnie od uszkodzonego neurosegmentu (wg Sharrarda)

PIERSIOWA N = 24 (28%)		ŁĘDŹWIOWA N = 53 (62%)								KRZYŻOWA N = 9 (10%)					
Grupa I Th12		Grupa II L1		L2		L3		Grupa III L4		Grupa IV L5		Grupa V S1		S2	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
24	28	5	6	7	8	8	9	22	25	11	14	8	9	1	1

Najliczniejszą grupę – 24 (28%) osoby, stanowili pacjenci z uszkodzeniem w odcinku piersiowym rdzenia (*grupa I* – Th12). Następnie 22 (25%) pacjentów z *grupy III* (L3/L4). W grupie chorych z uszkodzeniem rdzenia poniżej L5 – (*IV grupa*) znalazło się 11 (14%) osób. Mniej liczne grupy (lokalizacja lędźwiowa) stanowili pacjenci z uszkodzeniem rdzenia: L3 – 8 (9%) osób, L2 – 7 (8%), L1 do L2 – 5 (6%) pacjentów (*II grupa*). Najmniejszą liczebnie grupę osób – S1 – 8 pacjentów i S2 – jeden pacjent (*grupa V*).

1.3. Dysfunkcje narządu ruchu w stawach biodrowych w zależności od poziomu uszkodzenia neurosegmentu i metody leczenia

Liczbę osób z określonymi dysfunkcjami w stawach biodrowych badanej grupie pacjentów przedstawia tabela 2.

58 (67%) pacjentów w badanej grupie demonstrowało dysfunkcję w stawach biodrowych (przykurcz), w leczeniu której stosowano usprawnianie oraz ortezy. W grupie z uszkodzeniem rdzenia kręgowego Th12 i powyżej L4 znajdowało się 36 (82%) dzieci z przykurczem w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej w stawie biodrowym. Pacjenci z uszkodzeniem rdzenia kręgowego poniżej L4 stanowili 21 (64%) przypadków i w tej grupie występował przykurcz zgięciowo-przywiedzeniowy w stawie biodrowym. Jedynie jeden pacjent z uszkodzeniem na poziomie krzyżowym demonstrował przykurcz zgięciowy w stawie biodrowym. Wyniki analizy statystycznej potwierdzają zależność między częstością deformacji w stawach biodrowych, stosowanym usprawnianiem i orteżami a poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego ($p < 0,0002$).

Dysplazja lewego stawu biodrowego występowała u 43 (50%) badanych dzieci. Również wobec tej grupy pacjentów stosowano usprawnianie oraz ortezy. Najczęściej były to dzieci z wysokim uszkodzeniem rdzenia (Th12 i powyżej L4) z niecałkowitym wiotkim porażeniem (osłabieniem prostowników i odwodźcieli stawu biodrowego) – 28 (64%) przypadków. Dysplazja lewego stawu biodrowego rzadziej występowała u dzieci z niskim uszkodzeniem – poniżej L4/rdzenia kręgowego (13 pacjentów). Tylko u 2 dzieci z uszkodzeniem na poziomie krzyżowym obserwowano dysplazję lewego stawu biodrowego.

Tabela 2. Liczba osób z określoną dysfunkcją w stawach biodrowych i metody leczenia w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego

DYSFUNKCJA STAWÓW BIODROWYCH I METODA LECZENIA	POZIOM USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO						wartość P wynik testu niezależności chi-kwadrat	RAZEM	
	Wysoki (Piersiowy Th12 i powyżej L4)		Niski Poniżej L4		Poziom krzyżowy				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Przykurcz Usprawnianie (ortozy)	36	82	21	64	1	11	0,0002 ***	58	67%
Lewy staw biodrowy dysplastyczny Usprawnianie (ortozy)	28	64	13	39	2	22	0,0231*	43	50%
Prawy staw biodrowy dysplastyczny Usprawnianie (ortozy)	22	50	12	36	0	0	0,0180*	34	40%
Zwichnięty staw biodrowy prawy i lewy Biodra operowane	4	9	2	6	0	0	0,6003	6	7%

Wartości procentów nie sumują się do 100%, gdyż u jednej osoby nieraz występowało kilka wad

Zależność między częstością występowania deformacji lewego stawu biodrowego a poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego była istotna statystycznie ($p < 0,0231$). Dysplazję prawego stawu biodrowego miało 34 (40%) badanych dzieci, w tym 22 (50%) dzieci z uszkodzeniem wysokim oraz 12 (36%) z uszkodzeniem niskim. Związek występowania deformacji prawego stawu biodrowego z poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego był również statystycznie istotny ($p < 0,0180$).

W badanej grupie 6 dzieci miało *zwichnięty prawy i lewy staw biodrowy*. W leczeniu zastosowano zabieg operacyjny. Wśród nich znalazło się 4 dzieci z wysokim uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Pacjenci demonstrowali porażenie zespołu mięśni przywodzących kończyny dolne w stawach biodrowych (z aktywnością reflektoryczną). Dwóch pacjentów z uszkodzeniem niskim (*poniżej L4*) miało oba biodra zwichnięte (niecałkowite porażenie wiotkie) i wymagało leczenia operacyjnego. Dzieci z uszkodzeniem rdzenia w odcinku krzyżowym nie wykazywały zwichnięcia stawów biodrowych.

1.4. Dysfunkcje narządu ruchu w obrębie stawów kolanowych i stawów stóp w zależności od poziomu uszkodzenia neurosegmentu

Liczbę osób ze zniekształceniami w obrębie stawów kolanowych w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego w przebiegu przepukliny oponowo-rdzeniowej przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Liczba osób z określoną dysfunkcją w stawach kolanowych w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego

DYSFUNKCJA STAWÓW KOLANOWYCH	POZIOM USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO						wartość P wynik testu niezależności chi-kwadrat	RAZEM	
	Wysoki Piersiowy Th12 i powyżej L4		Niski Poniżej L4		Krzyżowy				
	n	%	n	%	n	%		n	%
Lewy staw kolanowy (przykurcz)	34	77	19	58	1	11	0,0007	54	63
Prawy staw kolanowy (przykurcz)	29	66	15	45	0	0	0,0011	44	51

Wartości procentów nie sumują się do 100% gdyż u jednej osoby nieraz występowało kilka wad

W badanej grupie przykurcz zgięciowy w stawach kolanowych lewych występował u 54 (63%) pacjentów. Demonstrowało go 34 (77%) pacjentów z wysokim uszkodzeniem rdzenia, u 19 (58%) z niskim (poniżej L4) poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego. Zgięciowe ustawienie w stawach kolanowych powodowało tzw. zespół „miękkich kolan”. Tylko jeden pacjent z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku krzyżowym demonstrował przykurcz tzw. „miękkich kolan”. Związek występowania przykurczu zgięciowego w stawach kolanowych lewych z poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego był statystycznie istotny – ($p < 0,0007$). Połowa dzieci (44 przypadki) demonstrowała przykurcz zgięciowy w stawach kolanowych prawych. Wśród nich najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wysokim poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego (Th12 i powyżej L4) 29 przypadków. Mniej liczną grupę stanowili chorzy z niskim poziomem (poniżej L4) 15 pacjentów. Nie było w/w grupie dzieci z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku krzyżowym. Związek występowania przykurczu zgięciowego w stawach kolanowych prawych z poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego był również statystycznie istotny ($p < 0,0011$).

1.5. Zniekształceniami w obrębie stawów stóp

Liczbę osób ze zniekształceniami w obrębie stawów stóp w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego w przebiegu przepukliny oponowo-rdzeniowej przedstawia tabela 4.

72 (84%) dzieci w badanej grupie demonstrowało zniekształcenia w obrębie lewej stopy. Wśród nich 39 (89%) dzieci z wysokim uszkodzeniem (Th12 i powyżej L4) rdzenia kręgowego miało stopę lewą końsko-szpotawą, 26 (79%) dzieci z niskim poziomem (poniżej L4) uszkodzenia miało stopę lewą piętowo-szpotawą, 7 pacjentów z uszkodzeniem w odcinku krzyżowym – stopę lewą wy-

Tabela 4. Liczba osób z określoną dysfunkcją w stawach stóp w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego

DYSFUNKCJA STAWÓW STÓP	POZIOM USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO						wartość P wynik testu niezależności chi-kwadrat	RAZEM	
	Wysoki Piersiowy Th12 i powyżej L4		Niski Poniżej L4		Krzyżowy				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
L. st. zniekształcona	39 stopa końsko- szpotawa	89	26 stopa piętowo- szpotawa	79	7 stopa wydrą- żona	78	0,4488	72	84
Pr. st. zniekształcona	38 stopa końsko- szpotawa	86	21 stopa piętowo- szpotawa	64	6 stopa wydrą- żona	67	0,0576	65	76

Wartości procentów nie sumują się do 100% gdyż u jednej osoby nieraz występowało kilka wad

drażoną. W badanej grupie 65 (76%) demonstrowało zniekształcenie stopy prawej. Przy uszkodzeniu wysokim (Th12 i powyżej L4) występowały deformacje w postaci stopy końsko-szpotawej – 38 (86%) przypadków. Dynamiczną przyczyną zniekształcenia była przewaga mięśni piszczelowych nad strzałkowymi, przy równoczesnym skróceniu ścięgna piętowego Achillesa. Przy uszkodzeniu niskim (poniżej L4) – 21 (64%) osób demonstrowało zniekształcenia w postaci stopy piętowo-szpotawej na skutek zaburzenia bilansu mięśniowego dystalnie od L5/S1 i od L4/L5 (zachowany mięsień piszczelowy przy porażeniu mięśnia trójgłowego łydki i mięśni strzałkowych). Przy krzyżowym poziomie uszkodzenia rdzenia kręgowego – 6 osób wykazywało zniekształcenia w postaci stopy wydrążonej (niedowład mięśni wewnętrznych stopy).

Zależność między występowaniem *deformacji lewej stopy*, a poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego nie była statystycznie istotna ($p > 0,4488$). Na granicy istotności statystycznej stwierdzono związek między częstością występowania *deformacji prawej stopy* a poziomem uszkodzenia ($p < 0,0576$).

1.6. Zabiegi korekcyjne stóp w analizowanej grupie pacjentów z przepukliną oponowo-rdzeniową

Operacja stóp była wykonana u 38 (44%) osób. Średni wiek, w którym przeprowadzano operację wynosił $4,9 \pm 2,9$ lat. Korekcję operacyjną wykonano u 52% pacjentów z uszkodzeniem niskim rdzenia (poniżej L4) oraz u 41% z uszkodzeniem wysokim (Th12 i powyżej L4). Różnice między tymi grupami nie były statystycznie istotne (wynik testu niezależności chi-kwadrat: $p = 0,5117$). Tylko 3 dzieci z uszkodzeniem rdzenia kręgowego na poziomie krzyżowym miało wykonaną korekcję operacyjną stóp.

1.7. Obraz kliniczny zniekształceń w obrębie kręgosłupa w zależności od poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego oraz postępowanie lecznicze

Tabela 5 przedstawia liczbę pacjentów z wadami w układzie kostnym w zależności od lokalizacji przepukliny oponowo-rdzeniowej.

Tabela 5. Zniekształcenia w obrębie kręgosłupa, a lokalizacja przepukliny oponowo-rdzeniowej

Lokalizacja przepukliny	wynikiem testu niezależności chi-kwadrat Wady kostne $p < 0,0001^{***}$							
	Kifoza wrodzona		Skolioza wrodzona		Inne (wady kostne kręgow, żeber)		RAZEM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Piersiowa	3	13	17	71	4	17	24	100
Lędźwiowa	34	64	14	26	5	9	53	100
Krzyżowa	8	89	0	0	1	11	9	100
Razem	45		31		10		86	100

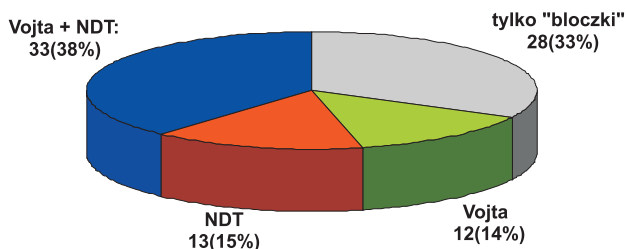
Zniekształcenia kręgosłupa w postaci *kifozy wrodzonej*: z lokalizacją lędźwiową przepukliny oponowo-rdzeniowej – u 34 (64%), z krzyżową u 8, z piersiową u 3 pacjentów. Zniekształcenia kręgosłupa o charakterze *skoliozy wrodzonej* występowały wśród 17 (71%) osób, w przypadku lokalizacji piersiowej przepukliny oponowo-rdzeniowej, 14 (26%) przy lędźwiowej. Nie obserwowano tego typu deformacji u pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku krzyżowym. Inne wady układu kostnego, np. *zniekształcenia kręgow i wady żeber* występowały u 4 dzieci z lokalizacją piersiową, u 5 pacjentów z lędźwiową i w jednym przypadku z krzyżową lokalizacją przepukliny oponowo-rdzeniowej. Zależność występowania wad w układzie kostnym w badanej grupie była *wysoce statystycznie istotna* ($p < 0,0001$).

1.8. Metody leczenia skoliozy a lokalizacja przepukliny oponowo-rdzeniowej

W badanej grupie 24 osoby wymagały leczenia gorsetem. Wśród pacjentów z lokalizacją piersiową leczenie gorsetem z powodu skoliozy wrodzonej zastosowano u 11 (48%) pacjentów, z lędźwiową u 13 (25%) dzieci. Wykazano istotną zależność pomiędzy lokalizacją lędźwiową przepukliny oponowo-rdzeniowej a leczeniem za pomocą gorsetu ortopedycznego. Postępowania operacyjnego wymagało dwóch pacjentów z piersiową i jeden pacjent z lędźwiową lokalizacją przepukliny oponowo-rdzeniowej. Wykazano istotną zależność – wynikiem testu niezależności chi-kwadrat – ($p < 0,0161$) pomiędzy lokalizacją przepukliny a leczeniem za pomocą gorsetu ortopedycznego.

2. Metody usprawniania stosowane w programie leczenia dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w badanej grupie

Liczebność grup przedstawia ryc. 2.



Rycina 2. Metody usprawniania stosowane w rehabilitacji dzieci w badanej grupie

W badanej grupie 12 (14%) dzieci usprawnianych było wyłącznie za pomocą metody Vojty, 13 (15%) tylko metodą NDT, 33 (38%) pacjentów z zastosowaniem obu metod (Vojta i NDT); w grupie 28 (33%) dzieci w leczeniu stosowano tylko ćwiczenia bloczkowe.

3. Wyodrębnione grupy metod usprawniania a obraz kliniczny deformacji w stawach kończyn dolnych

W tabeli 6 przedstawiono wyodrębnione grupy metod rehabilitacyjnych stosowanych u osób z poszczególnymi zniekształczeniami w stawach kończyn dolnych.

Tabela 6. Wyodrębnione grupy metod usprawniania (tylko bloczki, Vojta, NDT, Vojta+NDT), a obraz kliniczny zniekształceń w stawach kończyn dolnych

OBRAZ KLINICZNY STAWÓW KOŃCZYN DOLNYCH	WYODRĘBNIONE GRUPY METOD USPRAWNIANIA								P wynik testu niezależności chi-kwadrat
	Tylko bloczki		Vojta		NDT		Vojta + NDT		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Zwichnięty staw biodrowy prawy i lewy biodra operowane	2	33	1	17	1	17	2	33	0,9932
B. p. i l. przykurcz (ortozy)	16	28	7	12	7	12	28	48	0,0588
Lew. st. biodr. dysplastyczny (ortozy)	15	35	4	9	5	12	19	44	0,4032
Lew. st. kol. przykurcz	17	31	5	9	9	17	23	43	0,3550
Lew. stop. zniekształcona	21	29	10	14	12	17	29	40	0,4427
Pr. st. biod. dysplastyczny (ortozy)	13	38	2	6	5	15	14	41	0,3472
Pr. st. kol. przykurcz	18	41	4	9	6	14	16	36	0,2980
P. stopa zniekształcona	23	35	9	14	12	8	21	32	0,1593
RAZEM	28	33	12	14	13	15	33	38	-

W grupie 28 osób leczonych „tylko za pomocą bloczków” – 2 pacjentów miało zwichnięte oba stawy biodrowe i wymagało leczenia operacyjnego, 16 demonstrowało zniekształcenia w postaci przykurczu w stawach biodrowych leczonego z zastosowaniem ortez. Zniekształcenia w obrębie pojedynczych stawów najczęściej dotyczyły stawów stóp 21–23 pacjentów. Wśród 12 (14%) chorych usprawnianych tylko metodą Wojty najczęściej występowały zniekształcenia stóp – 10 pacjentów. Podobnie przedstawiała się grupa pacjentów – 13 (15%) leczonych tylko metodą NDT-Bobathów, 12 miało zniekształcenia stóp. Blisko 33 (38%) pacjentów leczonych metodami (Wojta+NDT) również najczęściej wykazywali deformacje stóp 21–29 osób. Nie wykazano istotnych zależności, chociaż dostrzega się różnice procentowe w liczebności poszczególnych grup. Wybór metod leczniczego usprawniania kształtował całościowy obraz kliniczny, a nie wybrane zniekształcenia w obrębie stawów. Uwarunkowanie opóźnionego rozwoju ruchowego jest w znacznej mierze spowodowane dysfunkcją w stawach kończyn dolnych, która wpływała na dobór metod rehabilitacyjnych.

Dyskusja

Zagadnienia leczenia przepukliny oponowo-rdzeniowej, a zwłaszcza rehabilitacji dzieci urodzonych z tą wadą, należą do grupy najbardziej trudnych i kompleksowych problemów. Analizie poddano 86 dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową. Procentowy rozkład lokalizacji przepukliny oponowo-rdzeniowej w analizowanej grupie przedstawiał się w sposób następujący: 62% z lokalizacją lędźwiową, 28% z piersiową, a z krzyżową 10% osób. Rozkład procentowy lokalizacji przepukliny oponowo-rdzeniowej w grupie jest zbliżony do obserwacji innych autorów¹⁴. Dzieci z tą wadą stanowią trudny problem terapeutyczny, w zależności od typu i wieku pacjenta, z powodu trzech podstawowych dysfunkcji narządów ruchu: przykurczów i niestabilności stawów, a także upośledzenia rozwoju i rośnięcia kończyn¹⁵. W badaniach własnych obserwowano czynnościowe, a następnie strukturalne przykurcze bioder, symetryczne lub asymetryczne. Zwichnięcie zwykle jednego stawu biodrowego występowało wskutek porażen mięśni odwodzących przy czynnych mięśniach przywodzących. Podobnie przykurcze zgięciowe kolan pojawiały się w różnym nasileniu i przebiegały z różną ewolucją utrwalania wady. Moen TC i wsp.¹⁶ podkreśla, że przykurcze zgięciowe stawu kolanowego prowadzące do chodu o typie „kucania” jest często obserwowane u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową. Stopniowe narastanie deformacji zwiększa zgięcie kolan kosztem pochłaniania energii podczas chodu, co przeszkadza w skutecznej lokomocji. Aby temu zapobiec istnieje konieczność chirurgicznego uwolnienia przykurczu zgięcia kolana nie przekraczającego 15° do 20°.

Rozwój przykurczów stawów kolanowych związany był ze stopniem niedowładu mięśnia czworogłowego uda przy czynnych mięśniach zginających ko-

lano. Objawy ubytków neurologicznych zależały od poziomu uszkodzenia kręgosłupa i rdzenia kręgowego. Pamiętać należy, że poziom porażenia wyznacza ostatni, jeszcze w pełni sprawny segment rdzenia kręgowego¹⁷. W analizowanej grupie w przypadku „uszkodzenia wysokiego” rdzenia kręgowego stawy biodrowe wymagały leczenia ortezą typu poduszki Frejki lub rozwórką Koszli w 82%, zaś w „niskim” w 64%. Zmiany o charakterze dysplazji stawów biodrowych w uszkodzeniu wysokim mieściły się w granicach 64–50% dzieci. Przykurcz zgięciowym w stawach kolanowych dominował w „wysokiej” lokalizacji przepukliny oponowo-rdzeniowej w zakresie 66–77%, a w niskiej w 45–58%. Wyniki te znalazły potwierdzenie również w opracowaniach Karskiego¹⁸, a także Mazura¹⁹ i wsp., którzy podkreślali konieczność wczesnego rozpoznania poziomu uszkodzenia, zakresu niedowładów i przewidywania zagrożenia przykurczami i deformacjami. Autorzy zaznaczali, że niezbędna jest dokładna ocena neuropediatryczna od okresu noworodkowego i niemowlęcego w celu ochrony bioder przed zwichnięciem, niedopuszczenie do powstania przykurczów. Istotne jest także poprawienie zniekształceń, aby uzyskać jak najlepszą ostateczną lokomocję.

Wyniki własne oraz innych autorów²⁰ świadczą o tym, że istotny problem kliniczny stanowią deformacje stóp. Niezależnie od lokalizacji przepukliny, stanowiły wysoki procent od 64–89% zniekształceń. Należy podkreślić, idąc za obserwacjami Bartoka²¹ i wsp., że deformacje w stawach kończyn dolnych i zaburzenia funkcji chodu uzależnione są od spastyczności i nierównowagi zespołów mięśniowych stawów skokowych, kolanowych i biodrowych. Pacjenci z wysokim piersiowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego powyżej L4 stanowili 82% grupy i demonstrowali przykurcz w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej w stawach biodrowych, zaś z niskim – poniżej L4 stanowili 64% i wykazywali przykurcz zgięciowo-przywiedzeniowy w/w stawów. Wśród analizowanych pacjentów z uszkodzeniem funkcji motorycznych rdzenia na poziomie L2–L3 i L3–L4 obserwowano wzmożone napięcie mięśni zginaczy stawu biodrowego, jako skutek silnego mięśnia biodrowo-lędźwiowego i braku przeciwstawnej mu siły ze strony słabych i nieobecnych mięśni prostowników. Najbardziej krytycznym poziomem był L3–L4 uszkodzenia rdzenia kręgowego. Sześcioro dzieci ze zwichniętymi obustronnie stawami biodrowymi bezpośrednio po urodzeniu wymagało bardzo starannej obserwacji rozwoju, a leczenie zachowawcze zakończyło się niepowodzeniem i wymagały one leczenia operacyjnego.

Menelaus²², podkreślał w swoich doniesieniach, że wczesne leczenie operacyjne niestabilności stawów biodrowych jest uzasadnione w tych przypadkach, kiedy bilans mięśniowy kwalifikuje pacjenta do grupy chodzących w przyszłości.

Lorente²³ i wsp. dokonali retrospektywnej oceny pacjentów po operacji metodą Sharrarda, z uszkodzeniem rdzenia kręgowego na poziomie L3. Wykazali, że ponad 90% leczonych miało stabilne biodra w wieku przedszkolnym, a ponad 80% w okresie dojrzewania. Funkcję chodzenia w wieku przedszkolnym

osiągnęło 86% badanych, a ponad 75% dzieci w okresie dojrzewania. Niepowodzenia w osiągnięciu lokomocji dotyczyły osób z obecnością skoliozy, spastycznością i otyłością. Istotna jest także prawidłowa kwalifikacja do korekcji operacyjnej. Ze względu na dynamikę zmian w trakcie rozwoju należy wcześniej wykonywać zabiegi mające zapobiegać wtórnym zniekształceniom i poprawiające warunki stabilizacji stawów. W analizowanej grupie naszych pacjentów zabiegi operacyjne na stawach biodrowych wykonano u 9% dzieci z wysokim uszkodzeniem rdzenia kręgowego i u 6% z niskim.

Najczęstszym obserwowanym zniekształceniem stóp w naszym materiale była stopa końsko-szpotała u dzieci z wysokim uszkodzeniem rdzenia kręgowego i stanowiła ponad 80%, stopa piętowo-szpotała i wydrążona ponad 70%. Operacje korekcyjne stóp wykonano u około połowy badanych, a średni wiek, w którym przeprowadzono operację wynosił 4,9 lat. Frawley²⁴ i wsp. na podstawie własnych spostrzeżeń uważają, że spastyczne zniekształcenia stóp rzadziej wymagały korekty operacyjnej. Pacjenci z uszkodzeniem rdzenia kręgowego na poziomie L4 posiadali stopy w ustawieniu piętowo-szpotałym. Dużą rolę w powstawaniu tej deformacji odgrywał brak równowagi mięśniowej (niedowład mięśnia trójgłowego i mięśni strzałkowych). Dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową na poziomie L5 ustawiały stopy w pozycji piętowej (porażenie lub niedowład mięśnia trójgłowego). Jednocześnie podkreślili, że zaburzenia bilansu mięśniowego nie są jedynym czynnikiem wpływającym na tworzenie zniekształceń w kończynie dolnej w przepuklinie oponowo-rdzeniowej. W analizowanej grupie 41% osób z lokalizacją wysoką przepukliny oponowo-rdzeniowej zakwalifikowano do leczenia operacyjnego, z niską 52%, z lokalizacją krzyżową 33%.

Wady z grupy dysrafii współistnieją często z wadami rdzenia i mogą być przyczyną powikłań ze strony kręgosłupa. W analizowanej grupie dzieci skolioza wrodzona w 71% towarzyszyła lokalizacji przepukliny piersiowej, a w 26% lokalizacji w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Leczeniu operacyjnemu poddało się 8% pacjentów z piersiowym poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego, a tylko 2% z uszkodzeniem lędźwiowo-krzyżowym. Wielkość deformacji kręgosłupa i związane z nią trudności rehabilitacyjne były proporcjonalne do poziomu uszkodzenia neurologicznego. Najczęściej zniekształcenia występowały w przypadkach z uszkodzeniem rdzenia w odcinku piersiowym, nieco mniej w lędźwiowym. Wymagały one także leczenia z zastosowaniem gorsetu w 48% przy lokalizacji piersiowej i 25% lędźwiowej. Podobne obserwacje poczynili Wild²⁵ i wsp., którzy prowadząc badania na grupie pacjentów z przepukliną oponowo-rdzeniową wykazali korzystne efekty leczenia, w postaci korekcji kąta skrzywienia i ustawienia symetrycznego tułowia. Analiza przeprowadzona przez Diasa²⁶ wykazała, że skolioza występująca u pacjentów z lokalizacją piersiową i górną lędźwiową przepukliny często współistnieje z wadą rozwojową i osiąga wartości kątowe skrzywienia powyżej 45 stopni. Ko AL²⁷ w swoich badaniach podaje, że średni kąt kifozy przed zabiegiem wynosił 122,3 (zakres 48 stopni – 180 stopni), a śred-

nia pooperacyjna kąta 38,2 (zakres od 4° – 113 stopni), ze średnią 81,9 stopni. Uzyskano korektę (zakres 29 stopni – 124). Średnią korekcję skoliozy uzyskano 59,5 stopni (zakres 35 stopni – 92 stopni). Jest wiele metod właściwego zespolenia kręgosłupa. Typ użytego instrumentarium, rejon i zasięg zespolenia również mają wpływ na ostateczne wartości skrzywienia^{28,29}.

Uwarunkowanie opóźnionego rozwoju ruchowego jest w znacznej mierze spowodowane dysfunkcją w stawach biodrowych oraz stóp, która wpływała na dobór metod rehabilitacyjnych. Deformacje w stawach kończyn dolnych dominowały w wysokim uszkodzeniu rdzenia kręgowego i one decydowały o złożoności programu rehabilitacyjnego. Analiza stosowanych metod rehabilitacji w korelacji z ostateczną lokomocją³⁰ pozwala stwierdzić, że osoby, które „przemieszczały się” tylko za pomocą wózka były rehabilitowane głównie metodą NDT-Bobath, „ćwiczeniami blockowymi”. Na wybór metod leczniczego usprawniania ma wpływ całościowy obraz kliniczny i opóźnienie funkcji lokomocji, a nie tylko zniekształcenia w stawach.

Wnioski

W zakresie wad narządu ruchu dominują deformacje kręgosłupa w postaci skoliozy lub kifozy, zwicznienia stawów biodrowych, przykurcze w obrębie kończyn dolnych utrudniające pionizację oraz deformacje stóp wykazujące zależność istotną od lokalizacji przepukliny oponowo-rdzeniowej. Wybór metod usprawniania uzależniony jest od lokalizacji przepukliny oponowo-rdzeniowej i zniekształceń w narządzie ruchu.

Piśmiennictwo

1. Sandler A. D.: Children with spina bifida: key clinical issues. *Pediatr Clin North Am.*, 2010, 57, 879–892.
2. Sabová L., Horn F., Drdulová T., Viestová K., Barton P., Kabát M., Kovács L.: Clinical condition of patients with neural tube defects. *Rozhl Chir.*, 2010, 89, 471–477.
3. Kwolek A., Dega W. *Ortopedia i rehabilitacja*. Tom 1–2, PZWL Warszawa 2003, 226–227.
4. Buchajczyk B.: Dziecko z przepukliną oponowo-rdzeniową. [w:] *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci*. Red. Józwiak S., Bi Folium, Lublin 2003, 5, 82–87.
5. Lenkiewicz T.: *Obraz kliniczny dzieci z wadami cewy nerwowej*. [w:] *Profilaktyka pierwotna wad cewy nerwowej*. IMiDz, Warszawa 1996.
6. Kowalski M.: Rozszczep kręgosłupa (spina bifida). *Wady wrodzone kręgosłupa i klatki piersiowej*. [w:] *Rehabilitacja Medyczna* Red. Kiwerskiego J., PZWL, Warszawa, 2005, 281–286.
7. Marciniak W.: Dziecko z przepukliną oponowo-rdzeniową. [w:] *Ortopedia i rehabilitacja*. Red. Dega W., Senger A., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 2, 300–319.

8. Kowalski I., Dembińska A.: Kostnopochodne i kostnonerwopochodne deformacje kręgosłupa – problemy kliniczne. *Post. Rehabilit.*, 2000, 14, 49–57.
9. Guille J. T., Sarwark J. F., Sherk H. H., Kumar S. J.: Congenital and developmental deformities of the spine in children with myelomeningocele. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.*, 2006, 14, 294–302.
10. Dias MS.: Neurosurgical causes of scoliosis in patients with myelomeningocele: an evidence-based literature review. *J Neurosurg.*, 2005, 103, 24–35.
11. Glard Y., Launay F., Viehweger E., Guillaume J. M., Jouve J. L., Bollini G. Hip flexion contracture and lumbar spine lordosis in myelomeningocele. *J Pediatr Orthop.*, 2005, 25, 476–8.
12. Tappit-Emas E.: Rozszczep kręgosłupa. [w:] *Fizjoterapia pediatryczna*. Red. Tec-
klin J. S., PZWL, Warszawa 1996, 155–205.
13. Milanowska K.: *Kinezyterapia*. PZWL, Warszawa 1999, 63–65
14. Sarnat H. B., Menkes J. H.: How to construct a neural tube. *J. Child. Neurol.*, 2000, 15, 110–124.
15. Sarwark J. F.: Problemy ortopedyczne u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową. *Ortopedia dziecięca*. Red. Gregosiewicz A., Pizzutillo P., Czelej, Lublin 2000, 1, 389–390.
16. Moen T. C., Dias L., Swaroop V. T., Gryfakis N., Kelp-Lenane C. Radical Posterior Capsulectomy Improves Sagittal Knee Motion in Crouch Gait. *Clin Orthop Relat Res*. 2010.
17. Gazurek D.: Ocena fizjoterapeutyczna dzieci z przepuklina oponowo-rdzeniową. *Twój Mag. Med.*, 2001, 6, 28–30.
18. Karski T., Okoński M., Długosz M. i wsp.: Zapobieganie przykurczom i zniekształceniom kończyn dolnych u dzieci ze spina bifida: wczesne leczenie bezoperacyjne. [w:] *Problemy ortopedyczno-rehabilitacyjne u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową*. Red. Wośko P., Folium, Lublin 1995, 45–48.
19. Mazur J. M., Menelaus M. B.: Neurologic status of spina bifida patients and the orthopedic surgeon. *Clin. Orthop. Relat. Res.*, 1991, 264, 54–64.
20. de Carvalho Neto J., Dias L. S., Gabrieli A. P.: Congenital talipes equinovarus in spina bifida: treatment and results. *J. Pediatr. Orthop.*, 1996, 16, 782–785.
21. Bartonek A., Gutierrez E. M., Haglund-Akerlind Y. et al.: The influence of spasticity in the lower limb muscles on gait pattern in children with sacral to mid-lumbar myelomeningocele: a gait analysis study. *Gait Posture*, 2005, 22, 10–25
22. Menelaus M. B.: Progress in the management of the paralytic hip in myelomeningocele. *Orthop. Clin. North. Am.*, 1980, 11, 17–30.
23. Lorente Molto F. J., Martinez Garrido I.: Retrospective review of L3 myelomeningocele in three age groups: should posterolateral iliopsoas transfer still be indicated to stabilize the hip? *J. Pediatr. Orthop.* 2005, 14, 77–84.
24. Frawley P. A., Broughton N. S., Menelaus M. B.: Incidence and type of hindfoot deformities in patients with low-level spina bifida. *J. Pediatr. Orthop.*, 1998, 18, 312–313.
25. Wild A., Seller K., Jager M.: [One- or two-step instrumentation for thoracolumbar scoliosis due to myelomeningocele?] *Z. Orthop. Ihre Grenzgeb.*, 2003, 141, 59–64.
26. Dias M. S.: Neurosurgical causes of scoliosis in patients with myelomeningocele: an evidence-based literature review. *J. Neurosurg.*, 2005, 103, 24–35.

27. Ko A. L., Song K., Ellenbogen R. G., Avellino A. M.: Retrospective review of multilevel spinal fusion combined with spinal cord transection for treatment of kyphoscoliosis in pediatric myelomeningocele patients. *Spine.*, 2007, 15, 32, 2493–501.
28. Parisini P., Gregg T., Di Silvestre M. i wsp.: Surgical treatment of scoliosis in myelomeningocele. *Stud. Health. Technol. Inform.*, 2002, 91, 442–447.
29. Guille J. T., Sarwark J. F., Sherk H. H., Kumar S. J.: Congenital and developmental deformities of the spine in children with myelomeningocele. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.*, 2006, 14, 294–302.
30. Okurowska-Zawada B., Sobaniec W., Kułak W., Sendrowski K., Otapowicz D.: Analiza rozwoju motorycznego dzieci z przepukliną oponowa-rdzeniową i stosowane metody rehabilitacji. *Neurol. Dziec.*, 2008, 17, 33, 31–38

Regina Sierżantowicz¹, Izabela Żukowska²,
Małgorzata Rogowska²

Prometeusze XXI wieku nieświadomi śmierci

Wstęp

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) to choroba zakaźna wywołana przez wirus zapalenia wątroby typu C. Została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za jedno z największych światowych zagrożeń epidemiologicznych. Ze względu na wieloletni bezobjawowy przebieg zakażenia HCV, określona mianem „wirusowej bomby zegarowej” [1].

HCV występuje w sześciu odmianach, zwanych genotypami, które oznaczone są numerami od 1 do 6. Na świecie dominują zakażenia genotypem 1, w następnej kolejności 2 i 3 HCV. Genotypy 4, 5 i 6 występują przede wszystkim w Afryce i Azji. W USA oraz w większości krajów europejskich genotyp 1 stwierdza się u około 75% zakażonych HCV, a resztę stanowi genotyp 2 i 3. W Polsce zakażenie genotypem 1 dotyczy aż 90% wszystkich zakażonych. Wyjątkiem jest region północno-wschodni kraju, gdzie liczba osób zakażonych genotypem 1 i 3 jest podobna, a pozostałe około 5% stanowią zakażenia genotypem 4. Ustalenie genotypów ma znaczenie ze względu na przewidywaną skuteczność terapii, która u zakażonych genotypem 1 wynosi 40–50%, a genotypami 2 i 3 sięga 80–90%, pomimo krótszego o połowę czasu leczenia [1].

Epidemiologia

Wirusowe zapalenie wątroby typu C rozwija się bez wyraźnych objawów. Obecnie na świecie zakażonych jest ok. 170 mln osób. W Europie zakażenia HCV dotyczyć mogą prawie 9 milionów ludzi. Szacuje się, iż każdego roku w Europie

¹ Opiekun Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego UMB

² Członek Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego UMB

umiera z tego powodu prawie 90 tysięcy osób. Badania potwierdzają, że 1,9% Polaków może być zakażonych wirusem HCV. Osoby uzależnione od narkotyków przyjmowanych drogą dożylną stanowią około 60% zarażonych HCV, przy czym częstość wzrasta przy równoczesnym zakażeniu wirusem HIV. Wśród pacjentów hemodializowanych stwierdza się od 30 do 60% zakażonych HCV. Nadal jednak ponad 700 tys. Polaków nie wie o swoim zakażeniu z uwagi na bezobjawowy przebieg choroby. Spośród zakażonych HCV tylko 50 tys. wie, że są chorzy, co świadczy o bardzo niskiej świadomości społecznej na temat WZW typu C. Według szacunków WHO, przy braku wykrywalności wirusa HCV, a co za tym idzie właściwej terapii, liczba zgonów spowodowanych WZW C w najbliższych latach zwiększy się kilkukrotnie. Wirus HCV odpowiada za 20–40% przewlekłych uszkodzeń wątroby. Pomimo obniżenia częstości nowych zakażeń HCV, zwiększa się liczba rozpoznanych przewlekłego zapalenia wątroby typu C oraz jego powikłań.

Jedyną metodą zmiany tej sytuacji jest wprowadzenie do praktyki medycznej rutynowego wykrywania osób zakażonych HCV przy pomocy czynnych badań przesiewowych, prowadzonych w poradniach lekarza rodzinnego [1].

Drogi zakażenia

Wirus zapalenia wątroby typu C przenosi się głównie przez krew. Wirusem można zarazić się m.in. w placówkach ochrony zdrowia, podczas wizyty u kosmetyczki, przy wykonywaniu tatuażu czy przekłuwaniu części ciała. Szczególnie narażone są osoby chore przewlekle na hemofilię, niewydolność nerek, choroby nowotworowe oraz biorcy przeszczepów [1, 2].

Ryzyko zakażenia drogą seksualną jest ograniczone. Jednak w pewnych okolicznościach może dojść do zakażenia HCV drogą kontaktów seksualnych. Do czynników sprzyjających należą, między innymi, zranienia lub intensywne podrażnienia błony śluzowej narządów płciowych, liczni partnerzy seksualni [2]. Istnieje również ryzyko transmisji HCV z matki na dziecko. Zakażeniu ulega około 5% noworodków matek nosicielek. Karmienie piersią nie stanowi drogi zakażenia [2].

U osób, które zostały zakażone w placówkach ochrony zdrowia powodem było w 80% przetaczanie krwi. Obecnie, od 1992 roku w wyniku obowiązkowych badań krwiodawców na obecność przeciwciał anti-HCV oraz od 2002 roku na obecność wirusa RNA ryzyko praktycznie wyeliminowano. Nosicielami wirusa są więc osoby, które przeszły transfuzję przed wprowadzeniem wymienionych badań. Nowe zachorowania występują najczęściej w okresie dorastania i wczesnej dorosłości, jako skutek ryzykownych zachowań. Wykrycie schorzenia następuje zwykle w wieku 30–50 lat, u chorych już ze średnio zaawansowaną lub zaawansowaną chorobą wątroby. W ponad 40% zachorowań nie można ustalić przyczyny [3].

Zakażenia wirusem HCV nie spowoduje:

- kichanie i kaszel,
- trzymanie za ręce,
- całowanie się,
- korzystanie ze wspólnej toalety,
- spożywanie żywności przygotowywanej przez osobę zakażoną HCV (jeżeli żywność nie miała kontaktu z krwią tej osoby),
- okazywanie uczuć przez przytulanie,
- korzystanie ze wspólnego basenu,
- zabawa z dziećmi, sport (jeśli nie dochodzi do uszkodzeń ciała)

Przeciwno WZW typu C nie ma szczepionki, dlatego jedyną metodą zapobiegania zakażeniu jest unikanie sytuacji powodujących takie ryzyko [2].

Do grup ryzyka zakażenia HCV należą:

- osoby, u których przetaczano krew bądź preparaty krwiopodobne przed rokiem 1993,
- osoby, które były kilkakrotnie hospitalizowane,
- osoby dializowane,
- osoby, u których były wykonywane zabiegi chirurgiczne, badania endoskopowe,
- pracownicy służby zdrowia, którzy mogli mieć kontakt z krwią nosiciela HCV,
- osoby przyjmujące narkotyki drogą dożylną,
- osoby korzystające z salonów tatuażu.

Objawy zakażenia wirusem HCV

Większość pacjentów charakteryzuje się bezobjawowym przebiegiem, o nieustalonym epidemiologicznie źródle zakażenia. Tylko u 20% chorych obserwuje się zażółcenie powłok skórnych, brak łaknienia lub bóle brzucha. Zakażenia w 80% przypadków przechodzą w postać przewlekłą, która bardzo często nie jest rozpoznawana ze względu na mało charakterystyczne objawy: osłabienie, rozdrażnienie, zaburzenia pokarmowe, objawy grypopodobne. Czasami pojawiają się bóle stawów, mięśni oraz zmiany skórne. Odrębnym problemem są, tak zwane, pozawątrobowe objawy zakażenia HCV [3].

Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C, poza chorobą wątroby, może wywołać zmiany patologiczne dotyczące innych układów i narządów. Potwierdzono związek zakażenia HCV z wystąpieniem krioglobulinemii, artropatii, zespołu suchości błon śluzowych, wytworzeniem autoprzeciwciał oraz pojawieniem się objawów neurologicznych [4].

Krioglobulinemia

W najczęściej występującym przebiegu choroby stwierdza się nacieki z mononuklearów wokół naczyń – drobnych żyłek i tętniczek, bez martwicy ich ścian. Występuje tzw. Triada Meltzera: bóle stawów, plamica oraz osłabienie. Objawom tym towarzyszyć może również polineuropatia obwodowa lub zapalenie kłębuszków nerkowych, często z zespołem nerczycowym. Charakterystyczne zmiany skórne są wywołane przez leukocytoklastyczne zapalenie naczyń spowodowane odkładaniem się krioglobulin w skórze. Zmiany plamiczne koloru wiśniowego najczęściej występują na podudziach. Utrzymują się od kilku do kilkunastu dni, po okresach zaostrzeń pozostają brunatne przebarwienia. Choroba ma nagły, ostry początek, jeśli zapalenie dotyczy tętniczek z martwicą ściany oraz naciekami z komórek jedno- oraz wielojądrowych. Wystąpić może ciężka wieloogniskowa, ruchowo-czuciowa mono- lub polineuropatia, ostra niewydolność nerek, ciężkie nadciśnienie tętnicze, zajęcie OUN oraz objawy z przewodu pokarmowego [4].

Artropatia

Bóle stawów stosunkowo często dotyczą osób zakażonych HCV. Dodatkowo mogą wystąpić: zapalenie ścięgien i łagodne zapalenie błony maziowej stawów. Typowe dla HCV jest proces zapalny pojedynczych, średnich i dużych stawów. Niekiedy objawy choroby mogą być podobne do reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS). Różnicowanie pomiędzy RZS a artropatią wywołaną zakażeniem HCV często jest trudne [4].

Zespół suchości błon śluzowych

Limfocytarne zapalenie ślinianek z towarzyszącym zespołem suchości błon śluzowych jamy ustnej to zjawisko częściej występujące w grupie osób zakażonych HCV niż w pozostałej populacji. Dotyczy 15–50% zakażonych HCV. Leczenie jest bardzo trudne, a leki immunosupresyjne zazwyczaj nie są skuteczne [4].

Autoimmunizacja

W zakażeniu HCV zaobserwowano częste występowanie autoprzeciwciał, zwłaszcza u kobiet w bardziej zaawansowanym stadium choroby. Przeciwciała nieswoiste narządowe, przeciwjądrowe i przeciwko mięśniom gładkim występują u ok. 30% pacjentów. Często stwierdza się pojawienie się czynników reumatoidalnych, bo od 30% do aż 70% [4].

Objawy neurologiczne

Neurologiczne objawy zakażenia HCV mogą być związane z krioglobulinemią i zapaleniem naczyń. Wyróżnia się: porażenie nerwów czaszkowych, poli-

neuropatię obwodową i udary. Stwierdza się także zaburzenia funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, szczególnie zaburzenia nastroju i zaburzenia funkcji poznawczych [4].

Następstwa zakażenia

Chociaż HCV prowadzi do wątrobowego zapalenia i często (w ok. 50% przypadków) stłuszczenia, najistotniejszym następstwem przetrwałego zakażenia jest rozwój wątrobowego włóknienia. W okresie 10–20 lat od zakażenia istnieje 20% prawdopodobieństwo wystąpienia marskości.

a) marskość wątroby

Marskość jest rozsianą chorobą wątroby. Jest to proces nieodwracalny. Składa się na nią przebudowa narządu z tworzeniem guzków otoczonych tkanką włóknistą, co doprowadza do zmian w naczyniowym układzie wątroby. W zależności od fazy choroby (stopnia ubytku czynnej masy komórkowej komórek wątroby i zwłóknienia narządu) powodują objawy o różnej ekspresji. Tempo postępu choroby nie jest jednakowe u wszystkich chorych. Marskość może być drobnoguzkowa lub gruboguzkowa, względnie mieszana. Marskość gruboguzkowa (średnica guzków > 3 mm, osiągające nawet kilka centymetrów) jest wynikiem zapaleń wątroby pochodzenia wirusowego, względnie zatruc (np. czterochlorkiem węgla).

Wyróżnia się:

- marskość wrotną, czyli żylną z dominującym obrazem nadciśnienia wrotnego. najczęściej występuje u alkoholików i u osób głodujących przy braku pełnowartościowych białek w pokarmie. Stwierdza się cechy stłuszczenia.
- marskość wątroby pomartwicy, która rozwija się jako skutek masywnej martwicy mięszu wątrobowego. Wątroba ulega zmniejszeniu i jest niejednolicie guzkowa. Klinicznie przybiera obraz niewydolności.
- marskość wątroby dysmetaboliczną w wyniku zaburzeń gospodarki miedzią i żelazem oraz z innych przyczyn,
- marskości żółciowe, powstające na skutek zaburzeń odpływu żółci na tle wtórnym i pierwotnym [2].

Najczęstszą przyczyną marskości wątroby w Polsce, poza alkoholizmem, jest przewlekłe zakażenie wirusem wątroby typu C. W przewlekłym zakażeniu HCV po upływie 7 lat częstość marskości wynosi 25–50 proc. Udowodniona jest korelacja pomiędzy nadużywaniem alkoholu i zakażeniem HCV a większym zaawansowaniem zmian histopatologicznych w wątrobie i większą częstością występowania marskości wątroby. Rozwija się ona ok. 3-krotnie szybciej. Również 8-krotnie wyższe jest w takich okolicznościach ryzyko rozwoju pierwotnego raka wątroby, będącego jednym z niekorzystnych powikłań zakażenia HCV. Powoduje to konieczność zakazu picia alkoholu u przewlekłe zakażonych wirusami hepatotropowymi [3].

Obraz kliniczny jest zróżnicowany. Powikłania, dotyczące prawie wszystkich układów, mogą występować wybiórczo lub łącznie. Najczęściej do rozpoznania marskości dochodzi podczas zabiegów w obrębie jamy brzusznej. Często brak jest istotnych objawów klinicznych, do których zalicza się:

- subiektywne (męczliwość, spadek masy ciała)
- powiększenie ślinianek, kamica żółciowa, nawracające krwawienia z przewodu pokarmowego
- małopłytkowość, niedokrwistość
- obniżoną saturację, zator wątrobowo-płuczny
- krążenie hiperkinetyczne
- wtórny hyperaldosteronizm, zator wątrobowo-nerkowy
- hypogonadyzm, feminizacja, cukrzyca
- encefalopatię, obwodową neuropatię
- zaniki mięśniowe, przepukliny, osteodystrofię
- pajęczki naczyniowe [2].

Powikłania i następstwa:

b) nadciśnienie wrotne oznacza wzrost ciśnienia w żyły wrotnej powyżej 12 mmHg (norma 5–10 mmHg). Narasta wraz z postępującym upośledzeniem funkcji wątroby i włóknieniem mięszu. Powikłania nadciśnienia:

- rozwój krążenia obocznego – żyłaki przełyku oraz ich konsekwencje wtórne, tj. krwotoki, zaburzenia odżywiania, zaburzenia metabolizmu leków. Krwotok z żyłaków przełyku i żołądka stanowiący bezpośrednie zagrożenie życia
- krwawienia ze śluzówek
- poszerzenie naczyniowe w żołądku prowadzące do krwawienia
- zastoinowa splenomegalia [5].

c) encefalopatia wątrobowa to szerokie spektrum zaburzeń neuropsychiatrycznych u osób z chorobą wątroby. Jest jednym z najczęstszych powikłań zaawansowanej choroby wątroby. Dotyczy objawów neuropsychiatrycznych związanych m.in. z obrzękiem mózgu. Charakteryzuje się występowaniem zaburzeń świadomości, osobowości oraz zdolności intelektualnych. Obserwuje się zmianę aktywności nerwowo-mięśniowej oraz nieprawidłowości w EEG. Kluczowe znaczenie dla jej rozwoju ma wzrost stężenia amoniaku we krwi i nieproporcjonalnie wyższy w mózgu, co wiąże się ze wzrostem ciśnienia śródczaszkowego [5].

– **minimalna encefalopatia wątrobowa** – u osób z marskością wątroby charakteryzuje się zaburzeniami sfery psychomotorycznej i poznawczej przy braku objawów klinicznych encefalopatii [6].

d) wyniszczenie (kaheksja) i zmęczenie należą do często spotykanych objawów dotyczących pacjentów z zaawansowaną lub przewlekłą chorobą. Oznacza niezamierzoną utratę masy ciała, która nie została spowodowana jadłowstrętem. Zespół obejmuje niedokrwistość oraz osłabienie odporności, związane

z wieloma nieprawidłowościami biochemicznymi. Przy wyniszczeniu obserwuje się:

- Utratę masy ciała (utrata 5% masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy)
- Postępującą utratę beztłuszczowej masy ciała i tkanki tłuszczowej bez związku z anoreksją
- Stan niemożliwy do odwrócenia drogą karmienia
- Zazwyczaj powiązanie z anoreksją (utrata lub brak apetytu do jedzenia) oraz astenią (zespół fizycznego zmęczenia, ogólnego osłabienia i intelektualnego wyczerpania)
- Dotyczy ponad 80% pacjentów z zaawansowanym rakiem i jest główną przyczyną zachorowalności i umieralności z powodu nowotworu [7].

Zmiany metaboliczne obserwowane w zespole wyniszczenia podwyższają spoczynkowe wydatkowanie energii. Nieefektywnie spalane są zarówno białka i tłuszcze oraz towarzyszy zwiększona glukoneogeneza [7].

e) pierwotny rak wątroby – rak wątrobowo-komórkowy jest jednym z najczęściej występujących na świecie nowotworów złośliwych, stanowi przyczynę ponad miliona zgonów rocznie. Grupy zwiększonego ryzyka obejmują osoby zakażone wirusem C zapalenia wątroby, pacjenci z marskością niezależnie od etiologii oraz z alkoholową chorobą wątroby. 80% zachorowań związanych jest z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby; pozostałe 20% stanowią chorzy z marskością wątroby innego pochodzenia, alkoholicy lub osoby przyjmujące hormony. Obecnie uważa się, że przeszczepienie wątroby jest jedyną skuteczną i radykalną metodą postępowania. Nie dość, że leczy chorobę, to usuwa również jej przyczynę, zabezpieczając przed powstaniem nowego ogniska, jak również likwiduje niewydolność wątroby oraz nadciśnienie wrotne. Leczenie nieoperacyjnych zmian, jako postępowanie paliatywne lub jako leczenie uzupełniające, spowalniające rozwój choroby, u chorych oczekujących na przeszczep wątroby dostępne są metody bezpośredniego oddziaływania na guz nowotworowy, takie jak: embolizacja lub chemoembolizacja tętnicy wątrobowej, ablacja termiczna, krioblacja, przezskórne wstrzykiwanie etanolu. W guzach do 3 cm wyniki ablacji alkoholem są porównywalne z wynikami resekcji [8].

Postępowanie diagnostyczne

Do wykrywania zakażeń HCV stosuje się testy immunoenzymatyczne (AIA) III generacji. Charakteryzują się one wysoką czułością i swoistością, choć nie można wykluczyć fałszywych wyników. Wykrywają obecność przeciwciał anty-HCV obecnych w surowicy krwi chorego. Przeciwciała anty-HCV mogą być także oznaczane metoda immunoblottingu. Jest to tzw. test potwierdzenia, szczególnie przydatny u osób, u których wykryto przeciwciała, a nie stwierdzono obecności RNA wirusa. Najbardziej miarodajnym testem diagnostycznym jest oznaczenie RNA wirusa techniką PCR, a jego stwierdzenie potwierdza ak-

tywne zakażenie. Pomocne w diagnostyce są badania biochemiczne, które jednak nie są specyficzne dla WZW typu C. U chorych stwierdza się podwyższoną aktywność aminotransferazy alaninowej i asparginowej. Powszechnie uważa się, że obiektywną ocenę zaawansowania choroby umożliwia biopsja wątroby. Nie jest to badanie warunkujące rozpoznanie, ale bardzo przydatne w ocenie jej zaawansowania [1, 2].

Leczenie zakażenia HCV

Nieleczony nosiciel jest źródłem zakażenia dla innych ludzi, co powoduje stały wzrost zachorowań. Efektywność leczenia maleje jednak wraz z upływem czasu od momentu zakażenia. Pojawia się jednak problem, bo zakażeni często przez lata nie mają żadnych objawów choroby i nie zgłaszają się do lekarza. Standardy leczenia WZW typu C w Polsce:

1. Leczeniem powinni być objęci chorzy z ostrym i przewlekłym zapaleniem wątroby oraz wyrównaną marskością wątroby, a także z pozawątrobowymi objawami zakażenia HCV
2. Ostre zapalenie wątroby typu C należy leczyć w przypadku utrzymywania się wirerii HCV powyżej 12 tygodnia od wystąpienia pierwszych objawów. Leczenie winno być prowadzone za pomocą naturalnych interferonów lub rekombinowanych w schemacie przez pierwsze 4 tygodnie codziennie, a przez następne 20 tygodni w dawce 3 razy w tygodniu. w przypadku stosowania interferonu pegylowanego należy stosować go zgodnie ze wskazaniami producenta przez okres 24 tygodni.
3. Standardowym leczeniem przewlekłych zapaleń wątroby jest terapia skojarzona z zastosowaniem pegylowanego interferonu alfa i rybawiryny. W przypadku pacjentów do 18. roku życia, przeciwwskazań, działań niepożądanych lub nieskuteczności terapii możliwe jest stosowanie innych interferonów, w połączeniu z rybawiryną lub monoterapii wybranym interferonem. Do leczenia przewlekłych zapaleń wątroby kwalifikuje się dzieci po 3. roku życia.
4. Przed zakwalifikowaniem do leczenia należy u chorego oznaczyć genotyp HCV, a w przypadku zakażeń genotypami 1, 4, 5, 6 HCV również ilościowo stężenie HCV-RNA.
5. W pierwszej kolejności do leczenia powinno się kwalifikować osoby z zaawansowanym procesem chorobowym, w tym oczekujące na przeszczep wątroby. Leczeni powinni być również zarażeni wirusem HBV i HIV, chorzy dializowani oczekujący na przeszczep nerki oraz chorzy po przeszczepieniach narządów, u których stwierdza się wznowę zakażenia HCV.
6. W przypadkach wczesnej odpowiedzi wirusologicznej na leczenie, chorych z genotypem 1, 4, 5, 6 HCV należy leczyć 48 tygodni. Zakażonych genotypem 2 i 3 HCV należy leczyć przez 24 tygodnie bez ilościowych badań wi-

remii. Leczenie przez 72 tygodnie dotyczy pacjentów z genotypem 1 HCV, u których po 12 tygodniach leczenia wiramia obniża się i ustępuje po 24 tygodniach leczenia. Chorzy z wyrównaną marskością wątroby o etiologii HCV muszą być leczeni dłużej niż 72 tygodnie.

7. Leczenie uważa się za skuteczne, jeśli po 24 tygodniach od zakończenia terapii nie stwierdza się obecności HCV-RNA w surowicy krwi.
8. Reterapię należy stosować u chorych z nawrotem wiramii HCV i u leczonych nieskutecznie. Stosuje się wówczas inne preparaty interferonu niż poprzednio oraz rybawirynę [1].

Skuteczność leczenia

Efektywność terapii u zakażonych genotypem 1 sięga 60%, a zakażonych genotypem 2 i 3 wynosi ok. 80–95%. Leczenie ostrego zapalenia przynosi pożądany efekt u około 90% chorych [1].

Piśmiennictwo

1. Muszyńska A., Pokorna-Kałwak D., Zakażenia HCV – narastający problem zdrowia publicznego, *Terapia* 2010/5, s. 55–58.
2. Habior A., Choroby wątroby zagrożeniem Europy w XXI wieku, *Postępy Nauk Medycznych* 2009, t. 22/2, s. 77–83.
3. Flisiak R., Czy zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) jest groźne?, *Nowa Klinika* 2006/13/11, s. 1136–1139.
4. Jabłońska J., Ząbek J., Madaliński K., Godzik P., Pozawątrobowe objawy zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C, *Reumatologia* 2009, 47/6, s. 364–367.
5. Simon K., Późne następstwa wirusowego zapalenia wątroby typu B i Typu C – współczesne możliwości ich terapii, *Zakażenia* 2009, 9/1, s. 54–62.
6. Habior A., Kraszewska E., Goś-Zajac A., Gołębiowski M., Szutkowska-Hoser J., Nieldzielska K., Niewiadomska M., Pawluczyk-Dyjeńska M., Minimalna encefalopatia u chorych z marskością wątroby – ocena metod diagnostycznych i częstość występowania, *Postępy Nauk Medycznych* 2008, t. 21/11, s. 769–771.
7. Watson M., Lucas C. Hoy A., Back I., *Opieka paliatywna*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2004, s. 102–105.
8. Małkowski P., Pacholczyk M., Łągiewska B., Adadyński L., Wasiak D., Kwiatkowski A., Chmura A., Czerwiński J., Rak wątrobowokomórkowy – epidemiologia i leczenie, *Przegląd epidemiologiczny*, 2006; 60: 731–74.

Zuzanna Tyrakowska¹, Jarosław Drzymkowski¹, Anita Kuszczak¹,
Emilia Rozwadowska², Elżbieta Krajewska-Kulak²

Postawy studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wobec zabiegów chirurgii estetycznej

Badanie opinii publicznej „Opinie Polaków na temat medycyny estetycznej” przeprowadzone przez niezależny instytut badawczy TNS OBOP na zlecenie firmy Q-MED Polska, w ramach kampanii „Świadome piękno” [1] wykazało, iż 67% respondentów nie potrafiło wymienić ani jednego zabiegu z zakresu medycyny estetycznej. 45% badanych wybrało odpowiedź „Nie znam żadnych zabiegów”, zaś 22% odpowiedziało „trudno powiedzieć”. Wśród wskazywanych zabiegów najczęściej wymieniano peeling (11%), korekcję zmarszczek botoksem (10%) oraz ujędrnianie i powiększanie piersi za pomocą kwasu hialuronowego (9%) [1]. Korzystniej prezentowała się wiedza respondentów przy pytaniu, w którym mogli wskazać znany im zabieg z zaprezentowanej listy odpowiedzi. Najpopularniejszym zabiegiem medycyny estetycznej okazały się: korekcja zmarszczek botoksem (43%), depilacja laserowa (43%) oraz peeling (42%). 38% ankietowanych wymieniło ujędrnianie i powiększanie piersi za pomocą kwasu hialuronowego [1]. Jednocześnie blisko 1/3 ankietowanych (27%) zadeklarowała, że nie zna żadnego spośród wymienionych zabiegów medycyny estetycznej. Ponad połowa (51%) ankietowanych błędnie uważała, że zabieg medycyny estetycznej może wykonywać kosmetyczka lub też nie potrafiła określić, kto jest uprawniony do jego wykonywania. Zdaniem 49% respondentów zabiegi medycyny estetycznej może wykonywać lekarz dermatolog lub lekarz medycyny estetycznej [1].

Opinie Polaków na temat zabiegów medycyny estetycznej były podzielone – 44% ankietowanych akceptowało je, podczas gdy 40% pytanych była im przeciwna [1].

Implanty piersiowe, to protezy stosowane w celu powiększenia rozmiarów kobiecych piersi z powodów kosmetycznych (tzw. augmentacja piersi, powiększenie piersi albo mammoplastyka z powiększeniem piersi), w celu odtworzenia

¹ Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

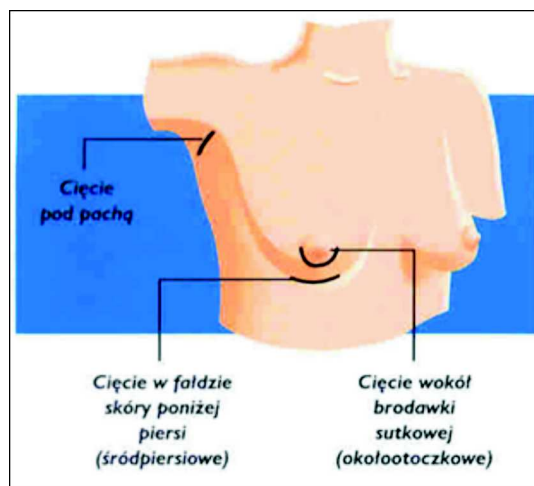
brakującej usuniętej piersi (np. po mastektomii albo w wadach wrodzonych), a także w ramach zmiany płci. Według Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Plastycznych, augmentacja piersi jest najczęściej wykonywanym zabiegiem chirurgicznym w USA. W 2006 roku w tym kraju przeprowadzono 329.000 takich zabiegów [2].

Implanty piersiowe możemy podzielić w zależności od [cyt. za 2, 3]:

- zawartości implantów – na wypełnione solą fizjologiczną lub żel silikonowym, obydwa typy mają otoczkę z silikonu, która jest zbudowana z trzech warstw aby zapobiec rozerwaniu implantu
- budową otoczki – gładka lub teksturowana
- kształtu: okrągły lub anatomiczny, tj. w przekroju podobny do kropli wody, wielkość, rodzaj i kształt dobierany jest w zależności od kształtu piersi pacjentki przed zabiegiem, budowy klatki piersiowej oraz życzenia pacjentki
- profilu: niski, średni, wysoki, w zależności od stosunku wysokości implantu do średnicy

Porównując implanty silikonowe i solne należy podkreślić, iż implanty silikonowe są bardziej miękkie w dotyku. Ponadto warto pamiętać, iż po ok. 5–10 latach może nastąpić wyciek płynu z implantu solnego, powodujący konieczność jego wymiany [cyt. za 4].

Spotykane są dwa rodzaje powierzchni implantów: gładka i porowata. Pierwsza ma tę zaletę, iż wygląda bardzo naturalnie, choć częściej dochodzi do kurczenia się torebki, co oznacza konieczność wymiany implantu. W przypadku implantów o powierzchni porowatej może dojść do widocznych na skórze fałd [2].



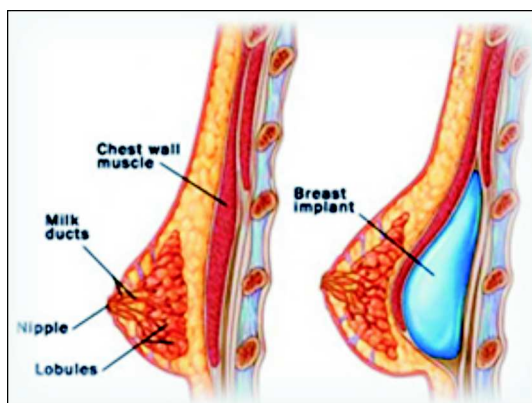
Źródło: http://modiface.pl/en/modiface/korekcja_piersi/1975.html [3]

Rycina 1. Lokalizacja cięcia skórniego

Zabieg powiększania piersi ma na celu powiększenie piersi, bądź ich równoczesne powiększenie i podniesienie. Stosowany jest bądź z powodów kosmetycznych, bądź w celach rekonstrukcji piersi, np.: po zabiegu usunięcia piersi z powodu nowotworu [5].

Podczas powiększania piersi implanty umieszcza się pod gruczołem piersiowym lub pod mięśniem (takie umiejscowienie implantów pozwala na prawidłową pracę gruczołu piersiowego w czasie ciąży i karmienia) [5]. Wszczepienie implantów odbywa się poprzez dwa cięcia długości kilku centymetrów, umiejscowione w fałdach podsutkowych, które są niewidoczne w normalnych warunkach. Inna lokalizacja cięć to w okolicach pachy lub na granicy otoczki brodawki sutkowej [5].

Powikłania i nieprawidłowe efekty końcowe zdarzają się niezwykle rzadko, czasami jednak mogą się pojawiać. Najczęściej spotykane powikłania wczesne, to: krwiak, infekcja, zropienie rany – powikłania te mogą spowodować przedłużone gojenie, sączące rany, nieestetyczne blizny, a w przyszłości konieczność wykonania operacji korekcyjnej, a powikłania późne: powstanie wokół protezy torebki włóknistej powodującej stwardnienie piersi [5].



Źródło: Źródło: http://www.implanty.edu.pl/implanty_piersi [6]

Rycina 2. Ulokowanie implantu piersiowego

Pierwsza operacja powiększania piersi miała miejsce w 1895 roku i wykonał ją austro-węgierski chirurg Vincenz Czerny [cyt. za 7]. Zabieg polegał na przeszczepieniu w piersi tkanki tłuszczowej z tłuszczaka znajdującego się na plecach pacjentki. W późniejszych latach, do powiększania piersi próbowano stosować parafinę, kość słoniową, szklane kule, produkty z gumy, gąbki wykonane z różnych tworzyw sztucznych oraz inne substancje, których wszczepienie w ciało niosło za sobą mniej lub bardziej szkodliwe skutki. W latach 1950–1960 bardzo powszechnym stało się wstrzykiwanie w piersi różnych substancji, w tym płynnego silikonu, jednak szybko okazało się, że takie praktyki są bardzo szkodliwe

dla pacjentek, a z powodu powikłań niejednokrotnie konieczna była mastektomia (usunięcie) piersi [cyt. za 7].

Pierwsze silikonowe implanty piersi, zbliżone do obecnie stosowanych, zostały stworzone w 1961 roku, a pierwsza operacja z ich użyciem miała miejsce rok później [cyt. za 6]. Były one wykonane z twardego, mało naturalnego żelu silikonowego i co ciekawe, miały kształt łyż (anatomiczny), a ich powierzchnia była pokryta politereftalanem polietylenu (w skrócie PET, z tego tworzywa produkuje się dziś między innymi plastikowe butelki na napoje), dla zapobieżenia przemieszczania się implantów. Pierwsze implanty solne (wypełnione solą fizjologiczną) zostały wprowadzone na rynek w 1964 roku przez firmę Arion, a argumentem do ich wyboru miało być mniejsze nacięcie chirurgiczne [cyt. za 7].

Implanty pierwszej generacji były bardzo nienaturalne w dotyku i wyglądzie, dlatego w 1970 roku wprowadzono na rynek protezy bardziej miękkie i „naturalne”, jednak charakteryzujące się dużym stopniem przeciekania mało spoistego wypełnienia przez nienaruszoną, cienką powłokę (druga generacja implantów) [cyt. za 7]. Warto w tym miejscu podkreślić, iż przypadki przykurczu torebkowego (*capsular contracture*) w przypadku piersi powiększonych za pomocą tego typu implantów były bardzo częste. Inną nowością wprowadzoną w 1970 roku były implanty pokryte pianką poliuretanową, która bardzo skutecznie wpływała na zminimalizowanie ryzyka wystąpienia przykurczu torebkowego [cyt. za 7]. Produkcja tego typu implantów została na pewien czas wstrzymana ze względu na potencjalne ryzyko zwiększenia zachorowalności na raka poprzez obecność w protezie poliuretanu, jednakże współczesne badania temu przeczą [cyt. za 7].

Druga generacja implantów charakteryzuje się również wprowadzeniem do obiegu implantów z silikonową warstwą wierzchnią i „wewnętrzną protezą” dopełnianą solą fizjologiczną (obecnie podobne implanty są produkowane przez firmę Mentor – ekspanderoprotezy Becker oraz Allergan – model Natrelle 150) – ówczesne implanty tego typu były bardziej awaryjne, ze względu na złożoną konstrukcję [cyt. za 7].

Trzecia i czwarta generacja implantów (począwszy od roku 1980) charakteryzowała się większym naciskiem na zapobieżenie wycieku wypełnienia, a co za tym idzie zastosowaniem bardziej spoistych żeli i szczelniejszych powłok [cyt. za 7]. Doceniono walory powierzchni teksturowanych pod względem zapobiegania występowania przykurczu torebkowego oraz ryzyka przemieszczenia implantu, aczkolwiek gładkie nadal były (i są do tej pory) dostępne. Produkowano zarówno protezy okrągłe, jak i anatomiczne [cyt. za 7].

Obecnie używane są implanty piątej generacji, wypełnione spoistym żelem silikonowym, który w dużym stopniu zapobiega przykurczowi torebkowemu [cyt. za 7]. Posiadają one odpowiednio skonstruowane powłoki, które zapobiegają przenikaniu przez nie wypełnienia (tzw. bleeding/migracja silikonu).

Ich trwałość ocenia się na kilkadziesiąt lat, większość wiodących producentów udziela dożywotniej gwarancji na szczelność powłoki implantów (w razie naruszenia jej ciągłości w przypadkach nie spowodowanych zdarzeniami losowymi, na przykład wypadek, przebicie implantu podczas operacji, mammografii, zamkniętej kapsulotomii lub opróżnienia implantów wypełnionych solą fizjologiczną z winy wadliwej zastawki; pacjentka otrzymuje nieodpłatnie nową protezę) [cyt. za 7].

Cel pracy

Celem pracy była analiza postrzegania zabiegów chirurgii estetycznej piersi przez studentki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Materiał i metoda

Narzędziem badawczym była ankieta składająca się z dwóch części – ogólnej i szczegółowej. Część ogólna zawierała pięć pytań socjodemograficznych, natomiast część szczegółowa – trzynaście pytań dotyczących postrzegania zabiegów chirurgii estetycznej piersi. Pytania części szczegółowej dotyczyły zarówno samooceny ankietowanych studentek, powodów ewentualnego poddania się operacji, rodzaju wybranego zabiegu, jak i oczekiwanych zmian, jakie miałyby zabieg ten dokonać w życiu pacjentek.

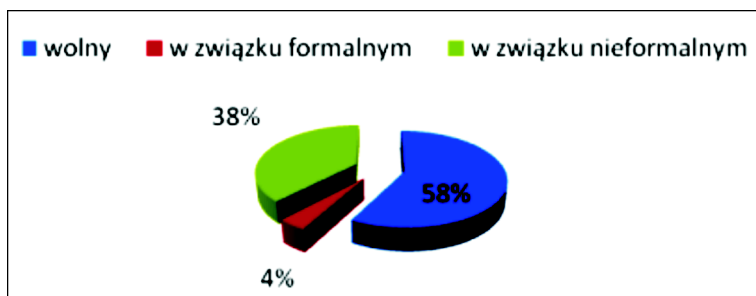
Ankieta została przeprowadzona w grupie 106 studentek Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z kierunków: *Elektroradiologia, Fizjoterapia oraz Logopedia z fonaudiologią*.

Pytania ankiety zostały sformułowane w taki sposób, aby uzyskać jak najwięcej informacji na temat postaw studentek UMB wobec operacji plastycznych piersi, co pozwoliło wyciągnąć wnioski i powiązania postaw studentek z ich sytuacjami życiowymi, jak np. stan cywilny, kierunek studiów czy miejsce pochodzenia.

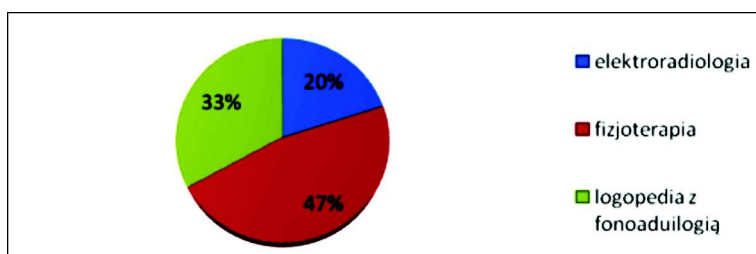
Wyniki

W badaniu wzięło udział 106 studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, z których 58% było stanu wolnego, 4% pozostawało w związku formalnym, natomiast 38% – w związku nieformalnym. Szczegółowy rozkład stanu cywilnego przedstawiała Rycina 3.

Wszystkie uczestniczki badania były studentkami Wydziału Nauk o Zdrowiu. Prawie połowa z nich studiowała na kierunku fizjoterapia, co trzecia była studentką logopedii z fonaudiologią, natomiast co piąta – elektroradiologii (Rycina 4).

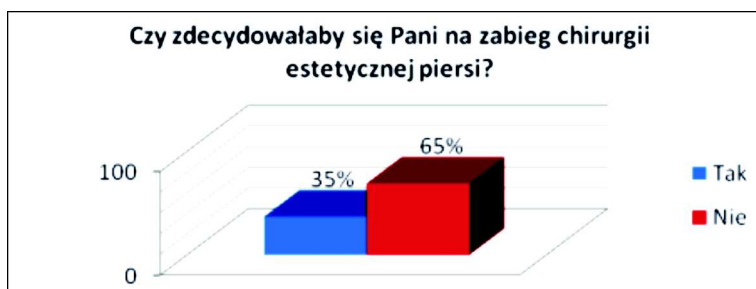


Rycina 3. Stan cywilny badanych



Rycina 4. Kierunek studiów ankietowanych

Pierwszym pytaniem, zadany studentkom było: *Czy zdecydowałyby się Pani na zabieg chirurgii estetycznej piersi?* Ponad 2/3 ankietowanych odpowiedziało przecząco (Rycina 5), a najbardziej przeciwnie takiemu zabiegowi były studentki fizjoterapii (72% odpowiedziało przecząco). Największym zainteresowaniem zabieg cieszył się wśród studentek elektroradiologii (57,14%). Szczegółowe wyniki zawiera Rycina 5 i Tabela 1.

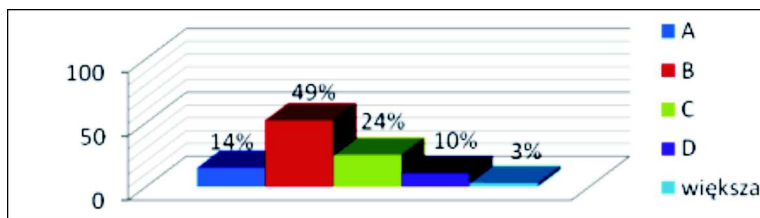


Rycina 5. Zainteresowanie zabiegiem chirurgii estetycznej piersi wśród studentek

Badana społeczność zapytana o rozmiar miseczki w większości wskazała rozmiar B (49%). Zdecydowanie mniej respondentów zadeklarowało rozmiar C (24%). Porównywalna ilość nosiła rozmiar A i D – odpowiednio 14% i 10%. Tylko 3% ankietowanych miało rozmiar większy niż D (Rycina 6).

Tabela 1. Zainteresowanie zabiegiem chirurgii estetycznej piersi wśród respondentek

Czy zdecydowałyby się Pani na zabieg chirurgii estetycznej piersi?			
Czynnik		Tak N (%)	Nie N (%)
Kierunek studiów	Elektroradiologia	12 (57,14)	9 (42,86)
	Fizjoterapia	14 (28,00)	36 (72,00)
	Logopedia z fonoaudiologią	11 (31,43)	24 (68,57)



Rycina 6. Rozmiar miseczki studentek

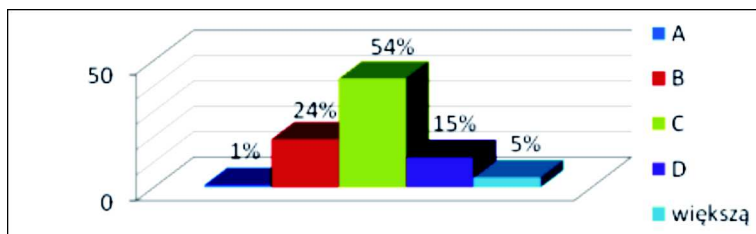
Studentki z uwagi na kierunek studiów różniły się tylko w przypadku rozmiaru miseczki większej od D – taki rozmiar nie występował wśród studentek logopedii z fonoaudiologią.

Tabela 2. Rozmiar miseczki respondentek

Jaki ma Pani rozmiar miseczki?						
Czynnik		A N (%)	B N (%)	C N (%)	D N (%)	Większa N (%)
Kierunek studiów	Elektroradiologia	3 (14,29)	9 (42,86)	4 (19,05)	4 (19,05)	1 (4,76)
	Fizjoterapia	5 (10)	26 (52)	12 (24)	5 (10)	2 (4)
	Logopedia z fonoaudiologią	7 (20)	17 (48,57)	9 (25,71)	2 (5,71)	0 (0)

Badana społeczność, zapytana o rozmiar miseczki, na jaki chciałyby zmienić rozmiar swoich piersi, w 54% zadeklarowała rozmiar C. Rzadszym wyborem był rozmiar B i D – odpowiednio 24% i 15%. Najmniej ankietowanych chciałyby zmienić rozmiar miseczki na A (1%). Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 7 i Tabela 3.

Tylko jedna studentka (kierunek elektroradiologia), spośród wszystkich badanych, zadeklarowała chęć zmiany rozmiaru miseczki na A. Jedyńm kierunkiem, na którym nie było studentek zainteresowanych rozmiarem piersi większym niż D, była logopedia z fonoaudiologią (Tabela 3).

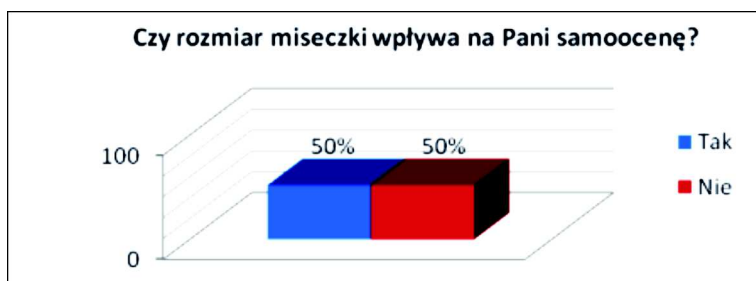


Rycina 7. Preferowany przez studentki rozmiar miseczki

Tabela 3. Preferowany przez respondentki rozmiar miseczki

Na jaki rozmiar by Pani zmieniła rozmiar miseczki?						
Czynnik		A N (%)	B N (%)	C N (%)	D N (%)	Większa N (%)
Kierunek studiów	Elektroradiologia	1 (5,56)	4 (22,22)	8 (44,44)	4 (22,22)	1 (5,56)
	Fizjoterapia	0 (0)	7 (20)	21 (60)	4 (11,43)	3 (8,57)
	Logopedia z fonoaudiologią	0 (0)	8 (30,77)	14 (53,85)	4 (15,38)	0 (0)

Równo połowa studentek odpowiedziała twierdząco i przecząco na pytanie dotyczące wpływu rozmiaru miseczki na ich samoocenę (Rycina 8).



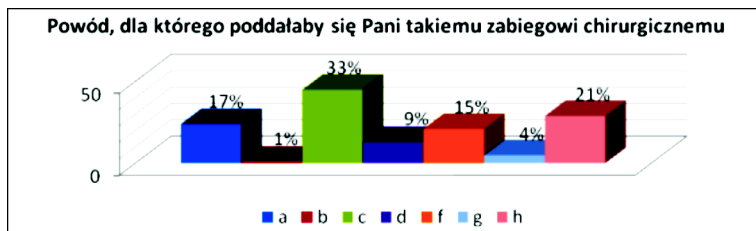
Rycina 8. Wpływ rozmiaru miseczki na samoocenę studentek

Najwięcej twierdzących odpowiedzi udzieliły studentki fizjoterapii (52,38%), natomiast najmniej – studentki logopedii z fonoaudiologią (48,48%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 4.

Studentki zapytane o powód, dla którego poddałyby się omawianemu zabiegowi chirurgicznemu, najczęściej odpowiadały, iż byłyby to powody zdrowotne (33%). Co czwarta badana osoba uzasadniała taką decyzję chęcią lepszego samopoczucia i satysfakcji (Rycina 9).

Tabela 4. Wpływ rozmiaru miseczki na samoocenę respondentek

Czy rozmiar miseczki wpływa na Pani samoocenę?			
Czynnik		Tak N (%)	Nie N (%)
Kierunek studiów	Elektroradiologia	11 (52,38)	10 (47,62)
	Fizjoterapia	25 (50)	25 (50)
	Logopedia z fonoaudiologią	16 (48,48)	17 (51,52)



- a – niezadowolenie z własnego wyglądu
- b – presja otoczenia
- c – powody zdrowotne
- d – chęć podobania się partnerowi
- f – chęć osiągnięcia sukcesów zawodowych
- g – chęć zmiany dotychczasowego wyglądu
- h – dla własnego lepszego samopoczucia i satysfakcji

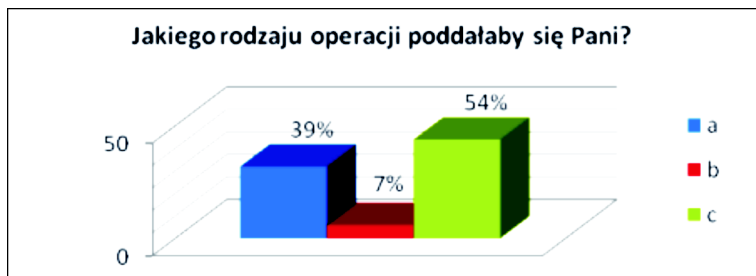
Rycina 9. Powody, dla którego studentki poddałyby się zabiegowi chirurgii estetycznej piersi

W przypadku studentek elektroradiologii najczęściej powodem zmiany rozmiaru piersi była chęć osiągnięcia sukcesów zawodowych (25,58%). Żadna ze studentek elektroradiologii i fizjoterapii oraz tylko 1 studentka logopedii z fonoaudiologią podjęłaby taką decyzję z powodu presji otoczenia.

Tabela 5. Powody, dla którego respondentki poddałyby się zabiegowi chirurgii estetycznej piersi

Czynnik	Kierunek studiów		
	Elektroradiologia	Fizjoterapia	Logopedia z fonoaudiologią
	N (%)	N (%)	N (%)
niezadowolenie z własnego wyglądu	10 (23,26)	10 (18,87)	4 (9,52)
presja otoczenia	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,38)
powody zdrowotne	6 (13,95)	19 (35,85)	20 (47,62)
chęć podobania się partnerowi	4 (9,30)	4 (7,55)	5 (11,90)
chęć osiągnięcia sukcesów zawodowych	11 (25,58)	5 (9,43)	5 (11,90)
chęć zmiany dotychczasowego wyglądu	2 (4,65)	1 (1,89)	2 (4,76)
dla własnego lepszego samopoczucia i satysfakcji	10 (23,26)	14 (26,42)	5 (11,90)

Jako główny rodzaj zabiegu chirurgii estetycznej piersi studentki wskazały modelowanie piersi (54%). 39% ankietowanych powiększyłoby sobie piersi, a tylko 7% z nich dokonałoby ich redukcji (Rycina 10).



a – powiększanie piersi
b – redukcja piersi
c – modelowanie piersi

Rycina 10. Preferowany rodzaj operacji przez studentki

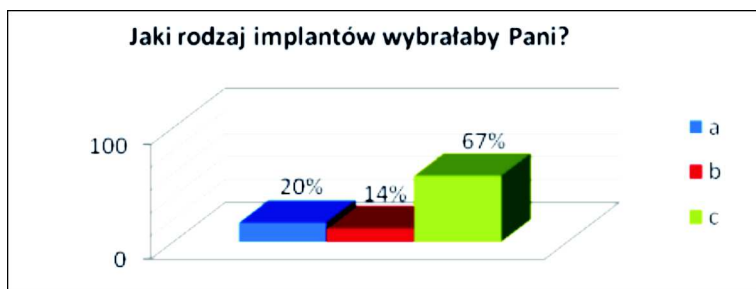
Po dwie studentki z każdego kierunku zdecydowałyby się na redukcję piersi. Chęć modelowania piersi zadeklarowało najwięcej studentek fizjoterapii (55,26%). Największe zainteresowanie powiększeniem piersi wykazały studentki elektroradiologii (40%) (Tabela 6).

Tabela 6. Preferowany rodzaj operacji przez studentki

Czynnik	Kierunek studiów		
	Elektroradiologia	Fizjoterapia	Logopedia z fonaudiologią
	N (%)	N (%)	N (%)
powiększanie piersi	8 (40)	15 (39,47)	9 (37,5)
redukcja piersi	2 (10)	2 (5,26)	2 (8,33)
modelowanie piersi	10 (50)	21 (55,26)	13 (54,17)

Zdecydowana większość respondentek nie potrafiła jednoznacznie określić, jaki wybrałaby rodzaj implantów (67%). 20% respondentek zdecydowałyby się na wypełnienie silikonowe, a 14% na wypełnienie solą fizjologiczną (Rycina 11).

Studentki elektroradiologii oraz logopedii z fonaudiologią, w takiej samej liczbie (po 5), zdecydowałyby się na wypełnienie silikonowe, bądź solą fizjologiczną. Najwięcej niezdecydowanych respondentek było wśród studentek fizjoterapii (78,05%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 7.



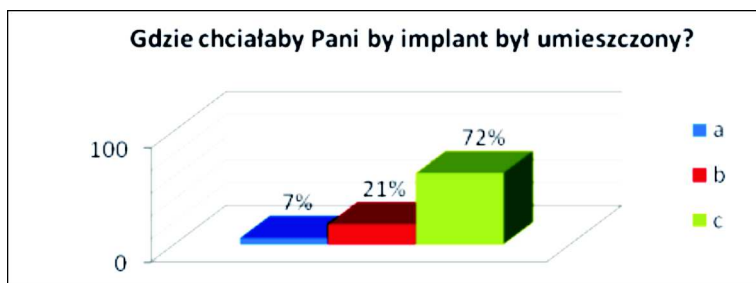
a – wypełnienie silikonowe; b – wypełnienie solą fizjologiczną; c – nie wiem

Rycina 11. Preferowany przez studentki rodzaj implantów

Tabela 7. Preferowany przez studentki rodzaj implantów

Czynnik	Kierunek studiów		
	Elektroradiologia	Fizjoterapia	Logopedia z fonologiaudiologią
	N (%)	N (%)	N (%)
wypełnienie silikonowe	5 (29,41)	7 (17,07)	5 (17,24)
wypełnienie solą fizjologiczną	5 (29,41)	2 (4,88)	5 (17,24)
nie wiem	7 (41,18)	32 (78,05)	19 (65,52)

Badana społeczność zapytana o miejsce, w którym chciałaby by był umieszczony implant, wykazała bardzo duże niezdecydowanie (72%).



a – pod gruczołem mlecznym
b – pod mięśniem piersiowym większym
c – nie wiem

Rycina 12. Preferowane przez studentki miejsce umieszczenia implantu

Podczas udzielania odpowiedzi na pytanie dotyczące preferowanego miejsca umieszczenia implantu, ankietowane nie wykazały rozbieżności związanej ze studiowanym kierunkiem (Tabela 8).

Tabela 8. Preferowane przez respondentki miejsce umieszczenia implantu

Czynnik	Kierunek studiów		
	Elektroradiologia	Fizjoterapia	Logopedia z fonologia
	N (%)	N (%)	N (%)
pod gruczołem mlecznym	1 (5,88)	2 (4,88)	3 (10,34)
pod mięśniem piersiowym większym	4 (23,53)	9 (21,95)	5 (17,24)
nie wiem	12 (70,59)	30 (73,17)	21 (72,41)

Badana społeczność różniła się pod względem oceny, co zmieniłoby w ich życiu operacja chirurgii estetycznej piersi (Rycina 13).



a – nic nie zmieniła; b – poprawa stanu zdrowia; c – poprawa samopoczucia
d – bardziej atrakcyjny wygląd; e – awans w pracy; f – poprawa relacji z partnerem
g – wzrost pewności siebie

Rycina 13. Wpływ zmiany rozmiaru piersi na życie studentek

Studentki elektroradiologii uznały, iż zabieg chirurgii estetycznej piersi spowodowałby ich bardziej atrakcyjny wygląd (35,14%). Studentki fizjoterapii uznały, iż taka zmiana by nic nie zmieniła w ich życiu (31,03%). 1/3 studentek logopedii z fonologia stwierdziła, że wpłynęłaby ona na poprawę ich zdrowia (32,5%). Co czwarta ankietowana w każdej z badanych grup stwierdziła, że zabieg spowodowałby ich bardziej atrakcyjny wygląd. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 9.

Tabela 9. Wpływ zmiany rozmiaru piersi na życie studentek

Czynnik	Kierunek studiów		
	Elektroradiologia	Fizjoterapia	Logopedia z fonologia
	N (%)	N (%)	N (%)
nic nie zmieniła	3 (8,11)	18 (31,03)	6 (15,0)
poprawa stanu zdrowia	2 (5,41)	5 (8,62)	13 (32,5)
poprawa samopoczucia	11 (29,73)	13 (22,41)	10 (25,0)
bardziej atrakcyjny wygląd	13 (35,14)	10 (17,24)	5 (12,5)
awans w pracy	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,0)
poprawa relacji z partnerem	2 (5,41)	1 (1,72)	1 (2,5)
wzrost pewności siebie	6 (16,22)	11 (18,97)	5 (12,5)

Co druga respondentka przeciętnie oceniła poprawę wyglądu osób, które poddały się zabiegowi chirurgii estetycznej piersi. 36% studentek odbierało taką zmianę pozytywnie, a 16% – negatywnie (Rycina 14).



Rycina 14. Ocena studentek poprawy wyglądu osób, które poddały się zabiegom chirurgii estetycznej

Najwięcej spośród studentek elektroradiologii oraz logopedii z fonaudiologią dobrze oceniło poprawę wyglądu osób, które poddały się zabiegowi chirurgii estetycznej. Największą ilość ocen „przeciętny” udzieliły studentki fizjoterapii. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 10.

Tabela 10. Ocena respondentek poprawy wyglądu osób, które poddały się zabiegom chirurgii estetycznej

Jak ocenia Pani poprawę wyglądu osób, które poddały się takim operacjom?		Dobrze N (%)	Przeciętnie N (%)	Źle N (%)
Kierunek studiów	Elektroradiologia	12 (57,14)	8 (38,10)	1 (4,76)
	Fizjoterapia	10 (20,00)	32 (64,00)	8 (16,00)
	Logopedia z fonaudiologią	16 (45,71)	11 (31,43)	8 (22,86)

Ponad połowa respondentek (57%) zadeklarowała pełną świadomość zagrożeń i ograniczeń związanych z zabiegami chirurgii estetycznej piersi. Tylko 2% studentek wykazało całkowity jej brak (Ryc. 15).

Największą świadomość zagrożeń zadeklarowały studentki fizjoterapii (66%). Jedynie wśród studentek elektroradiologii nie było osoby, która nie miała żadnej wiedzy związanej z powyższą kwestią. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 10.

Badana społeczność wykazała zróżnicowaną opinią na temat zagrożeń związanych z korektą piersi – 32% studentek uznały, iż jest to infekcja, 30%, że blizny, a 23%, iż odrętwienie (Ryc. 16).



Rycina 15. Świadomość zagrożeń i ograniczeń związanych z zabiegami chirurgii estetycznej piersi

Tabela 11. Świadomość zagrożeń i ograniczeń związanych z zabiegami chirurgii estetycznej piersi

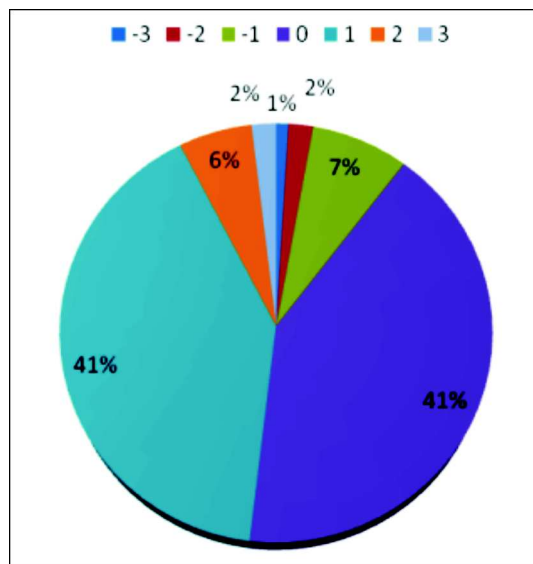
Czy jest Pani świadoma zagrożeń i ograniczeń związanych z tego typu zabiegami?		Tak, w pełni N (%)	Nie do końca N (%)	Nie, w ogóle N (%)
Kierunek studiów	Elektroradiologia	11 (52,38)	10 (47,62)	0 (0,00)
	Fizjoterapia	33 (66,00)	16 (32,00)	1 (2,00)
	Logopedia z fonaudiologią	16 (45,71)	18 (51,43)	1 (2,86)



- a – odrętwienie – przez kilka miesięcy może być brak czucia
- b – blizny
- c – marszczenie się skóry wokół implantu
- d – infekcja
- e – żadna z powyższych

Rycina 16. Opinia studentek na temat zagrożeń związanych z korektą piersi

Wśród ankietowanych obecnie studentek, nie wszystkie powiększyłyby rozmiar – część zmniejszyłyby piersi, a część pozostawiłaby naturalny rozmiar. Analiza realnych rozmiarów miseczek studentek UMB oraz rozmiarów, które chciałyby mieć (a niekoniecznie poddałyby się operacji) uwidacznia, że znaczna większość ankietowanych, która zmieniałaby rozmiar (41%) powiększyłaby go o jeden rozmiar. Pomniejszeniu o jeden rozmiar i powiększeniu o dwa poddałoby się odpowiednio 7% i 6%. Studentek. Na operacje radykalnie zmieniające rozmiar zdecydowałoby się w sumie 5% ankietowanych studentek.



Rycina 17. Różnica pomiędzy rozmiarem naturalnym miseczki a powstałym w wyniku operacji

Warto zauważyć, że 58% ankietowanych, które nie poddałyby się operacji zdecydowały, że powód zdrowotny jest dla nich istotny. Wynika z tego, że choć wizja zabiegu powiększającego piersi nie budzi ich entuzjazmu, to najprawdopodobniej zgodziłyby się na operację odtworzenia piersi usuniętej wskutek np.: nowotworu.

Dyskusja

Amerykańska fundacja *The Aesthetic Surgery Education and Research Foundation* podjęła się próby analizy problematyki związanej z zabiegami powiększania piersi [cyt. za 8]. Autorzy zastosowali dość oryginalną i nowoczesną metodę badań. Na stronach witryny internetowej: www.implantinfo.com opublikowano ankietę składającą się ze 177 pytań, adresowaną zarówno do kobiet, które przeszły zabieg powiększenia piersi z użyciem implantów, jak i tych, które zamierzają poddać się takiej operacji. W ankiecie uzyskano odpowiedzi od 4011 kobiet (2273 po zabiegu i 1738 zdecydowanych na jego wykonanie) [cyt. za 8]. Średnia wieku kobiet biorących udział w amerykańskim badaniu wyniosła 33,5 lat (od 15 do 65 lat) i były to najczęściej kobiety zamieszkujące duże i średnie miasta [cyt. za 8].

Średnia wieku studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wypełniających ankietą to 20 lat, a miejscem ich zamieszkania były głównie średniej wielkości miasta oraz wsie.

Badanie amerykańskie objęło kobiety stanu wolnego, żyjące w nieformalnych związkach lub samotne, nie mające dzieci [cyt. z 8]. Zdecydowana większość kobiet było mężatkami (64%) lub żyjącymi w związku nieformalnym (10%). Wykazano, iż rzadziej na operację decydowały się kobiety samotne (15%), a już wyjątkowo wdowy (0,4%). Kobiety poddające się operacjom powiększania piersi miały najczęściej jedno lub dwojkę dzieci oraz posiadały wyższe wykształcenie (66%) [cyt. za 8].

W badaniu TNS OBOP prowadzonym w ramach kampanii „Świadome Piękno”, większość badanych (78%) nie była zainteresowana poprawianiem urody za pomocą zabiegów medycyny estetycznej, 11% nie wykluczało takiego zabiegu, zaś 3% respondentów było zainteresowanych poprawianiem urody za pomocą tej metody [1].

Ponad połowa ankietowanych (55%) uważała, że młode osoby nie powinny poddawać się zabiegom medycyny estetycznej. 24% respondentów było zdania, że zabiegi medycyny estetycznej można przeprowadzić u osób w różnym wieku, a blisko 1/5 nie miała zdania na ten temat.

Respondentki z obecnego badania, jako powody ewentualnego zabiegu chirurgii estetycznej piersi podały: czynniki zdrowotne (33%), lepsze samopoczucie i satysfakcję (21%) i niezadowolenie z własnego wyglądu (17%).

Odmienne wyniki uzyskał ASERF [cyt. za 8], gdzie najważniejszym czynnikiem skłaniającym do poddania się operacji, była chęć poprawy wyglądu bez ubrania. Decyzja o poddaniu się operacji nie zapadała pochopnie. Ponad połowa badanych kobiet podkreślała, że proces decyzyjny trwał blisko 3 lata. Był on poprzedzony wnikliwą analizą wszelkich „za” i „przeciw” [8].

W amerykańskich badaniach do leczenia zgłaszały się najczęściej kobiety z rozmiarem biustu „A” (46%) i „B” (35%), co jest obiektywnym parametrem uzasadniającym decyzję o operacji [cyt. za 8].

Wśród badanych studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku rozmiar miseczki „B” miało 49% badanych, 24% – „C”, a 14% rozmiar „A”. Respondentki niniejszego badania uznały, że przeprowadzony zabieg poprawiłby ich samopoczucie (25%), pozwoliłby uzyskać bardziej atrakcyjny wygląd (21%), natomiast 20% ankietowanych twierdzi, że taka operacja nie zmieniłaby nic.

Zdecydowana większość badanych przez ASERF (88%) była zadowolona z uzyskanego efektu i aż 93% zdecydowana zachęcać swoje znajome do podjęcia podobnej decyzji. Zdaniem ogromnej większości uzyskany efekt znacznie poprawił ich wygląd (92%) i samopoczucie (82%). Większe piersi, to w opinii badanych przede wszystkim większa radość z kupowania nowych ubiorów (83%), a także poprawa życia seksualnego (53%) i rodzinnego (31%). Tylko 14% kobiet upatrywało w obfitym biuście lepszych perspektyw zawodowych [8].

Z porównania niniejszych badań z badaniami przeprowadzonymi przez ASERF jednoznacznie wynika, że kobiety biorące udział w amerykańskim badaniu były bardziej otwarte na zabiegi chirurgii estetycznej, niż studentki Uni-

wersytetu Medycznego w Białymstoku. Może być to spowodowane faktem, iż ankieta ASERF obejmowała w większości kobiety, które poddały już się zabiegowi oraz takie, które są na niego zdecydowane, natomiast nasza ankieta została przeprowadzona wśród 20-letnich studentek, które nie poddawały się tego typu operacjom. Należy również wziąć pod uwagę dostępność wyżej wymienionego zabiegu w Polsce i USA, sferę materialną oraz standard życia w obu krajach.

Warto w tym miejscu podkreślić, iż dla współczesnej kobiety wygląd stanowi istotny czynnik sukcesu w życiu osobistym i społecznym. Potwierdziło to przeprowadzone własne badanie wykazujące, że dokładnie połowa studentek uważała wpływ rozmiaru jej miseczki za istotny na jej samopoczucie i samoocenę. Dokładnie taka sama liczba ankietowanych twierdziła, że te dwie kwestie są całkowicie od siebie niezależne. 65% spośród ankietowanych studentek nie było jednak zainteresowanych zabiegiem chirurgii estetycznej piersi. Tylko co czwarta badana uznała, iż zmiana rozmiaru miseczki może wpłynąć na poprawę samopoczucia. Podobne wyniki zostały przedstawione przez CBOS.

W 2009 r. CBOS [8] opublikował raport z badania *Jak cię widzą tak cię piszą – Polacy o znaczeniu wyglądu w życiu*, którym objęto 1125 dorosłych Polaków, pytając ich m.in. o ocenę znaczenia wyglądu w ich życiu, zależność między dobrą prezencją a sukcesami w życiu osobistym i zawodowym oraz zadowolenie z własnego wizerunku. Większość Polaków (54%) nie chciała nic zmieniać w swoim wyglądzie, natomiast ponad dwie piąte (43%) chętnie coś by w nim poprawiło. W porównaniu z pomiarem sprzed sześciu lat odsetek ankietowanych, którzy przyznali, że coś by zmienili w swoim wizerunku wyraźnie spadł (o 7 punktów), wzrósł zaś (o 6 punktów) odsetek osób niezamierzających tego robić [cyt. za 9].

Analiza Badania CBOS wykazała, że połowa Polaków (50%) była zadowolona ze swojego wizerunku i nie chciała nic w nim zmieniać [cyt. za 9]. Co czwarty respondent (24%) – pomimo deklarowanej satysfakcji – myślał o dokonaniu pewnych korekt w swoim wyglądzie. 18% ankietowanych było niezadowolonych ze swojej powierzchowności i chciałyby w związku z tym coś w niej zmienić. Zaledwie czterech Polaków na stu wyznało, że wprawdzie nie są usatysfakcjonowani swoim wizerunkiem, ale nie odczuwają potrzeby jego zmiany [cyt. za 9].

Obecnie badane respondentki wykazały dużą niewiedzę w kwestiach dotyczących rodzaju implantu bądź miejsca jego umieszczenia. Taką postawę można być może uzasadniać tym, że studentki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nie chcą poszerzać swojej wiedzy dotyczącej chirurgii estetycznej piersi, gdyż same nie są nią zainteresowane.

Powyższy wynik jest zbliżony do rezultatów badania przeprowadzonego przez CBOS, wg którego tylko 6% kobiet chciałoby poprawić jakąś część swojego ciała [cyt. za 9].

W badaniu TNS OBOP opracowanym na zlecenie firmy Q-Med – inicjatora kampanii „Świadome Piękno” [1], ponad połowa respondentów (60%) była zdania, że zabiegi poprawiające kształt ciała są niebezpieczne dla zdrowia, a 16%

– że są bezpieczne dla zdrowia. Blisko 1/5 respondentów (24%) nie miała zdania na temat bezpieczeństwa zabiegów medycyny estetycznej [1].

57% kobiet spośród ankietowanych stwierdziła, iż jest w pełni świadoma zagrożeń i ograniczeń związanych z chirurgią estetyczną piersi, 42% zadeklarowało ograniczoną świadomości, natomiast 2% – całkowity jej brak. Powyższy wynik pozostaje jednak w niekonsekwencji z odpowiedziami studentek dotyczącymi zagrożeń związanych z chirurgią estetyczną piersi. W powyższym pytaniu widać bardzo duże zróżnicowanie w odpowiedziach (32% studentek uznało, iż jest to infekcja, 30% blizny, 23% – odrętwienie), co wyklucza fakt, iż deklaracja znajomości zagrożeń i ograniczeń była poparta rzeczywistą wiedzą.

Wnioski

1. Ponad 2/3 badanych nie była zainteresowana zabiegiem chirurgii estetycznej piersi.
2. Połowa studentek uważała, że rozmiar piersi ma wpływ na samoocenę, a połowa, iż są to kwestie niezależne.
3. Najczęstszym uzasadnieniem zabiegu chirurgii estetycznej piersi był powód zdrowotny.
4. Co druga badana zdecydowałaby się na zabieg modelowania piersi, a dla połowy ankietowanych preferowany rozmiar miseczki po wykonaniu zabiegu operacyjnego to C.
5. Respondentki wykazały niezdecydowanie w kwestii preferowanego rodzaju implantu i miejsca jego umieszczenia.
6. Badana społeczność prezentowała zróżnicowane poglądy odnośnie oceny tego, co zmieniłaby w ich życiu operacja chirurgii estetycznej piersi oraz wiedzy na temat zagrożeń związanych z korektą piersi.
7. Połowa ankietowanych przeciętnie ceniła poprawę wyglądu osób, które poddały się zabiegowi chirurgii estetycznej piersi.
8. Ponad połowa respondentek zadeklarowała pełną świadomość zagrożeń i ograniczeń związanych z zabiegami chirurgii estetycznej piersi.

Postulaty

Podjęcie działań w celu zwiększenia świadomości kobiet o zabiegach chirurgii estetycznej piersi potwierdza też fakt, że aż 72% studentek Uniwersytetu Medycznego nie wiedziało, w jakim miejscu mogłyby być umieszczone implanty piersi oraz 67%, z jakiego materiału miałyby być to implanty.

Wydaje się celowe, w celu rozwinięcia świadomości Polek dotyczącej chirurgicznych zabiegów piersi, zwiększenie liczby organizowanych sympozjów, konferencji i prelekcji. Kobiety przed podjęciem decyzji muszą być bowiem w pełni świadome zagrożeń i ewentualnych komplikacji z tym związanych. Nie należy

chirurgii estetycznej traktować, jako temat tabu. Pacjentki, które poddały się zabiegowi powinny otwarcie przyznać się do wykonanej operacji, aby w ten sposób uświadomić pozostałe kobiety, które wahają się z podjęciem tej nieraz trudnej decyzji.

Kobiety po mastektomii, które z konieczności zdecydowały się na rekonstrukcję piersi, powinny otrzymać wsparcie wyspecjalizowanych psychologów klinicznych.

Należy również zwrócić uwagę, przed podjęciem decyzji o wykonaniu zabiegu, na konieczność wykonania podstawowych badań, takich jak: określenie czasu krwawienia i krzepnięcia krwi, sprawdzenie morfologii i grupy krwi, USG i mammografii piersi oraz EKG.

Piśmiennictwo

1. Raport TNS OBOP opracowany na zlecenie firmy Q-Med – inicjatora kampanii „Świadome Piękno”, http://www.swiadomepiekno.pl/uploads/biuro_prasowe/tns_obop.pdf, data pobrania 10.12.2010 r.
2. http://pl.wikipedia.org/wiki/Implanty_piersi, data pobrania 10.12.2010 r.
3. http://modiface.pl/en/modiface/korekcja_piersi/1975.html, data pobrania 8.02.2011 r.
4. <http://www.egocentrum.pl/index.php3?kat=6&art=179>, data pobrania 8.02.2011 r.
5. http://www.nurkopedia.pl/wiki/index.php/Implanty_piersi, data pobrania 10.12.2010 r.
6. http://www.implanty.edu.pl/implanty_piersi, data pobrania 8.02.2011 r.
7. <http://www.skalpelik.pl/operacje-piersi/powikszenie-piersi/historia-powiekszenia-piersi-i-implantow>, data pobrania 10.12.2010 r.
8. www.implantinfo.com, data pobrania 10.12.2010 r.
9. Komunikat z Badań CBOS, Jak cię widzą, tak cię piszą – Polacy o znaczeniu wyglądu w życiu, BS/112/2009, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_112_09.PDF, data pobrania 10.12.2010 r.

Spis treści

Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej

Józef Binnebesel, Piotr Krakowiak, Dominik Krzyżanowski, Agnieszka Paczkowska – <i>Cierpienie dzieci u kresu życia – Tanatopedagogiczne konteksty koncepcji dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego</i>	13
Zygmunt Pucko – <i>Archetyp Hioba ideałem postawy dla dzieci chorych na nowotwory – polemika z pewną koncepcją złudzenia</i>	21
Bogusław Stelcer – <i>Rola grup Balinta w praktyce hospicyjnej</i>	29
Izabela Chmiel, Anna Kliś-Kalinowska, Jan Iwaszczyszyn, Agnieszka Gniadek, Grażyna Jakóbczyk, Janusz Czekaj, Iwona Pieniążek – <i>Znaczenie zasad etycznych w opiece świadczonej przez pielęgniarkę paliatywną</i>	35
Anna Kliś-Kalinowska, Izabela Chmiel, Katarzyna Czyżowicz, Jan Iwaszczyszyn, Iwona Pieniążek, Janusz Czekaj – <i>O dylematach etycznych w pracy pielęgniarek paliatywnych</i>	43
Teresa Paszek, Zofia Sienkiewicz, Irena Wrońska, Anna Gruba, Jacek Imiela – <i>Zachowania pielęgniarek wobec umierania i śmierci</i>	49
Zofia Sienkiewicz, Teresa Paszek, Mariusz Wysokiński, Anna Leńczuk-Gruba, Ewa Kobos, Wiesław Fidecki, Irena Wrońska, Jacek Imiela – <i>Rola pielęgniarki w zaspokajaniu potrzeb duchowych pacjenta</i>	59
Elżbieta Krajewska-Kułak, Anna Baranowska, Barbara Jankowiak, Krystyna Klimaszewska, Dorota Kondzior, Krystyna Kowalczyk, Beata Kowalewska, Katarzyna Krajewska-Ferisah, Agnieszka Lankau – <i>Ocena postaw studentów pielęgniarstwa wobec cierpienia</i>	69
Cecylia R. Łukaszuk, Aneta Dąbrowska, Krystyna Klimaszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak – <i>Opieka paliatywna/hospicyjna w opinii społecznej</i>	79
Irena Mickiewicz, Elżbieta Krajewska-Kułak – <i>Postrzeganie przez studentów kierunku pielęgniarstwo roli hospicjów w opiece nad chorym</i>	93

Emilia Rozwadowska, Elżbieta Krajewska-Kułał, Anna Wiśniewska, Izabela Młynarczyk, Marcin Hładuński, Piotr Szymańczyk, Joanna Romanowska, Barbara Turko, Weronika Porowska, Urszula Skiepmo, Ewelina Chilińska, Malwina Ryniec, Inga Doluk, Jarosław Drzymkowski, Zuzanna Tyrakowska, Malwina Ryniec, Monika Wybraniak, Natalia Górka, Magdalena Anna Chilicka, Robert Terlikowski – <i>Postrzeżanie wolontariatu przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Doniesienie wstępne</i>	103
Janina Książek, Katarzyna Gdaniec, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska – <i>Problemy pacjentów z rakiem płuca objętych domową opieką hospicyjną</i>	115
Janina Książek, Halina Leyk, Aleksandra Gaworska-Krzemińska, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska – <i>Opinie pielęgniarek na temat metod pielęgnacji u osób z odleżynami w hospicjum</i>	125
Angelika Gonzalez – <i>Wentylacja mechaniczna pacjenta w warunkach domowej opieki paliatywnej, metody, zagrożenia, problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze</i>	135
Dorota Joanna Kondzior, Krystyna Danuta Fiłończuk, Hanna Joanna Rolka, Elżbieta Krajewska-Kułał, Krystyna Klimaszewska, Barbara Jankowiak, Krystyna Kowalczyk, Beata Kowalewska – <i>Problemy pielęgnacyjne pacjentki z chłoniakiem złośliwym w trakcie stosowania chemioterapii</i>	145
Renata Piotrkowska, Grażyna Waleńska, Janina Książek, Sylwia Terech – <i>Zasady pielęgnacji skóry i błony śluzowej jamy ustnej w czasie trwania i po zakończeniu radioterapii</i>	157
Regina Sierżantowicz, Dorota Gąsiorek, Bożena Kirpsza, Jolanta Lewko, Lech Trochimowicz – <i>Stopień akceptacji choroby u pacjentek po mastektomii</i> .	167

Śmierć społeczna

Renata Świdorska, Dawid Arkadiusz Włodarczyk – <i>Dziadku do widzenia</i> .	179
Walentyna Pasięka – <i>Tożsamość negatywna a wykluczenie społeczne</i>	185
Marta Anna Sałapata – <i>Spółczna śmierć śmierci – (nie)rozumiały ostracyzm śmiertelników wobec umierania (Refleksja nad postawami nauczycieli wobec śmierci – wstępne wnioski z badań)</i>	191
Ewa Mojs, Włodzimierz Samborski, Dariusz Samulak, Krzysztof Jaroszewski – <i>Choroba przewlekła jako predyspozycja do tworzenia sytuacji problemowych na przykładzie padaczki u dzieci</i>	201
Izabela Chmiel, Maciej Górkiewicz, Tomasz Brzostek, Anna Kliś-Kalinowska – <i>Przyczyny i skutki śmierci społecznej w ocenie pielęgniarek</i>	211

Elżbieta Krajewska-Kułak, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Emilia Rozwadowska, Jolanta Lewko, Cecylia Regina Łukaszuk, Hanna Joanna Rolka, Matylda Sierakowska, Agnieszka Szyszko-Perłowska, Anna Kulmaczewska Magdalena, Paweł Radziejewski, Alicja Moczydłowska – <i>Ocena postaw młodzieży wobec bezdomności</i>	219
Agnieszka Kułak, Piotr Kułak – <i>Postawy studentów fizjoterapii wobec osób niepełnosprawnych</i>	231
Miłosz Marcysiak, Małgorzata Marcysiak, Ewa Wiśniewska, Małgorzata Zagroba, Bożena Ostrowska, Grażyna Skotnicka-Klonowicz – <i>Postawy wobec życia zwolenników i przeciwników kary śmierci</i>	243
Małgorzata Marcysiak, Ewa Wiśniewska, Miłosz Marcysiak, Bożena Ostrowska, Małgorzata Zagroba, Grażyna Skotnicka-Klonowicz – <i>Śmierć cywilów w wyniku działań wojennych – etyczne aspekty wojny</i>	253
Ewa Wiśniewska, Małgorzata Marcysiak, Grażyna Skotnicka Klonowicz, Bożena Ostrowska, Małgorzata Zagroba, Miłosz Marcysiak, Wanda Skrzypczyk – <i>Postrzeżenie śmierci przez żołnierzy</i>	261
Regina Sierżantowicz, Magda Koc, Justyna Tworowska – <i>Czy patologiczna otyłość może być przyczyną śmierci?</i>	273

Wybrane zagadnienia opieki położniczo-ginekologicznej

Stanisław Cebrat – <i>In vitro</i> metodą łamania barier naturalnych – wpływ na pulę genetyczną populacji	285
Alicja Moczydłowska – <i>Problem aborcji w świetle przepisów prawnych i jej konsekwencje</i>	295
Anna Jeżewska – <i>Macierzyństwo zastępcze w Polsce i na świecie – aspekty prawne i etyczne</i>	327
Anna Buszka, Angelika Gonzalez, Anna Bednarek, Kinga Błoszyk – <i>Medycyna na granicy życia w obliczu niepłodności</i>	335
Ewelina Chilińska, Malwina Ryniec, Emilia Rozwadowska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Jolanta Lewko – <i>Postrzeżenie in vitro</i> przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	345
Izabela Młynarczyk, Marcin Hładuński, Piotr Szymańczyk, Emilia Rozwadowska, Elżbieta Krajewska-Kułak – <i>Postrzeżenie aborcji przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku</i>	359

Wybrane problemy wielodyscyplinarnej opieki nad chorym

- Barbara Jankowiak, Katarzyna Piotrowska, Cecylia Łukaszuk, Hanna Rolka, Ryszard Wagner, Krystyna Klimaszewska, Beata Kowalewska, Romuald Krynicki – *Analiza występowania czynników ryzyka raka jelita grubego* 385
- Krystyna Klimaszewska, Hanna Rolka, Alina Sorokin, Barbara Jankowiak, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Krystyna Kowalczuk, Dorota Kondzior – *Społeczna jakość życia pacjentów z chorobą Parkinsona* 399
- Dorota Joanna Kondzior, Marta Chełchowska, Hanna Joanna Rolka, Elżbieta Krajewska-Kułak, Krystyna Klimaszewska, Barbara Jankowiak, Krystyna Kowalczuk, Beata Kowalewska, Agata Gołębowska, Joanna Chilińska – *Jakość życia pacjentów z chorobą Parkinsona* 413
- Dorota Joanna Kondzior, Krystyna Klimaszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Hanna Joanna Rolka, Barbara Jankowiak, Krystyna Kowalczuk, Beata Kowalewska – *Pielęgnowanie chorego z niedowładem połowicznym w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego* 427
- Dorota Joanna Kondzior, Aneta Roszkowska, Krystyna Klimaszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Wojciech Kułak, Hanna Joanna Rolka, Krystyna Kowalczuk, Anna Baranowska, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz – *Pielęgnowanie dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym – opis przypadku* 441
- Agnieszka Sobocińska, Romuald Krynicki, Hanna Bachórzewska-Gajewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Krystyna Wróblewska, Marian Jaszewski – *Implantowalny kardiowerter-defibrylator szansą przeżycia pacjentów obciążonych kardiologicznie – na podstawie populacji pacjentów leczonych w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży* 455
- Janina Książek, Małgorzata Fiał, Magdalena Leyk – *Postawy pacjentów z przetoką jelita grubego* 465
- Bożena Okurowska-Zawada, Wojciech Kułak, Wojciech Sobaniec, Dorota Sienkiewicz, Grażyna Paszko-Patej – *Postępowanie rehabilitacyjne w zniekształceniach narządu ruchu towarzyszących przepuklinie oponowo-rdzeniowej – doświadczenia własne* 479
- Regina Sierżantowicz, Izabela Żukowska, Małgorzata Rogowska – *Prometeusz XXI wieku nieświadomi śmierci* 495
- Zuzanna Tyrakowska, Jarosław Drzymkowski, Anita Kuszczak, Emilia Rozwadowska, Elżbieta Krajewska-Kułak – *Postawy studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wobec zabiegów chirurgii estetycznej* 505

Numer główny: ISBN 978-83-89934-14-7

Numer IX tomu: ISBN 978-83-89934-67-3