

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Wydział Nauk o Zdrowiu

# *W drodze do brzegu życia*



Praca zbiorowa pod redakcją:

*Elżbiety Krajewskiej-Kułak i Cecylii Łukaszuk*

Tom VII

Białystok 2009



# **W drodze do brzegu życia**

**Tom VII**



**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu**

# **W drodze do brzegu życia**

**Tom VII**

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

**Białystok 2009**

Recenzenci:  
Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska  
Dr hab. med. Marek Szczepański

ISBN 978-83-89934-14-7  
Tom VII: ISBN 978-83-89934-59-8

Wydanie I  
Białystok 2009

Opracowanie graficzne:  
Agnieszka Kułak

Skład i łamanie:  
Stanisław Żukowski

Druk i oprawa:  
MKDruk, Drukarnia S.C. ul. Marczukowska 6, 15-724 Białystok

*Umarli umierają dopiero wtedy, gdy przestajemy o nich myśleć.  
Pamięć o nich przywraca ich życiu.  
Zmarli, o których zapomniano, leżą pod ziemią  
bez szansy na zmartwychwstanie.  
Są też tacy, którzy podnoszą się z grobu dzięki naszym myślom.  
Miłość przewycięża największe przeszkody,  
ale tylko miłość Boga ma dar przywracania do życia.*

Maurice Maeterlinck, 1862–1949





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.

Niech ten tom będzie okazją do pokazania, iż śmierć dotyczy nie tylko tych, którzy są ciężko chorzy, ale także chorych psychicznie, niepełnosprawnych, z upośledzeniami genetycznymi i tych, którzy są po prostu bezdomni i za życia już traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli. Są tu prace lekarza, pielęgniarki, położnej, psychologa, socjologa, pedagoga, pacjenta, rodzica. Tych, którzy przeżyli śmierć swoich najbliższych lub wychowują dziecko niepełnosprawne.

Antoine De Saint-Exupéry pięknie napisał: „Byle podmuch wiatru może zgasić lampę – trzeba dobrze uważać”. Tak samo jest z naszym życiem. Śmierć przychodzi bowiem nieoczekiwanie i zawsze za wcześnie, bez względu na to, czy dotyczy osoby dorosłej, czy dziecka. Jest dla każdego przeżyciem ogromnie traumatycznym. Jest jednak faktem, który trzeba wliczyć w życie, jak każdy inny element ludzkiego bytowania. Nie powinna wprowadzać w stan przygnębienia i depresji, ale być bodźcem do rozmyślań nad sensem istnienia. Każdy człowiek przygotowuje się na śmierć, nawet zdrowy. Jest ona bowiem zjawiskiem naturalnym. Jest oczywistością, z którą powinniśmy się oswoić. Ilekroć jednak z nią się stykamy, staje się dla nas szokująca i paradoksalnie, zupełnie nieprzewidziana. Małgorzata Musierowicz twierdziła bowiem, iż „śmierć nadaje piękno życiu. Tylko sztuczne kwiaty nie umierają”.

Tales napisał kiedyś: „Śmierć niczym nie różni się od życia”. Czy tak jest naprawdę? Mamy nadzieję, że odpowiedź na to pytanie znajdzie czytelnik w tym tomie monografii, a jego lektura stworzy okazję do przeżywania szczególnych uczuć i refleksji nad życiem i przemijaniem. Przemijaniem, które ma wiele znaczeń. Jest przemijanie czasu, życia i świata. Zdarza się każdego dnia. Istnieje w każdej godzinie, minucie, sekundzie i chwili... Przemija wszystko: rzeczy, sprawy, idee, moda, ludzie... Nigdy nie powtórzy się coś, co zdarzyło się sekundę temu. Nie ma możliwości zmiany tego, co już zostało powiedziane, zrobione... Przemijanie życia,

ma jednak inny wymiar. „Życie przemija z czasem, ze światem, a świat z życiem”. To jedno pasmo wielu końców – koniec gaworzenia, koniec dzieciństwa, koniec szkoły, koniec pracy, koniec szczęścia, koniec rozpaczy, a wreszcie koniec życia... Prędzej czy później wszyscy odejdziemy z tego świata. Trzeba jednak pamiętać, iż w życiu ważne są wszystkie chwile, każde życie i każda śmierć...

Bo wszystko na świecie mija jak sen...

*Prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak*  
*Dr n. med. Cecylia Łukaszuk*

## Recenzja wydawnicza tomu VII *W drodze do brzegu życia*

Postęp w naukach medycznych mobilizuje środowisko medyczne – pielęgniarki i położne do prowadzenia badań i rozpowszechniania ich wyników. Opracowanie to powstało dzięki zaangażowaniu osób, związanych z pielęgniarstwem bezpośrednio i pośrednio.

Prezentowane materiały do monografii mają uniwersalny aspekt poznawczy. Zostały wyodrębnione istotne zagadnienia związane ze śmiercią, cierpieniem, opieką sprawowaną przez zespół hospicjum domowego, z eutanazją, terapią bólu przewlekłego w chorobie nowotworowej, komunikację z osobami chorymi, posługę duszpasterską i żałobę.

Drugim bardzo istotnym zagadnieniem przedstawionym w monografii są czynniki ryzyka samobójstwa wśród dzieci i młodzieży, osób z zaburzeniami psychicznymi i w wieku podeszłym. Na uwagę zasługują zagadnienia z zakresu medycyny tropikalnej – malaria, epidemia, AIDS.

Z kolei bezdomność, jako zjawisko społeczne stanowiące nieodłączny element rzeczywistości spowodowany przyczynami natury ekonomicznej, prawnej, społecznej i psychologicznej znalazł również swoje odzwierciedlenie w niniejszej monografii.

Monografia skłania do refleksji i stanowi źródło informacji dla pracowników służby zdrowia, którzy już posiadają określone doświadczenie zawodowe, jak i dla studentów pielęgniarstwa wchodzących stopniowo do zawodów medycznych.

Przygotowana monografia pt. *W drodze do brzegu świata* pod red. Prof. dr hab. Elżbiety Krajewskiej-Kuśak oraz dr n. med. Cecylii Łukaszuk w pełni zasługuje na wydanie.

*Prof. zw. dr hab. Irena Wrońska  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

## Recenzja wydawnicza tomu VII *W drodze do brzegu życia*

To już po raz kolejny, jak zwykle w grudniu, w atmosferze zbliżających się najpiękniejszych, radosnych Świąt Bożego Narodzenia, zostają wydane kolejne tomy monografii *W drodze do brzegu życia*. Ten tak jednoznaczny dysonans, radość jaką przynosi nowe życie i smutek towarzyszący śmierci, nie tylko nie zniechęca, ale stał się wręcz magnesem zachęcającym autorów do współtworzenia VI i VII tomu monografii.

Wiemy o tym dobrze, że życie każdego człowieka, wypełnione inną treścią, barwne lub szare, krótkie lub długie, wesołe czy smutne, nieuchronnie zmierza ku śmierci. Życie kończy się wraz z ostatnim oddechem, ostatnim uderzeniem serca. Śmierć przychodzi czasami nagle, częściej jednak czujemy, że się zbliża, wiemy że nadejdzie nieuchronnie, wiemy że jest tuż obok. Pomimo bliskiej obecności, każe niekiedy czekać na siebie bardzo długo, zbyt długo, przerażająco długo. Czekać w cierpieniu, bólu, niemocy, w zawieszeniu między niechcianym już życiem a upragnioną śmiercią.

Właśnie temat opieki nad cierpiącymi pacjentami w stanie terminalnym, zdominował tegoroczną konferencję. Wiele prac poświęconych jest różnym aspektom opieki hospicyjnej i rozważaniom na temat eutanazji. Są to tematy niezwykle ważne, ponieważ nie jesteśmy w stanie w pełni zrozumieć tego, co przeżywa osoba umierająca w cierpieniu. Niosąc pomoc umierającym, powinniśmy „być” z nimi w najpełniejszym i najgłębszym tego słowa znaczeniu. Wspaniale jest jeśli posiadamy dar empatii, umiejętność zrozumienia innych ludzi, zdolność współodczuwania z nimi ich uczuć i emocji. Możemy wtedy najpiękniej towarzyszyć umierającym. Poszanowanie życia i jednocześnie akceptacja śmierci, uszanowanie słabości, leku i wątpliwości w cierpieniu, stanowią ogromne wsparcie w najtrudniejszych, ostatnich chwilach życia. Przecież każda śmierć, będąc przeżyciem niezwykłym, wzbogaca tych którzy pozostają.

Liczni autorzy wprowadzają czytelnika monografii, w świat własnych przeżyć, przemyśleń i refleksji. Dziela się rozterkami, wątpliwościami, dylematami natury ludzkiej, moralnej, etycznej, światopoglądowej, religijnej. Niektóre prace zawierają ogromny ładunek emocji, wynikający z przeżyć osobistych autorów. Ta różnorodność kierunków spojrzenia inspiruje czytelnika do własnych przemyśleń. Może on zgodzić się lub nie ze zdaniem autora, z całą pewnością nie zostanie obojętny.

*Dr hab. Marek Szczepański*  
*Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*



## *Życiodajna śmierć*

*Niebiańskiej ciszy głos.  
Dusze stają w obliczu Pana.  
Nie chcą uwierzyć, że...  
przed nimi chwila nieoczekiwana.  
Odchodzą po to, by żyć.  
Nieobecnych pojawiają się cienie.  
Puste miejsca zajmują wspomnienia.  
Woal zamyśleń spowija ziemię.  
Splątane myśli skołatanych serc.  
Wirry tęsknoty i osamotnienia.  
Odchodzą radości i smutki,  
szukając sensu w bezsensie istnienia.  
Z samym sobą ustało zmaganie.  
Nastał czas świętego wytchnienia.  
Nadzieja przygasająca w nas  
w Bogu oczekuje zbawienia.  
Odchodzą po to, by żyć.  
Życiodajna śmierć rodzi wieczne życie.  
Weź do ręki obumarłe ziarno  
i przez chwilę przypatrz mu się skrycie...  
Wszelkie pragnienia i nadzieje,  
to, co po nas pozostaje,  
niech zabłyśnie jak diament w popiele,  
skarbem dla potomnych się staje.*

\* \* \*

*Módl się o szczęśliwą, dobrą śmierć,  
taką życiodajną, świętą,  
dotykającą wieczności Bożej,  
a za życia będącą ...  
tajemnicą niepojętą.*

Iza Marciniak





# Zdrowie, choroba, uzależnienia

*Przejście*

*To nie koniec.  
Wchodzimy w obietnicę.  
Już inna faza. Mijamy  
smugę cienia. Uwaga,  
życie się zbliża!*

*Iza Marciniak*





Katarzyna Łagoda<sup>1</sup>, Katarzyna Snarska<sup>1</sup>, Grażyna Kobus<sup>1</sup>,  
Julia Sawicka<sup>1</sup>, Hanna Bachórzewska-Gajewska<sup>1,2</sup>

## **Żywność, zagrożeniem zdrowia i życia we współczesnym świecie**

Technologia wytwarzanej obecnie żywności na skalę przemysłową stanowi istotne zagrożenie dla życia i zdrowia współczesnego człowieka.

Wiele chorób społecznych spowodowanych jest między innymi nieprawidłowym odżywianiem, przekarmianiem, spożywaniem mało wartościowych węglowodanów. Coraz bardziej powszechnym problemem jest otyłość u ludzi w krajach wysoko rozwiniętych. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Obsługi Wyżywienia Szkół, największe korporacje przetwarzanej żywności serwują dania z fast foodów w 30% szkół w Ameryce. Efektem tego było podwojenie liczby otyłych dzieci w ciągu ostatnich trzydziestu latach.

Kolejnym problemem jest związek sposobu odżywiania i zawartości środków chemicznych w żywności z rozwojem choroby nowotworowej. Wiele badań udowodniło, że pestycydy mają wpływ na rozwój białaczki, raka jelita grubego, raka jajnika i piersi. Obecnie na całym świecie trwają badania naukowe dotyczące wpływu akryloamidu na powstawania nowotworów. Związek ten jest substancją chemiczną, która może powstawać w żywności w sposób naturalny podczas przyrządzania w wysokiej temperaturze (np. pieczenie na ruszcie, w piekarniku i smażenie) produktów zawierających skrobię. Substancja ta wytwarza się nie tylko w produktach wytwarzanych przemysłowo, ale także w placówkach żywienia zbiorowego czy też w domach. Akryloamid występuje w produktach poddawanych smażeniu, pieczeniu, prażeniu, takich jak: chleb, smażone ziemniaki, ciastka, słone przekąski oraz płatki śniada-

---

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

niowe, kawa, a także w niektórych owocach i warzywach. Zainteresowanie akryloamidem pojawiło się w 2002 roku. Został wtedy wykryty przypadkowo w badaniach niezwiązanych z żywieniem, prowadzonych w Szwecji. Późniejsze badania naukowe dowiodły, że akryloamid powstaje w wyniku ogrzewania aminokwasu asparginy do temperatury powyżej 100 stopni Celsjusza w obecności cukrów. Hipoteza, że związek ten może powodować u ludzi zwiększone ryzyko chorób nowotworowych, układu krążenia lub układu nerwowego jest wciąż badana. W 2007 roku państwa członkowskie Unii Europejskiej podjęły decyzję o konieczności monitorowania poziomów akryloamidu w żywności (dokument z dnia 3 maja 2007 roku nr 2007/331/WE). W Polsce badania monitoringowe są prowadzone pod nadzorem Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

W listopadzie 2007 roku opublikowano obszernie sprawozdanie, w którym dokonano przeglądu badań dotyczących wpływu trybu życia na ryzyko zachorowania na różne choroby nowotworowe. Przegląd, opublikowany wspólnie przez Światową Fundację Badań nad Rakiem (World Cancer Research Fund – WCRF) oraz Amerykański Instytut Badań nad Rakiem (American Institute for Cancer Research – AICR) opisuje aktualny stan wiedzy dotyczący powiązań między sposobem żywienia, składem ciała, aktywnością fizyczną a występowaniem różnych chorób nowotworowych. Związki pomiędzy nadmierną zawartością tłuszczu w organizmie a występowaniem chorób nowotworowych są obecnie lepiej udokumentowane niż w latach 90. W szczególności istnieją przekonujące dane, że istnieje przyczynowa zależność pomiędzy wysoką zawartością tłuszczu a rakiem przełyku, trzustki, jelita grubego, trzonu macicy, nerki i piersi, a prawdopodobnie również rakiem pęcherzyka żółciowego.

Istnieją przekonujące dowody na zależność przyczynową pomiędzy spożyciem alkoholu a występowaniem raka gardła, przełyku, jelita grubego (u mężczyzn) oraz raka piersi u kobiet. Prawdopodobny związek istnieje pomiędzy piciem napojów alkoholowych a rozwojem raka wątroby i jelita grubego u kobiet.

Wiele przetworzonych produktów mięsnych, takich jak szynka, bekon, wędzonki, kielbasy zawiera azotany, azotyny i inne substancje utrwalające dodawane podczas ich wyrobu. Przy spożyciu w nadmiernych ilościach, azotyny i azotany zawarte w pożywieniu są prawdopodobnie związkami rakotwórczymi dla ludzi, ponieważ w ich organizmie są przetwarzane na karcynogenne N-nitrozwiązki.

Tłuszcze i oleje są składnikami pożywienia o najwyższej gęstości energetycznej. Cukry proste to węglowodany cechujące się słodkim smakiem. Tłuszcze i cukry proste są składnikami wielu produktów i napojów o wysokiej zawartości energetycznej, które mogą przyczyniać się do wzrostu masy ciała i nadwagi, co zwiększa ryzyko powstania niektórych nowotworów.

Sól (chlorek sodu) jest niezbędnym składnikiem prawidłowego funkcjonowania organizmu, a w przeszłości był cennym artykułem handlowym. Obecnie sól znajduje się w prawie każdym produkcie przetworzonym. Służy do utrwalania takich produktów, jak: solone mięso, ryby, oliwki, wędliny, sosy, chipsy, orzechy i inne pikantne przekąski. Badania naukowe dowiodły, że wysokie spożycie soli uszkadza błonę śluzową żołądka, zwiększa wytwarzanie związków N-nitrozowych, sprzyja karcynogenezie w żołądku, zatrzymywaniu wody w organizmie, obrzękom, a także chorobom układu sercowo-naczyniowego.

Pestycydy, czyli inaczej chemiczne preparaty stosowane do ochrony roślin przed szkodnikami i chwastami, stają się w ostatnich latach bardzo częstą przyczyną poważnych chorób człowieka. Rocznie na europejskie pola rozsypuje się ponad 45 tysięcy ton trujących pestycydów. Według Amerykańskiego Biura ds. Żywności i Lekarstwa (FDA) ponad 35% przetestowanej żywności w 1998 roku zawierało pestycydy. Amerykańska Agencja Ochrony Środowiska szacuje, że około milion Amerykanów pije wodę skażoną pestycydami, które przedostają się do zasobów wody pitnej z uprawnych pól. Rolnicze chemikalia wpływają również do rzek, ryby nie nadają się do spożycia, a woda nie nadaje się nie tylko do celów spożywczych, ale także rekreacyjnych.

Zdaniem wielu alergologów alergia w krajach wysoko rozwiniętych może być spowodowana przez technologię produkcji żywności. W krajach zachodnich przemysł spożywczy wykorzystuje dodatki do żywności co najmniej 1500 różnych substancji syntetycznych i pochodzenia naturalnego. Wiele z nich może powodować reakcje alergiczne i pseudoalergiczne.

Żywność może być także źródłem szkodliwych dla człowieka bakterii. Badania w Ośrodku Kontroli Zachorowań (Centre for Disease Control) podają, że tzw. choroby brudnych rąk wywołanych skażoną żywnością występują aż u 80 milionów ludzi, z których umiera 9 tysięcy w ciągu roku w samych tylko Stanach Zjednoczonych. Najczęstszym źródłem infekcji jest wołowina, drób, wieprzowina, ale także nieprawidłowo przechowywane sery, warzywa i owoce. Obecnie odnotowuje się 10-krotny

wzrost przypadków zachorowań spowodowanych *Salmonellą* i pałeczkami *E. coli* niż 20 lat temu. Zdaniem naukowców przyczyną tego wzrostu zachorowań są nieprawidłowe warunki hodowli zwierząt, stłoczonych w ciasnych klatkach, w słabo wentylowanych pomieszczeniach, bez dostępu do świeżej wody i powietrza, nierzadko przebywające we własnych odchodach.

Kolejnym problemem współczesnej technologii żywności jest stosowanie antybiotyków i hormonów przy żywieniu zwierząt. Masowe stosowanie antybiotyków przyczynia się do wzrostu odporności na działanie antybiotyków u ludzi. Infekcje odporne na antybiotyki stały się obecnie jedenastą z kolei przyczyną ilości zgonów w USA. Większość raportów wini lekarzy, którzy zbyt często przypisują antybiotyki bez wyraźnej potrzeby. Dane jednak wskazują, że aż 50% antybiotyków stosowanych w USA w ogóle podaje się właśnie zwierzętom. Antybiotyki podawane zwierzętom powodują, że organizmy chorobotwórcze mutują się w coraz silniejszą postać. *Salmonella*, *E. coli*, *Campylobacter* wytworzyły szczepy zupełnie odporne na obecnie dostępne antybiotyki. Masowe stosowanie antybiotyków w produkcji żywności może spowodować powstanie szczepu bakterii, która spowoduje globalną epidemię lub pandemię.

Do metod konserwacji żywności należą m.in.: solenie, cukrzenie, dodawanie alkoholu, oleju, pasteryzacja, dodawanie konserwantów oraz sterylizacja radiacyjna. Powszechnie stosowanym konserwantem jest benzoesan sodu, który działa bakteriostatycznie. Glutaminian sodu E 621 jest bardzo często dodawany do zup typu instant, sosów sojowych, czy też konserw rybnych. Jego nadmierne spożycie może spowodować tzw. *syndrom restauracji chińskiej*, objawiający się sztywnieniem karku, pleców i ramion, przyspieszonym rytmem serca, bólem głowy i uczuciem osłabienia. Analizując skład kostki bulionowej należy zwrócić uwagę na zawartość suszonych warzyw, która wynosi „aż” 0,6%. Smak mięsa nadawany jest za pomocą syntetycznego guanylanu disodowego E 627, natomiast barwę wywaru zapewnia karmel amonikalany E 150. W testach przeprowadzanych na zwierzętach, duże dawki karmelu pozyskanego metodą amoniakalną wywoływały obniżenie liczby białych krwinek. Przyprawy warzywne do zup zawierają nieco więcej suszonych warzyw niż kostki bulionowe, bo około 15,1%. Pozostały skład to między innymi: glutaminian sodu, inozynian sodu (E 631) i guanylan sodu.

Konieczne jest sprawdzanie wszystkich informacji na temat składników i dodatków na opakowaniach produktów. Ze względu na powszech-

ność ich stosowania. Dziennie spożycie szkodliwych dla organizmu dodatków do żywności może sięgać nawet 10–20 gram.

Popularne barwniki i konserwanty stosowane w napojach, słodyczach i przetworzonej żywności są przyczyną nadaktywności, braku koncentracji i złego zachowania dzieci. Ostrzega o tym brytyjska rządowa Agencja Standardów Żywnościowych. Przeprowadzone na zlecenie agencji badania zespołu naukowców Uniwersytetu w Southampton ujawniły szkodliwy wpływ spożywania barwników i konserwantów na stan psychiczny. U dzieci w wieku 8 i 3 lat objętych badaniem zaobserwowano trudności z koncentracją uwagi, a także nadmierną hałaśliwość. Publikacja wyników eksperymentu wywołała ogromną dyskusję nad szkodliwością tych składników dodawanych do żywności. Federacja napojów i żywności zarzuciła agencji, że badania są mało wiarygodne.

Jak przedstawia się sytuacja z wędlinami i wyrobami garmazeryjnymi? Zgodnie z dyrektywami Unii Europejskiej parówki powinny zawierać 1%. Do wędlin najczęściej dodawane są: zagęszczacz o nazwie karagen (E 407), który w dużych dawkach wpływa niekorzystnie na trawienie, a nawet może powodować owrzodzenie jelit. Barwa wędlin nie jest również naturalna. Najczęściej kolor wędlin związany jest z dodawanym stabilizatorem barwy E 250, czyli azotynem sodu. Jest on powszechnie dodawany do produkcji wędlin. Spożyty w dużych ilościach utrudnia transport tlenu przez krew.

Kolejnym dodatkiem powszechnie dodawanym do napojów, soków, produktów mlecznych są słodziki, np. aspartam (E 951). Produkt ten już dwukrotnie był wycofywany z rynku spożywczego w USA z powodu niekorzystnego wpływu na zdrowie. W lipcu 2005 roku włoscy naukowcy stwierdzili, że aspartam może powodować białaczkę i nowotwory węzłów chłonnych. W jelicie cienkim z grupy metylowej aspartamu uwalniany jest mentol. Do objawów zatrucia mentolem należą, między innymi: bóle i zawroty głowy, brzęczenie w uchu, nudności, osłabienie, dreszcze, zaniki pamięci, drętwienie i kłujące bóle kończyn. Zalecany przez amerykańską EPA (Environmental Protection Agency) dzienny limit spożycia metanolu wynosi 7,8 mg/dzień. Natomiast jeden litr napoju słodzonego aspartamem zawiera około 56 mg metanolu.

Stałym elementem posiłków wielu ludzi jest mleko. I chociaż zawiera wiele cennych składników może także szkodzić. Obecnie jest wielu zwolenników oraz przeciwników spożywania mleka, którzy nie polecają podawania mleka, zwłaszcza dzieciom. Najbardziej kontrowersyjnym składnikiem mleka jest laktoza. Około 30% ludzi nie toleruje tego cukru, z po-

wodu braku w ich organizmie laktazy, czyli enzymu rozkładającego laktozę na cukry proste. Może to być uwarunkowane genetycznie lub zbyt długą przerwą w spożywaniu mleka. Objawem nietolerancji są bóle brzucha, biegunka i wzdęcia.

Coraz powszechniej stosowane jest mleko odtłuszczone, poddane pasteryzacji. Nie wiadomo jednak, jaki wpływ ma proces podgrzewania na florę bakteryjną zawartą w mleku. Ponadto przy działaniu wysokiej temperatury ścina się białko. Natomiast z badań przeprowadzonych w latach trzydziestych przez amerykańskiego badacza, dr M. Pottengera wynika, że już w trzecim pokoleniu koty, które piły pasteryzowane mleko były bezpłodne.

Mleko bardzo często może wywoływać alergie, szczególnie u dzieci. Dlatego też mleko do diety małego dziecka powinno być wprowadzane bardzo powoli i ostrożnie, w niewielkich ilościach. Natomiast badania diabetologów potwierdzają, że dzieci karmione mlekiem matki znacznie rzadziej chorują na cukrzycę w przyszłości.

Jednakże wytyczne Polskiego Instytutu Żywności i Żywienia zalecają mleko i przetwory mleczne jako jedne z najbardziej wartościowych składników pokarmowych w diecie każdego człowieka.

Dużym zainteresowaniem konsumentów cieszą się produkty probiotyczne, a więc takie, do których dodawane są bakterie probiotyczne. Ich zadaniem jest odbudowa flory bakteryjnej oraz pomaganie we wzmacnianiu układu odpornościowego organizmu. Niestety, nie ma jednak doniesień naukowych potwierdzających, że żywność probiotyczna, czyli produkty żywnościowe sztucznie wzbogacane w bakterie, wzmacniają układ odpornościowy. W 2003 roku francuski odpowiednik Federacji Konsumentów poddał analizie efekty działania Actimelu i okazało się, że zawarte w nim bakterie probiotyczne działają hamująco na biegunki u dzieci.

Kawa jest napojem sporządzanym z palonych, a następnie zmielonych lub poddanych instandyzacji ziaren kawowca. Pochodzi z Etiopii, natomiast w Europie pojawiła się dopiero około XVI wieku. Jest jedną z najbardziej popularnych używek na świecie i stanowi główne źródło kofeiny. Rocznie produkuje się około 6,7 mln ton kawy. Pierwsza kawiarnia powstała w Wiedniu w 1683 roku, a jej założycielem był Polak – Jerzy Kulczyński. W Polsce pierwszą kawiarnię założył w Warszawie w 1724 roku jeden z dworzan króla Augusta II Sasa.

Dzięki zawartości kofeiny kawa pełni rolę stymulującą. Pobudza organizm, zwiększa sprawność myślenia, znosi zmęczenie psychiczne i fi-



zyczne, przyspiesza przemianę materii. Już od XVI wieku, kiedy kawę sprowadzono do Europy dyskutowano nad właściwościami kawy i jej wpływem na organizm człowieka. Uważano, że może powodować choroby serca i problemy żołądkowe. W XVI-wiecznej Anglii podejrzewano, że istnieje związek między impotencją a spożywaniem kawy. Krytyka kawy nasiliła się w XIX wieku, kiedy zaobserwowano, że picie dużej ilości kawy powoduje „zdenerwowanie kofeinowe”. Badania przeprowadzone w XIX i XX wieku nie zdołały jednoznacznie ustalić, jakie schorzenia mogą być wywołane pić kawy, chociaż nigdy nie zaliczono jej do zdrowej żywności. Dopiero w ostatnich dekadach przeprowadzono wiarygodne testy na dużej grupie osób, które nie potwierdziły związku między pić kawy a chorobami serca i udarami mózgu. Nie udowodniono także jej wpływu na powstawanie nowotworów czy też nadciśnienia tętniczego. Kawa może przyspieszyć częstość tętna, zwłaszcza gdy jest pita rzadko. Wyplukuje także wapno z kości, ale spożywanie jej w dużych ilościach nie zwiększa szansy zachorowania na osteoporozę. Badania wykazały także negatywne efekty picia dużej ilości kawy. Spożycie zbyt dużej ilości kawy może wywołać uczucie nerwowości, niepokoju, rozdrażnienia, a nawet bezsenności. Podobnie, jak herbata wpływa niekorzystnie na stan zębów i może prowadzić do próchnicy. Nieznacznie zmniejsza płodność zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Spożywana w dużej ilości przez kobiety ciężarne może zwiększać prawdopodobieństwo urodzenia martwego dziecka. Zaleca się, aby kobiety w ciąży spożywały do dwóch filiżanek kawy dziennie. Gotowana kawa może w znacznym stopniu wpływać na wzrost stężenia cholesterolu we krwi.

Picia kawy nie poleca się osobom z chorobą refluksową przełyku, niezłym żołądkiem, chorobą wrzodową żołądka, nadciśnieniem tętniczym, jaskrą, nerwicą, zaburzeniami emocjonalnymi czy też chorobami psychicznymi.

Przyjmuje się, że 1000 mg kofeiny jest dawką trującą. Zaleca się ograniczenie kofeiny do około 500 mg dziennie, co stanowi cztery filiżanki kawy. Za minimalną dawkę śmiertelną uznaje się 3200 mg kofeiny przyjętej w jednej dawce. Realna dawka śmiertelna przyjmowana w postaci kawy to 10 g kofeiny, czyli około 80 filiżanek.

Terminem „biotechnologia” określa się każdą metodę, polegającą na wykorzystaniu żywych organizmów do wytwarzania produktów, ulepszenia roślin lub zwierząt lub do stworzenia drobnoustrojów służących specyficznym celom. Żywność modyfikowana genetycznie (GMO) jest to

żywność, która ma zmieniony materiał genetyczny. Roślinom wszczepia się obce geny w celu uzyskania nowych, lepszych właściwości. Uzyskane w ten sposób pożywienia jest bardziej odporne na wirusy, gnicie, grzyby, poprawia smak produktu i jego wygląd. Powstaje jednak pytanie: czy żywność poddana modyfikacjom genetycznym jest bezpieczna dla naszego życia i zdrowia?

Dzięki coraz większej wiedzy na temat roli DNA oraz genów w żywych organizmach, w latach 70. nastąpiło szereg zmian. Obecnie, technologie genów stanowią najszybciej rozwijający się sektor biotechnologii, wpływają w coraz większym stopniu na produkcję żywności. GMO zdominowała rynek USA, Argentyny oraz Chin.

Modyfikacje genetyczne były prowadzone od tysiącleci. Ludzie od dawna zmieniali strukturę genetyczną roślin, zachowując nasiona z najlepszych zbiorów na lata następne i krzyżując odmiany, aby uzyskiwane plony były bardziej obfite i dłużej zachowywała trwałość. W taki sposób został przekształcony dziki pomidor *Lycopersicon*, dający owoce o wielkości mandarynki, w dzisiejszą odmianę pomidora określaną jako malinówka. Dzisiejsza technologia umożliwia przenoszenie pojedynczych genów między gatunkami, luźno spokrewnionych lub w ogóle nie spokrewnionych. Inżynieria genetyczna pozwala na wyodrębnienie potrzebnego genu z niemal każdego organizmu i wstawianie go do praktycznie każdego dowolnego organizmu.

Głównym celem zmian technologicznych w produkcji żywności była pomoc rolnikom w walce ze szkodnikami i chorobami roślin, z niekorzystnymi warunkami środowiskowymi oraz negatywnym wpływem środków ochrony roślin. Niektóre odmiany roślin stworzone przez biotechnologię mogą mieć gen odporności, który pozwala im znieść opryski chemikaliami. Niektóre zaś gatunki wytwarzają własną toksynę owadobójczą dzięki genowi zapożyczonemu od innych organizmów. Wszystko to pozwala osiągać większe zbiory, co stanowi ważny element walki z głodem i niedożywieniem we współczesnym świecie. Problemem jednak jest to, że właścicielami metod biotechnologicznych i informacji genetycznych są wielkie koncerny, co uniemożliwia udostępnienie wypracowanych metod technologii drobnym producentom żywności i rolnikom.

Obecnie w krajach Unii Europejskiej (UE) dopuszczona została jedynie genetycznie modyfikowana soja i kukurydza. Dla porównania w USA pozytywną ocenę Agencji do Spraw Żywności i Leków (FDA) otrzymało 50 roślin. Na szczególną uwagę zasługują między innymi: rzepak o wy-

sokim poziomie syntezy fitazy (BASF), soja o wysokiej zawartości kwasu oleinowego (DuPont), dynia odporna na wirusy (Seminis Vegetable Seeds), pomidor o zmodyfikowanym procesie dojrzewania (Agritope) oraz pomidor o przedłużonym okresie przechowalności (calgene and Zebece Plant Science).

Szacuje się, że aż 50% amerykańskiej soi i produktów z soi oraz bawełny, oraz 35% kukurydzy i rzepaku jest żywnością zmodyfikowaną genetycznie (GZ). Natomiast połowa żywności sprzedawanej w opakowaniu, posiada przynajmniej jeden składnik GZ. Niestety, jednak konsumenci na ogół nie są o tym informowani.

Przeciwny żywności genetycznie zmodyfikowanej ostrzegają, że niektóre geny stosowane w biotechnologii żywności mogą zawierać toksyny, których efekty mogą zwiększyć przy sprasowaniu genów. Istnieje także możliwość „horyzontalnego transferu genów”, gdzie sprasowane wirusy w jedną sekwencję genową, mogą zarażać inne gatunki.

Jaki jest kierunek modyfikacji genetycznych? Celem badań naukowych jest poprawa cech rolniczych produktów, zmniejszenie strat oraz kosztów produkcji, a także poprawę cech jakościowych. Stosowana jest następująca klasyfikacja cech jakościowych GMO: modyfikacja oleju, białka, węglowodanów, modyfikacja cech sensorycznych, ulepszenia pod względem właściwości prozdrowotnych oraz składu.

Zwolennicy GMO uważają, że produkty te są pozbawione szkodliwych dla zdrowia zanieczyszczeń chemicznych. Poza tym w zmodyfikowanych genetycznie roślinach znajdują się geny uodparniające je na szkodniki i środki uprawy roślin co oznacza, że nie zawierają pestycydów i herbicydów.

Przeciwnicy żywności modyfikowanej genetycznie uważają, że manipulacje naukowców w genach są bardzo ryzykowne ze względu na brak możliwości oceny tzw. skutków ubocznych, które mogą ujawnić się dopiero w następnych pokoleniach. Uważa się, że wszczepianie roślinom genów odpornościowych zwiększa także u człowieka odporność na antybiotyki, a toksyczne białko produkowane przez te rośliny w celu ochrony przed pestycydami odkłada się w ludzkim organizmie.

Kto ma rację w biotechnologicznym sporze? Niestety, nie wiadomo. Czy biotechnologia przyczyni się do zwalczenia głodu na świecie i podniesienia jakości życia człowieka? Z pewnością należy przyjrzeć się wszystkim argumentom przemawiającym za oraz przeciwko stosowaniu biotechnologii w produkcji żywności.

## Podsumowanie

Właściwe odżywianie jest jedną z podstawowych i najważniejszych potrzeb człowieka. Skład ilościowy i jakościowy pożywienia decyduje o zdrowiu biologicznym i psychicznym, wpływa na jakość życia, samoocenę, funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Niejednokrotnie decyduje też o ludzkim życiu. Obecnie uważa się, że takie choroby, jak: otyłość, choroby nowotworowe, cukrzyca, choroby siłownaczyniowe oraz niedobory żywieniowe są chorobami dietozależnymi. Każdy człowiek powinien być świadomy zagrożeń związanych z przemysłową produkcją żywności, sposobem przechowywania, konserwowania żywności, a także ingerencją technologiczną w jakościowe cechy produktów żywnościowych pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe, nadmierna konsumpcja poszczególnych składników odżywczych może prowadzić do wielu chorób i przedwczesnej śmierci.

## Piśmiennictwo

1. Barwniki i konserwanty szkodzą psychice dzieci. *Gazeta*, 2007, 09.06.
2. Bosacka K.: Dzieci jedzą śmieci. *Wysokie Obcasy*, 2002.01.07.
3. Gawęcki J., Mossor-Pietraszewska T.: *Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
4. Godlewski D., Wojtyś P., Bury P.: Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej. *Współczesna Onkologia*, 2000, 1, 13–15.
5. Małolepszy S.: *Biotechnologia roślin*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
6. McHughen A.: *Żywność modyfikowana genetycznie. Poradnik konsumenta*. Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa 2006.
7. Merklinger-Gruchała A.: Spożycie tłuszczów, stężenie steroidów jajnikowych a ryzyko zachorowania na nowotwór piersi. *Ginekologia Praktyczna*, 2009, 2, 29–32.
8. Rutkowski A.: *Dodatki funkcjonalne do żywności. Geneza i perspektywy*. Przemysł Spożywczy, 2006, 5.
9. Siemiński M.: *Środowiskowe zagrożenia zdrowia. Inne wyzwania*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
10. Szponara L., Traczyk I., Stoś K.: *System bezpieczeństwa żywności w Polsce – wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo: Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2003.

11. Szponara L.: Żywieniowe, higieniczne i technologiczne aspekty mleka UHT. Wydawnictwo: Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 1996.
12. Wiąckowski S. K.: Genetycznie modyfikowane organizmy. Obietnice i fakty. Wydawnictwo Ekonomia i Środowisko, Białystok 2008.
13. Wiąckowski S. K.: Genetycznie modyfikowane organizmy. Zagrożenia dla zdrowia, rolnictwa i środowiska. Wydawnictwo Ekonomia i Środowisko, Białystok 2008.
14. Zawirska-Wojtasiak R.: Aromaty, barwniki, konserwanty – perspektywy stosowania. Przemysł Spożywczy, 2005, 4.
15. Żywność modyfikowana genetycznie w Polsce. Gazeta Wyborcza 2008.07.31.



Hanna Rolka<sup>1</sup>, Monika Jarminska<sup>2</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>,  
Katarzyna Ostapowicz Van Damme<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>1</sup>,  
Beata Kowalewska<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>

## Ocena stopnia akceptacji choroby przez pacjentów z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym

### Wstęp

**Stwardnienie rozsiane** (sclerosis multiplex, SM) jest „chorobą demielinizacyjną, o objawach wieloogniskowych i o wielofazowym przebiegu, powstających w następstwie procesu immunologicznego i tworzenia się ognisk rozpadu osłonek mielinowych w ośrodkowym układzie nerwowym, w wyniku działania nie poznanych w pełni, szkodliwych czynników zewnętrznych” [1]. Jest chorobą przewlekłą, upośledzającą sprawność ośrodkowego układu nerwowego oraz główną przyczyną niepełnosprawności „nieurazowej” w populacji młodych ludzi. Choroba najczęściej rozpoczyna się między 20. a 30. rokiem życia i może mieć bardzo zmienny przebieg. Szczyt zachorowań przypada na 25.–29. rok życia [2]. Stwardnienie rozsiane częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, w stosunku 2:1. Częstość występowania tego schorzenia w Polsce oblicza się na 30–100 przypadków na 100 000 mieszkańców. Szacuje się, że obecnie w Polsce żyje ok. 60 000 SM-owców [3].

Typowe dla SM są zmiany tzw. plaki, występujące w postaci rozsia-nych ognisk w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN). Występują one głównie w istocie białej. Plaka ma owalny i nieregularny kształt i jest całkowicie, bądź częściowo pozbawiona osłonki mielinowej. Wielkość plaki

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Absolwentka studiów drugiego stopnia stacjonarnych kierunek Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

waha się od kilku milimetrów do kilku centymetrów. W niektórych rejonach mózgu plaki występują częściej, są to: ciało modzelowate, nerwy wzrokowe, mózdzek, okolica okołokomorowa i odcinek szyjny rdzenia kręgowego [3, 4].

Początek choroby może być jedno- lub wieloogniskowy, powolny lub napadowy, typowy lub nietypowy, ostry lub podostry. Czasem spotyka się piorunujący przebieg choroby z zajęciem pnia mózgu, co prowadzić może do szybkiego zgonu chorego. Przebieg choroby jest niemożliwy do przewidzenia i bardzo indywidualny [5].

Ze względu na różny przebieg choroby wyróżnić można następujące postacie kliniczne stwardnienia rozsianego:

- **Nawracająco-ustępująca, nawracająco-zwalniająca, rzutowo-remisyjna (relapsing – remitting – RR)**, jest to najczęściej występująca postać SM. Charakteryzuje się występowaniem zaostrzeń choroby (rzutów), między którymi następuje poprawa (remisja). Rzuty wiążą się z występowaniem nowych objawów lub zaostrzeniem już istniejących, remisje mogą powodować całkowite wycofanie się objawów lub ich złagodzenie. U około 5–10% pacjentów choroba może mieć taki przebieg do końca życia, określa się go jako łagodny [1, 3].

- **Wtórnie postępująca (secondary progressive – SP)**, poprzedzona postacią nawracająco-ustępującą. Charakteryzuje się brakiem ostro odgraniczonych okresów rzutów i remisji. Wiąże się często z trwałą progresją objawów [1, 3].

- **Pierwotnie postępująca, powoli postępująca (primary progressive – PP)**, dotyczy ok. 10–20% pacjentów. Początek choroby ujawnia się zazwyczaj w późniejszym wieku. W tej postaci brak jest charakterystycznych rzutów, objawy stopniowo narastają [1, 6].

- **Postępująco-nawracająca, postępująco-rzutowa (progressive – relapsing – PR)**, postać ta charakteryzuje się występowaniem rzutów, ale w przeciwieństwie do postaci nawracająco-zwalniającej tu dochodzi do progresji objawów między kolejnymi rzutami [6].

Stan kliniczny pacjenta ocenia się najczęściej za pomocą rozszerzonej skali niewydolności ruchowej Kurtzkiego (Expanded Disability Status Scale – EDSS). Skala EDSS opiera się na stwierdzeniu obecności objawów podczas badania neurologicznego. Obserwacje te są oceniane w skali od 1 do 9 odpowiednio w każdym układzie czynnościowym „functional systems” (FS). FS – układ piramidowy, mózdzek, pień mózgu, czucie, czynności jelita grubego i pęcherza moczowego, czynności narządu wzroku, zmiany psychiczne [6].



Najczęstszymi objawami klinicznymi w stwardnieniu rozsianym są:

- **Zaburzenia wzroku** „osłabienie ostrości wzroku, zaburzenia pola widzenia, widzenie podwójne (diplopia) – wynik uszkodzeń w pniu mózgu, zapalenie nerwu wzrokowego, (objawiające się bólem gałki ocznej nasilającym się przy ruchach oka, trudnościami w rozpoznawaniu barw, zwłaszcza koloru czerwonego i zielonego, objaw ten składa się często na pierwszy rzut choroby w jego formie reemitującej, natomiast prawie nigdy nie jest obecne w późniejszym okresie choroby, czy też w postaci od początku przewlekłe postępującej), mimowolne ruchy gałki ocznej, oczopląs, całkowita utrata wzroku (występuje rzadko)” [6, 7, 8].

- **Problemy z koordynacją ruchów i utrzymaniem równowagi** – obserwuje się „utrata równowagi, niezborność chodu, drżenie kończyn – podzielić je można na drżenia kinetyczne (mimowolne i naprzemienne skurcze mięśni przy wykonywaniu ruchu) i drżenia posturalne, niestabilny chód, zawroty głowy, utrata częściowej kontroli nad kończynami, brak koordynacji ruchów tułowia i kończyn, np. trudności w trafieniu ręką do celu czy w uniesieniu wypełnionej wodą szklanki do ust, trudności z koordynacją ruchów wynikają z uszkodzenia mózdzku i połączeń mózdzka z pniem mózgu, uczucie osłabienia: najczęściej dotyczy nóg, odczuwane podczas chodzenia” [9, 10].

- **Zaburzenia napięcia mięśniowego – spastyczność (sztywność):** występujące „wzmózone napięcie mięśniowe i sztywność mięśni mogą mieć niekorzystny wpływ na poruszanie się, skurcze” [9, 10]. Spastyczność jest nieodłączną cechą niedowładów. Spastyczność mięśni to występowanie niekontrolowanego i wzmózonego napięcia mięśni. Przejściowo ustępuje, gdy wykona się bierny ruch kończyną. Spastyczność występuje zazwyczaj razem z niedowładami lub dołącza się do nich w krótkim czasie. Nasiloną jest ona bardziej w mięśniach kończyn dolnych, zwłaszcza w prostownikach stawów kolanowych i biodrowych, przez co kończyny przyjmują pozycję wyprostowaną utrudniając tym samym chodzenie. Uciążliwsza dla pacjenta jest spastyczność obejmująca mięśnie przywodziciela ud, która uniemożliwia przywiedzenie kończyny. Mniej nasiloną jest spastyczność w kończynach górnych, a dotyczy ona głównie zginaczy stawu łokciowego i nadgarstkowego. Powoduje to zgięciowe ustawienie kończyny. Niekiedy nasilenie spastyczności prowadzi do bolesnych skurczów spastycznych zwanych spazmami. Podobne skurcze napadowe mogą wystąpić, np. przy rozciąganiu mięśnia, przy próbie wyprostowania kończyny albo też w nocy [9, 10].

- **Zmiany w odbiorze bodźców: do tej grupy objawów zalicza się** „uczucie mrowienia, uczucie drętwienia (parestezja), uczucie palącego gorąca, ból o charakterze przewlekłym, np. nerwoból trójdzielny (ból mięśni twarzy), objaw Lhermitte’a – sekundowe doznanie czuciowe, polegające na przechodzeniu wzdłuż kręgosłupa wrażenia przepływu prądu od szyi do odcinka lędźwiowo-krzyżowego” [2, 3].

- **Zaburzenia mowy** występuje „mowa spowolniona – zaburzenia koordynacji mięśni zaangażowanych w aparat mowy powodują, że mowa chorego jest zacinająca się, przerywana i spowolniona, co określa się mianem mowy skandowanej, mowa bełkotliwa, zmiana rytmu mowy, trudności z połykaniem (dysfagia)” [9, 11].

- **Zaburzenia funkcji pęcherza moczowego i jelit** polegające na „potrzebie częstszego oddawania moczu, występowaniu nagłego parcia na mocz, niepełnego opróżniania pęcherza moczowego oraz występowania problemów jelitowych: zaparcia, nagłe parcie na kał” [10].

- **Zaburzenia w sferze seksualnej i intymnej:** „impotencja, zmniejszenie popędu płciowego, zmniejszenie wrażliwości na dotyk i inne bodźce” [12].

- **Zaburzenia poznawcze:** „występują z częstotliwością ocenianą na 43–72%, najbardziej spośród wszystkich procesów poznawczych upośledzone zostają: pamięć epizodyczna, uwaga, szybkość procesów informacyjnych i fluencja słowna” [13, 14].

Rehabilitacja w SM jest interdyscyplinarną opieką nad pacjentem, obejmującą, oprócz rehabilitacji ruchowej, psychoterapię, przeciwdziałanie w zaburzeniach napięcia mięśni, czynności przewodu pokarmowego oraz problemach urologicznych, seksualnych. Ma ona za zadanie osiągnięcie i utrzymanie możliwie najlepszego w danym momencie dla danego pacjenta poziomu w sferach życia, takich jak zdrowie fizyczne i psychiczne oraz w sprawach społecznych i zawodowych. Kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne prowadzone przez doświadczonego fizjoterapeutę, połączone z psychoterapią oraz terapią objawową jest aktualnie uznawane za najlepszy i najefektywniejszy sposób postępowania objawowego u chorych na stwardnienie rozsiane. Celem postępowania rehabilitacyjnego jest jak najdłuższe zachowanie samodzielności. Jeśli nawet rehabilitacja nie ma bezpośredniego wpływu na postęp choroby, to badania wykazują, że działania tego typu poprawiają jakość życia chorego [11, 12].

## Cel pracy

Celem pracy było:

1. Ocena poziomu akceptacji choroby u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.
2. Określenie trudności występujących u chorych wywierających istotny wpływ na brak akceptacji choroby wpływających również w sposób znaczny na funkcjonowanie społeczne chorych.

## Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono w Klinice Neurologii z Pododdziałem Udarowym w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, na oddziale I i II Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku oraz na oddziale Neurologii w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży w okresie od 01.11.2008 r. do 28.02.2009 r. Do oceny stopnia akceptacji choroby, u chorych ze stwardnieniem rozsianym, zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

Badaniem objęto 100 pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w różnych stadiach zaawansowania choroby. Większość badanych stanowiły kobiety 68%. Posłużono się Skalą Akceptacji Choroby AIS (Acceptance of Illness Scale) opracowaną przez B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen. Skala składała się z ośmiu pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości. Każde pytanie zawierało pięciostopniową skalę, a badany chory określał swój obecny stan zdrowia, zaznaczając odpowiednio cyfrę: 1 – zdecydowanie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie wiem, 4 – nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Zdecydowana zgoda oznaczała złe przystosowanie się do choroby, natomiast brak zgody oznaczał akceptację choroby. Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów od 8 do 40. Mały wynik oznaczał brak akceptacji choroby oraz problemy w sferze emocjonalnej, natomiast duży wynik świadczył o akceptacji choroby i obecnego stanu zdrowia oraz o pozytywnych emocjach towarzyszących pacjentowi. Do określenia stopnia akceptacji choroby utworzono trzy przedziały punktowe. Liczba punktów od 8 do 20 oznaczała brak akceptacji choroby, od 21 do 30 – średnią akceptację i od 31 do 40 – dobrą akceptację.

Badani pacjenci zostali poinformowani o celu prowadzonych badań, o dobrowolności i anonimowości kwestionariusza oraz zostali poinstruowani o sposobie jego wypełnienia.

## Wyniki badań

Ankieta objęto pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane, mieszkających w województwie podlaskim. Stanowili oni 100-osobową grupę badanych. Wśród nich było 68% kobiet i 32% mężczyzn. Ankieta została przeprowadzona wśród respondentów w przedziale wiekowym od 20. do powyżej 60. r.ż. Wśród kobiet największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 20–30 lat – 29,4% (20 kobiet). Najmniejszą grupę stanowiły kobiety powyżej 60. roku życia – 5,9% (4 kobiety). Wśród mężczyzn największą grupą były osoby z przedziałów 31–40 lat (10 mężczyzn) i 41–50 lat (10 mężczyzn). Wśród całej grupy respondentów większość stanowiły osoby zamieszkujące miasto powyżej 100 tys. mieszkańców – 36%. Najmniejsza ilość – 14% to osoby mieszkające w miastach do 30 tys. mieszkańców. Osoby zamieszkujące wieś to 30% grupy badanej. Z analizy stanu cywilnego grupy osób objętych badaniem wynikało, że wśród kobiet mężatki stanowiły 38% (26 z 68), wdowy 26,5% (18 z 68), panny 20,6% (14 z 68), a aż 14,7% (10 z 68) to rozwódki. W grupie mężczyzn żonatych było 43,8% (14 z 32), kawalerów 37,5% (12 z 32), 12,5% (4 z 32) to wdowcy, natomiast 6,3% (2 z 32) było rozwodnikami. Biorąc pod uwagę wykształcenie ankietowanych zauważyć można, że największy odsetek – 32% ma wykształcenie zasadnicze zawodowe, a najmniej – 20% jest pacjentów z wykształceniem podstawowym. Wśród kobiet 32% (22 z 68) deklaruje wykształcenie średnie, natomiast 17,6% (12 z 68) podstawowe. W przypadku mężczyzn 50% (16 z 32) ma wykształcenie zasadnicze zawodowe. Po 12,5% (4 z 32) jest z wykształceniem średnim i wyższym. Z analizy źródła utrzymania wynikało, że 36% wszystkich ankietowanych utrzymuje się z renty. Jednakże analizując sytuację kobiet i mężczyzn zauważyć można znaczące różnice. Najwięcej, bo aż 38,2% (26 z 68) kobiet nadal pracuje, a 5,9% (4 z 68) utrzymuje się z renty. Wśród mężczyzn największy odsetek – 43,8% (14 z 32) stanowią panowie, których źródłem utrzymania jest renta. Podobnie, jak w przypadku pań, również i u panów najmniej, bo zaledwie 12,5% (4 z 32) utrzymuje się z zasiłku. Wśród ankietowanych 32% określiło, że z powodu choroby nie pracują zawodowo i nie wykonują żadnych prac domowych. Spośród kobiet tyle samo – 32,4% odpowiedziało, że praca zawodowa i obowiązki

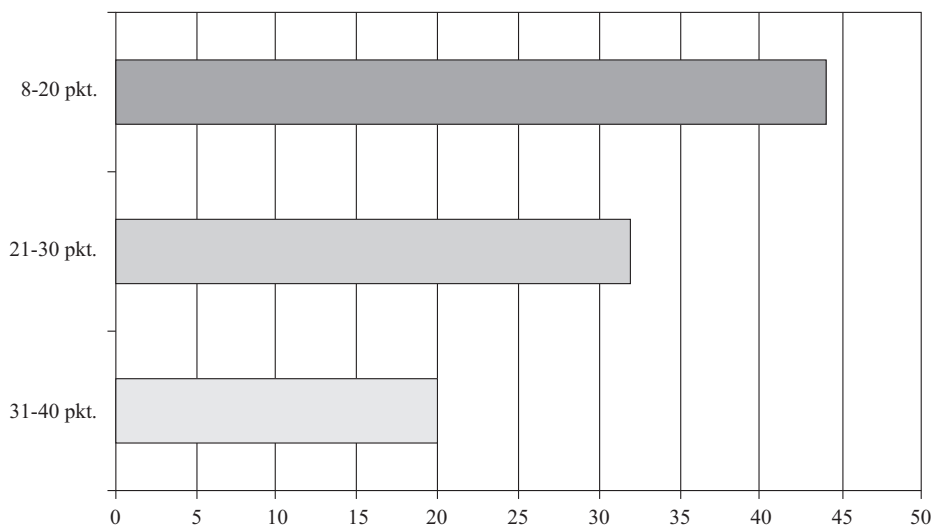
domowe nasilają objawy choroby, również 32,4% udzieliło odpowiedzi, że z powodu choroby nie pracują zawodowo i nie wykonują żadnych prac domowych. Zarówno w przypadku kobiet 17,6% (12 z 68), jak i mężczyzn 18,8% (6 z 32) najmniej liczną grupę stanowili pacjenci, którzy z powodu choroby zmuszeni byli zmienić zawód. Taka sama liczba kobiet 17,6% (12 z 68) udzieliła odpowiedzi, że praca zawodowa i obowiązki domowe nie nasilają choroby. Analizując czas trwania choroby wśród grupy respondentów objętych badaniem zaobserwować można, że okres trwania choroby zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn jest zróżnicowany. Większość ankietowanych – 26% choruje powyżej 20 lat. Wśród respondentów był taki sam procent – 18% chorych w przedziałach poniżej 5 lat, 10–15 lat, 15–20 lat. 20% wszystkich ankietowanych stanowili pacjenci, którzy chorują od 5–10 lat. Spośród kobiet najliczniejszą grupą – 32,4% (22 z 68) były panie, które chorowały dłużej niż 20 lat. U panów najwięcej, bo aż 31,3% (18 z 32) choruje od 10–15 lat.

Za pomocą skali AIS dokonano pomiaru stopnia akceptacji stwardnienia rozsianego. Badaniem objęto 100 pacjentów z rozpoznany m SM, w różnych stopniach ciężkości choroby, w czasie rzutów i remisji.

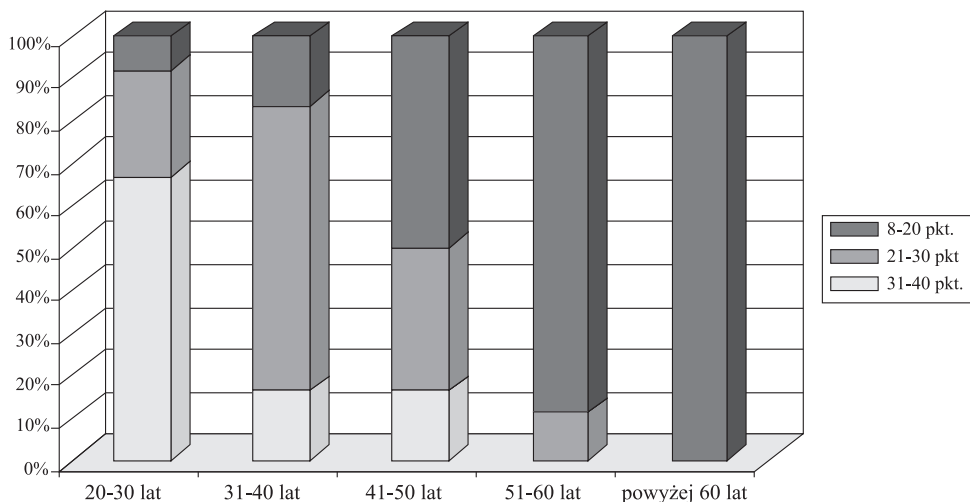
Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów od 8 do 40. Mały wynik oznaczał brak akceptacji choroby oraz problemy w sferze emocjonalnej, natomiast duży wynik świadczył o akceptacji choroby i obecnego stanu zdrowia oraz o pozytywnych emocjach towarzyszących pacjentowi. Do określenia stopnia akceptacji choroby utworzono trzy przedziały punktowe. Liczba punktów od 8 do 20 oznaczała brak akceptacji choroby, od 21 do 30 – średnią akceptację i od 31 do 40 – dobrą akceptację.

Zilustrowane dane na rycinie 1 wykazują, że w 100-osobowej grupie badawczej *większość, bo aż 44 osoby uzyskały liczbę punktów mieszczącą się w przedziale 8–20 pkt., czyli wartości oznaczające brak akceptacji choroby*. Wartości średnie uzyskały 32 osoby. Dobrą akceptację przejawiało 24 respondentów. Po dokonaniu analizy zaobserwowano zależność istotną statystycznie pomiędzy występowaniem niskiej akceptacji stwardnienia rozsianego a wiekiem chorego. Otóż, *im pacjent starszy tym niższa akceptacja choroby* (świadczy o tym również wartość wskaźnika Pearsona – 0,72445). Najwyższą akceptacją choroby (66,7%) wykazali się pacjenci w wieku 20–30 lat (rycina 2). Większość pacjentów w wieku 31–40 lat uzyskała średnią akceptację choroby (66,7%). Najbardziej widoczny jest brak akceptacji w grupach respondentów 41–50 lat (50%), 51–60 lat (88,9%) i **pow. 60 lat (100%)**.

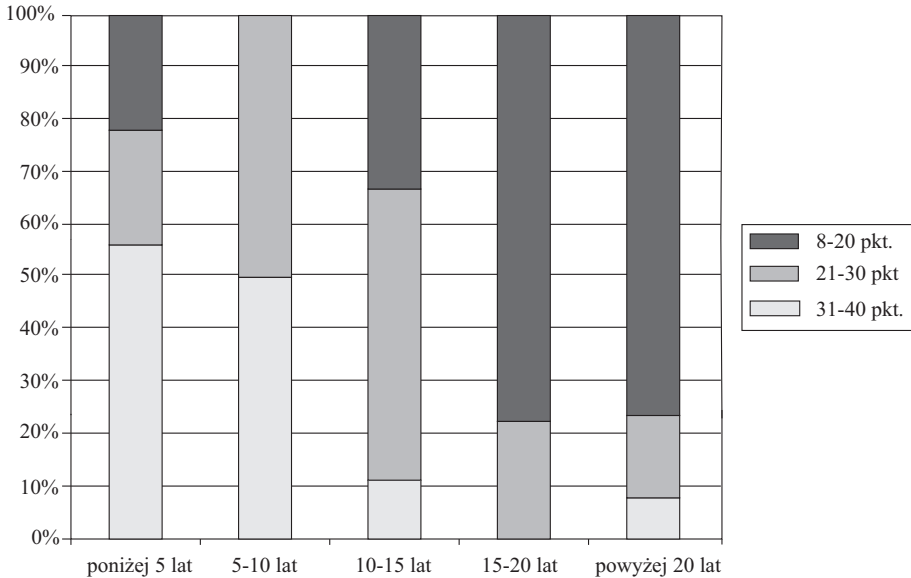
Ryc. 1. Akceptacja choroby



Ryc. 2. Akceptacja choroby w zależności od wieku



Z analizy wynika, że stopień akceptacji choroby nie jest statystycznie zależny od płci. Zarówno mężczyźni (50%), jak i kobiety (41,2%) w znaczącej większości wykazują porównywalny brak akceptacji choroby. Analiza wykazała jednoznacznie zależność istotną statystycznie pomiędzy stopniem akceptacji choroby a wykształceniem. *Im wyższe wykształcenie*

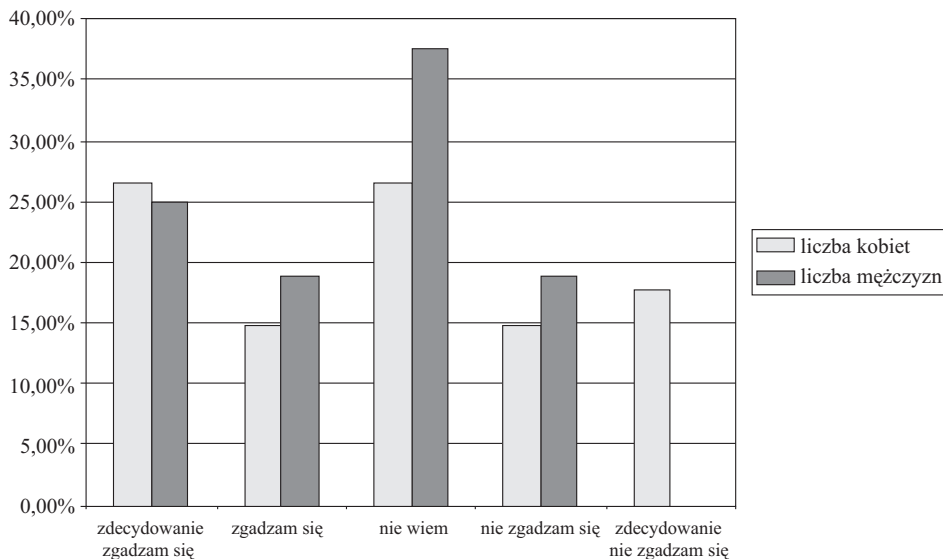
**Ryc. 3. Akceptacja choroby w zależności od czasu jej trwania**

*tym wyższy stopień akceptacji choroby* (świadczy o tym również wartość wskaźnika Pearsona – 0,57345). Z analizy wynika, że stopień akceptacji choroby nie jest statystycznie zależny od stanu cywilnego. Najmniejszą akceptację choroby wykazują wdowy i wdowcy (72,7%), natomiast najlepszą (33,3%) – rozwódki i rozwodnicy.

Analiza wykazała jednoznacznie zależność istotną statystycznie pomiędzy stopniem akceptacji choroby a czasem jej trwania. *Im dłuższy okres trwania choroby tym gorszy stopień jej akceptacji* (świadczy o tym również wartość wskaźnika Pearsona – 0,60085). Najlepsza akceptacja choroby (55,6%) występuje wśród pacjentów, którzy chorują najkrócej. Pacjenci, którzy chorują 15–20 lat są grupą, wśród której największy odsetek (77,8%) nie akceptuje swojego stanu zdrowia (rycina 3). W związku z dysfunkcjami i różnym stopniem nasilenia objawów choroby mogą czuć się osobami zależnymi od innych osób. Z danych wynika, że znaczna liczba mężczyzn (31,3%) nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Wśród kobiet dominuje odmienny pogląd. Większość pań (26,5%) zgadza się ze stwierdzeniem, że problemy ze zdrowiem sprawiają, że są bardziej zależne od innych niż tego chcą.

Ponieważ człowiek to jedność bio-psycho-społeczna szereg utrudnień związanych ze zmianą aktywności w wyniku trwania choroby może po-

**Ryc. 4. Częstość odpowiedzi z podziałem na płeć na stwierdzenie „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”**



wodować u pacjentów z SM sytuację, że są ciężarem dla rodziny i przyjaciół. Dane prezentuje rycina 4. Wyniki przedstawiają, że zarówno kobiety (47,1%), jak i mężczyźni (31,3%) chorujący na stwardnienie rozsiane zgadzają się ze stwierdzeniem, że nigdy nie będą samowystarczalni w takim stopniu, w jakim chcieliby być.

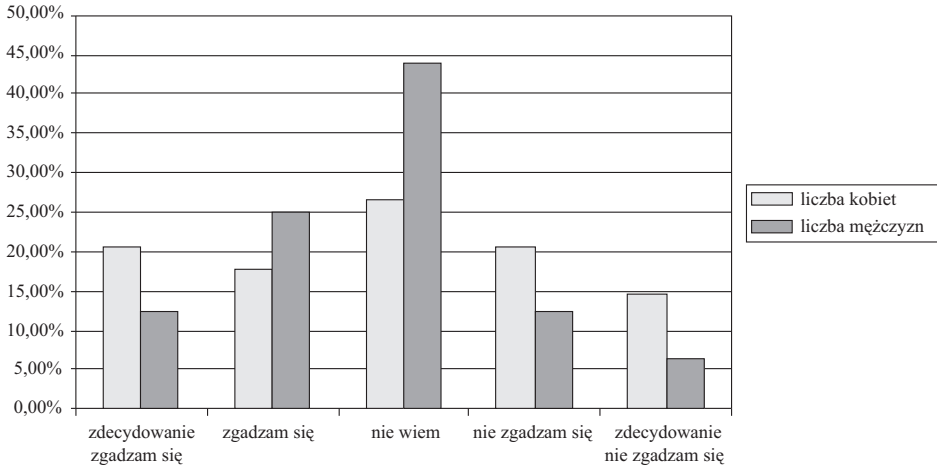
Osoby uczestniczące w badaniu odczuwać też mogą, że ludzie przebywający z nimi mogą czuć się zakłopotani sytuacją, co wynika z faktu bycia chorym na SM. Problem przedstawia rycina 5.

Choroba sprawia, że życie staje się nieprzewidywalne i wymaga od pacjenta nieustannego przystosowywania się do zmieniającej się sytuacji. W przebiegu choroby występują zazwyczaj bardzo poważne objawy neurologiczne, które mogą całkowicie zmienić dotychczasowe życie chorego. SM to choroba trwająca do końca życia i z tego powodu nie dotyka ona wyłącznie pacjenta, ale również w ogromnym stopniu jego rodzinę i przyjaciół

Z przeprowadzonych w niniejszej pracy badań wynika, że wśród ankietowanych chorych na SM zdecydowaną większość stanowią kobiety (68%). W publikacjach Cendrowskiego [15, 16, 17], Selmaja [3] i Zakrzewskiej-Pniewskiej [18, 19] znajdujemy potwierdzenie, że SM występuje znacznie częściej u płci żeńskiej. W świetle przedstawionych danych



**Ryc. 5. Częstość odpowiedzi z podziałem na płeć na stwierdzenie „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”**



zauważyć można, że wiek pacjentów był zróżnicowany. Niepokojącym może wydać się fakt stosunkowo dużej ilości pań w przedziale wiekowym 20–30 lat. Sytuacja ta nie odbiega od danych prezentowanych przez Cendrowskiego [15, 16, 17] czy też Prusińskiego [9, 10], którzy to szacują ujawnienie się choroby w przedziale wiekowym 20–40 lat, przy czym szczyt zachorowań według nich przypada na 30. rok życia. Wśród całej grupy badanych większość osób – 44% wykazała się brakiem akceptacji choroby oraz złym przystosowaniem się do niej. Wiąże się to niewątpliwie z faktem, iż nieprzewidywalny przebieg choroby odbiera wielu chorym chęć do stawiania czoła przeciwnościom losu i do walki z chorobą.

Analiza zebranych danych z uwzględnieniem wieku, wykształcenia i czasu trwania choroby wykazała zależność między tymi zmiennymi a stopniem akceptacji choroby. Z badań wynika, że im starszy pacjent tym gorzej akceptuje swoją chorobę. Aż 100% respondentów powyżej 60. roku życia nie akceptuje swojej choroby. Jeśli chodzi o wykształcenie, to im wyższe, tym lepsze przystosowanie do choroby i lepsza jej akceptacja. Wydawać by się mogło, że im dłużej pacjent choruje tym bardziej akceptuje swą niepełnosprawność. Otóż wg badań, im dłużej trwa choroba, tym gorszy stopień jej akceptacji. Podobnie badania przy użyciu 10-stopniowej skali wizualno-analogowej prowadzone w roku 2008 przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego wykazały, że chorzy oce-

nią jakoś życia zależnie od narastania problemów w poszczególnych jego domenach i jest uzależniona od czasu trwania choroby, oceniając ją jako średnią – wynik w 10-stopniowej skali VAS 6,5.

Choroba dezorganizuje dotychczasową strukturę życia pacjenta. Jego dążenia zostają zmienione, pozostając w konflikcie. Sytuacja utraty zdrowia budzi frustrację, jest sytuacją trudną, ponieważ zagraża pośrednio lub bezpośrednio zasobom człowieka, powodując większą niż na ogół aktywację mechanizmów obronnych i negatywnych reakcji emocjonalnych. Sytuacja choroby, jaka by nie była, a ciężkiej, przewlekłej w szczególności, na pewno należy do jednej z najtrudniejszych w życiu człowieka.

Na podstawie wyżej wymienionych badań oraz wyników własnych wysunąć można przypuszczenie, że stwardnienie rozsiane stanowi dla osób nim dotkniętych ogromny problem. Nie akceptują oni ograniczeń narzucanych przez chorobę i wielu z nich czuje się niepełnowartościowymi ludźmi. Stwardnienie rozsiane stanowi jeden z najistotniejszych problemów współczesnej neurologii i niezmiernie istotne jest prowadzenie dalszych badań, które pomogą nie tylko odgadnąć przyczyny występowania tej choroby, ale także wpłyną na modyfikację kompleksowej opieki medycznej nad osobami ze stwardnieniem rozsianym w celu poprawienia jakości ich życia we wszystkich jego dziedzinach. Warto pamiętać i uświadamiać chorym, że nawet największe osiągnięcia rozpoczynają się od pierwszego kroku, czasami od potknięcia, ale bez tego pierwszego kroku żaden cel nie może być osiągnięty. Ponieważ brak jest doniesień naukowych dotyczących oceny stopnia akceptacji sytuacji zdrowotnej w populacji osób z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym, wyzwaniem powinno być prowadzenie badań naukowych, prowadzących do rozpoznania problemów związanych z funkcjonowaniem bio-psycho-społecznym i wdrażanie kompleksowych programów terapii, aby życie chorego przebiegało w największym komforcie psychofizycznym.

## Wnioski

Analiza materiału badawczego pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Wśród całej grupy badanych większość osób wykazała brak akceptacji choroby oraz złe przystosowanie do niej.
2. Badania wykazały brak istotnej różnicy w akceptacji stwardnienia rozsianego pomiędzy grupą kobiet a grupą mężczyzn.

3. Z badań wynika, że im starszy pacjent tym niższa akceptacja choroby.
4. Wykształcenie wpływa na przystosowanie do choroby i lepszą akceptację.
5. Czas trwania choroby ma istotny wpływ na akceptację choroby przez pacjenta.
6. Mężczyźni mają większe problemy z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobą niż kobiety.

## Piśmiennictwo

1. Mazur R., Kozubski W., Prusiński A. (red.): Podstawy kliniczne neurologii dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
2. Miller J. R.: Stwardnienie rozsiane. [W:] Rowland L. P. [red.] Neurologia Merriotta. Wyd. 1 pol., Urban & Partner, Wrocław 2004, 775–794.
3. Selmaj K.: Stwardnienie rozsiane. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań, 2006, 13, 17, 163–198, 257–270.
4. Wender M., Michałowska-Wender G.: Choroby naczyniowe układu nerwowego. [W:] Choroby układu nerwowego. Kozubski W., Liberski P. (red.), PZWL, Warszawa 2004, 329–395.
5. Stelmasiak Z.: Praktyczne aspekty stwardnienia rozsianego, Medycyna Rodzinna, 2001, 1, 5–9.
6. Mumenthaler M., Mattle H.: Neurologia wyd. III, Urban & Partner, Wrocław 2003, 201–254.
7. Potemkowski A.: Zapalenie nerwu wzrokowego jako początkowy objaw stwardnienia rozsianego. Klinika Oczna, 2000, 102 (2), 95–98.
8. Rękas M., Pawlik R., Wierzbowska J.: Uszkodzenie nerwu wzrokowego u chorych na stwardnienie rozsiane. Klinika Oczna, 2004, 106 (3), 512–514.
9. Prusiński A.: Podstawy neurologii klinicznej. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989, 189–209.
10. Prusiński A.: Neurologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 310–315.
11. Jaracz K.: Jakość życia – wymiar obiektywny i subiektywny. Pielęgniarstwo Polskie, 2002, 1 (13), 28–37.
12. Szafraniec L., Czernicki J.: Społeczne wyznaczniki jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym i ich wpływ na poczucie komfortu psychicznego. Postępy rehabilitacji, 1998, 12 (2), 51–57.
13. Selmaj K., Karlińska J.: Zaburzenia funkcji poznawczych w stwardnieniu rozsianym. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 2005, 39 (2), 125–133.]
14. Szafraniec L., Czernicki J.: Zaburzenia procesów poznawczych u chorych ze stwardnieniem rozsianym. Przegląd Lekarski, 1997, 54 (7/8), 572–575.

15. Cendrowski W.: Stwardnienie rozsiane poradnik dla chorych. Wydawnictwo Sanmedia, Warszawa 1994, 22.
16. Cendrowski W.: Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1993, 23–50, 240–274.
17. Cendrowski W., Kwolek A., Wieliczko E.: Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane: wstępne wyniki szpitalnej rehabilitacji. *Postępy Rehabilitacji*, 1999, 13 (4), 13–19.
18. Zakrzewska-Pniewska B.: Stwardnienie rozsiane poradnik dla pacjentów. Wydawnictwo Morpol, Warszawa – Lublin 2002, 8, 20–63.
19. Zakrzewska-Pniewska B.: Stwardnienie rozsiane. *Standardy Medyczne*, 2003, 4 (1), 728.

Hanna Rolka<sup>1</sup>, Iwona Micun<sup>2</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>,  
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>, Katarzyna Krajewska<sup>1</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>

## **„Podaruj część siebie innym”. Opinia społeczeństwa na temat pobierania szpiku do przeszczepiania**

### **Wstęp**

Bardzo wiele mówi się w środkach masowego przekazu o idei transplantacji. Jest to aspekt, który budzi wiele kontrowersji, nasuwa wiele pytań i nie zawsze jest właściwie rozumiany. Szybki rozwój nauk medycznych spowodował, że pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek oraz narządów stało się jednym ze sposobów postępowania leczniczego ratującego życie i przywracającego zdrowie. Dla wielu pacjentów przeszczep staje się jedyną nadzieją. To grupa ludzi, która czeka w kolejce po swoje drugie, nowe, lepsze życie [1, 2]. Transplantologia jest jedną z dziedzin medycyny, która cechuje się wyjątkową miłością wobec bliźniego. Największy autorytet kościoła katolickiego – Jan Paweł II wypowiadał się w kwestii przeszczepów organów. W encyklice *Evangelium vitae* dawstwo organów nazwał czynem heroicznym, „najbardziej uroczystym wysławianiem Ewangelii życia, chwalebny objawieniem miłości największej, która każe oddać życie za ukochaną osobę” [1]. Według Górala transplantacja to „wykonywane operacyjnie przemieszczenie tkanki lub całego narządu (przeszczepu) w przypadku określonych stanów chorobowych, z jednego miejsca w drugie, u tego samego człowieka lub od jednego człowieka (dawcy) do drugiego (biorcy), które ma na celu uzupełnienie ubytku lub przywrócenie czynności” [3].

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Absolwentka studiów pierwszego stopnia stacjonarnych kierunek Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Każdego roku na świecie nowotwory krwi wykrywa się u 60–90 osób na milion. W Polsce każdego roku notuje się blisko 10 tys. zachorowań na nowotwory krwi. Dla niektórych chorych jedyną szansą na wyleczenie jest przeszczep szpiku [4, 5].

Przeszczepienie szpiku kostnego „jest zabiegiem, który polega na podaniu pacjentowi preparatu zawierającego komórki macierzyste hematopoezy, które są w stanie odtworzyć układ krwiotwórczy pacjenta, który uległ poważnemu uszkodzeniu w czasie wcześniejszej chemioterapii lub radioterapii (przeszczep autologiczny) albo zastąpić patologiczną hematopoezę chorego (np. w przebiegu białaczki) szpikiem osoby zdrowej (przeszczep allogeniczny)” [4].

Istnieją dwa typy przeszczepów:

- „transplantacja szpiku autologicznego (autotransplantacja), polega na pobraniu własnego szpiku lub komórek krwiotwórczych z krwi, przechowaniu go w niskiej temperaturze rzędu – 196°C, następnie na poddaniu chorego silnemu leczeniu kondycjonującemu niszczącemu resztkową masę nowotworu i w końcu na retransplantacji własnych komórek krwiotwórczych pobranych z krwi lub szpiku. Zaletą tej metody jest szeroka dostępność, stosunkowo niska częstość powikłań i możliwość zastosowania u ludzi starszych. Wadą – brak przeciwnowotworowego działania przeszczepionych komórek i co za tym idzie, możliwość częstszych nawrotów niż po allotransplantacji,
- transplantacja szpiku allogenicznego (allotransplantacja), polega na przeszczepieniu szpiku od zgodnego w HLA dawcy, którym może być rodzeństwo (dawca optymalny) lub dawca niespokrewniony (alternatywny)” [1, 4].

Aby organizm chorego nie odrzucił szpiku, pochodzącego od dawcy, ich antygeny HLA muszą być zgodne. Antygeny HLA są białkami występującymi na powierzchni komórek. Antygeny HLA można porównać do linii papilarnych, u każdej osoby są one inne. Na szczęście, niektóre ich kombinacje mają charakter powtarzalny. Umożliwia to znalezienie dawcy szpiku. Sukces operacji zależy głównie od tego, w jak dużym stopniu antygeny HLA dawcy i biorcy są ze sobą zgodne. Ponadto biorca przeszczepu leczony jest w specjalnych jednostkach intensywnego leczenia hematologicznego, najlepiej w tzw. systemie jałowego nadciśnienia chroniącego od zakażeń. Przed transplantacją otrzymuje leczenie kondycjonujące (cytostatyki, napromienienie RTG, leki immunosupresyjne) [4]. Obecnie są dostępne nowe formy transplantacji, które nie są jeszcze rozpowszechnione na szeroką skalę. Zalicza się do nich „przeszczepianie wy-

selekcjonowanych komórek krwiotwórczych z kontrolowaną liczbą limfocytów, alloprzeszczepy po niemieloablacyjnym kondycjonowaniu, tzw. miniprzyszczepy oraz przeszczepy z użyciem przeciwciał monoklonalnych [4]. Swoją szpik może oddać każdy zdrowy człowiek, między 18. a 50. rokiem życia, który posiada antygen HLA zgodny z antygenem biorcy. Dawcami szpiku nie mogą zostać osoby, które przeszły choroby hematologiczne, onkologiczne oraz wirusologiczne – zwłaszcza, takie jak żółtaczką czy AIDS [6].

Od wielu lat oddajemy honorowo krew, osocze, a czasem płytki krwi. Świadomość, że mamy szansę uratować czyjeś życie daje nam ogromną satysfakcję. W ostatnich latach coraz większą rolę w leczeniu nowotworowych chorób krwi i układu chłonnego spełnia transplantacja szpiku kostnego lub komórek macierzystych wyizolowanych z krwi krążącej. Przeszczepienie szpiku lub macierzystych komórek krwiotwórczych różni się tym od innych zabiegów transplantacyjnych, że nie przeszczepia się gotowego narządu, a jedynie komórki, które po przeszczepieniu muszą ten narząd odtworzyć. Transplantacja szpiku jest to zabieg ratujący życie chorym na niektóre schorzenia hematologiczne, które nie poddają się leczeniu innymi metodami [7, 8].

Przeszczepianie szpiku stało się rewolucją w medycynie. Na przełomie XX wieku jesteśmy świadkami bardzo różnych, wielkich wydarzeń w naukach medycznych i biologicznych, które zupełnie zmieniły nasze podejście do człowieka chorego. Głównym problemem współczesnej medycyny transplantacyjnej szpiku jest mała liczba dawców. Pomimo coraz częściej prowadzonych akcji informacyjnych odnośnie zalet, jakie daje transplantacja szpiku istnieje nadal duży opór w stosunku do przeszczepiania [5, 9, 10].

Bardzo ważne jest, aby uświadomić społeczeństwu, jak wiele zalet płynie z ofiarowania szpiku drugiej osobie, która może być w wyniku choroby skazana na śmierć. W listopadzie 2000 roku na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przy Poltransplancie w Warszawie został utworzony Ogólnopolski Centralny Rejestr Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej (OCRDSiKP), obecnie Centralny Rejestr Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej (CRNDSiKP), w którym może być zarejestrowany każdy potencjalny dawca szpiku mieszkający w Polsce. Był to piąty rejestr polski stworzony z myślą o chorych na nowotwory układu krwiotwórczego [7, 8]. Oprócz rejestru CRNDSiKP, funkcjonują w Polsce 2 rejestry prywatne: Fundacja Przeciw Leukemii przy NZOZ MEDiGEN i Fundacja Urszuli Jaworskiej oraz 2 działające przy placówkach naukowo-me-

dycznych: Krajowy Bank Dawców Szpiku przy Dolnośląskim Centrum Transplantacji Komórkowych we Wrocławiu i Rejestr Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej przy Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. Dawcy ze Światowych Rejestrów uratowali życie ponad 8000 chorych. W 1997 r. w USA wykonano 1200 przeszczepów od dawców niespokrewnionych wyszukanych z grupy ponad 3 milionów zarejestrowanych dawców. W tym samym roku w Polsce wykonano tylko 2 przeszczepy od dawców niespokrewnionych znalezionych w rejestrach zagranicznych. W 2000 r. w Polsce wykonano 44 przeszczepy allogeniczne szpiku pozyskanego tylko w jednym przypadku od dawcy krajowego. Co roku sześć do dziewięciu osób na każde 100000 ludzi w Polsce zapada na białaczkę – choroby nowotworowe krwi. Dzięki postępowi w transplantologii większość tych chorych może być wyleczona, jeżeli znajdziemy dla nich ofiarnych ochotników – niespokrewnionych dawców szpiku 9572 potencjalnych dawców szpiku i ok. 250 jednostek krwi pępowinowej.

Przeszczepianie szpiku ogólnie jest powszechnie aprobowane, jednakże pojawia się wiele wątpliwości i różnic zdań, gdy mowa jest o szczegółowych rozwiązaniach. Polskie społeczeństwo nie jest dostatecznie poinformowane o warunkach wyrażania zgody na transplantację szpiku. Jest to z pewnością wynikiem zbyt słabo zorganizowanej, a praktycznie w ogóle nieobecnej akcji informacyjnej Ministerstwa Zdrowia odnośnie transplantacji szpiku [8, 11, 12, 13, 14, 15].

## Cel pracy

1. Zbadanie opinii społeczeństwa na temat przeszczepiania szpiku kostnego.
2. Określenie, czy dane społeczeństwo jest za czy może przeciw przeszczepianiu szpiku kostnego.
3. Określenie stanowiska społeczeństwa, czy chętnie by oddali szpik potrzebującej chorej osobie.

## Materiał i metoda

Badaniu poddano 50 osób. W badaniu ankietowym uczestniczyło 39 kobiet i 11 mężczyzn.

Do zbadania opinii społeczeństwa na temat przeszczepu szpiku zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dla potrzeb pracy zastosowano narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety. Kwestio-



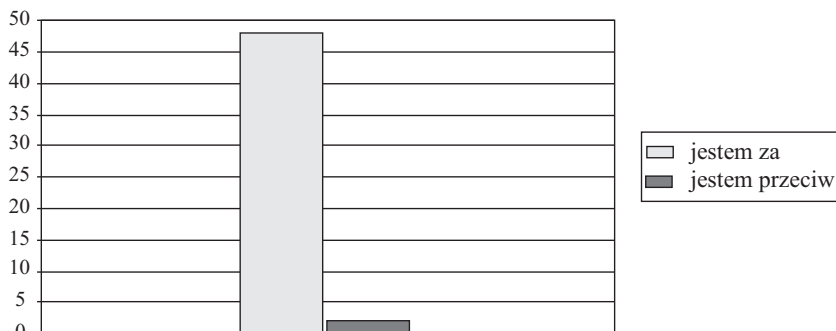
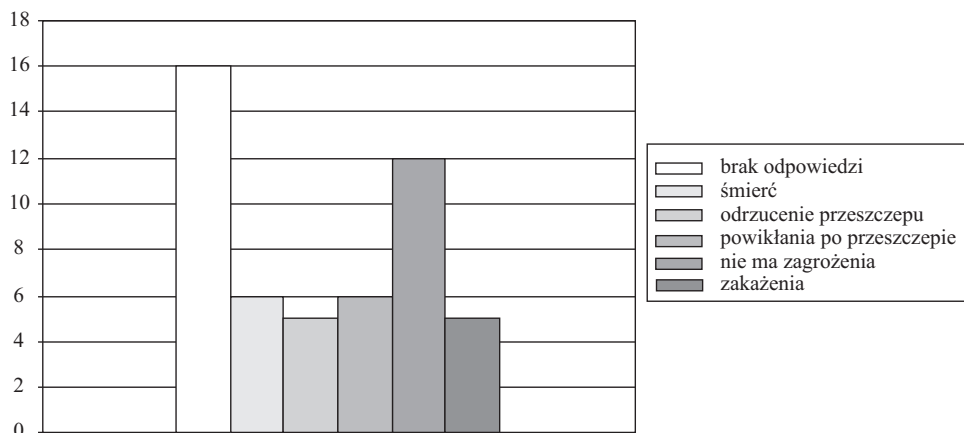
nariusz ankiety zawierał łącznie 19 pytań. Pierwsze 4 pytania dotyczyły danych osobowych badanej grupy społeczności, natomiast 15 pozostałych pytań dotyczyło opinii badanych na temat przeszczepu szpiku. We wstępie kwestionariusza umieszczono informację o sposobie jego wypełniania oraz poinformowano o celu i przeznaczeniu badań. Zapewniono również osoby o całkowitej anonimowości badań. Kwestionariusz ankiety został opracowany tak, aby forma i słownictwo były adekwatne do grupy respondentów.

## Wyniki badań

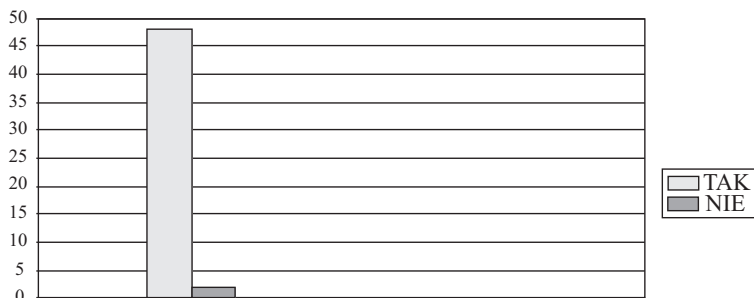
W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 50 osób. W badanej grupie było 39 kobiet i 11 mężczyzn. Spośród 50 osób biorących udział w badaniu ankietowym najwięcej, bo aż 30 osób, tj. 60% znalazło się w przedziale wiekowym od 15–25 lat. Natomiast 11 osób (22%) tworzyło przedział wiekowy od 46–55 lat. Zaledwie 6 osób (12%) badanych tworzyło przedział wiekowy od 26–35 lat. Dwie osoby (4%) osiągnęły wiek powyżej 55 lat, jedna osoba (2%) była w przedziale wiekowym 36–45 lat.

Mając na uwadze pochodzenie badanej grupy biorącej udział w badaniu zauważa się, że liczba osób zamieszkałych w mieście (30 osób) jest większa od liczby osób zamieszkałych na wsi (20 osób). Analizując dane dotyczące wykształcenia 70% (35 osób) posiadało wykształcenie średnie, a tylko 4% (2 osoby) wykształcenie wyższe. Natomiast aż 16% (8 osób) posiadało wykształcenie podstawowe i niespełna 10% (5 osób) posiadało wykształcenie zawodowe.

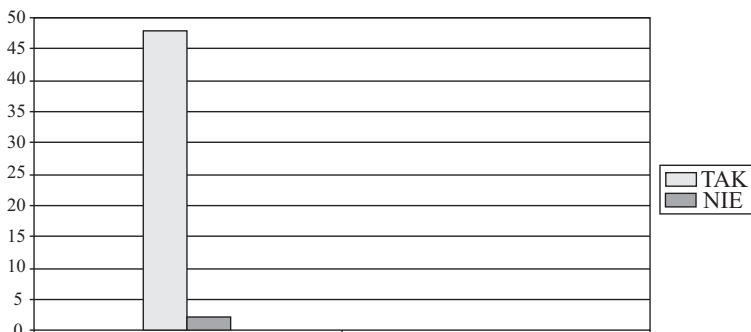
Przeprowadzając badania zapytano osoby, jakie jest ich stanowisko na temat pobierania szpiku do przeszczepiania. Większość badanych 96% (48 osób) była za przeszczepianiem szpiku, zaledwie 4% (2 badanych) było przeciwko przeszczepianiu szpiku. Osoby, które są za przeszczepianiem szpiku uważają, że jest to bezinteresowny dar dla drugiego człowieka i jest to grupa 30 osób (60%), natomiast 10 osób (20%) uważa, że jest to bezpieczny i skuteczny sposób leczenia ciężkich chorób. Osoby, które nie popierają przeszczepiania szpiku uważają, że życie i zdrowie dawcy jest zagrożone podczas zabiegu pobierania szpiku i po nim. Wydaje się, że wynika to z ich niewiedzy, ponadto jest zbyt mało prowadzonych kampanii zachęcających do bycia dawcą szpiku. Opinię badanych obrazuje ryc. 1. Analizując odpowiedzi dotyczące pytania: „Co jest największym zagrożeniem przeszczepiania szpiku po zabiegu dla dawcy” – 34 osoby (68%) odpowiedziały na to pytanie, natomiast po-

**Ryc. 1. Opinia osób na temat pobierani szpiku do przeszczepiania****Ryc. 2. Opinia osób na temat zagrożeń po pobraniu szpiku kostnego do przeszczepu**

zostałe 16 osób (32%) nie posiada wiedzy dotyczącej zagrożeń występujących podczas przeszczepiania szpiku. Ankieterzy uważają, że jest to: śmierć – 6 osób (12%), odrzucenie przeszczepu – 5 osób (10%), powikłania po przeszczepie – 6 osób (12%), nie ma zagrożenia – 12 osób (24%), zakażenia – 5 osób (10%). Dane dotyczące znajomości zagrożeń związanych z pobieraniem szpiku od dawcy przedstawia ryc. 2. Zdecydowana większość ankietowanych stwierdziła, że w razie zagrożenia życia w przebiegu ciężkiej choroby, którą można wyleczyć tylko poprzez przeszczep szpiku kostnego przyjąłaby przeszczep. Za przyjęciem przeszczepu opowiada się 48 osób (96%) spośród badanych. Jedynie 2 osoby (4%) nie przyjąłaby przeszczepu w stanie zagrożenia życia. Opinię badanych obrazuje ryc. 3.

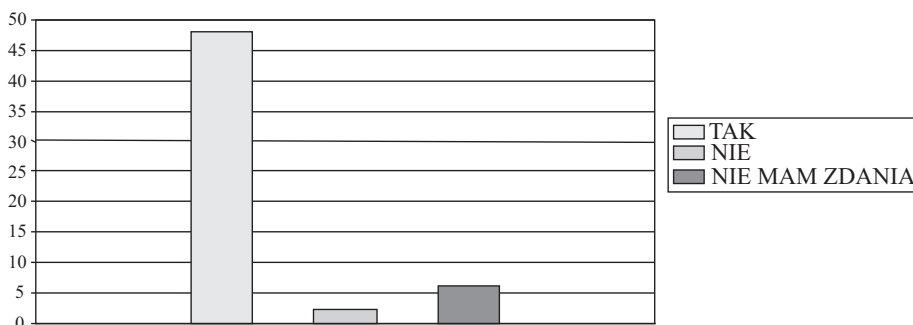
**Ryc. 3. Opinia osób na temat przyjęcia szpiku do przeszczepiania**

Zdaniem przeważającej liczby badanych w stanie zagrożenia życia podczas przebiegu ciężkiej choroby kogoś ze swojej rodziny lub przyjaciół zachęcałby go do przyjęcia przeszczepu, jako sposobu na wyleczenie choroby. Za namową do przyjęcia przeszczepu jest 48 osób (96%) spośród badanych, jedynie 2 osoby (4%) nie namawiałyby osoby bliskiej do przyjęcia przeszczepu (ryc. 4).

**Ryc. 4. Opinia osób na temat czy namawiać czy nie bliską osobę do przyjęcia przeszczepu jako jedynego sposobu na uratowanie życia**

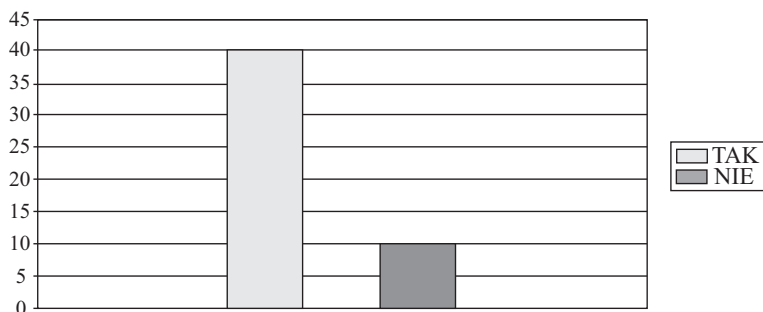
Spośród badanej grupy 42 osoby (84%) uważa, że w razie zagrożenia życia w przebiegu ciężkiej choroby, kogoś z rodziny lub przyjaciół, którą może wyleczyć tylko przeszczep szpiku kostnego zgodziłaby się zostać dawcą szpiku. Sześć osób (12%) nie ma jednoznacznego zdania na ten temat, a jedynie 2 osoby (4%) nie zgodziłyby się zostać dawcą szpiku dla chorej osoby z rodziny lub przyjaciela (ryc. 5).

**Ryc. 5. Opinia badanych na temat czy zgodziliby się zostać dawcą szpiku dla chorej osoby z rodziny lub dla swego przyjaciela**



Zdecydowana większość, bo aż 40 osób badanych (80%) zgodziłaby się zostać dawcą szpiku kostnego. Jedynie 10 osób (20%) nie wyraziło chęci zostania dawcą szpiku kostnego. Opinię respondentów przedstawia rycina 6.

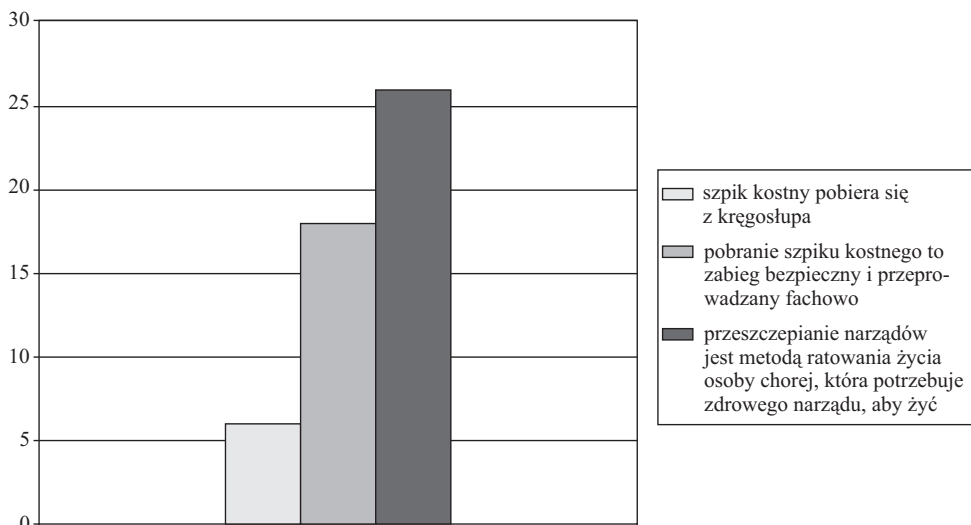
**Ryc. 6. Opinia badanych na temat czy zgodziliby się zostać dawcą szpiku**



W grupie pięćdziesięciu badanych osób panuje kilkanaście opinii na temat pobierania szpiku kostnego do przeszczepu. Najwięcej osób, bo 26 (52%) twierdzi, że „przeszczepianie narządów jest metodą ratowania życia osoby chorej, która potrzebuje zdrowego narządu, aby żyć”, 18 osób (36%) uważa pobranie szpiku kostnego za zabieg bezpieczny i przeprowadzony fachowo, 6 osób (12%) uważa, że „ktoś, kto raz odda szpik, musi go oddawać do końca życia” (ryc. 7).

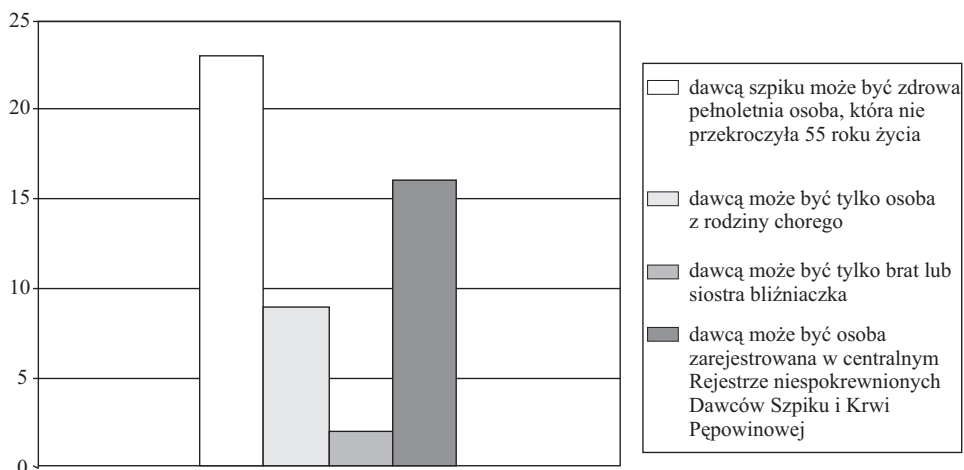
Spośród badanej grupy 23 osoby (56%) twierdzi, że dawcą szpiku kostnego może zostać zdrowa pełnoletnia osoba, która nie przekroczyła 55. roku życia, 16 osób (32%) twierdzi, że dawcą może być osoba zare-

**Ryc. 7. Opinia badanych na temat pobierania szpiku kostnego do przeszczepiani**



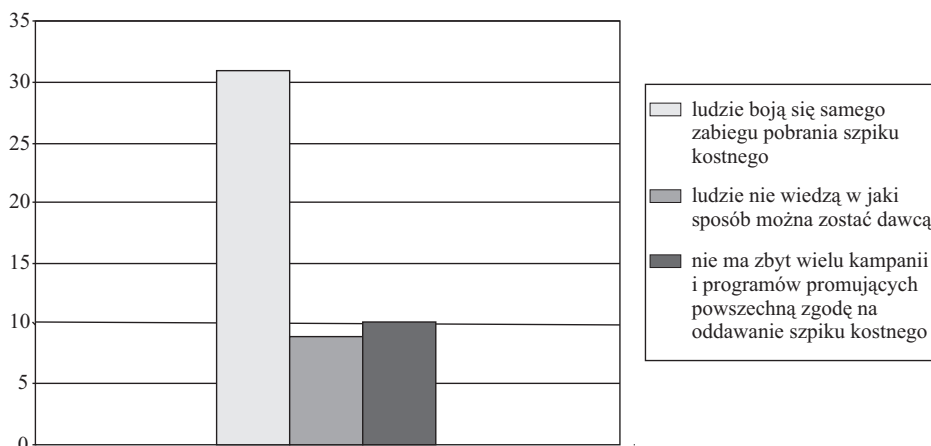
jestrowana w Centralnym Rejestrze Niepokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej, 9 osób (18%) twierdzi, że dawcą może być tylko osoba z rodziny chorego, pozostałe 2 osoby (4%) uważa, że dawcą może być tylko brat lub siostra bliźniaczka (ryc. 8).

**Ryc. 8. Opinia badanych na temat kto może zostać dawcą szpiku kostnego**



Większość badanych 31 (62%) uważa, że tak niewielki procent społeczeństwa zgłasza swoją wolę bycia dawcą szpiku kostnego z powodu strachu przed samym zabiegiem pobrania szpiku, 9 osób (18%) twierdzi, że ludzie nie wiedzą, jak się zostaje dawcą, pozostałe 10 osób (20%) uważa, że nie ma zbyt wielu kampanii i promocji na rzecz oddawania szpiku kostnego (ryc. 9).

**Ryc. 9. Opinia badanych na temat dlaczego tak niewiele osób chce zostać dawcą szpiku kostnego**

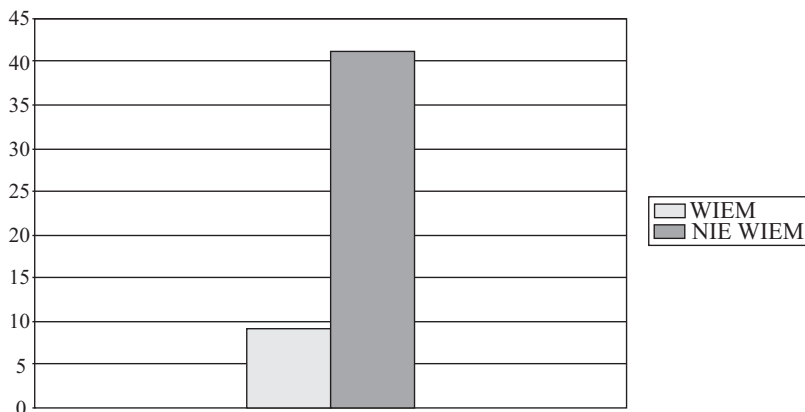


Większość badanych – 41 osób (82%) nie wie, czym jest Centralny Rejestr Niepokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej, pozostałe 9 osób (18%) wie, czym jest i czym się zajmuje Centralny Rejestr (ryc. 10).

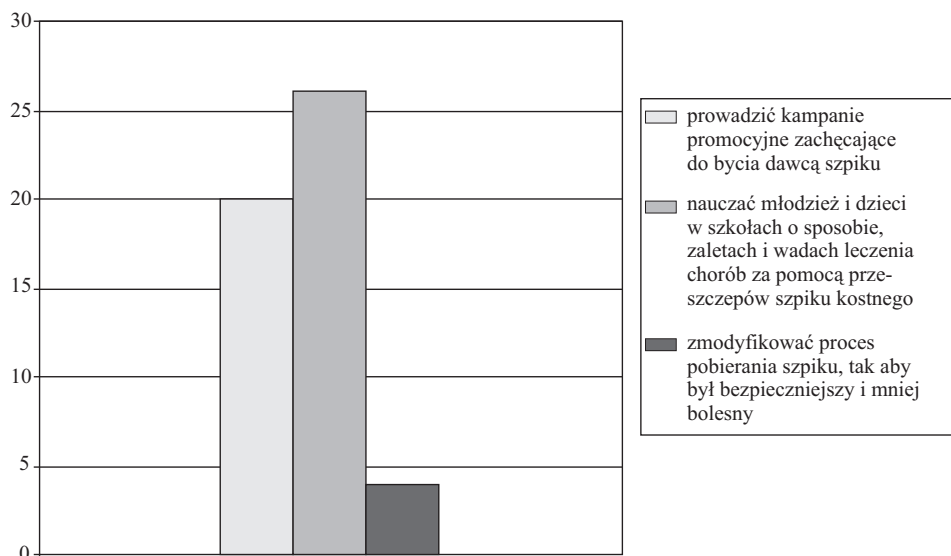
Z odpowiedzi wynika, że 26 osób (52%) zachęciłoby ludzi do zgłaszania swojej woli bycia dawcą szpiku kostnego poprzez naukę młodzieży i dzieci w szkołach o sposobie, zaletach i wadach leczenia chorób za pomocą przeszczepów, 20-stu (40%) ankietowanych uważa, że należy prowadzić kampanie promocyjne zachęcające do bycia dawcą szpiku, pozostałe 4 osoby (8%) chcą modyfikacji procesu pobierania szpiku tak, aby był bezpieczniejszy i mniej bolesny. Opinie badanych prezentuje ryc. 11.

„W okresie ostatnich 10-ciu lat liczba różnych form transplantacji szpiku wzrosła w Polsce 100-krotnie. Niepokoi brak wzrostu allotransplantacji od rodzeństwa w 2003. Bardzo korzystny jest natomiast znaczący wzrost allotransplantacji od niespokrewnionych dawców. Dalszy wzrost nastąpi w bieżącym roku. Fakt ten jest w znacznej mierze wynikiem rozwijania systemu znajdowania dawców i tworzenia rejestrów dawców szpiku przez Poltransplant” [16].

**Ryc. 10. Wiedza badanych na temat Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej**



**Ryc. 11. Sposoby zachęcania ludzi do zgłaszania swojej woli bycia dawcą szpiku kostnego**



W onkohematologii może wdrażać również nowe kierunki leczenia, m.in.

- przeszczepy po niepełnej mieloablacji (tzw. miniprzyszczepy), nowe sposoby przeszczepów od dawców niespokrewnionych i dawców haploidentycznych oraz przeszczepy oparte na alternatywnych źródłach komórek krwiotwórczych.

- leczenie przeciwciałami monoklonalnymi i nowymi lekami selektywnie blokującymi mechanizmy istotne dla onkogenezy (np. blokery kinazy tyrozyny).

Powyżej opisane metody mogą wspomagać stosowanie przeszczepów, głównie autotransplantacji, mogą też zmniejszyć zapotrzebowanie na niektóre formy przeszczepów.

Wydaje się, że niektórzy krytycy transplantacji odrzucają ją jako nowość, do której trudno im się przyzwyczaić, być może z powodu braku rzetelnej wiedzy i ugruntowanych przekonań. Największym problemem jednak są konieczne do przeszczepów zdrowe tkanki i narządy, a właściwie ich dawcy. To właśnie ich dotyczą poważne kwestie moralne. Po udanym przeszczepie pacjenci mogą prowadzić normalne życie, kontynuować naukę, podjąć pracę.

## Wnioski

Na podstawie analizy badań sformułowano następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość społeczeństwa jest zwolennikiem przeszczepiania szpiku.
2. Większość badanych zgodziłoby się zostać dawcami szpiku.
3. Ankietowani odpowiedzieli, że chętnie by zachęcali inne osoby do tego, aby byli dawcami szpiku.
4. Większość badanych odpowiedziało, że nie wie, co to jest Centralny Rejestr Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi.
5. Ankietowali odpowiedzieli, że w razie zagrożenia życia lub w przebiegu ciężkiej choroby osoby ze swojej rodziny, chętnie byliby dawcami szpiku.

## Piśmiennictwo

1. Wasek A: Transplantacje. Dar życia, Radom 2007.
2. Biesaga T.: Elementy etyki lekarskiej. Medycyna Praktyczna, 2006, 140–150.
3. Duda J.: Transplantologia w prawie polskim. Aspekty karnoprawne. Wydawnictwo Zakamycze, Kraków 2004.
4. Hołowiecki J.: Współczesne wskazania do transplantacji szpiku. Współczesna Onkologia, 2001, 5 (5), 201–209.
5. Jaroszek J.: Przeszczepy w świetle prawa w Polsce. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1998.



6. Lange A., Sędzimirska M.: Przeszczepianie komórek krwiotwórczych od dawców allogenicznych: wyniki leczenia na podstawie doświadczenia Dolnośląskiego Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku. *Współczesna Onkologia*, 2006, 10 (8), 391–394.
7. Nowak J., Gronkowska A.: Uwarunkowania poszukiwań i doboru dawców szpiku do transplantacji. *Wiadomości Lekarskie*, 2004, 9, 10, 480–484.
8. Nowak J., Gronkowska A., Brojer E.: Poszukiwanie rodzinnego dawcy szpiku dla chorych nie posiadających zgodnego w HLA rodzeństwa. *Acta Haematologica Polonica*, 2002, 33 (3), 309–315.
9. Karwacka E., Ołdakowska-Jedynak U., Pączek L., Kęcik D., Brydak-Godowska J.: Zmiany oczne u pacjentów po przeszczepieniu szpiku kostnego – prezentacja przypadku. *Klinika Oczna*, 2005, 7–9, 502–505.
10. Biesiaga T.: *Elementy etyki lekarskiej*. Medycyna praktyczna, Kraków 2006.
11. Nowacka M.: *Etyka a transplantacja*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2003.
12. Morgan P. M., Lawton C.: *Problemy etyczne w tradycjach sześciu religii. Hinduizm, buddyzm, sikhizm, judaizm, chrześcijaństwo, islam*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2007.
13. Pawlicka B., Szczepański M.: Dar życia i jego społeczny kontekst. Świadomości społeczne. *Prace naukowe i konferencyjne. Wyższa Szkoła Zarządzania i Nauk społecznych w Tychach*. Tychy, 2003, 5–15.
14. Storkebaum S.: *Dar życia. Wszystko o przeszczepach narządów*. Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 1999.
15. Wolf P., Boudjema K., Ellero B., Cinqualbre J.: *Transplantacja narządów. Kompendium*. Wydawnictwo Volumed, Wrocław 1993.
16. Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K. [red]: *Transplantologia w zarysie*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.



Hanna Rolka<sup>1</sup>, Aneta Grochowska<sup>2</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>,  
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>,  
Beata Kowalewska<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>

**„Nie gaśmy życia, które jeszcze płonie,  
a jego piękny płomień świecić może jeszcze przez długi czas”.  
Postawy społeczeństwa polskiego wobec pobierania narządów  
od dawców żywych i zmarłych**

## **Wstęp**

Transplantacja „to przeszczepianie, przemieszczanie narządu lub jego części (tkanki) z jednej części ciała do innej, albo od jednej osoby lub zwierzęcia do innego organizmu. Jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych zabiegów medycyny klinicznej” [1]. Przyjmując za kryterium pochodzenie organu do transplantacji, można mówić o transplantacjach *ex mortuo*, w której organy, tkanki i komórki pobierane są ze zwłok ludzkich, po uprzednim stwierdzeniu śmierci osobniczej, która nie budzi wątpliwości oraz *ex vivo*, w której dawcą transplantatów jest żywy organizm [2]. Możemy rozróżnić następujące typy przeszczepów:

- *allogeniczne* – „polegają na przeniesieniu tkanki lub narządu między osobnikami tego samego gatunku, ale zupełnie do siebie niepodobnych” [2],
- *genetyczne* – „ale w obrębie tego samego gatunku” (np. człowiek – człowiek) [3];
- *ksenogeniczne* – „przeszczepy międzygatunkowe” (np. świnia – człowiek) [2],
- *autogeniczne* – „polegają na przeniesieniu własnej tkanki lub narządu biorcy z jednego miejsca na drugie np. przeszczep skóry” [2];

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Absolwentka studiów pierwszego stopnia stacjonarnych kierunek Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

- *izogeniczne* – „polegają na przeniesieniu tkanki między osobnikami identycznymi genetycznie, np. pomiędzy bliźniętami jednojajowymi” [2].

Warunkami przyjęcia przeszczepu są: zgodność tkankowa, właściwy dobór dawcy i biorcy, odpowiednie leczenie immunosupresyjne, umiejętność rozpoznania i leczenia procesu odrzucania narządu przez organizm biorcy, zapobieganie powikłaniom i ich leczenie [2, 3].

W Polsce aż 97% przeszczepianych organów pochodzi od dawców zmarłych. Eksplantacja wiąże się z dylematami wielorakiej natury: medycznej, prawnej, teologicznej, etycznej, obyczajowej, psychologicznej. Czy narządy pobierane są rzeczywiście od osób już zmarłych? Czy procedury w żaden sposób nie wpływają na skrócenie życia? Czy pobranie może nastąpić wbrew woli wyrażonej za życia lub bez wiedzy i zgody rodziny zmarłego? Czy nie narusza to jego integralności i godności? Jaki jest stosunek Kościoła do transplantacji? Czy w naszym kraju może się odbywać handel organami? [4, 5].

W aktualnej polskiej rzeczywistości do tego zestawu pytań i wątpliwości dochodzą jeszcze kwestie natury finansowej: Czy naszą służbę zdrowia stać na, bez wątpienia, drogie operacje, jakimi są przeszczepy? Czy możliwe są w tej dziedzinie nadużycia? Wielość trudnych problemów związanych z transplantacjami powoduje, że tematyka ta w mediach poruszana jest wrywkowo, najczęściej w atmosferze sensacji. Z tej przyczyny wiele osób sprzeciwia się pobraniem narządów z ciał osób bliskich, lekarze paraliżowani są lękiem przed oskarżeniami o przyczynienie się do śmierci dawców [5].

Sytuacja, w której znajduje się rodzina i osoby znaczące w życiu chorego, które proszone są o wyrażenie zgody na pobranie narządów do celów transplantologii, jest szczególna. Moment przekazania rodzinie informacji o braku możliwości kontynuacji leczenia wywołuje silne reakcje emocjonalne. Sytuacja, która nastąpiła niespodziewanie odbierana jest jako krzywda i strata. Wywołuje żal, smutek, rozpacz, gniew i bunt, ponieważ każdy ma nadzieję, że jego najbliższa osoba wyzdrowieje. Lęk i strach o wiarygodność diagnozy sprawiają, iż rodzina chorego nie potrafi podjąć decyzji o oddaniu jego narządów do celów transplantacyjnych [4]. Podstawowa wiedza o procedurach związanych z przeszczepami i wiążącymi się z nimi problemami potrzebna jest, by każdy mógł świadomie się do nich ustosunkować i gdy przyjdzie taka potrzeba – dokonać wyboru zgodnie z własną wiedzą i sumieniem. Przeszczepy nie tylko ratują życie, ale mogą także wpłynąć na poprawę jego jakości, o czym świadczą

udane transplantacje rąk, dłoni czy niedawno przeprowadzony we Francji przeszczep części twarzy. Cieszymy się, gdy nauka i medycyna czyni takie postępy, bo rodzi się nadzieja na poprawę zdrowia wielu ludziom.

### **Cel pracy**

1. Ocena wiedzy na temat transplantologii i postaw wobec problemów związanych z przeszczepianiem narządów wśród społeczeństwa polskiego.
2. Poznanie opinii społeczeństwa polskiego na temat pobierania narządów od dawców żywych i zmarłych oraz przeprowadzenie analizy opinii respondentów w trzech aspektach: społecznym, obyczajowym i moralno-religijnym.
3. Określenie, czy respondenci są „za”, czy może „przeciw” przeszczepianiu narządów od dawców żywych i zmarłych.

### **Materiał i metoda**

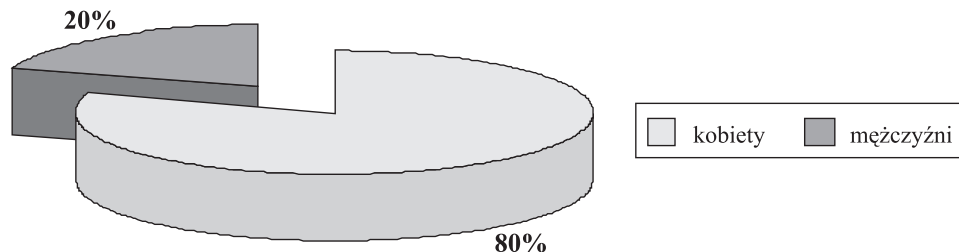
Do oceny zbadania opinii respondentów na temat przeszczepiania narządów od dawców martwych i żywych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dla potrzeb pracy skonstruowano narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety. Dla ustalenia badanej populacji zastosowano dobór losowy, gdyż była ona niewielka i nieznaną była jej struktura. Badaniem objęto 50-osobową reprezentatywną próbę Polaków w wieku powyżej 15 lat. Pierwsza grupa złożona z 25 respondentów stanowiła wybraną populację pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Druga grupa 25 respondentów stanowiła wybraną populację pacjentów Szpitala w Łomży.

W informacji na wstępie kwestionariusza umieszczono wskazówki o sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety oraz poinformowano o celu i przeznaczeniu badań. Zapewniono również o całkowitej anonimowości badań. Kwestionariusz ankiety został opracowany tak, aby forma i słownictwo były adekwatne do badanej grupy respondentów. Dla wszystkich grup respondentów narzędzie było jednakowe, przy czym w każdym, oprócz pytań specyficznych, znajdował się blok pytań filtrujących, umożliwiających dokonanie porównań postaw i opinii według przyjętych kryteriów podziałów. Niektóre z pytań zostały sformułowane w systemie półotwartym, co umożliwiło respondentom uzupełnienie zaproponowanych odpowiedzi o własne przemyślenia. Badania realizowane były od końca maja do połowy czerwca 2008 roku.

## Wyniki badań i ich omówienie

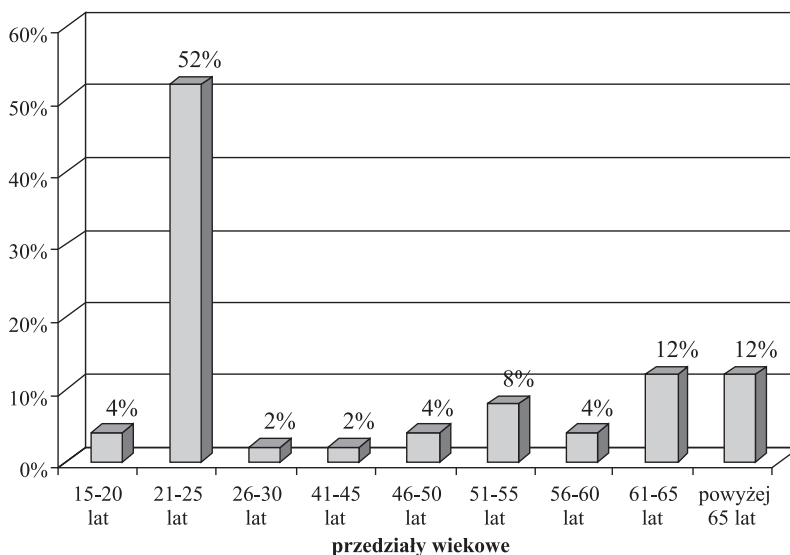
W badaniu pilotażowym wzięło udział 50 respondentów. Badana grupa była zróżnicowana pod względem płci. Chęć w badaniu zadeklarowało 40 kobiet i 10 mężczyzn (rycyna 1). Spośród pięćdziesięciu osób

Ryc. 1. Płeć badanych



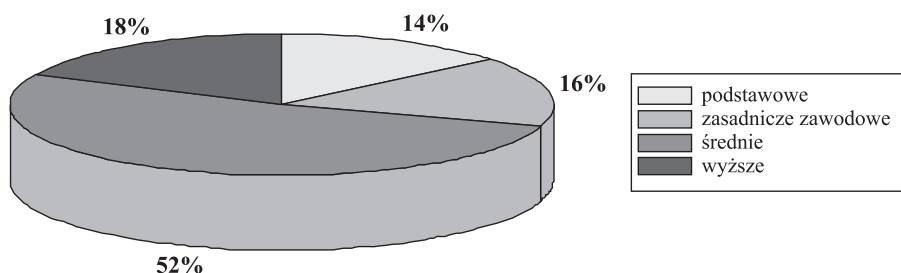
biorących udział w badaniu ankietowym najwięcej, aż 52% znalazło się w przedziale wiekowym od 21.–25. r.ż. Szczegółową strukturę wieku badanych respondentów przedstawia rycyna 2. Ankietowanym zadano py-

Ryc. 2. Struktura wieku badanych



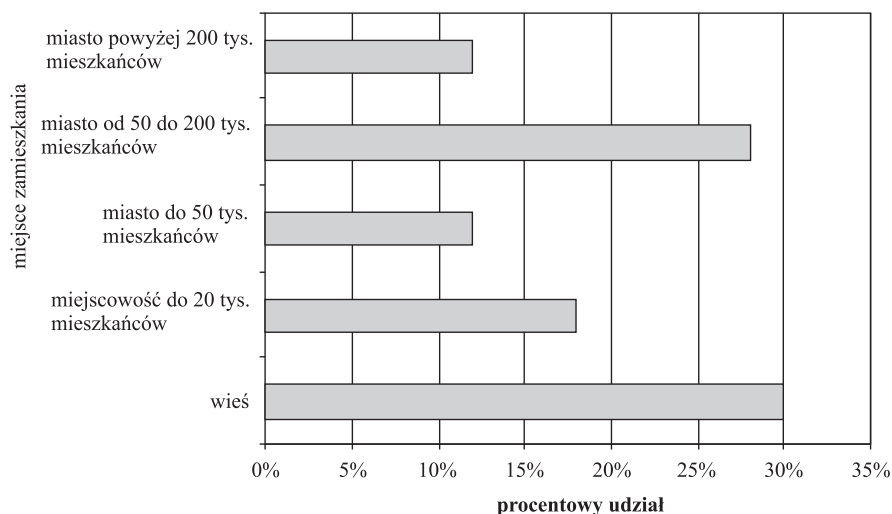
tanie dotyczące poziomu ich wykształcenia sądząc, iż ich opinia w stosunku do tak złożonego zagadnienia będzie częściowo nim zdetermino-

**Ryc. 3. Wykształcenie badanych**



wana. Szczegółową strukturę wykształcenia badanych obrazuje rycina 3. Spośród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 52%, 18% ankietowanych stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, 16% zawodowym zasadniczym i 14% z wykształceniem podstawowym. Na wsi zamieszkiwało 30% uczestniczących w badaniu, 28% ankietowanych mieszka w mieście do 200 tys. mieszkańców. Szczegółową analizę miejsca zamieszkania osób badanych przedstawia rycina 4.

**Ryc. 4. Struktura zamieszkania badanych**



Na pytanie postawione w ankiecie o stosunek do spraw wiary, większość respondentów, bo aż 98% udzieliła odpowiedzi, iż jest osobą wierzącą. W Białymstoku jest to 100% badanych, a w Łomży 96%. Niewierzący

**Tabela 1. Zróżnicowanie religijne respondentów**

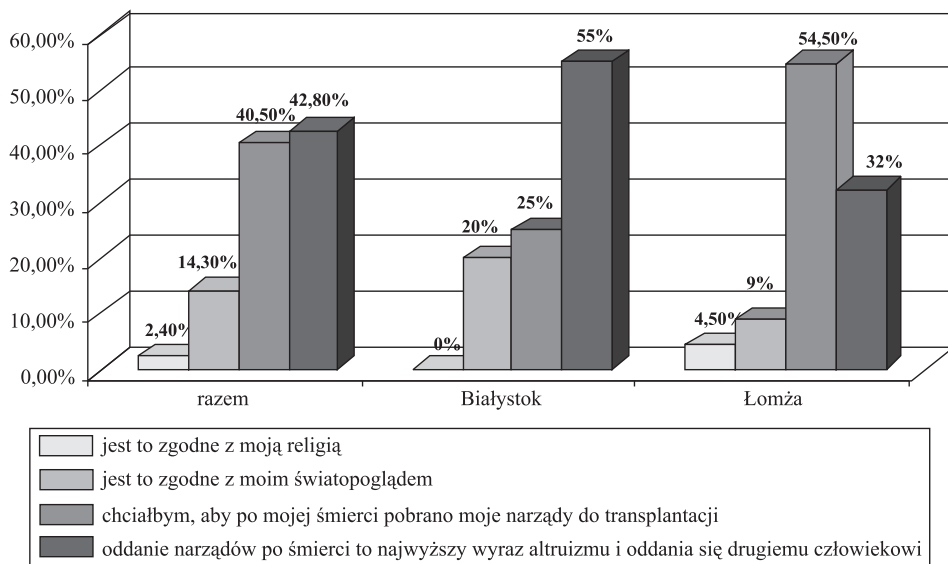
Religia	Miasto		
	Białystok	Łomża	Razem
Islam	1,00%	0,00%	0,50%
Judaizm	0,00%	0,24%	0,12%
Katolicyzm	94,00%	98,80%	96,40%
Prawosławie	4,00%	0,48%	2,24%
Inne	1,00%	0,48%	0,74%

w badanej ogólnej populacji stanowią 2%, w Łomży zaś 4% ankietowanych. Dane dotyczące wyznawanej religii przedstawia tabela 1. W ujęciu powyższych danych należy pamiętać, iż udział procentowy poszczególnych religii wśród badanych, był wyliczony jedynie spośród osób, które zadeklarowały się jako wierzące.

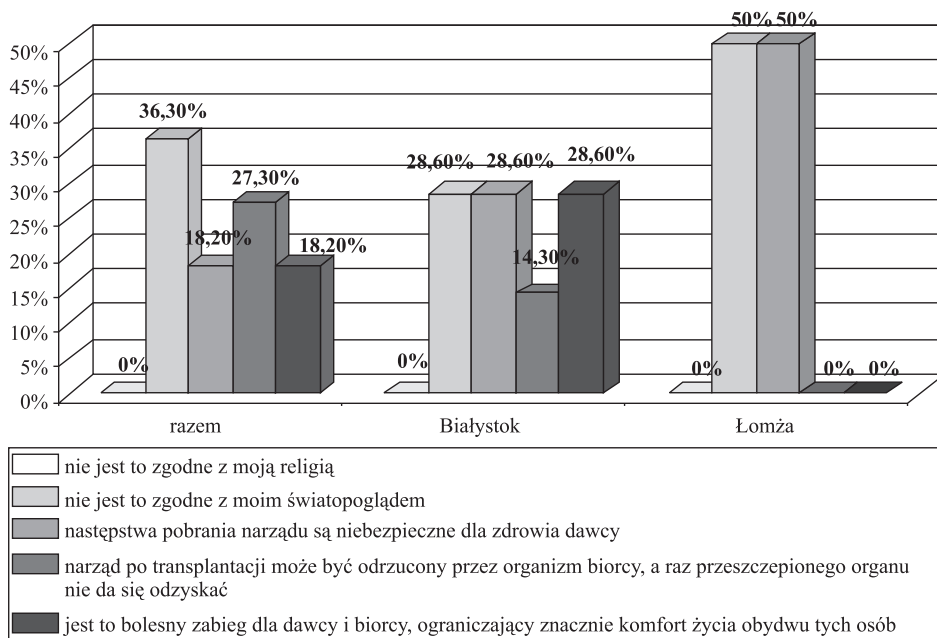
Na pytanie dlaczego nie popierasz faktu pobierania narządów do transplantacji od dawców zmarłych, pomimo proponowanych czterech wariantów odpowiedzi i możliwości udzielenia własnej, 100% ankietowanych wybrało odpowiedź: nie chciałbym, by po śmierci pobrano moje narządy do transplantacji. W ogólnym przeliczeniu takiej odpowiedzi udziela 20% ankietowanych, co o 10% przewyższa liczbę osób, które w ankiecie wypowiedziały się przeciw pobieraniu narządów od dawców zmarłych. Opinie dotyczące poruszanego zagadnienia przedstawiają ryciny 5 i 6. Z wyników przeprowadzonych badań wnioskować można, iż na opinię polskiego społeczeństwa na temat pobierania narządów do transplantacji od dawców żywych i zmarłych wpływ ma wiele czynników. Można je podzielić na kilka równorzędnych grup: struktura społeczna (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie respondentów) w konfrontacji z uwarunkowaniami społecznymi oraz czynnikami moralno-religijnymi. Należy podkreślić, iż kształtowanie się opinii społeczeństwa jest procesem wieloetapowym i wieloaspektowym. Pomimo pewnych stałych, jakie można wyróżnić w grupie badanych na okres przeprowadzania próby jest wiele czynników, które ewaluują i zmieniają się w miarę upływu czasu badania (czas od rozpoczęcia do zakończenia badań). Zmienia się także podejście do kwestii poruszanych w badaniu, nawet w trakcie wypełniania ankiety. W wielu kwestionariuszach można dostrzec nieścisłości i niekonsekwencje, których jednak nie korygowałam, wiernie przedstawiając w wynikach, w celu ukazania wielkości problemu



**Ryc. 5. Opinie na temat przyczyny poparcia faktu pobierania narządów od osób zmarłych**



**Ryc. 6. Opinie na temat przyczyny sprzeciwu wobec faktu pobierania narządów od żywych dawców**

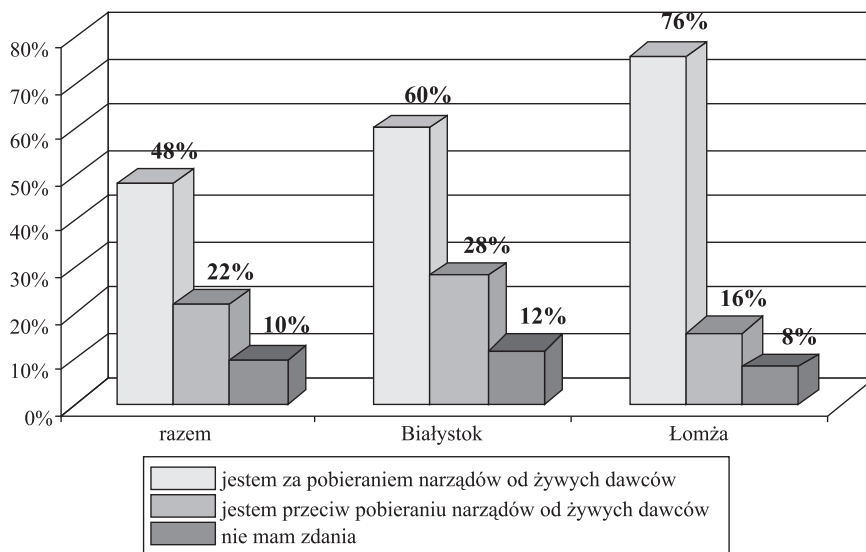


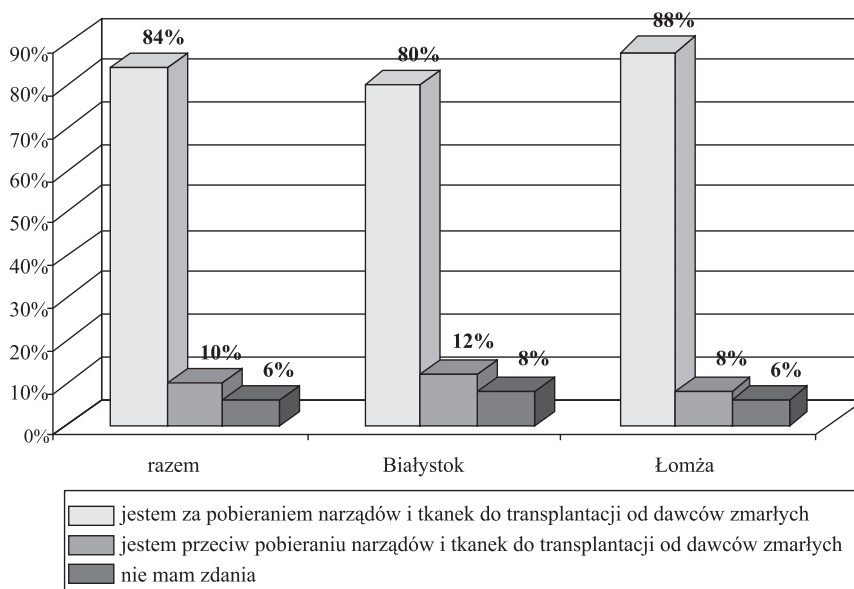
braku jednoznacznej opinii społeczeństwa na temat pobierania narządów do transplantacji od dawców żywych i zmarłych. Pomimo tych wszystkich nieścisłości jasno klarują się pewne zależności.

Polacy, we wszystkich grupach wiekowych, w większości popierają metody, jakie stosuje się we współczesnej transplantologii. 84% osób akceptuje i popiera pobieranie narządów do przeszczepu od dawców zmarłych, a 48% badanych popiera tę samą procedurę w stosunku do dawców żywych. W tym drugim przypadku jest jednak sporo głosów sprzeciwu – 22% ankietowanych, brak opinii deklaruje 10% badanych. Z badania wynika również, iż mieszkańcy mniejszych miejscowości chętniej popierają obydwie procedury pobierania narządów niż mieszkańcy Białegostoku.

Mężczyźni, stanowiący 20% badanej populacji, zgodnie wypowiadają się co do pobierania narządów do przeszczepów od dawców żywych, jak i zmarłych – 80% jest za tymi procedurami, a 20% nie ma zdania. Ci ostatni charakteryzują się dość niskim poziomem wykształcenia oraz pochodzą ze wsi i miejscowości o zaludnieniu do 20 tys. mieszkańców. Wszyscy deklarują swój wiek powyżej 46 lat i mimo, iż wyraziliby zgodę na transplantację narządu dla siebie, jak zarówno w imieniu osoby bliskiej, sami nie chcieliby zostać dawcami. Stosunek badanych do pobierania narządów od dawców żywych i zmarłych przedstawiają ryciny 7 i 8.

**Ryc. 7. Stosunek badanych wobec pobierania narządów od żywych dawców**



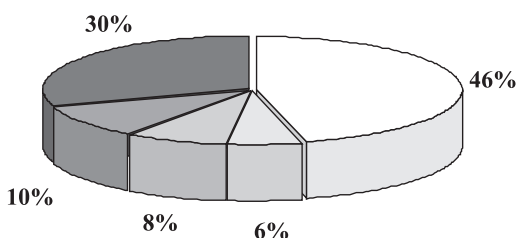
**Ryc. 8. Stosunek badanych wobec pobierania narządów od zmarłych dawców**

Punktem krytycznym całego problemu jest definicja śmierci człowieka. Dla wielu osób człowiek żyje tak długo, jak długo bije jego serce, zachowane jest krążenie i oddycha nawet, jeśli robią to za niego urządzenia. Blisko połowa Polaków uważa, że śmierć mózgu następuje wówczas, gdy całkowicie i nieodwracalnie ustaje jakakolwiek aktywność mózgu. 10% akceptuje definicję mówiącą o śmierci wskutek ustania krążenia, a zaledwie 30% ankietowanych zaznaczyło prawidłową definicję spośród proponowanych w kwestionariuszu. Zdecydowanie lepiej wypadają osoby młode – do 25. roku życia i te starsze z wyższym wykształceniem. Aspekt rozumienia pojęcia śmierci prezentuje rycina 9.

Wyniki uzyskane w próbie wskazują, że postawy wobec przeszczepiania narządów wiążą się z wiekiem i poziomem wykształcenia. Osoby z wykształceniem wyższym i zawodowym częściej opowiadają się za pobieraniem narządów (82,35%) od dawców zmarłych, niż respondenci ze średnim wykształceniem 69,23%. Jednocześnie respondenci, którzy ukończyli 50 lat wyraźnie rzadziej akceptują pobieranie narządów niż respondenci młodszy (poniżej 25. roku życia).

Badane kobiety w 87,5% akceptują pobieranie narządów od osób żywych, a w 50% od zmarłych. Nieco inaczej sytuacja przedstawia się wśród

**Ryc. 9. Przekonania dotyczące momentu śmierci człowieka wśród badanych**



	całkowite i nieodwracalne ustanie jakiejkolwiek aktywności mózgu
	brak samodzielnego oddechu przez okres minimum dwóch minut po zastosowaniu oddychania sztucznego
	brak aktywności elektrycznej mózgu (zarówno naturalnej jak i prowokowanej)
	śmierć wskutek ustania krążenia
	nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości; niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu

mężczyzn: 80% popiera tę procedurę w stosunku do dawców żywych, jak i w stosunku do zmarłych. Nie bez znaczenia jest również miejsce zamieszkania. Mieszkańcy miejscowości – powyżej 50 tys. mieszkańców, chętniej akceptują formę leczenia, jaką jest transplantacja. Zaskakująca jest jednak rola wykształcenia w kształtowaniu opinii Polaków wobec pobierania narządów. Okazuje się, że osoby z wykształceniem wyższym i zawodowym częściej opowiadają się za pobieraniem narządów niż respondenci ze średnim wykształceniem. Wiek badanych również kształtuje ich postawy wobec problemu. Osoby młode, do 35. r.ż., chętniej deklarują zgodę na pobranie swoich narządów do przeszczepu po śmierci niż starsi od nich wiekiem respondenci.

Z prowadzonych badań wynika, iż Polacy w swoich sądach dość często kierują się przede wszystkim własnym światopoglądem. Na pytanie, o poparcie faktu pobierania narządów od osób zmarłych, ponad 26% odpowiada, że jest to zgodne z ich światopoglądem. Ponad 30% światopoglądem tłumaczy swój sprzeciw wobec pobierania narządów od żywych dawców. Wyniki wskazują również na to, że osoby posiadające dzieci i te, które w przeszłości przeżyły śmierć bliskiej osoby, rzadziej popierają proces pobierania narządów od dawców zmarłych, ale zdecydowanie częściej niż inni deklarują chęć oddania narządów po śmierci.

Stosunek do spraw wiary ma niebagatelną rolę w ocenie zasadności pobierania narządów. Badania dowodzą, że zarówno wierzący, jak i niewierzący w Boga akceptują fakt pobierania narządów od dawców zmar-

łych. Najlepiej wśród wyznań wypadają katolicy i prawosławni, którzy dwa razy częściej wypowiadają się pozytywnie odnośnie proponowanych przez współczesną medycynę technik transplantacyjnych, oni też zdecydowanie częściej deklarują chęć oddania narządu za życia i po śmierci. Respondenci deklarujący się jako Świadkowie Jehowy nie popierają żadnej z metod oraz nie zostaliby dawcami.

Wyniki przeprowadzonego badania dają obraz na pośrednią ocenę skuteczności metod transplantacyjnych, gdyż pytanie o skuteczność tej metody leczenia nie było umieszczone w kwestionariuszu. Dziwi jednak fakt, iż respondenci zapytani o zgodę na transplantację w sytuacji zagrożenia swojego życia lub innej osoby im bliskiej, zdecydowanie odpowiadają twierdząco (86%), natomiast respondenci dezaprobujący pobieranie narządów od dawców żywych, zapytani o przyczynę sprzeciwu, prawie w 1/3 odpowiadają, że narząd po transplantacji może być odrzucony, a raz przeszczepionego organu nie da się odzyskać. Blisko 20% mówi, iż jest to zabieg bolesny dla dawcy i biorcy, znacznie ograniczający komfort życia obydwu tych osób.

Zdecydowana większość ankietowanych przez CBOS (81%) nie sprzeciwiłaby się pobraniu organów od zmarłej bliskiej osoby w sytuacji, gdy wiadomo, że nie miała ona nic przeciwko oddaniu własnych narządów. Blisko dwie trzecie (65%) badanych również nie wyraziłoby sprzeciwu, gdyby nie znało stanowiska osoby zmarłej wobec pobierania jej organów [11]. Tylko w sytuacji, gdy wiadomo, że osoba zmarła miała za życia krytyczny stosunek do pobierania narządów do przeszczepu, większość badanych (68%) oponowałaby przeciwko przeprowadzeniu takiego zabiegu. Niemal trzy czwarte (72%) badanych wyraża gotowość do podpisania oświadczenia woli, a co szósty (16%) deklaruje, że tego by nie zrobił. Poziom gotowości do złożenia takiej deklaracji – jak podkreśla CBOS – nie zmienił się zauważalnie w ciągu ostatnich dwóch lat. Jeden na stu ankietowanych (1%) twierdzi, że już podpisał takie oświadczenie. W ocenie CBOS, jednym z istotnych problemów transplantologii jest brak zgody rodziny osoby zmarłej na pobranie narządów. Wprawdzie opinia rodziny nie ma mocy prawnej (w Polsce obowiązuje zasada zgody domniemanej, a więc jeśli zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu wpisując się do specjalnego rejestru, wówczas jest uznawany za potencjalnego dawcę), jednak w praktyce lekarze kierują się stanowiskiem bliskich. Oświadczenie woli ma stanowić dla rodziny informację, że zmarły zgadzał się na pobranie narządów. O takim oświadczeniu słyszało blisko dwie trzecie (64%) responden-

tów, tj. o 19% więcej niż dwa lata temu. Z badań CBOS wynika, że gotowość do oddania swoich narządów po śmierci deklaruje zdecydowana większość (82%) społeczeństwa. Ponad połowa (56%) badanych mówi o tym z pełnym przekonaniem. Co dziewiąty dorosły (11%) przyznaje, że nie zgodziłby się na pobranie po śmierci narządów do przeszczepu. Ponadprzeciętną gotowość do oddania swoich organów charakteryzują się respondenci w wieku 25–54 lata, mieszkańcy największych aglomeracji, najlepiej wykształceni, dobrze oceniający swoją sytuację materialną. Aspekt ten również potwierdzono w prowadzonych badaniach [11].

Według danych statystycznych tylko ok. 8% Polaków jest przeciwnych samej idei pośmiertnego pobierania narządów. Badania prowadzone również ukazały, że ideę przeszczepiania narządów traktuje się pozytywnie i ocenia jako akt wysoce humanitarny. Niestety, często w przypadku, gdy decyzja o wyrażeniu zgody dotyczy bliskiego zmarłego, gwałtownie protestuje aż 75% rodzin [11]. Dlaczego tak się dzieje? Powodów może być kilka. Większość rodzin pobieranie narządów (eksplantację) uważa za profanację, zbezczeszczenie, okaleczenie. Ich zdaniem byłoby to naruszenie należnej zmarłemu integralności. Niektóre rodziny argumentują, że skoro mają prawo do pochowania ciała krewnego, to chcą je pogrzebać w stanie nienaruszonym. Szacunek dla ciała zmarłego ma silne podłoże emocjonalne i obyczajowe. Ten argument często jest priorytetowy dla rodziny, dlatego należy uświadomić, że lekarz pobierający organy dba o to, aby wskutek zabiegu ciało nie straciło prawidłowego wyglądu. Ponadto, uświadamiajmy społeczeństwu, że pacjent będący dawcą to pacjent szczególny. To człowiek, który oddaje swoje życie darując życie i zdrowie innym, czasem kilku osobom. Wszystko, co nieznanne budzi opór, trudno ugruntowane przekonania zmienić, często w tak dramatycznej dla człowieka sytuacji utraty bliskiej osoby, dlatego wydaje się istotny postulat prowadzenia edukacji dotyczącej dawstwa narządów i rozmów dotyczących aspektów moralnych i religijnych.

## Wnioski

Analiza materiału badawczego pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Społeczeństwo polskie jest świadome zasadności przeszczepiania narządów.

2. Polacy bardziej pozytywnie reagują na fakt pobierania organów od dawców zmarłych, jednak mniej chętnie mówią o ewentualnym wyrażeniu zgody na pobranie narządów do transplantacji od osób żywych.
3. Idea oddawania po śmierci swoich narządów, w społeczeństwie polskim, jest bardziej powszechna wśród osób młodych.
4. Polakom łatwiej jest myśleć i decydować o tym, co stanie się z ich narządami po śmierci, niż myśleć i decydować w imieniu zmarłych z ich rodzin. Zatrważające jest również to, iż 70% społeczeństwa nie wie, jakie są kryteria śmierci mózgowej.

### Piśmiennictwo

1. Pawlicka B., Szczepański M.: Dar życia i jego społeczny kontekst. Świadomości społeczne. Prace naukowe i konferencyjne. Wyższa Szkoła Zarządzania i Nauk Społecznych w Tychach, Tychy, 2003, 7–8.
2. Guzik-Makaruk E.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Wydawnictwo Temida, Białystok 2008.
3. Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K. [red.]: Transplantologia w zarysie. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.
4. Nowacka M.: Etyka a transplantacje. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
5. Wasak A., Transplantacje. Wydawnictwo Polwen, Radom 2007, 3–4.
6. Ślipko T.: Bioetyka. Najważniejsze problemy. Wydawnictwo Petrus, Kraków 2008.
7. Hartman J.: Bioetyka dla lekarzy. Walters Kluwer Polska, Warszawa, 2009.
8. Mephan B.: Bioetyka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
9. Szewczyk K.: Bioetyka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
10. Storkebaum S.: Dar życia. Wszystko o przeszczepach narządów. Wydawnictwo Bertelsmann Media sp. z o.o. 1999
11. <http://www.przeszczep.pl/> uzyskano 4.11.2009.





Grażyna Kobus<sup>1</sup>, Julia Sawicka<sup>1</sup>, Joanna Aleksiejuk<sup>2</sup>,  
Katarzyna Łagoda<sup>1</sup>, Katarzyna Snarska<sup>1</sup>,  
Hanna Bachórzewska-Gajewska<sup>1,3</sup>

## Transplantacja narządów jako dar życia – w opinii pielęgniarek

*...niewątpliwie jest coś wzniosłego w tym, że  
człowiek po swojej śmierci może stać się dla  
drugiego człowieka dawcą życia*

Józef Bogusz

Niedoceniana, gdy należała jeszcze do świata fikcji, chimery – transplantacja narządów, stała się skuteczną metodą leczenia dla tych, którzy pozbawieni zostali możliwości korzystania z podstawowych funkcji życiowych, utracili szanse na przeżycie.

Druga połowa ubiegłego wieku doprowadziła do niesłychanego rozwoju transplantologii klinicznej. Pojawiła się wizja urzeczywistnienia odwiecznych marzeń człowieka, aby żyć dłużej. Wszystko to stało się możliwe dzięki nowym technikom badania zgodności tkankowej, udoskonaleniu sposobów przechowywania narządów, wprowadzeniu nowych metod immunosupresji, wcześniejszemu rozpoznawaniu i skuteczniejszemu leczeniu procesu odrzucania, a także zapobieganiu i lepszemu leczeniu zakażeń [1]. Przeszczepianie narządów przestało być osiągnięciem pojedynczych osób lub ośrodków. W wyniku ścisłej współpracy poszczególnych specjalistów – chirurgów, internistów, immunologów, bakteriologów i lekarzy innych specjalności transplantacja narządów stała się powszechnie stosowaną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Co roku na świecie wykonuje się ponad 70 tys. takich zabiegów. W Polsce liczba zabiegów przeszczepiania narządów jest zbyt mała w stosunku do

---

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Oddział internistyczny w SPZOZ w Bielsku Podlaskim

<sup>3</sup> Klinka Kardiologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

potrzeb [1]. Brak narządów do transplantacji jest jednym z głównych problemów współczesnej transplantologii. Medycyna transplantacyjna, jak żadna inna specjalność medyczna, jest związana z wieloma niezwykle trudnymi problemami etyczno-obyczajowymi i prawnymi. Przeszczepianie narządów stanowi bardzo szczególną formę leczenia. Poza chorym i lekarzem, który wykonuje zabieg potrzebny jest narząd pobrany od innego człowieka (żywego lub martwego), którego nazywamy dawcą [2]. Główną przeszkodą, która ogranicza liczbę wykonywanych przeszczepów jest brak akceptacji społecznej i środowiskowej. Brak akceptacji, który wyraża się sprzeciwem najbliższej rodziny zmarłego na pobranie narządów, wynika z niedostatecznego zrozumienia pojęcia śmierci mózgowej oraz poglądu, że pobranie narządów stanowi akt braku poszanowania zwłok w majestacie śmierci oraz nieznanomości przepisów prawnych, które pozwalają na pobranie narządu. Sprzeciw na pobranie narządu po śmierci jest równoznaczny z wyrokiem śmierci dla około 10 innych osób, które czekają na transplantację [3].

Szpecially ważnym i odpowiedzialnym zadaniem środowiska medycznego jest wyjaśnianie rodzących się w społeczeństwie wątpliwości związanych z przeszczepianiem narządów oraz przekonywanie, że jest to jedyna w pełni skuteczna metoda leczenia chorych ze skrajną niewydolnością nerek, serca bądź innych narządów.

Zabiegi transplantacyjne nie powinny budzić sprzeciwu w społeczeństwie. Zagrożenia życia codziennego mogą spowodować, że każdemu z nas może przydarzyć się wypadek lub poważna choroba, która wymagałaby pomocy lekarskiej, przetoczenia krwi, a czasem wysoko specjalistycznego leczenia, jakim jest transplantacja narządów, komórek czy tkanek. W tej właśnie trudnej dla nas sytuacji oczekujemy pomocy od drugiego człowieka. Codziennie umiera wiele osób tylko dlatego, że nie doczekały się przeszczepu trzustki, serca, wątroby bądź nerki [3].

## **Cel pracy**

Celem pracy było określenie poziomu wiedzy pielęgniarek oraz poznanie ich opinii na temat transplantacji narządów.

## **Materiał i metody**

Badania przeprowadzono w grupie 90 pielęgniarek zatrudnionych w Publicznych i Niepublicznych placówkach służby zdrowia. Materiał

badawczy zebrano drogą anonimowej ankiety, którą skonstruowano na potrzeby badania.

Grupę badaną w większości (97,8%) stanowiły kobiety. Średnia wieku wynosiła 35 lat. Najwięcej osób (58,9%) było w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat. Duży odsetek (27,8%) ankietowanych był zatrudniony na oddziale internistycznym, POZ – 22,2%, najmniejszy (2,2%) w ośrodku dializ. Staż pracy w zawodzie pielęgniarek był równie tak samo zróżnicowany, jak miejsce pracy. Połowa badanych (50%) to osoby, które miały staż pracy od 11 do 20 lat. Dokładną charakterystykę badanej grupy przedstawia tab. 1.

**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy**

	n	%
Przedział wieku		
20–30 lat	15	16,7
31–40 lat	53	58,9
41–50 lat	20	22,2
> 51 lat	1	1,1
Miejsce pracy		
Oddział internistyczny	25	27,8
Oddział chirurgiczny	11	12,2
Oddział psychiatryczny	10	11,1
Oddział dziecięcy	8	8,9
Oddział rehabilitacji	3	3,4
OIOM	11	12,2
POZ	20	22,2
Ośrodek dializ	2	2,2
Staż pracy		
Do 10 lat	27	30,0
11–20 lat	45	50,0
21–30 lat	17	18,9
> 31 lat	1	1,1
Ogółem	90	100,0

## Wyniki

### **Akceptacja leczenia za pomocą pobierania i przeszczepiania narządów od osób żywych i zmarłych**

Pielęgniarki zapytano „czy akceptują leczenie za pomocą pobierania i przeszczepiania narządów od osób żywych” – twierdząco odpowiedziało 94,4% osób, 4,5% – nie było zdecydowanych, a nie akceptujących tej formy leczenia było 1,1% badanych. Na pytanie „czy akceptujesz pobieranie i przeszczepianie narządów ze zwłok”, zdecydowanie za tą metodą leczenia opowiedziało się 90% ankietowanych, 6,6% nie akceptowało tej metody leczenia, a zdania na ten temat nie miało 3,4% pielęgniarek.

Zdecydowana większość pielęgniarek (94,4%) wyraziła pozytywną postawę wobec transplantacji narządów, obojętną 4,5%, negatywną 1,1%.

### **Znajomość w zakresie procedur rozpoznawania i stwierdzania śmierci mózgu**

W badanej grupie 94,4% pielęgniarek znało procedury diagnostyczne rozpoznawania i stwierdzania śmierci mózgu. Jedynie 3,4% nie zastanawiała się na tym, a niewielki odsetek badanych (2,2%) przyznało, że nie zna powyższych procedur.

### **Rola prawa i rodziny przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów od osoby zmarłej**

Zgodnie z ustawą o pobieraniu, przechowywaniu narządów i tkanek z dnia 1.07.2005 r. osoba, która nie zgłosiła swego sprzeciwu może być dawcą narządów. Ponad połowa (67,8%) ankietowanych uważa, że lekarze powinni rozmawiać z rodziną o możliwości pobrania narządów, mimo iż zgodnie z prawem można pobrać narząd bez zgody rodziny, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Co piąta osoba uważa, iż nie powinno pytać się rodziny o zamiarze pobrania narządów od zmarłego. Nie zastanawiało się nad tym 14,5% badanych. Zapytaliśmy również, kto powinien decydować o pobraniu narządów od osób zmarłych i 41,1% ankietowanych uznało, że rodzina, prawo – 28,9%, 30% odpowiedziało, że „trudno powiedzieć”.

### **Zgoda na pobranie narządu od zmarłej osoby bliskiej**

Na pytanie „czy jesteś przeciwny, jeśli w razie konieczności lekarz zwróci się z pytaniem o możliwość pobrania narządów od Twoich bliźkich” ponad połowa (53,3%) pielęgniarek odpowiedziała, że wyraża

swój sprzeciw na pobranie narządów od bliskich. Jedynie co czwarta pielęgniarka wyraziła zgodę na pobranie, a co piąta nie umiała udzielić odpowiedzi. Natomiast na pytanie „czy zgodziłbyś się, aby po Twojej śmierci pobrano jakiś narząd celem przeszczepienia” większość ankietowanych (85,6%) deklarowała gotowość oddania po śmierci swoich narządów, swój sprzeciw wyraziło jedynie 2,2%, a 12,2% ankietowanych miało trudności z odpowiedzią na to pytanie.

Ponad połowa (52,2%) ankietowanych pielęgniarek nie poinformowała rodziny o swojej decyzji oddania narządów po śmierci, natomiast o tej decyzji poinformowało swoich najbliższych 47,8% osób. Żadna osoba nie zgłosiła swego sprzeciwu na pobranie narządów po swojej śmierci w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (CRS).

Zapytaliśmy również o „wyrażenie zgody na bycie za życia dawcą tkanki czy narządu parzystego”, twierdząco odpowiedziało 43,4%, co czwarta osoba nie zastanawiała się nad tym, a swój sprzeciw wyraziło 2,2% ankietowanych.

### **Propagowania idei transplantacji**

Duży odsetek badanych (76,7%) uważa, że są potrzebne akcje promujące ideę transplantacji, 23,3% odpowiedziało, że są potrzebne jedynie w pewnych środowiskach.

O oświadczeniach woli, propagujących ideę transplantacji słyszało 83,3% badanych, ale tylko 3,4% osób takie oświadczenie posiadało i nosiło ze sobą.

### **Wątpliwości i lęki związane z transplantacją**

Zapytaliśmy również o wątpliwości i lęki ankietowanych związane z transplantacją tkanek i narządów, 32,2% badanych żadnych wątpliwości co do transplantacji tkanek i narządów nie miało, co piąta osoba wyraziła obawę przed odrzuceniem przeszczepionego narządu, co czwarta osoba obawiała się chorób przeniesionych z przeszczepioną nerką, wątpliwości przed niewiarygodnym rozpoznaniem śmierci mózgu wyraziło jedynie 3,4% badanych (tab. 2).

### **Omówienie wyników**

Szybki, a co za tym idzie nieoczekiwany w pewnej mierze, postęp i rozwój medycyny dał lekarzom ogromne możliwości w zahamowaniu lub likwidowaniu chorób zagrażających życiu człowieka. To, co jeszcze

**Tabela 2. Wątpliwości i lęki ankietowanych związane z transplantacją tkanek i narządów**

Wątpliwości	n*	%*
Brak wątpliwości	29	32,2
Obawa przed odrzuceniem przeszczepionego narządu	23	25,5
Choroby przeniesione z przeszczepioną nerką	18	20,0
Nadużycia (handel nerką)	4	6,9
Moralne i religijne	4	6,9
Niewiarygodne rozpoznanie śmierci mózgu	2	3,4

\* nie wszyscy ankietowani udzielili odpowiedzi

50 lat temu wydawało się nieprawdopodobne, dziś może być realne. Może, gdyż potencja, jaką stwarza dynamiczny rozwój medycyny, nie zawsze idzie w parze z przygotowaniem prawnym czy obyczajowym społeczeństwa. Widać to szczególnie, gdy tematem dyskusji staje się jedna z najnowocześniejszych metod leczenia i ratowania ludzkiego życia – transplantacja, której towarzyszą na przemian burzliwe debaty lub cisza niewiedzy. Transplantacja jest specyficzną metodą leczenia, która – by pomóc choremu – zamiast tabletek wymaga żywego organu. Często jest jedyną metodą ratowania życia. Jest ratunkiem, który niejednokrotnie oznacza śmierć drugiej osoby. Dlatego też przeszczepianie narządów jest bardzo wrażliwą w odbiorze społecznym metodą leczenia, często stanowiąc problem natury etyczno-moralnej. Jest paradoksem, że podczas gdy większość ludzi akceptuje w razie konieczności (choroby) przyjęcie przeszczepu, to znacznie mniej osób świadomie wyraża zgodę na wykorzystanie swoich narządów (lub narządów swoich bliskich) po śmierci. Paradoksem jest również rozbieżność między deklarowaną akceptacją metody leczenia a zachowaniem (zrozumiałym psychologicznie) w momencie utraty osoby bliskiej. Potwierdziło się też w naszych badaniach, z których wynika, że zdecydowana większość (94,4%) jak najbardziej akceptuje tę formę leczenia, lecz w momencie śmierci swoich bliskich ponad połowa pielęgniarek nie wyraziłaby zgody na pobranie narządów celem przeszczepienia. Jedynie 24,5% badanych odpowiedziało raczej tak. Praktyka pokazuje, że łatwo wyrazić zgodę, by zostać dawcą, kiedy nas to nie dotyczy bezpośrednio. Łatwo jest zakreślić w ankiecie „tak”, kiedy jesteśmy zdrowi. Ale

kiedy stajemy w obliczu śmierci, szczególnie tej nagłej i podjęcia decyzji o wyrażeniu zgody na pobranie narządów do przeszczepu, towarzyszące temu emocje, ból i cierpienie zmieniają nasze wcześniejsze decyzje. Tak więc jesteśmy „za”, ale wtedy gdy ten problem nie dotyczy naszych bliskich.

Jak wynika z badań z sondażu Centrum Badania Opinii przeprowadzonym w 2007 roku Polacy prawie powszechnie (90%) uznają, że idea transplantacji narządów jest słuszna. Przeciwnicy transplantacji stanowią zaledwie 4% badanych. Zdecydowana większość Polaków (78%) deklaruje gotowość do oddania swoich narządów po śmierci, a 51% badanych deklaruje swoją zgodę z pełnym przekonaniem. Z najnowszego badania CBOS przeprowadzonego w sierpniu 2009 roku wynika, że gotowość do oddania swoich narządów po śmierci deklaruje zdecydowana większość społeczeństwa – aż 82%. Ponad połowa (56%) mówi o tym z pełnym przekonaniem. Co dziewiąty dorosły (11%) przyznaje natomiast, że nie zgodziłby się na pobranie swoich narządów po śmierci w celu przeszczepienia innym [12]. Ale jak przyjrzymy się statystykom, to sytuacja jest zupełnie inna. Dla porównania, w miesiącu lutym 2007 r. gwałtownie spadła liczba pobieranych narządów od dawców zmarłych. Łącznie do listopada 2007 roku przeszczepiono tylko 748 narządów. W roku 2008 wykonano 1106 zabiegów, a osób oczekujących na przeszczepienie narządów było 18818 [4]. W roku 2009 do września wykonano 837 transplantacji, a oczekujących na przeszczepienie narządów jest 2121 [5]. Jedną z przyczyn zbyt małej w stosunku do potrzeb liczby wykonywanych zabiegów transplantacji są problemy psychologiczno-obyczajowe, brak powszechnej akceptacji pobierania narządów od osób zmarłych oraz przepisy prawne [6, 7]. W przypadku przeszczepów *ex mortus* na plan pierwszy, obok tzw. „koncepcji zgody domniemanej”, wysuwa się problem ustalenia śmierci. Przepis art. 9.1. w/w ustawy przewiduje pobranie komórek, tkanek i narządów w celu przeprowadzenia przeszczepu po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, czyli w wyniku rozpoznania śmierci mózgowej [8, 9]. W Polsce przyjęto koncepcję śmierci mózgu na podstawie rozpoznania śmierci pnia mózgu. Wynika z niej, iż nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Oznacza to, że potwierdzające badania kliniczne są wystarczające do rozpoznania śmierci mózgu [10]. W naszych badaniach 83,3% pielęgniarek znało procedury rozpoznawania i stwierdzania śmierci mózgu. W badaniach przeprowadzonych przez Kośmider-Cichomską również duży odsetek (62%) pielęgniarek prawidłowo

określa moment śmierci człowieka, uznając za moment śmierci człowieka śmierć mózgu [11].

Zgodnie z ustawą o pobieraniu, przechowywaniu narządów i tkanek z dnia 1.07.2005 r. osoba zmarła może być uważana za potencjalnego dawcę tkanek i narządów, jeśli za życia nie wyraziła sprzeciwu. Są trzy formy wyrażania sprzeciwu: wpis w Centralnym Rejestrze Zgłoszonych Sprzeciwów, oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis, oświadczenie ustne złożone podczas przyjmowania do szpitala lub w czasie hospitalizacji w obecności co najmniej dwóch świadków [7, 8]. Jednym z problemów polskiej transplantologii jest brak zgody rodziny zmarłego na pobranie od niego narządów. W Polsce opinia rodziny nie ma mocy prawnej i obowiązuje zasada zgody domniemanej – jeśli zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu wpisując się do specjalnego rejestru, jest uznawany za potencjalnego dawcę. Jednak w praktyce lekarze kierują się stanowiskiem bliskich. Większość pielęgniarek (63%) jest zdania, że lekarze powinni rozmawiać z rodzinami na temat możliwości pobrania narządów od zmarłej osoby bliskiej, mimo iż zgodnie z prawem można pobrać narząd od każdego zmarłego, który nie zgłosił za życia pisemnego sprzeciwu. Podobnie uważa zdecydowana większość Polaków (76%) [11]. Prawie połowa (41,1%) pielęgniarek uważa, że ostatecznie o pobraniu narządów od osoby zmarłej powinna decydować rodzina, prawo wskazało ok. 30%. Natomiast z sondażu ogólnopolskiego przeprowadzonego w 2002 roku co czwarty Polak wskazał na prawo, które powinno decydować o pobraniu narządów [11].

Gotowość bycia dawcą narządów deklaruje ponad 78% Polaków po swojej śmierci. Ponad połowa (55%) uczyniłaby to bez względu na to, kim byłby biorca. Dla 22% ważne jest kim byłby biorca, osoby te są co prawda gotowe oddać swoje narządy, ale tylko komuś z rodziny. Co siódmy Polak nie wyraża zgody na bycie dawcą, nawet dla członka rodziny [11]. W badaniach własnych 85,6% pielęgniarek deklarowała gotowość oddania po śmierci swoich narządów w celu przeszczepu, bez względu na to, kto byłby biorcą. Gotowość bycia dawcą za życia tkanki lub narządu parzystego wyraziło 43,4% ankietowanych.

W wielu przypadkach nie byłoby sprzeciwu rodziny na pobranie narządów do transplantacji po śmierci ich bliskich, gdyby znali stosunek zmarłego wobec możliwości pobrania narządów do transplantacji. Jak wynika z naszych badań o powyższej decyzji rodzina została poinformowana tylko u 47,8% badanych. Jedynie tylko 1/4 ankietowanych przyznaje, że rozmawiała z bliskimi na temat swojego stosunku



wobec transplantacji i że znają oni jego stanowisko w tej sprawie. Podobne wyniki uzyskano w sondażu ogólnopolskim przeprowadzonym w roku 2007 [11].

Oświadczenie woli, które oznacza świadomy wybór i świadomą decyzję polegającą na wyrażeniu zgody na potencjalne oddanie narządów w przypadku nagłej śmierci jest znane dla większości badanych pielęgniarek (83,3%), ale tylko trzy osoby (3,4%) takie oświadczenie woli ma i nosi przy sobie. Swego sprzeciwu w CRS nie zgłosiło 83,3%, a 16,7% nawet o tym nie myślała. Według badania CBOS przeprowadzonego w sierpniu 2009 roku o takim oświadczeniu słyszało 64% respondentów, o 19% więcej niż w roku 2007. Niemal trzy czwarte badanych (72%) wyraża gotowość do podpisania oświadczenia woli, a co szósty Polak deklaruje, że tego by nie zrobił. Jeden na stu ankietowanych (1%) twierdzi, że już podpisał takie oświadczenie [12].

Wśród możliwych rozwiązań sprzyjających zwiększeniu ilości dostępnych do transplantacji narządów należałoby wdrożyć szeroko zakrojone akcje uświadamiające społeczeństwu wagę tego problemu i przybliżające sprawy związane z przeszczepami narządów poprzez częste publikacje w prasie, programy w telewizji i radiu. W pracy dokonano analizy potrzeby akcji promującej ideę transplantacji. Jak wynikało z odpowiedzi 76,7% opowiedziało się za koniecznością przeprowadzenia takich akcji, a 23,3%, że są one potrzebne jedynie w niektórych środowiskach.

Przyszłość medycyny transplantacyjnej zależy w decydującej mierze nie tyle od chęci i wiedzy lekarzy, istniejących rozwiązań prawnych, ile od poziomu społecznej akceptacji, upowszechniania się postaw altruistycznych, a więc gotowości przyjścia z pomocą drugiemu człowiekowi. Zabiegi transplantacyjne, które są często jedynym sposobem ratowania ludzkiego życia nie powinny budzić społecznego sprzeciwu, powinniśmy być społecznie i psychicznie do nich przygotowani. Transplantacje nie powinny budzić w nas negatywnych uczuć. Dawstwo organów to piękny gest skierowany w stronę drugiego człowieka, jego rodziny i najbliższych. Dlatego też ważne jest propagowanie idei przeszczepiania organów wśród społeczeństwa, które powinno być otwarte na potrzeby bliźnich. Brak akceptacji przeszczepiania narządów może oznaczać odebranie szansy życia komuś bliskiemu, kto żyje obok nas.

Podarować komuś życie to dar najpiękniejszy, to dar serca, miłości i wiary. Nikt z nas nie ma pewności, że w przyszłości sam nie będzie korzystał z tej formy ratowania życia. Każdy z nas może być dawcą, ale również i biorcą.

## Wnioski

1. Duży odsetek badanych pielęgniarek akceptuje leczenie za pomocą pobierania i przeszczepiania narządów od dawców żywych i zmarłych. Pielęgniarki mają pozytywną postawę wobec transplantacji narządów.
2. Zdecydowana większość badanych zgodziłaby się, aby po ich śmierci pobrano narządy celem przeszczepienia, ale w przypadku śmierci ich bliskich tylko co czwarta pielęgniarka wyraziła zgodę na pobranie narządów po śmierci.
3. Posiadanie oświadczenia woli, które oznacza świadomy wybór i świadomą decyzję polegającą na wyrażeniu zgody na potencjalne oddanie narządów w przypadku nagłej śmierci posiada tylko 3,4%, co świadczy tylko jedynie o dobrej chęci oddania narządów oraz konieczności podjęcia szerszych działań edukacyjnych.

## Piśmiennictwo

1. Rutkowski B.: Transplantacja narządów w świecie i w Polsce. [w:] Wytyczne dotyczące zgłaszania i prowadzenia potencjalnych dawców narządów. Rutkowski B., Śledziński Z., Wujtewicz M. (red.), AM, Gdańsk 2005, 11–17.
2. Rowiński W., Wałaszewski J., Safjan D., Safjan M.: Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepiania narządów. [w:] Transplantologia kliniczna. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.), PZWL Warszawa 2004, 307–312.
3. Rowiński W.: Aspekty prawne przeszczepiania narządów w Polsce. Historia, stan obecny i perspektywy. [w:] Transplantologia kliniczna. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.). PZWL Warszawa 2004, 60–64.
4. Antoszkiewicz K., Czerwieński J., Małanowski P.: Przeszczepianie narządów. [w:] Poltransplant 2008, 1 (16), 19.
5. [www.poltransplant.pl](http://www.poltransplant.pl) pobrano 12.10.2009.
6. Nowacka M.: Etyka a transplantacje. PWN, Warszawa 2003.
7. Gręźlikowski J. Prawne i moralne aspekty transplantacji. [w:] Transplantologia kliniczna. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.). PZWL, Warszawa 2004.
8. Dziennik Ustaw Nr 169, poz. 1411.
9. Jankowski Z., Milecka A., Raszeja S.: Prawne podstawy przeszczepiania narządów. [w:] Wytyczne dotyczące zgłaszania i prowadzenia potencjalnych dawców narządów. Rutkowski B., Śledziński Z., Wujtewicz M. (red.). AM, Gdańsk 2005, 18–22.
10. Kopania J.: Niemoralny aspekt transplantacji. Droga, 1997, 1 (281), 39, 40.
11. Kośmider-Cichomska A.: Postawy wobec przeszczepu narządów. Raport z badań. Warszawa, 2002, 7–55.
12. [www.przeszczep.pl](http://www.przeszczep.pl) pobrano 29.10.2009.

Kamil Zysk<sup>2</sup>, Joanna Chilińska<sup>1,2</sup>, Krystyna Wróblewska<sup>1,2</sup>,  
Anna Chojnowska<sup>1,2</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>3</sup>, Ewa Sieniawska<sup>1,2</sup>,  
Małgorzata Góralczyk<sup>1,2</sup>, Barbara Jankowiak<sup>3,2</sup>, Agata Gołębiwska<sup>1,2</sup>

## Transplantacja narządów w opinii społecznej na przykładzie wybranej populacji

### Wstęp

Transplantacja, to termin pochodzący od późnołacińskiego słowa *tranplantare*, używanego pierwotnie na określenie czynności przesadzania lub przenoszenia [9]. Komórki i tkanki, do których zaliczają się: naskórek, skóra, rogówki oka, kości i naczynia krwionośne oraz jelita to transplanty, czy inaczej przeszczepy będące najczęściej przedmiotem przeszczepienia [9]. Rzadziej w praktyce transplantacyjnej wykorzystywane są całe organy: nerki, serce, wątroba, płuca i trzustka. Przeszczep narządu, komórek i tkanek, czyli ich przeniesienie z jednego osobnika do drugiego organizmu (niekiedy w obrębie jednego ciała – autotransplantacja) jest uznaną formą terapii krańcowych stadiów niewydolności nerek, wątroby, serca, trzustki i jelita [9].

Transplantologia to dział medycyny i nauka o przeszczepianiu narządów lub tkanek oraz wszystkich współistniejących z tym zabiegiem operacyjnym, problemach klinicznych (np. zapobieganie odrzuceniu przeszczepu wskutek istniejącej bariery immunologicznej) [4]. Aktualnie nauka ta stoi na bardzo wysokim poziomie, przeszczepianie narządów stało się bezpieczną, skuteczną i bardzo potrzebną metodą leczenia wielu schorzeń. Na świecie żyje ponad milion ludzi z przeszczepionym narządem. Co roku wykonuje się ponad 80 000 takich zabiegów [11].

---

<sup>1</sup> Szpital Wojewódzki w Łomży im Kardynała Stefana Wyszyńskiego

<sup>2</sup> Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży.

<sup>3</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

W poszczególnych krajach Unii Europejskiej obserwuje się duże różnice w liczbie dawców na milion mieszkańców – od 34,6 zmarłego dawcy w Hiszpanii, 21 – we Francji, 14,7 – w Polsce, 13,8 – w Wielkiej Brytanii, do 6 – w Grecji i tylko 0,5 w Rumunii [7]. Wraz ze wzrostem liczby wykonywanych transplantacji stale zwiększa się grono pacjentów oczekujących na przeszczep organu lub tkanki. Podaż na narządy nigdy nie zaspakajała popytu, codziennie około 74 osoby otrzymują ratujący życie przeszczep narządu, jednakże 18 osób umiera nie doczekawszy odpowiedniego narządu. W krajach rozwiniętych liczba chorych zakwalifikowanych do leczenia przeszczepami zwiększa się nawet o 20% rocznie, np. w USA co 16 min. pojawia się nowe nazwisko na liście oczekujących [9]. Liczba dawców narządów na 1 milion populacji w Czechach jest blisko 2 razy, w Hiszpanii 3 razy wyższa niż w Polsce [9].

### **Aktualny stan przeszczepiania narządów w Polsce**

W terapii transplantacyjnej podstawą są dawcy narządów, niestety nie wszyscy dawcy zgłoszeni do biura koordynacji Poltransplantu w Warszawie zostają rzeczywistymi dawcami organów. Powodów jest kilka. W części przypadków do pobrań nie dochodzi z powodu sprzeciwu rodziny zmarłego, inną ważną przyczyną zaniechania pobrania narządów jest dyskwalifikacja zmarłych, potencjalnych dawców z powodów medycznych. Najczęstsze medyczne przyczyny odstąpienia od pobrania to: zatrzymanie krążenia u dawcy przed pobraniem narządów, stwierdzony nowotwór lub inna patologia narządowa potwierdzona badaniem oraz zaawansowana niewydolność nerek potencjalnego dawcy. Czasami bywa to zakażenie wirusami zapalenia wątroby typu B lub C, lub nagromadzenie kilku czynników ryzyka jednocześnie [9]. Na przykładzie roku 2007 można wykazać, jaki był procent dawców rzeczywistych. Zgłoszeń potencjalnych dawców było 466, w 352 przypadkach pobrano narządy (75,5%), w pozostałych 114 przypadkach (24,5%) do pobrania nie doszło, z czego w 52 odstąpiono od pobrania narządów z powodu sprzeciwu rodziny zmarłego, zaś w 62 przypadkach zdyskwalifikowano zmarłych z powodów medycznych [14]. W roku 2008 zgłoszonych dawców było 539, natomiast rzeczywistych 428 (79,4%), więc dawców było więcej, ale stosunkowo rzeczywistych od zgłoszonych nawet ponad procent mniej. W latach 2005–2008 liczba przeszczepów od zmarłych dawców przedstawiała się następująco: 2005 – 1359 osób, 2006 – 1218 osób, 2007 – 922 osób, 2008 – 1106 osób [12].

Struktura transplantacji konkretnych narządów na przełomie lat 2007–2008 wyglądała następująco: najczęściej przeszczepiono nerek w roku 2007 – 652, a w 2008 – 790, kolejnym organem często przeszczepianym jest wątroba i tak w 2007 przeszczepiono 178, natomiast w 2008 – 224, dalej są nerka plus trzustka, takich operacji było w 2007 – 21, zaś w 2008 – 20 i płuco, które przeszczepiono w 2007 roku 7 razy, a już w 2008 – 12 razy.

### **Bariery utrudniające transplantacje w Polsce i na świecie**

W wypadkach różnego rodzaju ginie w Polsce ok. 10 tysięcy ludzi rocznie, zabiegów transplantacji serca wykonuje się zaledwie 100–130 rocznie w czterech dobrze przygotowanych ośrodkach kardiologicznych, a zapotrzebowanie sięga minimalnie 500 takich operacji. Niestety, nie można wykonywać tylu zabiegów z przyczyn obiektywnych, brakuje dawców narządowych, wielu z nich umiera przed przybyciem pomocy medycznej lub też w czasie transportu do szpitala. Wiele z tych osób, ze względu na wiek czy współistniejące choroby nie kwalifikuje się na dawców narządów. Trudno więc przełamywać tę barierę wobec okrutnej zasady *ex morte vita*. Wielu kardiochirurgów wiąże pewne nadzieje z wykorzystaniem dla tego celu serc zwierzęcych, jednak zabiegi takie wykonywane w Stanach Zjednoczonych kończyły się niepowodzeniem, a i wyzwały fale krytyki w społeczeństwie. Jednak obecnie wraz z rozwojem inżynierii genetycznej, odżywają ponownie nadzieje wykorzystywania odpowiednio zmodyfikowanych genetycznie zwierząt dla celów transplantacyjnych. Okazało się bowiem, że genom ludzki niewiele się różni od świńskiego, a serca tych zwierząt idealnie mogą spełniać funkcje, jakie wykonuje serce ludzkie [6]. W Polsce istnieją różne bariery utrudniające transplantacje. Od każdego 10 zakwalifikowanych jako dawca osób zmarłych, pobiera się średnio tylko 24 narządy, podczas gdy w Niemczech udaje się uzyskać około 35 (teoretycznie możliwe jest 60). W Hiszpanii pobrania wielonarządowe stanowią 80–95% pobrań, zaś w Polsce pobierane są głównie nerki, a przypadki, w których pobiera się choć jeden dodatkowy narząd stanowią 38% wszystkich [9]. Powodem jest niekiedy zła organizacja Poltransplantu, który nie potrafi skoordynować kilku ekip chirurgicznych, gdyż każdy narząd pobiera inna, warunki atmosferyczne, np.: niemożność transportu lotniczego zwykle w przypadku narządów nietrwałych, a także zły stan narządów (polski dawca leży średnio na oddziale intensywnej terapii przez 5–8 dni zanim zostanie uznany za zmarłego, w krajach zachodnich okres ten wynosi około 2–3 dni), każdy dzień spędzony

tam to zagrożenie poważną infekcją, a przedłużająca się terapia dużymi dawkami bardzo silnych leków niszczy część narządów, zwłaszcza wątrobę i serce [9].

Profesor Zbigniew Religa, polski kardiochirurg specjalizujący się w transplantacjach serca mówi, że główny problem tkwi jednak w środowisku lekarskim, tam istnieje największy opór. Przyczyn jest wiele, m.in. niski poziom wiedzy przeciętnego polskiego lekarza, uchylanie się od trudnej rozmowy z rodziną ewentualnego dawcy i skomplikowanymi działaniami organizacyjnymi [3]. Uznaje się, że zła organizacja służby zdrowia i niechęć lekarzy ogranicza liczbę dawców w dziesięciokrotnie większym stopniu, niż protesty rodzin [9].

### **Czas oczekiwania na transplantację**

Polskie statystyki z 2002 r. donoszą, iż w kolejkach po organy czeka około 2 tysięcy chorych (w 2004 r. czas oczekiwania na nerkę wynosił około roku, a na serce 100–150 dni) [9]. Obecnie czas oczekiwania na nerkę wydłużył się i sięga średnio 3 lat, ponieważ co roku o 7,5% wzrasta odsetek chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, zaś dawców nie przybywa. Niestety, prawdopodobnie kilkuset potrzebujących umrze, zanim znajdzie się dawca. Brak dawców jest także powodem zmniejszenia liczby transplantacji serca w ostatnich czterech latach mimo, że liczba chorych kwalifikowanych do zabiegu nie zmienia się [6]. Dostęp pacjentów do transplantacji różni się znacznie w zależności od miejsca zamieszkania, gdyż determinuje ono poziom rozwoju ekonomicznego kraju i tym samym obecność specjalistycznych ośrodków transplantacyjnych oraz dostępność narządów, komórek i tkanek do przeszczepu [30]. Od chwili zakwalifikowania do przeszczepu dane osobowe i medyczne pacjenta zostają umieszczone na tzw. liście oczekujących na przeszczep zarówno w regionalnym ośrodku transplantacyjnym, jak i na tzw. Centralnej Liście Biorców w biurze krajowej organizacji koordynującej pobrania narządów Poltransplant. Podczas oczekiwania na przeszczep pacjent musi być zawsze gotowy na prawie natychmiastową operację. Gdy tylko narząd dla określonego pacjenta jest dostępny, lekarz lub koordynator zespołu transplantacyjnego niezwłocznie powiadamia biorcę i rozpoczyna się przygotowanie do przeszczepu [9].

### **Oświadczenie woli**

Kwestia, która nierozzerwalnie wiąże się z transplantacją od osób zmarłych, dotyczy oświadczenia woli. W Polsce istnieje regulacja prawna

zgodnie, z którą przyjmujemy zasadę zgody domniemanej. Polega to na tym, że jeżeli zmarły nie wyraził sprzeciwu za życia w formie ustnej lub pisemnej, wówczas można pobrać jego narządy do transplantacji, nawet bez pytania rodziny, ponieważ istnieje właśnie wspomniana zasada zgody domniemanej.

W praktyce jednak stosuje się to wyjątkowo rzadko, regułą jest, aby to najbliżsi wyrazili wolę oddania narządów. Budzi to wiele kontrowersji, pojawiają się więc takie opinie, że powinna być wprowadzona prawnie zasada zgody wprost, np. poprzez adnotację w dowodzie osobistym, wówczas zniknęłyby wszelkie wątpliwości i spekulacje, a cała procedura byłaby o wiele prostsza i szybsza. Bowiem, niestety w przypadku zgody domniemanej, pojawia się często problem akceptacji rodziny, która nie zajmuje jednolitego stanowiska [1]. Niewątpliwie takie oświadczenie woli oddania narządów po śmierci, sporządzone w postaci jasnego zapisu byłoby korzystniejsze i wpłynęłoby na zwiększenie liczby transplantacji, w tej chwili można jedynie zgłosić sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, w formie pisemnego lub ustnego oświadczenia [5].

### **Regulacje prawne**

Przed 38 laty, gdy prof. Jan Nielubowicz z zespołem dokonał w Warszawie po raz pierwszy udanego zabiegu przeszczepienia nerki pobranej od osoby zmarłej, istniejące wówczas przepisy prawne były, oględnie mówiąc, mało pomocne przy transplantacjach. Mimo, że wiedziano już wówczas o koncepcji śmierci mózgowej, rozpoznanie zgonu na podstawie takich kryteriów było w Polsce prawnie niedopuszczalne. Nerki pobierano zatem zawsze po zatrzymaniu krążenia, pobranie jednej nerki od zdrowego, żywego dawcy było w zasadzie aktem bezprawnym. Gdy w 1986 roku prof. Zbigniew Religa przeprowadził pierwszy udany przeszczep serca, nadal nie było w Polsce przepisów prawnych regulujących sprawę pobierania narządów od zmarłych, przy bijącym sercu, po komisyjnym rozpoznaniu śmierci mózgu. W 1995 roku po 5 latach pracy nad opracowaniem regulacji prawnych dotyczących pobierania i przeszczepiania komórek, którą zainicjował ówczesny Minister Zdrowia prof. Janusz Komender, doszło do uchwalenia przez Sejm RP „Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów”. Ustawa po uzyskaniu podpisu prezydenta RP, weszła w życie w marcu 1996 r. Ocena Ustawy oraz wydanych z jej upoważnienia aktów wykonawczych z punktu widzenia standardów międzynarodowych wypadła

generalnie pozytywnie. Ustawa zarówno w założeniach, jak i w przeważającej większości rozwiązań szczegółowych odpowiada światowym tendencjom regulacji tego problemu. Pobranie komórki, tkanki lub narządu od żyjącego dawcy (*ex vivo*) jest dopuszczalne jedynie dla terapeutycznej korzyści biorcy i tylko wtedy, gdy nieosiągalny jest odpowiedni narząd lub tkanka od osoby zmarłej, a nie istnieje alternatywna metoda leczenia o porównywalnej skuteczności. Dawcą nie musi być osoba spokrewniona, lecz może być inna osoba, którą łączy z biorcą bliski stosunek osobisty, wynikający z małżeństwa, konkubinatu lub przyjaźni.

Przy pobraniu narządów od zmarłych (*ex mortuo*) najważniejsze są dwie kwestie, po pierwsze zasady stwierdzenia zgonu potencjalnego dawcy, a po drugie brak sprzeciwu na pobranie narządów, wyrażony za życia w formie pisemnej lub ustnej. W Polsce można przeszczepić nerkę od osoby obcej po uzyskaniu zgody rejonowego sądu rodzinnego [7].

## Cel pracy

Głównym celem pracy było poznanie aktualnej opinii na temat przeszczepów narządów. Zakres badań dotyczył także wskaźnika akceptacji transplantacji narządów, wiedzy, jaką posiadają respondenci na temat tego typu operacji oraz ewentualnych zagadnień etyczno-moralnych z tym związanych.

## Materiał i metody

W pracy jako metodą badawczą posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zrealizowanego za pomocą techniki ankiety. Narzędziem był kwestionariusz ankiety autorstwa własnego, składający się z metryczki zawierającej 6 pytań oraz z części właściwej zawierającej 23 pytania dotyczące różnych aspektów transplantologii. Kwestionariusz zawierał pytania zamknięte i półotwarte. Uzyskane wyniki ankiety poddano analizie ilościowej.

Badania przeprowadzałem od lutego do marca 2009 roku, w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. Ankiety służące do badań wypełniło 50 osób personelu medycznego. Zdecydowaną większość respondentów stanowiły pielęgniarki, pielęgniarze oraz lekarze. Były to osoby w różnym wieku, odmiennej płci, mieszkające zarówno w mieście, jak i na wsi.



## Wyniki

### Przedstawienie grupy badawczej

Grupę badawczą stanowiło 50 osób: personel medyczny pracujący w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety: 47 osób natomiast mężczyźni: 3 osoby.

Respondentów podzielono na 4 grupy wiekowe: 20–30 lat, 31–40, 41–50 i 51–60 i więcej. W grupie wiekowej 20–30 lat znalazły się 4 osoby, najwięcej osób było w przedziale wiekowym: 31–40 lat – 31 osób, w wieku 41–50 lat było 12 osób i najmniej w przedziale: 51–60 – 3 osoby.

Dokonano podziału ankietowanych biorąc pod uwagę stan cywilny. W grupie mężatka/żonaty były 44 osoby, natomiast w grupie panna/kawaler 6 osób.

Wśród respondentów wykształcenie średnie zawodowe posiadały 33 osoby, wyższe zawodowe (licencjat) 11 osób, a wyższe magisterskie 6 osób.

Zdecydowana większość respondentów pochodzi z miasta – 47 osób, pozostałe 3 osoby mieszkają na wsi.

W grupie badanych respondentów znalazło się 48 pielęgniarek i 2 lekarzy.

### Przedstawienie wyników badań

Wszyscy respondenci, czyli 50 osób zgodnie popierają transplantację narządów. Z problemem transplantacji narządów osobiście zetknęło się tylko 12 osób, natomiast 38 nie.

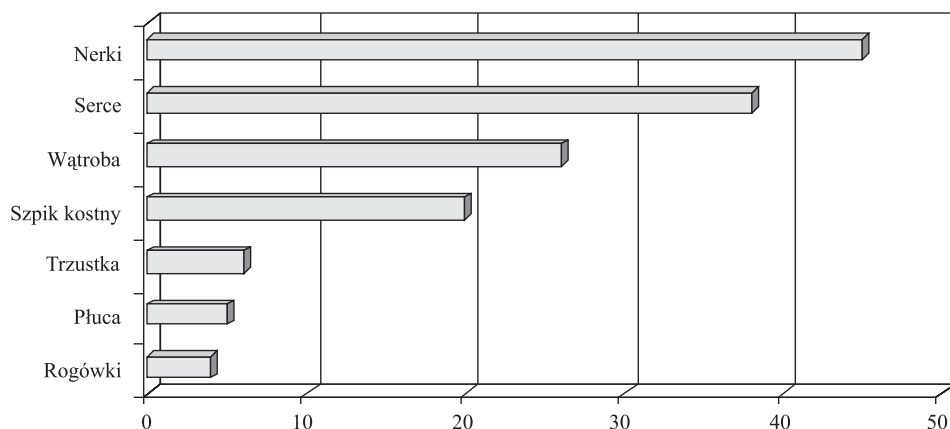
W przypadku 7 osób dokonano transplantacji na osobie bliskiej, pozostałe 43 osoby nie miały bezpośredniego kontaktu z osobą po transplantacji.

Respondenci najczęściej słyszeli o przeszczepie nerki – 45 osób, następnie serca – 38, wątroby – 26, szpiku – 20, trzustki – 6, płuc – 5 oraz rogówek – 4 osoby (ryc. 1).

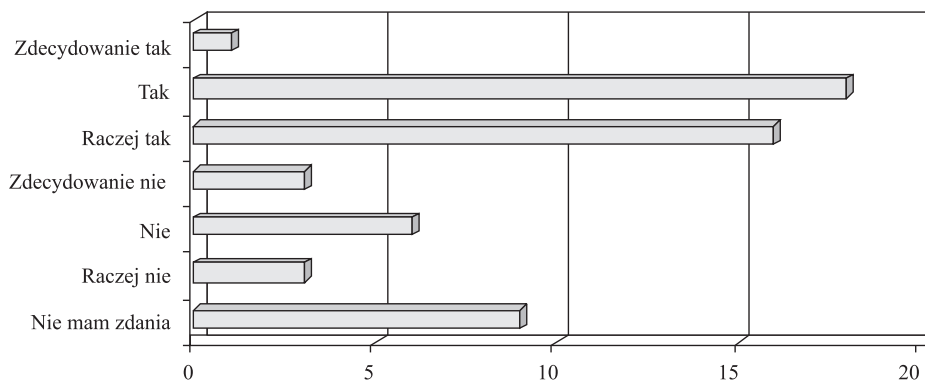
Zdecydowanie swoje narządy po śmierci oddałyby 32 osoby, 9 odpowiedziało, że raczej tak, pozostałe 9 osób nie miało sprecyzowanego zdania w tej kwestii.

W większości ankietowani zdecydowaliby się na oddanie narządów bliskiej osobie po jej śmierci, nawet gdyby nie wypowiedała się ona na ten temat, wśród nich 18 odpowiedziało tak, natomiast 16 raczej tak i zdecydowanie tak 1. Natomiast 6 osób nie zgodziłoby się, 3 zdecydowanie nie oraz 3 raczej nie. A pozostałe 9 nie miało zdania na ten temat (ryc. 2).

**Ryc. 1. Najczęściej występujące transplantacje w opinii badanej populacji**



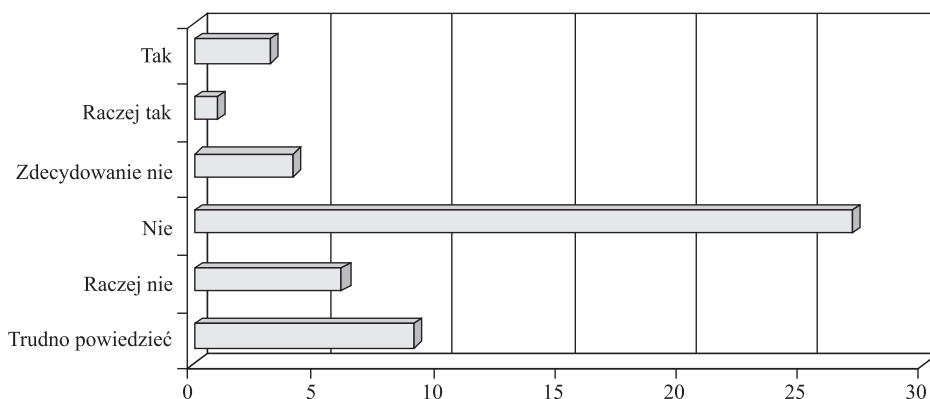
**Ryc. 2. Czy zdecydowałaby się Pani/Pan na oddanie narządów bliskiej osoby po jej śmierci gdyby nie wypowiedziała się na ten temat?**



W przypadku pytania o oddanie narządów bliskiej osoby po jej śmierci, wiedząc o jej sprzeciwie, większość ankietowanych, czyli 27 osób, zgodnie z przewidywaniami odpowiedziało, że nie, 4 osoby zdecydowanie nie, 6 raczej nie, 9 osób stwierdziło, że trudno powiedzieć, lecz jednak 3 osoby zdecydowałyby się na oddanie narządów, a jedna raczej tak (ryc. 3).

W przypadku odmowy 21 osób stwierdziło, że najistotniejsze jest uszanować wolę osoby zmarłej, 1 osoba, która odpowiedziała tak, przedstawiła inny argument, że po śmierci ciało nie jest już nikomu potrzebne, a możliwość pomocy osobie oczekującej na przeszczep jest w tym wypadku najważniejsza.

**Ryc. 3. Czy zdecydowałaby się Pani/Pan na oddanie narządów bliskiej osoby po jej śmierci, gdyby ta osoba była przeciwna?**



Pytanie, czy ma dla respondenta znaczenie od kogo pochodziłby ewentualny narząd do przeszczepu przyniosło zaskakującą odpowiedź, bowiem wprawdzie 45 osób stwierdziło, że nie lecz jednak aż 5 osób zaznaczyło tak, więc ważny byłby dawca.

Wśród tych osób, 3 stwierdziło, że ma to wpływ na dalsze leczenie, dlatego ważny jest dla nich dawca, a 1 osoba chciałaby dowiedzieć się kim był dawca.

Kolejne pytanie miało na celu stwierdzić, ilu ankietowanych zetknęło się z negatywnymi opiniami na temat transplantacji i tutaj, niestety, odpowiedzi na tak i nie prawie się zrównoważyły, 24 osoby stwierdziło, że spotkało się z negatywnymi opiniami, natomiast 26 odpowiedziało nie.

Osiem osób uważało, że istnieje ryzyko powikłań po przeszczepie, 5 – że przeszczep może się nie przyjąć, 2 opinie mówiły o możliwości wszczepienia biorcy poważnej choroby dawcy, np. raka.

Podobnie brzmiało kolejne pytanie, mianowicie czy według ankietowanych są wątpliwości co do tego, czy transplantacja jest zabiegiem bezpiecznym dla chorego, wyniki nie są zbyt optymistyczne, aż 22 osoby stwierdziło, że nie, natomiast pozostałe 28 powiedziało, że tak, jest bezpieczny.

Wśród osób negatywnie nastawionych do transplantacji, było 9 opinii, że występują później powikłania, 5 – że następuje odrzucenie narządów, natomiast 1 jako wadę podała konieczność przyjmowania do końca życia leków immunosupresyjnych.

Na pytanie, czy potencjalni dawcy mogą kierować się względami religijnymi, większość odpowiedzi była na tak – 42, tylko 8 osób znaczyło nie.

Na podobne pytanie, lecz bardziej osobiste, czy ankietowany kierowałby się względami religijnymi proporcje w odpowiedziach były zupełnie inne, bo aż 35 osób powiedziało, że nie, a tylko 15 kierowałoby się względami religijnymi.

Natomiast o oświadczeniu woli, w którym można zgodzić się na pobraniu narządów słyszała zdecydowana większość, czyli 46 osób, natomiast tylko 4 nie.

Pytanie o zgodę na oddanie własnej nerki przyniosło wynik zdecydowanie pozytywny; aż 45 osób odpowiedziało, że tak, tylko 5 zakreśliło odpowiedź negatywną.

Podobne pytanie lecz konkretnie sprecyzowane o to, komu oddałaby nerkę dało dwie grupy odpowiedzi. Większość, czyli 35 osób stwierdziło, że tylko bliskiej osobie, natomiast 15, że stopień pokrewieństwa nie ma znaczenia.

Wśród osób, które odpowiedziały tak, 12 stwierdziło, że zrobiłoby to, aby ratować życie drugiej osobie, 10 – tylko najbliższej osobie, zaś jedna z osób stwierdziła, że za jej odmową stoi lęk przed ewentualną operacją.

Kolejne pytanie przyniosło zbliżone odpowiedzi, czy zgodziłaby się pani oddać po śmierci swoje serce, tak odpowiedziały 34 osoby, 2 zdecydowanie tak, 5 raczej tak, zaś tylko 9 nie miało zdania w tej kwestii.

Zagadnienie regulacji prawnych, które dopuszczaliby odgórny nakaz przeszczepu od zmarłych ratujący czyjeś życie wywołało pozytywny odzew, większość ankietowanych, czyli 36 osób była za, tylko 2 osoby były przeciwne, pozostałe 12 nie miało zdania.

Większość respondentów uznała jednak za wystarczające złożenie oświadczenia woli za życia – 45, tylko 2 osoby były przeciwnego zdania, natomiast 3 nie miało sprecyzowanego poglądu.

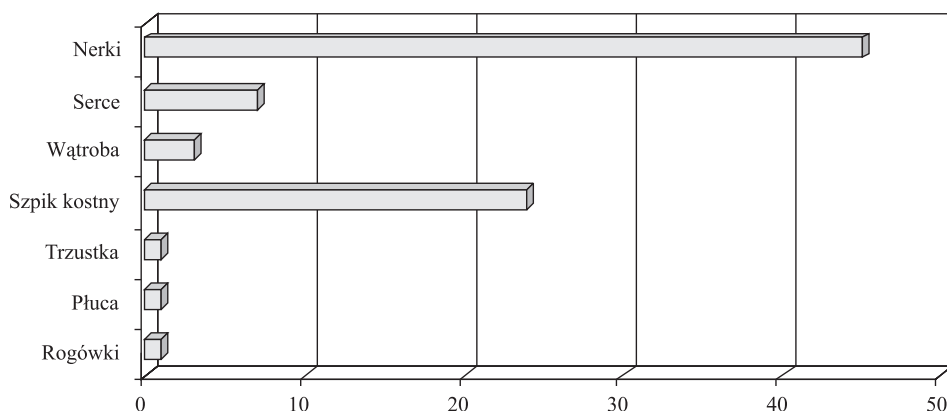
Na pytanie, czy powinno być obowiązkowe podpisywanie takiego oświadczenia, zdania były nieco inne: 33 osoby uznało, że tak, 11 – nie, natomiast pozostałe 6 nie miało zdania na ten temat.

Czy szpitale w Polsce są przygotowane na tego typu zabiegi, szczególnie nagłe, odpowiedzi były w większości negatywne, aż 29 osób powiedziało nie, 10 uznało, że jednak tak, a 11 nie miało wyrobionej opinii.

Jeżeli chodzi o rolę lekarza, tzn. czy powinien istnieć obowiązek informowania rodziny zmarłego przez lekarza o możliwości oddania narządów, zdania były jednoznaczne, większość – 45 osób stwierdziło, że tak, tylko 1 osoba, że nie oraz 4 pozostałe nie miały zdania.

Wiedza o ilości wykonywanych przeszczepów zgadza się ogólnie ze stanem faktycznym, ponieważ ankietowani na pierwszym miejscu postawili przeszczep nerki, 45 razy się powtórzył, dalej szpik kostny 24, serce 7, wątroba 3 i pozostałe narządy po 1 (ryc. 4).

**Ryc. 4. Których przeszczepów wg Pani/Pana w Polsce wykonuje się najczęściej**



Pytanie o to, co stanowi największą barierę, jeżeli chodzi o wykonywanie przeszczepów, na pewno nie było łatwe i odpowiedzi są bardzo różnorodne, najczęściej, bo aż 48 razy powtórzył się punkt o braku dawców, 38 razy zaznaczono brak środków finansowych, 21 brak odpowiedniego sprzętu, a 8 razy nadmierne ingerowanie państwa w proces transplantacji, w pojedynczych przypadkach zaznaczono brak transplantologów, czy brak środków na prowadzenie badań genetycznych.

## Wnioski

1. Zdecydowana większość badanych gotowa jest oddać swoje narządy po śmierci dla ratowania czyjegoś życia lub zdrowia.
2. Osobiście zetknięło się z transplantacją niewiele osób, lecz ten problem jest znany wszystkim.
3. Ponad połowa oddałaby narządy bliskiej osoby po jej śmierci, jedynie przy jej wyraźnym sprzeciwie za życia, uszanowano jej wolę.
4. Prawie wszyscy uznają prawo do odmowy pobrania narządów, ze względów etycznych lub religijnych.
5. Przeszczepom narządów towarzyszy wiele obaw i niepewności, blisko połowa ankietowanych dostrzega różne zagrożenia, związane z taką formą leczenia.

6. Przepisy prawne, oświadczenie woli w formie ustnej lub pisemnej są znane i wystarczające, według respondentów, do pobrania narządów do transplantacji.
7. Badani jako przyczynę tak małej liczby transplantacji narządów w stosunku do potrzeb, wskazują przede wszystkim brak dawców, ograniczoną ilość środków finansowych z budżetu państwa, przeznaczonych na badania genetyczne, a także brak odpowiedniego sprzętu medycznego.

## Piśmiennictwo

1. Baum E., Musielak M.: *Poza śmiercią – dylematy etyczne współczesnej transplantologii*, Miętkiewicz S., Marczyńska A.: *Aspekt prawny, etyczny i moralny w opiece pielęgniarstwie nad pacjentem zakwalifikowanym do pobrania narządów w oddziale intensywnej opieki medycznej i sali operacyjnej* [w:] E. Krajewska-Kułak, W. Nyklewicz, J. Lewko, C. Łukaszuk (red.) *W drodze do brzegu życia*, Tom II, Białystok 2007, 121–127, 295–296.
2. Bohatyrewicz R., Żukowski M., Durlik M., Ciechanowski K., Ostrowski M.: *Przygotowanie biorcy do zabiegu przeszczepienia nerki i/lub trzustki* [w:] B. Rutkowski (red.), *Leczenie nerkozastępcze*. Wydawnictwo Czelej, wyd. I, Lublin 2007, 14–316.
3. Nowacka M.: *Etyka a transplantacje*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, 7–13, 21–22.
4. Nowy Leksykon PWN, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, 1799.
5. Pazik J.: *Przeszczep nerki jako metoda leczenia niewydolności nerek*. Żyj aktywnie magazyn dla osób dializowanych, 2007, 4, 2.
6. Rowiński W., Wałaszewski J., L. Pączek: *Transplantologia kliniczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 36–411.
7. Słojewska A.: *W Europie brakuje organów*. Rzeczpospolita, 31 V 2007 r.
8. Szczęsna A.: *Wokół medycznej definicji śmierci* [w:] M. Gałuszko, K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku wstęp do bioetyki kulturowej*. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa – Łódź 1996.
9. Wielka Encyklopedia Zdrowia. Wydawnictwo Horyzont, t. IX, Wągrowiec 2006, 217, 219–223, 239–240.
10. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Kartezjusz> – 16.01.2009.
11. <http://mediweb.pl/diseases/wyswietl.php?id=1455> – 17.01.2009.
12. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Transplantacja> – 17.01.2009.
13. [http://www.poltransplant.org.pl/statystyka\\_2008.html](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2008.html) – 15.02.2009.
14. [http://www.poltransplant.org.pl/statystyka\\_2007.html](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2007.html) – 15.02.2009.

Elżbieta Krajewska-Kuśak<sup>1</sup>, Cecylia Łukaszuk<sup>1</sup>,  
Katarzyna Van-Damme Ostapowicz<sup>1</sup>, Anna Baranowska<sup>1</sup>,  
Barbara Jankowiak<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczyk<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>,  
Wojciech Nyklewicz<sup>1</sup>, Matylda Sierakowska<sup>1</sup>

## Solarium, tanoreksja – czy nowe śmiertelne uzależnienie?

### Wspaniałe początki

Słońce wywiera zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na nasze zdrowie. W umiarkowanych dawkach, np. wzmacnia nasz system odpornościowy, poprawia wydolność serca, normalizuje ciśnienie, poprawia nastrój, obniża poziom cholesterolu [1]. W 1877 roku dwóch naukowców, Downs i Blunt, przez przypadek odkryło, że słońce ma zdolność zabijania drobnoustrojów [1]. 26 lat później duński lekarz, Niels Finsen, otrzymał Nagrodę Nobla za opracowanie skutecznej metody leczenia gruźlicy przy pomocy promieni słonecznych [1]. Obecnie terapię światłem słonecznym stosuje się w leczeniu wielu chorób, nie tylko zakaźnych.

Przez wiele stuleci nieskazitelnie biała skóra była synonimem piękności, a opalenizna kojarzyła się z prostym ludem. Dopiero w 1929 roku projektantka Coco Chanel wylansowała pierwszą w historii linię kosmetyków do opalania. Według Gibki „ciągle trwa moda na piękne opalone ciało, jest ono oznaką młodości, radości życia, zdrowia, aktywnego trybu życia. Nawet najostrzejsze kampanie przeciwko opalaniu nie zmieniły tego wizerunku. Na szczęście uświadamiamy sobie, że piękny brąz musi iść w parze z właściwą ochroną skóry. Coraz więcej osób korzysta z możliwości opalania się przez cały rok, szczególnie w porze jesienno-zimowej, a taką możliwość zapewniają solaria” [2].

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## Promieniowanie ultrafioletowe (UV)

Człowiek, podczas ekspozycji na słońce poddawany jest działaniu całego zakresu promieniowania elektromagnetycznego docierającego do ziemi, promieni ultrafioletowych (UV) – widzialnych oraz podczerwonych. Promieniowanie to składa się z trzech głównych zakresów: UVA, UVB i UVC [3]. Stanowi zaledwie 10% strumienia światła słonecznego, ale docierając do powierzchni ziemi wywiera silny wpływ na organizm człowieka. Pasma promieniowania mają różne długości fal. Promieniowanie UVA (długi ultrafiolet) – ma zakres działania: 320–400 nm, UVB (krótki ultrafiolet) – zakres działania: 290–320 nm, zaś UVC – zakres działania: 200–290 nm [4].

W powstawaniu zmian skórnych, zachodzących pod wpływem promieniowania słonecznego, najistotniejszą rolę odgrywają promienie ultrafioletowe UVB i UVA. Skutkiem działania promieni UVB jest rumień, który po około 72 godzinach ustępuje całkowicie lub pozostawia niewielką opaleniznę [4]. Promienie UVA docierają do głębszych warstw skóry, w związku z tym w warunkach naturalnych, u osób zdrowych, rumień po UVA nie występuje. Można go wywołać jednak masywnymi, niefizjologicznymi dawkami, jak ma to miejsce np. w solariumach [4].

Promieniowanie UVA stanowi największą część promieniowania ultrafioletowego (90–95%) i z łatwością przechodzi przez warstwę ozonową, chmury, szkło [4]. Ponieważ 50% promieni, przez warstwę rogową, dociera do skóry właściwej, ten rodzaj promieniowania odpowiedzialny jest za: fotostarzenie się skóry, pigmentację bezpośrednią, fotodermatozy oraz kancerogenezę [4].

Promieniowanie UVB w przeważającej części jest zatrzymywane przez atmosferę ziemską, osiągając szczytowe natężenie w godzinach 11:00–15:00 [5]. Intensywność tych promieni zależy od: pory dnia, pory roku, wysokości nad poziomem morza oraz szerokości geograficznej, gdyż nasila się w miarę zbliżania się do równika [6]. Im też zostały przypisane bardzo silne właściwości rumieniotwórcze, hiperpigmentacja i oparzenia skóry [7]. W 90% są one pochłaniane przez naskórek i oddziałują na keratynocyty, melanocyty i komórki Langerhansa [5–7].

Promienie UVC są prawie całkowicie pochłaniane przez warstwę ozonową atmosfery, posiadają najkrótszą długość fali i najwyższą energię kwantu [8]. Są silnie rumieniotwórcze, powodują uszkodzenie rogówki i wykorzystywane są w lampach bakteriobójczych [8].



## Solaria

Wynalazcą pierwszego solarium, na początku lat osiemdziesiątych był Fredrich Wolff [9]. Sprzęt miał służyć szybszemu i bezpieczniejszemu opalaniu. W tym celu Wolff zredukował, jak się wówczas powszechnie uważało, powodujące oparzenia promienie UVB, a wzmocnił promieniowanie UVA, które opala bez efektu podrażnienia skóry [9]. Dziś jest wiadomo, że to właśnie promieniowanie UVA odpowiedzialne jest za powstawanie zmian nowotworowych i szybsze starzenie się skóry. Lampy w solariach są źródłem głównie promieni UVA, ale produkują także niewielkie ilości promieni UVB. Promienie UVA transportują do warstwy naskórka już istniejącą melaninę, tworząc krótkotrwałą opaleniznę [2]. Opalenizna ta określana jest w skrócie IPD, czyli *immediate pigment darkening* i jest to tak zwana bezpośrednia-natychmiastowa opalenizna.

Warto podkreślić, że 15 minut w solarium skóra „zapamięta” jako cały dzień spędzony na słońcu. Reakcja na promieniowanie UVB po wcześniejszej ekspozycji na promieniowanie UVA może być zintensyfikowana. Jest to tzw. zjawisko fotowzmocnienia. Oznacza to, że np. latem bezpośrednio po pobycie w solarium znacznie łatwiej ulec poparzeniu słonecznemu.

Z badań przeprowadzonych przez redakcję czasopisma SOLARIUM w latach 2000–2007 wynika, iż liczba świadomych tego procesu klientów w przypadku solarium znacznie wzrosła. Kiedy w roku 2000 tylko 11% klientów odwiedzało salony solarium nie tylko dla brązu, tak w siedem lat później liczba ta wzrosła do 37%. W Polsce szacuje się, iż z salonów solaryjnych codziennie korzysta kilkaset tysięcy osób, które mają do dyspozycji ponad 40 tys. urządzeń opalających: łóżek i tub [10]. Coraz częściej ze „sztucznego słońca” korzystają mężczyźni, którzy stanowią już 40 proc. klientów [10]. Jak wynika z informacji Polskiego Związku Solaryjnego, najstarsi użytkownicy mają ponad 70 lat. Jednak do solarium najczęściej przychodzą młode dziewczyny. A to właśnie dla nich solarium jest najbardziej niebezpieczne [10].

## Problem uzależnień

Uzależnienie to nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji. W minionym stuleciu pojęcie uzależnienia związane było głównie z oddziaływaniem substancji chemicznych powodujących stany patologiczne, określane obecnie chorobami: narkomanią, alkoholizmem czy nikotynizmem. Dopiero w ostatnich dziesięcio-

leciach zwrócono uwagę na nowe uzależnienia, związane ze współczesną cywilizacją, rozwojem techniki i różnymi wynalazkami [11].

Pod pojęciem „Nowe uzależnienia” (*new addictions*) rozumie się wszelkie uzależnienia, w których substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli, chociaż zjawiska w mózgu mogą przebiegać podobnie [11]. Ich przedmiotem są zachowania lub działania najczęściej akceptowane społecznie, czynności w większości wkomponowane w życie codzienne, ale w przypadku niektórych mogą przyjmować formy patologiczne i powodować groźne skutki zdrowotne i społeczne [11]. Nowe formy uzależnień pojawiły się m.in. dzięki postępowi technologicznemu i charakterowi nowej cywilizacji. Zdefiniowanych i opisanych jest ich kilkadziesiąt i ciągle pojawiają się nowe takie uzależnienia, jak np. od internetu i komputera (siecioholizm), od telewizji (teloholizm, telemania, telepsychopatologia), od telefonu komórkowego (fonoholizm, nomofobia), od hazardu, od pracy (pracoholizm), od zakupów (zakupoholizm i zakupofobia), od jedzenia (ortoreksja), nadmiernego dbania o swoje zdrowie (hipochondria), od seksu (seksoholizm), od sprzątanania, od potrzeby przeżycia ryzyka (np. szybka jazda samochodem, skoki na bungee, drifting – niebezpieczne wyścigi samochodowe na górzystych drogach, „dream jumping’u” – „skokach marzeń”, skoki na linie wykonywane z wieżowców, wchodzeniu na wysokie budynki bez zabezpieczeń, ryzykowny alpinizm i himalaizm, celowe opóźnianie otwierania spadochronów i wielu innych aktywnościach), czy też od solarium (tanoreksja) [11].

Podatność na uzależnienia zależy od czynników: biopsychicznych, społeczno-kulturowych i ideologicznych, czyli związanych z wyznawanymi wartościami [12–14]. Podłoże biopsychiczne uzależnień związane jest z faktem, iż każdy człowiek ma wrodzony mechanizm uśmierzenia cierpienia, który pozwala przetrwać kryzysy, mobilizować się, zaczynać od nowa. Kiedy przekracza on próg wytrzymałości człowieka, uśmierzamy go środkami znieczulającymi. W życiu codziennym takim „znieczulaczem” może być papieros, kieliszek „mocniejszego napoju”, batonik, tabletki nasenna, jedzenie [12–14]. Podłoże społeczno-kulturowe, związane jest z wpływem na zachowania człowieka, np. reklam w teledyskach, na billboardach, faktów podawanych z życia gwiazd – idoli, które masowo oddziałują na wyobraźnię, obiecujących łatwe rozwiązania i dostatnie, bezstresowe życie, tworząc dobre podłoże do rozwijania się nałogów [12–14]. Podłoże ideologiczne związane jest z faktem, iż człowieka kształtuje kultura, w której wartością jest brak cierpienia, każdy stara się tak zapanować nad własnymi uczuciami, aby nie przeżywać uczuć przy-

krych, nie doznawać bólu, dostarczyć sobie jak najwięcej radości i zadowolenia. Wbudowanie w swoje widzenie świata zgody na cierpienie, niewygodę czy ból wzmacnia odporność na pokusy, jakie stwarza substancja uzależniająca, ale takie postrzeganie świata przychodzi z wiekiem i doświadczeniem, dlatego to młodzi ludzie są bardzo często ofiarami nałogów [12–14].

W opinii Janiszewskiego, każde uzależnienie ma wspólne podłoże biologiczne w mózgu, a związane jest to z wytwarzaniem substancji zwanych neurohormonami (neuroprzekaźnikami, neurotransmiterami), które powodują powstawanie różnych odczuć, np.: przyjemności (dopamina – hormon nagrody), poprawę nastroju (serotonina), pobudzenia (acetylcholina, adrenalina, noradrenalina), osłabienia poczucia bólu (endorfiny) [11]. Do ich zidentyfikowania przyczyniła się dopiero współczesna neurobiologia. Kryteria ustalone w X wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), głównie dla stanów psychicznych i fizycznych po zażyciu substancji chemicznych, w dużym stopniu dotyczą także nowych uzależnień niechemicznych, obejmując: 1. silną potrzebę (przymus) używania różnych substancji, korzystania z danej sytuacji, ze sprzętu; 2. utratę samokontroli w ich używaniu; 3. trudności przerywania ich używania oraz ograniczone możliwości kontroli ilości używanego środka; 4. używanie ich w celu uniknięcia wystąpienia objawów abstynencyjnych; 5. ujawnienie się zespołu abstynencyjnego po zaprzestaniu używania tych substancji; 6. wzrost tolerancji i wynikającą z tego potrzebę zwiększenia ilości w celu uzyskania pożądanego efektu (często są to dawki toksyczne lub śmiertelne); 7. charakterystyczny, indywidualny sposób używania środka; 8. narastająca utrata zainteresowania sytuacjami alternatywnymi wobec przyjmowanej substancji; 9. używanie substancji, sprzętu, wykorzystywanie sytuacji – pomimo ewidentnych dowodów, że wiąże się to z niebezpiecznymi konsekwencjami, np. szkody dla zdrowia oraz 10. negatywne następstwa społeczne, zagrożenia karą itp. [11].

## Tanoreksja

Tanoreksja, jest nazwą, która powstała od angielskiego słowa *tan* – opalenizna oraz słowa *anoreksja* – zaburzenia odżywiania na tle patologicznego postrzegania własnej osoby, występującego zwykle u dziewcząt i młodych kobiet [15].

Zazwyczaj zaczyna się niewinnie, ale z czasem nabiera intensywności. Tanorektycy początkowo pragną upodobnić się do aktorek, modelek

i piosenkarek latynoskiego pochodzenia, kreujących, jak np. Coco Chanel, modę na opalanie, ale z czasem potrzeba opalania przeradza się w obsesję [15].

Na tanoreksję najczęściej zapadają kobiety w średnim wieku, które wmawiają sobie, że poprzez opaleniznę staną się młodsze i bardziej atrakcyjne [15]. Niestety, coraz częściej ten ciężki nałóg dotyczy nastolatek, których psychika nie jest tak odporna, jak dorosłych kobiet, a solarium może okazać się jej olbrzymim wrogiem. W związku z tym w niektórych krajach Europy korzystać z solarium mogą jedynie osoby, które ukończyły 18. rok życia [15].

O istnieniu tanoreksji zdają sobie sprawę nie wszyscy korzystający z solarium, a żaden z tanorektyków nie dopuszcza do siebie myśli o rozwijaniu się u niego powyższego problemu.

Tanorektycy to osoby odczuwające potrzebę stałego kontaktu ze słońcem, mający ciągle uczucie, że są bladzi, a tym samym mało atrakcyjni nawet wtedy, kiedy ich skóra kolorem zbliżona jest już do czekolady [15].

Z doświadczenia i badań przeprowadzonych przez redakcję portalu [www.zdrowe-opalanie.pl](http://www.zdrowe-opalanie.pl) wynika, że osoby cierpiące na tanoreksję nie ulegają z reguły poparzeniom, a ich skóra jest dużo bardziej odporna na działanie promieni UV [15, 16]. Częste wizyty w solarium oraz stosunkowo długie pobyty na plaży sprawiają bowiem, iż rozwija się u nich paradoksalna ochrona ich organizmu w postaci zarówno ciągłej, skrajnie wysokiej produkcji pigmentu, jak i zbudowania bardzo grubego modelu świetlnego [15, 16]. Ten niewidoczny mechanizm sprawia, że tanorektyk nawet bez używania kosmetyku ochronnego może zaaplikować sobie kilkanaście razy większą dawkę UV bez narażania się na bezpośrednie poparzenia. W konsekwencji jednak częste lub codzienne opalanie, bez względu na to, czy na plaży czy też w solarium, powoduje niszczenie skóry, nie dając jej odpowiednio długiego czasu na samoregenerację [15].

Zarówno niewielu tanorektyków, jak i stosunkowo mało lekarzy zdaje sobie sprawę z tego, że w tanoreksji pewną rolę odgrywają także hormony [15, 16]. Opalanie się związane jest bowiem nie tylko ze zmianą kolorytu skóry, ale także z wyzwoleniem wielu procesów hormonalnych wywołanych energią promieni ultrafioletowych, szczególnie tych z pasma B [15, 16]. Synteza witaminy D spowodowana energią słoneczną pozwala na produkcję wielu niezbędnych do życia hormonów, w tym jednej z endorfin, zwanej słonecznym hormonem szczęścia. Wpływa on na znaczną poprawę ogólnego nastroju, zapobiega depresji, jak również ją leczy [15, 16]. Niestety, jego niedobór lub brak może znacznie pogor-

szyc nastroj i samopoczucie. Jeśli organizm zostanie przyzwyczajony do ciągłego wydzielania go pod wpływem dużych dawek słońca, po jakimś czasie zadziała mechanizm znany z każdego innego uzależnienia, a przez to problem w przypadku tanoreksji zostaje podwojony [15, 16].

Tanorektycy, jako klienci solarium wybierają najmocniejsze urządzenia, wyposażone najlepiej w całkowicie nowe i zarazem bardziej silne lampy, nie robią zalecanych przerw w opalaniu i tym samym nie dają skórze odpocząć [15, 16]. W skrajnych przypadkach potrafią korzystać z solarium codziennie, a nawet kilka razy dziennie, przy całkowitym lekceważeniu zasad bezpiecznego kontaktu z promieniowaniem UV [15, 16].

Tanoreksja nie jest jeszcze sklasyfikowana w DSM-IV ani w ICD-10, ale opisywana jest jako rodzaj zaburzenia w zachowaniu związanym z nadmierną ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe. Zaburzenie to ma cechy uzależnienia psychicznego i behawioralnego [15]. Do czynników ryzyka prowadzących do tanoreksji zalicza się: czynniki kulturowe, czynniki społeczno-psychologiczne, wzorce, tanning behaviours, postawę i przekonania [15].

Cały czas trwa dyskusja na temat, czy to nowe uzależnienie, tak jak uzależnienia chemiczne, należy traktować jako chorobę i intensywnie leczyć [11].

Coraz więcej psychologów i terapeutów poszerza swoją ofertę o leczenie uzależnienia od słońca [9]. W USA od czasu, gdy stwierdzono, że aż 90 proc. nowotworów skóry jest wynikiem nadmiernego opalania, tanorektyków coraz częściej wysyła się do psychoterapeutów, którzy pomagają w ratowaniu zdrowia i życia osób, które nie mogą pohamować się przed wizytą w solarium [9]. W Polsce, niestety, lekarze pierwszego kontaktu nie zwracają uwagi na ten problem, a funkcjonowaniu solarium głośno sprzeciwiają się jedynie dermatolodzy [9].

## Skutki opalania i tanoreksji

Do lat 70-tych zwracano uwagę przede wszystkim na pozytywne aspekty promieniowania słonecznego, do których zaliczano: właściwości przeciwkrzywicze oraz rolę w syntezie witaminy D3 [17]. Promieniowanie słoneczne niesie za sobą także korzyści, takie jak: pomoc w zahamowaniu wzrostu guzów wewnętrznych, redukcja powstawania niebezpiecznych komórek dla organizmu, hamowanie rozwoju łuszczyca, zmniejszenie depresji, udział w tworzeniu wapnia w organizmie oraz poprawę wydajności fizycznej organizmu [18].

Istnieje także wiele negatywnych skutków opalania. Bezpośrednią reakcją na działanie światła słonecznego na skórę jest nasilony odczyn rumieniowo-zapalny, zwany oparzeniem słonecznym [19]. Można również zaobserwować wystąpienie objawów ogólnoustrojowych, takich jak: udar cieplny i słoneczny [20]. Pod wpływem słońca ulega zaostrzeniu wiele objawów chorobowych w przebiegu toczenia rumieniowatego, chorób pęcherzowych, trądzika różowatego, liszaja płaskiego, zapalenia skórno-mięśniowego i opryszczki. W dermatozach, takich jak łuszczyca czy atopowe zapalenie skóry, istnieją duże różnice w reakcji na światło. U niektórych chorych występuje wybitna nadwrażliwość na słońce, u innych promieniowanie słoneczne wywiera korzystny wpływ. Do odległych skutków promieniowania słonecznego zalicza się: szybszy proces starzenia się skóry, stymulację rozwoju nowotworów skóry, fotodermatozy, fotoalergie, elastozę dosłoneczną oraz teleangiektazje [8, 21]. Starzenie się skóry nazywane jest zespołem postępujących w czasie zmian. Polega on na zmniejszeniu zdolności adaptacyjnych organizmu. Przyczyną tego procesu są zarówno czynniki wewnątrzpochodne, jak i zewnątrzpochodne, które uszkadzają komórki i doprowadzają do zmian w organizmie.

Promieniowanie ultrafioletowe o długości fali większej niż 295 nm odgrywa olbrzymią rolę w patogenezie nowotworów skóry, takich jak nowotwory nieczerniakowe (podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe) oraz czerniak [22].

W Stanach Zjednoczonych, według *American Cancer Society*, aż 90 proc. zachorowań na raka skóry (np. na czerniaka złośliwego) powoduje uzależnienie od solarium, związane z cotygodniowym chodzeniem na solarium, przy zwiększonych dawkach czasowych. W Polsce to ok. 10% wszystkich przypadków, a rocznie przybywa 10 000 chorych na raka skóry [za 23].

Carolyn Heckman z Centrum Raka Fox Chase i współpracownicy objęli niedawno badaniami 400 ochotników, którym zadano pytania podobne do przeznaczonych dla osób nadużywających różnych substancji [24]. Okazało się, że ponad 27% ankietowanych jest uzależnionych od opalania, a ponad 40% korzysta z solarium [24].

Badania własne przeprowadzone na grupie 120 pielęgniarek i położnych wykazały, iż 54,2% z nich korzystała z solarium, w tym 1/5 raz w tygodniu. Zdaniem połowy ankietowanych opalanie w solarium jest nie mniej groźne niż opalanie na słońcu [25]. W grupie studentów ratownictwa medycznego aż 70% z nich deklarowało korzystanie z solarium, z reguły kilka razy w roku [26].

Związek między łożkami do opalania a rakiem skóry, został przekonująco wykazany w wielu badaniach naukowych. Nigdy wcześniej onkolodzy nie wypowiedzieli się tak ostro i jednoznacznie o szkodliwości opalania w solarium, jak w prestiżowym piśmie medycznym „Lancet Oncology” [10]. Brytyjscy naukowcy z podlegającej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Międzynarodowej Agencji ds. Badań nad Rakiem (IARC) przeprowadzili ponad 20 różnych typów badań, w których dowiedli, że szkodliwość solariów i innych źródeł promieniowania ultrafioletowego (chodzi o promieniowanie UVA, UVB oraz UVC) jest większa, niż sądzono do tej pory [10]. Solarium najbardziej zagraża młodym osobom, u amatorów sztucznego opalania przed trzydziestką ryzyko raka skóry wzrasta do 75% [10].

W połowie czerwca 2009 roku, Niższa Izba Niemieckiego Parlamentu – Bundestag, przeforsowała ustawę, w myśl której wstęp do solariów będą miały tylko osoby pełnoletnie [10]. To bardzo restrykcyjny przepis, szczególnie w kraju, gdzie w wieku 16 lat można już legalnie kupić papierosy. Powodem jest 170 tys. zachorowań na raka skóry rocznie. Wprowadzenie podobnych regulacji rozważa brytyjskie ministerstwo zdrowia [10]. Na ryzyko związane ze sztucznym opalaniem zwraca też uwagę Polska Unia Onkologii i Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. Dr Meder z Polskiej Unii Onkologii, w portalu medycznym „Rynek zdrowia”, ostrzega: „Promieniowanie przyjmowane przez człowieka podczas opalania kumuluje się, dlatego im więcej w życiu ekspozycji na promieniowanie, tym większe ryzyko zachorowania na nowotwór skóry”. Potwierdzają to statystyki wskazujące, iż rocznie raka skóry wykrywa się u ponad 10 tys. Polaków, z czego ponad 2 tys. chorych umiera [10].

Najbardziej dramatycznym przykładem skutków tanoreksji jest Zita Farrelly, 29-letnia mieszkanka Wielkiej Brytanii [27] „Od sierpnia 2006 roku miała raka skóry. Przyczyną choroby okazało się opalanie w solarium. Brytyjka zaczęła opalać się w wieku 14 lat! Korzystała z solarium nawet dwa razy dziennie. Przestała dopiero siedem lat później, kiedy odkryła przebarwienie na nodze. Jednogłośnie zdaniem lekarzy, przyczyną raka było solarium. Pomimo chemioterapii Zita Farrelly zmarła. Została dwójką dzieci. Trzy dni przed śmiercią jej córeczka skończyła rok. Brytyjka zostawiła także siedmioletniego syna. Teraz rodzina ofiary przekonuje wszystkich do zaprzestania opalania w solarium. Partner Zity – Phil Burtwistle – powiedział, że solarium rujnuje rodzinę. Sama Zita zaś, dzień przed śmiercią mówiła, że opublikuje swoją historię z nadzieją, że będzie ona przestrożą dla kobiet uzależnionych od solarium” [27].

## Piśmiennictwo

1. Vernon F.: Zaczynj od nowa. Fundacja Źródło Życia, Warszawa, 1996, 1–262.
2. Gibka J.: Bezpieczne opalanie w solarium. *Pol. J. Cosmetol.*, 2003, 4, 259–264.
3. Żak E. M.: Środki promieniochronne stosowane w kosmetykach. *Farm. Pol.*, 1994, 50, 4, 151–158.
4. Rucińska A., Glinka R.: Ocena świadomości społeczeństwa na temat wpływu promieniowania UV na organizm człowieka. *Pol. J. Cosmetol.*, 2006, 9, 4, 238–244.
5. Kapińska-Mrowiecka M., Chabor A.: Niektóre innowacyjne rozwiązania w ochronie przeciwsłonecznej a mechanizmy szkodliwego działania promieniowania UV na skórę. *Derm. Estet.*, 2007, 9, 4, 218–224.
6. Wolska H.: Szkodliwe skutki UV. *Magazyn Medyczny*, 1992, 8, 26–28.
7. Wołowicz J., Dadej I.: Rola UVA w patologii skóry. *Post. Dermatol. Alergol.*, 2003, 20, 3, 170–175.
8. Słoma-Kuczyńska J., Bilski B.: Profilaktyka pierwszorzędowa w pracownikach narażonych na promieniowanie nadfioletowe pochodzenia słonecznego oraz ryzyko związane z tym czynnikiem. *Med. Pr.*, 2004, 3, 283–287.
9. Sech B.: [http://www.chcebycpiękna.pl/artukul/160/uzaleznienie\\_od\\_solarium](http://www.chcebycpiękna.pl/artukul/160/uzaleznienie_od_solarium), data pobrania 23.10.2009.
10. Karwowska A.: Solarium zabija jak arszenik, [http://www.emetro.pl/emetro/1,85648,6874413,Solarium\\_zabija\\_jak\\_arszenik.html](http://www.emetro.pl/emetro/1,85648,6874413,Solarium_zabija_jak_arszenik.html), data pobrania 23.10.2009.
11. Janiszewski Wł.: Stare i nowe uzależnienia – podobieństwa i różnice, *Probl. Narkom.*, 2009, 1, <http://www.ptzn.org.pl/problemy.php>.
12. Cekiera C. C.: Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia osób uzależnionych. Lublin 1993.
13. Dziewięcki M. Ks.: Nowoczesna profilaktyka uzależnień. Wyd. Jedność, Kielce 2000.
14. Dodziuk A., Kapler L.: Nałogowy człowiek. Biblioteka Świata Problemów, Warszawa 1999.
15. Kiełtyka K.: Tanoreksja – nowe zagrożenie zdrowotne. *Derm. Estet.*, 2008, 10, 3, 174–182.
16. [www.zdrowe-opalanie.pl](http://www.zdrowe-opalanie.pl)
17. Cader A., Kędziora J., Nawarzyć T.: Analiza oddziaływania promieniowania UV na skórę człowieka – środowiskowe uwarunkowania działania kancerogennego. *Prz. Wojs.-Med.*, 2001, 43, 4, 426–430.
18. Kadłubowska-Siedlarz G.: Zabiegi dla zdrowia i urody [w:] Słońce nasz wróg czy sprzymierzeniec w walce o urodę. Bauer-Weltbild Media Sp z o.o., Warszawa 2002, 100–108.
19. Serafin M., Rosińska-Borkowska D.: Wpływ promieniowania słonecznego na skórę dzieci i sposoby ochrony przed jego szkodliwym działaniem. *Nowa Padiat.*, 2002, 6, 1, 26–30.



20. Matusiak Ł., Baran E.: Oparzenia słoneczne – problem wciąż aktualny. *Med. Dopl.*, 2007, 7, 12–18.
21. Wojas-Pelc A., Jaworek A. K., Rajzer L.: Choroby skóry związane z działaniem promieniowania słonecznego – przegląd wybranych zagadnień. *Fam. Med. Prima. Care Rev.*, 2007, 9, 1, 131–135.
22. Narbutt J., Sysa-Jędrzejowska A., Śmigielski J., Zalewska A., Lesiak A.: Określenie minimalnej dawki rumieniowej (MED) dla szerokiego pasma UVB w populacji polskiej. *Derm. Klin*, 2007, 1, 11–14.
23. [www.wikipedia.pl](http://www.wikipedia.pl)
24. Malik P.: Nałóg nadmiernego korzystania ze źródeł ultrafioletu przez młodych ludzi, [www.medicalnewstoday.com/articles/120087](http://www.medicalnewstoday.com/articles/120087), data pobrania 23.10.2009.
25. Glińska J., Krajewska-Kułak E., Szyszko-Perłowska A., Lewko J.: Ocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat zasad korzystania z solarium *Probl. Hig. Epidemiol*, 2009, 90 (3), w druku.
26. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Bielemuk A., Kondzior D., Kowalewska B., Krajewska K., Rolka H., Szyszko-Perłowska A., Rozwadowska E.: Ocena wiedzy studentów ratownictwa medycznego na temat zasad korzystania z solarium [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.), tom VII, MKDruk, Białystok 2009, 105–115.
27. ITN.co.uk – [http://www.wiadomosci24.pl/arttykul/smiercionosne\\_solarium\\_skutki\\_tanoreksji\\_porownywalne\\_z\\_32838.html](http://www.wiadomosci24.pl/arttykul/smiercionosne_solarium_skutki_tanoreksji_porownywalne_z_32838.html)



Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>, Cecylia Łukaszuk<sup>1</sup>, Jolanta Lewko<sup>1</sup>,  
Agnieszka Szyszko-Perłowska<sup>1</sup>, Agnieszka Bielemuk<sup>1</sup>,  
Dorota Kondzior<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>1</sup>, Katarzyna Krajewska<sup>1</sup>,  
Hanna Rolka<sup>1</sup>, Emilia Rozwadowska<sup>1</sup>

## Ocena wiedzy studentów ratownictwa medycznego na temat zasad korzystania z solarium

Friedrich Wolff, w roku 1975, stworzył pierwszą świetlówkę, w celu leczenia chorób skóry, a nie do wykorzystanie ich przy opalaniu [1]. Niestety, gdy okazało się, że „sztuczne słońce” nie tylko leczy, ale i pięknie opala, ruszyła marketingowa lawina, której nikt nie zatrzymał [1].

W Polsce solaria funkcjonowały już na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, a w chwili obecnej funkcjonuje około 8200 salonów solaryjnych, w najnowszych wykorzystane są dwa rodzaje promieniowania ultrafioletowego: UVA i UVB [cyt. za 1, 2]. Niestety, tylko połowa z nich świadczy usługi na bardzo wysokim poziomie [cyt. za 1]. Stwierdzono także, iż 50% salonów można określić jako placówki dobre, prowadzone przez przeszkolone osoby, ale jednocześnie jedynie 30 w całym kraju dysponuje tzw. melanometrami, czyli urządzeniami, które badają chwilowy fototyp skóry (bo odcień zmienia się ciągle) i ustalają, zgodnie za zaleceniami WHO, plany opalania na dziewięć najbliższych wizyt, wyznaczając maksymalny czas przebywania pod lampą i odstępów czasu między kolejnymi sesjami [cyt. za 1].

Światowa Organizacja zdrowia ogłosiła, iż co roku z powodu chorób wywołanych promieniowaniem słonecznym umiera ok. 60 tys. osób [3]. Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia sugerują, iż zmniejszenie grubości warstwy ozonowej o 10 proc. może powodować wystąpienie każdego roku 4,5 tys. przypadków czerniaka, 300 tys. przypadków innych nowotworów skóry i ok. 1,7 mln przypadków zaćmy więcej [3]. Zdaniem autorów raportu z powodu chorób bezpośrednio wywołanych przez słońce każdego roku na całym świecie umiera prawdopodobnie ok. 60 tys.

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

osób. Zdecydowanie najwięcej, bo aż 48 tys. z tych zgonów spowodowanych jest przez czerniaka złośliwego [3]. W Polsce rocznie raka skóry wykrywa się u ponad 10 tys. Polaków, z czego ponad 2 tys. chorych umiera [4].

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów ratownictwa medycznego na temat zasad korzystania z solariów i skutków ubocznych z tym związanych.

## **Materiał i metodyka**

Badania przeprowadzono w grupie 107 studentów ratownictwa medycznego studiów licencjackich stacjonarnych i niestacjonarnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w oparciu o standaryzowany autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z trzydziestu sześciu pytań. Pierwsze osiem dotyczyło: płci respondentów, wieku, stażu pracy, typu ukończonej szkoły, miejsca zamieszkania i zatrudnienia, posiadanych specjalizacji oraz zajmowanego stanowiska. Druga część zawierała pytania zasadnicze dotyczące problemu badawczego, w tym: czy respondenci korzystają z solarium, jeżeli tak, to jak często, czy udanie się do solarium było samodzielną decyzją, czy wynikiem namowy koleżanki/kolegów, z jakiego typu sprzętu w solarium korzystali najczęściej, czy w trakcie wizyty w solarium personel dokonywał dezynfekcji łóżka do opalania, czy w pomieszczeniach w solarium były ręczniki jednorazowego użytku, kosmetyki do demakijażu, okulary ochronne, czy pracownicy solarium informowali o zasadach obsługi tuby lub łóżka oraz co to jest fototyp skóry, ile ich jest, czy ma on wpływ na długość pierwszej wizyty w solarium, ile powinna ona trwać, czy w solarium wolno opalać się codziennie, czy jest to bezpieczne, o ile powinno się przedłużać kolejne wizyty, ile dni powinna trwać maksymalnie sesja opalania w solarium w ciągu roku, czy opalanie w solarium jest mniej groźne niż opalanie na słońcu, czy młodzież powinna korzystać z solarium, ile wynosi czas pracy lampy solarnianej, czy proces opalania w solarium związany jest z naświetlaniem skóry promieniowaniem UVA, UVB, UVA i UVB, jakie są negatywne skutki działania promieniowania słonecznego na skórę, co oznacza skrót SPF, czy respondenci korzystają z preparatów z filtrem UV oraz jaką ilość preparatu zawierającego filtry UV należy nałożyć na skórę, aby zapewnić dostateczną ochronę przeciwsłoneczną.

W przedstawieniu wyników zastosowano analizę statystyczną opisową, a wyniki przedstawiono w skali procentowej. Wartość procentowa

liczona była w stosunku do łącznej liczby odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych na dane pytanie.

## Wyniki

Grupę badaną stanowiło 107 studentów ratownictwa medycznego studiów licencjackich stacjonarnych i niestacjonarnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w tym 56,3% kobiet i 43,7% mężczyzn, pochodzących w większości z miasta (60,5%).

Spośród wszystkich ankietowanych osób aż 73,4% korzystało z solarium (grupa I), z reguły kilka razy w roku (25%). Po 14,3% osób uczęszczało do solarium jeden raz w tygodniu, jeden-dwa razy w miesiącu lub dwa razy w miesiącu. Swoje wizyty jako „rzadkie” określiło 26,8% respondentów.

Wszyscy ankietowani z grupy I twierdzili, iż była to ich samodzielna decyzja, a w czasie wizyty w solarium respondenci korzystali wyłącznie z łóżek samoopalających.

W opinii wszystkich badanych z grupy I pracownicy solarium są sumienni i informują respondentów o zasadach obsługi tuby lub łóżka. Wszyscy twierdzili także, iż personel obsługujący solarium dokonywał dezynfekcji łóżka do opalania, a w salonach znajdowały się kosmetyki do demakijażu i okulary ochronne. Zdecydowana większość ankietowanych (85,7%) podczas wizyty w solarium mogła też skorzystać z ręczników jednorazowego użytku.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 57,1% respondentów grupy I (uczęszczających do solarium) oraz 80,2% nie uczęszczających (grupa II), nie znała pojęcia „fototyp skóry”. Ile jest podstawowych fototypów skóry nie potrafiło wymienić 85,7% ankietowanych z grupy I i żaden z grupy II. Zdania, iż fototyp skóry wywiera wpływ na długość pierwszej wizyty w solarium było 57,1% respondentów z grupy I i 1% z grupy II.

O tym, iż pierwsza wizyta w solarium powinna wynosić 2 minuty przekonanych było 42,9% osób z grupy I, 5 lub 10 minut – po 14,3% z nich, a 28,6% nie potrafiło podać odpowiedzi. Osoby z grupy II z reguły (40,5%) nie potrafiły sprecyzować czasu trwania pierwszej wizyty w solarium.

Wszyscy respondenci z obu grup wiedzieli, że w solarium nie można opalać się codziennie.

Czasu, o jaki należy wydłużać kolejne seanse, nie potrafiło podać 85,7% ankietowanych z grupy I, a reszta twierdziła, iż jest to bez zna-

czenia. W przeciwieństwie do nich, 28,2% osób z grupy II twierdziło, iż seanse powinno się wydłużać o 2 minuty, a po 6,5% badanych iż o 5 lub 10 minut. Reszta osób z tej grupy (58,8%) nie miała w tej kwestii zdania.

Zdania badanych były podzielone, jeśli chodzi o maksymalny czas sesji opalania w solarium w skali roku. Powinien on wynosić 10 dni lub od 10 do 20 dni w opinii po 14,3% respondentów z grupy I. O tym, iż nie ma to znaczenia było przekonanych 28,6% badanych z tej grupy, a reszta nie знаła odpowiedzi. W grupie II najwięcej osób (55,3%) nie miało w tej kwestii zdania lub (44,7%) sądziło, iż nie ma to znaczenia.

O tym, iż opalanie w solarium jest nie mniej groźne niż opalanie na słońcu, było przekonanych 85,7% osób z I grupy i 59,5% z grupy II.

W odpowiedzi na prośbę o wymienienie szkodliwych skutków korzystania z solarium, badani z I grupy wymieniali: nowotwory (71,4%) i starzenie się skóry (28,6%), zaś z II grupy: możliwość oparzeń (26,4%), nowotwory skóry (24,5%), choroby skóry (12,9%), a w pojedynczych przypadkach – wywoływanie podrażnień, nasilenie procesów starzenia, wady wzroku.

Większość ankietowanych była przeciwna, aby dzieci i młodzież korzystały z solarium. Takiego zdania byli wszyscy badani z I grupy i 80,9% z grupy II.

Tylko niewielki odsetek ankietowanych (20,3% w grupie I i 14,3% w grupie II) wiedział, iż czas pracy lampy w solarium wynosi z reguły od 500 do 800 godzin.

O tym, iż proces opalania w solarium związany jest z naświetleniem skóry promieniowaniem zarówno UVA, jak i UVB wiedziało 71,4% respondentów z I grupy i 50,5% z grupy II.

Znaczenie skrótu SPF znało 14,3% osób z I grupy i 10,3% z grupy II. Preparatów z filtrem UV używało 85,7% ankietowanych z grupy I i 50,6% z grupy II. Jednak, jaką ilość preparatu zawierającego filtry UV należy nakładać na skórę, aby zapewnić dostateczną ochronę przeciwsłoneczną, nie wiedziało 57,1% bywalców solarium i 50,1% nie korzystających z ich usług.

Większość osób z I grupy (57,2%) nie potrafiła sprecyzować, w jakich godzinach należy unikać opalania. Iż są to godziny pomiędzy 12 a 15 twierdziło 42,9% badanych z tej grupy, a reszta, iż jest to czas od 10 do 15. W II grupie osób – 50,9% sądziło, iż opalania trzeba unikać od 12 do 15, 20,5%, że od 10 do 15, a 16,9% nie potrafiło tych godzin sprecyzować, zaś reszta wskazała godzinę 12.

Tanoreksję, jako „uzależnienie od opalania się w solarium” zdefiniowało jedynie 7,1% respondentów uczęszczających do solarium i żaden z nie uczęszczających

W I grupie źródłami wiedzy na temat promieniowania słonecznego były telewizja i wiadomości przekazywane w czasie studiów (po 28,6% wskazań) oraz własne doświadczenia życiowe, prasa i informatory (po 14,3% wskazań). Osoby z II grupy czerpały wiedzę z telewizji i internetu (po 40,2% wskazań), pracy (30,3%) oraz własnych doświadczeń lub wiadomości przekazywanych w czasie studiów (po 20,1% wskazań).

## Dyskusja

W Polsce szacuje się, iż z salonów solaryjnych codziennie korzysta kilkaset tysięcy osób, które mają do dyspozycji ponad 40 tys. urządzeń opalających: łóżek i tub [4]. Coraz częściej (40% klientów) ze „sztucznego słońca” korzystają mężczyźni [4]. Z informacji Polskiego Związku Solaryjnego wynika także, iż najstarsi użytkownicy mają ponad 70 lat. Jednak do solarium najczęściej przychodzą młode dziewczyny, a to właśnie dla nich solarium jest najbardziej niebezpieczne [4].

W naszym badaniu aż 73,4% badanych uczęszczało do solarium, z reguły kilka razy w roku i w wyniku samodzielnej decyzji, a w czasie wizyty w solarium korzystali wyłącznie z łóżek samoopalających.

Szepietowski i wsp., przeprowadzili w 2002 roku badania, mające na celu ocenę standardów bezpieczeństwa w solariach południowo-zachodniej Polski, analizę profesjonalnej wiedzy personelu obsługującego stanowiska do opalania, porównanie standardów bezpieczeństwa opalania w zależności od wiedzy personelu oraz porównanie uzyskanych wyników z wynikami podobnych badań na świecie [5]. Oceną objęli 55 zakładów, w których znajdowały się stanowiska do opalania, w tym 21 typowych solariów, 12 studiów urody, 9 zakładów fryzjerskich, 4 kluby odnowy biologicznej oraz 9 innych, np. kwaciarnia [5]. Badania wykazały brak ogólnych wytycznych korzystania z solariów, niski poziom profesjonalnej wiedzy właścicieli i personelu obsługującego solaria oraz, iż ochrona oczu i skóry odgrywa w ocenianych placówkach drugorzędną rolę [5]. Tylko w 23 (41,8%) jednostkach personel obsługujący klienta miał odpowiednią wiedzę o promieniowaniu emitowanym przez stanowisko do opalania [5]. W opinii autorów, uzyskane wyniki badania zbliżone były do argentyńskich, ponieważ w krajach, takich jak: USA i Australia

wyniki podobnych prac badawczych były dużo bardziej optymistyczne, choć jeszcze dalekie od ideału [5].

Obecne badania własne wykazały, że w opinii wszystkich badanych studentów pracownicy solarium są sumienni i informują respondentów o zasadach obsługi tuby lub łóżka. Wszyscy twierdzili także, iż personel obsługujący solarium dokonywał dezynfekcji łóżka do opalania, w salo-  
nach znajdowały się kosmetyki do demakijażu i okulary ochronne, a zdecydowana większość ankietowanych (85,7%) podczas wizyty w solarium mogła też skorzystać z ręczników jednorazowego użytku.

Do połowy lat 60. XX wieku określenie rasy było formalnie stosowane jako naukowa klasyfikacja kolorów skóry [6]. Dopiero Thomas Fitzpatrick wprowadził klasyfikację fototypów skóry, którą opracował na podstawie obserwacji zachowania się skóry po 30-minutowej ekspozycji na promieniowanie słoneczne w południe [6, 7]. Ludzie z fototypem I i II uznali za szczególnie wrażliwych na promieniowanie słoneczne. Osoby o ciemniej karnacji przypisane zostały do fototypu V-ego, a dla rasy czarnej zarezerwowany został fototyp VI [7]. Gibka, biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, jakim jest Europa, opisała cztery typy urody [8]. Są to: typ I (celtycki) – dotyczący 2% mieszkańców, typ II (europejski jasny) – 12% mieszkańców, typ III (europejski ciemny) – 78% mieszkańców oraz typ IV (śródziemnomorski) – dotyczący 8% mieszkańców [8]. Kadłubowska-Siedlarz do wyżej wymienionych czterech typów skóry dodała jeszcze dwa typy. W fototypie V opisała rasę żółtą, Indian i Arabów, a w fototypie VI – rasę czarną [9].

W obecnym badaniu pojęcia „fototyp skóry” nie znało 57,1% respondentów korzystających z usług solarium oraz 80,2% nie uczęszczających do niego. Liczby podstawowych fototypów skóry nie potrafiło wymienić 85,7% bywalców solariów i żaden z grupy osób nie będących jego zwolennikami.

Lampy kwarcowe emitujące pełen zakres promieniowania ultrafioletowego były jedynym dostępnym źródłem promieni UV po II wojnie światowej [10]. Za ich pomocą można było uzyskać opaleniznę, lecz nie znalazły one takiego zastosowania. W latach 70-tych wynalezione zostały palniki o liniowej emisji długich promieni ultrafioletowych, a z biegiem czasu zaczęto produkować coraz silniejsze palniki emitujące prawie wyłącznie promienie UVA [10]. Uzyskanie opalenizny w obrębie skóry, bez wywołania odczynu rumieniowego, doprowadziło do wynalezienia nowych lamp, które ten efekt zapewniły. W opinii Wolskiej większość pierwotnie stosowanych w solariach lamp emitowała dość istotną ilość



promieni UV, w związku z czym przy ocenie skutków działania solariów należy mieć na uwadze, że w użyciu nadal są różnorodne źródła światła różniące się dosyć istotnie emisją UVB (0,3–4,6%), UVA, mocą oraz stopniem zużycia palników [10]. Obecnie w solariach lampy są źródłem głównie promieni UVA, ale produkują także niewielkie ilości promieni UVB [11].

O tym, iż proces opalania w solarium związany jest z naświetleniem skóry promieniowaniem zarówno UVA, jak i UVB wiedziało 71,4% respondentów uczęszczających do solarium i 50,5% z grupy nie korzystających z jego usług. Tylko niewielki odsetek ankietowanych (20,3% w grupie bywalców w solariach i 14,3% z grupy przeciwników solariów) wiedział, iż czas pracy lampy w solarium wynosi z reguły od 500 do 800 godzin.

Fakt, iż korzystanie z solariów nie jest bezpieczne nieustannie podkreśla nie tylko Światowa Organizacja Zdrowia, ale także Rada do Walki z Rakiem i Australijska Komisja Dermatologiczna [3, 8]. Niepożądane efekty opalania się w solariach można podzielić na ostre (świąd, nudności, uszkodzenie narządu wzroku, odczyny rumieniowe) oraz odległe (zmiany skórne, przedwczesne starzenie się skóry, płytkie i głębokie zmarszczki, nierówną powierzchnię skóry, przerost gruczołów łojowych, prosaki posłoneczne, zmiany barwnikowe, pogrubienie naskórka, zmiany przednowotworowe, niebarwnikowe nowotwory skóry, czerniak złośliwy [10]. Veierød i wsp. objęli badaniem 106 379 kobiet, w wieku 30–50 lat, z Norwegii i Szwecji [12]. Autorzy w 187 przypadkach rozpoznali czerniaka. Istotnymi czynnikami ryzyka była waga kobiet, liczba znamion powyżej 7, rudy kolor włosów, intensywne opalanie się w ciągu roku i uczęszczanie do solarium częściej niż 1 raz w miesiącu [12]. Ciconte i Bekhor opisali dwa przypadki liszaja pasmowatego (*lichen sytriatu*), które wystąpiły u jednej z nich po 8 tyg., a u drugiej po 3 miesiącach seansów w solarium, dwa razy w tygodniu [13].

W obecnych badaniach ze szkodliwych skutków korzystania z solarium, badani korzystający z usług solariów wymieniali: nowotwory i starzenie się skóry (28,6%), zaś z grupy nie uczęszczającej do nich: możliwość oparzeń, nowotwory skóry, choroby skóry, a w pojedynczych przypadkach – wywoływanie podrażnień, nasilenie procesów starzenia, wady wzroku.

Międzynarodowa Agencja do spraw Badań nad Rakiem (IARC – *International Agency for Research on Cancer*), doradca Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), twierdziła do niedawna, iż kwarcówki są „prawdopodobnie rakotwórcze dla ludzi”. Obecnie uznała, że korzystanie z nich

jest definitywnie „rakotwórcze dla ludzi” [14]. Specjaliści z IARC doszli do tego wniosku po zapoznaniu się z badaniami, które wykazały, iż ryzyko czerniaka wzrosło o 75% u osób, które zaczęły regularnie korzystać z solarium przed 30. rokiem życia. Badania te wykazały także, iż w ciągu ostatnich 30 lat liczba zachorowań na raka wzrosła ponad czterokrotnie: z 3,4 przypadków na 100 tys. ludzi w 1977 roku do 14,7 na 100 tys. osób w 2006 roku [14]. Obecnie szacuje się, iż 10% Europy i Ameryki Północnej masowo korzysta z solarium, w związku z tym władze Anglii rozważają wprowadzenie zakazu korzystania z solarium przez osoby poniżej 18. roku życia. Podobny zakaz został przyjęty już w Szkocji [14].

Nasi wszyscy respondenci uczęszczający do solarium byli przeciwni korzystaniu dzieci i młodzież z solarium. Podobnego zdania było 80,9% osób z grupy nie korzystającej z usług solarium.

W opinii Kaplana „opalenizna jest wynikiem uszkodzenia skóry przez promieniowanie ultrafioletowe i nie ma czegoś takiego jak bezpieczna opalenizna” [cyt. za 15]. Pewnym zabezpieczeniem w przypadku ekspozycji na promieniowanie słoneczne może być więc stosowanie kosmetyków o wysokim współczynniku ochrony SPF, nakładanie ich co 3–4 godziny, a także po każdej kąpieli i spoceniu się, unikanie bezpośredniego nasłonecznienia latem, między godziną 10.00 a 15.00, stosowanie ochronnego okrycia głowy, noszenie przewiewnych ubrań z długimi rękawami oraz noszenie dobrych okularów przeciwsłonecznych [9].

W obecnym badaniu znaczenie skrótu SPF zadeklarowało 14,3% zwolenników solarium i 10,3% jego przeciwników. Właściwej ilości preparatu zawierającego filtry UV, jaką należy nakładać na skórę, aby zapewnić dostateczną ochronę przeciwsłoneczną, nie znało 57,1% bywalców solarium i 50,1% nie korzystających z ich usług. Większość (57,2%) osób korzystających z usług solarium nie była także w stanie sprecyzować, w jakich godzinach należy unikać opalania.

Nadmierne opalanie się w solarium powoduje uzależnienie zwane *tanoreksją*. Śpiewak opisał to w następujący sposób: „tanoreksja (uzależnienie od solarium) jest nową nazwą, która zdobyła pewną popularność w mediach. Jest to zlepek angielskiego słowa »tan« – opalenizna oraz słowa »anoreksja« – zaburzenia odżywiania na tle patologicznego postrzegania własnej osoby, występującego zwykle u dziewcząt i młodych kobiet. Prawdopodobnie nazwa ta została rozpowszechniona przez BBC w programie na temat nastolatki, która odczuwała przymus korzystania

z solarium. Jak każda nowość, tanoreksja wzbudziła spore zainteresowanie wśród telewidzów i czytelników popularnych czasopism” [cyt. za 16]. Tanorektycy mają uczucie, że są ciągle bladzi, co w ich rozumieniu oznacza niski poziom atrakcyjności pomimo, iż ich ciało jest wyróżniająco opalone. Mają częstą potrzebę przebywania na słońcu lub w solarium [16]. Tanoreksja nie jest jeszcze sklasyfikowana w DSM-IV ani w ICD-10, ale opisywana jest jako rodzaj zaburzenia w zachowaniu związanym z nadmierną ekspozycją na promieniowanie ultrafioletowe. Zaburzenie to ma cechy uzależnienia psychicznego i behawioralnego. Niepokojące mogą być już nawet wizyty raz w tygodniu, przy czym zwiększany jest czas opalania [16]. Do czynników ryzyka prowadzących do tanoreksji zalicza się: czynniki kulturowe, czynniki społeczno-psychologiczne, wzorce, *tanning behaviours*, postawę i przekonania [16].

Poprawną definicję tanoreksji podało jedynie 7,1% zwolenników solarium i żaden z grupy II.

W chwili obecnej w Polsce salonów solariowych jest mnóstwo, ale sporządzanie planu opalania nie należy do standardów w wielu z nich. Podobnie, wiedza na temat szkodliwego działania promieni słonecznych jest ogromna i ogólnie dostępna, ale stale wzrasta liczba osób korzystających z solarium. Obecne badania potwierdzają spostrzeżenia Szepietowskiego i wsp., w wyniku których autorzy zwrócili uwagę na konieczność wprowadzenia obowiązkowych kursów dla personelu, potrzebę ustalenia zasad korzystania z solariów i uświadomienie klientów o niekorzystnych efektach sztucznego promieniowania [5].

Wskazane jest także prowadzenie dalszych badań dotyczących skutków korzystania z solariów oraz stanu wiedzy społeczeństwa na powyższy temat. Istotne jest także podjęcie na szeroką skalę działań informacyjnych wśród społeczeństwa, ukierunkowanych na zagadnienia skutków naświetlania promieniami UV, a także mobilizujących właścicieli solariów do podnoszenia jakości świadczonych usług i zatrudniania wykwalifikowanego personelu.

## Wnioski

1. Większość badanych studentów ratownictwa medycznego korzystała z solarium.
2. W opinii wszystkich badanych pracownicy solarium są sumienni i informują respondentów o zasadach obsługi tuby lub łóżka.

3. Wiedza ratowników medycznych na temat zasad korzystania z solarium i jego skutków ubocznych jest nie zadawalająca.
4. Większość respondentów była przeciwna, aby z solarium korzystały dzieci i osoby młode.
5. Respondenci nie znali terminu „tanoreksja”.
6. Głównymi źródłami informacji o solarium były telewizja, wiadomości przekazywane w czasie studiów i własne doświadczenia życiowe.

## Piśmiennictwo

1. Folta M. Strasznie solarium, Onet.pl <http://portalwiedzy.onet.pl /4868,25297,1569679,1,czasopisma.html>, data pobrania 19.09.2009.
2. [http://mediweb.pl/beauty/wyswietl\\_vad.php?id=907](http://mediweb.pl/beauty/wyswietl_vad.php?id=907), data pobrania 19.09.2009.
3. Nosal W.: Zabójcza moda na opalanie, <http://kobieta.gazeta.pl/kobieta/1,56373,3514099.html>, data pobrania 23.10.2009.
4. Karwowska A.: Solarium zabija jak arszenik, [http://www.emetro.pl/emetro/1,85648,6874413,Solarium\\_zabija\\_jak\\_arszenik.html](http://www.emetro.pl/emetro/1,85648,6874413,Solarium_zabija_jak_arszenik.html), data pobrania 23.10.2009.
5. Szepietowski J. C., Nowicka D., Soter K., Strzelecka E., Kozera M., Salomon J.: Tanning salons in southwest Poland: a survey of safety standards and professional knowledge of the staff, *Photodermatol. Photoimmunol. Photomed.*, 2002, 18, 179–182.
6. Fitzpatrick T. B.: The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch. Dermatol.*, 1988, 124, 869–871.
7. Wojas-Pelc A., Jaworek A. K., Rajzer L. Choroby skóry związane z działaniem promieniowania słonecznego – przegląd wybranych zagadnień. *Fam. Med. Primary Care Rev.*, 2007, 1, 131–135.
8. Gibka J. Bezpieczne opalanie w solarium. *Pol. J. Cosmetol.*, 2003, 4, 259–264.
9. Kadłubowska-Siedlarz G. Zabiegi dla zdrowia i urody [w:] *Słońce nasz wróg czy sprzymierzeniec w walce o urodę*. Bauer-Weltbild Media Sp z o.o., Warszawa, 2002, 100–108.
10. Wolska H. Solaria – za czy przeciw?. *Derm. Estet.*, 2001, 5, 224–230.
11. Callan A. Zdrowa skóra [w:] *Dlaczego słońce nie jest najlepszym przyjacielem kobiet? Słońce a skóra*. Wyd. Med Prakt, Kraków, 1999, 139–152.
12. Veierød M. B., Weiderprass E, Thörn M., Jansson J., Lund E., Armstrong B., Adami H. O.: A prospective study of pigmentation, Sun exposure, and risk of cutaneous malignant melanoma in women, *J. Natl. Cancer. Inst.*, 2003, 20, 1530–1538.
13. Ciconte A., Bekhor P. Lichen striatus following solarium exposure Australis. *J. Dermatol.*, 2007, 2, 99–101

14. [http://www.rp.pl/artykul/328897,341645\\_Rakotworcze\\_solarium.html](http://www.rp.pl/artykul/328897,341645_Rakotworcze_solarium.html), data pobrania 19.09.2009.
15. Cader A., Kędziora J., Nawarzyc T. Analiza oddziaływania promieniowania UV na skórę człowieka – środowiskowe uwarunkowania działania kancerogennego. *Prz. Wojs.-Med.*, 2001, 4, 426–430.
16. Kiełtyka K. Tanoreksja – nowe zagrożenie zdrowotne. *Derm. Estet.*, 2008, 3, 174–182.



Łukasz Zawadzki<sup>1</sup>, Karolina Pietruk<sup>2</sup>

## **Wiedza na temat stosowania morfiny i postrzegania stereotypu morfiny przez studentów medycyny**

### **Wstęp**

Wyizolowanie morfiny i innych opioidów z opium jest efektem zainteresowania sokiem z maku już od starożytności [1]. Nieunikniony postęp w zastosowaniu opium, a potem morfiny, to wynik wieloletnich badań, obserwacji i doświadczeń badaczy uzyskiwanych w ciągłym dążeniu do niwelowania bólu fizycznego i psychicznego. Jest to konsekwencja rozwoju cywilizacji człowieka i ciągłego dążenia do ulepszania świata. Zniwelowanie bólu stało się realne po odkryciu i wyizolowaniu z opium morfiny, która później została zastosowana w lecznictwie i jest stosowana aż po dziś dzień.

Mimo, że właściwości lecznicze maku były znane już od starożytności, m.in. w Egipcie, to prawdziwy przełom w badaniach nad odkryciem opium i morfiny jest datowany na przełom XIX i XX wieku. Uczni odkryli wtedy działanie farmakologiczne morfiny, jako substancji hamującej czynności ośrodkowego układu nerwowego, a więc znoszącego ból. Morfina została wyodrębniona z opium w 1805 r. przez Friedricha Wilhelma Sertürnera [1]. Mimo, że odkrycie to zostało dokonane w 1805 r., Sertürner dopiero w 1817 r. opublikował swoje badania, które potwierdzały jego wcześniejsze odkrycie. Data publikacji rozprawy na temat uzyskania czystej chemicznie morfiny jest przyjęta na świecie, jako data odkrycia morfiny. Do produkcji morfiny stosuje się niedojrzałe torebki owoców maku lekarskiego (*Papaver somniferum*), z których po nacięciu

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

otrzymuje się opium. Morfina oraz jej pochodne działają poprzez łączenie się z receptorami opioidowymi, głównie z podtypem  $\mu$  ( $\mu$ ). Oprócz podtypu  $\mu$  poznano także inne receptory, wśród których najbardziej istotne są receptory  $\delta$  (delta) oraz  $\kappa$  (kappa) [2, 3]. Leki z grupy opioidów działają wyłącznie objawowo. Decydując się na zastosowanie opioidów w celach leczniczych należy wnikliwie rozważyć korzyści płynące z użycia ich w zestawieniu z kosztami i możliwymi niebezpieczeństwami. Dawka leku powinna być dobierana indywidualnie. Nie istnieje także maksymalna dawka leku, jaką można podać pacjentowi. Za dawkę właściwą morfiny powinno się przyjąć dawkę powodującą zniesienie bólu w jak najdłuższym okresie czasu, powodującą przy tym jak najmniejsze skutki uboczne, np. depresję ośrodka oddechowego [4].

W 1986 r. dzięki pracy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zostały ogłoszone opracowane przez tę organizację bezpieczne oraz skuteczne standardy terapii przeciwbólowej, dostosowane do ludzi cierpiących z powodu bólu na całym świecie [5, 6]. Zasady te zostały określone mianem drabiny analgetycznej, składającej się z trzech stopni, mającej być standardami dotyczącymi walki z przewlekłym bólem. Jej celem jest przedstawienie stopni postępowania przeciwbólowego, poinformowaniu o rodzajach i dawkach leków przeciwbólowych oraz określenie sytuacji, w której powinny być zastosowane. Najważniejszą zasadą drabiny analgetycznej jest oparcie leczenia na dostępnych lekach, które będą podawane w ściśle sprecyzowanych dawkach i odstępach czasu [5, 6]. Pierwszym stopniem drabiny analgetycznej są leki nieopiodowe, a więc niesteroidowe leki przeciwzapalne, np. kwas acetylosalicylowy oraz paracetamol. Mają one zastosowanie w przebiegu słabych i umiarkowanych bólów. Do II stopnia należą słabe opioidy, m.in. kodeina i tramadol. Podaje się je w momencie, gdy leki z I-ego szczebla drabiny nie działają przeciwbólowo. Jednocześnie istnieje możliwość łączenia leków II stopnia z lekami I-ego stopnia. Gdy jednak ból jest tak silny, że leki z poprzednich stopni nie przynoszą spodziewanego efektu stosuje się silne leki opioidowe III-ego stopnia drabiny analgetycznej, do których należą morfina, fentanyl, buprenorfina [3, 5, 6]. Tu także zachodzi możliwość łączenia stopni drabiny analgetycznej, w tym przypadku silne opioidy z lekami nieopiodowymi.

Ważnym jest, aby społeczeństwo nie myślało o morfinie w stereotypowy sposób. W literaturze można spotkać zjawisko opiofobii, czyli nieuzasadnionego lęku przed podawaniem silnych opioidowych (głównie morfiny), związanego ze strachem przed spowodowaniem uzależnie-



nia psychicznego, depresji oddechowej i skróceniem życia chorego [5]. Dotyczy ono zarówno chorych leczonych opioidami i ich rodzin, jak również niewystarczająco dobrze wyedukowanego personelu medycznego. Specjaliści twierdzą, że aby sytuacja ta uległa zmianie należy ustanowić odpowiednie standardy, które zobowiązywałyby lekarzy zarówno do podawania opioidowych leków przeciwbólowych w określonych sytuacjach, jak i przekazywania informacji rodzinom na temat działań tych leków. Być może pozwoliłoby to przełamać błędny stereotyp panujący wśród lekarzy i społeczeństwa, że morfina jako narkotyk nie powinna być stosowana w obawie przed uzależnieniem i jej toksycznym działaniem oraz zrozumieć, że nie leczony ból ma o wiele gorsze konsekwencje [8]. Dlatego prawidłowe postrzeganie morfiny jest jednym z elementów, który rokuje na dobrą współpracę między lekarzem i pacjentem/rodziną chorego, w ustalaniu leczenia przeciwbólowego silnymi opioidami.

### **Cel pracy**

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy i postrzegania morfiny przez studentów IV i VI roku medycyny na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

### **Materiał i metody**

Opracowana ankieta składała się z 20 pytań zarówno otwartych, jak i zamkniętych, w których istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Pytania dotyczyły m.in. wiedzy na temat morfiny, postrzegania stereotypu morfiny, opinii na temat zagadnień etycznych podczas podawania pacjentom morfiny.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie 20–24.03.2009 i objęło grupę studentów z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego liczącą 100 (100%) osób, składającą się zarówno z kobiet i mężczyzn w przedziale wiekowym od 22. do 28. roku życia, tj. 50 (50%) osób studiujących na IV roku I i II Wydziału Lekarskiego oraz 50 (50%) osób studiujących na VI roku I i II Wydziału Lekarskiego. Studenci IV roku studiów byli przedmiotem opieki paliatywnej, natomiast studenci VI roku mieli zajęcia z opieki paliatywnej przeprowadzone. Ankiety były w formie anonimowej. Zanim ankiety zostały rozdane wyjaśniano cel badania, aby zachęcić osoby badane do szczerych i przemyślanych odpowiedzi.

## Wyniki

Jedno z pierwszych pytań dotyczyło słowa, które nasuwa się jako pierwsze, myśląc o morfinie. 30% z badanej grupy studentów IV roku udzieliło odpowiedzi ból, 20% – lek przeciwbólowy, 20% – narkotyk, 8% – opioid, 6% – silny lek przeciwbólowy oraz 4% – lek i uzależnienie. Pozostałe odpowiedzi, czyli farmakologia, strzykawka, mak i działanie przeciwbólowe stanowią 2% ogółu odpowiedzi. Na to samo pytanie osoby z VI roku odpowiedziały następująco: 32% dla odpowiedzi ból, 18% – lek przeciwbólowy, 10% – narkotyk i opioid, 4% – lek. Odpowiedzi nowotwór, sen, euforia, łagodzi ból, spokój, silny lek przeciwbólowy, znieczulenie, leczenie bólu, przewlekłe bóle, bóle pooperacyjne, śmierć, znoszenie bólu, lek przynoszący ulgę w cierpieniu i ulga uzyskały 2% odpowiedzi ankietowanych.

Kolejne pytanie dotyczyło, do której grupy leków należy morfina. Wszyscy respondenci (100%) zaznaczyli odpowiedź, że jest to grupa opioidów.

Zdaniem 43% studentów IV roku i 43% studentów VI roku morfinę podaje się drogą dożylną. Droga doustna została zaznaczona przez 28% studentów IV roku i 23% studentów VI roku, parenteralna (29% vs 32%), wziewna (0% vs 2%).

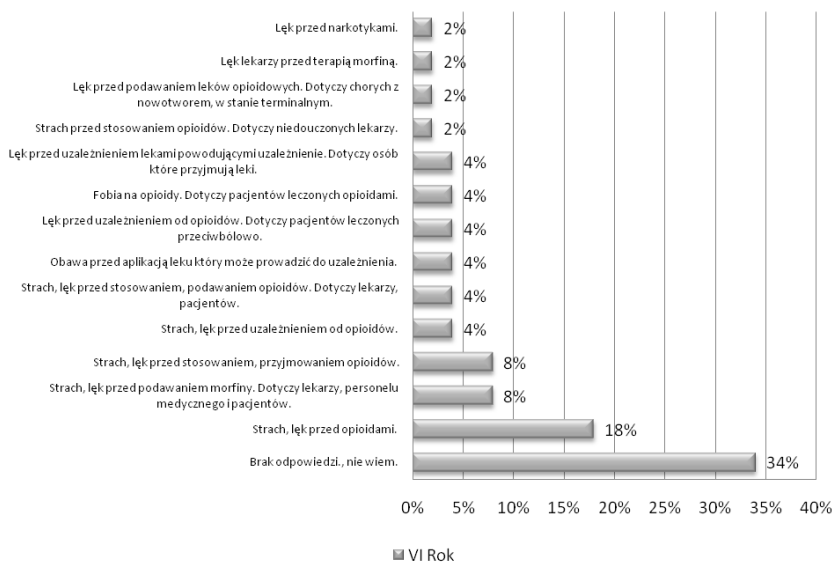
Żaden ze studentów IV i VI roku nie zaznaczył odpowiedzi, że morfina nie ma skutków ubocznych (0%), 27% studentów IV roku i 22% studentów VI roku uważa, że mogą się pojawić wymioty, senność (32% vs 31%), zaparcia (30% vs 33%). Studenci IV roku przy odpowiedzi inne skutki uboczne napisali: zaburzenia widzenia, dysforia; zahamowanie, depresja ośrodka oddechowego; euforia; uzależnienie; zatrzymywanie moczu; reakcje skórne; skurcz oskrzeli; bóle kolkowe; zatrzymanie oddechu; świąd; duszność; pokrzywka; wysypka. Natomiast studenci VI roku napisali dodatkowo: depresja ośrodka oddechowego; świąd skóry; suchość śluzówek; zwężanie źrenic; depresja; zaburzenia oddychania; zawroty głowy; bóle głowy; uzależnienie; niewydolność oddechowca; spowolnienie oddechu.

Kolejne pytanie dotyczyło rodzaju uzależnień wywoływanych przez morfinę. Żaden z ankietowanych studentów z obu badanych grup nie zaznaczył, że morfina nie powoduje uzależnienia. Połowy odpowiedzi udzielono na fizyczne i połowy na psychiczne.

Kolejnym pytaniem otwartym było pytanie – „Co to jest opiofobia i kogo ona dotyczy?”. Odpowiedzi podane przez respondentów przedstawia rycina 1 i rycina 2.

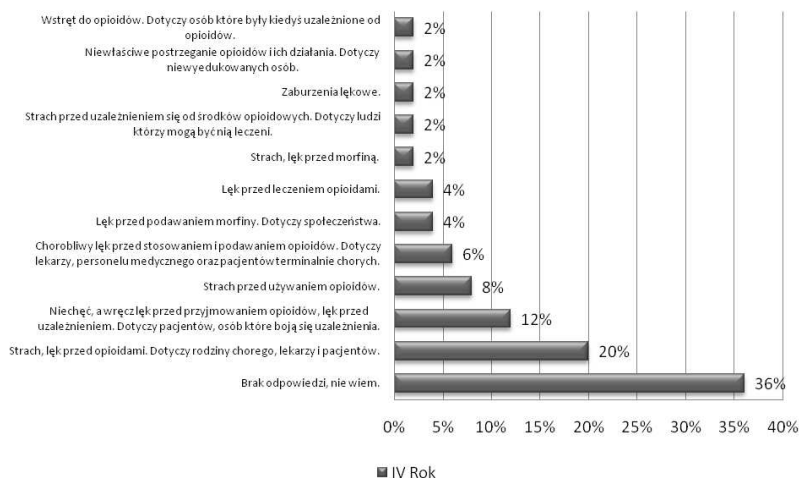
### Ryc. 1. Określenie opiofobii przez studentów IV roku

#### Pytanie nr 6 Co to jest opiofobia i kogo ona dotyczy?



### Ryc. 2. Określenie opiofobii przez studentów VI roku

#### Pytanie nr 6 Co to jest opiofobia i kogo ona dotyczy?

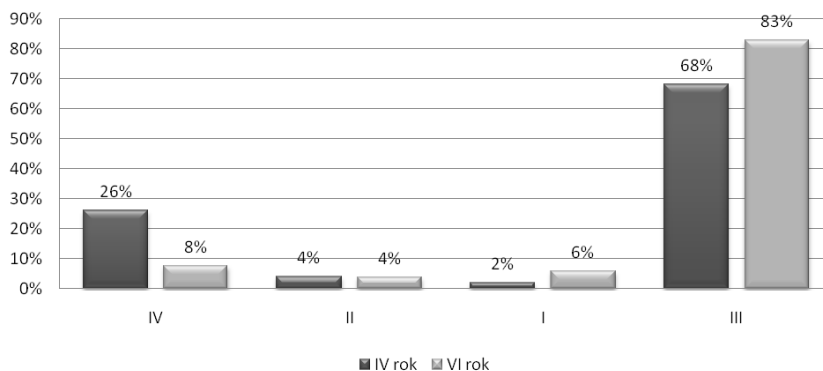


Na pytanie o ilość stopni drabiny analgetycznej 34% studentów IV roku udzieliło odpowiedzi, że IV stopnie; tę samą odpowiedź zaznaczyło 16% studentów VI roku. Żaden z badanych studentów nie uważa, że drabina analgetyczna ma II lub I stopień. Natomiast istnienie III stopni potwierdza 66% vs 84%.

Jednocześnie na pytanie o zajmowany przez morfinę stopień drabiny analgetycznej odpowiedziano następująco: IV stopień (26% vs 8%), II stopień (4% vs 4%), I stopień (2% vs 6%), III stopień (68% vs 83%) (ryc. 3).

**Ryc. 3. Wiedza na temat stopnia drabiny analgetycznej zajmowanego przez morfinę**

**Pytanie nr 8 Który stopień drabiny analgetycznej zajmuje morfina?**



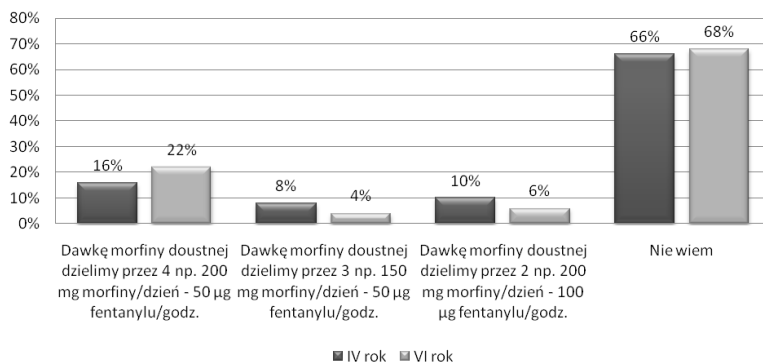
5% studentów IV roku i 15% studentów VI roku uważa, że morfina powinna być podawana o stałych godzinach. Pogląd, że morfina powinna być podawana na prośbę chorego wyraża 22% vs 28%. Według 71% vs 52% morfinę należy podawać indywidualnie, w zależności od stanu chorego. Tylko 2% vs 4% studentów jest zdania, że nie można tego stwierdzić, gdyż nie ma opracowanych standardów podawania morfiny.

Rycina 4 przedstawia znajomość szacunkowego wzoru przeliczania dobowej dawki morfiny na plaster z fentanylem przez respondentów.

Na pytanie o możliwość całkowitego odstawienia morfiny, uzyskując jednocześnie ten sam efekt terapeutyczny innym lekiem przeciwbólowym, 62% studentów IV roku zgodziło się z tym stwierdzeniem. Tę samą odpowiedź zaznaczyło 83% studentów VI roku. Przeciwnego zdania było 22% vs 10%. Odpowiedzi „nie wiem” udzieliło 16% studentów IV i 8% VI roku studiów.

#### Ryc. 4. Znajomość szacunkowego wzoru przeliczania dobowej dawki morfiny na plaster z fentanylem

##### Pytanie nr 10 Jaki jest szacunkowy wzór dobowej dawki morfiny w przeliczeniu na plaster z fentanylem?



Dokładnie 76% studentów z obu badanych grup nie wie, czy palenie papierosów ma wpływ na działanie morfiny. Mniej niż 20% uważa, że palenie papierosów ma wpływ na działanie morfiny. Około 10% uważa, że jednak palenie papierosów nie ma takiego wpływu na działanie morfiny. Przy odpowiedzi tak, studenci IV roku dopisali, że nikotyna ma podobne, choć słabsze działanie; nikotyna działa na te same receptory co morfina; osłabia, blokuje receptory nikotynowe. Studenci VI roku napisali, że palenie papierosów sprzyja rozwojowi POCHP i osłabia czynność oddechową oraz, że może nasilić niewydolność oddechową. W odpowiedzi nie studenci IV roku odpowiedzieli, że substancje w dymie nie indukują enzymów wątrobowych, odpowiadają za metabolizm; nikotyna dostarczana z papierosów osiąga w organizmie niewielkie stężenie; obkurcza naczynia. Natomiast studenci VI roku twierdzą, że nikotyna nie działa na receptory opioidowe tylko nikotynowe.

Prawie połowa studentów twierdzi, że podczas leczenia morfiną gwałtownie rozwija się tolerancja na nią. Przeciwnego zdania jest 36% studentów IV roku i 52% VI roku. 20% ankietowanych z IV roku i 2% z VI roku nie znało odpowiedzi na to pytanie.

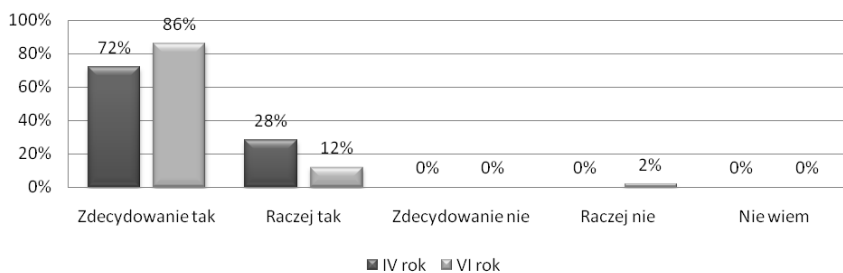
Jako lek przeciwbólowy pierwszego rzutu u osoby chorej na nowotwór, morfinę zastosowałyby 20% vs 14% studentów. Większość studentów z obu grup (78% vs 84%) nie zrobiłoby tego. Respondenci w 2% nie wiedzieli, jakiej odpowiedzi udzielić.

Około 10% studentów uważa, że wczesne podawanie morfiny przesądza o braku innej możliwości leczenia przeciwbólowego. Przeciwnego zdania jest ponad 80% respondentów. Prawie 10% ankietowanych nie znało odpowiedzi na to pytanie.

80% studentów zdecydowanie twierdzi, że podawanie morfiny pacjentom chorym na nowotwór, u których są medyczne wskazania do stosowania morfiny jest etyczne. Około 20% nie jest do końca pewnych. 2% osób twierdzi, że raczej nie jest to etyczne (ryc. 5).

**Ryc. 5. Opinie na temat etyki, przy podawaniu morfiny pacjentom chorym na nowotwór**

**Pytanie nr 16 Czy uważasz że podawanie morfiny pacjentom chorym na nowotwór u których są medyczne wskazania do stosowania morfiny jest etyczne?**



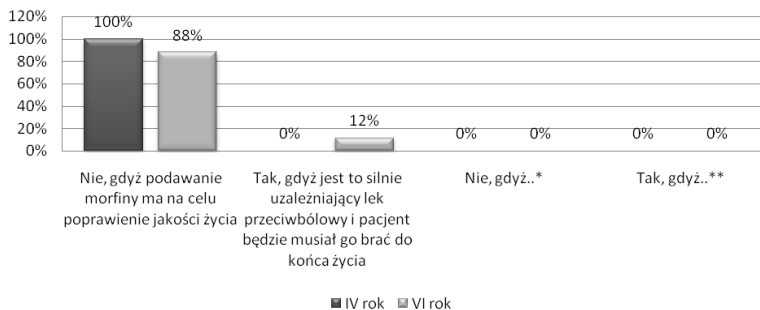
Na pytanie o stosunek do stwierdzenia, że przyjmowanie morfiny przez pacjenta chorego na nowotwór jest pewnego rodzaju „umieraniem za życia” 100% vs 88% studentów odpowiedziało, że nie, gdyż podawanie morfiny ma na celu poprawienie jakości życia. Odpowiedzi, że jest to silnie uzależniający lek przeciwbólowy i pacjent będzie musiał go brać do końca życia udzieliło 0% vs 12% (ryc. 6).

Studenci, odpowiadając na pytanie o prawdziwość stwierdzenia, że „w społeczeństwie panuje stygmat, iż rozpoczęcie podawania morfiny stanowi o rychłej śmierci” odpowiedzieli, że zdecydowanie jest ono prawdziwe (0% vs 4%), raczej prawdziwe (8% vs 2%), raczej nieprawdziwe (38% vs 26%), zdecydowanie nieprawdziwe (50% vs 58%) i trudno powiedzieć (4% vs 10%).

Emocje, które byłyby najbliższe studentom, gdyby mieli podjąć decyzję o zastowaniu w leczeniu bólu morfiny przedstawia rycina 7.

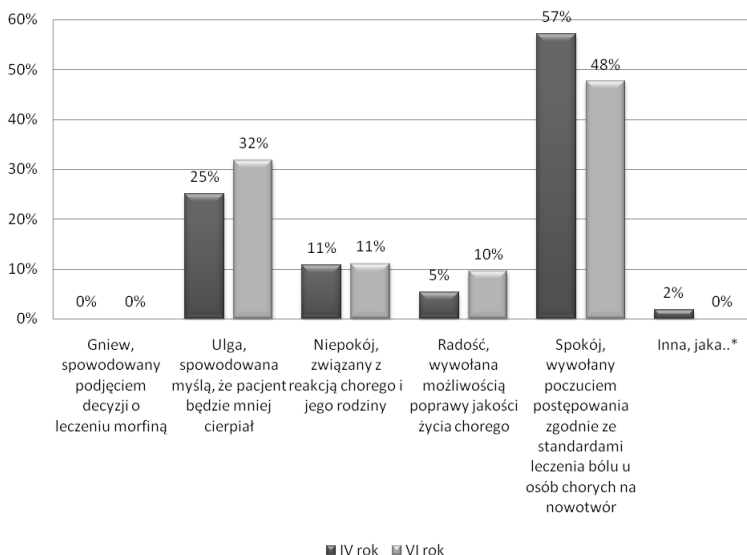
### Ryc. 6. Poglądy związane ze stwierdzeniem, że przyjmowanie morfiny przez pacjenta chorego na nowotwór jest pewnego rodzaju „umieraniem za życia”

**Pytanie nr 17 Czy zgadzasz się ze stwierdzeniem że przyjmowanie morfiny przez pacjenta chorego na nowotwór jest pewnego rodzaju „umieraniem za życia”?**



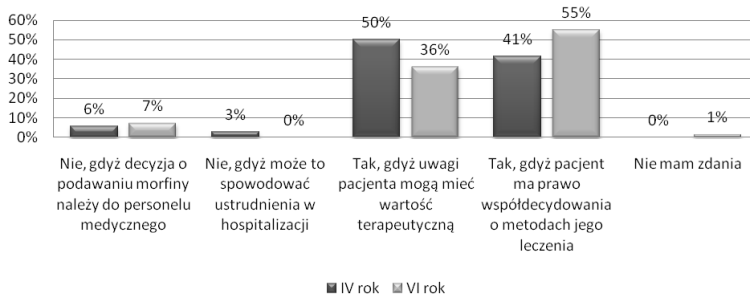
### Ryc. 7. Emocje związane z możliwością podjęcia decyzji o podaniu pacjentowi morfiny

**Pytanie nr 19 Która z wymienionych emocji byłaby Tobie najbliższa gdybyś musiał podjąć decyzję o podaniu pacjentowi morfiny?**



## Ryc. 8. Opinie związane z prawem pacjenta do współdecydowania o przebiegu leczenia morfiną

**Pytanie nr 20 Czy pacjent ma prawo współdecydować o przebiegu leczenia morfiną?  
W tym pytaniu istnieje możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi.**



Kolejna rycina (ryc. 8) obrazuje opinie studentów związane z prawem pacjentów do współdecydowania o przebiegu leczenia morfiną.

### Dyskusja

Morfina, choć znana już od dawna do dziś wzbudza wiele kontrowersji, nie tylko wśród studentów, ale także wśród czynnego personelu medycznego. Lecznicze właściwości opium znane są już od starożytności, mimo to morfina znana jest dopiero od momentu jej wyizolowania z opium w latach 1803–1806 [1]. Prawdziwy przełom nastąpił jednak w XX wieku, kiedy postawiono hipotezę na temat budowy i istnienia swoistych receptorów opioidowych. Obecnie każdy związek wykazujący się działaniem na receptory opioidowe określany jest mianem opioidu. Stosowane są one głównie w farmakoterapii bólu pooperacyjnego i nowotworowego [1].

Istnieje wiele źródeł dotyczących morfiny, jej składu, zastosowania, efektów ubocznych, pochodnych. Jednocześnie nie rozpatrywano dokładnie problemu związanego z emocjami, jakie towarzyszą podawaniu morfiny, np. efektem ubocznym, takim jak uzależnienie się organizmu człowieka od tej substancji. Wydawać by się mogło, że problem dotyczy tylko pacjentów oraz ich rodzin. W społeczeństwie panuje wiele stereotypów oraz mitów na temat morfiny, z których duża ilość jest nieprawdziwych, bądź jest bardzo mocnym nagięciem prawdy. Aby zniwelować to zjawie-



sko producenci leków wydają ulotki informacyjne, w których obalają powszechne mity. Jednakże wiele rodzin chorych oraz sami chorzy chcący poszerzyć swoją wiedzę nie odwołują się do ulotek informacyjnych tylko do personelu medycznego, przede wszystkim lekarzy. Niestety, wielu lekarzy posiada niewystarczającą wiedzę na temat morfiny i często podziela emocje rodziny i pacjentów na temat stosowania silnych leków opioidowych i stereotypów z tym związanych [5].

Przyczyną problemu może być fakt, iż temat morfiny nie jest wystarczająco omawiany podczas zajęć dydaktycznych, w których uczestniczą przyszli lekarze. Aby sprawdzić, jaka jest wiedza studentów przeprowadzona została ankieta wśród grupy studentów IV i VI roku medycyny. Jej celem było sprawdzenie posiadanej wiedzy o morfinie, ale także poznanie emocji oraz podejścia do jej stosowania.

Uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, że przeciwbólowy lek – morfina, jest znana zarówno studentom IV i VI roku, jednakże wiedza ta nie jest taka sama wśród tych 2 roczników studiów. Już pierwsze pytanie, które dotyczyło pierwszego słowa, jakie kojarzy się studentom na myśl o morfinie przedstawia różnice między zasobem wiedzy studentów. Najczęstsze odpowiedzi udzielane przez studentów obu lat to: ból i lek przeciwbólowy (30% vs 32%) i (20% vs 18%). Są to logiczne skojarzenia – morfinę stosujemy w leczeniu bólu i jest ona silnym lekiem przeciwbólowym. Jednak dalsze odpowiedzi przedstawiają różnice w postrzeganiu morfiny. 20% wszystkich odpowiedzi studentów IV roku studiów to narkotyk, morfina skojarzyła im się również z uzależnieniem i strzykawką (4% i 2%). Nie padły odpowiedzi, takie jak: łagodzenie bólu, lek przynoszący ulgę w cierpieniu. Może to być związane z okresem, kiedy właściwości uzależniające morfiny nie były wystarczająco dobrze poznane przez lekarzy, a mimo to morfina była używana na szeroką skalę. Był to okres II Wojny Światowej, kiedy to morfina była podstawowym środkiem używanym w celu zniesienia bólu, niekoniecznie w sposób kontrolowany. Przyczyniać się do tego może również niezrealizowany program z opieki paliatywnej. Skojarzenia, które nie zostały użyte przez studentów IV roku, zostały napisane przez drugą badaną grupę. Poza odpowiedziami typu ulga, spokój, sen, znieczulenie, studenci VI roku nie używali tak często określenia narkotyk – tylko 10% respondentów użyło tego słowa. Tak więc druga grupa postrzega morfinę bardziej jako lek niż substancję narkotyczną.

Dalsza analiza badania skłania do zastanowienia się nad pewnymi aspektami nauczania studentów medycyny przedmiotu farmakologii. Py-

tanie 7 dotyczyło drabiny analgetycznej, reguły, która powinna być znana nie tylko anestezjologom, ale także każdemu pracownikowi służby zdrowia. Obydwie grupy badanych studentów miały zrealizowany program nauczania z farmakologii, jednak 1/3 studentów IV roku uważa, że są IV stopnie drabiny analgetycznej. Studentów z VI roku, którzy zaznaczyli tę odpowiedź jest o połowę mniej. Fakt ten powinien zaskakiwać, gdyż studenci IV byli tuż po realizacji programu z farmakologii, natomiast VI rok był 2 lata po nim. Z racji tego poprawną odpowiedź, że są III stopnie drabiny analgetycznej zaznaczyło 66% vs 84% studentów. W związku z tym w pytaniu 8 odpowiedzi udzielone przez IV rok rozkładają się podobnie – 26% dla IV stopnia i 68% dla III stopnia drabiny analgetycznej. Tu również studenci VI roku wykazali się większą wiedzą na, wydawać by się mogło, jedno z prostszych pytań.

Pytanie nr 9 dotyczyło rytmu, w jakim powinna być podawana morfina. W tym pytaniu poprawna odpowiedź zaznaczył nie VI, a IV rok studiów, tzn. że morfina powinna być podawana indywidualnie w zależności od stanu chorego [4]. Odpowiedź tę zaznaczyło 71% respondentów z IV roku i tylko 52% z VI. Zastanawia fakt, że 12% osób z VI roku zaznaczyło odpowiedź o stałych godzinach, gdyż jest to metoda leczenia bólu od której się odchodzi [4].

Warto również podkreślić podejście studentów do ewentualnej współpracy z pacjentem w przebiegu jego farmakoterapii. Pytanie 20 dotyczyło prawa pacjenta do współdecydowania o przebiegu leczenia morfiną. Zdecydowana większość studentów, znajdując się w tej sytuacji, współpracowałyby z pacjentem kierując się jego prawami i jednocześnie uważając jego rady za wartościowe terapeutycznie (50% vs 36%). Bardzo mała liczba osób (mniej niż 10% ogółu odpowiedzi) uważa, że nie powinno się włączać pacjenta do podejmowania decyzji o jego procesie leczenia. To pozytywne nastawienie przyszłych lekarzy może rokować dobrą przyszłość relacji między pacjentem a personelem medycznym.

## Wnioski

1. Poziom wiedzy związanej z morfiną wśród studentów IV i VI roku studiów jest zbliżony.
2. Większość badanych studentów medycyny na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym wie, co to jest morfina, jakie jest jej działanie i umiałoby ją zastosować w praktyce.

3. Studenci w zdecydowanej większości znają pojęcie drabiny analgetycznej i wiedzą, który stopień drabiny analgetycznej zajmuje morfina.
4. Dla większości studentów medycyny, morfina to lek przeciwbólowy, jednak nadal w świadomości części z nich morfina nie jest lekiem, a substancją powodującą zależność psychofizyczną.

### **Piśmiennictwo**

1. Arabas I.: Badania opioidów oraz ich rola w rozwoju nauk o leku w Polsce w XIX w. Wydawnictwo IHN PAN, Warszawa 1995, 5–12.
2. Kostowski W.: Farmakologia, podstawy farmakoterapii, podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 900–915.
3. Ciałkowska-Rycz A.: Farmakoterapia bólu nowotworowego. *Clinical and Experimental Medical Letters*, 2006, 47, 3–8.
4. Barylski M., Banach M.: Stosowanie silnych opioidów w terapii bólu przewlekłego. *Geriatra Polska*, 2006, 2, 111–118.
5. Hodor J., Szarkowska E., Stefańska M.: Dlaczego pacjenci nie chcieli żyć? *Puls Medycyny*, 2008, 17.



Agata Kulikowska<sup>1</sup>, Sławomir Lech Czaban<sup>1,2</sup>,  
Iwona Jarocka<sup>1</sup>, Katarzyna Łagoda<sup>3</sup>

## Alkohol i jego społeczne konsekwencje

Na następnej planecie mieszkał pijak. Wizyta ta trwała krótko, ale pogrzyża Małego Księcia w głębokim smutku.

– Co ty robisz? – zapytał Pijaka, którego zastał siedzącego w milczeniu przed baterią pustych butelek i baterią pełnych butelek.

– Piję – odpowiedział Pijak z grobową miną.

– Dlaczego pijesz? – zapytał Mały Książę.

– Żeby zapomnieć, że się wstydzę – wyznał Pijak spuszczać głowę.

– Czego się wstydzisz? – dopytywał się Mały Książę, bo pragnął pomóc Pijakowi.

– Wstydzę się, że piję – oświadczył Pijak na zakończenie i pogrzyżył się w milczeniu.

Mały Książę odszedł zmieszany.

„Dorośli są naprawdę bardzo, bardzo dziwni” – powiedział sobie w duchu, ruszając w dalszą drogę.

Antoine de Saint-Exupéry, *Mały Książę*

### Wstęp

Substancje uzależniające towarzyszyły człowiekowi od zawsze, we wszystkich kulturach i cywilizacjach, w każdym okresie historycznym. Z ich działaniem wiąże się destrukcja i wyzwolenie mocy twórczej, moc terapeutyczna i choroba. Sięgając po substancje uzależniające balansujemy na granicy, której przekroczenie prowadzi do naruszenia istniejącej

---

<sup>1</sup> Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Szpitalny Oddział Ratunkowy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

<sup>3</sup> Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

w nim równowagi fizycznej i psychicznej. Substancje uzależniające, mimo iż dokładnie znamy ich działanie, są nieodłącznym elementem ludzkiego życia [1, 2].

Już Hipokrates wskazał, że nadużywanie alkoholu może stać się przyczyną zaburzeń psychicznych. Jednak systematyczne badania nad ostrymi i przewlekłymi psychozami alkoholowymi zaczęto prowadzić dopiero w XIX wieku. Wówczas to uznano, że problem alkoholizmu istnieje i że jest to jednostka chorobowa [1].

Szacuje się, że w Polsce jest około 600–800 tysięcy osób uzależnionych od alkoholu. Mniej więcej tyle samo jest pijących w sposób szkodliwy. Jest też znaczna liczba osób pijących ryzykownie [3].

Według Bohdana Woronowicza alkoholizm to stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i alkoholu, który charakteryzuje się występowaniem zmian w zachowaniu i innymi następstwami, w tym zawsze przymusem, czyli nieodpartą chęcią ciągłego lub okresowego używania alkoholu, aby doświadczyć psychicznych efektów jego działania lub, aby uniknąć objawów wynikających z jego braku, np. złego samopoczucia czy dyskomfortu [4, 5, 6].

Jedlinek, opisując alkoholologię, wyróżnił trzy czynniki wpływające na rozwój uzależnienia: osobowość, środowisko i czynniki konstytucjonalne. Istnieje również wiele danych potwierdzających tezę, że alkoholizm ma silne uwarunkowania rodzinne i genetyczne. W swoich badaniach zarówno Cloninger, jak i Merikangas wykazali, że uzależnienie alkoholowe jest zespołem klinicznie i etiologicznie różnorodnym, wywołanym przez złożone, wzajemne oddziaływanie czynników genetycznych (40–50%) i środowiskowych (50–60%) [7, 8, 9, 10].

Według najnowszego raportu Światowej Organizacji Zdrowia, dotyczącego stanu zdrowia na świecie, alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, odpowiedzialnym za ponad 9 proc. całkowitego obciążenia chorobami i urazami. Ponad 60 rodzajów chorób i rodzajów urazów ma właśnie związek z alkoholem. Europejczycy piją najwięcej alkoholu, zostawiając daleko w tyle nację z pozostałych kontynentów. Obecnie 12,1 litra spożytego czystego spirytusu przypada na jednego dorosłego mieszkańca Europy. Na całym świecie alkohol jest przyczyną zgonów 1,8 miliona ludzi rocznie [11].

Problem uzależnienia od alkoholu należałoby rozpatrywać nie tylko przez pryzmat samego alkoholika lecz również należałoby zwrócić uwagę na funkcjonowanie jego rodziny i pełnienie ról społecznych.

## Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie konsekwencji społecznych i rodzinnych nadużywania alkoholu, jak również najnowszych trendów oraz programów interwencyjnych dotyczących pomocy rodzinom z problemem alkoholowym.

## Wyniki

W polskim społeczeństwie nadmierne picie alkoholu jest jedną z najważniejszych przyczyn złej kondycji zdrowotnej. W odróżnieniu od innych substancji uzależniających, alkohol powoduje szczególnie wiele zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zarówno w wyniku przewlekłego nadużywania, jak i spożycia jednorazowej dawki. Niebagatelny jest też jego wpływ na funkcjonowanie społeczne: rodzinne, zawodowe, emocjonalne i zdrowotne [3].

Problemy społeczne spowodowane alkoholem dotyczą:

- pijącej jednostki (bezrobocie, samobójstwa, skrócenie długości życia osób uzależnionych o 10–20 lat, zaburzenia rozwoju psychofizycznego i kariery edukacyjnej nastolatków, bezdomność i włóczęgostwo, śmierć spowodowana przedawkowaniem lub spożyciem toksycznych rodzajów alkoholu),
- życia rodzinnego (kłótnie, przemoc, niechciane ciążę, demoralizacja, dewiacje seksualne, zubożenie, zaniedbywanie obowiązków rodzicielskich, rozkład rodziny, zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne u dzieci i innych członków rodziny itp.),
- środowiska pracy (absencja – większa o ok. 30%, spadek wydajności o około 30–70%, pogorszenie jakości pracy, 2–3-krotnie większa wypadkowość),
- naruszenia prawa i porządku przez osoby nietrzeźwe (wzrost przestępczości o 25%, prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu, wypadki ok. 20% częściej, niestosowne, agresywne zachowania w miejscach publicznych),
- przestępstw i wykroczeń związanych z obrotem alkoholem (nielegalna produkcja, import, sprzedaż napojów alkoholowych, sprzedaż alkoholu nieletnim i nietrzeźwym, zabroniona prawem reklama, kryptoreklama) [2, 12].

## **Alkoholizm – problem polskiego społeczeństwa**

W Polsce rozmiary problemów alkoholowych są obecnie tak wielkie, iż można traktować je jako epidemię społeczną, która w sposób bezpośredni bądź pośredni dotyczy większości Polaków. Przyczyny takiego stanu rzeczy są bardzo złożone i związane z uwarunkowaniami historycznymi, prawnymi, społecznymi i obyczajowymi. Z drugiej zaś strony trzeba pamiętać, że problemy alkoholowe dotyczą bezpośrednio konkretnych ludzi i mają ścisły związek z ich osobistą sytuacją życiową, z rodzajem więzi międzyludzkich. Z tego wynika, że można mówić zarówno o społecznym, jak i osobowościowym podłożu zagrożeń i problemów alkoholowych [13, 18].

Według opinii rozpowszechnionych w naszym kraju, uzależnienie od alkoholu, zwane alkoholizmem lub nałogiem alkoholowym, odnosi się wyłącznie do stanu zaawansowanej degradacji fizycznej, psychicznej, duchowej i materialnej, będącej konsekwencją nadużywania alkoholu przez długi okres czasu. Wciąż jeszcze niewielu Polaków zdaje sobie sprawę, że schemat człowieka, który utracił zdrowie, rodzinę, pracę i który leży na ziemi w stanie upojenia alkoholowego odnosi się już do końcowego stadium choroby. W początkowych fazach uzależnienia dany człowiek może jeszcze normalnie funkcjonować w wielu dziedzinach życia i zwykle tylko specjaliści są w stanie rozpoznać, że jest już człowiekiem uzależnionym od alkoholu. Uzależnienie od alkoholu jest chorobą niszczącą człowieka we wszystkich sferach jego człowieczeństwa. Zaburza więzi interpersonalne oraz powoduje stopniową utratę wolności i odpowiedzialności [13].

Źródła alkoholizmu można także powiązać z rosnącym bezrobociem, za którym idzie brak dochodów i w konsekwencji bieda. W końcu przychodzi frustracja i załamanie prowadzące w efekcie do alkoholizmu, który powoli, ale regularnie przyczynia się do coraz większego ubóstwa, a w skrajnych przypadkach do utraty rodziny i mieszkania. Nadużywanie alkoholu sprawia, że osoba uzależniona przestaje racjonalnie myśleć i funkcjonować. Na drugi plan schodzą najbliżsi i relacje z nimi. Niebezpieczne, jednak bardzo powszechne, stają się sytuacje, kiedy pijani rodzice zapominają o swoich podopiecznych. Często słyszy się o poparzeniach, wypadnięciach z okien dzieci, kiedy rodzice w tym czasie pili alkohol, albo nie zdążyli jeszcze wytrzeźwieć. Według najnowszych badań w ciągu ostatnich lat zmienił się model konsumpcji alkoholu. Szybko rośnie ilość wypijanego piwa i wina na rzecz spadku popytu na wódkę. Takie tendencje najbardziej uwidoczniają się wśród osób z wyższym wykształceniem



i młodzieży, dlatego możemy mówić również o tzw. alkoholizmie wyższych sfer jako o chorobie społecznej [11].

W Polsce kontekst społeczny w odniesieniu do postawy wobec alkoholu jest bardzo niekorzystny i w zasadniczy sposób przyczynia się do powiększenia zagrożeń alkoholowych. Źródła tego problemu można dostrzekać się w tradycji polskiej szlachty w XVII i XVIII wieku. Wiąże się to z błędną mentalnością i zaburzoną obyczajowością, która nadal dominuje w naszym społeczeństwie. W szerokich kręgach naszego kraju alkohol spożywa się z racji każdego niemal święta bądź spotkania. Ponadto sięganie po alkohol często oznacza szybkie wypijanie dużej ilości wysokoprocentowych napojów alkoholowych. Istnieje też bardzo groźny zwyczaj agresywnego przymuszania do picia oraz interpretowania wspólnego spożycia alkoholu jako sprawdzania przyjaźni i wzajemnego zaufania. Niezwykle groźne jest również rozpowszechnione tolerowanie wczesnej inicjacji alkoholowej. Spożywanie alkoholu przez starszych nastolatków nie budzi na ogół zdziwienia i obaw. Wszystko to sprawia, że wiele środowisk traktuje nadużywanie alkoholu jako rzecz naturalną czy nieuniknioną. W konsekwencji możemy zaobserwować dużą tolerancję społeczną na picie alkoholu nawet tam, gdzie jest to formalnie zakazane i bardzo groźne, np. w miejscu pracy czy w okresie ciąży [1, 14].

Bardzo niekorzystna jest również: nieznamość mechanizmów wchodzenia w chorobę alkoholową, istnienie silnego lobby proalkoholowego o podłożu czysto ekonomicznym, brak skutecznych rozwiązań prawnych, a także częste ich nieprzestrzeganie, np. sprzedaż alkoholu nieletnim czy też reklama napojów alkoholowych [14].

### **Rodzina alkoholowa**

Nałogowe pijaństwo mężczyzny pustoszy życie wielu osób z nim związanych: żony, która drży w obawie przed następstwem pijaństwa, matki i ojca alkoholika, którzy z bólem patrzą na proces degradacji ich syna oraz dzieci, którym nie jest dane zaznać prawdziwej miłości rodzicielskiej. Alkohol wpływa na strukturę rodziny i na stosunki między małżonkami/partnerami. Poza przemocą, alkohol wpływa także na jakość życia i zdrowia partnera, prowadzi do rozpadu rodziny.

W literaturze klinicznej niejednokrotnie opisywano zjawisko współuzależnienia. Jest to forma przystosowania kobiet do życia w patologicznych warunkach. Rodzi się wówczas, gdy dwoje ludzi tworzy trwały związek o silnych więziach emocjonalnych, rodzinnych czy materialnych

i kiedy jedna z tych osób wprowadza w związek destrukcję, a druga się do niej przystosowuje. Może ono przybierać formę sprzecznego wewnętrznie zaangażowania poprzez podtrzymywanie zwyczajów alkoholowych partnera (przemilczanie, rekompensata) [12].

Uzależnienie od alkoholu najczęściej jest rozumiane i rozpatrywane z męskiej perspektywy, jednak coraz częściej problemy związane z alkoholem dotyczą również kobiety, a także młodzież i dzieci, dotyczą całej rodziny [4, 5, 6].

Kobiety, ze względu na skomplikowane uwarunkowania fizjologiczne, uzależniają się szybciej niż mężczyźni. Natomiast ze względu na tradycyjne oczekiwania społeczne, kobiety bardziej wstydzą się swego problemu, przez co staranniej go ukrywają. Otoczenie też jest wobec alkoholiczek mniej wyrozumiałe [12].

Najbardziej narażone na skutki spożycia alkoholu są dzieci. Według badań prowadzonych w Australii, Nowej Zelandii, Szwecji i USA, przynajmniej 1 dziecko na 3000 rodzi się z płodowym syndromem alkoholowym, a wskaźnik zaburzeń związanych z konsumpcją alkoholu w okresie ciąży jest 10-krotnie wyższy. Spożycie alkoholu przez rodziców przyczynia się do zaburzeń w rozwoju dziecka.

Dzieci, które wychowują się w domach, gdzie spożywanie alkoholu jest codziennym, normalnym zjawiskiem w większości zmuszone są do przejęcia ról dorosłych, zajmowania się domem, do którego nie mogą bądź nie chcą nikogo zapraszać. Mają one swój własny sposób życia – starają się przetrwać mimo wszystko. Próbuje ratować siebie, ratować rodzinę, ratować alkoholika. Ogromnym kosztem, bo wyzwania, jakie stają przed młodym człowiekiem, którego rodzina boryka się z uzależnieniem są ponad jego siły. I bez wątplenia pozbawiają dzieciństwa, pozbawiają młodości, odcinają od zdrowego nurtu życia [2].

Jeżeli w rodzinie pojawia się przemoc lub dochodzi do jej rozpadu młodzi ludzie w większości sami sięgają po alkohol, do którego w domu mają stały dostęp. We własnych wyobrażeniach mogą właściwie być takim człowiekiem, jakim tylko chcą. Zmienia się ich nastrój, sposób myślenia, zachowania. Pozwala to im odbierać całą gamę uczuć: radość, odwagę, ulgę, zapomnienie. Okazuje się, że im wcześniej młodzież zaczyna sięgać po alkohol, tym większe jest ryzyko uzależnienia [2].

Większość z osób nadużywających alkohol nie chce przyznać się do alkoholizmu. Nikt nie lubi myśleć, że fizycznie i umysłowo różni się od innych. Nic dziwnego zatem, że alkoholikom towarzyszy uparta myśl, że jakoś kiedyś będą w stanie kontrolować picie alkoholu. Upór, z jakim pod-

trzymują w sobie tę myśl jest zadziwiający. Prowadzi on do szaleństwa albo do śmierci. Ludzie uzależnieni potrafią długo oszukiwać siebie i pozorować wobec innych, że wszystko jest w porządku. Otoczenie mimo, iż ma podstawy do niepokoju, często chętnie „kupi” te pozory, zwalnia to bowiem z podjęcia kroków prowadzących do konfrontacji, interwencji i pomocy.

### **Alkoholizm wymóg współczesności**

Mimo posiadanej wiedzy na temat uzależnień, świadomości, że zespół zależności od alkoholu jest chorobą jesteśmy ciągle przekonani, że alkoholicy to degeneraci, ludzie marginesu, biedni, bezrobotni, niewykształceni codziennie pijący. Niestety, coraz więcej osób nadużywających alkohol to ludzie z tzw. wyższych sfer. Sytuacjom uzależnienia dodatkowo sprzyjają społecznie uznawane sposoby wyrażania wdzięczności (prezenty w postaci alkoholu), świętowanie sukcesów zawodowych poprzez ich „opijanie”, spotkania integracyjne w firmach niemal zawsze połączone z konsumpcją alkoholu.

Osoby z wyższym wykształceniem, zajmujące prestiżowe stanowiska ukrywają się z picciem przed sobą samym i otoczeniem, kłamią, aby ukryć prawdę, zniekształcają rzeczywistość, aby ochronić picie, rozwijają swój intelektualny potencjał w kierunku usprawiedliwiania picia, szukają winnych, którzy są odpowiedzialni za to, że piją. Chcąc usprawiedliwić swoje nadmierne picie dorabiają do tego niepotrzebną „ideologię”. A wszystko dlatego, by nie odkryć prawdy o sobie, którą często trudno udźwignąć, bo wymaga ona konkretnych kroków, często niewyobrażalnych dla wielu: przyznania się do tego, że jest się alkoholikiem i podjęcia leczenia w celu odzyskania równowagi.

### **Leczenie farmakologiczne**

Każdej osobie nadużywającej alkohol trudno jest podjąć leczenie. Przymusowe kierowanie nadużywających alkohol do szpitali psychiatrycznych jest niedopuszczalną ingerencją w ich życie i powinno być stosowane wyłącznie w celu leczenia, nie zaś ze względu na rodzinę lub najbliższych czy też obawy związane z bezpieczeństwem.

Przez wiele lat, w leczeniu odwykowym w Polsce powszechną, a często jedyną „metodą”, było „leczenie uczulające” lub „leczenie awersyjne”, polegające na wymuszaniu abstynencji poprzez podawanie pacjentom disulfiramu w formie doustnej (Anticol, Antabus) lub w formie implantu (Esperal, Disulfiram) [5, 6].

Ostatnio poświęca się coraz więcej uwagi środkom, które osłabiają niepohamowany głód alkoholowy, takie jak: naltrekson oraz akamprozat. Środki te powinny być jednak stosowane tylko w określonych i indywidualnych przypadkach oraz powinny być traktowane wyłącznie jako czynnik wspomagający psychoterapię uzależnienia od alkoholu. Samo podawanie tych środków nie daje szans na wyzdrowienie [6, 15, 16].

### **Pomoc uzależnionym**

Każdy, kto cokolwiek wie o alkoholizmie, powinien umieć przezwyciężyć nieśmiałość bądź delikatność tak, by nie przechodzić obojętnie wobec nadmiernie pijących znajomych czy sąsiadów. Oczywiście musi to być osoba świadoma tego, że alkoholizm jest chorobą, z której można wyzdrowieć pod warunkiem bezwzględnego zaprzestania picia oraz, że zaprzestanie picia jest naprawdę możliwe na każdym etapie uzależnienia, a dowodem na to są tysiące trzeźwiejących kobiet i mężczyzn w Polsce oraz na całym świecie zrzeszonych w grupach Anonimowych Alkoholików (AA). AA są ogólnościatową wspólnotą alkoholików, którzy pomagają sobie wzajemnie zachować trzeźwość i którzy oferują dzielenie się swoim doświadczeniem powrotu do zdrowia z innymi, którzy mogą mieć problem z piciem. Podobną formę działania przedstawiają powiązane z tą grupą ruchy Al-Anon, DDA – Dorosłe Dzieci Alkoholików oraz Stowarzyszenia i Kluby Abstynenckie. Pomoc alkoholikom niesie także kościół katolicki: Bractwo Trzeźwości, Działalność indywidualna księży katolickich, Krucjata Wyzwolenia Człowieka, Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości Warszawskiej Prowincji, Braci Mniejszych Kapucynów w Zakroczymiu [4, 17].

Współczesna psychoterapia zespołu uzależnienia od alkoholu to nie tylko lek pomagający zatrzymać to błędne koło, ale też program uczący konstruktywnych umiejętności potrzebnych do satysfakcjonującego życia. Pacjenci, obok umiejętności życia bez alkoholu, uczą się, jak rozpoznawać wyrażać i konstruktywnie radzić sobie z uczuciami, ze stresem, poznają zasady skutecznej komunikacji, uczą się zachowań asertywnych, planowania i korzystania z czasu wolnego, oczywiście bez alkoholu [4, 5, 17].

### **Podsumowanie**

Uzależnienie od alkoholu bez wątplenia stanowi jedno z największych zagrożeń dla człowieka. Odbiera wolność, oddala od miłości i prawdy, prowadzi do śmierci. Wieloletnie badania i obserwacje zjawiska konsumpcji alkoholu przez nieletnich dowodzą, że mimo działań profilak-

tycznych i obowiązujących zakazów problem stale narasta. Statystyki ostatnich lat mówią, że na walkę z alkoholizmem przeznaczono 5 razy mniejszą sumę pieniędzy niż na reklamę wyborów piwowarskich [13].

Mimo powszechności groźnych obyczajów alkoholowych, ignorancji w dziedzinie zagrożeń i mechanizmów choroby alkoholowej, mimo istnienia silnego lobby proalkoholowego oraz nieskuteczności prawnych rozwiązań, problemy i zagrożenia alkoholowe zajmują niewiele miejsca w środkach społecznego przekazu. Rzadko jest o nich mowa, zwłaszcza w bieżących serwisach informacyjnych, które mają najszerokie grono odbiorców, najbardziej wpływają na stan świadomości społecznej. Co gorsza, często pojawiają się wypowiedzi nieodpowiedzialne lub banalizujące problem typu: „lepiej, że młodzież sięga po piwo niż miałyby sięgać po narkotyki”. Nadzieję budzą pojawiające się już w telewizji, radiu i prasie materiały prezentujące problemy alkoholowe w sposób rzeczowy i konkretny, a przede wszystkim nastawione na odbiór przez wszystkie grupy społeczne [14].

Doświadczenia różnych autorów wskazują, że promocja zdrowia przynosi nie tylko wzrost świadomości, ale również zmienia stosunek społeczeństwa wobec alkoholu. Działania lokalne budują koalicję osób zaniepokojonych skutkami konsumpcji alkoholu, zmniejszają liczbę przestępstw, polepszają jakość życia. Niezależnie od kontekstu kulturalnego, niezależnie od entuzjazmu, energii, dobrych intencji tych, którzy pracują i popierają działania prewencyjne nie odniesie ona skutku, jeśli nie stanie się częścią rutyny i regularnych instytucjonalnych działań środowiska. Podstawowe znaczenie ma zmiana polityki i zmiany strukturalne, które zapewnią instytucjonalizację działań promujących zdrowie i dobrostan społeczności lokalnej.

Do poważnej refleksji i bolesnej zadumy skłania fakt, że kilka milionów ludzi w Polsce regularnie nadużywa alkoholu, mimo że wiedzą, iż prowadzi to do śmiertelnej choroby oraz do dramatycznej degeneracji ich osobistego życia, a co za tym idzie do ogromnego cierpienia ich najbliższej rodziny.

Pamiętajmy, picie nie wymaga odwagi, wynika często ze strachu i jest efektem bezsilności wobec alkoholu. Podjęcie leczenia wymaga odwagi i determinacji, jednak jest szansą na zdrowe, satysfakcjonujące życie.

## Piśmiennictwo

1. Nasierowski T.: Historia uzależnień. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2007, 7, 3, 118–127.

2. Stec B.: Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Psychiatria*, 2005, 2, 1, 19–28.
3. Habrat B.: Osoby z problemami alkoholowymi – rozpoznanie i postępowanie. *Przewodnik Lekarza*, 2000, 3, 86–91.
4. Konopka A.: Psychoterapia zespołu zależności alkoholowej (specyfika uwarunkowania terapii kobiet). *Terapia*, 2008, 1, 204 50–53.
5. Samochowiec A., Samochowiec J.: Terapia zespołu zależności alkoholowej na podstawie typologii alkoholizmu Lescha. *Terapia*, 2008, 1, 204, 54–56.
6. Habrat B.: Strategie i leki stosowane w farmakologicznym zapobieganiu nawrotom picia i zmniejszania ilości wypijanego alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 1996, 1, 22, 147–159.
7. Samochowiec A., Mordasewicz A., Arentowicz G., Samochowiec J.: Wpływ badań genetycznych na poznanie patogenezы uzależnień. *Psychiatria*, 2005, 2, 1, 9–18.
8. Samochowiec J.: Czynniki genetyczne w uzależnieniu alkoholowym. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2007, 2, 2, 54–56.
9. Cloninger CR.: The genetic structure of personality and learning: A phylogenetic model. *Clinical Genetics*, 1994, 46, 124–137.
10. Merikangas K. R.: The genetic epidemiology of alcoholism. *Psychological Medicine*, 1990, 20, 11–22.
11. Ministerstwo Zdrowia; Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006–2010.
12. Tomaszewska M.: Kobieta w potrzasku – koalkoholizm: symptomy, objawy, charakterystyka. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2006, 2, 6, 89–92.
13. Jędrzejko M., Piórkowska K.: *Leksykon narkomanii*. WSH, Pułtusk 2004, 25–26.
14. Melibruda J.: *Ludzie z problemami alkoholowymi*. WSH, Warszawa 1996, 11, 25.
15. Habrat B.: Akamprozat w zapobieganiu nawrotom picia i zmniejszaniu ilości wypijanego alkoholu. *Przegląd badań klinicznych*. *Alkoholizm i Narkomania*, 1998, 2, 31, 147–159.
16. Ziólkowski M., Rybakowski J.: Znaczenie naltreksonu w leczeniu uzależnienia alkoholowego. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 1999, 3, 10–17.
17. *Dziewięćki: Nowoczesna profilaktyka uzależnień*. *Jedność*, Kielce 2000, 30–31.
18. Kaczmarek T., Marcinkowski J. T.: Śmierć społeczna. Część II. Śmierć społeczna ostateczną konsekwencją wykluczenia społecznego. W: (red.) E. Krajewska-Kułak, W. Nyklewicz, C. Łukaszuk: *W drodze do brzegu życia*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2008, tom 5, 125–133.

# Problemy jakości życia w pracy zespołu terapeutycznego

## Zaproszenie

Niespodziewane jest zaproszenie do wieczności.  
Istnienie ziemskie nagle zostaje przerwane.  
Już inny zegar odmierza czas przeszłości.  
Przyjście śmierci bywa nieoczekiwane.

Życie i poznanie są daleko poza Tobą.  
Nastał czas snu, odpoczynku, wytchnienia.  
Umarł strach przed śmiercią nicością,  
w Chrystusie dusza oczekuje zbawienia.

Iza Marciniak







Bożena Okurowska-Zawada<sup>1</sup>, Wojciech Kułak<sup>1</sup>,  
Dorota Sienkiewicz<sup>1</sup>, Grażyna Paszko-Patej<sup>1</sup>

## Zadania zespołu rehabilitacyjnego w opiece nad pacjentem z pęcherzem neurogennym w przebiegu przepukliny oponowo-rdzeniowej

### Wstęp

Pęcherz neurogenny obejmuje szereg problemów związanych z czynnością pęcherza moczowego u chorych z różnymi schorzeniami układu nerwowego. W praktyce dotyczy to głównie chorych z przepukliną oponowo-rdzeniową. Na charakter dysfunkcji ma wpływ unerwienie mięśnia wypieracza pęcherza oraz unerwienie zwieracza. Szczególnej uwagi wymaga ochrona górnych dróg moczowych przed uszkodzeniem (odpływy pęcherzowo-moczowodowe, wodonercze, kamica nerkowa, przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek) [1]. Zastosowanie badań urodynamicznych w tej grupie pacjentów pozwala wcześniej wykryć zaburzenia czynności pęcherza i cewki moczowej, prowadzące do uszkodzenia górnych dróg moczowych (**hiperrefleksja mięśnia wypieracza**, *dyssynergia wypieraczowo-zwieraczowa*, *wysokie ciśnienie śródpęcherzowe*) oraz precyzyjnie ustalić wskazania do leczenia. Niezależność chorego w aspekcie problemów nefrologicznych w dorosłym życiu będzie możliwa po specjalistycznym przygotowaniu w dzieciństwie [2, 3, 4].

Leczenie neurogennych zaburzeń mikcji powinno się przede wszystkim koncentrować na zapobieganiu uszkodzenia górnych dróg moczowych, a dopiero w dalszej kolejności na leczeniu nietrzymania moczu. U noworodków i niemowląt, po leczeniu operacyjnym wady układu nerwowego należy wykonać, w ciągu pierwszych trzech miesięcy życia, dokładną ocenę stanu górnych i dolnych dróg moczowych. Poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego i zakres wrodzonych zmian słabo koreluje

---

<sup>1</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

z objawami klinicznymi. Termin zabiegu neurochirurgicznego ma istotny wpływ na neurogenne rokowanie pęcherza wśród pacjentów z przepukliną oponowo-rdzeniową. Zamknięcie otwartej przepukliny oponowo-rdzeniowej w pierwszej dobie życia stanowi najlepszą szansę dla sprzyjającego rozwoju i funkcji narządu moczowego [5, 6, 7].

Celem leczenia zachowawczego neurogennych zaburzeń mikcji jest **obniżenie ciśnienia śródpecherzowego** i zwiększenie pojemności pęcherza w fazie gromadzenia moczu oraz ułatwienie opróżniania pęcherza moczowego. Znaczny postęp w leczeniu osiągnięto po wprowadzeniu **cewnikowania przerywanego**. Cewnikowanie pęcherza moczowego kilka razy dziennie likwiduje zaleganie moczu w pęcherzu i zapobiega niebezpiecznym wzrostom ciśnienia śródpecherzowego w wyniku jego przepełniania. Częstotliwość cewnikowania powinna być uzależniona od „bezpiecznej” pojemności cystometrycznej, określanej podczas cystometrii. Jest to taka objętość moczu, przy której ciśnienie śródpecherzowe nie przekracza wartości 15–20 cm H<sub>2</sub>O lub nie dochodzi jeszcze do mikcji spowodowanej odruchowym skurczem wypieracza. Drugim elementem leczenia zachowawczego jest stosowanie leków antycholinergicznymi, które zmniejszają aktywność skurczową wypieracza, dzięki czemu uzyskuje się zwiotczenie ściany pęcherza i zredukowanie hiperrefleksji wypieracza. Trzeba także pamiętać o możliwości nasilenia się zaburzeń u dzieci w okresie przedpokwitaniowym (przyspieszonego wzrostu), co tłumaczymy „zakotwiczeniem” rdzenia kręgowego – bliznowatym zrośnięciem ze ścianą kanału kręgowego. U starszych dzieci metody leczenia zachowawczego pęcherza neurogennego mogą się okazać niewystarczające, aby zapewnić niezależne trzymanie moczu. U tych pacjentów zwykle dochodzi do zwłóknienia wypieracza i leki antycholinergiczne nie dają tak dobrego efektu, jak w przypadku wczesnego wdrożenia leczenia. Wtedy należy rozważyć wskazania do leczenia operacyjnego [2, 6].

Konsekwencją zaburzeń gromadzenia przez pęcherz moczu, jego utrzymania i wydalania jest rozwój zakażeń układu moczowego wskutek niepełnego opróżniania pęcherza, tworzenie się odpływów pęcherzowo-moczowodowych oraz wodonercza. Wprowadzenie częstego przerywanego cewnikowania pęcherza moczowego, leków antycholinergicznymi oraz zabiegów korygujących dolne drogi moczowe przyczyniło się do poprawy rokowania i opóźnienia rozwoju schyłkowej niewydolności nerek u pacjentów z przepukliną oponowo-rdzeniową [8, 9].

W przypadku uszkodzenia górnego neuronu mamy do czynienia z jednoczesnym skurczem wypieracza i zwieraczy, tzn. dyssynergią wy-

pieraczo-zwieraczową, co jest przyczyną wysokiego ciśnienia w pęcherzu moczowym. Mogą także towarzyszyć refluksy pęcherzowo-moczowodowe prowadzące do uszkodzenia nerek [10, 11, 12]. Pacjenci z takim uszkodzeniem posiadają znaczną objętość zalegającego moczu i w związku z tym występują częste zakażenia układu moczowego [13].

Niezwykle ważna jest wiedza, że po zamknięciu przepukliny oponowo-rdzeniowej czynność mięśni dna miednicy małej może ulec zmianie, od porażenia do nadczynności (nadreaktywności) w pierwszych 2–3 miesiącach życia. Bezpośrednio po zamknięciu ubytku rdzenia kręgowego większość noworodków wskutek szoku rdzeniowego przechodzi fazę porażenia mięśnia wypieracza z rozwojem zalegania moczu po spontanicznej mikcji [4, 14]. Po interwencji neurochirurgicznej, tak szybko jak to możliwe, zwykle w 4.–6. tygodniu życia powinno być wykonane przede wszystkim badanie USG układu moczowego z oceną zalegania moczu po mikcji oraz badanie urodynamiczne. Wskazane jest również wykonanie cystografii mikcyjnej, a ujawnione w niej odpływy pęcherzowo-moczowodowe, a zwłaszcza donerkowe, wpływają na pogorszenie rokowania u noworodka z wadą dysraficzną [1, 13].

Najbardziej przydatnym podziałem zaburzeń czynności pęcherza moczowego jest **ocena urodynamiczna**, która pozwala określić rodzaj obserwowanych zmian oraz zaplanować odpowiednie leczenie dziecka, zgodnie ze stwierdzonymi zmianami. Ocenia ona czynność dolnych dróg moczowych. Wykonywane jest w przypadku zaburzeń związanych z fazą gromadzenia i fazą wydalania moczu [15, 16]. Pęcherz i cewka moczowa są dwiema częściami pracującej harmonijnie całości. Zarówno pęcherz, jak i cewka, wskutek uszkodzenia układu nerwowego, mogą wykazywać nadreaktywność lub brak czynności skurczowej. Pęcherz może być nadreaktywny, ze wzrostem czynności skurczowej, zmniejszeniem pojemności i podatności lub być nieczynny bez skutecznej czynności skurczowej. Cewka moczowa (zwieracz) może być nadreaktywna powodując czynnościową przeszkodę podpęcherzową (dyssynergia zwieracz-wypieracz) lub porażona. Różne rodzaje zaburzonej czynności pęcherza i cewki mogą współistnieć ze sobą w rozmaitych kombinacjach [5, 17].

Zalicza się do nich następujące zmiany: hiperrefleksja wypieracza (obecność skurczów spontanicznych w fazie gromadzenia moczu), dyssynergia wypieraczowo-zwieraczowa (brak prawidłowej koordynacji wypieraczowo-zwieraczowej podczas mikcji), wysokie ciśnienie śródpęcherzowe w trakcie wycieku moczu z pęcherza ( $> 40$  cm H<sub>2</sub>O), obniżona podatność ściany pęcherza moczowego [4].

W oparciu o urodynamiczną ocenę pęcherza i cewki wyróżniamy **4 rodzaje pęcherza neurogennego**: 1. Nadreaktywny wypieracz i nadreaktywny zwieracz, 2. Nadreaktywny wypieracz z prawidłowym lub porażonym zwieraczem, 3. Nieczynny wypieracz z nadreaktywnym zwieraczem, 4. Nieczynny wypieracz z porażonym, nieczynnym zwieraczem.

Dla bardzo małych dzieci połączenie nadreaktywnego wypieracza i nadreaktywnego zwieracza stanowi potencjalne zagrożenie dla czynności nerek z powodu wysokiego ciśnienia śródpecherzowego, podczas gdy nieczynny wypieracz i nieczynny, porażony zwieracz nie wpływając na powstanie wysokiego ciśnienia, ale utrzymując je na niskim poziomie jest bezpieczny dla nerek i górnych dróg moczowych. Szybkie wdrożenie przerywanego cewnikowania i środków antycholinergicznym oraz profilaktyki przeciwbakteryjnej daje znacznie lepsze wyniki, aniżeli postępowanie odroczone. Kontrolne badanie urodynamiczne powinno być wykonane po miesiącu od rozpoczęcia leczenia (cewnikowanie, leki antycholinergiczne). Po uzyskaniu normalizacji ciśnienia śródpecherzowego kolejne badanie urodynamiczne jest powtarzane co 6 miesięcy przez pierwsze 2 lata życia dziecka, z równoczesną oceną ultrasonograficzną górnych dróg moczowych. W tym okresie wskazana jest również dokładniejsza ocena czynności nerek przez wykonanie badania scyntygraficznego [17].

Odptyw pecherzowo-moczowodowy u dziecka z dysfunkcją neurogenną pęcherza pozostaje wtórny w stosunku do wysokiego ciśnienia śródpecherzowego. Z tego względu leczenie odptywu powinno być ukierunkowane na wyrównanie czynności pęcherza z obniżeniem ciśnienia śródpecherzowego [18]. Brak uzyskania obniżenia ciśnienia śródpecherzowego i zwiększenia pojemności pęcherza z towarzyszącym pogłębianiem się niekorzystnych zmian w górnych drogach moczowych oraz nawracającymi zakażeniami układu moczowego jest wskazaniem do zastosowania różnych metod leczenia chirurgicznego [19].

W ocenie czynności pęcherza neurogennego istotną rolę odgrywa również dokładna obserwacja dziecka. W trakcie spotkań terapeutycznych fizjoterapeuta powinien uczyć opiekunów pacjenta odnośnie następujących objawów: jak długo dziecko jest „suche”, czy dziecko samodzielnie oddaje mocz silnym lub słabym, przerywanym strumieniem, bądź tylko kroplami, czy wyciek moczu występuje w trakcie kaszlu, wysiłku lub podczas rehabilitacji dziecka, jeżeli prowadzone jest cewnikowanie przerywane należy okresowo mierzyć ilości moczu cewnikowanego

oraz obserwować, jak długo jest sucha pielucha po cewnikowaniu, jeżeli dziecko oddaje mocz samodzielnie (np. za pomocą tłoczni brzusznej) – okresowo pomiar ilości moczu oddawanego na porcję.

Trudności lub niemożność nauczenia się samocewnikowania przez cewkę przez dziewczynki poruszające się na wózku, konieczność transferu (przemieszczania się) z wózka każdorazowo w celu wykonania cewnikowania pęcherza jest najważniejszym wskazaniem do wytworzenia szczelnej przetoki moczowej do opróżniania pęcherza, pozwalającej na ominięcie cewki. Czasami, u chłopców mających trudności z cewnikowaniem przez cewkę po wytworzeniu fałszywej drogi również staje się konieczne wytworzenie podobnej przetoki [19, 20].

Zachowanie prywatności dorastających dzieci z wadą dystroficzną rdzenia jest coraz bardziej podkreślanym przez rodziców wskazaniem do wytworzenia szczelnej przetoki do cewnikowania pęcherza. Nie bez znaczenia też jest ułatwienie opieki nad niepełnosprawnym i często otyłym dzieckiem starzejących się rodzicom [20].

Do **leczenia zachowawczego** zaburzeń oddawania moczu zalicza się także: elektrostymulację i elektromodulację, trening pęcherza, psychoterapię, stosowanie środków pomocniczych [21].

Spośród wielu czynników fizycznych najczęściej aplikowanych w zabiegach terapeutycznych należy na pierwszym miejscu wymienić **prąd elektryczny**. Do elektrostymulacji używany jest prąd zmienny w postaci szeregu impulsów o różnym kształcie, czasie trwania i przerw między nimi. Efekt elektrostymulacji upatrywano początkowo w bezpośrednim pobudzeniu mięśni prążkowanych miednicy, które podczas skurczu wspomagają działanie czynnościowego zwieracza cewki moczowej. Długotrwała elektrostymulacja powoduje przyrost masy mięśniowej, a co za tym idzie, zwiększenie napięcia spoczynkowego oraz siły skurczu. Wpływa również na przebudowę mięśni prążkowanych, z przyrostem masy włókien wolnokurczliwych typu I, co stwarza możliwość wykonania dłuższego skurczu i odporności na zmęczenie. Czas trwania pojedynczego impulsu na ogół nie przekracza kilku milisekund. Pobudzenie (ciąg impulsów) odpowiadające bezpośrednio skurczowi tężcowemu mięśni, przerwy, a także czas zabiegu można dowolnie regulować w zależności od potrzeb. Skurcz pojedynczy i pojedyncza przerwa trwają zwykle od 1 do 5 sekund. Czas zabiegu nie powinien być krótszy niż 10 minut. Konieczne jest wykonanie serii zabiegów (minimum 10), bowiem systematyczność i ciągłość terapii jest jednym z warunków jej powodzenia. Do treningu elektrycznego mięśni szkieletowych najczęściej lokalizuje się

punkty motoryczne lub przejście mięśnia w ścięgno – stanowiące miejsce przyłożenia elektrod [22].

Wczesne rozpoczęcie terapii pod kierunkiem fizjoterapeuty i treningu prowadzonego przez rodziców daje nawet u 75–90% kontrolę zwieraczy, pozwala dziecku na normalne funkcjonowanie tzw. **social continence** w okresie dalszego życia [19].

**Neurorozwojową terapię opracowaną przez Wojtę** należy stosować od pierwszych dni życia „dziecka ryzyka”. Ćwiczenia metodą Wojty polegają głównie na wyzwalaniu tzw. motorycznych kompleksów koordynacyjnych, tzn. ściśle określonych odpowiedzi ruchowych oraz napięć izometrycznych, uzyskiwanych jako reakcja na drażnienie tzw. „stref wyzwalania”. Całość metody oparta jest na technikach określonych przez Wojtę jako odruchowe pełzanie i obrót. Wykorzystał w niej filogenetycznie i ontogenetycznie stare formy lokomocji. Stymulacja priopriceptywna stref wyzwalania znajdujących się na ciele dziecka ułożonego w odpowiedniej pozycji wyjściowej (aktywującej) powoduje obwodową odpowiedź odruchową. Pojawia się ona w różnych częściach ciała jednocześnie, w postaci jednoczasowych kompleksów odruchowych. Poszczególne składowe tej odpowiedzi są identyczne z wzorcami prawidłowej motoryki zdrowego dziecka. Wielokrotne ich wywoływanie podczas ćwiczeń powoduje powstanie nowych połączeń w sieci neuronów kory mózgowej [23, 24]. Terapia ta ma nie tylko wpływ na skurcz mięśni, ale działa korzystnie na układ krążenia krwi, przewód pokarmowy i narządy zmysłów. Wzmacnia także tło brzuszne, aktywizuje przeponę, co ma wpływ na opróżnianie pęcherza moczowego oraz na wydalanie kału z odbytnicy. Współdziała też w tworzeniu automatyzmu pęcherza moczowego i na wzrost jego pojemności, poprawia działanie zwieraczy [25].

Metodę Wojty można stosować od pierwszych dni życia dziecka. Można także stosować ją później, gdyż sięga ona do genetycznie uwarunkowanego programu rozwoju człowieka i jego wzorców ruchu.

Powodzenie leczenia zależy przede wszystkim od odpowiedniej indywidualizacji stosowanych technik. Nie ma metody odpowiedniej potrzebom wszystkich dzieci, a każda z faz stymulacji musi być odpowiednio dobrana do potrzeb pacjenta. Bardzo istotna jest **edukacja rodziców**. Podstawą powodzenia jest zachowanie systematyczności terapii [26, 27, 28, 29].

Do zadań zespołu rehabilitacyjnego należy także dobór odpowiedniego **sprzętu urologicznego**. Istotne jest udzielanie pacjentowi fachowej pomocy i porady oraz dobór i dopasowanie najbardziej właściwego cew-

nika. Obecnie kompleksowa opieka urologiczna to zarówno **nowoczesny sprzęt, edukacja i wsparcie**, ale również szeroko rozumiana pomoc i opieka. Nauka zakładania i używania sprzętu powinna odbywać się pod okiem wykwalifikowanego personelu medycznego. W rozwiązywaniu problemów urologicznych niezwykle istotny jest również poziom wiedzy i świadomości rodziny. Zespół rehabilitacyjny powinien czynić wszelkie starania, aby opiekun /i lub pacjent był jak najlepiej przeszkolony i poinformowany o produktach urologicznych, nowościach i rozwiązaniach. Przykładem takim są wkładki **anatomiczne i kieszonki urologiczne, wewnątrz których** znajduje się sproszkowana substancja o wyjątkowych zdolnościach absorpcyjnych, która pod wpływem moczu przekształca się w żel pochłaniający zapach. Są niewidoczne pod ubraniem. Cienka folia na spodniej stronie wkładek stanowi barierę dodatkowo zabezpieczającą przed wyciekami moczu. Pokryte są materiałem świetnie pochłaniającym wilgoć, miękkim i łagodnym dla skóry. Pasek przylepca przeciwdziała przemieszczaniu w trakcie użytkowania. Ma to szczególne znaczenie wśród dorastającej młodzieży i dorosłych. Lekarz-specjalista rehabilitacji, a także lekarze rodzinni powinni informować pacjentów o sprzęcie urologicznym wydawanym w ramach refundacji na podstawie wypisanego przez lekarza ważnego Zlecenia na Zaopatrzenie w Środki Pomocnicze i Karty Zaopatrzenia Comiesięcznego. Cewniki zewnętrzne i worki do zbiórki moczu refundowane są w 70% w ramach określonych limitów ilościowych i kwotowych według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. (Dz. U. nr 276/2004, poz. 2739 i 275/2004, poz. 2730) [30, 31].

## Podsumowanie

Najważniejszym celem leczenia pęcherza neurogennego jest zapewnienie prawidłowego rozwoju i utrzymanie nieuszkodzonej czynności nerek od okresu noworodkowego poprzez cały długoletni okres kontroli pacjenta z wadą dysraficzną rdzenia. Kontrole stanu górnych dróg moczowych oraz ocena czynności pęcherza z pomiarem ciśnienia śródpęcherzowego i pojemności powinny być prowadzone regularnie. W przypadku utrzymywania się wysokiego ciśnienia śródpęcherzowego i objawów pogarszania się stanu górnych dróg moczowych zalecana jest elastyczna i szybka zmiana sposobu postępowania z zachowawczego na bardziej agresywne, chirurgiczne. Ważnym elementem jest uzyskanie przez pacjenta trzymania moczu, zwłaszcza w wieku szkolnym. U starszych pa-

cjentów, u których postępowanie urologiczne zapewniło ochronę nerek przed uszkodzeniem oraz trzymanie moczu i stolca, na plan pierwszy wysuwa się umożliwienie pacjentowi uzyskania samodzielności i niezależności przez wytworzenie szczelnych stomii moczowych i kałowych dla uzyskania kontroli nad pęcherzem i jelitem.

Rehabilitacja ruchowa stosowana powinna być w celu przywrócenia funkcji układu ruchu oraz usprawnienia układów krążenia i oddechowego, a także dolnych dróg moczowych, aby przywrócić choremu samodzielność ekonomiczną, zawodową i społeczną.

### Piśmiennictwo

1. Skobejko-Włodarska L.: Neurogenna dysfunkcja pęcherzowo-cewkowa. *Pol. Merk. Lek.*, 2008, XXIV, Suppl. 4, 124.
2. Lenkiewicz T. S., Dębek W.: Wady rozszczepowe układu nerwowego. [w:] *Chirurgia Dziecięca*, Red. Czernik J., PZWL, Warszawa, 2005, 300–314.
3. Woodhouse C. R. Myelomeningocele: neglected aspects. *Pediatr. Nephrol.*, 2008, 23, 1223–1231.
4. Jankowski A.: Pęcherz neurogeny. [w:] *Chirurgia Dziecięca*, Red. Czernik J., PZWL, Warszawa 2005, 790–805.
5. Grabowska A., Czupryniak-Sławińska M., Andrzejewska E.: Badania urodynamiczne – istotny element diagnostyczny w ocenie czynności dolnych dróg moczowych w wybranych schorzeniach układu moczowego u dzieci. *Przegl. Pediatr.* 2002, 32, (4), 280–284.
6. Tarcan T., Onol F. F., Ilker Y., Alpay H., Simşek F., Ozek M.: The timing of primary neurosurgical repair significantly affects neurogenic bladder prognosis in children with myelomeningocele. *J Urol*, 2006, 176, 161–1165.
7. Wagner A.: Najczęściej spotykane choroby chirurgiczne. [w:] *Chirurgia dziecięca*, Red. Wagner A., PZWL, Warszawa 2003.
8. Matuszczak E., Lenkiewicz T., Dębek W.: Zaburzenia układu nerwowego, kostno-stawowego, moczowego i pokarmowego towarzyszące przepuklinom oponowo-rdzeniowym. *Pediatr Pol.*, 2007, 10, 802–810.
9. Drożyńska-Duklas M., Załuska-Leśniewska I., Bałasz-Chmielewska I., Czarniak P., Żurowska A.: Przeszczepienie nerki do pęcherza neurogennego u pacjenta z przepukliną oponowo-rdzeniową. *Pol. Merk. Lek.*, 2008, XXIV, Suppl. 4, 117.
10. Proesmans W.: The neurogenic bladder: introducing four contributions. *Pediatr Nephrol.*, 2008, 23, 537–540.
11. Ślusarczyk M.: Wskazania do badań urodynamicznych u dzieci. *Wiad. Urodyn.* 2001, (5), 9–12.



12. Urbanowicz W.: Urologiczne aspekty nieprawidłowości rozwojowych cewy nerwowej u dzieci. *Przegl. Lek.*, 1998, 55, 211–217.
13. Bauer S. B.: Special considerations of the overactive bladder in children. *Urology*, 2002, 60, Suppl 1, 43–48.
14. Tappit-Emas E.: Rozszczep kręgosłupa. [w:] *Fizjoterapia pediatryczna*, Red. Tecklin J. S., PZWL, Warszawa 1996, 155–205.
15. Guys J. M., Camerlo A., Hery G.: Neurogenic bladder in children: basic principles in diagnosis and treatment. *Annales d'urologie*, 2006, 40, 15–27.
16. Paruszkiewicz G., Gidian D.: Nietrzymanie moczu u dzieci i dorosłych. *Borgis*, Warszawa 2003, 55–67.
17. Skobejko-Włodarska L., Felberg K., Gastoł P., Baka-Ostrowska M.: Urodynamiczna ocena zmian czynności pęcherza we wczesnym okresie po leczeniu wady dysraficznej rdzenia. *Standardy Medyczne – Pediaatria*, 2006, 8, 38–42.
18. Agarwal S. K.: Urodynamic correlates of resolution of reflux in MMC patients. *J. Urol.*, 1997, 158, 580–584.
19. Stein R., Schröder A., Beetz R., Ermert A., Filipas D., Fisch M., Goepel M., Körner I., Schönberger B., Sparwasser C., Stöhrer M., Thüroff J. W. Urological problems in patients with meningomyelocele. *Diagnostical studies and management. Urologe A.*, 2007, 46, 1620–1642.
20. Lindehall B., Abrahamsson K., Hjalmas K.: Complications of clean intermittent catheterization in boys and young males with neurogenic bladder dysfunction. *J. Urol.*, 2004, 172, 1686–1688.
21. Paruszkiewicz G.: Diagnostyka i leczenie zaburzeń oddawania moczu u dzieci. Część III. Leczenie zaburzeń oddawania moczu u dzieci. *Medycyna Rodzinna*, 2001, 2, 92–101.
22. Słupska L., Ptaszkowski K., Halski T.: Kinezyterapia w nietrzymaniu moczu – cz. II. Rehabilitacja w praktyce, 2009, 3, 20–22.
23. Banaszek G.: Rehabilitacja według Vojtę czyli metoda odruchowej lokomocji. [w:] *Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojtę*. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2004, 102–131, 139–145.
24. Kiebzak W., Szmigiel Cz., Banaszek G.: Neurokinezyjologiczna metoda według Vojtę. [w:] *Rehabilitacja Medyczna*, Red. Kwolek A. Urban & Partner, Wrocław 2003, 399–401.
25. Fuchs M., Lach J. B.: Zastosowanie metody Vojtę w dysfunkcjach zwieraczy u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. *Fizjoterapia*, 2003, 11, 60–64.
26. Fuchs M.: Ocena wpływu metody Vojtę na czynność dolnych dróg moczowych u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową – doniesienie wstępne. *Zeszyty Metodyczno-Naukowe*, 2006, 21, 61–68.
27. Sadowska L.: Neurokinezyjologiczna koncepcja diagnostyki i terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju motorycznego opracowana przez Vaclawa Vojtę. *Ortop. Traumatol. Rehab.*, 2001, 3, 519–526.

28. Milanowska K.: Kierunki i zasady kompleksowej rehabilitacji dzieci ze zmianami patologicznymi rdzenia kręgowego i obwodowego układu nerwowego. *Post.Rehab.*, 2000, 3, 7–11.
29. Zembaty A.: Neurofizjologiczne podstawy usprawniania metodą Vojty. *Postępy Rehabilitacji*, 1993, 7, 21–28.
30. <http://www.coloplast.pl>
31. Abrahamsson K., Olsson I., Sillén U.: Urodynamic findings in children with myelo–meningocele after untethering of the spinal cord. *J Urol.*, 2007, 177, 331–334.

Grażyna Paszko-Patej<sup>1</sup>, Wojciech Kułak<sup>1</sup>

## Współczesne metody stosowane w leczeniu skolioz idiopatycznych u dzieci i młodzieży

### Wstęp

Skoliozy opisywane były już przez Hipokratesa, który zastosował wyciągi w leczeniu skrzywień kręgosłupa. Galen (II w. n.e.), w swoim dziele *Ars parva* systematyzuje wady postawy i wprowadza przetrwałe do dziś terminy nazw krzywizn kręgosłupa. Pierwszy kliniczny opis bocznego skrzywienia kręgosłupa został podany przez Ambrożego Pere, który był cyrulikiem wojsk francuskich. W XIX wieku powstało wiele ośrodków leczenia skolioz ćwiczeniami ruchowymi. H. Ling ze Szwecji (1776–1839) opracował system ćwiczeń z wykorzystaniem przyrządów gimnastycznych, mających korygować wady postawy i zniekształcenia kręgosłupa. Ćwiczenia te opierały się na wzmacnianiu siły mięśniowej i nie przyniosły spodziewanych efektów. W 1886 r. Lorentz stwierdził, że w terapii skolioz najważniejsze nie jest uzyskanie maksymalnej siły mięśniowej, a odzyskanie fizjologicznego przebiegu osi kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej i gimnastyce szwedzkiej przypisywał znaczenie profilaktyczne. Pomimo jednak stałego postępu nauk medycznych i nagromadzenia ogromnej liczby badań i spostrzeżeń, problem powstawania i leczenia skolioz idiopatycznych nadal pozostaje nierozstrzygnięty [1].

Idiopatyczne skrzywienie boczne kręgosłupa do dnia dzisiejszego stanowią ogromny problem społeczny i medyczny, gdyż dotyczy dzieci i młodzieży w wieku rozwojowym, a przyczyna jego powstawania nadal nie jest znana [1, 2]. Istnieje wiele teorii na temat przyczyn powstawania i rozwoju skoliozy idiopatycznej u dzieci i młodzieży [2, 3, 4].

---

<sup>1</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Czynniki genetyczne** odgrywają istotną rolę w rozwoju skrzywień kręgosłupa [4]. Badania przeprowadzone na 21 parach bliźniąt dowodzą, że skolioza idiopatyczna jest chorobą genetyczną. 12 z 13 par bliźniąt jednojajowych miało skoliozę i 5 par z 8 par bliźniąt dwujajowych [5]. Naukowcy z Uniwersytetu w Bolonii wykazali w 2006 r. związek między skoliozą idiopatyczną a genem MATN1 [6]. W 2007 roku badacze z Uniwersytetu w Waszyngtonie ogłosili, że odkryli inny gen powiązany ze skoliozą (CHD7). Badania te zostały przeprowadzone na 52 pacjentach z idiopatyczną skoliozą [7]. W najnowszym doniesieniu z 2008 roku naukowcy z Harvard Medical School wykazali obecność genu 2(CHD2) odpowiedzialnego za skoliozę [8].

**Przykurcz odwiedzeniowy prawego biodra.** Według Karskiego skolioza nie jest uwarunkowana genetycznie. Uważa on, że skoliozy o kształcie litery „S” powstają z powodu przykurczu odwiedzeniowego prawego biodra (lub zmniejszenia przywiedzenia), przykurczu prawego biodra w rotacji zewnętrznej i przykurczu zgięciowego [10, 11]. Ograniczenie ruchów prawego biodra przyczynia się do asymetrii obciążeń strony prawej i lewej w czasie chodzenia. Asymetria obciążeń powoduje asymetrię rośnięcia i rozwoju w obrębie miednicy i kręgosłupa, co z kolei może być przyczyną skoliozy.

**Układ nerwowy.** Uczestnictwo układu nerwowego w patogenezie skolioz wydaje się być bezsporne. Na drodze impulsacji z mózgu lub mózdzku drogami dochodzi do odcinkowego tonicznego skurczu mięśni w objętych działaniem odruchu segmentach. Następstwem długotrwałego izotonicznego skurczu mięśni krótkich jest rotacja kręgów i narastający powoli przykurcz mięśni rotatorów oraz częściowo zewnętrznych i wewnętrznych mięśni żebrowych. Pociąga to za sobą przykurcz i zwyrodnienie więzadłowych połączeń kręgosłupa, na co nakłada się czynnościowe skrócenie mięśni długich po stronie wklęsłej krzywizny [12]. Skoliozy pochodzenia nerwowo-mięśniowego charakteryzują się największym ryzykiem progresji [13].

**Melatonina** – pochodna tryptofanu, hormon syntetyzowany w pinealocytach szyszynki odpowiada za regulację dobowego cyklu snu i czuwania oraz „zegara biologicznego” (rytm pór roku). Wzmacnia układ immunologiczny człowieka poprzez stymulację grasicy rezerwuaru limfocytów T. Melatonina zwiększa zdolność organizmu do wyszukiwania i niszczenia komórek nowotworowych oraz przyspiesza eliminację wolnych rodników z organizmu. Badania przeprowadzone na kurczakach wykazały, że często skoliozę powoduje u nich wycięcie szy-

szynki, co sugeruje rolę melatoniny w rozwoju tej choroby. Przeprowadzono szereg badań sprawdzających, czy osoby chore na skoliozę również mają obniżony poziom melatoniny, ale dotychczas nie udało się tego jednoznacznie potwierdzić ani zaprzeczyć. Niektóre badania wykazały, że pacjenci ze skoliozą mają niższy poziom melatoniny w porównaniu do grupy kontrolnej [14, 15], natomiast inne badania temu zaprzeczają [16, 17].

**Kalmodulina** jest peptydem, białko modulatorowe, powszechnie występujące w organizmach eukariotycznych, które działa w obecności jonów wapnia ( $\text{Ca}^{2+}$ ). Kalmodulina przyłącza cztery jony wapnia powodując zarazem zmianę swojej konformacji, w wyniku czego powstaje kompleks, który aktywuje i stymuluje działanie wielu enzymów (np. kinazy II, która fosforyluje wiele różnych białek), pomp błonowo-jonowych i innych białek. Badania ostatnich lat sugerują, że odgrywa ona rolę w rozwoju idiopatycznych skolioz [17, 18]. Do oznaczeń poziomu kalmoduliny użyto biopsji mięśni odcinka Th12-L1 pobranego w czasie zabiegu operacyjnego idiopatycznej skoliozy u 20 pacjentów. Wyniki pomiarów kalmoduliny porównywano z grupą pacjentów bez skoliozy w trakcie zabiegów operacyjnych na kręgosłupie. Wykazano istotnie wyższe poziomy kalmoduliny u pacjentów ze skoliozą.

Zniekształcenia kręgosłupa należą do groźnych, trudnych i częstych schorzeń układu kostno-mięśniowo-więzadłowego. Dotyczą głównie dzieci i młodzieży, u których rozwój szkieletu nie został jeszcze zakończony [1]. Częstość występowania skoliozy idiopatycznej w populacji ludzkiej została określona na około 6%. Stwierdzono równocześnie wysokie ryzyko występowania rodzinnego, nawet do 20%. Cechą charakterystyczną choroby jest również przewaga płci żeńskiej. Skolioza postępująca i wymagająca leczenia występuje siedem razy częściej u dziewcząt niż u chłopców [1, 2].

Boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza) wykazuje odchylenie od osi pionowej w trzech płaszczyznach: czołowej – powodującej wygięcie kręgosłupa w lewą lub prawą stronę, strzałkowej – w wyniku czego dochodzi do pogłębienia lub spłylenia fizjologicznych krzywizn kręgosłupa i poprzecznej prowadzące do rotacji oraz torsji kręgów [2]. Obecnie skoliozę traktuje się jako chorobę ogólnoustrojową, ponieważ zniekształceniu temu towarzyszą wtórne zmiany w układzie ruchu, krążeniowo-oddechowym oraz w czynności narządów wewnętrznych, ograniczające ogólną sprawność chorego [19, 20, 21].

## Współczesne metody leczenia skolioz idiopatycznych

Medycyna współczesna proponuje dwa nurty oddziaływań leczniczych na skrzywienia boczne kręgosłupa: postępowanie zachowawcze obejmujące różne programy fizjoterapeutyczne dostosowane do wielkości skoliozy i leczenie ortotyczne (gorsety sztywne i dynamiczne) oraz postępowanie operacyjne [19, 20, 21]. Współczesne metody fizjoterapeutyczne stosowane w leczeniu skolioz opierają się na indywidualnym dostosowaniu terapii do rodzaju skrzywienia, utrwaleniu korekcji i zatrzymaniu postępu zniekształcenia kręgosłupa. Oddziaływanie na pacjenta musi jednocześnie obejmować sferę neurofizjologiczną, kostno-stawową, mięśniowo-więzadłową, środowiskową i emocjonalną.

Ogólne zasady postępowania korekcyjnego uwzględniają:

- patogenezę i progresywność skrzywienia;
- indywidualne podejście do pacjenta;
- uświadomienie pacjentowi i jego rodzinie istnienia wady i związanych z nią zagrożeń [2, 20].

Najczęściej współcześnie stosowanymi metodami leczenia skolioz są metody aktywnie redresujące (m.in. PNF – proprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie ruchu, terapia manualna), treningi zastępczego sprzężenia zwrotnego (biofeedback) na platformach równoważnych, stosowanie ortozy dynamicznej w celu kompensacji patologii układu mięśniowo-więzadłowego [20, 21, 22].

### Metoda PNF, czyli proprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie ruchu

Metoda ta powstała w 1946 r. w Kalifornii dzięki współpracy neurologa Hermana Kabata i fizjoterapeutki Maggie Knott [21]. Początkowo metoda ta była stosowana głównie u chorych z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (m.in. polio, udary), obecnie stanowi kompleksową metodę usprawniania, która z powodzeniem jest wykorzystywana w schorzeniach narządu ruchu.

Istotą metody PNF jest maksymalne pobudzenie ekstero- i proprioceptorów znajdujących się w mięśniach, ścięgnach, więzadłach i torebkach stawowych oraz różnych sfer kory mózgowej w celu ułatwienia (torowania) ruchu w obszarze uszkodzonym [19, 21]. W szerokim zakresie w terapii wykorzystywany jest synergizm mięśniowy w celu maksymalnego pobudzenia słabszych grup mięśniowych. Stosowane ruchy są

zgodne z naturalną pracą mięśni, zachodzą jednocześnie w kilku płaszczyznach, co pozwala aktywizować przykurczone grupy mięśni.

Techniki stosowane w koncepcji PNF:

1. Techniki agonistyczne (praca tylko z grupą agonistów);
2. Techniki antagonistyczne (praca z agonistą i antagonistą);
3. Techniki rozluźniające.

Techniki koncepcji PNF są oparte na podstawach wiedzy neurofizjologicznej i biomechanicznej. W połączeniu z wzorcami ruchowymi wyznaczają linię postępowania w terapii funkcjonalnej indywidualnie dla każdego pacjenta. Niezależnie od połączenia z określonymi wzorcami ruchowymi poszczególne techniki mogą być łączone ze sobą. Wzorce ruchowe w koncepcji PNF są oparte na normalnym ruchu. Katalog wzorców ruchowych wszystkich kończyn powstał w wyniku szczegółowych obserwacji ruchu ludzi zdrowych. Leczenie czynnościowe opiera się na kombinacji wzorców ruchowych z technikami w różnych pozycjach wyjściowych [20, 21].

Z definicji skoliozy wynika, że z powodu wielopłaszczyznowego skrzywienia kręgosłupa dochodzi do zniekształceń poszczególnych części narządu ruchu. Poprzez wykorzystanie odpowiednich wzorców ruchowych łopatki, miednicy, kończyn oraz tułowia i głowy możliwa jest poprawa przestrzennego korygowania ustawienia poszczególnych części ciała.

Korzyści płynące z pracy w koncepcji PNF to:

- metoda przyjazna dla pacjenta – oparta na bezbolesnej pracy,
- wysoki poziom bezpieczeństwa terapii wynikający z integracji zabiegu z diagnostyką,
- wysoki poziom edukacji pacjenta, oparty na współuczestnictwie w planowaniu terapii oraz kontynuacji ćwiczeń w formie programu domowego,
- duża skuteczność prowadzonej terapii, wynikająca z dokładnej analizy problemu i ukierunkowanych oddziaływań [24, 25].

Podejmowane leczenie powinno zatem obejmować wszechstronną stymulację układu nerwowego (zmianę nawyków ruchowych, poprawę czucia własnego ciała), mięśniowego i kostnego. Efektem tej terapii jest korekcja skoliozy, prawidłowe odruchy postawy i reakcje równoważne oraz bardziej ekonomiczny chód. Bezwzględnym warunkiem sukcesu podjętych działań jest zaangażowanie się dziecka i jego rodziny w terapię i codzienne wykonywanie zaleconych ćwiczeń.

## **Trening zastępczego sprzężenia zwrotnego (biofeedback) na platformie balansowej**

Odpowiednia orientacja przestrzenna, czyli zachowanie prawidłowej postawy i równowagi ciała zależy od interpretacji informacji pochodzącej z receptorów czucia głębokiego (proprioceptorów), z receptorów równowagi i wzrokowych, a także prawidłowego napięcia mięśni prostowników ciała ludzkiego (mięśni antygravitacyjnych), za co odpowiedzialny jest odruch rozciągania (miostatyczny) [20, 21]. Dla utrzymania prawidłowej postawy ciała niezbędne jest dobre funkcjonowanie systemu sterowania ściśle związanego z układem nerwowym, polegające na dostosowaniu się poszczególnych części ciała do aktualnych potrzeb. Polega to na przyjmowaniu prawidłowej postawy zgodnie z wypracowanymi w trakcie rozwoju osobniczego człowieka wzorcami ruchowymi oraz utrzymaniu jej. Równowaga jest automatyczną i bezwysiłkową pracą, wymagającą integracji reakcji ruchowych i czuciowych.

Platforma balansowa umożliwia sprawdzenie równomierności rozkładu obciążeń pacjenta w pozycji stojącej, poprzez pomiar siły nacisku stóp na platformie [22]. W sytuacji stwierdzenia zaburzeń równowagi, możliwe jest prowadzenie terapii dostosowanej do odpowiedniej jednostki chorobowej. Usprawnianie polega na wykonywaniu ćwiczeń przenoszenia ciężaru ciała z jednej nogi na drugą w płaszczyźnie czołowej, zgodnie z kursorem na ekranie monitora. Stopień trudności treningu dostosowuje się do możliwości pacjenta.

Możliwości diagnostyczne i terapeutyczne platformy balansowej wykorzystano w grupie dzieci z idiopatycznym skrzywieniem bocznym kręgosłupa oraz w grupie osób dorosłych z niedowładem połowicznym o różnej etiologii [22, 23]. W wyniku terapii przeprowadzonej na platformie wśród pacjentów uzyskano w dużej mierze wyrównanie obciążeń siły nacisku stóp na platformie, co doprowadziło do poprawy równowagi ciała. W grupie dzieci ze skoliozą idiopatyczną wpłynęło to na zmniejszenie dekompensacji tułowia, co poprawiło rokowanie na przyszłość w przebiegu skoliozy.

### **Ortezy dynamiczne**

Zasada oddziaływania ortozy dynamicznej jest podobna do zasady gorsetów sztywnych – poprzez presję wywoływaną przez tkanki miękkie obejmowane na ciele pacjenta taśmami elastycznymi zmienia się wektory



sił działające na struktury kręgosłupa, poprzez działanie kontrlateralizujące, zmniejszające wielkość wychylenia łuku skrzywienia od linii fizjologicznej i derotujące, czyli zmieniające ustawienie przestrzenne kręgow w stosunku do osi ciała [25].

Zasada oddziaływania gorsetów dynamicznych opiera się na założeniu dynamicznej kompensacji patologicznego działania układu mięśniowo-szkieletowego poprzez stosowanie taśm elastycznych z regulowanymi punktami przyczepu. Taśmy elastyczne – ich napięcie i przebieg zależny od warunków klinicznych – różnych – dla każdego przypadku skoliozy są tu elementami terapeutycznymi. Ortezy dynamiczne w stopniu znacznym eliminują niedogodności związane ze stosowaniem gorsetów o konstrukcji sztywnej. Nie są widoczne pod ubraniem, co powoduje brak stygmatyzacji dziecka w jego środowisku, a jednocześnie przyczynia się do zwiększenia chęci użytkowania gorsetu. Orteza „rośnie” razem z dzieckiem poprzez możliwość dostosowywania długości pasów i wielkości pozostałych elementów do wzrostu i potrzeb klinicznych co powoduje, że jest chętniej użytkowana. Jest elastyczna, nie zaburza rozwoju psychoruchowego, umożliwia prawie nieskrępowaną motorykę ciała. Do podstawowych jej zalet należy możliwość indywidualizacji budowy ortozy, zależną od potrzeb klinicznych i obrazu klinicznego prezentowanego przez dziecko w trakcie procesu terapeutycznego. W przeciwieństwie do innych rozwiązań – gorsetów sztywnych, ortozy dynamiczne umożliwiają natychmiastowe dostosowanie się do zmieniających się warunków klinicznych związanych z postęпами terapeutycznymi, nie ograniczając ich poprzez odwzorowywanie stanu, który miał miejsce w przeszłości, gdy konstruowano pierwotny gorset dla danego pacjenta. Należy jednakże zaznaczyć, iż ortozy dynamiczne wspomagają program fizjoterapeutyczny i same takim programem są wspomagane. Przyjęte założenia cyklicznych wizyt u lekarza prowadzącego powodują, że stosowanie ortozy dynamicznej jest w pełni bezpieczne i efektywne klinicznie.

## Podsumowanie

Skolioza idiopatyczna, pomimo znacznego postępu, jaki obserwuje się w medycynie i w naukach z nią związanych, jest nadal jednym z trudniejszych problemów ortopedycznych i fizjoterapeutycznych. Proces leczenia jest długotrwały i żmudny, a dodatkowo nie zawsze można się spodziewać pozytywnych wyników. Nadal leczenie skolioz opiera się tylko

na likwidowaniu objawów lub zmniejszeniu skutków progresji skrzywienia. Wprowadzane nowe metody terapii mają na celu uzyskanie maksymalnego efektu leczenia przy stosunkowo niewielkim nakładzie pracy pacjenta. Metody fizjoterapeutyczne, dzięki swojej elastyczności w zastosowaniu, umożliwiają znaczną indywidualizację terapii. Wczesna diagnostyka skoliozy, dostępność nowatorskich metod leczenia, dopasowanie metody do stopnia zniekształcenia kręgosłupa umożliwia zmniejszenie dekompensacji tułowia, co poprawia rokowanie na przyszłość w przebiegu skoliozy.

## Piśmiennictwo

1. Kotecka-Noczeń M., Płukarz H.: Skrzywienie kręgosłupa u dzieci. PZWL, Warszawa 1982.
2. Kasperczyk T.: Wady postawy ciała. Wyd. Kasper s.c., Kraków 1997.
3. Hensinger R. N.: Congenital scoliosis: etiology and associations. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2009, 1, 1745–1750.
4. Mik G., Drummond D. S., Hosalkar H. S., Cameron D., Agrawal N., Manteghi A., Gholve P., Auerbach J. D.: Diminished spinal cord size associated with congenital scoliosis of the thoracic spine. *J Bone Joint Surg Am.*, 2009, 91, 1698–1704.
5. Inoue M., Minami S., Kitahara H., Otsuka Y., Nakata Y., Takaso M., Moriya H.: Idiopathic scoliosis in twins studied by DNA fingerprinting: the incidence and type of scoliosis. *J. Bone Joint Surg. Br.*, 1998, 80, 212–217.
6. Montanaro L., Parisini P., Greggi T., Di Silvestre M., Campoccia D., Rizzi S., Arciola C. R. Evidence of a linkage between matrilin-1 gene (MATN1) and idiopathic scoliosis. *Scoliosis*, 2006, 18, 21.
7. Gao X., Gordon D., Zhang D., Browne R., Helms C., Gillum J., Weber S., Devroy S., Swaney S., Dobbs M., Morcuende J., Sheffield V., Lovett M., Bowcock A., Herring J., Wise C.: CHD7 gene polymorphisms are associated with susceptibility to idiopathic scoliosis. *Am. J. Hum. Genet.*, 2007, 80, 957–965.
8. Kulkarni S., Nagarajan P., Wall J., Donovan D. J., Donnell R. L., Ligon A. H., Venkatachalam S., Quade B. J.: Disruption of chromodomain helicase DNA binding protein 2 (CHD2) causes scoliosis. *Am. J. Med. Genet. A.*, 2008, 1, 1117–1127.
9. Kulkarni S., Nagarajan P., Wall J., Donovan D. J., Donnell R. L., Ligon A. H., Venkatachalam S., Quade B. J. Disruption of chromodomain helicase DNA binding protein 2 (CHD2) causes scoliosis. *Am J Med Genet A.*, 2008, 1, 1117–27.

10. Karski J., Karski T., Kendzierski G., Tarczyńska M., Kałakucki J.: „Contracture syndrome” in newborns and infants according to Prof. Hans Mau as an explanation of the „geography” and certain clinical features of idiopathic scoliosis. *Ortop. Traumatol. Rehabil.*, 2005, 28, 23–27.
11. Karski T.: New clinical observations connected with „biomechanical aetiology of so called idiopathic scoliosis” (2006–2007). *Stud. Health Technol. Inform.*, 2008, 140, 194–196.
12. Malawski S.: Własne zasady leczenia skolioz niskostopniowych w świetle współczesnych poglądów na etiologię i patogenezę powstawania skolioz. *Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol.*, 1994, LIX, 3, 189–197.
13. Hart D., McDonald C.: Spinal deformity in neuromuscular disease: Natural history and management. *Phys.-Med.-Rehabil. Clin. North. Am.*, 1994, 9/1, 213–232.
14. Machida M., Dubouset J., Imamura Y., Miyashita Y., Yamada T., Kimura J.: Melatonin. A possible role in pathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis. *Spine (Phila Pa 1976)*, 1996, 15, 1147–1152.
15. Machida M., Dubouset J., Yamada T., Kimura J.: Serum melatonin levels in adolescent idiopathic scoliosis prediction and prevention for curve progression-a prospective study. *J. Pineal Res.*, 2009, 46, 344–248.
16. Acaroglu E., Akel I., Alanay A., Yazici M., Marcucio R.: Comparison of the melatonin and calmodulin in paravertebral muscle and platelets of patients with or without adolescent idiopathic scoliosis. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2009, 15, E659–63.
17. Brodner W., Krepler P., Nicolakis M., Langer M., Kaider A., Lack W., Waldhauser F.: Melatonin and adolescent idiopathic scoliosis. *J. Bone Joint Surg.*, 2000, 82, 399–403.
18. Lowe T. G., Burwell R. G., Dangerfield P. H.: Platelet calmodulin levels in adolescent idiopathic scoliosis (AIS): can they predict curve progression and severity? Summary of an electronic focus group debate of the IBSE. *Eur. Spine J.*, 2004, 13, 257–265.
19. Kim H. J., Blanco J. S., Widmann R. F.: Update on the management of idiopathic scoliosis. *Curr. Opin. Pediatr.*, 2009, 21, 55–64.
20. Tuzinem S. T.: Postawa ciała. Fizjologia, patologia i korekcja. Wyd. AWF J. Piłsudskiego, Warszawa 2001.
21. Kwolek A.: Rehabilitacja medyczna t I. Wyd. Med. Urban & Partner. Wrocław, 2003.
22. Kwolek A.: Wpływ ćwiczeń na platformie balansowej na symetryczne obciążenie kończyn dolnych u chorych z niedowładem połowicznym. *Post. Rehabil.*, 1993, VII, 33–34.
22. Kotwicki T.: Skrzywienia kręgosłupa u dzieci z porażeniem mózgowym. *Ortop. Traumatol. Rehabil.*, 2002, 4, 42–47.
23. Białek M., Michalak A., Kucza A.: Skuteczne metody leczenia skolioz. *Med. Man.*, 2003, 7.

24. Białek M.: Możliwości stosowania metody PNF w leczeniu skolioz. *Med. Man.*, 2001, 6.
25. Lipiński C. R., Perner T.: Ortoza dynamiczna tISO – compacore w postępowaniu terapeutycznym z pacjentami ze skoliozą idiopatyczną. Kwalifikacja kliniczna a indywidualizacja konstrukcji i oddziaływania ortozy – gorsetu. Propozycja terapii z wykorzystaniem ortozy dynamicznej. *Kwart. Ortop.*, 2007, 66, 138–151.
26. Fernandez-Feliberti R., Flynn J., Ramirez N., Trautmann M., Alegria M.: Effectiveness of TLSO bracing in the conservative treatment of AIS. *J. Pediatr. Orthop.*, 1995, 15, 176–181.
27. Howard A., Wright J. G., Hedden D.: A comparative study of TLSO, Charleston, and Milwaukee braces for idiopathic scoliosis. *Spine*, 1998, 23, 2404–2411.
28. Wong M. S., Cheng J. C., Lo K. H.: A comparison of treatment effectiveness between the CAD/CAM method and the manual method for managing adolescent idiopathic scoliosis. *Prosthet. Orthot. Int.*, 2005, 29, 105–111.
29. Sankar W. N., Albrektson J., Lerman L., Tolo V. T., Skaggs D. L.: Scoliosis in-brace curve correction and patient preference of CAD/CAM versus plaster molded TLSOs. *J. Child Orthop.*, 2007, 1, 345–349.

Elżbieta Topór

## Wpływ muzyki oraz rola muzykoterapii w rozwoju dziecka

Definicji muzyki jest wiele, a ich forma uzależniona jest od miejsca w jakim powstała, od czasów powstania, tradycji kulturowych czy poglądów filozoficznych ich autora.

Jedna z definicji stworzona w czasach marksizmu podaje, że: „muzyka to sztuka stworzona przez człowieka społecznego i odzwierciedlająca poprzez jego świadomość – na swój sposób, własnymi środkami – świat, w którym powstała. Jako sztuka ma określone funkcje społeczne, różne w różnych warunkach historycznych klasowych, przy czym funkcją podstawową jest wzbogacenie życia wewnętrznego człowieka” [1].

Już w czasach pradawnych ludzie dostrzegali, iż muzyka wpływa na fizjologię oraz psychikę człowieka, dlatego jeszcze ludzie pierwotni wykorzystywali różne formy dźwięku w celach leczniczych. Sposób, w jaki muzyka będzie oddziaływać na organizm ludzi uzależniony jest od wielu czynników, takich jak: rodzaj muzyki, jej gatunek czy okoliczności, w jakich jej słuchamy. Pod wpływem muzyki w ustroju człowieka dochodzi często do licznych zmian i odruchów fizjologicznych, jak:

- zmiany tonusu mięśniowego,
- zmiany (podwyższenie lub obniżenie) pulsu,
- przyspieszenie lub zwolnienie oddechu,
- zmiany progu wrażliwości myślowej,
- obniżenie progu bólu.

Jednocześnie poznawanie i obcowanie, również w sposób aktywny, z muzyką pozwala na poprawę koncentracji, pamięci, myślenia, rozwija w człowieku logiczne myślenie, umiejętność kojarzenia faktów, wyciągania różnego rodzaju wniosków, czy też może stymulować odpowiedni rozwój człowieka.

---

<sup>1</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej UMB

Odpowiedni rytm muzyczny pozwala ciału na przywrócenie w nim porządku, który został zakłócony przez stres wywołany złym stanem zdrowia, chorobą pacjenta i związaną z tym hospitalizacją, czy innymi formami leczenia.

Muzyka odgrywa szczególną rolę w przywracaniu prawidłowego rytmu temperatury oraz snu, a także prawidłowych funkcji autonomicznego układu nerwowego, regulacji funkcji metabolizmu, pracy mózgu, rytmu oddechowego czy tętna [2].

Podsumowując dotychczasowe dane możemy śmiało stwierdzić, że muzyka nie tylko silnie oddziałuje na nasz organizm, wywołując w nim szereg reakcji fizjologicznych, ale również w znacznym stopniu wpływa na kształtowanie osobowości słuchacza oraz wzmacnia wykształcone już pozytywne cechy jego charakteru.

Idąc za definicją Światowej Federacji Muzykoterapii: „Muzykoterapia jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia, harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta, klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia” [3].

Muzykoterapia jest w stanie pomóc ludziom na każdej płaszczyźnie emocjonalnej, fizycznej czy też radzenia sobie z problemami życia codziennego. Niejednokrotnie jest wykorzystywana także w celach wspomagających rehabilitację ruchową pacjentów, radzenia sobie ze stresem oraz poprawy koncentracji i pamięci.

Muzykoterapia wyróżnia dwa rodzaje kontaktu człowieka z muzyką: percypowanie muzyki oraz aktywne uprawianie muzyki. Percepcja to nie jedynie bierny kontakt z muzyką, ale zawiera w sobie element aktywności, podobnie aktywna forma odbioru muzyki musi zabierać w sobie pierwiastek odbioru biernego. Ten dwojaki sposób kontaktu człowieka z muzyką spowodowała, iż zostały wyróżnione dwie techniki (formy) muzykoterapii – bierna, zwaną również receptywną oraz czynna, inaczej nazwana aktywną [1].

**Muzykoterapia receptywna** polega na słuchaniu muzyki i przekazywaniu odczuć muzycznych przez pacjentów oraz obejmuje dyskusję psychoterapeutyczną związaną z tymi odczuciami i zaistniałymi w trakcie sytuacjami [4].

**Muzykoterapia aktywna** obejmuje różnego rodzaju produkcje dźwiękowe pacjentów, wykonywane najczęściej na instrumentarium Orffa. Skala różnorodności tych instrumentów jest na tyle duża, aby pacjenci zależnie od swoich preferencji, a także stanów psychicznych, mogli wybierać odpowiedni dla siebie instrument. Wybór instrumentu ze względu na jego dźwięk, a także kształt może zawierać informację pomocną przy diagnozowaniu osobowości pacjenta, choć znacznie więcej daje interpretacja samej produkcji dźwiękowej [4].

Jednak co, tak naprawdę, muzykoterapia daje dzieciom, w jaki sposób na nie oddziałuje? Na to pytanie odpowiada Masayo Watanabe, M.D., Pediatric Hematology/Oncology, The Childrens Mercy Hospital, Assistant Professor of Pediatrics, University of Missouri – Kansas City:

Podczas podawania anestetyków dzieciom, przed zabiegiem operacyjnym, muzyka daje im poczucie, że nie zapomniano o nich. Gdy dzieci leżą w inkubatorach, a ich życie podtrzymywane jest przez maszyny, muzyka daje mi poczucie, iż w pobliżu znajdują się rodzice, którzy czekają, aby wziąć na ręce swoje dziecko. Gdy nastolatka spotykają kolejnych rozczarowania, muzyka pozwala mi powrócić wspomnieniami do szczęśliwych momentów z ich życia.

Rolą muzykoterapii... jest skuteczność w rozwiązywaniu problemów klinicznych, emocjonalnych oraz duchowych, to pozostaje bez wątpliwości... Opiekunowie dzieci są zachęceni do wykorzystywania muzykoterapii w celach zapewnienia im komfortu, wsparcia oraz uzyskania lepszej komunikacji z pacjentami [5].

Relacje, jakie zachodzą pomiędzy matką oraz dzieckiem jeszcze przed jego narodzeniem mają ogromny wpływ na zdrowie fizyczne oraz psychiczne płodu. Wszystko, czego doświadcza matka, jest również doświadczone przez jej dziecko. W celu zbadania wpływu muzyki na kobietę ciężarną oraz jej dziecko wykorzystano do jednego z badań tzw. Medical Resonance Therapy Music (MRT-Music). Metoda ta jest jedynym znanym rodzajem muzyki, który idzie w ślad za koncepcją naturalnej harmonii, wielkiego greckiego lekarza, muzykoterapeuty, matematyka i filozofa Pitagorasa. Jest ona stworzona w taki sposób, aby zachować harmonię w mikrokosmosie muzyki oraz ciała, na które oddziałuje. Dziś ten rodzaj muzyki tworzony jest przede wszystkim przez Petera Hübner'a, a wyniki które uzyskano podczas badań z użyciem MRT-Music, są zdumiewające.

Muzyka Petera Hübner'a powoduje zmniejszenie częstości występowania objawów zagrożenia utraty ciąży u kobiet z grupy ryzyka aż

o 56% [6]. Jednocześnie aż u 68% ciężarnych zaobserwowano poprawę warunków psychicznych oraz fizjologicznych organizmu.

Badania Sidorenko donoszą również, iż kobiety poddane badaniom z wykorzystaniem MRT-Music poczuły pierwsze ruchy dziecka o 2–3 tygodnie wcześniej niż kobiety, które nie uczestniczyły w eksperymencie naukowym [6]. Poza tym w trakcie słuchania programu muzycznego wykonano kobietom badanie ultrasonograficzne i okazało się, iż w ciągu pierwszych 3–5 minut słuchania utworu przez matkę, dziecko w jej łonie zwiększa swą aktywność, po czym następuje całkowite wyciszenie oraz uspokojenie ruchów płodu. Zjawisko to tłumaczy się poprzez interakcje, jakie zachodzą między matką a płodem [6].

Analizując powyższe dane można stwierdzić, że MRT-Music wpływa na organizm ciężarnej oraz jej potomstwa w dwójaki sposób: neutralizuje negatywne i dysharmoniczne oddziaływania oraz prowadzi do normalizacji interakcji wewnętrznych organizmu matki i dziecka [6].

Oddziaływaniem muzyki na człowieka zajmowano się już wcześniej. W 1973, fizyk Gordon Shaw zainteresował się wpływem rytmu na inteligencję, wyobraźnię przestrzenną czy umiejętności matematyczne. Jego eksperyment pokazał, że te trzylatki, które słuchały Sonatę na Dwa Fortepiany D-Moll Wolfganga Amadeusza Mozarta, jako studenci mieli średnio o 9 punktów IQ więcej w porównaniu z grupą kontrolną. Później, razem z Francesem Rauscherem udowodnił, że przedszkolaki, które raz w tygodniu brały lekcje gry na pianinie mają o 34% lepsze wyniki w zadaniach opierających się o wyobraźnię przestrzenną niż ich niemuzyczny koledzy. Te wyniki nazwali oni „efektem Mozarta” [7].

Po ukazaniu się w prasie coraz liczniejszych doniesień zawiązanych z „efektem Mozarta” naukowcy postanowili sprawdzić, czy efekt ten wywołany był konkretnie utworami Wolfganga Amadeusza Mozarta czy może oddziaływaniem dowolnej muzyki klasycznej [8, 12]. W związku z tym przeprowadzono badania, do których wykorzystano, poza muzyką Mozarta, kompozycje sześciu innych twórców, takich jak: Haydn, Liszt, J. S. Bach, Chopin, Wagner, Beethoven. Badanie polegało na komputerowym sprawdzeniu czterech zmiennych muzyki, z których największe znaczenie, okazała się mieć, długość trwania, periodyczność oraz powtarzanie linii melodycznej. Doświadczenie pozwoliło na wyciągnięcie wniosków, iż to właśnie te cechy muzyki najsilniej wpływają na różne obszary mózgu, a co za tym idzie umożliwiają zmniejszenie wystąpienia objawów oraz napadów epilepsji wśród pacjentów poddawanych muzyko-



terapii. Zaobserwowano również, iż zmienne te są najsilniej zaakcentowane w twórczości Mozarta, zwłaszcza w Sonacie na dwa fortepiany D Major K-448. Jednocześnie okazało się również, iż drugim twórcą pod względem największej efektywności w przeciwdziałaniu powstania objawów oraz napadów epilepsji jest Haydn i jego Sonata No. 7 C oraz Sonata No. 7 G [8].

Liczne doświadczenia przeprowadzane na przełomie ostatnich kilku lat wykazały bez wątpienia, iż terapia z udziałem muzyki doskonale sprawdza się w chorobach na tle neuropsychiatrycznym. Jednak mechanizm działania tego wpływu nie został jeszcze dokładnie poznany.

Ostatnie lata bogate były w liczne badania naukowe, których celem było sprawdzenie istnienia „efektu” Mozarta oraz efektów, jakie muzyka wywołuje na organizm ludzki, w tym przede wszystkim na jego sferę neurologiczną [9, 13]. Na podstawie ostatnich doniesień naukowcy orzekli bezsporny wpływ muzyki na funkcje nerwów czaszkowych zarówno płodu, jak i ludzi dorosłych. Nie ustalono jednak dokładnie, jakie jest działanie muzyki na komórki tkanki mózgowej oraz jakie wywołuje w nich reakcje.

Obserwacje ptaków oraz zwierząt innych gatunków pozwoliły wnioskować, iż słuchanie muzyki (dźwięków) oraz jej tworzenie ułatwia neurogenezę, regenerację oraz naprawę komórek mózgowych, a wynika to z regulacji sekrecji niektórych z hormonów: kortyzolu, testosteronu oraz estrogenów, które wydzielane są u ludzi podczas słuchania muzyki. Odpowiednie stężenie powyższych hormonów stanowi natomiast czynnik wspomagający procesy neuroplastyczności. Obserwacje oraz badania pozwalają wnioskować, iż regulacja produkcji wyżej wymienionych hormonów stanowi podstawę w leczeniu chorób neurologicznych czy psychiatrycznych, z kolei pomocą w regulacji odpowiedniego stężenia tych endogennych związków może służyć tak proste „narzędzie”, jakim jest muzyka [9].

W odpowiedzi na doniesienia o tzw. „efekcie Mozarta” rząd niemiecki nakazał wykonanie dokładnej analizy dotychczasowych badań oraz stworzenie specjalnego raportu w tej sprawie. W związku z tym w 2007 roku powstał raport, którego głównym autorem był Ralph Schumacher – grający na fortepianie filozof z Uniwersytetu Humboldta w Berlinie – a który okazał się krytyczny. Niemniej jednak autor raportu nie zakwestionował pewnych szczególnych wyników badań dotyczących wpływu muzyki na rozwój dzieci mówiąc, że jedno lub dwa ze znacznych oraz dokładnych badań pokazały, iż muzyka ma niewielki, lecz za

to znaczący efekt w podnoszeniu poziom IQ – co może być obserwowane przez lata [10].

Inne badania wykazały, iż muzyka Mozarta powoduje wzmocnienie sygnałów fal mózgowych  $\alpha$  i  $\gamma$  ERS ważnych w rozwiązywaniu problemów przestrzennych oraz wygaszaniu fal  $\alpha$  i  $\gamma$  ApEn, które wydają się być nieistotne dla rozwiązywania tych problemów. Zazębianie się tych procesów powoduje wzmocnienie aktywności procesów myślowych w mózgu i pozwala na sprawniejsze rozwiązywanie zagadnień przestrzennych oraz na efektywniejsze procesy uczenia się [11].

Wielka Brytania nie pozostawiła bez echa doniesień o cudownym wpływie muzyki Mozarta na możliwości poznawcze dzieci [12]. Przeprowadzono eksperyment naukowy, który miał za zadanie wykazać, czy istnieje oraz jaka jest rzeczywista przyczyna poprawy sprawności umysłowej dzieci podczas terapii muzyką. W tym celu przebadano grupę dzieci w wieku 10–11 lat oraz porównano wyniki ich testów, oceniające możliwości umysłowe tych dzieci: po wysłuchaniu muzyki Mozarta, po wysłuchaniu muzyki popowej oraz po przeprowadzeniu dyskusji na temat eksperymentu.

W czasie badań odkryto związek pomiędzy pobudzeniem i stanem emocjonalnym dziecka a wystąpieniem efektu Mozarta [12]. Badanie udowodniło, iż reakcje, jakie może wywołać muzyka uzależnione są od rodzaju słuchanej przez nich muzyki, a to natomiast determinowane jest indywidualnymi potrzebami słuchacza. I tak np.: w grupie dzieci pochodzących z Japonii w wieku ok. 5 lat najsilniejszy wpływ na pobudzenie ich kreatywności miały piosenki dziecięce, w Wielkiej Brytanii najlepsze efekty odnotowano wśród dzieci, które objęte były „terapią” muzyką rozrywkową, popową, natomiast wśród dorosłych to właśnie muzyka Mozarta okazała się być najlepszym źródłem bodźca.

Dokładniejsza analiza zebranych danych dowiodła również, iż uzyskanie pozytywnych rezultatów na rozwój możliwości poznawczych dziecka jest bardziej prawdopodobne, jeśli do terapii zostanie wykorzystana muzyka, która będzie kojarzona przez słuchacza jako coś miłego, przyjemnego, znanego. Podsumowując swoje badania, naukowcy wysnuli wniosek, iż słuchanie muzyki powinno być wyróżnione spośród licznych stymulatorów pozytywnego wpływu na stan emocjonalny, gdyż nie ma właściwości alergizujących oraz stanowi łatwy środek w samodzielnym dawkowaniu. Jediną rzeczą, o jakiej należy pamiętać podczas korzystania z tego typu terapii jest, aby wykorzystywać do tego muzykę znaną i lubianą przez słuchacza [12].

Alfred Tomatis francuski otolaryngolog, podróżując i odwiedzając francuskie monastery, zainteresował się wykonywanymi przez tamtejszych mnichów chorałami gregoriańskimi. Po bliższym przyjrzeniu się powyższym utworom oraz po przeprowadzeniu badań stwierdził, iż chorały gregoriańskie wpływają na zwiększenie produkcji dopaminy w mózgu, a także oksytocyny, acetylocholino oraz endogennych endorfin, które znane są jako hormony szczęścia [13].

W oparciu o swoje badania Tomatis stworzył metodę wykorzystującą m.in. muzykę, przede wszystkim Mozarta oraz chorały gregoriańskie, a która stosowana jest zarówno u dzieci, jak i dorosłych. Metodę tą wykorzystuje się w przypadku wystąpienia trudności z komunikacją, nauką, posługiwaniem się językiem, zaburzenia koncentracji, a także terapia ta wykorzystywana jest w celu obniżenia poziomu stresu [14].

Podczas wieloletnich badań nad muzyką udowodniono jej wpływ na redukcję psychofizjologicznego stresu, bólu oraz lęku [2, 9, 15]. Stosując muzykę u dzieci przebywających na oddziałach szpitalnych, odwraca się ich uwagę od takich spraw, jak izolacja czy monotonia, które ściśle wiążą się z długą hospitalizacją, a jednocześnie pozwala im się skoncentrować na rzeczach bardziej przyjemnych, czy zwyczajnie dla nich znośnych.

Jedne z przeprowadzonych badań wykazały, iż słuchanie muzyki wpływa na obniżenie poziomu hormonów stresu – kortyzolu. Obniżenie stężenia tego hormonu w ustroju dziecka hospitalizowanego pozwala na zrelaksowanie się małego pacjenta oraz łatwiejsze zaakceptowanie nowej sytuacji w jakiej się znalazł, a także na odwróceniu jego uwagi od miejsca, w którym się znalazł [9].

Poza zmniejszeniem zainteresowania pacjentów chłodnym i obcym otoczeniem szpitalnym, muzyka umożliwia małym pacjentom również zmniejszenie poziomu stresu i obaw wynikających z przebiegu czy sposobów leczenia. Obniżenie lęku, z kolei, prowadzi bardzo często do zredukowania nadmiernego przyjmowania leków przez pacjentów oraz pozwala na ich szybszą rekonwalescencję [2]. Dzięki zastosowaniu muzyki relaksacyjnej, jeden z dziecięcych szpitali na Florydzie był w stanie zmniejszyć aż o 98% użycie anestetyków, które były dotychczas stosowane w celu uspokojenia dzieci poniżej 6. roku życia, przed badaniem echokardiograficznym oraz o 88% przed wykonaniem tomografii komputerowej [15].

Przeprowadzono również badania, które miały na celu ocenę wpływu muzyki na dzieci długo hospitalizowane. Grupę badawczą stanowiły dzieci z problemami kardiologicznymi i/lub oddechowymi, w wieku

od 3 miesięcy do 14 lat. Podczas trwania sesji muzykoterapeutycznych sprawdzano puls pacjentów oraz poziom saturacji krwi. Okazało się, iż muzyka w tym wypadku nie wpłynęła na parametry tętna, jednak pod koniec każdej z sesji muzykoterapeutycznych, poziom tlenu we krwi wzrastał. Na tej podstawie badacze wyciągnęli wnioski, iż muzyka ma możliwość poprawy stanu psychicznego oraz fizycznego dzieci, które pozostają przez dłuższy czas w szpitalu [16].

Muzyka w znacznym stopniu przeciwdziała w powstawaniu stresu, a co za tym idzie wspomaga procesy relaksacyjne, a to natomiast pozwala na szybszy powrót pacjenta do pełnego zdrowia oraz odzyskanie przez niego równowagi psychofizycznej [2].

## Podsumowanie

Terapia muzyką jest obecnie bardzo prężnie rozwijającą się dyscypliną współleczenia i wykorzystywana jest zarówno w leczeniu, jak i profilaktyce wielu chorób. Muzyka wpływa na napięcie mięśni, może powodować zmniejszenie się dolegliwości bólowych, wprowadzać w stan relaksu, jak również poprawiać pamięć i koncentrację oraz przynosić wiele innych korzyści. Niezależnie od tego, czy wykorzystamy muzykę Mozarta czy ulubiony utwór muzyczny naszego dziecka, terapia ta jest w stanie zapewnić nam jedynie pozytywne efekty swojego działania, bez wystąpienia niepożądanych skutków ubocznych.

Oczywiście muzyka nie stanowi cudownego panaceum na wszystkie choroby, dolegliwości i problemy życia codziennego, jednak jak dowodzą liczne badania jest ona bardzo dobrym środkiem wspomagającym leczenie, a stymulacja słuchowa stanowi istotny czynnik w powrocie do zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Jednocześnie kształtuje w dzieciach pozytywne postawy, rozwija wyobraźnię, ułatwia zdobywanie wiedzy. Podsumowując przedstawione tu dane można śmiało stwierdzić, iż muzyka stanowi doskonały środek, który w prosty i bezinwazyjny sposób wspomaga rozwój każdego dziecka.

## Piśmiennictwo

1. Natanson T.: Wstęp do nauki o muzykoterapii. Ossolineum, Wrocław 1979.
2. Chiu P., Kumar A.: Music therapy: loud noise or soothing notes?. *Inter. Pediatr.*, 2003, 18, 204–208.
3. [http://www.wfmt.info/WFMT/FAQ\\_Music\\_Therapy.html](http://www.wfmt.info/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html), 20.01.2009 r.

4. <http://www.zss3.chorzow.all.pl/addons/muzykoterapia/muzykoterapia.doc>, 20.01.2009 r.
5. Robb SL.: *Music Therapy in Pediatric Healthcare Research and Evidence-Based Practice*. The American Music Therapy Association, Inc., Silver Spring MD, 2003
6. Sidorenko W.: The effects of Medical Resonance Therapy Music on the unborn child. <http://www.musictherapyjournal.com/newse/01/07> 17.10.2009 r.
7. „Efekt Mozarta” <http://www.neurotyk.net/2007/11/efekt-mozarta/>, 18.10.2009 r.
8. Hughes J. R.: Mozart Effect: Additional data. *Epilepsy & Behavior*, 2002, 3, 182–184.
9. Fukui H., Toyoshima K.: Music facilitate the neurogenesis, regeneration and repair of neurons. *Med. Hypoth.*, 2008, 71, 765–769.
10. Fugiel B.: „Efekt Mozarta”. *Miesięcznik Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach Gazeta Uniwersytecka*, wydanie nr 6 (166), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2009.
11. Jausovec N., Jausovec K., Gerlic I.: The influence of Mozart’s music on brain activity in the process of learning. *Clin. Neurophysiol.*, 2006, 117, 2703–2714.
12. Schellenberg E. G., Hallam S.: Music listening and cognitive abilities in 10- and 11-year-olds: The Blur Effect, *New York Academy of Sciences*, 2005, 202–209.
13. Rebolledo F. A.: „La musicoterapia como instrumento favorecedor de la plasticidad, el aprendizaje y la reorganización neurológica”, *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 2006, 5, 85–97.
14. <http://www.tomatis-group.com/>, 21.10.2009 r.
15. Ridenour A., Sadler B. L.: *Improving healing through art and music*. *Healthcare design*, 2007. <http://www.healthcaredesignmagazine.com>.
16. Longhi E., Pickett N.: Music and well-being in long-term hospitalized children. *Psychol. Music.*, 2008, 36, 247–256.



Anna Jeżewska<sup>1</sup>

## **Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne na przykładzie osoby z tętniakiem aorty brzusznej. Aspekty medyczne, etyczne i prawne**

### **1. Wstęp**

Leczenie operacyjne tętniaków aorty, mimo procesu rozwojowego medycyny i techniki, jest obarczone wysokim ryzykiem zgonów w okresie okołoperacyjnym oraz dużym odsetkiem powikłań. Stanowi jedno z najbardziej poważnych wyzwań dla zespołu kardiochirurgicznego. Śmiertelność w okresie okołoperacyjnym jest do dzisiaj wysoka, ale mimo tego leczenie chirurgiczne jest podstawową techniką leczenia tętniaków aorty [1].

Dynamiczny rozwój medycyny pozwala na refleksję nad prawem człowieka do życia, zdrowia oraz do wolności i godności. Prężny rozwój prawa medycznego jest potwierdzeniem dużego zainteresowania wyzwaniami płynącymi z rozkwitu nowoczesnej medycyny [2].

Z kolei etyczny aspekt podkreśla obowiązki i zasady postępowania w relacjach kształtujących się między personelem medycznym a pacjentem [2, 3].

Prawa pacjenta określają jego status w leczeniu i udzielaniu świadczeń medycznych, bez względu na to czy proces ten został zakończony pomyślnie, bądź niekorzystnie. Sam fakt, że był zachowaniem zgodnym ze sztuką lekarską, nie zwalnia z odpowiedzialności lekarzy, jeśli podczas procedur medycznych nie były przestrzegane prawa pacjenta [3].

Problematyka praw pacjenta przekracza granice tradycyjnego obszaru, gdyż funkcjonują one dwuwymiarowo podkreślając swoje znaczenie zarówno w płaszczyźnie prawnej, jak i etycznej.

---

<sup>1</sup> Przewodnicząca Studenckiego Koła Etyki i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

## 2. Cel pracy

Przedstawienie pacjenta z tętniakiem aorty brzusznej, który nie zgadza się na proponowany zabieg medyczny oraz przestawienie go jako jednostki autonomicznej, którego decyzje podlegają ochronie prawnej.

## 3. Opis przypadku

W 2007 r. podczas kontrolnego badania USG jamy brzusznej u 84-letniego pacjenta wykryto tętniaka aorty brzusznej. Pacjentowi zaproponowano leczenie kardiochirurgiczne, lecz nie wyraził on zgody ze względu na wysokie ryzyko śmiertelności podczas zabiegu oraz znaczący wiek. W 2007 roku trafił na oddział reumatologiczny do Szpitala Specjalistycznego w Pile. Podczas badań przeprowadzonych w czasie pobytu wykryto niedokrwistość z niedoboru żelaza, przewlekłą chorobę wieńcową i nadciśnienie tętnicze, wynoszące 170/90 mmHg. Wykonano także badanie USG, gdzie stwierdzono tętniaka aorty brzusznej od około wysokości odejścia tętnic nerkowych sięgającego do podziału na tętnice biodrowe, maksymalnej szerokości 77 mm. W badaniu RTG zauważono powiększoną sylwetkę serca, zmiany w zakresie lewej komory i zmiany miażdżycowe w aorcie. Przy każdorazowym zakończeniu badania USG twierdzono, że jest to tętniak operacyjny, więc pacjent powinien skonsultować się z kardiologiem w celu skierowania na leczenie chirurgiczne. Pacjent, niestety, nie skorzystał z zaproponowanego mu leczenia i nie wyraził zgody na zabieg chirurgiczny. Pacjent jest aktywny fizycznie, otyły, niepalący i nie zaobserwowano występowania rodzinnego tętniaków.

## 4. Omówienie

Tętniak jest ograniczonym rozszerzeniem światła tętnicy, który jest zależny od strukturalnych zmian w jej ścianie [4]. Rozpoznaje się go, gdy średnica poszerzonego naczynia przekracza 50% w porównaniu z niezmiennym chorobowo odcinkiem znajdującym się wyżej zmiany [5]. Na skutek zmian, które powstają w aorcie dochodzi do zaburzeń i uszkodzeń błony wewnętrznej. Ten destrukcyjny przebieg jednak zatrzymuje naturalny rozwój tkanki włóknistej w obrębie tętniaka i utworzenie skrzepliny po wewnętrznej stronie jego worka. Często rozwojowi tętniaka towarzyszy nadciśnienie tętnicze, które pod wpływem stałego tętnienia wobec uszkodzonej i osłabionej ściany aorty, powoduje dalsze rozciąganie na-



czynia. Jest to szczególnie groźne, gdyż może doprowadzić do ucisku na sąsiednie narządy i zaburzyć ich funkcję, bądź doprowadzić do pęknięcia zmienionej tętnicy [6].

Tętniaki można podzielić na: prawdziwe oraz rzekome, workowate, wrzecionowate i rozwarstwiające, a także na nadnerkowe i podnerkowe. Tętniak aorty brzusznej opisywanego pacjenta jest podnerkowy, prawdziwy, czyli taki, który powstaje w wyniku zmian chorobowych lub osłabienia struktury sprężystej naczynia [6]. Pod względem klasyfikacji morfologicznej tętniak pacjenta zalicza się do wrzecionowatych, gdyż obejmuje cały obwód [6].

Najczęstszą ich przyczyną jest miażdżycza, na którą cierpi opisywany chory. Do rzadszych należą również ciężkie urazy, bądź wrodzone choroby tkanki łącznej, a także procesy zapalne przez zatory tętnic w wyniku bakteryjnych zapaleń wsierdzia lub jako następstwo operacji chirurgicznych [4, 5, 6, 7].

Badania prowadzone nad funkcją elastyny dowodzą, że utrata tego białka w ścianie tętnicy jest jednym z najważniejszych czynników powstawania tętniaka, gdzie w konsekwencji działania ciśnienia tętniczego, dochodzi do powolnego rozszerzania światła naczynia [5].

Od momentu zdiagnozowania tętniaka niemożliwe jest cofnięcie procesu chorobowego i wskazane jest podjęcie kroków mających na celu zmianę trybu życia, eliminacji modyfikowalnych czynników ryzyka oraz codzienny pomiar ciśnienia tętniczego [7]. U pacjentów z podwyższonym ciśnieniem wskazane jest włączenie do leczenia leków hipotensyjnych. Należy również zrezygnować z palenia papierosów oraz zwracać uwagę na profilaktykę i eliminację zmian miażdżycowych [5]. Lecząc istnieje tylko jedna skuteczna metoda leczenia tętniaków aorty brzusznej i jest nim zabieg operacyjny [4].

Wskazaniem do leczenia inwazyjnego jest tętniak przekraczający średnicę 45 mm, rosnący 7 mm rocznie [5]. Przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego są pacjenci przekraczający 85 lat, z III i IV stopniem niewydolności krążenia wg NYHA, duży tętniak lewej komory serca, rozległe zmiany w tętnicach wieńcowych, marskość wątroby, wodobrzusze, zwłóknienie zaotrzewnowe oraz choroby współtowarzyszące, takie jak nowotwór, duszność spoczynkowa [5], także u opisywanego pacjenta istniałaby możliwość przeprowadzenia leczenia inwazyjnego metodą protezowania wewnątrznacyniowego. Zabieg taki wykonywany jest w znieczuleniu zewnątrzoponowym przez nacięcie tętnicy udowej. Podczas operacji w miejscu lokalizacji tętniaka zostaje umieszczony stent na cewniku

balonowym, który jest rozprężany do takiego stopnia, by jego brzegi pokrywały granice zmienionego chorobowo naczynia. Wyłącza to tętniaka z obiegu krwi z jednoczesnym zachowaniem krążenia przez światło stentu. Naczynie poszerzone wokół protezy zamyka się samoistnie, tworząc skrzeplinę. Największą zaletą tej metody jest zmniejszone ryzyko okołoperacyjne [5, 7, 8].

Istnieje jeszcze druga metoda operacyjna tętniaków aorty brzusznej, sposobem klasycznym, czyli otwartym. Jednak protezowanie wewnątrznacyniowe, w porównaniu z tą metodą jest mniej inwazyjne i wykazuje mniejszą utratę krwi podczas zabiegu, dwukrotnie niższą ilość zgonów w okresie okołoperacyjnym oraz krótszy czas hospitalizacji pacjenta. Implantacja stent-graftu daje możliwość na przeżycie około 80% chorych. Powikłania okołoperacyjne są wynikiem wadliwej kwalifikacji chorego, bądź źle dopasowanego stenta. Nieprawidłowe umieszczenie implantu może doprowadzić do zamknięcia tętnic nerkowych bądź biodrowych wewnętrznych. Zła ocena wymiarów tętniaka może spowodować zsuniecie się stentu i przeciek w miejscu migracji, jest to najczęstsze powikłanie śródoperacyjne [8].

Opisywanemu pacjentowi zostały dostarczone wszystkie informacje i niezbędna wiedza, dotycząca postępowania podczas zabiegu. Niestety, pacjent nie wyraził zgody na przeprowadzenie leczenia inwazyjnego, działał zatem autonomicznie, czyli nieprzypadkowo, ze zrozumieniem, bez przymusu oraz wpływu czynników zewnętrznych [2, 9]. Świadomość oraz brak czynników determinujących podejmowanie decyzji, jako warunki postępowania autonomicznego, mogą być spełnione w różnym stopniu, bądź w ogóle. Możliwość działania może być rozłożona od całkowicie nieautonomicznych do całkiem autonomicznych. Dotyczy to głównie osób starszych, jak w naszym przypadku oraz dzieci. Zatem, niekoniecznie trzeba przyjmować, iż pełne zrozumienie sytuacji oraz brak nacisku z zewnątrz są warunkami autonomii [9].

Okazywanie szacunku przez personel medyczny wiąże się z ujawnianiem informacji, sprawdzeniem czy pacjent rozumie to, co się do niego mówi oraz określeniem czy na podjęty wybór nie działa presja z zewnątrz. Lekarze i pielęgniarki zobowiązani są do popierania autonomicznego podejmowania decyzji, pomocy w realizacji życiowych celów, jakie sobie stawia pacjent oraz zadbaniem o pielęgnację tych cech, które sprawiają, iż pacjent jest zdolny do podjęcia autonomicznego wyboru [9].

Autonomia każdego pacjenta jest chroniona przez prawo, lecz nie ma ona charakteru absolutnego. Jej ograniczenie dopuszcza się w przy-

padku zagrożenia zdrowia publicznego oraz ochrony zdrowia i życia innych osób, gdy pacjent jest niezdolny do wyrażania zgody, a wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej. Polskie prawo dopuszcza jeszcze możliwość przeprowadzenia zabiegu o podwyższonym ryzyku, gdy odwołanie w sprawie uzyskania zgody groziłoby śmiercią, ciężkim uszkodzeniem ciała, bądź rozstrojem organizmu małoletniego, ubezwłasnowolnionego, bądź nieświadomego. W takich sytuacjach ujawnia się konflikt między prawem do poszanowania autonomii a prawem do ochrony zdrowia i życia.

Ograniczenie autonomii pacjenta można podzielić na te, gdzie priorytetem jest jego dobro oraz na te, gdzie ważna jest ochrona innych dóbr i wartości.

Artykuł 35 Ustawy o Zawodzie Lekarza i Lekarza dentystry mówi, że zgoda jest skuteczna tylko wtedy, kiedy dotyczy dokładnie określonej ingerencji medycznej, ale gdy podczas zabiegu wystąpi okoliczność, której nieuwzględnienie groziłaby pacjentowi śmiercią, bądź ciężkim uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, lekarz posiada prawo do zmieniania zakresu zabiegu. Przepis ten budzi wiele kontrowersji, gdyż nie uwzględnia on przypadków wyrażenia sprzeciwu przez pacjenta, czyli określenia akceptowanych granic operacji. Chory również jest ograniczony w swoich prawach do świadczeń zdrowotnych w sytuacji, gdy żąda rzeczy, które są niezgodne z prawem bądź sumieniem lekarskim [3].

Kodeks etyki pielęgniarskiej w rozdziale pierwszym „Pielęgniarka i położna a podopieczny” w części szczegółowej nawiązuje do tego, że pielęgniarki w stosunku do pacjentów pełnią obowiązki, które wynikają z ich praw, potrzeb i oczekiwań względem personelu. Ich godność, która jest wrodzona i niezbywalna jest podstawą wszelkiego moralnego postępowania personelu. Realizując świadczenia pielęgniarskie również wymagana jest zgoda pacjenta, o ile jest zdolny ją sformułować. Gdy jednak odmawia wyrażenia zgody, pielęgniarka powinna go przekonać do zmiany własnego zdania, informując jednocześnie o następstwach jego decyzji [10, 11].

W kodeksie etyki lekarskiej art. 15 jest mowa o tym, że każde postępowanie diagnostyczne, lecznicze czy zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta, a jeśli pacjent nie jest zdolny do podjęcia świadomej zgody, należy ją uzyskać od przedstawiciela ustawowego lub opiekuna. Punkt 3. artykułu 15. mówi o tym, że wszczęcie takiego postępowania bez akceptacji pacjenta jest dopuszczalne tylko w szczególnych przypadkach, gdzie istnieje ryzyko utraty życia, bądź zdrowia pacjenta lub innych osób.

W przypadku braku zgody, lekarz mimo wszystko powinien otoczyć go opieką lekarską [11].

Słowo *Informed Consent* występuje w orzecznictwie i ustawodawstwie wielu państw na świecie, które w języku polskim tłumaczy się jako zgoda świadoma bądź poinformowana. Zgoda jest aktem woli pacjenta, która jest podjęta w oparciu o udzieloną informację dotyczącą etapów leczenia, akceptuje również ryzyko zabiegu, poza tym uznaje wyłącznie takie postępowania, które są podejmowane z należytą starannością, innych skutków zabiegów związanych z niedbalstwem, nie przyjmuje na siebie [12, 13].

Jeśli pacjent jej nie wyraża, jak w opisywanym przypadku, rodzi się problem podjęcia decyzji o leczeniu. W artykule 33 i 34 w Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, mówi się o badaniu bądź udzielaniu choremu innych świadczeń medycznych bez jego zgody, które są dopuszczalne tylko w niezwłocznych sytuacjach wymagających pomocy lekarskiej, gdy ze względu na stan zdrowia, albo wiek pacjent nie jest w stanie jej wyrazić i niemożliwe jest porozumienie się z jego przedstawicielem ustawowym. Decyzję o podjęciu leczenia w takich okolicznościach lekarz powinien przekonsultować z innym lekarzem, a działania ma obowiązek odnotować w dokumentacji medycznej [12]. Wszystkie inne przypadki, w których zostały podjęte działania medyczne bez zgody pacjenta reguluje kodeks karny art. 192 ust. 1, uwzględniający odpowiedzialność karną, za wykonanie zabiegu mimo braku jego akceptacji. Odpowiedzialność ta dotyczy grzywny i kary ograniczenia wolności do 2 lat.

Pacjent z opisu wielokrotnie ustnie odmówił zgody na świadczenia medyczne. A jeśli chory jest pełnoletni i posiada zdolność do samodzielnego oświadczenia woli, zabieg medyczny dopuszczalny jest tylko za jego zgodą. Jakikolwiek sprzeciw należy uszanować. Pamiętać należy o tym, aby pacjent posiadał zdolność do niewadliwego podjęcia takiej decyzji, aby była ona uwarunkowana stanem psychicznym i fizycznym. Zdolność taką pacjent posiada. W takim wypadku lekarzowi, który nie podejmie się działania ratującego życie wbrew woli chorego, nie zostaną postawione zarzuty zaniechania pomocy i popełnienia przestępstwa przeciwko ludzkiemu życiu. Jednak jest zobowiązany do tego, by udzielić takich środków pomocy, na które pacjent zezwolił [14].

W dzisiejszych czasach zgoda jest niezbędna do przeprowadzenia leczenia, bo działanie bez niej jest nielegalne. Należy powołać się na art. 192 kodeksu karnego oraz przepis art. 19 ust. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie pacjent ma prawo do odmowy przepro-

wadzenia świadczeń medycznych, po uzyskaniu uprzednio informacji. Naruszenie prawa do samostanowienia może doprowadzić do roszczeń o zadośćuczynienie za wyrządzoną moralną krzywdę [16].

Podjęcie decyzji musi być wynikiem swobodnej decyzji pacjenta, który nie działa pod wpływem przymusu czy błędu. Jest w stanie, który nie wyłącza świadomego podjęcia decyzji, która jest oparta o wiedzę i informacje dostarczone przez lekarza na temat najkorzystniejszego leczenia. Lekarz ma obowiązek udzielić informacji na temat stanu zdrowia, rokowania, ryzyka związanego z proponowanym leczeniem. Informacja musi być udzielona choremu w przystępny dla niego sposób, odpowiedni do jego inteligencji, wieku oraz wykształcenia [13, 15, 16].

## 5. Wyniki

W medycynie od dawna istnieje konflikt między najwyższym prawem – dobrem pacjenta a jego wolą. Dobro, które jest rozumiane tak, jak pojmuje lekarz, czy wola, która może być niezgodna z prezentowanym dobrem. Konflikt między ludzkim i zawodowym obowiązkiem lekarza a autonomią pacjenta, która wyraża się odmową zezwolenia na podjęcie świadczeń leczniczych, w sytuacji gdzie możliwe jest udzielenie pomocy, lecz brak zgody wyklucza tą możliwość.

Podejmując się udzielenia świadczeń medycznych ingeruje się w sferę osobistych dóbr pacjenta: w jego życie, wolność, nietykalność i godność. Dlatego dopiero zgoda rozwiewa wszelkie trudności i wątpliwości wyłączając bezprawność naruszenia tych najcenniejszych dóbr [17].

Decyzje o leczeniu i zakresie świadczeń podejmuje pacjent z udziałem lekarza. To współdziałanie powoduje, iż ciężar decyzji rozkłada się na obie osoby, mimo że pełnią dwie zupełnie inne role. Lekarz funkcjonuje w tym układzie jako dobry doradca, a pacjent decyduje na podstawie tych rad o swoim życiu [17].

Jeśli pacjent odmówi zezwolenia na leczenie, nawet które będzie ratować jego życie, należy to uszanować, lecz niezbędne jest zdobycie bezsprzecznego stwierdzenia, że nie wyraził on zgody. Oświadczenie woli powinno być poddane do dalszej analizy, która rozważy czy nie jest ono dotknięte wadliwością, która powoduje zarazem jego nieważność [14, 17].

Powstaje zatem pytanie, czy zachodzi konflikt między autonomią pacjenta a moralną powinnością lekarza.

Odpowiedź możemy znaleźć w Kodeksie Karnym w art. 192, oraz w Ustawie o Zawodzie Lekarza w art. 30, z którego niedwuznacznie wy-

nika, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy w przypadku zagrożenia życia. Przepis art. 30 ustawy jest ogólną podstawą działań lekarza w sytuacjach niecierpiących zwłoki. Poza tym Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera w art. 2 i 15 treść, że jego powołaniem jest przede wszystkim dobro chorego. Lekarz może podejmować interwencje bez zgody pacjenta, sądu lub uprawnionych osób do jej orzeczenia za pacjenta w następujących sytuacjach:

- 1) podczas konieczności natychmiastowego podjęcia interwencji lekarskiej,
- 2) gdy istnieje bezpośrednie niebezpieczeństwo wynikające z zagrożenia utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
- 3) Kiedy jest konieczna niezwłoczna zmiana uprzednio uzgodnionego z pacjentem zakresu lub metody leczenia [12, 16].

Jeśli chory nie jest ubezwłasnowolniony, przytomny, świadomy i dorosły oraz wyraża swój sprzeciw wobec proponowanego leczenia, to lekarz lub pielęgniarka, niestety, ale nie mogą podjąć działań medycznych względem niego, gdyż musieliby się dopuścić fizycznego przymusu, co nie jest dozwolone w zakresie instytucji świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta [16].

Brak zezwolenia na proponowane leczenie nie zwalnia lekarza z obowiązku dalszego postępowania mającego na celu dobro pacjenta, tj. sprawowanie opieki nad chorym oraz prowadzenie leczenia za pomocą metod zastępczych, na które pacjent wyraził zgodę [11].

## 6. Wnioski

Każdy człowiek ma prawo do poszanowania jego godności i autonomii. Gwarantem tych uprawnień w relacjach z personelem medycznym, w procesie leczenia jest Karta Praw Pacjenta. Zawarte w niej zapisy potwierdzają prawo każdego człowieka do samostanowienia w kwestii dotyczącej jego zdrowia. Zrywają z tradycją paternalistycznego modelu relacji personel medyczny – pacjent, stawiając na pierwszym miejscu wolę tego drugiego.

## 7. Podsumowanie

Regułą jest, że jeżeli świadczenia medyczne, które zostały podjęte w celu ratowania życia, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, ale bez zgody podmiotów, które są uprawnione do jej orzekania

stanowi zawsze zamach na wolność człowieka. Nawet, gdyby czynności medyczne zakończyłyby się sukcesem, to personel medyczny zostanie pociągnięty do odpowiedzialności karnej, o której mowa w art. 192 ust. 1 Kodeksu Karnego, chyba że pacjent złoży wniosek o odmowie udzielenia zgody na dane świadczenie medyczne. Jeżeli lekarz mimo wszystko dokona zabiegu leczniczego w sposób sprzeczny z *lege artis*, to będzie postawiony mu zarzut dokonania przestępstwa przeciwko zdrowiu, bądź nawet życiu.

Natomiast opanowanie oraz umiejętności przedstawienia planów leczenia oraz wszelkich czynności zdrowotnych w interesujący sposób dla pacjenta, który buduje też jego emocjonalne zaangażowanie jest uzupełnieniem wiedzy i umiejętności personelu medycznego w procesie edukacji. Jest to również swoisty element sztuki medycznej, który idzie w parze z uczciwością, szczerością i szacunkiem, służy bowiem przekonaniu pacjenta do umotywowanych medycznie rozwiązań, co ma na względzie jego najwyższe i najcenniejsze dobro, jakim jest zdrowie.

## Piśmiennictwo

1. Dmitruk-Sobiecka I., Hirnle T.: Metody prowadzenia krążenia pozaustrojowego w operacjach tętniaków aorty – doświadczenia własne. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 2007, 4 (3), 308–314.
2. Bujny J.: *Prawa Pacjenta Między Autonomią a paternalizmem*. Wydawnictwo C. H Beck, Warszawa 2007.
3. Drozdowska U.: *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*. Wydawnictwo C. H Beck, Warszawa 2007.
4. Chodakowska J., Januszewicz W.: *Choroby tętnicy głównej*. [w:] H. Chlebus, W. Januszewicz (red.): *Zarys Kardiologii*. PZWL, Warszawa 1984.
5. Synowiec T., Chęciński P., Micker M.: *Tętniaki aorty i tętnic obwodowych*. *Przewodnik Lekarza*, 2006, 5, 31–40.
6. Zembala M.: *Tętniaki aorty*. [w:] Z. Religa: *Zarys kardiologii*. PZWL, Warszawa 1993, 94–110.
7. Braunwald E., Goldman L.: *Rozpoznanie i postępowanie u pacjentów z chorobami aorty: tętniak i rozwarstwienie*. [w:] G. Opolski (red.): *Kardiologia*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005, 726–727.
8. Szopiński P., Terlecki M., Iwanowski J., Pleban E.: *Współczesne możliwości leczenia tętniaków aorty brzusznej*. *Postępy w Kardiologii Interwencyjnej*, 2007, 3, 2 (8), 80–87.
9. Beauchamp T. L., Chlidress J. F.: *Szacunek dla autonomii*. [w:] *Zasady Etyki*. Książka i Wiedza, Warszawa 1996, 131–144.

10. Wrońska I.: Szczegółowa Etyka Pielęgniarki. [w:] I. Wrońska, J. Mariański (red.): Etyka w pracy pielęgniarskiej, podręcznik dla studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 179–201, 203–245.
11. Brzeziński T.: Etyka lekarska. PZWL, Warszawa 2002, 90–113.
12. Nesterowicz M.: Poszczególne przypadki odpowiedzialności lekarza. [w:] Prawo Medyczne. Dom Organizatora, Toruń 2005, 91–112.
13. Świdorska M.: Zgoda Pacjenta na zabieg medyczny. Dom Organizatora, Toruń 2007, 17–20.
14. Kulesza J.: Brak Zgody na zabieg leczniczy a lekarski obowiązek udzielenia pomocy. Prawo i Medycyna, 2005, 2, 66–83.
15. Filar M.: Zgoda pacjenta a odpowiedzialność karna lekarza. [w:] Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2004, 188–215.
16. Ignaszewski J.: Zgoda pacjenta na leczenie. Twoje Zdrowie, 2003, 12–22, 27–32, 114–119.
17. Janiszewska B.: Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro). Prawo i Medycyna, 2007, 2, 33–51.



Grażyna Dytrych<sup>1</sup>

## **Pielęgnacja i rehabilitacja dziecka przedwcześnie urodzonego**

W Polsce blisko 80% umieralności okołoporodowej dotyczy noworodków urodzonych przedwcześnie. Za wcześniaków uważa się dzieci urodzone przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży i o masie poniżej 2500 g (w Polsce 6,1% dane z 2000 roku). Za skrajne wcześniactwo uważa się poród przed 32. tygodniem ciąży i w Polsce dotyczy 1,5% urodzeń. Częstość urodzeń dzieci z małą masą ciała, w tym porodów przedwczesnych, zmniejsza się na przestrzeni ostatnich lat zarówno w Polsce, jak i w innych krajach na świecie, co jest następstwem nie tylko postępów w zakresie wiedzy medycznej, rozwoju metod diagnostyki i terapii, ale przede wszystkim i uwarunkowań społeczno-ekonomicznych [1]. Przy współczesnych standardach intensywnej opieki i terapii ratuje się obecnie skrajnie niedojrzałe noworodki – te o masie ciała poniżej 1000 g, urodzone z ciąży o czasie trwania krócej niż 28 tygodni. Odrębnym problemem są tzw. dzieci płodowe o masie ciała 401–500 gram, wśród których panuje największa śmiertelność. W ostatnich latach nie nastąpił spadek umieralności wśród dzieci płodowych. (przeżywa tylko 10–20%). Rozwój tych dzieci oraz jakość ich życia w wielu przypadkach nie jest zadowalający. Dzieci z niską masą i skrajnie niską masą urodzeniową zagrożone są ryzykiem nieprawidłowego rozwoju z powodu zaburzeń dojrzewania narządów. Jest to specyficzna grupa pacjentów, wymagająca pielęgnacji i rehabilitacji dostosowanej indywidualnie do potrzeb i możliwości [1, 2].

Wśród czynników ryzyka porodów przedwczesnych wyróżnia się przyczyny medyczne i społeczne. Do czynników medycznych zalicza się:

- niewydolność cieśniowo-szyjkową,
- nieprawidłowości w obrębie błon płodowych i łożyska (wady macicy, łożysko przodujące),

---

<sup>1</sup> Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

- choroby matki (nadciśnienie tętnicze, niewyrównana cukrzyca),
- ciąża wielopłodowa,
- zakażenia wewnątrzmaciczne.

Czynniki społeczne to głównie:

- uciążliwości wynikające z pracy,
- świadomość zdrowotna,
- status społeczny.

Ważną przyczyną porodu przedwczesnego jest zakażenie wewnątrzmaciczne. W takich przypadkach wzrasta ryzyko zakażenia płodu, co pogarsza rokowania co do jego przeżycia. Zakażenia te mogą wystąpić w różnych postaciach; zapalenie płuc, infekcja ogólna (posocznica), uszkodzenia struktur mózgu (istoty białej i naczyń) i może sprzyjać powikłaniom wielonarządowym u noworodka [1].

Natomiast do najczęstszych zakażeń wirusowych i pasożytniczych w ciąży należą zakażenia wirusem cytomegalii, zapalenia wątroby, ospy i półpaśca, toksoplazmoza i różyczka.

Wcześnieiki, których masa ciała po urodzeniu jest bardzo mała, wymagają leczenia w warunkach oddziały intensywnej terapii, ponieważ konieczna jest specjalna aparatura służąca do podtrzymywania i monitorowania funkcji życiowych. Przedwczesny poród powoduje, że fizjologiczny tor dojrzewania ulega zakłóceniu. Im bardziej skrócony jest okres życia płodowego, tym mniej dojrzałe jest dziecko po urodzeniu, a jego możliwości adaptacyjne do zmiennych warunków otoczenia są mniejsze [1]. Noworodek przedwcześnie urodzony ma niedojrzałe wszystkie układy, ale na pierwszy plan wysuwają się problemy oddechowe, ponieważ mogą powodować bezpośrednie zagrożenie życia. Noworodek, który urodzi się między 25. a 32. tygodniem ciąży jest narażony na zachorowanie na zespół zaburzeń oddychania. Inną patologią oddechową stwierdzaną u wcześniaków jest wrodzone zapalenie płuc. Przedwczesny poród jest jedną z głównych przyczyn wczesnego uszkodzenia mózgu. Następstwa kliniczne przedwczesnego porodu są tym poważniejsze, im bardziej skrócony jest okres płodowy. Najczęściej uszkodzenia dotyczą głównie istoty białej (J. C. Larroche). Głównymi czynnikami etiologicznymi są (wg Dehana, 1999): zawał krwotoczny – ok. 5%, leukomacja okołokomorowa 5–10%, krwawienia dokomorowe i podwyściółkowe 15–25%. Etiopatogeneza zaburzeń wewnątrzmoźgowych może być zarówno żylna, jak i tętnicza.

Następstwa kliniczne wczesnego uszkodzenia mózgu cechują się bardzo zróżnicowaną ewolucją, jednak najczęściej możliwa jest kompen-

sacja funkcjonalna i dostosowanie do prawidłowej egzystencji. W ciężkich przypadkach, kiedy uszkodzenia są rozległe, a opieka medyczna była niewystarczająco dostosowana, może dojść do poważnych objawów uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w dziedzinie ruchowej, poznawczej, mowy, w dziedzinie emocjonalnej i społecznej. Wczesna patologia mózgu jest sytuacją ryzyka, jednak nie przesądza automatycznie o trwałym uszkodzeniu mózgu i o konieczności rehabilitacji. Minimalne dysfunkcje mózgu dość często występują u dzieci przedwcześnie urodzonych. Dzieci te są często nadpobudliwe zarówno ruchowo, jak i emocjonalnie, wrażliwe, lękliwe, często mają trudności z jedzeniem. Mogą mieć również problemy z koncentracją uwagi, mową. W dziedzinie ruchowej są niezgrabne, powolne lub nadmiernie ruchliwe, mają zaburzenia koordynacji, równowagi i motoryki precyzyjnej.

W ostatnich latach nastąpił ogromny postęp wiedzy i techniki medycznej oraz rozwój metod diagnostycznych. Pozwoliło to znacznie ograniczyć umieralność w grupie dzieci urodzonych przedwcześnie oraz poprawić jakość i wyniki leczenia. Zmieniły się wymagania stawiane przed wielodyscyplinarnymi zespołami medycznymi. Coraz więcej uwagi zwraca się na różnorodne, długotrwałe skutki, jakie dla jakości rozwoju ma długotrwały pobyt w szpitalu, szczególnie na oddziale intensywnej terapii. Dzieci przedwcześnie urodzone wymagają specjalistycznego leczenia, indywidualnej pielęgnacji, opieki i stymulacji rozwojowej, ściśle dostosowanej do poziomu ich dojrzałości, stanu klinicznego i sygnalizowanych i przewidywanych potrzeb.

Zespół leczący stanowią lekarze, pielęgniarzy i fizjoterapeuci o najwyższych kwalifikacjach i z wieloletnim doświadczeniem [1]. Pielęgnacja noworodka przedwcześnie urodzonego opiera się na następujących zasadach:

- obserwacja połączona z dokładnym monitorowaniem podstawowych funkcji życiowych,
- zapewnienie odpowiedniej temperatury otoczenia,
- zapewnienie prawidłowej pielęgnacji dróg oddechowych,
- właściwe odżywianie,
- higiena ciała (częste zmiany pozycji złożeniowych, natłuszczanie skóry, ochrona przed nadmiernym hałasem i jaskrawym oświetleniem),
- ochrona przed zakażeniami,
- pomoc w wykształceniu więzi uczuciowej dziecko–rodzice.

Wcześnieaki źle tolerują wszelkie manipulacje, ponieważ większość czynności leczniczych stanowi dla niego źródło przykrych przeżyć. Dlatego czynności i zabiegi należy w miarę możliwości grupować, aby uniknąć częstego budzenia dziecka. Każdą czynność należy wykonywać delikatnie i powoli. W stosunku do małych i chorych wcześniaków obowiązuje zasada „minimalnej pielęgnacji” [2].

Jednym z istotnych elementów technicznych, które są coraz częściej stosowane na oddziałach noworodkowych intensywnej terapii, są tzw. „gniazdka”. Są one uformowane w kształcie rogala i wykonane z bawełny wypełnionej drobnymi kulkami poliuretanowymi. Dzięki plastyczności materiału można dowolnie dopasować wielkość, kształt i odpowiednie ułożenie do aktualnych potrzeb dziecka. „Gniazdko” mają za zadanie zapewnienie dziecku odpowiedniej pozycji złożeniowej i możliwości ruchu, działają przeciwoleżynowo oraz dają dziecku poczucie bezpieczeństwa i przestrzeni. Umożliwiają również stabilizację pozycji z zachowaniem odpowiedniego ułożenia głowy i całego ciała. Zapobiega to zniekształceniom czaszki oraz asymetrii ciała. Gniazdko dają też w dalszej perspektywie pomoc w rozwoju świadomości poczucia własnego ciała w przestrzeni (somatognozja). Roli „gniazdek” nie da się przecenić, jeżeli chodzi o korzyści dla bezpieczeństwa i rozwoju dziecka przedwcześnie urodzonego. Coraz częściej na oddziałach neonatologicznych obecni są fizjoterapeuci w celu nauczania personelu pielęgniarzkiego prawidłowego układania dziecka w gniazdkach.

Dzieci przedwcześnie urodzone mają problemy w przyjmowaniu pokarmu z uwagi na brak lub słabo wykształcony odruch ssania i połykania. Początkowo wcześniaki są odżywiane dożylnie za pomocą pompy precyzyjnie odmierzającej objętość płynów i preparatów odżywczych. Następnie karmi się mlekiem matki przez sondę dożołądkową. Kolejnym etapem jest podawanie pokarmu strzykawką [1, 2]. W celu szybszego wywołania odruchu ssania i połykania można zastosować masaż punktów neuromotorycznych wg Castillo Moralesa. Terapia stymulacyjna punktów neuromotorycznych twarzy ma również uaktywnić mięśnie mimiczne, spowodować ruchy związane z żuciem i artykulacją oraz kontrolę domykania jamy ustnej i cofanie języka [3]. Masaż ten można wprowadzić, gdy pozwala na to stan kliniczny dziecka (decyduje lekarz prowadzący).

Bardzo istotną sprawą jest wspieranie rodziców w okresie hospitalizacji dziecka. Ważne jest, aby personel medyczny stopniowo umożliwiał rodzicom angażowanie się w różne formy kontaktu z dzieckiem. Pokaza-

nie i wyjaśnienie, jak najlepiej dotykać dziecko przedwczesnie urodzone, by nie kojarzyło mu się z doznaniem bólowymi, umożliwienie rodzicom stosowanie kangurowania, stopniowe włączanie rodziców w zabiegi pielęgnacyjne oraz naukę karmienia. Takie postępowanie sprzyja pogłębianiu więzi emocjonalnej dziecko–rodzice oraz zmniejsza poczucie bezradności w kontaktach z dzieckiem [2].

Następstwem przedwczesnego porodu mogą być przejściowe i łagodne zmiany napięcia mięśniowego, asymetria ułożenia ciała, asymetria czaszki oraz inne objawy uszkodzenia mózgu. Dlatego ważna jest wczesna i prawidłowa diagnoza oraz rehabilitacja [4, 5, 6].

### Metoda Wojty

Dzięki diagnostyce opracowanej przez profesora Wojtę metodą neurokinezyologiczną można już w wieku wczesnoniemowlęcym wykryć zagrożenia rozwoju w tzw. grupach ryzyka, do których zalicza się dzieci przedwczesnie urodzone [6, 7]. Diagnostyka metodą Wojty uwzględnia: motorykę spontaniczną w naturalnym ułożeniu na brzuchu, ocenę wybranych odruchów prymitywnych i automatyzmów noworodkowych, reakcje złożeniowe ciała w przestrzeni w siedmiu prowokacyjnych próbach przeprowadzonych w określonej kolejności [6, 8]. Według Wojty diagnoza ma na celu wykrycie charakteru zaburzeń motorycznych. Wymaga ona kilkakrotnego badania i podania ilościowej oceny warunkującej podjęcie terapii [9]. Ocena ta zależy od ilości nieprawidłowych reakcji ułożeniowych: 1–2 reakcje nieprawidłowe – najłżejsze zaburzenia ośrodkowej koordynacji ruchowej, 4–5 nieprawidłowych reakcji – lekkie zaburzenia ośrodkowej koordynacji ruchowej, 6–7 nieprawidłowych reakcji – średnio-ciężkie zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej. Wojta odkrył również sposób odblokowania prawidłowego schematu ruchu przez stymulowanie kilku sfer na ciele dziecka, które ułożone jest w tzw. pozycji aktywizującej [8, 10]. Metoda Wojty bazuje na torowaniu (pobudzaniu pól koordynacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym) opartym na sumowaniu czasowym i przestrzennym. Należy podkreślić, że nie chodzi w tej metodzie o ćwiczenia określonej funkcji ruchowej, lecz o aktywizowanie grup mięśniowych niezbędnych do realizacji danej funkcji ruchowej, występującej w ramach globalnego wzorca odruchowej lokomocji [6, 10]. Ten wzorzec ruchowy jest kodowany w mózgu i w miarę rozwoju funkcji poznaw-

czych dziecka ułatwia spontaniczną aktywność ruchową. Metoda ta stymuluje rozwój psychoruchowy i sprzyja wypracowaniu prawidłowych wzorców postawy i ruchu. Usprawnianie metodą Wojty wymaga ułożenia dziecka w pozycji aktywizującej, która ułatwia osiągnięcie reakcji odruchowych podczas drażnienia odpowiednich sfer wyzwolenia. Globalne działanie stymulacji polega na odruchowym włączeniu poszczególnych mięśni do prawidłowego, zgodnego z fizjologicznym wzorcem ruchu [6, 11]. Stymulacja metodą Wojty wyzwala aktywne, ale nieświadome napięcie łańcuchów mięśniowych brzusznej i grzbietowej strony tułowia i dalej uaktywnia wokół stawów kulistych wszystkie współpracujące ze sobą grupy mięśniowe zginaczy i prostowników, rotatorów wewnętrznych i zewnętrznych, przywodzicieli i odwodzicieli. Jednoczesne napięcie tych mięśni pozwala na wyrównanie w nich stanu napięcia i wykonanie ruchu, który jest zwykle niemożliwy w spastyczności. U dzieci wiotkich ćwiczenia metodą Wojty stanowią trening siły, koordynacji i współpracy wszystkich grup mięśniowych. W trakcie stymulacji ośrodkowego układu nerwowego niemowlę otrzymuje liczne informacje za pośrednictwem receptorów mięśni i stawów, aktywizowanych zgodnie z prawidłowym wzorcem ruchowym. Pozwala to dziecku na budowanie właściwego schematu ciała. Stymulacja metodą Wojty prowadzi stopniowo do poprawy procesu automatycznego sterowania postawą i kontrolą ciała w przestrzeni, co pozwala na doskonalenie motoryki spontanicznej.

Wyzwalanie kompleksów ruchowych w trakcie stymulacji metodą Wojty wpływa nie tylko na motorykę ciała, lecz również pośrednio na funkcje całego organizmu zarówno na czynności układuvegetatywnego, jak i emocjonalnego, i czuciowego. Terapia, oprócz kształtowania ruchu, wpływa również na pracę układu oddechowego, pobudza krążenie, uczy poczucia ciała w przestrzeni. Czas leczenia usprawniającego, od rozpoczęcia stymulacji do uzyskania normalizacji rozwoju, zależy od wielu czynników: przede wszystkim od stopnia uszkodzenia mózgu, indywidualnych predyspozycji psychomotorycznych niemowlęcia, wieku, w jakim rozpoczęto stymulację oraz od systematyczności jej prowadzenia [6, 10, 11].

Stymulację metodą Wojty należy rozpocząć dopiero wtedy, gdy stan kliniczny dziecka na to pozwala. W trakcie terapii należy zapewnić pacjentowi wygodę, spokój i odpowiednią temperaturę otoczenia. Jest to bardzo ważne, ponieważ wcześniaki bardzo długo reagują niepokojem ruchowym i płaczem na gwałtowną zmianę pozycji ciała oraz zmianę

temperatury otoczenia [11]. Rozebranie dziecka, które jest konieczne do stymulacji metodą Wojty, może wywołać brak poczucia bezpieczeństwa. Podczas instruktażu należy uświadomić rodzicom te zasady i wyjaśnić, dlaczego ma to istotne znaczenie oraz nauczyć prawidłowej pielęgnacji, noszenia dziecka, trzymania podczas karmienia, układania w łóżeczku, aby zapobiec powstawaniu asymetrii ciała [6, 10, 14].

Usprawnianie metodą Wojty należy wprowadzać powoli, zaczynać od strefy piersiowej w I fazie do obrotu i półminutowej stymulacji. Czas trwania stymulacji i liczbę punktów stymulacyjnych stopniowo zwiększać i dostosować indywidualnie do potrzeb i stanu fizycznego dziecka. Instruktaż dla rodziców powinien być prowadzony w jasny i zrozumiały dla nich sposób, ponieważ to oni będą musieli wykonywać stymulację w domu i muszą być pewni swoich kompetencji [9, 11, 16, 17].

Rehabilitacja musi być systematyczna i ciągła, jeżeli ma osiągnąć zamierzony cel. Za wczesną i właściwie prowadzoną rehabilitacją przemawia fakt, że układ nerwowy dziecka do trzeciego roku życia jest w stadium dojrzewania i przejawia dużą plastyczność, co umożliwia łatwiejsze wytworzenie nowych łuków odruchowych [6, 16, 18].

Wyniki terapii nie zależą jedynie i wyłącznie od metody, ale także od predyspozycji i kompetencji terapeuty, atmosfery w domu rodzinnym, zaangażowania rodziców oraz stanu zdrowia dziecka. Częste infekcje, zakażenia i pobyty w szpitalu często przerywają ciągłość rehabilitacji i mają wpływ na zmniejszenie skuteczności metody Wojty [11, 14].

## **Metoda NDT-Bobath**

Oprócz metody Wojty, w przypadku wspierania rozwoju dziecka przedwcześnie urodzonego, stosowana jest metoda NDT-Bobath. Początki metody sięgają lat czterdziestych dwudziestego wieku. Metoda była modyfikowana równocześnie ze zdobywanymi doświadczeniami praktycznymi i osiągnięciami wiedzy medycznej. Zgodnie z koncepcją NDT podstawowym problemem w zaburzeniach ruchowych pochodzenia ośrodkowego jest brak korelacji między naturalną koniecznością rozwoju psychomotorycznego a niewystarczającymi możliwościami antygravitacyjnymi dziecka. Nieprawidłowy mechanizm antygravitacyjny jest objawem podstawowym. W obrazie klinicznym dominują zaburzenia procesów zdobywania i doskonalenia umiejętności funkcjonalnych [12, 13]. Zadaniem postępowania usprawniającego jest stworzenie wszechstronnego poten-

cjału sensomotorycznego w niepowtarzalnym rozwoju dziecka. Usprawnianie musi być oparte na rzetelnej znajomości przebiegu procesów neurofizjologicznych i patomechanizmu zaburzeń ruchowych pochodzenia ośrodkowego. Uruchamiając i właściwie wykorzystując naturalne zdolności reorganizacji funkcjonalnej niedojrzałego mózgu, można dokonać istotnych zmian w rozwoju psychomotorycznym i uzyskać pozytywne efekty.

Koncepcja metody NDT opiera się prawidłowym mechanizmie odruchu postawy, wariantowości i zmienności rozwoju psychomotorycznego oraz plastyczności mózgu. Celem metody NDT-Bobath jest wykształcenie prawidłowego mechanizmu antygravitacyjnego w oparciu o prawidłowe odruchy postawy. Usprawnianie tą metodą umożliwia zdobycie i rozwój prawidłowych wzorców posturalnych i motorycznych [12, 13]. Rehabilitacja tą metodą reguluje rozkład napięcia posturalnego oraz wpływa na kontrolę postawy ciała. Wpływa też na płynne, efektywne i ekonomiczne czynności ruchowe oraz udoskonala wzorce ruchowe zgodnie z sekwencją rozwojową. Charakterystycznymi cechami metody NDT-Bobath jest stosowanie dużej liczby odruchów, rozwojowy charakter ćwiczeń zmieniający się z możliwościami dziecka, hamowanie odruchów patologicznych. Terapeuta w tej metodzie ułatwia dziecku wykonywanie prawidłowego ruchu oraz hamuje niepożądane elementy ruchu. Nie ma gotowego zestawu ćwiczeń, ćwiczenia dostosowuje się indywidualnie do potrzeb i możliwości dziecka. W metodzie tej, w porównaniu z metodą Wojty, niezbędna jest współpraca dziecka z terapeutą podczas ćwiczeń [12, 13]. W terapii wykorzystuje się sprzęt rehabilitacyjny w postaci gumowych piłek, wałków różnej średnicy, kliny oraz zabawki z kolorowymi światełkami oraz dźwiękami w celu zachęcenia dziecka do wykonania danej sekwencji ruchu.

Jednym z następstw uszkodzenia mózgu może być również patologia wzroku: retinopatia wcześniacza, ślepotą korową, zanik nerwu wzrokowego. W tych przypadkach również rehabilitacja ruchowa musi być indywidualnie dostosowana do pacjenta i uwzględniać dodatkową dysfunkcję. Należy motywować do ruchu zabawkami z melodyjkami o różnym natężeniu dźwięku i zróżnicowanym natężeniu oraz zabawkami z różnokolorowymi światełkami, jeżeli dziecko ma widzenie szczerkowe [20].

Wśród dodatkowych metod autorzy wymieniają również kinezyterapię oddechową sposobem zwiększonego przepływu wdechowego. Jest to technika kinezyterapii oddechowej najbliższa warunkom fizjologicz-



nej ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych [15]. Pomocne są również inhalacje, oklepywanie i prawidłowe pozycje drenażowe. Techniki te powodują zmniejszenie częstotliwości zakażeń układu oddechowego i są pomocne w ich leczeniu oraz skracają czas trwania choroby.

W obecnych latach przywiązuje się większą wagę do szkoleń personelu medycznego w zakresie pielęgnacji i rehabilitacji wcześniaków, ponieważ są to pacjenci ze specyficznymi potrzebami i tylko kompleksowe działanie wykwalifikowanego personelu może dać szansę na lepszy rozwój. Metody postępowania z dziećmi przedwcześnie urodzonymi są ciągle ulepszone i modyfikowane [1, 21, 22]. Duże znaczenie ma także organizacja opieki profilaktyczno-leczniczej [5, 21, 22, 23]. Wzrasta również świadomość kobiet co do konieczności stałej opieki lekarskiej w czasie ciąży oraz higienicznego trybu życia. Zapobieganie porodom przedwczesnym i zmniejszenie częstości ich występowania jest priorytetowym działaniem w zmniejszeniu umieralności i zachorowalności niemowląt. Przy współczesnych standardach intensywnej opieki i terapii coraz więcej wcześniaków przeżywa, lecz istnieje większe ryzyko długotrwałych następstw zdrowotnych niż w grupie dzieci donoszonych [1, 24, 25, 26].

## Piśmiennictwo

1. Helwich E.: Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa. W: Wcześniak. Helwich E. (red.) PZWL, Warszawa, 2002, 14.
2. Szymczyk E.: Problemy pielęgnacji noworodków urodzonych przedwcześnie. W: Wcześniak. Helwich E. (red.) PZWL, Warszawa 2002, 96.
3. Kaczan T., Regner A.: Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa. [W:] Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju. Sadowska L. (red.) Wydawnictwo AWF, Wrocław 2001, 193.
4. Zawitkowski P.: Główne założenia programu wczesnej stymulacji i opieki rozwojowej noworodka i małego dziecka. [W:] Wcześniak. Helwich E. (red.) PZWL, Warszawa 2002, 144.
5. Kułakowska Z.: Wczesne uszkodzenia dojrzewającego mózgu – od neurofizjologii do rehabilitacji. Wydawnictwo Bifolium, Lublin 2003.
6. Sadowska L., Krefft A., Wiraszka A.: Ocena diagnostyki i stymulacji metodą Vojty dzieci z zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego. [W:] Neurokinetyczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego. Sadowska L. (red.) Wydawnictwo AWF, Wrocław 2001.

7. Zawistowski P.: Alternatywy wczesnej interwencji. [W:] Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu – od neurofizjologii do rehabilitacji. Kułakowska Z. (red.), Wydawnictwo Bifolium, Lublin 2003.
8. Hellbruge T.: Monachijska funkcjonalna diagnostyka rozwojowa, pierwszy rok życia. Antykwia, Kraków 1994.
9. Dytrych G.: Analiza rozwoju ruchowego dzieci urodzonych z niską masą urodzeniową stymulowanych metodą Wojty. *Neurol. Dziec.*, 2009, 18, 41–48.
10. Banaszak G.: Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Wojty. Ośrodek Wydawniczy Augustyne, Bielsko-Biała 2004.
11. Dytrych G.: Kontrowersje wokół metody Wojty – spojrzenie terapeuty. *Neurol. Dziec.*, 2008, 17, 59–62.
12. Nowotny J.: Podstawy fizjoterapii. Wydawnictwo Kasper, Kraków 2005, cz. III.
13. Domagalska M.: Rozwój koncepcji usprawniania neurorozwojowego – NDT-Bobath. [W:] Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju. Sadowska L. (red.), Wydawnictwo AWF, Wrocław 2004, 77.
14. Kiebzak W., Lubowiecka M.: Postawy diagnostyki i reedukacji psychomotorycznej w pierwszym roku życia. *Rehabil. Med.*, 2004, 4, 21–28.
15. Grabowska M., Szczepański M.: Postępowanie fizjoterapeutyczne u noworodka urodzonego przedwcześnie ze skrajnie niską masą urodzeniową – opis przypadku. *Neurol. Dziec. Supl. Zjazdowy*, 2007, 16, 105.
16. Grzeszczak S.: Rola rehabilitacji ruchowej w terapii osób niepełnosprawnych intelektualnie. [W:] Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Tom II, Janiszewska-Nieścioruk Z. (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2004.
17. Gajewska E., Samborski W.: Zastosowanie diagnostyki wg Wojty dla wczesnego wykrycia zaburzeń rozwoju. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej*, Szczecin 2006, 2, 101–104.
18. Sowa J.: Biofizjologiczne podłoże procesu rehabilitacji. [W:] Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Tom II, Janiszewska-Nieścioruk Z. (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2004.
19. Dołyk B.: Diagnostyka i terapia metodą Wojty we wczesnej interwencji. Zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej. *Polskie Stowarzyszenie Neurokinezyjologiczne Waclawa Wojty*, 2003, 209–219.
20. Kania J., Żółtaniecka M., Staniak I.: Wieloprofilowa rehabilitacja wcześniaków z uszkodzeniem mózgu. Metody wczesnej stymulacji rozwojowej oraz wspomaganie terapii. *Rehabilitacja w Praktyce*, 2008, 1, 14–16.
21. Brosowska B., Kowalczyk R.: Wcześniaki to wymagający pacjenci. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2008, 12, 24–25.
22. Gilbert W. M., Nesbitt T. S., Danielsen B.: The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. *Obstet. Gynecol.*, 2002, 102, 488–492.
23. Sawulicka-Oleszczuk H.: Organizacyjne możliwości zmniejszenia częstości porodów przedwczesnych. *Med. Wieku Rozwoj.*, 2003, 3, 35–39.

24. Semczuk-Sikora A., Sawulicka-Oleszczuk H.: Wybrane czynniki sprzyjające wystąpieniu zakażenia u przedwcześnie urodzonych noworodków. *Badania własne. Med. Wieku Rozwoj.* 2003, 3, 329–334.
25. Holcroft C., Blakemore K. J., Allen M. et al.: Association of prematurity and neonatal infection with neurologic morbidity in very low birth weight infants. *Obstern. Gynecol.*, 2003, 101, 1249.
26. Cieślak-Osik B.: Rehabilitacja noworodka przedwcześnie urodzonego. *Klin. Pediatr., Choroby Okresu Noworodkowego*, 2007, 15, 53–58.



Krystyna Kowalczuk<sup>1</sup>, Ewa Kozłowska<sup>2</sup>, Cecylia R. Łukaszuk<sup>1</sup>,  
Elżbieta Kajewska-Kułał<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>, Dorota Kondzior<sup>1</sup>,  
Beata Kowalewska<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>, Matylda Sierkowska<sup>1</sup>

## Jakość życia pacjentów kwalifikowanych do zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej

### Wstęp

W obecnych czasach nowoczesny oddział kardiologii inwazyjnej posiada doskonałe urządzenia techniczne oraz wysokospecjalistyczny zespół terapeutyczny.

Rozwój doskonałej kardiologii był bardzo długi i zyskał wielu zwolenników. Według literatury pierwsze cewnikowanie serca było wykonane przez Forssmana w roku 1929. Zabieg ten przeprowadził w wieku 25 lat na własnej osobie. Wprowadził cewnik urologiczny przez żyłę lewego zgięcia łokciowego do prawego przedsionka pod kontrolą RTG. Osiągnięcie jego zostało docenione dopiero po 12 latach [1].

Kolejnymi prekursorami kardiologii inwazyjnej byli Cournand i Richards. Ważnym osiągnięciem w rozwoju tej dziedziny medycyny było wprowadzenie technik nakłucia przezskórnego przez Sonesa, później przez Judkinsona, jak również wprowadzenie metody cewnikowania przy łożku chorego przez Swana i Ganza [1].

W 1977 roku Grüntzig przeprowadził jako pierwszy angioplastykę tętnicy wieńcowej, wykorzystując cewnikowanie serca jako metodę terapeutyczną.

Cztery lata później, w roku 1981 Rużyłło w Klinice Kardiologii w Aninie po raz pierwszy w Polsce przeprowadził zabieg angioplastyki [2].

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Klinika Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Od tego czasu powstają nowe pracownie hemodynamiczne, szybko rośnie liczba wykonywanych badań, które coraz bardziej stają się dostępne.

Angioplastyka tętnic wieńcowych jest to zabieg polegający na poszerzaniu zwężonych lub udrażnieniu zamkniętych tętnic serca za pomocą specjalnych baloników. Jest stosowany w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. Skutecznie likwiduje objawy dławicy piersiowej, czasami może zapobiegać zawałowi serca [3].

Głównym wskazaniem do wykonania angioplastyki jest co najmniej jedna angiograficznie widoczna zmiana miażdżycowa ( $> 50\%$  średnicy światła naczynia) z potwierdzeniem w badaniach klinicznych, jak i dodatkowych o występującym niedokrwieniu w obszarze mięśnia sercowego, zaopatrywanego przez te tętnicę. Kolejnym wskazaniem leczniczym są chorzy ze stabilną chorobą wieńcową, pacjenci z ostrym zespołem wieńcowym bez uniesienia odcinka ST, jak i z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST [1, 2, 3, 4].

Wskazaniem do diagnostycznego cewnikowania serca są przede wszystkim planowane zabiegi kardiologiczne, stany, w których nieinwazyjne metody nie wystarczają do sprecyzowania rozpoznania, jak również warunki intensywnej terapii [1].

Przeciwwskazania do zabiegu PTCA można podzielić na bezwzględne i względne. Do pierwszych z nich należą: brak zgody pacjenta na badanie, jak również brak istotnej zmiany w świetle naczynia.

Do przeciwwskazań względnych należą przede wszystkim [1, 3]:

- ciężka niewydolność krążenia, która nie pozwala pacjentowi na przebywanie w pozycji leżącej,
- ciężkie nadciśnienie tętnicze – z powodu ryzyka niedokrwienia mięśnia sercowego, wystąpienia niewydolności krążenia lub krwawienia z miejsca wkłucia,
- alergia na środek cieniujący, w takim przypadku należy wcześniej przygotować pacjenta za pomocą steroidów,
- niewydolność nerek – u tych pacjentów należy ograniczyć ilość podawanego środka cieniującego podczas zabiegu, jak również monitorować bilans płynów,
- nawracający częstoskurcz komorowy lub migotanie komór
- brak możliwości zastosowania kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej,
- zaburzenia krzepnięcia, stany nadkrzepliwości krwi w celu wykonania badania należy znormalizować układ krzepnięcia,
- przewlekła niedrożność żylnego pomostu aortalno-wieńcowego,

- wystąpienie tzw. zmiany granicznej (zweżenie 50–70% średnicy światła naczynia), bez jednoznacznych danych klinicznych, które wskazywałyby na niedokrwienie obszaru unaczynionego przez zweżone naczynie,
- znaczne upośledzenie funkcji lewej komory – u tych pacjentów istnieje ryzyko wystąpienia wstrząsu kardiogennego w przypadku zamknięcia naczynia

Zabiegi angioplastyki tętnic wieńcowych związane są z niewielkim ryzykiem powikłań, których nie wolno jednak zlekceważyć. Występowanie ich nie jest do końca wyjaśnione. Uznaje się, że na ich wystąpienie mają wpływ takie czynniki, jak doświadczenie osoby wykonującej badanie oraz stopień i rodzaj zaawansowania choroby [1, 5, 6].

Powikłania PTCA można podzielić na wczesne i późne. Do wczesnych zalicza się powikłania zabiegowe. Są to przede wszystkim: zgon, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, nefropatia kontrastowa, konieczność pilnej rewaskularyzacji operacyjnej, perforacja serca lub dużych naczyń, krwiak zaotrzewnowy. Do późnych zaś zalicza się: restenozę, całkowite zamknięcie naczynia [2, 3].

**Zgon** – ryzyko zgonu wzrasta w przypadku zwężenia głównego pnia lewej tętnicy wieńcowej, zmniejszonej frakcji wyrzutowej lewej komory poniżej 30%, zamknięcia tętnicy wieńcowej, u osób powyżej 75. r.ż., u kobiet, chorych na cukrzycę. Ogromne zagrożenie występuje również u chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego, z chorobą wielonaczyniową, niewydolnością nerek. U tych pacjentów należy ograniczyć ilość podanego środka kontrastowego. Kontrolować należy podstawowe parametry życiowe [1, 2, 3, 7].

**Zawał serca** – występuje u około 4–8% chorych. Rozpoznaje się go w ciągu 24 h od zakończonego badania. Około zabiegowy zawał mięśnia sercowego jest jednym z najbardziej niebezpiecznych powikłań przezskórnych interwencji wieńcowych [2].

Według definicji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zawał mięśnia sercowego rozpoznaje się wówczas, gdy obrazowi klinicznemu ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego towarzyszy typowy wzrost i następnie spadek markerów martwicy mięśnia sercowego [1, 8].

**Nefropatia kontrastowa** – spowodowana kontrastem, definiuje się jako bezwzględny wzrost stężenia kreatyniny o  $> 0,5$  mg/dl lub względny o  $> 25\%$ , który pojawia się w ciągu 24–48 godzin, do 3–5 dni od zastosowania kontrastu. W większości przypadków u pacjentów stężenie kreatyniny powraca do normy po około 10–20 dni. Czasami po-

ziom kreatyniny ustala się na nowym, nieco wyższym poziomie w stosunku do wyjściowego stężenia kreatyniny. W nielicznych przypadkach pacjenci z rozpoznanym CIN mogą wymagać leczenia nerkozastępczego [2, 8, 9].

Do czynników ryzyka nefropatii kontrastowej zależnych od chorego należą: upośledzenie filtracji kłębuszkowej ze wzrostem stężenia kreatyniny  $> 1,5$  mg/l, cukrzyca, nefropatia cukrzycowa, podeszły wiek  $> 75$ . r.ż., odwodnienie, hipotensja, niska frakcja wyrzutowa serca, zastoinowa niewydolność serca – zwłaszcza IV klasa wg NYHA, nadciśnienie tętnicze, wstrząs kardiogeny, szczególnie z zastosowaniem kontrastopulsacji wewnątrzaoortalnej, niedokrwistość (hematokryt  $< 39\%$  u mężczyzn,  $< 36\%$  u kobiet), hipoalbuminemia ( $< 3,5$  g/l), leki neurotoksyczne, np. niesteroidowe leki przeciwzapalne, aminoglikozydy [6, 8].

Należy zapobiegać wystąpieniu nefropatii kontrastowej poprzez zidentyfikowanie pacjentów z grupy ryzyka i wdrożeniu właściwego leczenia przygotowawczego. Do działań zapobiegających kontrastowej niewydolności nerek należy: stosowanie niskoosmolarnych środków kontrastowych, ograniczenie ilości podawanego środka kontrastowego poniżej 150 ml, odstawienie leków z grupy NLPZ, diuretyków, ACE inhibitorów, metforminy na czas 1–2 dni przed zabiegiem, podanie NaCl 0,9% z dodatkiem  $\text{NaHCO}_3$ , optymalizacja stanu hemodynamicznego, ograniczenie częstych badań u pacjentów bez/z cukrzycą  $< 48$  godzin, z cukrzycą i/lub niewydolnością nerek  $< 72$  godziny [3, 18].

**Udar mózgu** – występuje przeważnie po 48 h od chwili zabiegu. Udar mózgu definiowany jest jako nagłe wystąpienie mniej lub bardziej nasilonych objawów ogniskowych uszkodzenia mózgu, powstałych w wyniku zaburzeń krążenia mózgowego. Jest dość rzadkim powikłaniem, powoduje jednak bardzo poważne konsekwencje i może doprowadzić do zgonu. U niektórych pacjentów może pozostawić trwałe następstwa w postaci niedowładów, porażień, zaburzeń czucia lub widzenia. Podłożem udaru może być zator lub zakrzep tętnic mózgowych [2, 7, 9].

Udar niedokrwienny mózgu, jako powikłanie badania może powstawać na skutek kilku mechanizmów. Są to: zator, zakrzep, zaburzenia hemodynamiczne, w wyniku podania środka cieniującego. Materiałem zatorowym są najczęściej skrzepliny przyścienne zlokalizowane w aorcie wstępującej lub łuku aorty, oderwane blaszki miażdżycowe, zwapnienia oderwane z zastawki aortalnej, które są przenoszone w trakcie interwencji na końcu przewodnika lub cewnika diagnostycznego. Materiałem zatoro-



wym może być również powietrze, które dostało się do organizmu przez nieszczęsny układ wykorzystywanych narzędzi [7, 10].

**Zakrzep** – zmiany zakrzepowe mogą powstawać w dużych tętnicach domózgowych, gdy u ich ujścia była umiejscowiona blaszka miażdżycowa i została uszkodzona przez cewnik diagnostyczny lub prowadnik. Gdy wcześniej w otoczeniu zwężonej tętnicy wytworzyło się krążenie oboczne, to gwałtowne jej zamknięcie może przebiegać zupełnie bezobjawowo.

Zaburzenia hemodynamiczne w następstwie spadku rzutu serca wywołanego podaniem kontrastu do naczyń wieńcowych, zaburzenia rytmu pracy serca lub w wyniku nadmiernego obniżenia ciśnienia tętniczego krwi, u osób ze zmianami w obrębie tętnic mózgowych i domózgowych doprowadzają do dekompensacji mechanizmów wyrównawczych i powstania niedokrwienia [8, 11].

Udar mózgu powstały po koronarografii ma najczęściej tło niedokrwienne wywołane zatorom. Natomiast udar powstały po PTCA naczyń wieńcowych może mieć charakter niedokrwienno lub krwotoczny, związane jest to z leczeniem przeciwzakrzepowym. W przypadku podejrzenia udaru należy jak najszybciej wykonać badania diagnostyczne, w celu określenia jego przyczyny i charakteru. Następnie w zależności od podłoża należy rozpocząć leczenie [2, 12].

**Zatorowość** – nagłe zamknięcie światła naczynia powoduje ostre niedokrwienie danego naczynia lub grupy organów, a z czasem doprowadza do martwicy komórek i powstania zawału. Mechanizmy prowadzące do powstania zatorów obwodowych po zabiegach inwazyjnych są zbliżone do mechanizmów prowadzących do zatorów mózgowych [1, 2, 13].

**Tamponada serca** – jest to gromadzenie się krwi w worku osierdziowym, ze znacznym wzrostem ciśnienia wewnątrzosierdziowego i zaburzeniami hemodynamicznymi całego serca, i jest zawsze zagrożeniem dla życia pacjenta [1, 13].

Tamponada serca jest najczęściej konsekwencją perforacji tętnicy wieńcowej, spowodowanej sprężetem stosowanym podczas zabiegów PCI. Bezpośrednie przyczyny perforacji to przedziurawienie tętnicy przez prowadnik angioplastyczny lub zastosowanie balonu (stentu) o zbyt dużej średnicy w stosunku do poszerzanego naczynia wieńcowego [4, 8].

Do czynników tamponady serca należą między innymi: podeszły wiek, płeć żeńska, choroba wielonaczyniowa, zabiegi z zastosowaniem ro-

tablacji, aterektomii kierunkowej oraz technik laserowych, zabiegi udrażniania przewlekłych okluzji [1, 3, 14, 15].

Tamponadę serca można podzielić na [13]:

- wczesną – tamponada serca zdiagnozowana w trakcie przeprowadzania zabiegu PCI na podstawie obrazu angiograficznego, z szybko narastającymi objawami klinicznymi.
- późną – objawy kliniczne tamponady rozwijają się powoli (z opóźnieniem) w ciągu kilku godzin po zabiegu, czasami nawet po 24–36 godz. [13].

Podstawowym postępowaniem w przypadku wystąpienia tamponady serca jest ciągłe monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, ośrodkowego ciśnienia żylnego, zapisu EKG oraz jak najszybsze wykonanie echokardiogramu. Kolejnymi działaniami stosowanymi w leczeniu tamponady są:

- wdrożenie postępowania farmakologicznego,
- wykonanie nakłucia worka osierdziowego po kontrolą ultrasonograficzną lub angiograficzną i ewakuacja (usunięcie) krwi,
- wykonanie przezskórnych zabiegów w celu jak najszybszego zamknięcia wrót perforacji tętnicy wieńcowej i zahamowanie gromadzenia się krwi w worku osierdziowym,
- jeżeli wyżej wymienione działania nie przyniosły poprawy należy skierować pacjenta do leczenia kardiochirurgicznego [13].

**Powikłania miejscowe, naczyniowe** – zabiegi inwazyjne wykonywane są z dostępu naczyniowego, poprzez nakłucie tętnicy obwodowej i wprowadzenie na czas badania do jej światła koszulki naczyniowej. Z uwagi na wysokie wartości ciśnienia krwi panujące w układzie tętniczym uzyskanie homeostazy po zabiegu jest utrudnione i wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań miejscowych. Gdy zostanie usunięta koszulka naczyniowa ze światła naczynia rozpoczyna się proces gojenia pozostałego otworu w tętnicy. Wytwarza się skrzep, który ulega organizacji i gojeniu. Duże znaczenie ma elastyczność ścian tętnicy powodująca obkurczenie się zmniejszenie otworu po nakłuciu [15]. Do najczęstszych powikłań miejscowych spotykanych po zabiegach koronarograficznych należą: podbiegnięcia krwawe, krwawienie zaotrzewnowe, tętniak rzekomy, przetoka tętniczo-żylna.

Czynniki ryzyka występowania powikłań miejscowych to: starszy wiek, otyłość, płeć żeńska, wysokie ciśnienie skurczowe w trakcie usuwania koszulki naczyniowej (> 160 mmHg), kilkakrotne nakłucie tętnicy, średnica koszulki naczyniowej, przedłużony czas pozostawienia koszulki

naczyniowej, stosowanie inhibitorów receptora GP IIb/IIIa, podawanie koagulantów lub heparyny przed zabiegiem, niewłaściwa homeostaza po usunięciu koszulki naczyniowej [3, 12, 14].

**Podbiegnięcie krwawe** – nakłucie tętnicy udowej wiąże się z ryzykiem wystąpienia krwiaka. Charakter i rozmiar jego może być różny, od niewielkiego wynaczynienia podskórnego krwi do dość dużego wylewu krwawego. Krwiaki o dużych rozmiarach mogą przebiegać z anemizacją organizmu, ponieważ przestrzeń międzypowięziowa może pomieścić nawet do 1 litra wynaczynionej krwi. Wówczas określa się je jako duże powikłanie krwotoczne, które jest definiowane jako spadek poziomu hemoglobiny (Hb) o 3–5 g/dl lub potrzebą transfuzji krwi. W przypadku wystąpienia podbiegnięcia krwawego stosuje się leczenie zachowawcze [1, 3, 8].

**Krwiak zaotrzewnowy** – to krwawienie do przestrzeni położonej poza jamą otrzewnową. Krwawienie zaotrzewnowe jest bardzo niebezpieczne z powodu słabo nasilonych objawów. Przestrzeń zaotrzewnowa może pomieścić znaczną objętość wynaczynionej krwi, dlatego tak ważne jest szybkie postawienie rozpoznania i wdrożenie odpowiedniego leczenia [3, 5].

Do objawów krwiaka zaotrzewnowego należą: hipotonia spowodowana hipowolemią, szybki spadek poziomu hematokrytu i hemoglobiny w obrazie morfologii krwi, napięcie i tkliwość powłok brzusznych, ból w dole brzucha, w okolicy pachwiny lub plecach, zewnętrzny krwiak w pachwinie, pocenie się, bradykardia, nudności, parcie na mocz, neuropatia udowa [3, 5].

**Tętniak rzekomy** – powstaje po usunięciu koszulki naczyniowej z tętnicy udowej, jest to patologiczne połączenie tętnicy udowej z otaczającą tkanką włóknisto-mięśniową, powodujące powstanie jamy wypełnionej krwią. Składa się on z szyi, która znajduje się w niezasklepionym miejscu po usunięciu koszulki naczyniowej oraz jamy. Przeważnie szyja tętniaka ma średnicę zbliżoną do średnicy koszulki hemostatycznej. Podejrzanie tętniaka rzekomego następuje w sytuacji, gdy pacjent zgłasza ból w okolicy nakłucia z wyczuwalnym pulsowaniem. W celu potwierdzenia rozpoznania wykonuje się dopplerowskie badanie ultrasonograficzne. Postępowanie lekarskie skierowane jest na usunięcie nieprawidłowego połączenia i wykrzepienie jamy tętniaka [7, 12, 13, 14, 15].

**Neuralgia udowa** – na wystąpienie neuralgii udowej najbardziej narażone są osoby z otyłością i z wodobrzuszem. Należy ona do grupy, której powodem jest ucisk wywierany na nerw przez otaczające tkanki. Etiologia neuralgii wtórnej może być urazowa lub jatrogenna. Najczęściej

wiąże się z kompresją nerwu udowego przez krwiak powstały w okolicy nakłucia tętnicy udowej lub na skutek odczynu zapalnego, obrzęku, jak również niedokrwienia spowodowanego zakrzepicą tętnicy udowej. Neuralgia udowa występująca po zabiegach inwazyjnych może być konsekwencją długotrwałego mechanicznego ucisku tej okolicy przez opaskę elastyczną [3, 15].

W neuralgii udowej dominującym objawem jest ból pachwiny i wewnętrznej powierzchni uda, który ma charakter: silny, palący i stały. Przyjmuje momentami charakter napadowego prądu przebiegającego przez udo. Ból promieniuje często od pachwiny w dół uda, wzdłuż przebiegu nerwu. Nasila się przy chodzeniu, w pozycji stojącej lub przepracowaniu stawu biodrowego. Zgięcie kończyny dolnej w stawie biodrowym przynosi ulgę. Objawy utrzymują się do kilku dni, ustępują dość szybko, rzadko przyjmują charakter przewlekły. Postępowanie lecznicze polega na usunięciu przyczyny i zastosowaniu środków przeciwbólowych [3, 5].

**Ponowne zwężenie naczynia – restenoza** – występuje ona od 3 do 6 miesięcy po zabiegu. Przyczyną jest: reakcja odbicia sprężystego, niekorzystny typ przebudowy naczynia, proliferacja włóknisto-mięśniowa. Jeżeli wystąpią objawy niedokrwienia mięśnia sercowego może to sugerować restenozę. Rozpoznanie możliwe jest tylko na podstawie koronarografii. Zapobieganie polega przede wszystkim na optymalnym poszerzaniu naczynia i upowszechnianiu wszczepiania stentów. Działaniami w przypadku rozpoznania restenozy są: zwalczanie czynników ryzyka i opanowanie objawów, leczenie inwazyjne (wszczepienie stentów, śródnaczyniowa brachyterapia wieńcowa poprzedzona angioplastyką, aterektoomia kierunkowa, wykonanie CABG) [10, 11, 12, 13].

## **Cel pracy**

Celem pracy było porównanie jakości życia pacjentów przed i po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych.

## **Materiał i metodyka badań**

Badania przeprowadzono w 2008 roku wśród 100 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

## Wyniki

Badaniu ankietowemu poddano 100 losowo wybranych osób obu płci, hospitalizowanych w Klinice Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Respondenci biorący udział w badaniu byli po zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 62%, zaś kobiety – 38%. Największy odsetek (29%) mężczyzn liczyła grupa w przedziale 61–80 lat, zaś wśród kobiet 19% (tabela 1). Największą grupę respondentów stanowili mieszkańcy dużych miast powyżej 100 tys. mieszkańców – 42%. W małych miastach mieszkało 34%, a najmniej liczną grupę stanowili mieszkańcy wsi – 24% respondentów. Najliczniejszą grupę stanowią osoby posiadające wykształcenie zawodowe – 33%, następnie osoby z wykształceniem średnim – 32% oraz osoby posiadające tylko podstawowe wykształcenie – 24%. Najmniej liczną grupę stanowili chorzy z wykształceniem wyższym – 11%.

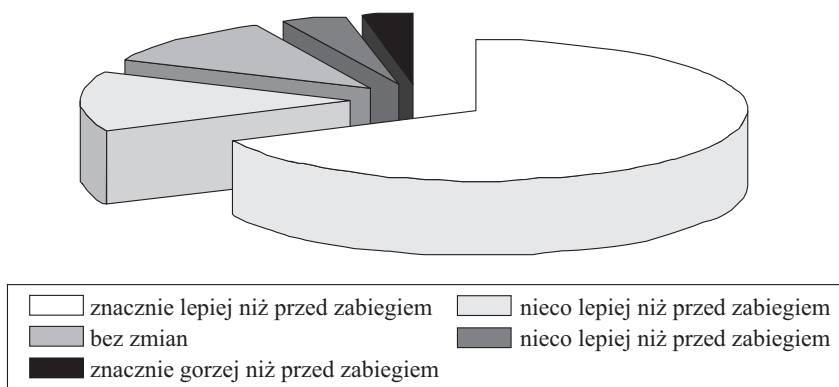
**Tabela 1. Przedział wiekowy ankietowanych**

Przedział wieku	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Do 50 lat	5	5%	8	8%	13	13%
51–60 lat	8	8%	21	21%	29	29%
61–80 lat	19	19%	29	29%	48	48%
Powyżej 81 lat	6	6%	4	4%	10	10%
Ogółem	38	38%	62	62%	100	100%

Średnia wieku badanych wyniosła  $64,8 \pm 11,9$  (śr $\pm$ SD)

Badania własne wykazały, iż 65% respondentów chorowało na nadciśnienie tętnicze, a 67% na chorobę wieńcową. W podanej populacji 13% respondentów nie potrafiło określić czy rozpoznano u nich nadciśnienie tętnicze, zaś 17% nie posiadało wiedzy dotyczącej rozpoznania choroby wieńcowej.

W obecnych badaniach ankietowani dokonywali subiektywnej oceny swojego stanu po zabiegu PTCA względem stanu zdrowia przed zabiegiem. Większość ankietowanych, 82% uznało, że stan zdrowia im się polepszył, 68% z nich wskazało nawet na znaczne polepszenie stanu zdrowia. Ankietowani, którzy nie odczuli poprawy zdrowia stanowili 11%.

**Ryc. 1. Subiektywna ocena stanu zdrowia przed i po zabiegu**

Pogorszenie stanu zdrowia wskazało niewiele osób – 4% respondentów stwierdziło, iż nastąpiło lekkie pogorszenie, zaś 3% stan zdrowia określiło jako gorszy niż przed zabiegiem PTCA (ryc. 1).

Wśród ankietowanych mężczyzn 60,6% miało wykonaną angioplastykę tętnic wieńcowych, a 51,6% badanie koronarograficzne. W grupie kobiet 39,5% miało wykonaną koronarografię, a 18,4% zabieg PTCA. Łącznie 91,1% ankietowanych miało wcześniej badanie koronarograficzne, zaś 49,1% zabieg angioplastyki. Oba zabiegi inwazyjne miało 43,2% ankietowanych, z czego 15,8% to kobiety, a 27,4% mężczyźni (tabela 2).

**Tabela 2. Typ zabiegu inwazyjnego**

	badanie koronarograficzne		zabieg angioplastyki		badanie koronarograficzne i zabieg angioplastyki	
	N	%	N	%	N	%
kobiety	15	39,5	7	18,4	6	15,8
mężczyźni	32	51,6	19	30,6	17	27,4
ogółem	47	47,0	26	49,1	23	23,0

\* liczby nie sumują się do 100 ponieważ istniała możliwość udzielenia kilku odpowiedzi przez ankietowanego

Badania własne wykazały, iż przed zabiegiem angioplastyki tętnic wieńcowych dolegliwości bólowe z różnym nasileniem występowały u wszystkich respondentów. 34% ankietowanych twierdziło, iż dolegliwości bólowe pojawiały się podczas wykonywania niewielkich wysiłków

(III stopień bólów dławicowych). Bóle wieńcowe IV stopnia występowały u 30% respondentów. Natomiast bóle I stopnia pojawiające się podczas dużych wysiłków dotyczyły 14% ankietowanych (tabela 3).

**Tabela 3. Subiektywna ocena stopnia występowania bólów dławicowych przed zabiegiem**

Dolegliwości bólowe	N	%
I stopień	14	14
II stopień	22	22
III stopień	34	34
IV stopień	30	30
Ogółem	100	100

Badania własne wykazały, że 47% ankietowanych odczuwała niewielkie bóle dławicowe pojawiające się podczas wykonywania codziennych czynności. W badanej populacji 32% respondentów odczuwała ból podczas wykonywania dużych wysiłków. Niewielki odsetek ankietowanych (4%) odczuwało bóle dławicowe w spoczynku.

Ankietowani hospitalizowani w Klinice Kardiologii Inwazyjnej mieli za zadanie określenie natężenia bólu okołozabiegowego za pomocą skali VAS, zaznaczając wartości liczbowe od 0 do 10 stopni. 18% ankietowanych określiło natężenie bólu w stopniu 3, 14% respondentów określiło dolegliwości bólowe w stopniu 4. Najmniejszy odsetek ankietowanych 2% odczuwało ból w stopniu 0.

## Dyskusja

Badania nad jakością życia koncentrują się głównie na tym, w jaki sposób wystąpienie choroby i związane z nią leczenie wpływa na funkcjonowanie człowieka. Stanowi to ważne źródło wiedzy o samopoczuciu chorego i jego problemach

Badania własne wykazały, iż większość ankietowanych (62%) stanowili mężczyźni. Analiza danych literaturowych potwierdza, iż mężczyźni częściej niż kobiety zapadają na chorobę wieńcową i poddawani są zabiegowi angioplastyki tętnic wieńcowych [16, 17].

Potwierdzenie uzyskujemy w badaniach Wilczyńskiej, która analizowała występowanie choroby wieńcowej serca u chorych na cukrzycę

typu 2 poddanych leczeniu inwazyjnemu. Badaniem objęła grupę stanowiącą 505 chorych. Wśród jej ankietowanych zdecydowaną większość stanowili mężczyźni – 93% [18].

W pracy Celińskiego dotyczącej leczenia inwazyjnego wśród ankietowanych również przeważali mężczyźni – 66% [19, 20].

Badania własne wykazały, iż największy procent badanych stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 61–80 lat – 48% oraz 51–60 lat – 29%. Otrzymane wyniki potwierdzają, że choroba wieńcowa występuje najczęściej w piątej i szóstej dekadzie życia [11]. W obecnych badaniach najliczniejszą grupę ankietowanych stanowili mieszkańcy miast – 76%. Pozostałą część stanowili mieszkańcy wsi – 24%. Według Kozłowskiej mieszkanie w aglomeracjach miejskich nie sprzyja zdrowemu stylowi życia. Stres, ciągły pośpiech, hałas, brak aktywności fizycznej to czynniki istotnie wpływające na zachorowalność osób na chorobę wieńcową [21].

Z analizy wyników badań wynika, iż większość respondentów (68%), dokonując oceny stanu swojego zdrowia po zabiegu PTCA określiła go jako znacznie lepszy niż przed zabiegiem. Otrzymane wyniki znajdują potwierdzenie w badaniach Celińskiego. Badał on wpływ leczenia inwazyjnego lub zachowawczego na jakość życia chorych z rozpoznanymi ostrymi zespołami wieńcowymi. Badania zostały przeprowadzone wśród 210 chorych. Posłużył się on analizą dokumentacji medycznej oraz kwestionariuszem SF-36, który stosowany jest do oceny stanu zdrowia. Wykazał, że jakość życia badanej populacji uległa znacznej poprawie po leczeniu inwazyjnym [19].

Z badań własnych wynika, iż 65% ankietowanych przed zabiegiem chorowało na nadciśnienie tętnicze, a 67% miało rozpoznaną chorobę wieńcową serca.

Z badań Karpiuk przeprowadzonych w Klinice Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku wśród 50 losowo wybranych pacjentów, u których zostało przeprowadzone badanie koronarograficzne i/lub zabieg przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych wynika, iż do najczęściej występujących chorób u ankietowanych należało: nadciśnienie tętnicze (82%), choroba niedokrwienna serca (78%) oraz przebyty zawał mięśnia sercowego (52%) [22].

W badaniach Derkacza, który analizował krótkotrwałe leczenie chorych na nadciśnienie tętnicze z incydentem ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST, poddanych zabiegowi angioplastyki nadciśnienie stwierdził w 75% wszystkich analizowanych respondentów (721 osób) [23].



## Wnioski

1. Większość ankietowanych jakość własnego życia przed zabiegiem operacyjnym określiła jako gorszy niż po zabiegu operacyjnym.
2. Choroby współistniejące występowały w porównywalnym stopniu zarówno u kobiet, jaki mężczyzn.

## Piśmiennictwo

1. Detler M., Schofer J.: Kardiologia inwazyjna. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998, 1–84.
2. Wysocki H.: Sekrety Kardiologii Interwencyjnej. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2006, 109–113.
3. Szcześniak P., Kręcki R., Hoffman E.: Jakość życia chorych z wielonaczyniową chorobą wieńcową. *Farmacja Współczesna*, 2008, 1, 11–15.
4. Dobrzycki S., Gugała K., Prokopczuk P.: Angioplastyka w świeżym zawale mięśnia sercowego z implantacją Steniu, blokadą receptora GP IIa/III i dowieńcowym podaniem t-PA. *Kardiologia po dyplomie*, 2003, 2, 88–90.
5. Sigmund S., Per A., Francisco F.: Przezskórne interwencje wieńcowe. Wytyczne postępowania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ECS). *Kardiologia Polska*, 2005, 63, 265–306.
6. Czerwieński F., Krechowicki A., Tomasiuk E.: Anatomia człowieka w zarysie. Wydawnictwo Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin 2005, 25–50.
7. Detler M., Schofer J.: Kardiologia inwazyjna. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998, 1–84.
8. Dłużniewski M., Mamcarz A., Krzyżak P.: Kardiologia praktyczna dla lekarzy rodzinnych i studentów medycyny. Tom III. Akademia Medyczna, Warszawa 2003, 420–437.
9. Wilczyńska I., Horszczaruk G.: Postępowanie z chorymi po zabiegach rewaskularyzacji wieńcowej. *Terapia*, 2000, 8, 18–22.
10. Witkowski A., Poloński L.: Przezskórna angioplastyka wieńcowa w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. *Kardiologia Polska*, 2005, 63, 309–535.
11. Wysoki H.(red): Kardiologia. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 1999, 34–62.
12. Swanton R.: Kardiologia praktyczna. Wyd. L-medica press, Bielsko Biała 1994, 550–562.
13. Kośmider M., Wójcik J.: Powikłania Koronarografii i Koronaroplastyki. Zapobieganie, rozpoznanie, leczenie. Wyd. Medyczne Termedia, Poznań 2007, 5–30.
14. Kokot F.: Choroby wewnętrzne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 213–310

15. Braunwald E., Goldman W.: Kardiologia. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005, 126–134.
16. Pędich W.: Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa 1999, 67–70.
17. Zembala M. (red.): Chirurgia naczyń wieńcowych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 71–76, 100–104.
18. Wilczyńska M., Moczulski D., Grzeszczak W.: leczenie inwazyjne choroby wieńcowej u chorych na cukrzycę typu 2 po zawale. Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna, 2003, 3, 249–254.
19. Celiński R.: Wpływ leczenia inwazyjnego lub zachowawczego na jakość chorych z rozpoznanymi ostrymi zespołami wieńcowymi. Przegląd Lekarski, 2008, 15, 320–325.
20. Giec L. (red.): Leczenie choroby niedokrwiennej serca. Via Medica, Gdańsk 2000, 8–185.
21. Kozłowska-Wojciechowska M.: Leczenie dietetyczne skierowane na wybrane nielipidowe czynniki ryzyka choroby wieńcowej. Medycyna po Dyplomie, 2004, 94, 115–117.
22. Karpiuk M.: Analiza częstości powikłań po zabiegach przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych. Praca magisterska. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2008.

Matylda Sierakowska<sup>1</sup>, Katarzyna Siniakowicz<sup>2</sup>, Halina Doroszkiewicz<sup>3</sup>,  
Jolanta Lewko<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczuk<sup>1</sup>, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>,  
Barbara Jankowiak<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>

## Ocena jakości życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów obwodowych, akceptacji niesprawności i umiejętności radzenia sobie w chorobie

### Wstęp

Zmiany zwyrodnieniowe stawów należą do najczęściej spotykanych i najbardziej uciążliwych problemów zdrowotnych wieku średniego i podeszłego, stanowiąc najczęstszą przyczynę dolegliwości ze strony narządu ruchu, obniżonej sprawności i trudności w funkcjonowaniu w życiu codziennym [1, 2, 3].

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) (ang. *osteoarthritis* – OA) charakteryzuje się przewlekłym procesem destrukcji chrząstki stawowej i podchrzęstnej warstwy kostnej, współistniejącym z procesami naprawczymi. Zmianom towarzyszyć może wtórnie proces zapalny błony maziowej. Choroba obejmuje wszystkie tkanki stawu [2].

Podstawowym problemem klinicznym jest ból stawów, pojawiający się przy ruchach i postępująca deformacja, i dysfunkcja stawu, manifestująca się upośledzeniem ruchomości.

Choroba zwyrodnieniowa stawów dotyczy populacji w starszym wieku, choć może stanowić poważny problem zdrowotny także u osób przed 50-tym rokiem życia. Cięższe postaci choroby częściej dotyczą kobiet. Postać ChZS z zajęciem stawów kolanowych i biodrowych jest główną przyczyną inwalidztwa osób starszych [4].

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży w Białymstoku

<sup>3</sup> Klinika Geriatryczna Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

W postępowaniu terapeutycznym należy dążyć do usunięcia lub przynajmniej minimalizacji przyczyn schorzenia, leczenia samego procesu chorobowego, jak i jego następstw. Leczenie powinno być zindywidualizowane, oparte w pierwszym rzędzie na metodach nefarmakologicznych, gdzie szczególną wagę przypisuje się edukacji pacjenta, redukcji masy ciała, ćwiczeniom kinezyterapeutycznym i fizykoterapii oraz zaopatrzeniu w pomoce ortopedyczne i sprzęt ułatwiający poruszanie się i samoobsługę [6, 7, 8].

Standardy leczenia opracowane przez American College of Rheumatology (ACR, raport z 2000 roku), wskazują na ważność samoopieki, właściwego stylu życia i rehabilitacji w ChZS [2]. Akceptacja choroby, połączona z profesjonalną opieką, systematycznym przyjmowaniem leków i ćwiczeniami usprawniającymi korzystnie wpływa na poprawę jakości życia.

### **Cel pracy**

Celem pracy jest ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQOL) pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów, w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, relacji społecznych i wpływu środowiska; ocena odczuwanych dolegliwości i umiejętności radzenia sobie w chorobie.

### **Materiał i metodyka badań**

Badania przeprowadzono wśród 60 pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawów wg kryteriów ACR (American Collage of Rheumatology). Badania wykonano metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety i kwestionariusza jakości życia WHOQOL BREF w polskiej wersji językowej [9].

### **Wyniki badań**

Uzyskane dane społeczno-demograficzne oraz dane dotyczące choroby i przebiegu leczenia pozwalają na ogólną charakterystykę badanych w kontekście takich zmiennych, jak: wiek, płeć i miejsce zamieszkania, posiadane wykształcenie i aktywność zawodowa, czas trwania choroby, samodzielne funkcjonowanie, częstotliwość występowania dolegliwości bólowych, przyjmowanie leków, występowanie uczucia sztywności w stawach, poczucie izolacji społecznej, akceptacji choroby i niepełnosprawności.

Badaną grupę stanowiło 60 pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawów (N = 60), w przedziale wiekowym 45–60 lat (N = 19) – I gr., 61–76 lat (N = 22) – II gr. i powyżej 77 lat (N = 19) – III gr. Większość respondentów stanowiły kobiety – 42 (70%), mężczyźni 18 (30%).

Najliczniejsza grupa zamieszkiwała miasto – N = 39 (65%), na wsi mieszkało 21 osób (35%). Znaczny odsetek badanych posiadał wykształcenie podstawowe N=28 (46%), 18 (32%) zawodowe i 13 (22%) średnie.

Wśród badanych 25 (42%) było nieaktywnych zawodowo, z powodu braku okresowo lub stale pracy, 18 pracowało (30%), a 17 (28%) przebywało na rencie, bądź emeryturze.

Ze względu na czas trwania choroby wyodrębniono 3 grupy badanych: do 5 lat, 6–10 lat i powyżej 11 lat. Rozkład liczbowy grup rozkładał się równomiernie (do 5 lat N = 20 (33%), 6–10 lat N = 21 (35%), powyżej 11 lat N = 19 (32%).

Wykonywanie codziennych czynności nie sprawiało trudności 16 badanym (27%), pomocy w niektórych czynnościach potrzebowało 28 osób (48%), natomiast stałej systematycznej opieki 15 respondentów (25%).

Na częste bóle stawów skarżyło się 37 ankietowanych (61%), 22 (37%) niekiedy odczuwało dolegliwości bólowe, natomiast tylko 1 osoba (2%) w ogóle nie deklarowała bólu. Występowanie bólu na początku ruchu zgłaszało 22 pacjentów (37%), ból przy dłuższym trwaniu czynności występował u 28 (48%), natomiast 8 (15%) odczuwało ból nawet w spoczynku. Bólowi towarzyszyła sztywność stawów, którą odczuwało większość badanych – N = 37 (61%), 19 (32%) stwierdzało niekiedy występowanie sztywności, natomiast zaledwie 4 (7%) nie miało z tym problemu.

Poczucie izolacji społecznej wskutek przewlekłej i postępującej choroby deklarowało 27 ankietowanych (45%), w stanach pogorszenia zdrowia izolacja dotyczyła 25 (42%), natomiast 8 (13%) nie odczuwało wpływu choroby na poczucie izolacji społecznej.

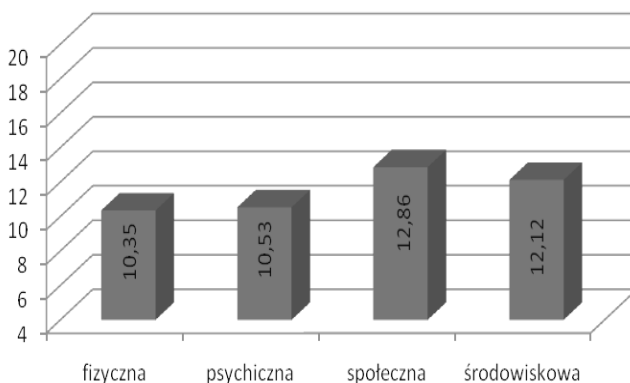
Wśród badanej populacji 28 (47%) zaakceptowało swoją chorobę i związaną z nią niepełnosprawność, 6 (10%) nie mogło pogodzić się z faktem choroby i niepełnosprawności, a 26 (43%) niezupełnie zaakceptowało fakt choroby i związaną z nią niepełnosprawność.

## Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia

Wyniki badań jakości życia przedstawiają subiektywną ocenę w zakresie czterech podstawowych dziedzin (dziedzinie fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej). Poziom jakości życia oce-

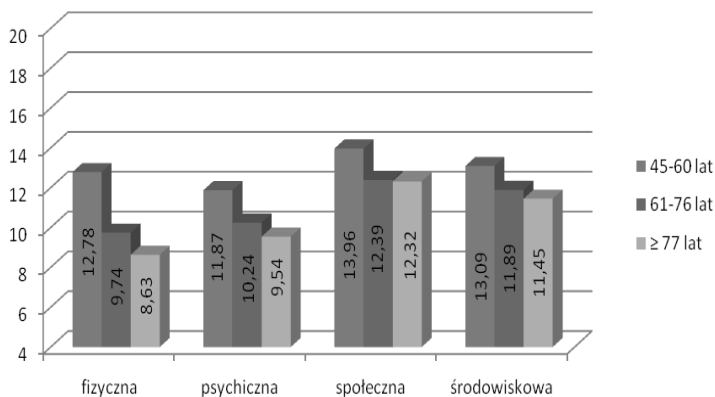
niano w przedziale od 4 do 20 punktów. Jak wykazują uzyskane wyniki najwyższą jakość życia respondenci deklarowali w dziedzinie społecznej (QOL – 12,86) i środowiskowej (QOL – 12,12), najniżej zaś w dziedzinie fizycznej (QOL – 10,35) i psychologicznej (QOL – 10,53) (ryc. 1).

**Ryc. 1. Przeciętna wartość punktowa poszczególnych dziedzin jakości życia**



Dokonując analizy ocen jakości życia w zależności od wieku badanych, każda grupa oceniła niższe funkcjonowanie w dziedzinie fizycznej i psychologicznej. Słabszą ocenę fizyczną (QOL – 8,63), jak i psychologiczną (QOL – 9,54) wykazywali badani z trzeciej grupy wiekowej (powyżej 77 lat). Pacjenci najmłodsi (45–60 lat) deklarowali najwyższe zadowolenie w dziedzinie społecznej (QOL – 13,96) (ryc. 2).

**Ryc. 2. Przeciętna wartość punktowa poszczególnych dziedzin a wiek badanych**



Badania wykazują istotne statystycznie różnice ( $p \leq 0,05$ ) w ocenie jakości życia w zależności od wieku respondentów (gr. I vs gr. III), szczególnie w dziedzinie fizycznej, psychologicznej oraz społecznej (tab. 1).

**Tabela 1. Jakość życia w poszczególnych dziedzinach a wiek badanych**

Dziedzina fizyczna	Wiek	
	45–60 lat	$\geq 77$ lat
Ilość	19	19
Wartość średnia	12,78	8,63
Analiza statystyczna	$p \leq 0,000$	
Dziedzina psychologiczna	Wiek	
	45–60 lat	$\geq 77$ lat
Ilość	19	19
Wartość średnia	11,87	9,54
Analiza statystyczna	$p \leq 0,001$	
Dziedzina społeczna	Wiek	
	45–60 lat	$\geq 77$ lat
Ilość	19	19
Wartość średnia	13,09	11,45
Analiza statystyczna	$p \leq 0,022$	

Z badań wynika, że jakość życia w zależności od płci jest istotnie różna w dziedzinie środowiskowej (tab. 2).

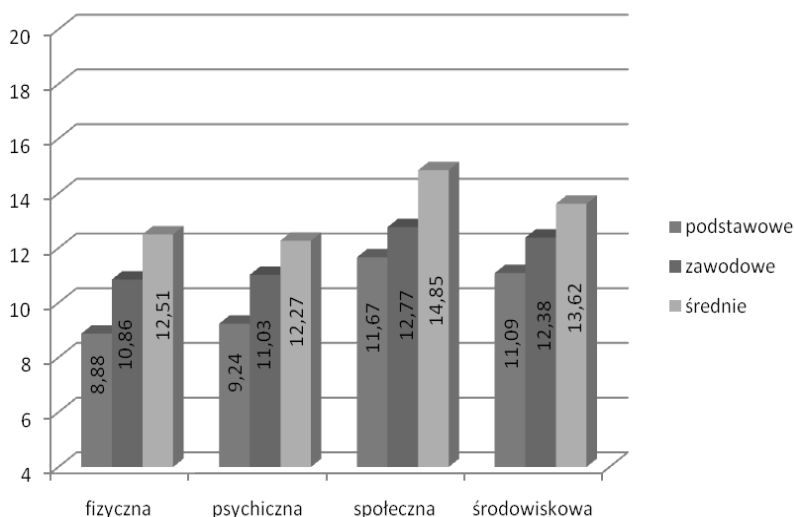
**Tabela 2. Jakość życia w dziedzinie środowiskowej a płeć badanych**

Dziedzina środowiskowa	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
Ilość	42	18
Wartość średnia	11,78	12,94
Analiza statystyczna	$p \leq 0,045$	

W wyniku analizy zależności jakości życia w stosunku do miejsca zamieszkania, nie stwierdza się istotnych różnic w ocenie funkcjonowania fizycznego – miasto (QOL – 10,43), wieś (QOL – 10,20). Dziedzina środowiskowa była nieco niżej oceniona przez mieszkańców wsi (QOL – 11,81), miasto (QOL – 12,30). Ankieterzy zarówno z miasta, jak i wsi najwyżej ocenili dziedzinę społeczną: miasto (QOL – 12,85), wieś (QOL 12,89).

Dokonując analizy wpływu wykształcenia na jakość życia, stwierdzono najwyższe funkcjonowanie w dziedzinie społecznej i środowiskowej w grupie z wykształceniem średnim (dziedzina społeczna QOL – 14,85, dziedzina środowiskowa QOL – 13,62). Pacjenci z wykształceniem podstawowym najniżej ocenili funkcjonowanie w dziedzinie fizycznej (QOL – 8,88) (ryc. 3).

**Ryc. 3. Przeciętna wartość punktowa poszczególnych dziedzin a wykształcenie badanej populacji**



W wyniku analizy zależności jakości życia od poziomu wykształcenia badanych stwierdzono istotne różnice statystyczne w dziedzinach: fizycznej ( $p \leq 0,042$ ), psychologicznej ( $p \leq 0,002$ ) i środowiskowej ( $p \leq 0,033$ ) (tab. 3).

W ocenie funkcjonowania chorego w zależności od czasu trwania choroby istotne różnice zaobserwowano we wszystkich dziedzinach jakości życia ( $p \leq 0,05$ ). Osoby chorujące najkrócej, wyżej oceniały jakość życia we wszystkich dziedzinach: fizyczna (QOL – 13,23), psy-

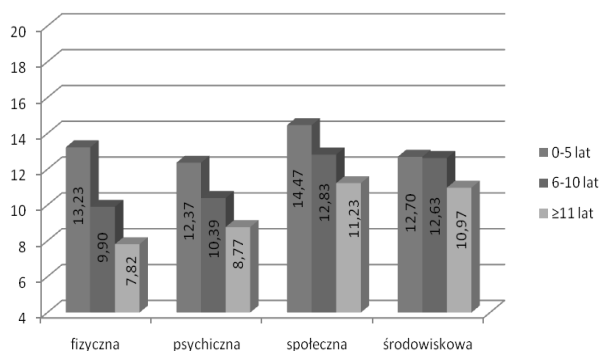


**Tabela 3. Jakość życia w poszczególnych dziedzinach w zależności od wykształcenia**

Dziedzina fizyczna	Wykształcenie		
	podstawowe	zawodowe	średnie
Ilość	24	14	18
Wartość średnia	8,88	10,86	12,51
Analiza statystyczna	p ≤ 0,042		
gr I vs III p ≤ 0,000			
Dziedzina psychologiczna	Wykształcenie		
	podstawowe	zawodowe	średnie
Ilość	28	14	18
Wartość średnia	9,24	11,03	12,27
Analiza statystyczna	p ≤ 0,002		
gr I vs III p ≤ 0,000			
Dziedzina społeczna	Wykształcenie		
	podstawowe	średnie	
Ilość	28	18	
Wartość średnia	11,67	14,85	
Analiza statystyczna	p ≤ 0,001		
Dziedzina środowiskowa	Wykształcenie		
	podstawowe	zawodowe	średnie
Ilość	28	14	18
Wartość średnia	11,09	12,38	13,62
Analiza statystyczna	p ≤ 0,033		
gr I vs III p ≤ 0,000			

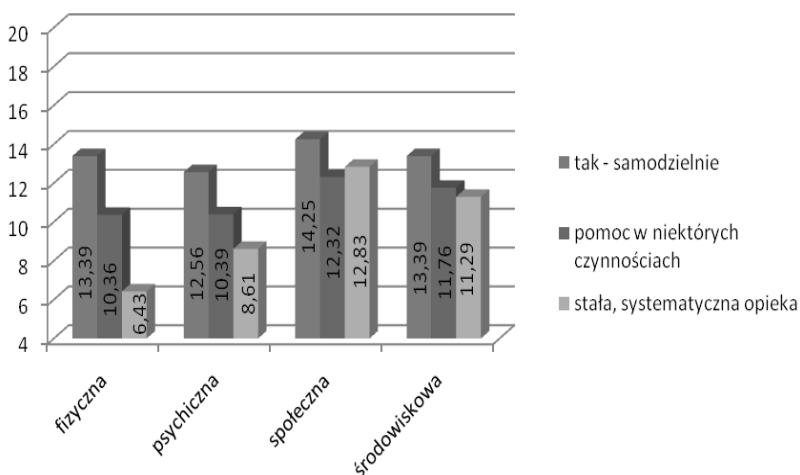
chologiczna (QOL – 12,37), społeczna (QOL – 14,47) i środowiskowa (QOL – 12,70). Najniższe oceny w funkcjonowaniu w dziedzinie fizycznej (QOL – 7,82) i psychologicznej (QOL – 8,77) deklarowali chorujący powyżej 11 lat (ryc. 4).

**Ryc. 4. Przeciętna wartość punktowa poszczególnych dziedzin a czas trwania choroby**



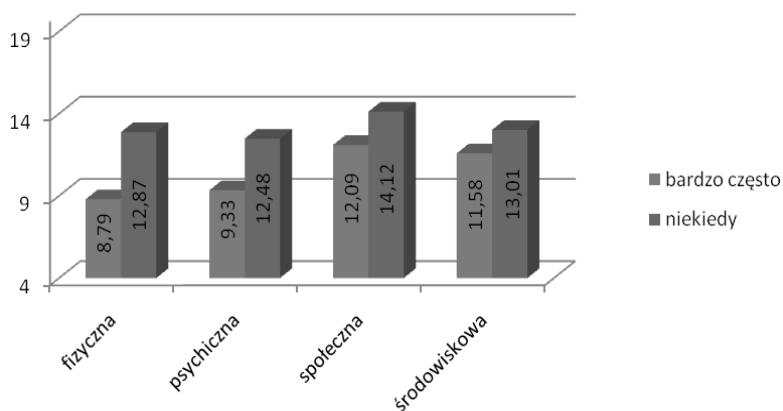
Analiza samodzielności chorych w wykonywaniu codziennych czynności wskazuje na istotne różnice statystyczne we wszystkich dziedzinach HRQOL ( $p \leq 0,05$ ). Osoby samodzielnie wykonujące czynności dnia codziennego ocenili swoje funkcjonowanie w czterech dziedzinach na poziomie średnim: dziedzina fizyczna (QOL – 13,39), psychologiczna (QOL – 12,56), relacji społecznych (QOL – 14,25) i środowiskowa (QOL – 13,39). Chorzy potrzebujący stałej, systematycznej opieki najniżej oceniali dziedzinę fizyczną (QOL – 6,43) i funkcjonowanie psychologiczne (QOL – 8,61) (ryc. 5).

**Ryc. 5. Przeciętna wartość poszczególnych dziedzin a samodzielne funkcjonowanie w środowisku**



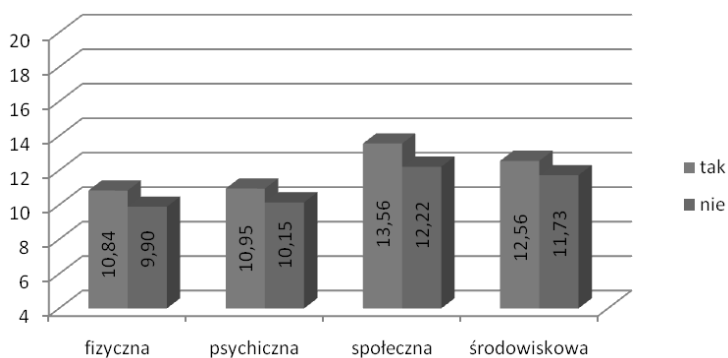
Badani nie odczuwający ciągle bólu znacznie lepiej oceniali swoje funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach jakości życia niż pacjenci odczuwający ból często, czy bardzo często. Chorzy bez dolegliwości najwyżej ocenili dziedzinę społeczną (QOL – 14,11), natomiast odczuwający ból najniżej dziedziną fizyczną (QOL – 8,78) i psychologiczną (QOL – 9,33) (ryc. 6).

**Ryc. 6. Przeciętne wartości HRQOL a częstotliwość odczuwania dolegliwości bólowych**



Ankietowani posiadający wiedzę o chorobie i umiejętności umożliwiające aktywne życie z ChZS, deklarują nieco wyższe zadowolenie z funkcjonowania w dziedzinie społecznej (QOL – 13,56). Osoby nie potrafiące żyć z chorobą najniżej oceniły funkcjonowanie w dziedzinie fizycznej (QOL – 9,89) (ryc. 7).

**Ryc. 7. Przeciętne wartości dziedzin a posiadanie wiedzy i umiejętności umożliwiające aktywne życie z chorobą**



## Globalna ocena jakości życia i samooceny zdrowia

Dokonując szczegółowej analizy zadowolenia z jakości życia w skali 1–5, najliczniejszą grupę (36%) stanowiły osoby zadowolone z jakości swojego życia, 30% było średnio zadowolonych (ani zadowolonych, ani nie zadowolonych), natomiast 34% nie zadowolonych.

Oceniając zadowolenie badanej populacji z jakości swojego zdrowia najliczniejszą grupę (65%) stanowiły osoby niezadowolone z jakości swojego zdrowia, 26% ankietowanych było średnio zadowolonych i tylko 9% deklarowało zadowolenie z jakości swojego zdrowia.

## Omówienie wyników

Problematyka jakości życia wiąże się z holistyczną koncepcją modelu medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta, koncentrującą wysiłki na uczynieniu jego życia aktywnym i zbliżonym do życia ludzi zdrowych [10]. Pojęcie „jakość życia” wielokrotnie było przedmiotem badań psychologicznych i społecznych. W większości jakość życia odnosi się do zjawisk indywidualnych i związana jest z oceną własnej sytuacji.

Badania jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia oceniają, w jaki sposób wystąpienie choroby i związane z nią ograniczenia wpływają na funkcjonowanie pacjenta. Stanowią ważne źródło wiedzy o samopoczuciu chorego i jego problemach [11]. Posługiwanie się w medycynie terminem jakości życia dotyczy obiektywnego, jak i subiektywnego wymiaru. Bezpośrednia ocena stanu zdrowia chorego spełnia warunek subiektywności. Dokonywana jest zwykle pod wpływem dyskomfortu fizycznego, psychicznego i społecznego [12].

W ChZS, jako chorobie przewlekłej, na ocenę jakości życia wpływ ma szereg czynników, takich m.in. jak: odczuwanie dolegliwości bólowych, poziom sprawności fizycznej, świadomość życia z chorobą przewlekłą, utrata pozycji w społeczeństwie, osobnicze możliwości człowieka dotkniętego chorobą, potencjał jego sił adaptacyjnych oraz stopień uzyskanego wsparcia społecznego [7, 13].

Z doniesień literaturowych wynika, że zmiany zwyrodnieniowe są najczęściej spotykaną dolegliwością wieku średniego i podeszłego [2]. Znalazło to odzwierciedlenie w badaniach własnych, gdzie grupą reprezentatywną byli pacjenci w przedziale wiekowym 61–76 lat.

Jak wykazują uzyskane wyniki badań własnych, najwyższą jakość życia pacjenci deklarowali w dziedzinie społecznej (QOL – 12,86) i środowiskowej (QOL – 12,12), niższą w dziedzinie fizycznej (QOL – 10,35) i psychologicznej (QOL – 10,53).

Analizując wiek ankietowanych w ocenie jakości życia zaobserwowano istotną różnicę statystyczną w grupach wiekowych w dziedzinach: fizycznej, psychologicznej i społecznej. Osoby powyżej 77. roku życia najniżej oceniały dziedzinę fizyczną (QOL – 8,63) oraz psychologiczną (QOL – 9,54). Pacjenci w przedziale wiekowym 45–60 lat deklarowali większe zadowolenie w dziedzinie społecznej (QOL – 13,96) i środowiskowej (QOL – 13,09).

Z analizy badań wynika, że jakość życia w zależności od płci jest istotnie różna w dziedzinie środowiskowej: (kobiety QOL – 11,78, mężczyźni QOL – 12,94). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni dość dobrze ocenili dziedzinę społeczną, natomiast nisko funkcjonowanie w dziedzinie fizycznej i psychologicznej.

W wyniku analizy zależności jakości życia w stosunku do miejsca zamieszkania badanych nie zaobserwowano istotnej zależności. Zwraca natomiast uwagę fakt istnienia zależności jakości życia od poziomu wykształcenia respondentów, we wszystkich dziedzinach HRQOL. Osoby z wykształceniem podstawowym deklarowały niższą ocenę jakości życia, szczególnie w dziedzinie fizycznej (QOL – 8,88) i psychologicznej (QOL – 9,24).

Badając wpływ czasu trwania choroby na jakość życia zaobserwowano istotną różnicę we wszystkich dziedzinach jakości życia. Osoby chorujące najkrócej wyżej oceniały jakość życia w porównaniu z chorującymi powyżej 11 lat (dziedzina fizyczna QOL – 7,82, psychologiczna QOL – 8,77).

Pacjenci samodzielnie wykonujący czynności dnia codziennego ocenili swoje funkcjonowanie w czterech dziedzinach na poziomie średnim. Chorzy potrzebujący stałej, systematycznej opieki najniżej ocenili dziedzinę fizyczną (QOL – 6,43) i funkcjonowanie psychologiczne (QOL – 8,61).

Największym problemem pacjentów z ChZS jest ból, ograniczenie ruchomości w stawach, uczucie sztywności oraz niepełnosprawność. Większość chorych obserwuje również sztywność stawów, szczególnie rano i po dłuższym okresie nieczynności, nie przekraczającą jednak 30 minut. W miarę postępu zmian chorzy stają się mniej ruchliwi i mogą odczuwać trzeszczenie, blokowanie lub tarcie w stawie podczas ruchu. Dolegliwości te powodują pogorszenie stanu zdrowia i niekorzystnie wpływają na samopoczucie pacjenta [1, 2, 3].

W ocenie funkcjonowania badanych, w zależności od częstotliwości odczuwanych dolegliwości bólowych, zaobserwowano różnicę w dziedzi-

nie fizycznej. Osoby nie odczuwające ciągle bólu znacznie lepiej oceniły swoje funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach niż osoby odczuwające bóle często i bardzo często. Chorzy bez dolegliwości najwyżej ocenili dziedzinę społeczną (QOL – 14,11). Badani odczuwający ból najniżej ocenili dziedzinę fizyczną (QOL – 8,78). Osoby nie potrafiące żyć z chorobą najniżej oceniły funkcjonowanie w dziedzinie fizycznej (QOL – 9,89).

W literaturze podkreśla się, że bardzo ważne dla osoby chorej czy niepełnosprawnej jest zachowanie możliwości aktywnego, niezależnego życia. Istotne jest, jak chory radzi sobie ze swoją chorobą, jej problemami, zmianami, jakie wywołuje choroba oraz zaleceniami terapeutycznymi. Wszelkie niepowodzenia zniechęcają chorego, który może odczuwać bezradność i beznadziejność wobec zaistniałej sytuacji zdrowotnej, mieć poczucie małej możliwości oddziaływania na nią [12, 14].

W badaniach własnych, ankietowani samodzielnie wykonujący codzienne czynności deklarują większe zadowolenie z jakości życia we wszystkich dziedzinach.

Chory z przewlekłą, postępującą chorobą stawów powinien nauczyć się profilaktyki niepełnosprawności przez wykorzystanie różnego rodzaju środków pomocniczych, umiejętne gospodarowanie swoją energią, korzystanie z pomocy innych [15].

Wśród badanej populacji 47% w pełni zaakceptowało swoją chorobę i związaną z nią niepełnosprawność, tylko 10% nie było w stanie pogodzić się z faktem choroby i niepełnosprawności.

Wiraszka uważa, że otrzymane wsparcie społeczne zwiększa samoocenę oraz poczucie własnej wartości, co jest ważnym czynnikiem do przezwyciężania własnych trudności [16]. W sytuacjach trudnych i stresowych bardzo ważną rolę odgrywają pozytywne więzi międzyludzkie. Doświadczenie bliskości z innymi ludźmi, poczucie zrozumienia, akceptacji wzmacnia odporność psychiczną, sprzyja wzrostowi samooceny. Więzy społeczne dają poczucie przynależności, własnej wartości, umożliwiają zachowania opiekuńcze [13].

Poczucie izolacji społecznej wskutek przewlekłej i postępującej choroby deklarowało 45% badanych.

Obiektywne wyznaczniki jakości zdrowia i życia nie zawsze są zgodne z subiektywną oceną chorego. Jakość życia zależy nie tylko od dynamiki procesu chorobowego, ale też od umiejętności radzenia sobie z problemami, jakie niesie choroba. Dla większości chorych priorytetem jest samodzielne funkcjonowanie. Ma to duże znaczenie praktyczne i emocjonalne, wpływa korzystnie na fizyczny i psychiczny stan chorego,

wzmacnia wiarę we własne siły oraz przywraca pozytywny sens egzystencji [9, 10, 11, 15, 17].

## Wnioski

1. Ankietowani, ze wszystkich dziedzin jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia najniżej ocenili funkcjonowanie fizyczne, a najwyżej społeczne.
2. Osoby chorujące powyżej 11 lat gorzej oceniły swoje funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach HRQOL.
3. Odczuwanie dolegliwości bólowych w chorobie zwyrodnieniowej stawów znacząco wpłynęło na niższą ocenę jakości życia w dziedzinie fizycznej i psychologicznej.
4. Chorzy samodzielnie wykonujący codzienne czynności lepiej ocenili funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach HRQOL.
5. Pacjenci z wykształceniem średnim i zawodowym wyżej ocenili swoje funkcjonowanie we wszystkich dziedzinach, aniżeli osoby z wykształceniem podstawowym.
6. Akceptacja choroby i niepełnosprawności oraz posiadanie wiedzy i umiejętności życia z ChZS ma wpływ na wyższą ocenę w dziedzinie społecznej i środowiskowej

## Piśmiennictwo

1. Pazdur J.: Choroba zwyrodnieniowa stawów – postępowanie terapeutyczne. Przewodnik Lekarza, 2003, 6, 10. 77–78.
2. Szczepański L.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. Reumatologia, 2004 (supl. I), 42, 36–48.
3. Szczygłowski J.: Zwyrodnienia narządu ruchu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 74–85.
4. Friedrich M. J.: Kroki w kierunku zrozumienia i złagodzenia choroby zwyrodnieniowej stawów będą pomocne dla starzejącej się populacji. JAMA, 2000, 2, 87–90.
5. Tuchocka A., Piotrowska M.: Możliwości farmakoterapii w chorobie zwyrodnieniowej stawów. Przewodnik Lekarza, 2007, 3, 60–71.
6. Long A., F., Kneafsey R., Ryan J.: Rehabilitation practice: challenges to effective team working. International Journal of Nursing Studies, 2003, 40, 663–673.
7. Long A., F., Kneafsey R., Ryan J., Berry J.: The role of the nurse the multi-professional rehabilitation team. Journal of Advanced Nursing, 2002, 37, 70–78.

8. Nawrotny J.: Zarys rehabilitacji w dysfunkcjach narządu ruchu. Wydawnictwo AWF, Katowice 2000, 76–82.
9. Wołowicka L., Jaracz K.: Wybrane problemy metodologii badań jakości życia związanej ze stanem zdrowia. [w:] Jakość życia w naukach medycznych. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, 231–246.
10. Sierakowska M., Krajewska-Kułak E.: Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2004, 2, 23–26.
11. Sierakowska M.: Ocena jakości życia pacjentów. *Reumatologia*, 2006, 6 298–303.
12. Stucki G.: Understanding disability. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2003, 62, 289–290.
13. Popielski K.: Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych. *Reumatologia*, 2005, 43, 160–165.
14. Kwiatkowska B.: Depresja w chorobach reumatycznych. *Terapia*, 2003, 10, 52–53.
15. Jędryka-Góral A., Łastowiecka E., Bugajska J.: Jakość życia w chorobach reumatycznych a praca zawodowa. *Reumatologia*, 2004, 42, 458–465.
16. Wiraszka G., Stępień R., Wrońska J.: Badanie jakości życia w naukach medycznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2004, 2, 9–13.
17. Stelcer B.: Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2001, 2, 227–237.



Marzena A. Humańska<sup>1</sup>, Justyna Tabaczyńska<sup>2</sup>, Leokadia Rezmerska<sup>1</sup>,  
Mariola Głowacka<sup>1</sup>, Mirosława Felsmann<sup>1</sup>

## Udział pielęgniarki w przygotowaniu do funkcjonowania w życiu codziennym pacjentów ze stomią

### Wstęp

Pojęcie stomii wywodzi się z języka łacińskiego i oznacza otwór, usta, przetokę. Nazwa ta jest używana do określenia sztucznie wytworzonego połączenia między powierzchnią skóry lub błoną śluzową a narządem jamistym [1].

W ostatnich latach stwierdzono znaczny wzrost zachorowalności na raka jelita grubego. Podstawowe leczenie tego schorzenia to leczenie chirurgiczne.

Z powodu raka jelita grubego jest leczonych około 80% chorych z kolostomią. Coraz lepsze wyniki leczenia raka spowodowały, że czas życia chorego znacznie się wydłużył [2, 3, 4].

Prawidłowo prowadzona rehabilitacja i całościowa, holistyczna opieka dają choremu szansę prowadzenia normalnego życia towarzyskiego, rodzinnego i zawodowego [5]. Dużą rolę w sprawowaniu opieki nad chorym po zabiegu wyłonienia stomii odgrywa pielęgniarka. To właśnie ona może pomóc w wyjaśnieniu nieznanych dotąd zagadnień i rozwiązaniu nowo powstałych problemów [6].

\* \* \*

---

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, studentka kierunku Pielęgniarstwo, studia stacjonarne II, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Stomię, zwaną także zewnętrzną przetoką jelitową lub sztucznym odbytem, wykonuje się w celu przywrócenia lub zachowania drożności narządów, które zostały dotknięte zmianą chorobową [7].

Stomia spełnia funkcję wydalniczą – odprowadzającą stolec (przetoka jelitowa, jest nazywana także odbytem brzuszny) [2, 7, 8, 9, 10].

Pomimo szybkiego rozwoju nowych technik sposobów chirurgicznych oraz wprowadzeniu szwu mechanicznego liczba wykonywanych stomii w tej chorobie nie ulega zmniejszeniu [3, 11].

Zabieg wyłonienia stomii jelitowej to ogromne obciążenie psychiczne dla pacjenta i jego rodziny [12]. Jest to bardzo traumatyczne wydarzenie życiowe. Daje ono poczucie wstydu i inwalidztwa. Pojawia się wiele problemów związanych z wyłonieniem stomii. Dotyczą one wszystkich sfer życia pacjenta: funkcjonowania w rodzinie, życia zawodowego, społecznego i seksualnego. Problemy te wywołują lęk, depresję, poczucie okaleczenia. Wśród chorych rodzi się niepewność, jakie będą relacje z rodziną, znajomymi i otoczeniem po zabiegu. Czują się odrzuceni przez cały świat.

Pokonanie trudności i problemów musi zagwarantować choremu zespół terapeutyczny: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog [6].

Doświadczenie zespołu, jak i jego zaangażowanie mają bardzo duży wpływ na ostateczny sukces, którym będzie niezależność chorego w codziennych czynnościach, m.in. w pielęgnacji stomii oraz integrowanie się ze społeczeństwem [13].

Wszystkie osoby znajdujące się w zespole terapeutycznym mają jeden cel – dobro chorego i pomoc w osiągnięciu jak najlepszego stanu. Każdy członek zespołu ma ściśle określone działania i jest odpowiedzialny za ich realizowanie. Lekarz jest koordynatorem tych wszystkich zadań. Każdy z zespołu musi podchodzić holistycznie do chorego i uwzględniać jego osobę jako całość [14, 15].

Zespół interdyscyplinarny powinien realizować swoje działania poprzez: wczesne rozpoznawanie ograniczeń natury bio-psycho-społecznej chorego, holistyczne rozwiązywanie problemów; zaopatrzenie chorego w sprzęt stomijny; pomoc rodzinie w rozwiązywaniu całokształtu problemów. Zespół terapeutyczny powinien tak pracować, aby pacjent był przekonany, że nie jest tylko biorcą usług, ale sam stanowi aktywne ogniwo procesu leczenia i readaptacji biopsychospołecznej [9, 15].

Bardzo istotną rolę odgrywa wsparcie emocjonalne okazane ze strony zespołu terapeutycznego, które minimalizuje negatywne skutki silnych emocji i stresu, które towarzyszą chorobie i zastosowanej formie terapii.

Wsparcie to bardzo ułatwia pacjentowi werbalizację uczuć i występujących wątpliwości. Dzięki takiemu wsparciu okazanemu pacjentowi przez zespół interdyscyplinarny chory zostaje włączony w całość podejmowanych działań, jest zapewniona mu autonomia i może on decydować o sobie [7].

Znaczny wpływ na końcowy sukces pracy zespołu terapeutycznego mają kompetencje jego członków i ich zaangażowanie w cały proces leczenia. Końcowy sukces pracy zespołu interdyscyplinarnego to uzyskanie pełnej niezależności przez chorego w codziennej pielęgnacji stomii i osiągnięcie przez niego pełnej integracji społecznej [13, 14].

Ważnym zadaniem pielęgniarki – jako członka zespołu terapeutycznego, jest to, aby obok działań mających na celu zminimalizowanie negatywnych skutków choroby, potrafiła także ukazać pozytywne strony życia chorego, podtrzymywać je i rozwijać. Jest to niezwykle istotne, gdyż przewaga pozytywnych emocji, reakcji i postaw wpływa na znaczne polepszenie chorego oraz zwiększa szansę na osiągnięcie wysokiej jakości życia chorego po operacji [12].

Rehabilitacja i readaptacja chorych ze sztucznym odbytem dotyczy zarówno usprawniania fizycznego, jak i psychospołecznego. Odpowiednio prowadzona i pełna rehabilitacja chorych ze stomią powinna prowadzić do odzyskania samodzielności i podejmowania aktywności życiowej w takim samym zakresie, jak przed zabiegiem wytworzenia stomii (o ile nie występują ograniczenia wynikające z choroby podstawowej lub innych niezależnych od stomii czynników) [7].

Szczegółowe działania pielęgniarskie rehabilitacyjne to przede wszystkim [1, 2, 7, 12]:

- Usprawnianie chorego w łóżku – samodzielna zmiana pozycji ciała, odwracanie na boki, przygotowanie do pionizacji;
- Pionizacja chorego w zależności od samopoczucia i stanu w okresie pooperacyjnym (zwykle 2–4 doby po zabiegu);
- Ochrona okolicy stomii i rany pooperacyjnej przed nadmiernym wpływem sił zewnętrznych i wewnętrznych (naciąganie, urazy, nاپinning otaczających tkanek, delikatny ucisk i ochrona okolicy rany pooperacyjnej podczas kaszlu, kichania, defekacji; przez okres ok. 4 tygodni zabronione jest wykonywanie ćwiczeń zwiększających napięcie mięśni łoczni brzucha);
- Wprowadzanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha (nie wcześniej niż w 5–6 tygodniu po zabiegu i niepowikłanym okresie pooperacyjnym);

- Rehabilitacja psychospołeczna – zapewnienie wsparcia emocjonalnego – rozmowa, kontakt niewerbalny, umożliwienie kontaktu z rodziną;
- Edukacja i przygotowanie chorego do samoopieki to jeden z najważniejszych elementów rehabilitacji.

Po zabiegu wyłonienia stomii pielęgniarka kontroluje wygląd stomii, wykonuje pielęgnację tego miejsca i zaopatruje odbył brzuszny w odpowiedni sprzęt. Worki przezroczyste rozpuszczalne (jedno lub dwuczęściowe) są używane w pierwszych dniach po zabiegu, a po kilku dniach zostają wprowadzone inne worki w zależności od rodzaju stomii i potrzeby. Pielęgniarka edukuje pacjenta, aby do momentu wypisu ze szpitala był on w pełni samodzielny w zakresie pielęgnacji stomii i używania sprzętu stomijnego [6].

Bardzo istotne jest, aby pielęgniarka korygowała błędy, które pacjent popełnia przy wykonywanych czynnościach, aby wiedział jak prawidłowo powinien pielęgnować stomię i zaopatrzyć w sprzęt stomijny. Pacjent, który będzie przekonany, że umie dobrze wykonywać czynności pielęgnacyjne wokół stomii, będzie na pewno bez problemu pokonywał wszystkie te czynności [6].

Pacjent, jako bezpośredni użytkownik sprzętu stomijnego ma prawo wyboru i ostatecznie decyduje o tym, jaki sprzęt jest dla niego najlepszy. W dokonywaniu wyboru może pomóc choremu pielęgniarka stomijna. Bardzo ważne jest, aby pacjent mógł zobaczyć i wypróbować worki i płytki produkowane przez różne firmy. Wszystkie worki i płytki mają porównywalną jakość. Należy je jedynie dopasować do indywidualnych potrzeb pacjenta [6, 10, 16, 17].

Wybór sprzętu stomijnego jest bardzo różny, dostosowany do rozmaitych problemów i potrzeb chorego. Dostępny jest, np. sprzęt zaopatrzony w mechanizmy regulujące przepływ gazów, zawierający układy dezodoryzujące, zapobiegające powstawaniu przykrych zapachów, którego płytka czy pole klejowe ma właściwości gojące oraz zapobiegające powstawaniu podrażnień skóry. Każdy pacjent, uwzględniając własne upodobania, rozmiar stomii i jej umiejscowienie na pewno znajdzie dla siebie najodpowiedniejszy sprzęt [6, 10, 16, 17, 18].

Fakt posiadania stomii nie wywołuje problemów tylko natury biologicznej, pojawiają się także problemy natury społecznej i psychicznej. Są one trudniejsze do rozwiązania, lecz jednak ich wyjaśnienie i opanowanie jest możliwe.

Nowo powstała sytuacja dotyka wszystkich sfer życia chorego – ro-

dziny, pracy zawodowej, życia intymnego. Wywołuje u pacjenta zaburzenia emocjonalne, jest przyczyną wstydu.

Bardzo częstym uczuciem towarzyszącym osobom chorym ze stomią jest wstyd. Posiadają oni bowiem sztuczny odbyt, który samoistnie wydalą stolec i gazy. Chory w ogóle nie jest w stanie tego kontrolować. Zazwyczaj towarzyszy temu wydzielanie się niemiłego zapachu, co również zawstydzia chorego. Bardzo często właśnie uczucie wstydu jest główną przyczyną izolacji chorego, odsuwa się on od rodziny, znajomych, społeczeństwa, rezygnuje z pracy zawodowej, czyli z dotychczas prowadzonego życia [1, 7].

U chorych ze stomią mogą występować zaburzenia w funkcjonowaniu seksualnym, które mają dwie podstawowe przyczyny: rodzaj zabiegu operacyjnego (np. resekcja brzuszno-kroczoza – uszkodzenie splotu miednicznego, uszkodzenie dróg nerwowych i krwionośnych) oraz dotyczące zmiany obrazu własnego ciała [9, 19].

Bardzo często poczucie zażenowania i wstydu podczas kontaktów seksualnych z partnerem powoduje, że chory zaczyna ograniczać te kontakty lub zupełnie się z nich wycofuje. Chory izoluje się, nie chce, aby jego „niedoskonałości” fizyczne były uzewnętrzniane, przez co ogranicza swoją aktywność seksualną. Ma poczucie głębokiej niemocy, kalectwa, czuje się niedoskonały, nieatrakcyjny [1].

Obraz ciała osoby ze stomią ulega drastycznej zmianie. Chory ma obawy, że jego ciało, które dotąd dostarczało partnerowi pozytywnych bodźców seksualnych, straciło tę zdolność, a nawet, że jego widok przyniesie skutki wręcz odwrotne. Obawia się, że jego ciało będzie napać obrzydzeniem i niechęcią partnera seksualnego. Chory ze stomią jest świadomy tego, że podczas stosunku seksualnego może dojść do rozzerwania worka stomijnego, a co się z tym wiąże do wylania się treści jelitowej. To zdarzenie łączy się natomiast z wydostaniem się niemiłego zapachu oraz z możliwością ubrudzenia siebie i partnera kałem. Chory obawia się, że partner go odrzuci, będzie myślał o nim z obrzydzeniem, nie będzie dla niego już tak atrakcyjny jak przed zabiegiem wyłonienia stomii.

Dlatego też tak wielu chorych ze stomią ma opory lub całkowicie zaniechało wszelkich kontaktów seksualnych [12].

Istotne jest również wczesne rozpoznanie zaburzeń seksualnych u chorego. Pielęgniarka może tego dokonać poprzez szczerą rozmowę z chorym, dzięki której pozna jego trudności. Powinna zachęcać chorego do wypowiedzania swoich lęków dotyczących kontaktów seksual-

nych. Przy każdej takiej rozmowie powinien być obecny partner – mąż, żona. Chory powinien być skierowany do najbliższej poradni seksuologicznej w celu rozpoznania podłoża zaburzeń i rozpoczęcia leczenia farmakologicznego połączonego z psychoterapią. W terapii powinni brać udział oboje partnerzy, co pozwoli uzyskać lepsze efekty leczenia. Należy uświadomić choremu, jak ważne jest wczesne podjęcie takiego leczenia i jakie korzyści płyną z niego dla obojga partnerów [9, 19].

Ważne znaczenie dla całego procesu zdrowienia oraz przystosowania się do życia ze stomią ma postawa rodziny oraz najbliższego otoczenia wobec chorego [12].

Postawy rodziny wobec chorego mogą mieć dwojaki charakter: pozytywny i negatywny. Postawy negatywne to brak stałego zainteresowania i obojętność wobec chorego. Odrzucenie i całkowity brak zainteresowania problemami chorego jest postawą skrajnie negatywną.

Natomiast postawy pozytywne wobec pacjenta ze stomią to: otaczanie go miłością przez członków rodziny, troska oraz serdeczność, gotowość do niesienia pomocy i ulgi w cierpieniu [12].

Postawy negatywne rodziny powodują, że u chorego pojawia się uczucie zagrożenia, niepewność oraz tendencje do ukrywania choroby. To, w jaki sposób zachowują się ludzie zdrowi zależy głównie od ich charakteru, stopnia niepełnosprawności chorego oraz wcześniejszych doświadczeń wyniesionych z kontaktów z osobami chorymi [12].

Oprócz wsparcia rodziny i najbliższego otoczenia, chory może również otrzymać wsparcie z grup wzajemnej pomocy. Dlatego też powstał pomysł utworzenia grup wzajemnej pomocy osób chorych ze stomią. Do tych stowarzyszeń należą osoby, które przebyły lub czekają na zabieg wyłonienia stomii jelitowej [10].

W coraz to liczniejszych krajach powstają Kluby Chorych z Ileostomią. Organizacje te wydają własne czasopisma, prowadzą współpracę z producentami sprzętu stomijnego, organizują pomoc chorym, którzy oczekują na operację i także tym już zoperowanym, współpracują również z chirurgami w poszukiwaniu nowych, doskonalszych metod operacji [8, 10].

Głównym celem tych organizacji są działania mające na celu pełną rehabilitację zdrowotną, readaptację psychiczną i społeczno-zawodową chorego, czyli osiągnięcie pełnej aktywności życiowej chorych ze stomią [10].

Bardzo istotne jest to, aby pacjent wiedział, gdzie ma się zwrócić po pomoc po wyjściu ze szpitala. Zadaniem pielęgniarki jest podać mu

informacje dotyczące najbliższych poradni stomijnych oraz stowarzyszeń ludzi ze stomią. Pielęgniarka powinna także przekazać choremu informacje, gdzie odbywają się takie spotkania, w jakich terminach i zachęcić chorego do udziału w tychże spotkaniach [6, 8, 16].

W Polsce żyje ok. 20 tys. ludzi z wyłonioną stomią. Chorzy ci łączą się w stomijnych towarzystwach samopomocy. Pol-Ilko (Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorym ze Stomią) jest jednym z nich. Obecnie na terenie Polski działa 20 oddziałów regionalnych Towarzystwa. Do Pol-Ilko może należeć każdy chory po wyłonieniu stomii. O tym stowarzyszeniu chorzy powinni być poinformowani w szpitalu, a także podczas pierwszych wizyt w poradniach stomijnych. Główny cel ich działań to wspieranie osób ze stomią oraz pomoc w powrocie do normalnego życia [8, 16, 20].

Został ustalony harmonogram, zgodnie z którym członkowie Towarzystwa spotykają się najczęściej 5–6 razy w ciągu roku. Bardzo wiele osób jest zainteresowanych zdobyciem nowych informacji odnośnie stomii. W związku z czym w spotkaniach Towarzystwa uczestniczą pielęgniarki stomijne, lekarze chirurdzy, rehabilitanci, psycholog i inni członkowie zespołu terapeutycznego. Przygotowują oni wykłady, pogadanki, pokazy dla chorych i udzielają odpowiedzi na ich pytania [20].

Chory powinien spotkać się z wolontariuszem Pol-Ilko. Są to osoby z wyłonioną stomią, które posiadają zgodę Polskiego Towarzystwa Chorych ze Stomią na działalność wolontariatową [9].

Wolontariusz jest osobą taką samą jak pacjent – ma wyłonioną stomię jelitową. Dotknęły go takie same problemy. On w pełni szczerości może powiedzieć do pacjenta – „rozumiem cię”. Też był załamany nowo powstałą sytuacją po zabiegu wyłonienia stomii. Jednakże poradził sobie z wieloma problemami, które go napotykały.

Jest on najodpowiedniejszą osobą, która może powiedzieć pacjentowi „Dasz radę – trzeba tylko chcieć”! Wolontariusz jest w stanie odpowiedzieć na wiele pytań chorego [7, 9, 16].

Pomoc wolontariusza to bezinteresowna pomoc, która dla chorego jest niezwykle cenna. Wsparcie emocjonalne uzyskane z jego strony może mieć znaczący wpływ na szybsze dostosowanie się osoby ze stomią do nowo zaistniałej sytuacji [20].

Bardzo trudną do zaakceptowania jest sytuacja, w jakiej znajduje się chory po zabiegu wyłonienia stomii. Wiele w dalszym życiu chorego zależy od otrzymanego wsparcia społecznego. Przyjazny stosunek, wyrozumiałość i cierpliwość okazane choremu przez społeczeństwo, w trudnym

dla niego czasie, pozwalają na łatwiejszą akceptację stomii i znacznie redukcją lęk związany z powrotem do normalności [7, 9].

Pielęgniarka powinna poinformować o przestrzeganiu pewnych istotnych zasad przed rozpoczęciem pracy zawodowej. Pacjent musi mieć opanowane w stopniu bardzo dobrym czynności związane z pielęgnacją stomii. Chory musi używać sprzęt stomijny zabezpieczający przed zabrudzeniem. Pacjent musi przestrzegać zaleceń dietetycznych. Jeśli to możliwe chory powinien kontrolować swoje wypróżnienia za pomocą irygacji, co znacznie polepszy jego samopoczucie w pracy i złagodzi lęk przed zabrudzeniem.

Pacjent musi pamiętać, że fakt posiadania stomii nie jest przeszkodą w podjęciu pracy zawodowej. Powrót do pracy lub rozpoczęcie nowej zależy jedynie od ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Posiadanie stomii wiąże się z ograniczeniami dotyczącymi wykonywania ciężkiej pracy fizycznej oraz pochylania się, a także w przypadku ileostomii niewskazana jest praca w wysokich temperaturach [16, 21].

Bardzo często fizyczne efekty choroby (okaleczenie, utrata kontroli nad wydalaniem gazów i kału oraz związany z tym uciążliwy lęk przed zabrudzeniem oraz napiętnowaniem ze strony społeczeństwa każą choremu ze stomią podjąć decyzję o wycofaniu się z życia społecznego, a co się z tym wiąże rezygnację z obecnej pracy lub niepodjęcie prób znalezienia nowego miejsca pracy [1].

## **Podsumowanie**

Nowotwór jelita grubego oraz inne schorzenia jelit są niezwykle powszechne. Bardzo często te choroby kończą się diagnozą lekarską, która brzmi jednoznacznie – wyłonienie stomii jest konieczne. Dla wielu osób sytuacja taka jest szokiem, nie mogą zrozumieć i wyobrazić sobie życia ze stomią. W tej sytuacji niezwykle ważna jest praca całego zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego również wchodzi pielęgniarka. Przez cały czas opieki pielęgniarskiej sprawowanej nad chorym niezwykle ważną kwestią jest edukacja chorego i jego rodziny pod każdym względem. Dzięki właściwej edukacji chory nauczy się żyć ze stomią i normalnie funkcjonować w społeczeństwie.

Po zabiegu wyłonienia stomii zaczynają pojawiać się problemy natury biologicznej, ale także i społecznej oraz psychicznej. Pielęgniarka ma za zadanie pomóc choremu rozwiązywać je i przygotować go do sprawnego funkcjonowania w życiu codziennym.



## Piśmiennictwo

1. Cwajda J., Szewczyk M. T., Cierzniakowska K. i wsp.: Edukacja jako element procesu adaptacji chorych ze stomią jelitową. *Piel. Pol.*, 2005, 1, 109–114.
2. Banaszekiewicz Z., Jawień A.: Wskazania, rodzaje i technika wykonania stomii. *Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*, 2002, 7, 8–15.
3. Koper A., Kaźmierczak B., Warszawska E.: Jakość życia chorych z nowotworami jelita grubego – badania własne. *Mag. Piel. Poł.*, 2000, 11, 16–17.
4. Banaszekiewicz Z., Jarmocik P., Tojek K., Jawień A.: Retrospektywna ocena wybranych czynników odpowiadających za powstawanie późnych, miejscowych powikłań kolostomii. *Chirurgia Polska*, 2003, 4, 221–227.
5. Cwajda J., Idczak H., Szewczyk M. T. i wsp.: Potrzeby i oczekiwania edukacyjne pacjentów z kolostomią. *Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*, 2002, 7, 114–119.
6. Foltyn P.: Opieka nad pacjentem ze stomią – rola pielęgniarki. *Mag. Piel. Poł.*, 2000, 11, 19–20.
7. Cwajda J., Szewczyk M.T., Cierzniakowska K.: Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego po zabiegu operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej. [W]: *Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych*. Szewczyk M. T., Ślusarz R. (red.). Borgis, Warszawa 2006, 61–69.
8. Fibak J.: *Chirurgia – repetytorium*. PZWL, Warszawa 1998, 2004, 335–336.
9. Kózka M.: Opieka nad pacjentem z wybranymi chorobami jelit, odbytnicy i odbytu. [W]: *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Waleska E. (red.). PZWL, Warszawa 2006, 325–346.
10. Góral R.: *Chirurgia okrężnicy i odbytnicy*. PZWL, Warszawa 1993, 285–331.
11. Banaszekiewicz Z., Jawień A.: Przepuklina okołostomijna – materiał własny. *Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*, 2002, 7, 14–19.
12. Biercewicz M.: Stomia jako trudny problem życiowy. *Piel. i Poł.*, 2002, 1, 87–94.
13. Cierzniakowska K., Szewczyk M. T., Banaszekiewicz Z., Jawień A.: Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym ze stomią. *Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*, 2002, 7, 20–24.
14. Cierzniakowska K., Kozłowska E., Szewczyk M. T. i wsp.: Ocena deficytu samoopieki u chorych ze stomią w podeszłym wieku. [W]: *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.). Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2007, 476–481.
15. Cierzniakowska K., Szewczyk M. T., Stodolska A. i wsp.: Proces rehabilitacji chorych ze stomią. *Nowiny Lek.*, 2005, 2, 222–225.
16. Wiraszka G.: Zaakceptować siebie – przygotowanie chorego z kolostomią do samoopieki. *Mag. Piel. i Poł.*, 2003, 4, 17–18.

17. Sobczak U.: Opieka nad chorym z ileostomią – zadania pielęgniarki stomijnej. *Mag. Piel. i Poł.*, 2001, 2, 30.
18. Dison N.: Technika zabiegów pielęgniarских. PZWL, Warszawa 1998, 311–324.
19. Szewczyk M. T., Jawień A.: Holistyczny model pielęgnowania chorego z nowotworem jelita grubego i kolostomią. [W]: *Wybrane zagadnienia z chirurgii*. Mackiewicz Z. (red.). Wydawnictwo Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa, 1999, 438–445.
20. Cierzniałowska K.: Polskie Towarzystwo Opieki Nad Chorymi Ze Stomią. *Pielęg. Chirurg. Angiol.*, 2008, 1, 26–27.
21. Kózka M.: Standardy pielęgnowania chorego ze sztucznym odbytem brzuszonym. [W]: *Wybrane standardy opieki pielęgniarskiej*. Kózka M. (red.). Instytut Pielęgniarstwa, Kraków 1997, 126–135.

Marta Muszalik<sup>1</sup>, Anna Staniszevska<sup>2</sup>,  
Kornelia Kędziora-Kornatowska<sup>1</sup>, Magdalena Grabowska<sup>3</sup>

## **Ból i cierpienie pacjentów w starszym wieku ze schorzeniami narządu ruchu w aspekcie analizy sprawności funkcjonalnej i jakości życia**

### **Wstęp**

Starość, jako ostatni etap życia, stanowi wartość samą w sobie, niezależnie od zmian, jakie zachodzą. Jest również zadaniem, któremu każdy człowiek musi mieć siłę i odwagę sprostać. Starość często spostrzegana jest jako mało atrakcyjny okres w życiu człowieka. Za podstawowe cechy starości uznaje się: znaczny spadek zdolności adaptacyjnych w wymiarze biologicznym i psychospołecznym, postępujące ograniczenia samodzielności życiowej, stopniowe nasilenie się zależności od otoczenia [1, 2]. Starzenie się oznacza stopniowe zaburzenie funkcjonowania organizmu, jest procesem ciągłym i nieodwracalnym zależnym od stylu życia, warunków genetycznych oraz czynników środowiskowych. Wraz z wiekiem zmniejsza się również zdolność do samoopieki i rośnie zapotrzebowanie na opiekę ze strony innych osób [1, 2, 3].

W wieku starszym pojawia się wiele schorzeń, które wpływają niekorzystnie na globalną jakość życia. Stopniowo pogorszeniu ulegają funkcje poszczególnych układów i narządów oraz zmniejsza się odporność organizmu [1, 2]. Postępujące zmiany inwolucyjne w organizmie człowieka oraz pojawiające się różne schorzenia wraz z wiekiem przyczyniają się do ograniczenia sprawności funkcjonalnej, niezależności osób w starszym wieku, powodują również cierpienie i ból. Do najczęściej występujących w tym okresie życia schorzeń należą: choroby układu krążenia, układu

---

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK Toruń

<sup>2</sup> SP ZOZ w Radziejowie

<sup>3</sup> Instytut Psychologii UKW w Bydgoszczy

ruchu, oddechowego i pokarmowego. Dodatkowo mogą występować dolegliwości i schorzenia typowe dla wieku, tzw. „wielkie problemy geriatryczne” [3, 4, 5].

Schorzenia układu ruchu wśród osób starszych stanowią bardzo liczną grupę różnorodnych chorób charakteryzujących się zmianami i dolegliwościami w układzie kostno-mięśniowo-stawowym. Są to choroby przewlekłe, rozwijające się stopniowo i z reguły prowadzą do znacznego inwalidztwa, a tym samym do uzależnienia od innych osób. Świadomość istoty tych schorzeń oraz wiele dolegliwości somatycznych i psychicznych wpływa często negatywnie na stan emocjonalny pacjentów. Chorzy są często przygnębieni, apatyczni, zniechęceni do kontynuowania leczenia oraz boją się o swoją przyszłość. Na stan psychiczny ma wpływ ból o różnym nasileniu, który często towarzyszy choremu, a także długotrwałe leczenie dające niekiedy poważne skutki niepożądane. U niektórych osób obserwowane są objawy depresji, w szczególności, gdy następuje pogorszenie stanu zdrowia, zmuszające do korzystania z pomocy otoczenia w wykonywaniu najprostszych codziennych czynności [6, 7, 8]. Obniża się również globalna jakość życia pacjentów. Najczęściej występujące schorzenia narządu ruchu to grupy chorób i wad wrodzonych układu kostno-stawowego, zmiany pourazowe, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów, choroby stawów o etiologii zapalnej, choroby metaboliczne tkanki kostnej oraz nowotwory [7, 8]. Każda z tych grup to wiele różnych jednostek chorobowych.

Pojęcie jakości życia jest złożone i wielowymiarowe. Termin „jakość życia” znajduje odzwierciedlenie w wielu dziedzinach nauk społecznych i medycznych, takich jak ekonomia społeczna, filozofia, socjologia, psychologia oraz medycyna. Kwestia jakości życia człowieka stała się obszarem szczególnie zainteresowania w naukach społecznych w II połowie XX wieku. Niektórzy badacze twierdzili, że podstawą jakości życia są ludzkie potrzeby, a jakość życia jest stopniem zaspokojenia tych potrzeb, np.: biologicznych, psychicznych, społecznych, związanych z aktywnością, statusem cywilnym oraz strukturalnym. Podejście to stanowiło reminiscencję hierarchii potrzeb wg Masłowa [10, 11]. W medycynie szczególne zainteresowanie problematyką jakości życia pojawiło się w latach siedemdziesiątych, w odniesieniu do badania zdrowotnych i pozazdrowotnych konsekwencji przewlekłych stanów chorobowych oraz dla oceny medycznych i pozamedycznych efektów interwencji lekarskiej i opieki zdrowotnej. Zainteresowanie tą problematyką wiązało się ściśle z nowym podejściem do oceniania skutków leczenia – nie tylko poprzez

długość przeżycia, ale także z perspektywy „jakości” tego przedłużonego sukcesem terapeutycznym życia, a tym samym z nową koncepcją modelu medycyny odpowiedzialnej za całego pacjenta [9, 10, 11].

Wyróżnia się jakość życia niezależną od stanu zdrowia (NHRQL, Non Health Related Quality of Life) oraz zależną od stanu zdrowia (HRQL, Health Related Quality of Life). Życie człowieka diametralnie się zmienia, jeśli cierpi on z powodu przewlekłej choroby, a stan zdrowia determinuje wszystkie aspekty jego funkcjonowania. W badaniach naukowych poświęca się sporo miejsca jakości życia zależnej od stanu zdrowia, ponieważ w coraz większym stopniu można na nią wpływać przez leczenie i rehabilitację [12]. Pojęcie jakości życia stosowane w medycynie oznacza jakość życia wyznaczoną stanem zdrowia, występującymi chorobami oraz naturalnym procesem starzenia się. De Walden-Gałuszko określa HRQL jako różnicę pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną. Model jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia tworzą co najmniej cztery komponenty, określane również jako wymiary lub domeny. Stanowią je stan fizyczny i sprawność ruchowa, stan psychiczny, sytuacja społeczna i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne [13]. Proponuje się uwzględnienie dodatkowych komponentów, np.: funkcjonowania w rolach społecznych, status ekonomiczny, aspekty duchowości lub subkomponentów, np.: seksualności, obrazu ciała, samooceny jako uzupełnienia koncepcji jakości życia. Osoby starsze odczuwają jakość życia jako poczucie autonomii, bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia, satysfakcji życiowej, wolności i niezależności.

Przedstawione problemy związane ze schorzeniami narządu ruchu stanowią wyzwanie dla zespołu pielęgniarstwa i wskazują zakres działań. Ocena sprawności funkcjonalnej i jej wpływu na aspekty jakości życia przyczynia się do lepszego zrozumienia problemów chorego i zaplanowania opieki.

Celem leczenia pacjentów z chorobami narządu ruchu jest przede wszystkim spowolnienie rozwoju choroby, zmniejszenie bólu i cierpienia, zapobieganie powikłaniom w obrębie układu ruchu, prowadzącym do trwałego inwalidztwa oraz poprawa jakości życia.

## **Cel badań**

Celem badań była ocena sprawności funkcjonalnej i aspektów jakości życia pacjentów w starszym wieku ze schorzeniami układu ruchu. Sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jaka jest sprawność funkcjonalna w zakresie podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego osób starszych ze schorzeniami układu ruchu w świetle badania kwestionariuszem ADL i IADL?
2. Od czego zależy wydolność funkcjonalna badanych pacjentów?
3. Jaka jest samoocena zdrowia i jakość życia pacjentów w oparciu o badanie kwestionariuszem NHP oraz czym jest uwarunkowana?

## Material i metody

Badania przeprowadzone zostały metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankiety. Narzędziami badawczymi były:

- kwestionariusz Nottingham Health Profile wersja polska do pomiaru subiektywnego stanu zdrowia oraz jakości życia (wersja polska). Kwestionariusz NHP jest narzędziem psychometrycznym, został opracowany przez zespół badaczy brytyjskich: J. McEwen, S. M. Hunt i S. McKenna w 1987 r. Składa się on z dwóch części. Pierwsza zasadnicza dotyczy aktualnie doświadczanych problemów w funkcjonowaniu fizycznym, psychologicznym i społecznym związanych ze stanem zdrowia. Zawiera ona 38 krótkich stwierdzeń, dotyczących sześciu wymiarów oceny subiektywnego stanu zdrowia: sprawność ruchowa, energia życiowa, ból, zaburzenia snu, reakcje emocjonalne i izolacja społeczna. Część druga dotyczy wpływu aktualnego stanu zdrowia na siedem sfer życia: pracę zarobkową, prace domowe, życie towarzyskie, życie rodzinne, życie seksualne, zainteresowania i hobby oraz wykorzystanie czasu wolnego.
- kwestionariusz oceny sprawności codziennej (ADL) na podstawie skali Katza,
- kwestionariusz oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL) na podstawie skali Lawtona.

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów Oddziału Reumatologii i Oddziału Rehabilitacji w SPZOZ (szpital) w Radziejowie w 2008 r. Przebadanych zostało 120 pacjentów z nieurazowymi schorzeniami narządu ruchu. Badane były tylko osoby w wieku  $\geq 60$  lat. Wszystkie badania były dobrowolne, indywidualne i anonimowe, prowadzone i nadzorowane przez jedną i tę samą osobę. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki CM w Bydgoszczy. Szczegółowe dane socjodemograficzne przedstawiono w tabeli 1.

Do statystycznej analizy wyników badań zastosowano pakiet statystyczny programu komputerowego Statistica 6.0. Analizę korelacyjną przeprowadzono za pomocą testu korelacji Spearmana ( $r_s$ ), określając

**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów**

		Liczność	Odsetek [%]
Płeć	Mężczyzna	23	23,00
	Kobieta	97	77,00
Wiek	do 60	15	12,50
	60–74	70	58,33
	powyżej 75	35	29,17
Wykształcenie	Podstawowe	58	48,33
	Zawodowe	30	25,00
	Średnie	29	24,17
	Wyższe	3	2,50
Miejsce zamieszkania	Miasto	40	33,33
	Wieś	80	66,67
Stan cywilny	Zamężna/żonaty	58	48,33
	Wdowa/wdowiec	53	44,17
	Wolny	9	7,50
Zamieszkanie	Mieszkam z rodziną	94	78,33
	Sama	26	21,67
Sytuacja materialna	Bardzo dobra	0	0,00
	Dobra	92	76,67
	Trudna	28	23,33
Schorzenie	Osteoartroza	71	59,17
	Spondyloartroza	12	10,00
	Dyskopatia	5	4,17
	RZS	32	26,67
Razem		120	100,00

wartości współczynnika korelacyjnego. W pracy przyjęto następujące współczynniki korelacji:  $r_S = 0$  (brak korelacji);  $r_S = 0-0,3$  (korelacja słaba);  $r_S = 0,3-0,7$  (korelacja umiarkowana);  $r_S = 0,7-1,0$  (korelacja silna) i  $r_S = 1,0$  (korelacja ścisła). Hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności  $p \leq 0,05$ .

### Wyniki badań

Dokonana ocena sprawności w czynnościach życia codziennego (ADL) wykazała, że 76% ankietowanych uzyskało wysoki poziom spraw-

ności funkcjonalnej, 22% zakwalifikowało się do grupy o średnim poziomie, a tylko 2% uzyskało poziom niski. W całej badanej grupie średnia wartość wyników skali ADL wyniosła  $4,96 \pm 0,85$ . Reasumując, ocena sprawności w czynnościach życia codziennego kształtowała się na wysokim i średnim poziomie. Ocena stopnia sprawności pacjentów przeprowadzona za pomocą Testu Złożonych Czynności Życia Codziennego (IADL) wykazała, że w stanie pełnej sprawności w wykonywaniu czynności złożonych znajdowało się 77% badanych osób. Wśród badanych nie było osoby z najniższym poziomem w skali IADL, natomiast 22% osób było w stanie umiarkowanej zależności. Średnia wartość punktów skali IADL wyniosła  $21,69 \pm 3,08$ .

W wyniku przeprowadzonej analizy wyników zauważono, że wiek, sytuacja materialna oraz rodzaj schorzenia były skorelowane z wynikiem testu ADL i IADL. Dodatkowo płeć oraz wykształcenie było istotne statystycznie dla wartości testu IADL.

**Tabela 2. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana w korelacji między ADL i IADL a czynnikami niezależnymi**

	ADL		IADL	
	rS	P	rS	p
Płeć	-0,18	0,05	<b>-0,23</b>	<b>0,01</b>
Wiek	<b>-0,19</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,22</b>	<b>0,02</b>
Wykształcenie	0,07	0,47	<b>0,22</b>	<b>0,01</b>
Zamieszkanie	0,03	0,79	0,05	0,58
Stan cywilny	-0,09	0,32	-0,16	0,08
Zamieszkanie	-0,10	0,26	-0,14	0,12
Sytuacja materialna	<b>-0,27</b>	<b>0,00</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,00</b>
Schorzenia	<b>-0,24</b>	<b>0,01</b>	<b>-0,24</b>	<b>0,01</b>

rS – współczynnik korelacji; p – poziom istotności

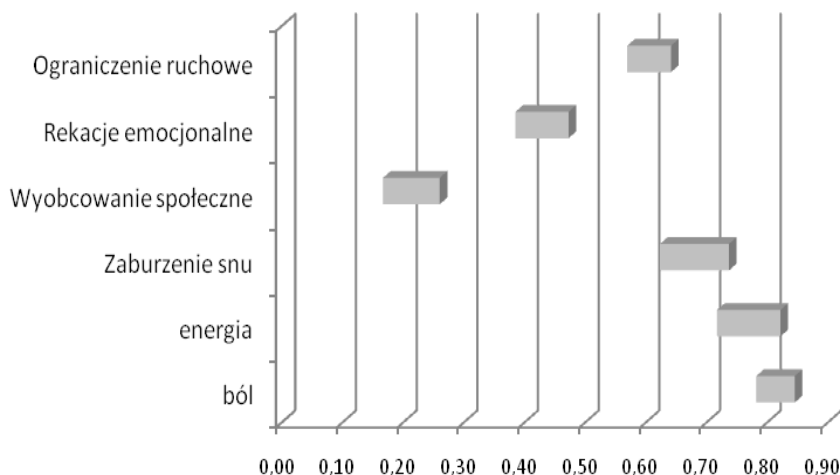
Największy deficyt samodzielności stwierdzono u osób znajdujących się w grupie wiekowej powyżej 75 lat (4,69 pkt. w ADL i 20,63 pkt. w IADL). Natomiast najmłodsza grupa badanych osób do 60 lat cechowała się największą sprawnością w czynnościach życia codziennego, uzyskując średnią wartość 5,43 punktów w teście ADL i 23,27 punktów w teście IADL. Rodzaj schorzenia znacząco wpływa na ocenę sprawności



w czynnościach życia codziennego. Największą samodzielnością cechowały się osoby z dyskopatią (5,60 pkt. w ADL i 23,80 pkt. w IADL) i osteoartrozą (5,16 pkt. w ADL i 23,30 pkt. w IADL). Natomiast osoby ze zwyrodnieniem stawów kręgosłupa oraz reumatoidalnym zapaleniem stawów uzyskały poniżej 5 punktów w skali ADL i poniżej 22 punktów w skali IADL. Osoby określające swoją sytuację materialną jako dobrą wykazywały większą sprawność w czynnościach życia codziennego niż respondenci w trudnej sytuacji materialnej.

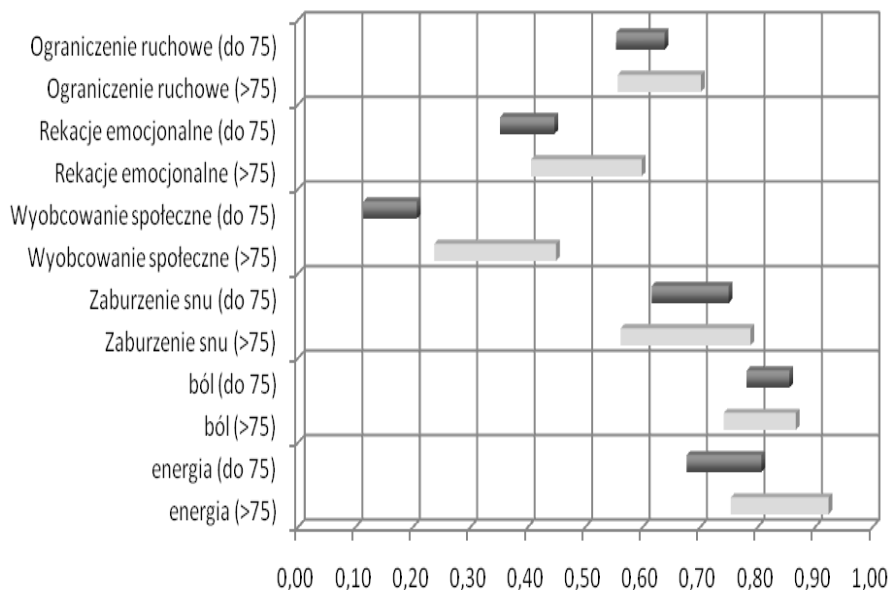
Uwzględniając wszystkie wartości podskal NHP w badanej grupie wykazano wysoki poziom dolegliwości bólowych ( $0,81 \pm 0,032$ ), zaburzeń energii życiowej (wsk.  $0,77 \pm 0,052$ ), zaburzeń snu ( $0,68 \pm 0,057$ ) oraz ograniczeń ruchowych ( $0,61 \pm 0,036$ ). Wyobcowanie społeczne ( $0,21 \pm 0,047$ ) oraz reakcje emocjonalne ( $0,43 \pm 0,044$ ) kształtowały się poniżej średniej. Powyższe wyniki przedstawiono na rycinie 1.

**Ryc. 1. Wartość podskal NHP dla 95% przedziału ufności**



Wraz z wiekiem wybrane aspekty jakości życia ulegają obniżeniu – narastają wyobcowanie społeczne oraz negatywne reakcje emocjonalne oraz obniża się energia życiowa (ryc. 2).

Z badań wynika również, że trudna sytuacja materialna ma istotny wpływ na pogłębienie wyobcowania społecznego oraz negatywnych reakcji emocjonalnych. Nie zauważono istotnego wpływu wybranych schorzeń na poziom wyników w skali NHP.

**Ryc. 2. Wpływ wieku na wynik skali NHP**

## Omówienie

Wydłużenie ludzkiego życia wpływa w sposób znaczący na wzrost odsetka osób starszych przewlekle chorych. Współczesna medycyna i pielęgniarstwo dąży do objęcia każdego chorego kompleksową, holistyczną opieką w celu przywrócenia zaburzonych funkcji jego organizmu oraz ulgi w cierpieniu. Jeśli choroba jest przewlekła, dąży się do takiego usprawnienia pacjenta, aby mógł osiągnąć maksymalną samodzielność i niezależność [14]. U osób w wieku podeszłym najczęściej występuje upośledzenie funkcji motorycznych, czego następstwem jest utrata niezależności w zakresie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego. Dlatego podczas sprawowania opieki ważne jest dokonanie oceny sprawności psychofizycznej seniora i określenie istnienia ewentualnych braków [14].

Badania własne wykazały, że wydolność funkcjonalna badanych osób w świetle kwestionariusza ADL kształtuje się na poziomie średnim i wysokim. Aż 76% ankietowanych nie wykazało trudności podczas wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, takich jak: kąpiel,

ubieranie się, toaleta osobista, kontrolowanie zwieraczy, karmienie i poruszanie się. Zauważono również wysoki poziom realizacji złożonych czynności dnia codziennego przy użyciu kwestionariusza IADL.

W badaniach, jakie przeprowadziły pielęgniarki środowiskowo-rodzinne wśród mieszkańców gminy Luków dotyczących samodzielności osób starszych w odniesieniu do oceny ich jakości życia uzyskano podobne wyniki. Przy ocenie samodzielności brano pod uwagę takie czynniki, jak: samodzielność w poruszaniu się po mieszkaniu i poza nim, utrzymanie higieny ciała, przygotowywanie posiłków, robienie zakupów [15]. Porównując wyniki można stwierdzić, że osoby z badanej grupy w większości przypadków były w dobrej kondycji fizycznej, co pozwala im na możliwie dobrą egzystencję i samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Tylko mała grupa wśród badanych była niesamodzielna [15]. Z badań tych wynika, iż duża grupa osób starszych samodzielnie zaspokajała swoje codzienne potrzeby, co pozwalało im na samodzielność bez obniżania się jakości życia [15].

Badania własne wykazały, że największy deficyt samodzielności stwierdzono u osób znajdujących się w grupie wiekowej powyżej 75 lat. Natomiast grupa badanych osób do 60 lat cechowała się największą sprawnością w czynnościach życia codziennego. Rodzaj schorzenia znacząco wpływa na ocenę sprawności w czynnościach życia codziennego. Większą samodzielnością cechowały się osoby z dyskopatią i osteoartrozą niż badani, którzy cierpią z powodu zwyrodnienia stawów kręgosłupa oraz chorzy z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Osoby określające swoją sytuację materialną jako dobrą wykazywały większą sprawność w czynnościach życia codziennego niż respondenci w trudnej sytuacji materialnej.

Badania własne wykazały, że samoocena zdrowia oraz jakość życia pacjentów ze schorzeniami układu ruchu kształtuje się od średnich do niskich poziomów dla osób dorosłych. Zauważono wysoki poziom dolegliwości bólowych, spadek energii życiowej, ograniczeń ruchowych oraz zaburzeń snu. Najmniej zaburzoną była sfera życia psychicznego w zakresie wyobcowania społecznego oraz negatywnych reakcji emocjonalnych. Wnioskować można na podstawie tych wyników, że osoby starsze są wspierane przez opiekunów.

Z badań Muszalik wynika, że najbardziej zaburzoną sferą u pacjentów w starszym wieku była energia życiowa. Duży odsetek badanych odczuwał zaburzenia związane ze snem oraz ograniczenia ruchowe. Badani rzadziej uskarżali się na wyobcowanie społeczne. Pacjenci ze scho-

rzeniami reumatoidalnymi istotnie częściej zgłaszali dolegliwości bólowe i ograniczenia w poruszaniu się. Jakość życia pacjentów przewlekle chorych uwarunkowana była głównie wiekiem, a najważniejsze problemy starszych pacjentów wiązały się przede wszystkim z utratą energii życiowej, ograniczeniem sprawności ruchowej oraz częstym występowaniem dolegliwości bólowych oraz zaburzeń snu [14]. Podobne wnioski można wyciągnąć z naszych aktualnych badań. Badania własne wykazały również, że na jakość życia pacjentów ze schorzeniami układu ruchu miała istotny wpływ sytuacja materialna. Pacjenci w trudnej sytuacji materialnej czuli się bardziej wyobcowani społecznie, co wiąże się z negatywnymi reakcjami emocjonalnymi.

## Wnioski

1. Osoby starsze ze schorzeniami układu ruchu wykazały średni i wysoki poziom sprawności funkcjonalnej mierzonej kwestionariuszem ADL i IADL.
2. Wraz z wiekiem obniża się jakość życia badanych.
3. Pacjenci ze schorzeniami układu ruchu ocenili własny stan zdrowia oraz jakość swego życia na poziomie średnim i niskim.
4. Wiek oraz trudna sytuacja materialna wywiera istotny wpływ na jakość życia badanych.
5. Wysoki poziom bólu, utrata energii życiowej oraz zaburzenia snu dominowały w badanej grupie.

## Piśmiennictwo

1. Kachaniuk H., Drożdżiel D., Fidecki W., Wysokiński M., Jerzak P., Walas L.: Samodzielność osób starszych jako element jakości życia. *Pielęgn. XXI wieku*, 2006, 4 (17), 75–78.
2. Kocemba J.: Starzenie się człowieka. [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, Skalska A. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Via Medica Wydawnictwo Medyczne, Gdańsk, 2007, 6–12.
3. Pędich W.: Gerontologia i geriatrya. [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Via Medica Wydawnictwo Medyczne, Gdańsk 2007, 2–5.
4. Muszalik M., Marzec A., Kornatowska-Kędzióra K.: Rola pielęgniarki w profilaktyce upadków u osób w starszym wieku. *Pielęgn. XXI wieku*, 2007, 18, 127–131.

5. Kujawa W., Biercewicz M., Ślusarz R., Kędziora-Kornatowska K.: Wpływ wybranych chorób wieku podeszłego na wydolność funkcjonalną osób starszych. *Pielęgn. XXI wieku*, 2005, 1/2 (10/11), 99–104.
6. Głowacka A.: Złamania kości w przebiegu osteoporozy. Profilaktyka kolejnych złamań. *Pielęgn. Pol.* 2006, 1 (21), 49–51.
7. Głuszko P.: Choroby reumatyczne. Choroby zwyrodnieniowe stawów. [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Via Medica Wydawnictwo Medyczne, Gdańsk, 2007, 325–342.
8. Kostka T.: Rehabilitacja osób starszych. [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska. (red.): *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Via Medica Wydawnictwo Medyczne, Gdańsk, 2007, 85–89.
9. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. *Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego*, Kraków, 2000, 233–251.
10. Wiraszka G., Stępień R., Wrońska I.: Jakość życia w naukach medycznych (część II). *Pielęgn. XXI wieku*, 2004, 2 (7), 9–13.
11. Wrońska I., Stępień R., Wiraszka G.: Jakość życia w naukach medycznych (część I). *Pielęgn. XXI wieku*, 2004, 1 (6), 5–9.
12. WHOQOL Group: Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Res.* 1993, 2, 153–159.
13. De Walden Gałuszko K.: Problemy jakości życia u chorych w stanie terminalnym. *Medipress, Medycyna Paliatywna* 2003, 1 (3), 4–6.
14. Muszalik M., K. Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontol. Pol.*, 2007, 14/4, 185–189.
15. Kachaniuk H., Drożdżiel D., Fidecki W., Wysokiński M., Jerzak P., Walas L.: Samodzielność osób starszych jako element jakości życia. *Pielęgn. XXI wieku*, 2006, 4 (17), 75–78.



Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>,  
Cecylia Łukaszuk<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>, Hanna Rolka<sup>1</sup>, Anna Baranowska<sup>1</sup>,  
Jolanta Lewko<sup>1</sup>, Matylda Sierakowska<sup>1</sup>, Katarzyna Krajewska<sup>1</sup>,  
Agnieszka Bielemuk<sup>1</sup>, Krystyna Kowalczyk<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>,  
Agnieszka Szyszko-Perłowska<sup>1</sup>, Dorota Kondzior<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>1</sup>

## **Jakość życia i zachowania zdrowotne dzieci w domu dziecka na podstawie badań własnych w Białymstoku i Supraślu**

### **Wstęp**

W Polsce system opieki oraz wychowania dzieci osieroconych i opuszczonych obejmuje różnorodne formy. Zalicza się do nich instytucje diagnostyczne, kwalifikacyjne oraz zakładowe [1]. Standardem nadal jest umieszczanie dzieci w Domach Dziecka. Szacuje się, że w 380 Domach Dziecka w Polsce przebywa ponad 21 tysięcy dzieci [2].

Wszystkie społeczeństwa są świadome wagi tworzenia warunków, w których dzieci mogą przychodzić na świat, rozwijać się i dorastać, chronione przed biedą, chorobami oraz otrzymywać wykształcenie, które rozwinię ich potencjał intelektualny. Każde dziecko dla pełnego i harmonijnego rozwoju powinno wychowywać się w środowisku rodzinnym, w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia [3]. Dzieci z Domów Dziecka tęsknią do swoich rodzin, nie znają miłości rodzicielskiej, borykają się z nowymi problemami, często są wyśmiewane, poniżane i nie nabywają wzorców potrzebnych w dorosłym życiu [4].

Dzieciństwo i wiek młodzieńczy są okresami, w trakcie których dochodzi do intelektualnego i fizycznego rozwoju, w tym momencie są przyswajane zachowania zdrowotne i społeczne na całe życie. Udowodniono fakt, że zdolność młodych ludzi do podejmowania decyzji dotyczących zachowań zdrowotnych jest największa wówczas, gdy

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

mogą oni mieć wpływ na swoje społeczne, fizyczne i edukacyjne środowisko [1].

Celem podjętych badań było zdiagnozowanie jakości życia i zachowań zdrowotnych dzieci wychowujących się w Domach Dziecka oraz porównanie uzyskanych wyników z grupą rówieśników wychowanków z pełnych rodzin oraz znalezienie zależności teoretycznych w tej dziedzinie.

## **Materiał i metoda**

Badanie przeprowadzono w grupie dzieci w Domach Dziecka (grupa badana) w województwie podlaskim (Białystok i Supraśl) i grupie kontrolnej, wychowującej się w rodzinach własnych, w tych samych miejscowościach, w których zlokalizowane były Domy Dziecka. Obie grupy dzieci liczyły po 70 osób.

Do realizacji przyjętych celów wykorzystana była metoda sondażu diagnostycznego przy pomocy kwestionariuszy ankiet: Skali Zachowań Zdrowotnych, składającej się z 40 stwierdzeń określających zachowania związane ze zdrowiem oraz Ankiety Dzieci opracowanej na podstawie WHOQOL-BREF w polskiej adaptacji Wołowickiej i Jaracz, zawierającej pytania dotyczące: dziedziny fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowych. Skala zawiera również pozycje (pytania), które analizowane są oddzielnie: dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia, dotyczące indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia [5].

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Dyrekcji Domów Dziecka, rodziców lub prawnego opiekuna dziecka.

W celu ułatwienia interpretacji wyników posłużono się następującą skalą przymiotnikową dla współczynnika korelacji ( $r$ ):  $r < 0,3$  – brak korelacji,  $0,3 \leq r < 0,5$  – korelacja słaba,  $0,5 \leq r < 0,7$  – korelacja przeciętna,  $0,7 \leq r < 0,9$  – korelacja silna,  $r \geq 0,9$  – korelacja bardzo silna.

## **Wyniki badań**

Grupa kontrolna i grupa badana liczyły po 70 osób, z czego w grupie kontrolnej 35 osób zamieszkiwało w Białymstoku i tyle samo w Supraślu; w grupie badanej liczności te wynosiły odpowiednio 40 i 30 dzieci. Nieco większą część badanej zbiorowości stanowili chłopcy – było ich 76, podczas gdy dziewcząt jedynie 61. W przypadku trojga dzieci w ankietach



nie została podana płeć – osoby te nie były uwzględniane w analizach dotyczących tego czynnika. W dalszej analizie dokonano podziału na dwie grupy wiekowe: 9–12 lat (młodszy okres szkolny) i 13–16 (okres dorastania). Zatem, grupa dzieci mieszkających w domach dziecka jest nieco starsza – dlatego też ważne jest, by porównać grupę kontrolną i grupę badaną przy uwzględnieniu czynnika wiek.

### 1. Analiza czynników wpływających na jakość życia wg Ankiety Dzieci

- Miejsce wychowywania i miejsce zamieszkania

Na wstępie porównano składowe jakości życia wg Ankiety Dzieci w zależności od miejsca zamieszkania i miejsca wychowywania. Poniższa tabela (Tab. 1.) zawiera zestawienie wartości średnich i odchylenia standardowego w porównywanych grupach, w kolejnej tabeli (Tab. 2.) znaleźć można wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji (wartości prawdopodobieństwa testowego  $p$ ), zaś na wykresie (Ryc. 1.) dokonano porównania wartości średnich (wraz z 95% przedziałami ufności dla odpowiednich populacji).

**Tabela 1. Zestawienie wartości średnich i odchylenia standardowego w porównywanych grupach**

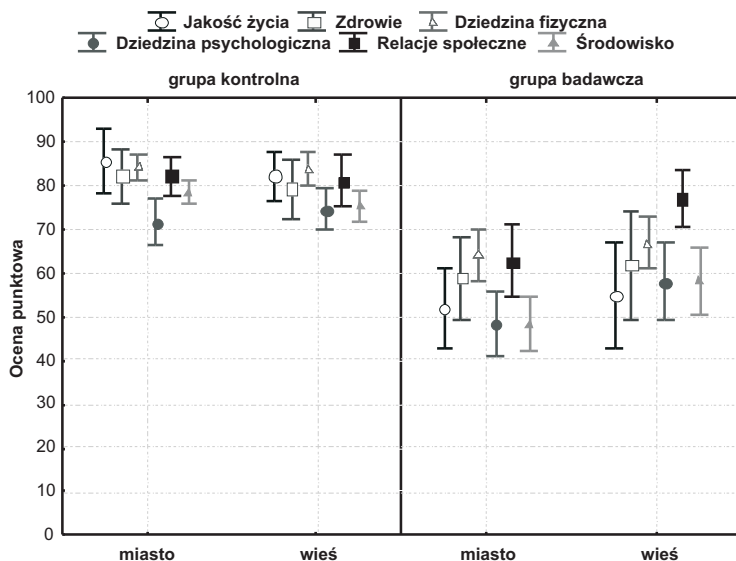
Miejscowość	Grupa	Jakość życia		Zdrowie		Dziedzina fizyczna		Dziedzina psych.		Relacje społeczne		Środowisko	
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Białystok	kontrolna	86	21	82	18	84	9	72	16	82	13	79	8
	badana	52	28	59	29	64	18	48	23	63	26	48	19
Supraśl	kontrolna	82	17	79	20	84	11	75	14	81	18	76	10
	badana	55	32	62	34	67	16	58	24	77	17	58	20

**Tabela 2. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji wg Ankiety Dzieci**

Testowany efekt	Jakość życia	Zdrowie	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psych.	Relacje społeczne	Środowisko
grupa badana	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0006***	0,0000***
miejscowość	0,9584	0,9946	0,6085	0,0673	0,0475*	0,1968
interakcja	0,4341	0,5111	0,4961	0,3063	0,0216*	0,0143*

Można wysunąć podstawowe wnioski, gdzie kluczowym jest pierwszy z nich: niezależnie od miejsca zamieszkania, dzieci wychowujące się

**Ryc. 1. Porównanie wartości średnich wraz z 95% przedziałami ufności dla odpowiednich populacji**



w Domach Dziecka mają znacząco niższą samoocenę każdej sfery jakości życia, można stwierdzić wpływ miejsca zamieszkania na oceny w kategorii „relacje społeczne” – dotyczy on przede wszystkim grupy badanej (stąd też istotność interakcji pomiędzy obydwojema czynnikami), dla kategorii „środowisko” można stwierdzić istotność interakcji pomiędzy miejscem zamieszkania i miejscem wychowywania – w środowisku wiejskim różnica pomiędzy Domem Dziecka i normalnymi rodzinami była mniejsza.

- Płeć i miejsce wychowywania

Analizę wpływu płci na samoocenę jakości życia przeprowadzono przy kontroli czynnika miejsce wychowywania z uwagi na fakt, iż wywierał on bardzo znaczący wpływ na badane wielkości. Ponownie zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji. Nie stwierdzono wpływu płci na poziom odpowiedzi w jakiegokolwiek sferze jakości życia, potwierdzając przy tym znaczący wpływ miejsca wychowywania. Jedynie dla kategorii „środowisko” zachodzi słaba interakcja pomiędzy płcią i miejscem wychowywania się, gdyż wśród dziewcząt można zaobserwować nieco mniejszą różnicę pomiędzy grupą kontrolną i badaną.

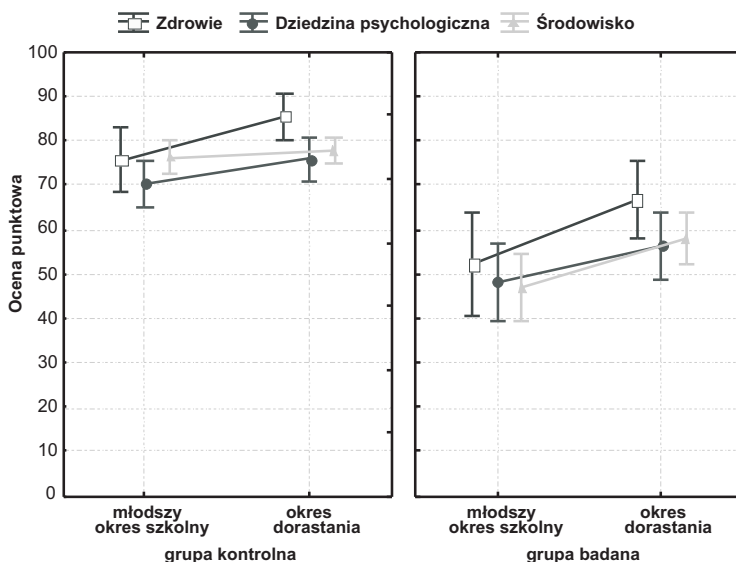
• **Wiek i miejsce wychowywania**

Poniżej przedstawiono analizę uzyskanych wyników dotyczących wpływu wieku dzieci na jakość życia (Tab. 3.). Statystycznie istotny wpływ tego czynnika zaobserwowano w trzech kategoriach jakości życia: zdrowiu, dziedzinie psychologicznej, środowisku, gdzie uzyskano wyższą punktację u starszych dzieci. Na poniższym wykresie (Ryc. 2.) zilustrowano wpływ wieku i miejsca wychowywania na te trzy sfery jakości życia.

**Tabela 3. Wpływ wieku i miejsca wychowywania na jakość życia**

Testowany efekt	Jakość życia	Zdrowie	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psych.	Relacje społeczne	Środowisko
grupa badana	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0002***	0,0000***
grupa wiekowa	0,2532	0,0044**	0,2187	0,0435*	0,0659	0,0142*
interakcja	0,6754	0,5481	0,5522	0,6879	0,3153	0,0676

**Ryc. 2. Wpływ wieku i miejsca wychowywania na te trzy sfery jakości życia**



### 1.1. Korelacje pomiędzy składowymi Ankiety Dzieci

W poniższej tabeli (Tab. 4.) zamieszczono wartości współczynników korelacji pomiędzy poszczególnymi dziedzinami jakości życia. Zastosowano nieparametryczny współczynnik korelacji rang Spearmana, z uwagi na jego odporność na występowanie obserwacji odstających. Większość kategorii jakości życia jest powiązanych ze sobą w stopniu przeciętnym (wszystkie korelacje były istotne statystycznie). Najsilniejsza zależność występuje pomiędzy środowiskiem i dziedziną fizyczną, zaś najsłabsza pomiędzy relacjami społecznymi i ogólną jakością życia.

**Tabela 4. Wartości współczynników korelacji pomiędzy poszczególnymi dziedzinami jakości życia**

Współczynniki korelacji rang Spearmana (cała zbiorowość)	Jakość życia	Zdrowie	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psych.	Relacje społeczne	Środowisko
Jakość życia	1,00	0,60	0,6174	0,65	0,37	0,69
Zdrowie	0,60	1,00	0,54	0,55	0,48	0,53
Dziedzina fizyczna	0,61	0,54	1,00	0,65	0,49	0,71
Dziedzina psych.	0,65	0,55	0,65	1,00	0,55	0,66
Relacje społeczne	0,37	0,48	0,49	0,55	1,00	0,50
Środowisko	0,69	0,53	0,71	0,66	0,50	1,00

Należy wziąć pod uwagę, że poziom korelacji pomiędzy składowymi jakości życia może być zawyżony z uwagi na fakt, iż na wszystkie składowe bardzo wyraźnie wpływa miejsce wychowywania się. Dlatego wyznaczono także współczynniki korelacji oddzielnie dla obu grup. Wydaje się jednak, że różnice w poziomie współczynnika korelacji nie okazały się bardzo duże, co prezentują tabele 5 i 6.

## 2. Analiza czynników wpływających na poziom zachowań zdrowotnych wg Skali Zachowań Zdrowotnych

- Miejsce wychowywania i miejsce zamieszkania

Dla większości kategorii zachowań zdrowotnych można stwierdzić statystycznie istotny wpływ miejsca wychowywania (wyjątki to: „warto-

**Tabela 5. Wartości współczynników korelacji pomiędzy poszczególnymi dziedzinami jakości życia w grupie kontrolnej dzieci**

Współczynniki korelacji rang Spearmana (grupa kontrolna)	Jakość życia	Zdrowie	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psych.	Relacje społeczne	Środowi- sko
Jakość życia	1,00	0,44	0,50	0,60	0,23	0,64
Zdrowie	0,44	1,00	0,51	0,35	0,44	0,47
Dziedzina fizyczna	0,50	0,51	1,00	0,46	0,26	0,57
Dziedzina psych.	0,60	0,35	0,46	1,00	0,37	0,58
Relacje społeczne	0,23	0,44	0,26	0,37	1,00	0,52
Środowisko	0,64	0,47	0,57	0,58	0,52	1,00

**Tabela 6. Wartości współczynników korelacji pomiędzy poszczególnymi dziedzinami jakości życia w grupie badanej dzieci**

Współczynniki korelacji rang Spearmana (dom dziecka)	Jakość życia	Zdrowie	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psych.	Relacje społeczne	Środowi- sko
Jakość życia	1,00	0,58	0,37	0,51	0,30	0,50
Zdrowie	0,58	1,00	0,44	0,57	0,37	0,49
Dziedzina fizyczna	0,37	0,44	1,00	0,56	0,52	0,62
Dziedzina psych.	0,51	0,57	0,56	1,00	0,60	0,56
Relacje społeczne	0,30	0,37	0,52	0,60	1,00	0,39
Środowisko	0,50	0,49	0,62	0,56	0,39	1,00

ściowanie zdrowia” i „profilaktyka”). Miejsce zamieszkania miało pewien wpływ tylko na odbiór „sytuacji stresowych” – korzystniejsze odpowiedzi notowali tu mieszkańcy wsi (Tab. 7 i Tab. 8).

- Płeć i miejsce wychowywania

Można zauważyć, że wpływ czynnika płeć oddziałuje na punktację w kategorii „stosowanie używek”. Wszystkie testowane efekty były istotne, a mianowicie potwierdzony został wpływ miejsca wychowywania na „stosowanie używek”. Zauważyć można, że dziewczęta rzadziej

**Tabela 7. Wpływ miejsca wychowania na poziom zachowań zdrowotnych**

Grupa	Wartościowanie zdrowia		Autoocena zdrowia		Sytuacje stresowe		Stosowanie używek		Nawyki żywieniowe		Aktywność fizyczna		Profilaktyka		Wsparcie społeczne	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Białystok																
kontrolna	63	19	75	10	60	9	99	4	63	12	75	15	46	11	78	13
badana	58	22	54	20	49	14	72	16	50	11	55	20	44	10	56	24
Supraśl																
kontrolna	63	13	72	13	64	9	99	3	65	10	79	15	46	11	79	14
badana	64	22	58	17	54	13	71	26	53	13	58	18	43	12	61	21

**Tabela 8. Wpływ miejsca wychowania na poziom zachowań zdrowotnych**

Testowany efekt	Wartościowanie zdrowia	Autoocena zdrowia	Sytuacje stresowe	Stosowanie używek	Nawyki żywieniowe	Aktywność fizyczna	Profilaktyka	Wsparcie społeczne
grupa badana	0,5139	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,1760	0,0000***
miejsce	0,2993	0,9393	0,0186*	0,7402	0,2339	0,2122	0,7654	0,3612
interakcja	0,3251	0,2466	0,8355	0,7402	0,8304	0,9052	0,8841	0,5640

podjęmą antyzdrowotne zachowania, przy czym różnica ta występuje w zasadzie tylko w grupie dzieci z Domów Dziecka (stąd dodatkowo efekt interakcji pomiędzy płcią i miejscem wychowywania).

Ponadto nieco lepsze rezultaty „uzyskują” chłopcy w kategorii aktywność fizyczna. Uzyskane wyniki badania prezentują table 9 i 10.

**Tabela 9. Wpływ płci na poziom zachowań zdrowotnych**

Grupa	Wartościowanie zdrowia		Autoocena zdrowia		Sytuacje stresowe		Stosowanie używek		Nawyki żywieniowe		Aktywność fizyczna		Profilaktyka		Wsparcie społeczne	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Dziewczyna																
kontrolna	61	19	70	14	60	8	99	3	66	12	75	16	46	10	79	14
badana	62	25	56	17	50	13	83	18	53	11	56	19	43	11	57	22
Chłopak																
kontrolna	66	12	76	9	64	10	99	5	62	10	80	13	45	12	78	14
badana	59	21	55	20	52	13	65	20	51	12	57	20	43	11	58	23

**Tabela 10. Wpływ płci i miejsca wychowania na poziom zachowań zdrowotnych**

Testowany efekt	Wartościowanie zdrowia	Autoocena zdrowia	Sytuacje stresowe	Stosowanie używek	Nawyki żywieniowe	Aktywność fizyczna	Profilaktyka	Wsparcie społeczne
grupa badana	0,4486	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,1650	0,0000***
płeć	0,7230	0,3461	0,1181	0,0003***	0,1186	0,0399*	0,9174	0,9236
interakcja	0,2540	0,2085	0,7833	0,0005***	0,7110	0,4746	0,7155	0,7847

- Wiek i miejsce wychowywania

Można stwierdzić, że czynnik wiek ma wpływ na uzyskane wyniki, bowiem kategoria „samooceńca zdrowia” jest wyżej punktowana wśród starszych dzieci, podobnie jak „aktywność fizyczna”, co przedstawiają tabele 11 i 12.

**Tabela 11. Wpływ wieku i miejsca wychowania na poziom zachowań zdrowotnych**

Grupa	Wartościowanie zdrowia		Autoocena zdrowia		Sytuacje stresowe		Stosowanie używek		Nawyki żywieniowe		Aktywność fizyczna		Profilaktyka		Wsparcie społeczne	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Młodszy okres szkolny																
kontrolna	60	14	72	11	63	10	99	4	62	12	75	14	45	11	77	12
badana	57	24	51	21	48	13	68	22	52	10	52	20	45	10	54	22
Okres dorastania																
kontrolna	66	17	75	12	62	8	99	4	65	11	79	15	47	10	80	15
badana	64	20	60	15	54	13	75	19	50	13	60	18	42	12	62	23

**Tabela 12. Wpływ wieku i miejsca wychowania na poziom zachowań zdrowotnych**

Testowany efekt	Wartościowanie zdrowia	Autoocena zdrowia	Sytuacje stresowe	Stosowanie używek	Nawyki żywieniowe	Aktywność fizyczna	Profilaktyka	Wsparcie społeczne
grupa badana	0,4426	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,0000***	0,1608	0,0000***
grupa wiekowa	0,0601	0,0200*	0,1172	0,1617	0,9711	0,0399*	0,7783	0,0831
interakcja	0,9931	0,2727	0,0505	0,2341	0,1755	0,4746	0,1833	0,5018

## 2.1. Korelacje pomiędzy składowymi Skali Zachowań Zdrowotnych

Korelacje pomiędzy składowymi Skali Zachowań Zdrowotnych są dużo słabsze niż wśród składowych jakości życia. W wielu przypadkach nie można mówić o żadnej zależności. Tylko w dwóch przypadkach można zauważyć korelację o przeciętnej sile. Bardziej wiarygodne wnioski odnośnie zależności pomiędzy składowymi Skali Zachowań Zdrowotnych uzyskać można, gdy wyeliminuje się wpływ miejsca wychowywania. Składową najbardziej związaną z pozostałymi jest „samoocena zdrowia” – nieskorelowana jedynie z poziomem „profilaktyki”. Uzyskane wyniki badania prezentują poniższe tabele (Tab. 13 i Tab. 14).

**Tabela 13. Korelacje pomiędzy składowymi Skali Zachowań Zdrowotnych w grupie kontrolnej**

Współczynniki korelacji rang Spearmana (grupa kontrolna)	Wartościowanie zdrowia	Autoocena zdrowia	Sytuacje stresowe	Stosowanie używek	Nawyki żywieniowe	Aktywność fizyczna	Profilaktyka	Wsparcie społeczne
Wartościowanie zdrowia	1,00	0,40	-0,10	0,13	0,29	0,11	0,30	0,15
Autoocena zdrowia	0,40	1,00	0,46	0,31	0,31	0,56	0,25	0,42
Sytuacje stresowe	-0,10	0,46	1,00	0,09	0,14	0,40	-0,03	0,33
Stosowanie używek	0,13	0,31	0,09	1,00	0,22	0,09	0,05	0,24
Nawyki żywieniowe	0,29	0,31	0,14	0,22	1,00	0,20	0,09	0,32
Aktywność fizyczna	0,11	0,56	0,40	0,09	0,20	1,00	0,08	0,26
Profilaktyka	0,30	0,25	-0,03	0,05	0,09	0,08	1,00	0,27
Wsparcie społeczne	0,15	0,42	0,33	0,24	0,32	0,26	0,27	1,00

**Tabela 14. Korelacje pomiędzy składowymi Skali Zachowań Zdrowotnych w grupie badanej**

Współczynniki korelacji rang Spearmana (dom dziecka)	Wartościowanie zdrowia	Autoocena zdrowia	Sytuacje stresowe	Stosowanie używek	Nawyki żywieniowe	Aktywność fizyczna	Profilaktyka	Wsparcie społeczne
Wartościowanie zdrowia	1,00	0,22	0,16	0,07	0,18	0,07	-0,08	0,50
Autoocena zdrowia	0,22	1,00	0,62	0,16	0,34	0,39	-0,06	0,30
Sytuacje stresowe	0,16	0,62	1,00	0,00	0,37	0,11	-0,01	0,10
Stosowanie używek	0,07	0,16	0,00	1,00	0,16	0,06	0,02	0,09
Nawyki żywieniowe	0,18	0,34	0,37	0,16	1,00	0,09	0,09	0,09
Aktywność fizyczna	0,07	0,39	0,11	0,06	0,09	1,00	-0,07	0,25
Profilaktyka	-0,08	-0,06	-0,01	0,02	0,09	-0,07	1,00	-0,07
Wsparcie społeczne	0,50	0,30	0,10	0,09	0,09	0,25	-0,07	1,00



### 3. Korelacje pomiędzy Skalą Zachowań Zdrowotnych a Ankietą Dzieci

Uzyskane wyniki badania wykazały, że korelacje pomiędzy składowymi jakości życia i ocenami zachowań zdrowotnych są mocno zróżnicowane. Wyraźny jest związek pomiędzy „samooceną stanu zdrowia” i wszystkimi składowymi jakości życia, podobna sytuacja dotyczy „wsparcia społecznego” oraz, w mniejszym stopniu, „sytuacji stresowych” i „stosowania używek”. Niższy poziom korelacji jest pomiędzy oceną „nawyków żywieniowych” i „aktywnością fizyczną” z jednej, a składowymi jakości życia z drugiej strony. Zdecydowanie najsłabsze są związki „wartościowania zdrowia” i „profilaktyki” ze składowymi jakości życia (Tab. 15).

**Tabela 15. Korelacje pomiędzy składowymi Skali Zachowań Zdrowotnych a składowymi Ankiety Dzieci**

Współczynniki korelacji rang Spearmana (cała zbiorowość)	Wartościowanie zdrowia	Auto-ocena zdrowia	Sytuacje stresowe	Stosowanie używek	Nawyki żywieniowe	Aktywność fizyczna	Profilaktyka	Wsparcie społeczne
Jakość życia	0,16	0,53	0,41	0,51	0,43	0,48	0,20	0,50
Zdrowie	0,18	0,57	0,34	0,35	0,33	0,39	0,17	0,34
Dziedzina fizyczna	0,18	0,64	0,58	0,58	0,45	0,48	0,12	0,50
Dziedzina psych.	0,30	0,65	0,54	0,44	0,40	0,50	0,11	0,61
Relacje społeczne	0,31	0,47	0,33	0,26	0,27	0,28	0,08	0,48
Środowisko	0,23	0,55	0,51	0,55	0,43	0,44	0,21	0,56

### Omówienie

Przeprowadzone badania miały na celu dokonanie analizy jakości życia i zachowań zdrowotnych dzieci wychowujących się w Domach Dziecka według ich własnej oceny, porównanie uzyskanych wyników z grupą rówieśników wychowanków z rodzin własnych oraz znalezienie zależności teoretycznych w tej dziedzinie.

Nie ma możliwości odniesienia uzyskanych wyników w Ankiecie Dzieci oraz Skali Zachowań Zdrowotnych przeprowadzonych wśród dzieci do innych badań polskich, ponieważ dotychczas w kraju nie wykonano ich przy użyciu tych metod.

Wykorzystując Ankietę Dzieci określono poziom jakości życia dobrej celowo grupy badawczej i grupy kontrolnej dzieci. Ankieta Dzieci analizuje: dziedzinę fizyczną, dziedzinę psychologiczną, relacje społeczne, środowisko, indywidualną ogólną percepcję jakości życia i samoocenę stanu zdrowia. Przy użyciu Skali Zachowań Zdrowotnych określono

różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem grupy badawczej i grupy kontrolnej dzieci: wartościowanie zdrowia, autoocena zdrowia, sytuacje stresowe, stosowanie używek, nawyki żywieniowe, profilaktyka, aktywność fizyczna, wsparcie społeczne.

Na podstawie analizy wyników uzyskanych w Ankiecie Dzieci stwierdzono, że niezależnie od miejsca zamieszkania, dzieci wychowujące się w Domach Dziecka mają znacząco niższą samoocenę każdej sfery jakości życia. Wiele innych prac potwierdza fakt, że dzieci wychowujące się w Domach Dziecka mają zniekształcony obraz świata, wywołującego lęk i nieufność, połączony z zaniżoną samooceną oraz uproszczonym i stereotypowym widzeniem siebie w różnych rolach społecznych: żony, matki, pracownicy [6, 7]. Truszkowska podkreśla, że dziecko o negatywnej samoocenie jest stale napięte wewnątrznie, dręczy je niepokój, który może rozładować poprzez: zachowania agresywne, wyzywające, nonszalanckie, unikanie innych, oskarżanie i pomniejszanie wartości innych [8]. Warto odnotować, że Przygoda w swoich badaniach wykazała, iż podopieczni Domów Dziecka nie potrafią znaleźć swego miejsca w życiu, czują się gorsi we wszystkich jego sferach od rówieśników z normalnych rodzin [9].

Badania własne wykazały wpływ miejsca zamieszkania na zaniżenie oceny w kategorii „relacje społeczne” przede wszystkim w grupie badanej dzieci. Wyniki te są zgodne z danymi zawartymi w fachowej literaturze. W wielu pracach na temat rozwoju dzieci od najwcześniejszego dzieciństwa wychowywanych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, zwracano uwagę na trudności w kształtowaniu ścisłych więzi międzyludzkich oraz, że zaburzenia w rozwoju emocjonalnym na ogół łączą się z zaburzeniami w kontaktach społecznych [8, 10, 11].

Analiza uzyskanych wyników badań dotyczących wpływ wieku dzieci na ocenę jakości życia wykazała statystycznie istotny wpływ tego czynnika w trzech kategoriach: „zdrowiu”, „diedzinnie psychologicznej”, „środowisku”, gdzie uzyskano wyższą punktację u starszych dzieci. W uzupełnieniu powyższych wyników badań warto dodać, że Talarska w swoich badaniach wśród uczniów ze szkoły gimnazjalnej i licealnej wykazała istnienie statystycznie istotnej różnicy w globalnej ocenie jakości życia w zależności od wieku młodzieży ( $p < 0,05$ ) [12]. Ponadto Kaim sugeruje, że wraz z wiekiem zwiększają się oceny negatywne dotyczące zadowolenia z życia [13].

Badania własne wykazały, iż większość kategorii jakości życia jest powiązanych ze sobą w stopniu przeciętnym i wszystkie korelacje były

istotne statystycznie. Najsilniejsza zależność występuje pomiędzy „środowiskiem” i „dziedziną fizyczną”, zaś najsłabsza pomiędzy „relacjami społecznymi” i ogólną „jakością życia”.

Dla większości ocen kategorii zachowań zdrowotnych można stwierdzić statystycznie istotny wpływ miejsca wychowywania dzieci, wyjątki to: „wartościowanie zdrowia” i „profilaktyka”. Miejsce zamieszkania miało pewien wpływ tylko na odbiór „sytuacji stresowych”, gdyż korzystniejsze odpowiedzi notowali tu mieszkańcy wsi.

Wykazana różnica istotnie statystyczna dla kategorii „stosowanie używek” w obu badanych grupach respondentów na niekorzyść dzieci wychowujących się w Domach Dziecka znalazła potwierdzenie w piśmiennictwie. Jednakże, jak donosi literatura, wyniki badań wśród populacji dzieci wychowujących się w rodzinach własnych w tej dziedzinie zachowań zdrowotnych są równie niepokojące [10]. Tatarowicz zaobserwował, że u źródeł zjawisk demoralizacji oraz przestępczości dzieci i młodzieży często znajdujemy nieprawidłową strukturę i funkcjonowanie rodziny oraz brak więzi rodzinnej [8, 10]. Natomiast Eszyk i wsp. [14] w swoich badaniach dowiodły, że większość uczniów szkoły podstawowej, szkół gimnazjalnych i uczniów liceum ogólnokształcącego twierdzi, że zdrowie jest wartością o którą należy dbać.

Analiza wyników badań wykazała wpływ czynnika „płeć” na punktację kategorii „stosowanie używek”. Wszystkie testowane efekty były istotne, a mianowicie potwierdzony został wpływ miejsca wychowywania na kategorię „stosowanie używek”. Zauważyć można, że dziewczęta rzadziej podejmują tego typu antyzdrowotne zachowania, przy czym różnica ta występuje w zasadzie tylko w grupie dzieci z Domów Dziecka. Potwierdzeniem w/w wyników własnych są badania Kuźmy [15] przeprowadzone w wybranych szkołach podstawowych stwierdzające, że palenie papierosów jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Inni autorzy uważają również, że nieco więcej chłopców niż dziewcząt pije alkohol [13, 16].

Wyniki badań własnych wykazały także, że nieco lepsze rezultaty uzyskują chłopcy w kategorii „aktywność fizyczna”. Pilawska i wsp. dowiodły w swoich badaniach, że dziewczęta rzadziej niż chłopcy wykonują ćwiczenia fizyczne i, że chłopcy są bardziej aktywni ruchowo [16, 17]. Potwierdza to także Kaim [13].

Badania własne wykazały, że czynnik „wiek” ma wpływa na ocenę zachowań zdrowotnych, bowiem kategoria „samoocena zdrowia” jest wyżej punktowana wśród starszych dzieci, podobnie jak ocena kategorii „ak-

tywność fizyczna". Badania Woynarowskiej i wsp. [18] oraz Gacek [19] sugerują natomiast, że autoocena zdrowia młodzieży z wiekiem znacznie pogarsza się.

Analiza występujących korelacji pomiędzy składowymi Skali Zachowań Zdrowotnych wykazała, że zależności są dużo słabsze niż związki wśród kategorii jakości życia.

Uzyskane wyniki badań własnych wykazały ponadto, że korelacje pomiędzy składowymi jakości życia i kategoriami zachowań zdrowotnych są wysoce zróżnicowane. Wyraźny jest związek pomiędzy „samooceną stanu zdrowia” i wszystkimi składowymi jakości życia, podobna sytuacja dotyczy kategorii „wsparcie społeczne” oraz „sytuacje stresowe” i „stosowanie używek”.

## Wnioski

Zebrany podczas badań materiał empiryczny, jego statystyczne opracowanie i interpretacja wyników wyznaczają zakres wniosków końcowych:

1. Samoocena jakości życia i samoocena zachowań zdrowotnych badanej młodzieży zależała od jej wieku, płci oraz miejsca zamieszkania i wychowania.
2. Zależności pomiędzy kategoriami jakości życia były dużo silniejsze w ocenach dzieci wychowujących się w Domach Dziecka w porównaniu do grupy kontrolnej niż korelacje pomiędzy składowymi Skali Zachowań Zdrowotnych.
3. Korelacje pomiędzy składowymi jakości życia i ocenami zachowań zdrowotnych są wysoce zróżnicowane.

## Piśmiennictwo

1. Czyż E.: Stan przestrzegania praw wychowanków domów dziecka. Helsińska Fundacja Praw Człowieka. Warszawa 2000, [www.hfhrpol.waw.pl/index\\_pliki/dzieci/raportdd.doc](http://www.hfhrpol.waw.pl/index_pliki/dzieci/raportdd.doc).
2. Mały Rocznik Statystyczny Polski. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004, 248.
3. Bogusz R., Kawczyńska-Butrym Z.: Demograficzne i społeczne przemiany współczesnych rodzin polskich. [w:] Kawczyńska-Butrym Z. (red.). Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka. CEM, Warszawa 1997, 26, 32, 36–37, 41.
4. Kamińska U.: Społeczna percepcja wychowanków domów dziecka. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 2002, 5, 16–22.

5. Wołowicka L., Jaracz K.: WHOQOL-BREF. [w:] Wołowicka L. (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, 196–197, 233, 259–265, 276–280.
6. Dewitz W., Winiarski M.: Czas wolny i życie kulturalne wychowanków. [w:] Dąbrowski Z. (red.). Węzłowe problemy opieki i wychowania w domu dziecka. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1997, 230–231, 237–238.
7. Gajewska G.: Przygotowanie wychowanków do samodzielnego życia i pełnienia pierwszoplanowych ról społecznych. [w:] Dąbrowski Z. (red.). Węzłowe problemy opieki i wychowania w domu dziecka. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1997, 355–358, 362–363, 365–367.
8. Formicki J., Jamrozowicz B.: Psychopedagogiczne skutki sieroctwa społecznego. [w:] Brańka Z., Kuźma J. (red.). Stan i koncepcje rozwoju opieki i wychowania w Polsce. Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Kraków 1996, 210–215.
9. Przygoda J.: Biografie i start życiowy usamodzielnianych wychowanków różnych form opieki. [w:] Kolankiewicz M. (red.). Zagrożone dzieciństwo. Rodzinne i instytucjonalne formy opieki. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa 1998, 197–198, 201–203.
10. Bielecka E.: Funkcja założona domu dziecka a diagnoza aktualnego stanu pracy opiekuńczo-wychowawczej domów dziecka na Białostocczyźnie. [w:] Brańka Z., Kuźma J. (red.). Stan i koncepcje rozwoju opieki i wychowania w Polsce. Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Kraków 1996, 285–288.
11. Czeredrecka B.: Potrzeby psychiczne sierot społecznych. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1988, 66–81.
12. Talarska D.: Funkcjonowanie bio-psycho-społeczne młodzieży elementem oceny jakości życia. [w:] Materiały konferencyjne z IV Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, Białystok 2005, tom I, 144–146.
13. Kaim A.: Zachowania zdrowotne uczniów Liceum Ogólnokształcącego im. Bolesława Chrobrego w Kłodzku. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne. Oficyna Wydawnicza „Amos”, Warszawa 2005, 2, 38.
14. Eszyk J., Ordys D.: Potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży szkolnej w zakresie zdrowia. [w:] Materiały konferencyjne z IV Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, Białystok 2005, tom I, 200.
15. Kuźma J.: Koncepcje zmian w systemie opieki nad dziećmi osieroconymi i opuszczonymi. [w:] Brańka Z., Kuźma J. (red.). Stan i koncepcje rozwoju opieki i wychowania w Polsce. Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Kraków 1996, 20.

16. Mazur J., Woynarowska B.: Zagrożenia zdrowotne młodzieży szkolnej w świetle badań ankietowych. [w:] Januszewicz P., Szymborski J. (red.): Zdrowie naszych dzieci. Uwarunkowania, zagrożenia i problemy, kierunki rozwiązań systemowych. Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 2001, 73, 75.
17. Gacek M., Rosiński J., Tchórzewski D.: Wybrane zachowania zdrowotne dzieci w wieku 10–13 lat i ich rodzin. Roczniki Uniwersytetu M. C. Skłodowskiej w Lublinie, Uniwersytet M. C. Skłodowskiej Akademia Medyczna, Lublin 2004, 2, 109.
18. Woynarowska B, Mazur J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski, BOWI, Warszawa 2000, 11, 13, 16, 18–19.
19. Gacek M.: Wybrane zachowania zdrowotne uczniów średnich szkół technicznych. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne. Oficyna Wydawnicza „Amos”, Warszawa 2005, 4, 11.

Katarzyna Wróbel<sup>1</sup>, Małgorzata Rutkowska<sup>1</sup>, Małgorzata Rogowska<sup>2</sup>,  
Justyna Ustymowicz<sup>2</sup>, Katarzyna Łagoda<sup>1</sup>, Regina Sierżantowicz<sup>2</sup>

## Zasady monitorowania i terapii bólu przewlekłego w chorobie nowotworowej

*Pierwszym środkiem,  
jaki natura pozostawia do naszej dyspozycji,  
w celu uzyskania ulgi w bólu, który nas ogarnia, są łzy....*

Hegel

Ból jest to bardzo złożone, nieprzyjemne, subiektywne doznanie. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (International Association for the Study of Pain) podało definicję: „Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”.

Ból ostrzega człowieka przed działaniem czynników uszkadzających tkanki, pełni ważną rolę odruchowo-obronną, wskazuje na powstanie choroby oraz jest bodźcem do szukania pomocy w usunięciu jej przyczyn. Bardzo silne, trwające zbyt długo doznania bólowe przestają być czynnikiem ostrzegawczo-obronnym. Mogą być przyczyną ogromnego cierpienia fizycznego i psychicznego, a także wielu zaburzeń w funkcjonowaniu tkanek i narządów wewnętrznych.

### Klasyfikacja bólu

Ze względu na miejsce powstania bólu rozróżniamy:

- *Ból receptorowy* – powstaje w wyniku podrażnienia receptorów bólowych – nocyceptorów. Dzieli się na: ból fizjologiczny – wynika z działania

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej UMB

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego UMB

bodźca bólowego, bez uszkodzenia tkanek oraz ból kliniczny – związany z uszkodzeniem tkanek.

- *Ból niereceptorowy* – mechanizm jego powstania jest inny niż drażnienie zakończeń nerwowych. Dzieli się na: ból neuropatyczny – wynika z pierwotnego uszkodzenia lub dysfunkcji układu nerwowego; oraz ból psychogeny – powstaje bez uszkodzenia tkanek; ból zapalny – powstaje w wyniku obniżenia progu pobudliwości nocyceptorów, wykazuje cechy bólu patologicznego.

Ze względu na miejsce odczuwania bólu:

- *Ból zlokalizowany* – ograniczony, możliwe jest konkretne wskazanie miejsca występowania.

- *Ból rzutowany* – promieniujący, może być odczuwany w innym miejscu niż źródło jego powstania.

- *Ból uogólniony* – wszechogarniający, występuje w wielu miejscach jednocześnie.

Ze względu na czas trwania bólu możemy sklasyfikować go jako: ból ostry, „przetrwały” i przewlekły. Ostry ból ustępuje zazwyczaj po wygojeniu uszkodzonych tkanek. Ból „przetrwały” powstaje, gdy czynnik szkodliwy działa bardzo długo, nawet kilka lat. Ból przewlekły powstaje w następujących etapach:

- nadwrażliwość nocyceptorów,
- nadwrażliwość w obwodowych częściach włókien dośrodkowych,
- nadwrażliwość w komórkach rogów tylnych,
- nieprawidłowe połączenia w OUN,
- trwałe zmiany w układzie nerwowym.

Z bólem przewlekłym wiąże się wiele zmian zarówno fizjologicznych, psychologicznych, jak i behawioralnych. U osoby cierpiącej z powodu przewlekłego bólu mogą wystąpić zaburzenia snu, apetytu, drażliwość, nastrój depresyjny, uczucie przemęczenia, obniżenia progu czucia bólu, problemy z koncentracją, upośledzenie ruchowe. Ból przewlekły odgrywa również bardzo destrukcyjną rolę w sferze społecznej, zmniejsza aktywność zawodową i społeczną.

## **Ból nowotworowy**

Leczenie bólu jest szczególnie ważnym problemem w opiece nad pacjentami z chorobą nowotworową. W średnim stadium zaawansowania choroby ból odczuwa około 40% pacjentów, natomiast w stadium zaawansowanym i terminalnym około 70–80% chorych. Oznacza to, że



w Polsce leczenia przeciwbólowego w przebiegu nowotworu wymaga 50 do 70 tysięcy osób rocznie. Znaczna część chorych na chorobę nowotworową znajduje się pod opieką wyspecjalizowanych ośrodków, w których leczenie przeciwbólowe stanowi, a w każdym razie powinno stanowić integralną część leczenia onkologicznego. Jednak pomimo istotnego postępu nadal wyniki leczenia nowotworów, zwłaszcza najczęstszych: raka płuc, żołądka, piersi, jelita grubego, prostaty pozostają bardzo niezadowolające.

Ból nowotworowy łączy w sobie wszystkie mechanizmy i skutki bólu przewlekłego. Potęguje go specyfika choroby nowotworowej oraz towarzyszące jej emocje: gniew, lęk, depresja. Problem bólu w chorobie nowotworowej nie dotyczy jedynie osoby chorej, ale także całej jej rodziny. Aby skutecznie leczyć ból nowotworowy należy przede wszystkim ocenić mechanizm powstania bólu: ból nocycceptywny, mieszany, trzewny, po napromienianiu, chemioterapii czy też pooperacyjny.

Rozpoznanie typu bólu składa się z wielu elementów. Należy zidentyfikować wszystkie rodzaje bólów występujące u chorego, ustalić ich etiologię, patomechanizm oraz to, jakie inne czynniki wpływają na odczuwanie bólu. Do innych elementów rozpoznania należy określenie natężenia bólu oraz odróżnienie tak zwanych bólów przebijających od bólu podstawowego.

### **Przyczyny bólów nowotworowych**

Bóle spowodowane nowotworem – są one spowodowane rozrastaniem się guza, jego uciskiem na nerwy, a także przerzutami do kości, skóry oraz narządów miękkich. Bóle powstałe w wyniku leczenia – powstają w wyniku leczenia nowotworu, np. bóle pomastektomijne, po chemioterapii. Nie poddają się leczeniu przyczynowemu. Bóle związane z chorobą – są wynikiem unieruchomienia chorego w łóżku, wyniszczenia nowotworowego, infekcje. Bóle koincydencyjne – występują u chorych na nowotwory złośliwe, ale nie są związane ani z nowotworem, ani z przebytych leczeniem, np. bóle głowy, stawów.

### **Ocena kliniczna chorego z bólem**

Polega na określeniu zmian charakteru bólu, stopnia natężenia i umiejscowienia w czasie jego trwania. Ocenę skuteczności zastosowanych metod leczenia i dążenie do zróżnicowania swoistego określonego

działania od efektu placebo oraz monitorowanie stopnia natężenia bólu w zależności od innych czynników niż zastosowane leczenie. Ustalenie czynników powodujących nasilenie bólu umożliwia wdrożenie właściwego postępowania terapeutycznego. Pomiar bólu to nie tylko wysłuchanie skarg chorego, istnieje różnica pomiędzy doznaniem bólu, zachowaniem bólowym a słownym opisem bólu. Rzetelny pomiar bólu jest zawsze związany z wykorzystaniem więcej niż jednego narzędzia pomiaru.

Ból jest odczuciem subiektywnym. Dlatego też jego prawidłowa ocena może narażać na ogromne trudności, przede wszystkim dlatego, że pacjenci nie zawsze manifestują go w wyraźny sposób. Niezbędne jest więc stosowanie przez pielęgniarki dostępnych metod oceny bólu. Używane obecnie skale służące do oceny natężenia dolegliwości bólowych cechują się prostotą i bazują na wypowiedziach chorego. Istnieje wiele narzędzi pomagających w określeniu natężenia odczuwanego bólu.

Ból jest zjawiskiem subiektywnym, dlatego samoocena z użyciem odpowiednich skal, choć nie jest pozbawiona wpływów subiektywnych ze strony chorego, jest obecnie najbardziej polecanym sposobem pomiaru bólu.

Do najpopularniejszych sposobów pomiaru należą skale:

- a) uproszczona – 5-stopniowa: bez bólu – ból słaby – ból umiarkowany – ból silny – ból nie do zniesienia;
- b) VAS (visual analogue scale);
- c) VNRS (verbal numerical rating scale) skala od 0 (bez bólu) do 10 (ból nie do zniesienia).

Najbardziej popularnym sposobem pomiaru bólu jest obecnie połączenie skali VAS i VNRS.

### **VAS (Visual Analogue Scale) – skala wzrokowo-analogowa**

Jest to skala numeryczna z graficznym odcinkiem o długości 10 cm, na którym pacjent zaznacza wielkość natężenia bólu, który aktualnie odczuwa. Na dwóch końcach odcinka dziesięciocentymetrowego znajdują się pozycje skrajne w ocenie bólu: punkt „0” oznacza – nie ma bólu (brak odczucia bólu), punkt „10” – ból maksymalny (ból tak silny, jak tylko jest to możliwe) (ryc. 1). Wzdłuż tej linii mogą znajdować się słowne określenia natężenia bólu (ból lekki, średni, silny). Innym rodzajem skali VAS jest odcinek o określonej długości (najczęściej dziesięciocentymetrowy) z oznaczeniami tylko jego początku i końca (minimum i maksimum od-

### Ryc. 1. Skala oceny bólu VAS



czuwania bólu). Odcinek ten przedstawiony jako pozioma linia, na której pacjent zaznacza punkt odpowiadający natężeniu odczuwanego bólu. Wynik ten jest przedstawiony w milimetrach (odległość punktu od lewego skraju odcinka) lub w procentach natężenia określonego bólu.

### PDS Pain Distres Scale – skala stresu bólowego

Johnson wprowadził dwie skale do określeń sensorycznych bólu: skalę bólu (Pain Sensation Scale) i skalę stresu bólowego. Skala PDS jest także skalą numeryczną z graficznym odcinkiem o określonej długości, na którym chory zaznacza nasilenie stresu związanego z odczuwaniem bólu. Na dwóch końcach tego odcinka znajdują się skrajne opisy odczuwanego stresu: „0” oznacza brak stresu, a „10” stres maksymalnie odczuwany. Wzdłuż poziomej linii znajdują się słowne określenia natężenia stresu (lekki stres, średni, silny).

### STAS Support Team Assessment Schedule – wersja zmodyfikowana

Skala STAS w wersji oryginalnej składa się z 17 pozycji, dziesięć dotyczy pacjentów i ich Rodzin, a siedem związanych jest z systemem opieki i członkami zespołu. Pozycje te można podzielić na następujące grupy: objawy fizyczne (ból), objawy emocjonalne, duchowość i kryzys wiary, rodzina i bliscy opiekunowie, komunikacja – porozumiewanie się, planowanie dla umierającego, doradcza rola zespołu. Badając pacjentów w stanie terminalnym metodę tę radykalnie skrócono i stwierdzono, że najbardziej przydatna jest pierwsza część metody – pozycje od 1 do 9.

### Kwestionariusz Melazacka (MPQ Melazack Pain Questionnaire)

Narzędzie to składa się z czterech części dotyczących lokalizacji, charakteru częstotliwości i natężenia bólu. Umożliwia on pomiar ilościowy i jakościowy oceny doznań bólowych badanego, biorąc pod uwagę ich aspekt emocjonalny, poznawczy i sensoryczny. Sedlak jako pierwszy prze-

łożył test MPQ na język polski, nazywając go polską wersją kwestionariusza McGill-Melzacka. Kwestionariusz ten określa jakość bólu uwzględniając jego komponentę sensoryczną (siłę, jakość i dynamikę), emocjonalną i ogólną (mieszaną). Pierwszą polską wersję kwestionariusza do oceny bólu opracował Szczudlik. W 1984 roku Szatanik opracował uproszczoną wersję kwestionariusza bólu McGill-Melzacka i nazwał ją Arkuszem Oceny Bólu. Arkusze Oceny Bólu składa się z 43 słów podzielonych na 20 grup uwzględniających dwie kategorie: pozycje 1 do 15 – kategoria sensoryczna, pozycja 16 do 20 – kategoria emocjonalna.

### **Skala Doloplus – Behawioralna Ocena Bólu**

Stosowanie skali wymaga odpowiedniego przygotowania i przeszkolenia. Czas przeprowadzenia badania wynosi kilka minut i jest zależny od sprawności w zakresie posługiwania się tą metodą. Skala Doloplus może być wypełniana na podstawie notatek oraz zapisów zachowania pacjenta. Nie jest sprawą konieczną, aby wszystkie pozycje testu były ocenione podczas jednego badania. Jeżeli pacjent nie może się komunikować ze względu na stan swojego zdrowia (np. śpiączka), wówczas koncentrujemy się na opisie wskaźników somatycznych, pomijając ocenę komunikacji. Przyjmuje się, że uzyskany na skali wynik równy lub większy od 5 (na możliwych 30) wskazuje na istnienie bólu. Wyniki graniczne świadczące o wątpliwościach powinny być interpretowane na korzyść pacjenta – uznaje się, że pacjent jest cierpiący i wdraża się skuteczne leczenie przeciwbólowe.

Skala Doloplus dotyczy oceny bólu i jest narzędziem mierzącym zmiany w zachowaniu pacjenta powstałe na skutek odczuwania bólu. Skalę tę używa się wobec pacjentów, którzy mają trudności w porozumiewaniu się i współpracy podczas badania. W skład skali wchodzi 10 pozycji zawartych w trzech obszarach:

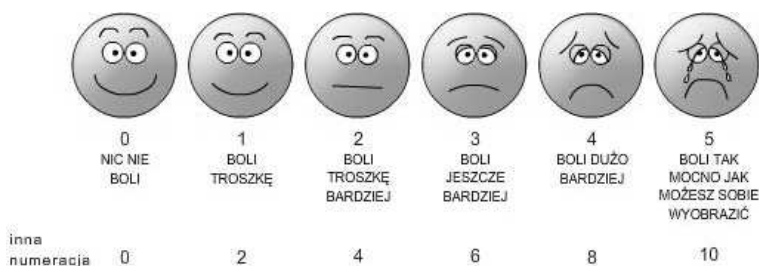
- reakcje somatyczne obejmujące 5 pozycji: dolegliwości somatyczne, obronna pozycja ciała, ochrona miejsc bolesnych, wyraz twarzy i sen;
- reakcje psychomotoryczne – tutaj zawarte są 2 pozycje: aktywność życia codziennego (ubieranie, mycie) oraz zdolność poruszania się;
- reakcje psychospołeczne – w tym obszarze ujęte są 3 zagadnienia: życie społeczne, problemy zachowania oraz komunikacja.

Według badań skala DOLOPLUS ma dobre właściwości psychometryczne – potwierdzono jej dobrą rzetelność i trafność w zakresie 3 obszarów i całości skali.

## Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Skala ta wykorzystywana jest przede wszystkim do oceny bólu u dzieci. Przedstawia schematy twarzy wyrażających różne nasilenie bólu. Stosowana jest także u osób, które często mają problem z określeniem słownym swojego bólu (ryc. 2).

Ryc. 2. Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



Objaśnienia – Skala Wonga-Bakera: Twarz 1 – boli troszkę; twarz 2 – boli troszkę bardziej; twarz 3 – boli jeszcze bardziej; twarz 4 – boli dużo bardziej; twarz 5 – boli tak mocno, jak możesz sobie wyobrazić. Przedstawia schematy twarzy wyrażających różne nasilenie bólu. Stosowana jest u dzieci, które często mają problem z określeniem słownym swojego bólu.

Rzetelny pomiar i ocena bólu jest istotnym elementem opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową. Amerykańskie Towarzystwo Leczenia Bólu zaleca, aby rutynowo ocenić ból u każdego chorego, równoległe z dokonywaniem pomiarów tętna, ciśnienia tętniczego, ciepłoty ciała i czynności oddechowej.

Na użytek codziennej praktyki można przyjąć następujące kryteria oceny skuteczności leczenia przeciwbólowego – jeśli chory:

- nie budzi się w nocy z powodu bólu – leczenie zadowalające,
- nie odczuwa bólu w spoczynku – leczenie dobre,
- może swobodnie poruszać się bez bólu – leczenie bardzo dobre.

## Udział pielęgniarki w leczeniu bólu

Do zadań pielęgniarki należy obserwacja reakcji chorego na ból tak, aby w porę można było zastosować fizyczne i psychiczne metody jego zwalczania. Pielęgniarka określa lokalizację bólu, jego charakter (ciągły, okresowy) i nasilenie. Podczas wykonywania zadań pielęgnacyjnych i za-

biegowych zwraca uwagę na wygląd twarzy (grymasy, zaciskanie zębów) oraz parametry życiowe chorego, takie jak: podwyższone ciśnienie tętnicze lub przyspieszone tętno, które mogą świadczyć o wystąpieniu bólu. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów zamkniętych w sobie, przygnębionych swoją sytuacją, pacjentów, którzy niechętnie dzielą się swoimi odczuciami lub po prostu nie chcą nikomu sprawiać kłopotu

Leczenie przeciwbólowe ma na celu doprowadzenie do stanu, w którym chory nie odczuwa bólu, nie jest zbyt senny i jest zdolny do aktywności umysłowej i fizycznej odpowiadającej jego możliwościom intelektualnym i zasobowi sił, a także stworzenie choremu możliwie komfortowych warunków psychofizycznych oraz zahamowanie procesów i odruchów związanych z odpowiedzią autonomicznego i somatycznego układu nerwowego.

Postępowanie pielęgniarstwa w zakresie zwalczania bólu polega przede wszystkim na podawaniu zleconych uprzednio przez lekarza środków p/bólowych oraz właściwym, wygodnym ułożeniu chorego w łóżku i zastosowaniu różnych udogodnień. Istotne jest, aby zlecone leki przeciwbólowe były podawane w odpowiednich, regularnych odstępach czasu, dawka leku była dostosowana do stopnia natężenia bólu, a leki były podawane w dawkach indywidualnych, odpowiednio dobranych, wystarczających do zapewnienia odpowiedniego (najczęściej 4-godzinowego) okresu bezbólowego.

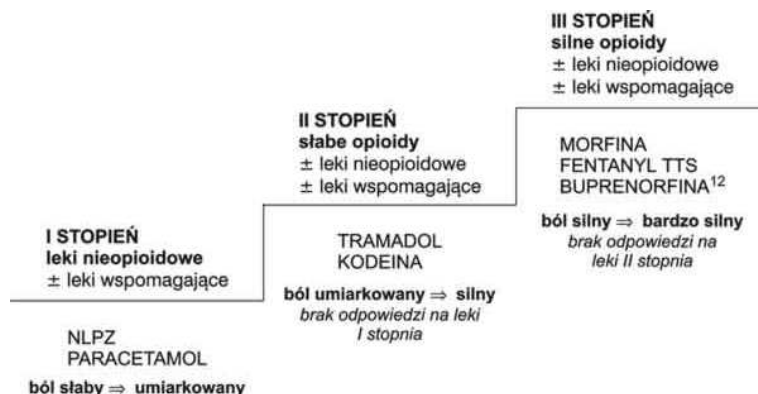
Podstawową metodą zwalczania bólu, jaki towarzyszy chorobie nowotworowej jest leczenie farmakologiczne.

Według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia opracowano standardy takiego leczenia. Jest to tzw. **trójstopniowa drabina analgetyczna** (ryc. 3). Zgodnie z jej zasadami, leki przeciwbólowe dobiera się w zależności od nasilenia bólu.

### **Podział analgetyków (leków przeciwbólowych)**

1. **Proste analgetyki:** paracetamol (Codipar, Apap, Acenol), niesterydowe leki przeciwzapalne (np. Polopiryna, Ibuprofen, Naproksen, Majamil);
2. **Proste analgetyki w połączeniu ze słabymi opioidami:** kodeiną, tramadolem (Tramal, Trodon);
3. **Proste analgetyki w połączeniu z silnymi opioidami:** morfiną (chlorowodrek lub siarczan morfiny, tabletki MST Continus lub Vendal), buprenorfiną (Bunondol, Tamgesic), fentanylem (Durogesic – plastry), petydyną (Dolargan).

Ryc. 3. Drabina analgetyczna w leczeniu bólu (wg WHO)



Na każdym stopniu drabiny analgetycznej stosuje się leczenie wspomagające, polegające na podawaniu w miarę potrzeby środków uspokajających, nasennych, przeciwdepresyjnych, przeciwdrgawkowych oraz kortykosterydów. Leki te wzmagają działanie analgetyków oraz łagodzą skutki uboczne podstawowego leczenia.

Leczenie bólu polega na podawaniu coraz wyższych dawek leków określonego stopnia, a po osiągnięciu ich dawki maksymalnej – na dołączeniu leku ze stopnia wyższego lub zmianie na inny, silniejszy.

Istotnym elementem w terapii bólu jest również prowadzenie systematycznej, wnikliwej obserwacji pacjenta. Umożliwia to bowiem stwierdzenie, czy zastosowana dawka leku przeciwbólowego nie jest zbyt wysoka lub – przeciwnie – niewystarczająca. W związku z tym kontrolowanie efektu powinno się odbywać przez całą dobę. W zależności od potrzeby w porozumieniu z lekarzem ustala się wówczas nowe dawki, zmienia ich częstotliwość, a nawet wybiera inny lek. Bardzo ważna jest także wczesna identyfikacja i eliminacja czynników pogarszających tolerancję bólu oraz wpływ na czynniki, które poprawiają tolerancję bólu. Do czynników pogarszających tolerancję bólu należą: nasilenie objawów choroby nowotworowej, bezsenność, depresja, lęk, uczucie osamotnienia, nuda. Natomiast do czynników poprawiających tolerancję bólu należą: dobry sen, skuteczne leczenie onkologiczne, poprawa nastroju, obecność bliskich osób.

Bóle nowotworowe są szczególnie trudne do opanowania, gdy stanowią element zespołu określanego jako *ból wszechogarniający*, na który składają się nie tylko czynniki somatyczne, ale również psychologiczne i so-

cyjologiczne: lęk przed śmiercią, depresja, poczucie bezsilności, utrata pozycji w rodzinie oraz społeczeństwie, fizycznej atrakcyjności, samodzielności, a co się z tym wiąże niezależności i godności, obawy o materialne bezpieczeństwo najbliższych, a także trwałość związków emocjonalnych. Możemy wpływać tylko na niektóre z nich, zawsze jednak należy pamiętać, że skuteczne leczenie przeciwbólowe jest podstawowym, ale nie jedynym warunkiem rozwiązania najistotniejszych problemów chorego. Często konieczne jest stosowanie leków wspomagających, a także pomoc psychologa, pracownika socjalnego, a nierzadko duchownego.

Obok leczenia farmakologicznego istotne znaczenie mają metody niefarmakologiczne zmniejszania bólu. Obejmują one działania wspomagające, poznawcze, behawioralne i fizyczne.

Metody poznawcze mają na celu oddziaływanie na myślenie i wyobraźnię pacjenta, odwracając uwagę chorego poprzez rozmowę, muzykę itd. Innymi przykładami takiego oddziaływania jest tworzenie wyobrażeń i hipnoza.

Do metod behawioralnych należą metody relaksacji, stosowanie głębokiego oddychania. Natomiast metody fizyczne polegają na zastosowaniu dotyku, ciepła, zimnych kompresów oraz przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów obwodowych (TENS).

Definicja bólu, opracowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Badań Bólu, podkreśla subiektywność tego odczucia i jego związki z emocjami. Diagnostyka i terapia psychologiczna w terapii osób z bólem przewlekłym mają na celu redukcję poziomu lęku, przeciwdziałanie poczuciu bezradności i frustracji, opanowanie strategii funkcjonowania mimo odczuwanego bólu oraz umiejętności właściwego wykorzystania wsparcia społecznego. W terapii psychologicznej ważne jest przekazanie informacji o mechanizmach bólu przewlekłego oraz aktywizacja chorego, zapobieganie izolowaniu się i wycofywaniu z dotychczasowych aktywności. Do zadań psychologa należy pomoc w przystosowaniu środowiska zawodowego do potrzeb osoby z zaburzeniami funkcjonalnymi w przebiegu schorzeń narządu ruchu. Poprawia to możliwości readaptacji osoby z przewlekłym bólem.

## **Podsumowanie**

Ból wywołuje nie tylko przykre doznania somatyczne i zaburzenia funkcji życiowych, ale również negatywne emocje i cierpienie duchowo-egzystencjalne, przez co obniża jakość życia pacjenta i jego bli-



skich. Istotne znaczenie w opiece nad chorym onkologicznie ma systematyczne monitorowanie bólu przewlekłego za pomocą standaryzowanych skal pomiarowych. W ocenie skuteczności terapii bólu należy zwrócić uwagę m.in. na: charakter bólu, stopień natężenia, umiejscowienie i promieniowanie bólu, czynniki wyzwalające ból oraz skuteczność stosowanych metod terapii. Leczenie bólu przewlekłego jest wielokierunkowe i obejmuje, oprócz farmakoterapii, metody nefarmakologiczne, chirurgiczne, anestezjologiczne, psychologiczne i rehabilitację. Obecnie standardem leczenia bólu nowotworowego jest podawanie leków przeciwbólowych wg tzw. trójstopniowej drabiny analgetycznej opracowanej przez WHO. Odpowiednio dobrane leczenie pozwala na opanowanie bólu u około 90% chorych.

### Piśmiennictwo

1. Hilgier M.: Ból przebijający w chorobie nowotworowej *Współczesna Onkologia*, 2007, 11, 5, 276–282.
2. Hilgier M.: Leczenie bólu w chorobie nowotworowej. *Przewodnik Lekarza*, 2006, 4, 36–49.
3. Jarosz J., Higier M.: Zasady diagnostyki i leczenia. [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*. de Walden-Gałuszko K. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 20–34.
4. Jarosz J.: Standardy postępowania w bólu przewlekłym. *Przewodnik Lekarza*, 2008, 1, 158–161.
5. Leppert W.: Specyfika leczenia przeciwbólowego w zaawansowanej chorobie nowotworowej. *Przewodnik Lekarza*, 2007, 2, 182–191.
6. Lewandowski T.: Ból w chorobach nowotworowych. *Medycyna Rodzinna*, 2003, 6, 178–184.
7. Szulc R.: Ból i jego granice. *Medycyna Praktyczna*, 2008, 4, 178–180.
8. Wordliczek J., Dobrogowski J.: *Leczenie bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
9. Cepuch G., Wordliczek J., Golec A.: Wybrane skale do badania natężenia bólu u młodzieży – ocena ich przydatności. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2006, 5, 3, 108–113.



Krystyna Wróblewska<sup>1,2</sup>, Anna Chojnowska<sup>1,2</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>3</sup>,  
Joanna Chilińska<sup>1,2</sup>, Hanna Dackiewicz<sup>1,2</sup>, Marian Jaszewski<sup>1,2</sup>,  
Ewa Fiega<sup>2,4</sup>, Ewa Sieniawska<sup>1,2</sup>, Małgorzata Góralczyk<sup>1,2</sup>

## **Żywienie pozajelitowe podstawą życia komórki i organizmu – skuteczna terapia chorych hospitalizowanych w oddziałach Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w stanach zagrożenia życia**

### **Wstęp**

Każdy organizm, aby utrzymać się przy życiu, potrzebuje tlenu i energii. Niezbędna energia dostarczana jest z pożywieniem lub jest pokrywana ze źródeł endogennych. Źródłem energii endogennej jest białko pochodzące z mięśni lub tkanka tłuszczowa. Jego wykorzystanie powoduje zmniejszenie masy narządów i zawartości białka, którym towarzyszy osłabienie czynności mięśni szkieletowych i oddechowych, zmiany we wchłanianiu i motoryce jelit, spadek stężenia enzymów mikrosomalnych, utratę zdolności zagęszczania moczu przez nerki, osłabienie czynności serca, zmianę humoralnej i komórkowej odpowiedzi immunologicznej [1].

Zgodnie z zaleceniem Amerykańskiego Towarzystwa Żywienia Poza- i Dojelitowego (ASPEN) 7-dniowe niewystarczające żywienie doustne jest maksymalnym, dopuszczalnym okresem, który pacjent może tolerować bez leczenia żywieniowego.

Narodowy Komitet Żywienia Danii zaleca podjęcie leczenia żywieniowego, jeżeli podaż pożywienia wynosi poniżej 33% zapotrzebowania przez okres dłuższy niż 2 tygodnie.

---

<sup>1</sup> Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

<sup>2</sup> Szpital Wojewódzki im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Łomży

<sup>3</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>4</sup> Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Niedożywienie jest niezależnym, proporcjonalnym do stopnia nasilenia i najsilniejszym, oprócz niewydolności narządowej, czynnikiem ryzyka wystąpienia nowych chorób, powikłań leczenia i śmierci chorego [2].

Leczenie żywieniowe ma na celu utrzymanie lub poprawę czynności narządów oraz powstrzymanie utraty masy ciała lub przywrócenie masy ciała i składników organizmu w przypadku chorych z niedoborami. Każdy spadek wagi ciała ponad 10% wymaga wdrożenia intensywnego żywienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb chorego, utrata około 30–40% masy ciała stanowi zagrożenie życia. Zapobieganie zaburzeniom stanu odżywienia i leczenie ich jest istotną częścią leczenia i opieki nad chorym.

Mimo postępu wiedzy o przyczynach, występowaniu, rozpoznawaniu, następstwach i leczeniu zaburzeń stanu odżywienia, w praktyce klinicznej zwykle nie zwraca się uwagi na stan odżywienia chorych, a leczenie żywieniowe jest często rozpoczynane bez wskazań lub zbyt późno. Wpływają na to następujące czynniki: brak zespołu żywieniowego na terenie szpitala, brak zainteresowania ze strony personelu podnoszeniem kwalifikacji z zakresu żywienia i skutków niedożywienia, nieuwzględnienie w leczeniu sytuacji prowadzących do wzrostu wydatku energetycznego, objawy niedożywienia stosunkowo odległe w czasie, tzn. nie występują z dnia na dzień, dokumentacja prowadzona w sposób nieczytelny.

Celem wsparcia żywieniowego jest ocena zapotrzebowania na substancje odżywcze i energię, ocena stanu odżywienia chorego, monitorowanie jego stanu klinicznego oraz zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia do zmniejszenia niedożywienia, a leczenia żywieniowego – przywrócenie czynności komórek, odbudowa utraconych komórek.

Pacjenci odżywiani pozajelitowo wymagają kontroli metabolicznej celem uniknięcia groźnych zaburzeń metabolicznych i następstw niedożywienia.

Żywienie pozajelitowe można prowadzić przez żyłę centralną lub żyły obwodowe, systemem wielu butelek lub jednego pojemnika „wszystko w jednym” – all-in-one. Pojemniki są przygotowywane w komorze laminarnej [1, 2, 3, 8, 11].

Jeśli odbywa się ono drogą żył obwodowych powinno być prowadzone nie dłużej niż 14 dni, a zapotrzebowanie energetyczne nie przekracza 2000 kcal/24 h, emulsje tłuszczowe, które zmniejszają osmolarność mieszaniny odżywczej do ok. 800 mOsm stanowią istotną część ogólnej podaży energii.

Żywienie przez żyłę centralną wymaga założenia dostępu do żyły szyjnej wewnętrznej, zewnętrznej lub podobojczykowej.

## **Cel pracy**

Celem pracy było przedstawienie skutecznej terapii żywieniowej chorych w stanach zagrożenia życia, hospitalizowanych w oddziałach Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w oparciu o analizę dokumentacji pacjentów, dotyczącej żywienia pozajelitowego (parenteralnego).

## **Materiał i metody**

Analizie została poddana dokumentacja medyczna pacjentów, u których podczas hospitalizacji do leczenia włączono żywienie pozajelitowe. Byli to pacjenci oddziałów: Chirurgicznego, Neurologicznego, Onkologii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Intensywnej Terapii Dziecięcej, hospitalizowani od stycznia do czerwca 2009 r. w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży.

Łączna liczba pacjentów w/w oddziałów, u których włączono w trakcie leczenia żywienie pozajelitowe wyniosła 38, w tym kobiet 14 i 24 mężczyzn.

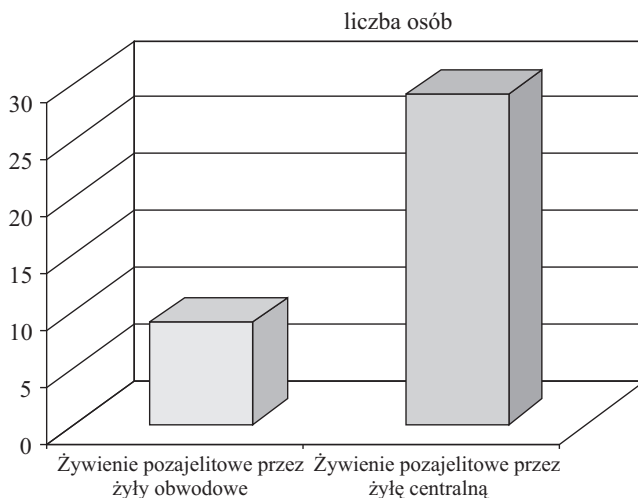
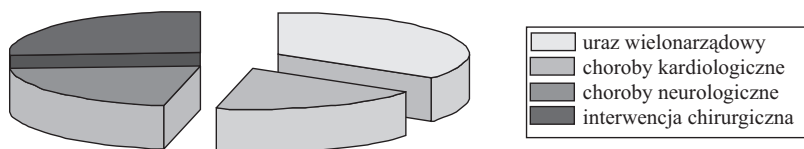
Dane liczbowe opracowano przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel z pakietu MS Office 2003.

## **Wyniki badań**

Dwa oddziały prowadziły pełną dokumentację żywienia pozajelitowego. Z analizy dokumentacji wynika, iż wszyscy badani pacjenci byli w stanie zagrożenia życia.

W omawianym przypadku żywienie pozajelitowe drogą obwodową prowadzono u 9 chorych, drogą żyły centralnej wykorzystano w 29 przypadkach (ryc. 1)

Żywienie pozajelitowe w 12 przypadkach zostało wdrożone u pacjentów, którzy doznali urazu wielonarządowego (uraz czaszkowo-mózgowy, uraz klatki piersiowej), co stanowi 31,6% badanej grupy. Pacjenci, których przyczyną hospitalizacji były choroby neurologiczne stanowili 18,4% badanych (7 pacjentów), podłoże kardiologiczne było przyczyną hospitalizacji 6 pacjentów, co stanowi 16% badanych, do żywienia pozajelitowego zostało zakwalifikowanych 9 pacjentów (23,7%) po interwencji chirurgicznej, zaś 10,5% (4 pacjentów) to pacjenci onkologiczni (ryc. 2).

**Ryc. 1. Drogi prowadzenia żywienia pozajelitowego****Ryc. 2. Wskazania do żywienia pozajelitowego ze względu na przyczynę hospitalizacji**

Analizując wartości poziomu białka podczas hospitalizacji pacjentów żywionych drogą parenteralną nie zaobserwowano tendencji spadkowych.

W trakcie trwania żywienia pozajelitowego tylko w 2 przypadkach doszło do powikłań septycznych. W obu przypadkach byli to pacjenci chirurgiczni, u których objawy septyczne miały podłoże chirurgiczne. Nie wystąpiły powikłania typu mechanicznego, zaburzenia metaboliczne nie były poddane analizie.

W wyniku analizy dokumentacji uzyskano informacje, iż bilans płynów kontrolowany jest w trzech oddziałach, w jednym z oddziałów sposób prowadzenia dokumentacji jest nieczytelny i nie został poddany ocenie. Utrata mocznika i elektrolitów z moczem wykonywana była systematycznie w dwóch oddziałach, podaż dobową elektrolitów kontrolo-

wano na wszystkich oddziałach, poziom białka również kontrolowano na wszystkich oddziałach, ale z różną częstotliwością.

## Podsumowanie

### Komórka odżywiona to żywa komórka

Każdy organizm w celu utrzymania się przy życiu potrzebuje tlenu i energii. Substancje zwane składnikami pokarmowymi czerpie ze środowiska, które występują w związkach, takich jak: białko, tłuszcze, węglowodany, składniki mineralne, witaminy i woda. Składniki pokarmowe pobierane są z produktów żywnościowych w celu zapewnienia tkanekom odnowy, wzrostu oraz możliwości wykorzystania rezerw ustrojowych w sytuacji głodu lub naruszenia równowagi metabolicznej.

Zapotrzebowanie energetyczne powinno być pokryte w 15–20% z aminokwasów, w 25–50% z emulsji tłuszczowych i w 30% z węglowodanów. Zapotrzebowanie na aminokwasy wynosi 0,8–2,0 g/kg mc/24 godz. Podstawowym węglowodanem stosowanym w żywieniu jest glukoza podawana w stężeniu 10–70%. Głównym źródłem energii w żywieniu są emulsje tłuszczowe, które dostarczają niezbędnych kwasów tłuszczowych, fosfolipidów i wit. E. Żywnienie musi być uzupełnione o elektrolity, pierwiastki śladowe i witaminy [1].

### Podstawowe ogólne zasady żywienia chorych w stanie zagrożenia życia oraz chorych, u których nie jest możliwe żywienie drogą doustną lub drogą dojelitową

#### 1. Primum non nocere.

2. Określić zapotrzebowanie białkowe. Podczas prawidłowej przemiany białka dochodzi do ciągłego wydalania azotu (głównie w postaci mocznika), odpowiadającego 50 g białka na dobę. Taka sama ilość powinna być codziennie dostarczana w pożywieniu. Zapotrzebowanie na białko zwiększa się w czasie choroby, po urazie, operacji oraz w zakażeniach. Ważnym czynnikiem mającym wpływ na przemianę białka jest odpowiednia podaż energii, która w zależności od sytuacji metabolicznej chorego waha się w granicach 90–200 kcal/g azotu, (1 kcal = 4 kJ). Średnio podaje się ok. 150 kcal/g azotu. 1 gram azotu zawiera 6,25 g białka, czyli należy podać co najmniej 1 g/kg mc/dobę białka. W sytuacji ograniczenia lub nietolerancji płynów należy zastosować preparat o zwiększonej zawartości azotu (70 g białka, 210 g węglowodanów), a następnie zwiększyć tę samą ilość zależnie od tolerancji do 1,5 g/kg mc/dobę. Należy zwiększyć podaż kalorii do wartości spoczynkowego wydatku energetycznego

(energia zużywana na podstawowe procesy życiowe). Zapotrzebowanie na spoczynkowy wydatek energetyczny wynosi 25–35 kcal/kg mc/24 h.

W trakcie głodzenia dochodzi do zużycia białka, mimo braku dostarczania go z zewnątrz, co prowadzi do ujemnego bilansu białkowego. W sytuacjach krytycznych następuje przyspieszona synteza nowych tkanek, komórek zapalnych, kolagenu, czynników krzepnięcia i przeciwciał. Elementy budulcowe białka, które biorą udział w tych procesach, to aminokwasy uzyskiwane z tkanki mięśniowej i innych białek pochodzenia somatycznego i trzewnego. W celu zminimalizowania tego procesu należy w żywieniu zapewnić dostarczenie źródeł energii, aby jak najmniejsza jej ilość pochodziła z białka endogennego. Głównymi źródłami energii dla organizmu są glukoza i tłuszcz.

Glukoza stanowi podstawowe źródło energii dla tkanki mózgowej i krwinek czerwonych. Podawanie glukozy choremu w stresie poprawia wydajność normalnej syntezy białek, jest ona niezbędna do pokrycia zapotrzebowania energetycznego narządów i tkanek, całkowicie zależnych od glukozy. Ośrodkowy układ nerwowy potrzebuje 120–150 g glukozy (25% całkowitego wydatku energetycznego organizmu), 40 g jest utleniane w nerkach, komórkach krwi, tkance limfatycznej, szpiku i ranach. Maksymalna szybkość bezpośredniego utleniania glukozy zmniejsza się w warunkach stresu metabolicznego z 4–5 mg/kg mc/min do 3–4 mg/kg mc/min (4–6 g/kg mc/24 h) [1, 6, 9].

**Tabela 1. Uśrednione wartości poziomu białka**

Oddział	Wyjściowe wartości uśrednione białka	Końcowe wartości uśrednione białka
Neurologiczny	4,8–4,9 g/dl	5,0–5,1 g/dl
Chirurgiczny	4,8–5,0 g/dl	5,4–5,2 g/dl
Onkologii	4,8–4,6 g/dl	4,5–4,6 g/dl
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5,4–5,1 g/dl	5,0–5,7 g/dl

3. Poziom białka pacjentów hospitalizowanych w OIT utrzymywał się średnio na poziomie 5,0 g/dl, nie zaobserwowano tendencji spadkowych, w oddziale chirurgicznym poziom białka utrzymywał się od 5,0–5,4 g/dl, u pacjentów onkologicznych wyjściowe wartości wyniosły poniżej 5 g/dl, wartości końcowe białka nie uległy poprawie.

Oszacować podstawowy wydatek energetyczny – BEE w kcal/dobę.



a) wzór Harrisa i Benedicta

Mężczyźni BEE (kcal/dobę) =  $66 + [13,7 \times W] + [5 \times H] - [6,8 \times A]$

Kobiety BEE (kcal/dobę) =  $665 + [9,6 \times W] + [1,7 \times H] - [4,7 \times A]$

gdzie W – masa ciała w kg; H – wysokość w cm; A – wiek w latach

b) inna metoda szacowania: 850–950 kcal/m<sup>2</sup> pc./dobę lub 20–30 kcal/kg mc/dobę

c) proste przybliżenia: masa ciała = 50 kg → 1300 kcal/dobę; 60 kg → 1500 kcal/dobę; 70 kg → 1700 kcal/dobę; 80 kg → 1900 kcal/dobę.

Metabolizm nasilają: uraz (SF – wynosi 1–2), temperatura (TF – dla 38°C – 1,1; dla 39°C – 1,2; dla 40°C – 1,3), ruchy wykonywane w łóżku (AF – 1,2–1,3).

4. Oszacować spoczynkowy wydatek energetyczny – REE w kcal/dobę

$REE = (BEE) \times \text{współczynnik stresu.}$

5. Oszacować zapotrzebowanie kaloryczne –  $REE \times (\text{współczynnik aktywności, gorączki})$ . Gorączka zwiększa zapotrzebowanie o 5–10%/°C/dobę.

6. Określić ilość kalorii niebiałkowych.

Węglowodany ~ 60%, maksymalna dawka glukozy u krytycznie chorych ~ 400–5-g/dobę lub maksymalna prędkość wlewu 4–5 mg/kg mc/min. Tłuszcze od 3 do 30% całkowitej liczby kalorii do 40–50% u chorych z posocznicą. Optymalny stosunek liczby kalorii węglowodanowych do tłuszczowych wynosi 70:30.

7. Insulinę podaje się w zależności od stężenia glukozy w surowicy oraz stężenia podawanej glukozy.

8. Elektrolity należy uzupełnić po wnikliwej analizie ich stężeń w surowicy i wydalaniu z moczem oraz zgodnie z zapotrzebowaniem. Witaminy działają jako koenzymy i warunkują prawidłowy przebieg reakcji enzymatycznych oraz udział w regulacji metabolizmu białek, tłuszczów i węglowodanów.

Sód (Na) – 60–150 mEq/dobę (zwykle 100–120; zmniejsza się w przypadku nadmiaru płynów w organizmie i ciężkiego niedożywienia)

Potas (K) – 30–100 mEq/dobę, maksymalne stężenie 80 mEq/l

Wapń (Ca) – 5–15 mmol/dobę

Magnez (Mg) – 8–20 mmol/dobę

Fosforany (P) – 12–24 mmol/dobę

Chlorki (Cl) – zwiększona podaż podczas nadmiernej utraty

Octany – zwiększona podaż przy dużej utracie (np. biegunki)

9. Do obliczania zapotrzebowania na wodę wykorzystuje się bilans płynów, w którym podaż odpowiada zamierzonym stratom. Zapotrzebowanie zwiększa się w przypadku: zakażenia, gorączki, wysokiej temperatury otoczenia, wymiotów, biegunki i przetok [1, 4, 7, 9].

10. Identyfikacja pacjentów należących do grupy ryzyka powikłań związanych z niewłaściwym odżywianiem dokonywana jest za pomocą prognostycznego wskaźnika stanu odżywienia – PNI. Biorąc pod uwagę parametry antropometryczne i biochemiczne największy wpływ na przebieg okresu pooperacyjnego ma: stężenie albumin w surowicy, grubość fałdu skórno-mięśniowego nad mięśniami trójgłowym ramienia, stężenie transferyny w surowicy oraz skórna reakcja nadwrażliwości typu późnego. Na podstawie tych parametrów można określić prognostyczny wskaźnik stanu odżywienia umożliwiający ilościową ocenę stopnia ryzyka okołoperacyjnego oraz prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań.

Prognostyczny wskaźnik stanu zapalnego i stanu odżywienia – PNI obejmuje stężenie białek ostrej fazy (orozomukoid i białko C-reaktywne) i białka surowicy (albuminy i prealbuminy) stanowiąc podstawę systemu punktacji, umożliwiającą diagnostykę i rokowanie u pacjentów w stanie stresu.

11. Ocena kliniczna może również stanowić podstawę do określenia stanu odżywiania pacjentów. Opiera się ona głównie na ogólnym wrażeniu, jakie wywiera pacjent podczas badania, a wnioski nie mają charakteru ilościowego. Ocenie poddaje się szereg wykładników klinicznych stanu odżywienia, a rezultat stanowi wskaźnik ciężkości choroby, a nie stopnia niedożywienia.

W oparciu o dane z wywiadu i badania fizykalnego możliwa jest identyfikacja pewnych chorób i innych czynników kwalifikujących pacjenta do grupy wysokiego ryzyka rozwoju niedożywienia.

- choroby przewlekłe: nowotwory, schorzenia nerek i wątroby, zastoinowa niewydolność krążenia
- choroby zaburzające trawienie i wchłanianie substancji pokarmowych: stany zapalne jelit, zespół krótkiego jelita, przetoki żołądkowo-jelitowe, schorzenia trzustki, przewlekła biegunka
- czynniki socjalne i dietetyczne: nadużywanie alkoholu i leków, ubóstwo, zły stan uzębienia
- inne stany prowadzące do wzrostu zapotrzebowania energetycznego: oparzenie, posocznica, zabieg chirurgiczny, chemioterapia.

Do oceny określenia stopnia ryzyka powikłań związanych ze złym stanem odżywiania służy subiektywny system punktacji ogólnej – SGA

(subjective global assessment). Ocenie poddawane są kryteria: zmiany masy ciała, podaż substancji pokarmowych, objawy ze strony przewodu pokarmowego, wydolność fizyczna, nasilenie stresu i nieprawidłowości ujawnione w czasie badania fizykalnego. Klasyfikuje się pacjenta w skali od A do C, co umożliwi wyodrębnienie chorych, którzy są szczególnie narażeni na ryzyko rozwoju powikłań związanych ze złym stanem odżywienia.

Do oceny ryzyka związanego ze stanem odżywienia stosuje się również skalę NRS (Nutritional Risk Score). Ocena punktowa w skali od 1 do 3 dotyczy pogorszenia stanu odżywiania i nasilenia choroby (zwiększone zapotrzebowanie). Wynik po zsumowaniu mniejszy niż 3 jest wskazaniem do leczenia żywieniowego, większy niż 3 należy rozważyć postępowanie zachowawcze i powtórzyć badania po 7 dniach.

**Tabela 2. Zasady kwalifikacji do żywienia pozajelitowego**

Oddział	Formularz kwalifikacji i kontroli żywienia poza- i (lub) dojelitowego	Formularz przesiewowej oceny ryzyka związanego z niedożywieniem – NRS 2002	Subiektywna, Globalna Ocena Stanu Odżywienia (SGA)	Rozpoznanie kliniczne
Neurologiczny	–	–	–	Tak
Chirurgiczny	–	–	–	Tak
Onkologii	Zastosowano	Zastosowano	Zastosowano	Tak
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Zastosowano	Zastosowano	Zastosowano	Tak

Kwalifikując pacjentów do żywienia pozajelitowego zastosowano pełną dokumentację dotyczącą żywienia pozajelitowego w dwóch oddziałach, tj. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Intensywnej Terapii Dziecięcej oraz w Oddziale Onkologii. W Oddziale Neurologicznym i Chirurgicznym wdrożono leczenie żywieniowe na podstawie rozpoznania klinicznego i stanu fizykalnego pacjentów.

**Parametry służące do oceny stanu odżywienia:**

- masa ciała: należna masa ciała, OBW (kg), wskaźnik masy ciała, BMI (kg/m<sup>2</sup>)
- rezerwa kaloryczna organizmu

- rezerwa białkowa organizmu
- wskaźnik kreatyniny
- bilans azotowy
- białka krwi krążącej
- skład układu immunologicznego
- pomiar składu ciała [3, 9].

### **Bilans azotowy**

Zawartość białka w organizmie jest głównym czynnikiem warunkującym przeżycie w stanie niedożywienia, istotne znaczenie ma monitorowanie bilansu azotowego u zagrożonych pacjentów. Jedną z metod służącą do oceny metabolizmu białka i azotu jest obliczanie bilansu azotowego. Rzadziej stosowana w praktyce jest analiza różnicy zawartości aminokwasów we krwi tętniczej i żyłnej, co odzwierciedla metabolizm w tkankach obwodowych. Pomiar bilansu azotowego odzwierciedla stan gospodarki białkowej ustroju. Produkty katabolizmu białek wydalone są głównie z moczem, częściowo ze stolcem, w postaci złuszczającego się naskórka oraz odrastania włosów i płytek paznokciowych. U chorych hospitalizowanych istnieją dodatkowe drogi utraty białka, np. przez rany i przetoki. Dokonując pomiaru ilości azotu przyswajanego w postaci białka oraz traconego różnymi drogami, określa się tzw. bilans azotowy:  $N_{bil} = N_{przyswojony} - N_{wydalony}$ . Bilans azotowy jest pośrednią, lecz wiarygodną metodą oceny równowagi procesów rozpadu i biosyntezy białek. Ujemny bilans azotowy świadczy o tym, że utrata białka przewyższa jego podaż [4].

Niedożywienie może być skutkiem niedostatecznej podaży lub nadmiernej utraty substancji odżywczych lub zwiększonego zapotrzebowania metabolicznego. Bez względu na przyczynę wskazane jest zapobieganie i leczenie niedożywienia i jego następstw stosując odpowiednią terapię żywieniową. Głodzenie i stres mają zróżnicowany wpływ na metabolizm. Podczas głodzenia organizm oszczędza zapasy energetyczne, utrata białka i azotu jest niewielka. Stres i choroba w związku ze zwiększonym wydatkiem energetycznym stymulują procesy kataboliczne. Niedożywienie białkowo-kaloryczne (NB-K) prowadzi do obniżenia odporności związanej z reakcją immunologiczną typu komórkowego. Niezależnie od etiologii ciężkie niedożywienie wiąże się z ubytkiem białek ustroju, tłuszczu, glikogenu, potasu, fosforanów, magnezu, cynku, selenu, witamin A, E, C. Niedożywienie wiąże się ze zwiększeniem ryzyka zakażenia, opóźnieniem gojenia się ran i powikłaniami chirurgicznymi [3, 9, 12].

**Tabela 3. Dane, na podstawie których kontrolowano podaż i uzupełniano straty elektrolitów i białka**

Oddział	Bilans płynów ml/24 h	Bilans azotowy	Straty z moczem mocznika, Na, K, Ca	Podaż dobową elektrolitów	Kontrola poziomu białka
Neurologiczny	Historia choroby mało czytelna – brak danych	Brak danych	Brak danych	Pełne dane	1/14 dni
Chirurgiczny	Pełne dane	Brak danych	Brak danych	Pełne dane	1/8 dni
Onkologii	Pełne dane	Pełne dane	Pełne dane	Pełne dane	1/7 dni
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Pełne dane	Pełne dane	Pełne dane	Pełne dane	1/8 dni

W wyniku analizy dokumentacji wykazano, iż bilans płynów kontrolowany jest w trzech oddziałach, w jednym z oddziałów sposób prowadzenia dokumentacji jest nieczytelny i nie został poddany ocenie. Utrata mocznika i elektrolitów z moczem wykonywana była systematycznie w dwóch oddziałach, podaż dobową elektrolitów kontrolowano na wszystkich oddziałach, poziom białka również kontrolowano na wszystkich oddziałach, ale z różną częstotliwością.

**Wskazania do wdrożenia żywienia pozajelitowego – są to sytuacje, gdy żywienie drogą jelitową jest niemożliwe, niewystarczające lub niewskazane:**

- rozległe oparzenia szczególnie, gdy dotyczą przewodu pokarmowego,
- dzieci z wadami wrodzonymi układu pokarmowego oraz wcześniaki, u których przewód pokarmowy nie jest wystarczająco rozwinięty,
- okres chemioterapii i radioterapii (w niektórych przypadkach),
- śpiączka,
- niedrożność przewodu pokarmowego, w przetokach przewodu pokarmowego,
- okres okołoperacyjny u chorych niedożywionych lub wyniszczonych,
- zespół jelita krótkiego,
- zaburzenia wchłaniania jelitowego, w chorobie Leśniowskiego-Crohna,

- ostre zapalenie trzustki,
- niekiedy w leczeniu ciężkich przypadków anoreksji i bulimii.

Decyzja odnośnie wdrożenia odżywiania pozajelitowego w związku z różną tolerancją na głodowanie musi być rozważona pod kątem każdego pacjenta z osobna [1, 2, 5].

### **Wpływ niedożywienia na podstawowe układy organizmu człowieka**

**Układ oddechowy:** ciężkie niedożywienie powoduje obniżenie odporności komórkowej i humoralnej. Spada efektywność fagocytozy, obniża się zdolność do wewnątrzkomórkowego zabijania bakterii, opóźnia się zdolność fagocytów do dojrzewania.

**Układ krążenia:** W skrajnym niedożywieniu dochodzi do bradykardii, spadku pojemności wyrzutowej i rzutu serca, co prowadzi do objawów niewydolności krążenia. Określane jest terminem kacheksja serca.

**Układ oddechowy:** Ograniczenie podaży kalorii do 500 na dobę powoduje spadek odpowiedzi układu oddechowego na niedotlenienie o 40%. Niedożywienie powoduje nieproporcjonalny duży spadek wagi mięśnia przepony i w związku z tym obniżenie pojemności życiowej płuc do 60% normy, a wentylacji do 40% wartości prawidłowych.

**Zaburzenia metaboliczne:** W trakcie głodzenia dochodzi do rozpadu ważnych dla organizmu człowieka białek: immunoglobuliny, fibrynogenu, transferyny, prealbuminy, protrombiny, albuminy, białek wchodzących w skład śluzu pokrywającego błonę śluzową jelita, a spełniającego ważną rolę w zapobieganiu kolonizacji i translokacji bakterii [7, 14].

Żywnienie pozajelitowe obarczone jest powikłaniami, które można podzielić na: mechaniczne, metaboliczne i septyczne.

### **Powikłania żywienia pozajelitowego**

Powikłania żywienia pozajelitowego dzielimy na trzy grupy: powikłania mechaniczne, metaboliczne i septyczne. Powikłania metaboliczne: hiper- i hipoglikemia, niekwaszica śpiączka hiperglikemiczna, kwasica mleczanowa, mocznica, hipo- i hipermagnezemia, niewydolność oddechowa, zaburzenia czynności wątroby, niedobór NKT. Powikłania mechaniczne: uszkodzenie żyły podobojczykowej, odma opłucnowa, zator powietrzny, niewłaściwe położenie cewnika, złamanie lub niedrożność cewnika. Do powikłań septycznych dochodzi po wnikięciu bakterii do układu krążenia.

Celem zmniejszenia liczby powikłań podczas prowadzenia żywienia pozajelitowego należy przestrzegać obowiązujących procedur podczas za-

kładania i pielęgnacji dostępu naczyniowego, monitorować wyniki badań biochemicznych, prowadzić dobową zbiórkę moczu oraz dokumentację żywienia pozajelitowego [1, 14].

W trakcie trwania żywienia pozajelitowego tylko w 2 przypadkach doszło do powikłań o podłożu septycznym. W obu przypadkach byli to pacjenci chirurgiczni, u których objawy septyczne miały podłoże chirurgiczne. Nie wystąpiły powikłania typu mechanicznego, zaburzenia metaboliczne nie były poddane analizie.

## Wnioski

1. Żywienie pozajelitowe jest bezpieczną terapią, która pokrywa niedobory białkowo-kaloryczne, zapobiega niedożywieniu, jego następstwom, które doprowadzają do wyniszczenia organizmu i śmierci.
2. Żywienie pozajelitowe jest jedyną alternatywą dla pacjentów, którzy nie mogą być żywieni drogą doustną (enteralną).
3. Prowadzenie pełnej dokumentacji żywienia pozajelitowego jest wymogiem standardu żywienia, poddaje dokładnej analizie zapotrzebowanie kaloryczne, straty białka i elektrolitów.

## Piśmiennictwo

1. Kózka M.: Wsparcie żywieniowe. [w:] L. Wołowicka D. Dyk: Anestezjologia i Intensywna Opieka. Klinika i pielęgniarstwo. PZWL, Wydanie I (dodruk), Warszawa 2007, 366–374.
2. Pertkiewicz M., Korta T., Książek J. (red.): Standardy żywienia pozajelitowego i dojelitowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
3. Sobotka L. (red.): Podstawy żywienia klinicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
4. Warren R. L.: Żywienie. [w:] W. E. Hurford (red.), Intensywna Terapią. Medycyna Praktyczna, Kraków 2003, 156–164.
5. Gwinnutt C. L. (red.): Anestezjologia kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 1999.
6. Szczygieł B., Socha J. (red.): Żywienie pozajelitowe. PZWL, Warszawa 1994.
7. Rybicki Z.: Żywienie dożylnie. [w:] Intensywna Terapią Dorosłych, Gdańsk, 1994, 125–144.
8. Pertkiewicz M.: Podstawy Żywienia Pozajelitowego. Farm. Pol., 1994, 50 (14), 636–646.
9. Marino P. L.: Intensywna Terapią. Zapotrzebowanie Żywieniowe i energetyczne. Urban & Partner, Wrocław 2001, Dodruk 2004. s. 744–788.

10. Aroński A., Kubler A.: Żywnienie pozajelitowe: podstawy, technika, dokumentacja. W: Pamiętnik 53 Zjazdu Towarzystwa Chirurgów polskich, Poznań 1987, s. 266–269.
11. Ciszewska-Jędrasik M.: Podstawowe zasady sporządzania mieszanin ALL-IN-ONE. *Farm. Pol.*, 1994, 50 (14), 636–646.
12. Farquhar I. F.: Żywnienie pozajelitowe krytycznie chorych. *Prz. Now. Anest.*, 1994, 3 (4), 194–200.
13. Katedra i Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej AM w Warszawie.: Żywnienie pozajelitowe. Materiały Sympozjum, Łańsk 1994, 101–125.
14. Pertkiewicz M.: Zapobieganie powikłaniom żywienia pozajelitowego. *Farm. Pol.*, 1995, 51 (23), 1036–1049.



# *Problemy psychologiczne w pracy zespołu terapeutycznego*

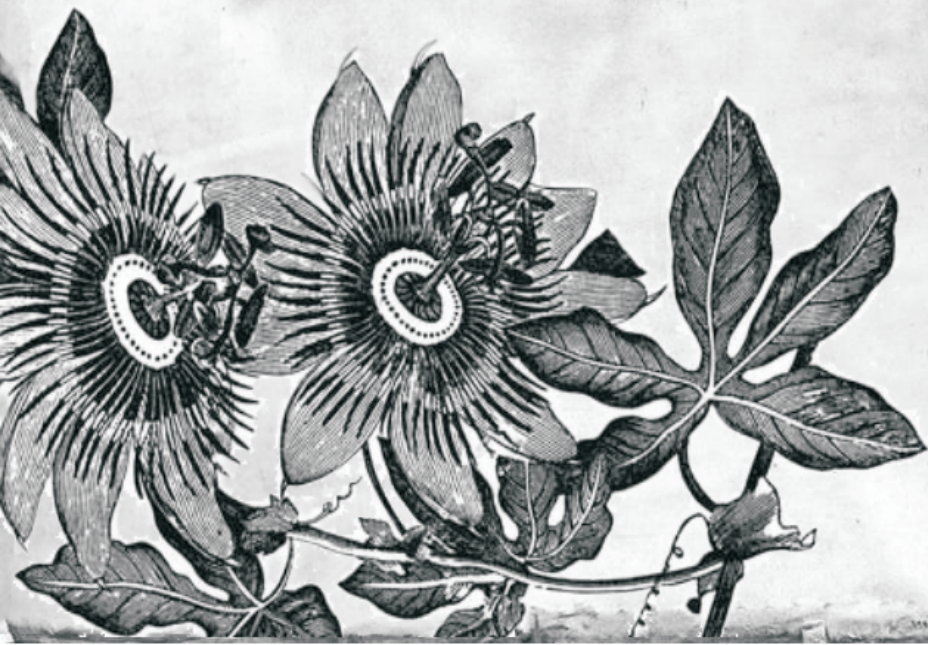
*Naucz mnie...*

*Naucz mnie umierać.*

*Umocnij modlitwą Ducha.*

*Naucz trwać pod Krzyżem,  
gdy duszę ogarnie posucha.*

*Iza Marciniak*





Wojciech Nyklewicz<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>

## Ocena reakcji emocjonalnej studentów pielęgniarstwa wobec śmierci

### Wstęp

Zdecydowana większość Polaków reaguje negatywnymi uczuciami na wiadomość o śmierci innego człowieka. Zagadnienie śmierci i umierania są raczej tematami tabu. Podczas zajęć z Komunikowania interpersonalnego ze studentami I roku pielęgniarstwa, w bloku tematycznym dotyczącym rozmów o śmierci i umieraniu oraz porozumiewaniu się z pacjentami umierającymi i ich rodzinami okazało się, iż zdecydowana większość osób nigdy nie rozmawiała z innymi ludźmi na temat śmierci i umierania. Z informacji przekazanych przez studentów wynika, że w niektórych rodzinach istnieje stanowczy, nie wyartykułowany zakaz podejmowania tych tematów. Jednocześnie prawie wszyscy studenci na początku zajęć spodziewali się swoich silnych, negatywnych reakcji emocjonalnych. Wiele osób mówiło o strachu przed własną ekspresją płaczu, a nawet lęku. Niektórzy z nich wyrażali sprzeciw wobec podejmowania tematu śmierci podczas zajęć z Komunikowania. Powstała paradoksalna sytuacja, w której niektórzy adepci pielęgniarstwa protestowali przeciwko znaczącej, bo nieuniknionej części wybranego przez siebie zawodu.

Kontakt pracowników ochrony zdrowia ze śmiercią jest częstszy niż przeciętnego człowieka. O ile niektórym ludziom, w ciągu całego życia, może nie zdarzyć się naoczne widzenie umierania, o tyle studenci już w czasie pierwszych zajęć klinicznych często stają się świadkami śmierci swoich pacjentów.

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## Cel pracy

Celem pracy była ocena nasilenia i jakości negatywnych emocji studentów pielęgniarstwa wobec śmierci innego człowieka.

## Material i metody

W badaniu uczestniczyło 85 studentów I roku studiów licencjackich kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Po sprawdzeniu poprawności wypełnionych kwestionariuszy, do analizy zakwalifikowano 69 odpowiedzi.

Do zbierania danych użyto autorską skalę *Moje doświadczenia ze śmiercią*, zawierającą między innymi skalę Likerta do oceny poglądu studentów na temat emocji wobec śmierci oraz posłużono się standaryzowanymi kwestionariuszami: Skalą depresji Becka, Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku (STAI), Kwestionariuszem inteligencji emocjonalnej (INTE) oraz Kwestionariuszem Oceny Stanu Zdrowia Goldberga (GHQ-12).

Kwestionariusz *Moje doświadczenia ze śmiercią* zawierał także sugestię słowną, skłaniającą respondentów do refleksji nad pojęciem „śmierć”. Następnie dokonano pomiaru wybranych parametrów przy użyciu pozostałych kwestionariuszy.

## Wyniki badania

Badana grupa składała się z 69 osób, w tym 4 mężczyzn. Przeważały osoby wyznania rzymsko-katolickiego (88%). Osób prawosławnych oraz wyznawców innych religii, w tym ateistów, było odpowiednio po 4%. W grupie badanej nie było ewangelików.

Wśród respondentów przeważały osoby, które w ciągu ostatniego roku nie miały doświadczenia śmierci osoby bliskiej (78%).

Przy użyciu skali Likerta respondenci ocenili swój emocjonalny stosunek do śmierci. Zdaniem zdecydowanej większości badanych (suma odpowiedzi twierdzących wynosi 71%) – „śmierć jest przynębiająca” w jakimś stopniu.

W opinii niewielu ponad połowy badanych (52%) – „myślenie o śmierci nie było straszne”. O tym, iż „myślenie o śmierci jest straszne” przekonanych było 35% osób. Jednoznacznego poglądu w tej kwestii nie miało 13% studentów.

Okazało się również, że badana grupa studentów była zróżnicowana pod względem poglądu na temat tego, iż „wszyscy ludzie boją się śmierci”. Nie zgadzało się z nim 48% badanych, zaś 39% potwierdzało tę tezę.

W ciągu ostatniej doby przed badaniem, u 23% studentów występowały przejawy depresji, stwierdzone skalą Becka, a przygnębionych było 22% osób. Zatem u 45% występowały stany emocjonalne o cechach depresyjnych.

Potwierdzeniem tego były również wyniki uzyskane przy użyciu Kwestionariusza Oceny Stanu Zdrowia (GHQ-12). Według tej skali u 49% respondentów, w okresie poprzedzającym badanie, występowały zaburzenia ogólnego stanu zdrowia, kwalifikujące do skorzystania z porady lekarskiej.

Nieco ponad połowa studentów (57%) charakteryzowała się przeciętnym poziomem inteligencji emocjonalnej, a u 1/4 badanych stwierdzono jej niski poziom. Wysoki poziom tego wskaźnika zaobserwowano u 19% respondentów.

Jednocześnie prawie połowa studentów (49%) charakteryzowała się ponadprzeciętnym lękiem-cechą, zaś poniżej przeciętny lęk-cecha występował u 35% badanych. Przeciętny lęk-cechę stwierdzono u 16% respondentów.

Na tle względnie stałych cech osobowych (inteligencja emocjonalna, lęk-cecha) zmierzono poziom lęku przed śmiercią, wywołany sugestią skłaniającą do refleksji na ten temat. W wyniku pomiaru kwestionariuszem STAI stwierdzono powyżej przeciętny lęk przed śmiercią u 72% studentów. Poniżej przeciętny lęk przed śmiercią występował u 17% badanych.

Wyniki badania podzielono na dwie kategorie ze względu na doświadczenie śmierci w rodzinie w ciągu ostatniego roku. Kryterium to spełniało 22% studentów. Natomiast zdecydowana większość badanych nie doświadczyła śmierci w najbliższej rodzinie w ciągu ostatniego roku.

Z porównania obu grup wynika, że wśród studentów z doświadczeniem śmierci w najbliższej rodzinie było mniej osób z cechami przygnębienia i depresji (odpowiednio 33% i 46%), ale za to więcej osób miało zaburzenia ogólnego stanu zdrowia (odpowiednio 53% i 48%).

W grupie studentów z doświadczeniem śmierci osoby bliskiej w ciągu ostatniego roku występował również wyższy poziom lęku-cechy (odpowiednio 53% i 46%). W tej samej grupie badanych było więcej

osób przeżywających ponadprzeciętny lęk przed śmiercią (odpowiednio 73% i 68%).

### **Omówienie wyników badań**

Przygnębienie i lęk przed śmiercią charakteryzują współczesne społeczeństwo polskie. W zależności od jakości osobistych doświadczeń z umieraniem osób bliskich, wśród dorosłych Polaków występuje zróżnicowanie pod względem intensywności tych przeżyć. Lecz prawie zawsze są one negatywne. Dodatkowo istnieje tabu zakazujące rozmów o śmierci w sposób otwarty i bez eufemizmów. Jeśli podejmujemy ten temat, to zwykle rozmawiamy o śmierci innych ludzi, z którymi nic nas nie łączyło, ponieważ ten typ rozmowy jest emocjonalnie łatwiejszy i bardziej bezpieczny. Natomiast mówienie o śmierci osób bliskich jest zablokowane lękiem przed przeżywaniem silnych negatywnych emocji oraz zakazem, by nie sprawić przykrości taką rozmową osobie z doświadczeniem straty kogoś bliskiego.

Z drugiej strony, środki masowego przekazu epatują mnóstwem informacji o śmierci. Pokazywane są zmasakrowane ludzkie ciała oraz przeżeni bliscy, przeżywający rozpacz po stracie. Czyli śmierć przedstawiana jest w postaci tragicznego i bolesnego odchodzenia w wyniku ciężkich chorób, zbrodni, wypadków i katastrof oraz wojen i zamachów zbrojnych. W zasadzie odnosi się wrażenie, że śmierć jest wynikiem przemocy i nieszczęść oraz zawsze związana jest z bólem umierających i osieroconych. Niewątpliwie epatowanie śmiercią tragiczną może wzbudzać lęk przed śmiercią w ogóle. Osoby bojące się śmierci są podatne na manipulację, co czyni je uległymi wobec opinii i nacisków innych ludzi, którzy tym lękiem mogą sterować.

Jednocześnie w niektórych rozważaniach na ten temat pojawia się pogląd o normalności lęku przed śmiercią [1, 2]. Jakoby miałyby on naturalnie chronić życie człowieka przed zagrożeniami. To miałyby także oznaczać, że człowiek niebojący się śmierci jest na nią szczególnie narażony, a jego instynkt samozachowawczy miałyby być niesprawny. Wydaje się, że utożsamianie lęku przed śmiercią z instynktem samozachowawczym jest błędem. Lęk jest stanem patologicznym, uniemożliwiającym samorealizację, a nawet utrudniającym umieranie. Natomiast śmierć jest naturalnym procesem dopełniającym życie człowieka. Nie można jej uniknąć, a jednocześnie jest demonizowana, co czyni sytuację człowieka nieznośną na długo przed domniemanym terminem własnego umierania.

W związku z tym śmierć miałyby być patologią i komu zależy na utrzymywaniu i podsycaniu tego szkodliwego poglądu w umysłach innych ludzi? Dlaczego mielibyśmy unikać śmierci, skoro może być ona środkiem w realizacji siebie, stawania się coraz bardziej sobą, dążenia do form doskonałych, bardziej złożonych, idealnych, do spełniania siebie np. w życiu wiecznym? Dlaczego by nie uznać lęku przed śmiercią za objaw zaburzenia zdrowia, choć jest on dość powszechny, więc wydawać by się mogło – statystycznie normalny? Dlaczego niektórzy śmiałkowie muszą wtórnie zaprzyjaźniać się ze śmiercią, by żyć z nią w zgodzie, lecz jednocześnie pod prąd społecznej nieakceptacji braku lęku, czyli wbrew ogólnemu oczekiwaniu?

Lęk przed śmiercią i przygnębienie na myśl o niej, a także możliwość zademonstrowania tych stanów jest dla niektórych ludzi wielką wartością. Takie osoby czasami uczestniczą w zajęciach warsztatowych dla profesjonalistów medycyny. Można je również spotkać codziennie wokół siebie. Na propozycję zmiany własnych poglądów na takie, by słowo „śmierć” nie wywoływało negatywnych emocji, u osób tych pojawia się zgorszenie. Często są one oburzone taką propozycją. Nawet czasami z agresją mówią: „Trzeba nie mieć w sobie ludzkich uczuć, nigdy nie kochać i nie być kochanym, by coś podobnego zaproponować”. Jest to oczywiście atak w stronę osoby prowadzącej zajęcia warsztatowe.

Taka reakcja jednocześnie oznacza, że postawa lęku i przygnębienia wobec śmierci jest dodatkowo silnie związana z obrazem siebie jako człowieka przyzwoitego. Innymi słowy, brak lęku i przygnębienia wobec śmierci, to brak człowieczeństwa u siebie, ale niestety także u innych ludzi. Osoby, o których mowa, nie dają przyzwolenia na inne przeżywanie śmierci niż to, które same reprezentują. Ich zdaniem, taka reakcja na śmierć jest jedynie słuszna i możliwa do zaakceptowania. Jest to postawa, z którą nie można dyskutować, by nie narazić się na agresję.

Generalnie można powiedzieć, że wśród ogółu społeczeństwa dominuje negatywna postawa wobec śmierci. Z tego społeczeństwa rekrutują się kandydaci do zawodów medycznych.

Od roku akademickiego 2003/2004, w ramach przedmiotu „Komunikowanie interpersonalne” na kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, do treści kształcenia wprowadzono zagadnienie porozumiewania się z pacjentem umierającym. Intencją tych zajęć jest zapoznanie studentów z procedurą komunikowania się z osobą umierającą, a także praca nad własnymi potencjalnymi reakcjami na umieranie innego człowieka. Jest to także okazja do otwartej rozmowy o śmierci

i umieraniu w ogóle. Ćwiczenia prowadzone są interaktywną metodą nauczania, a studenci i nauczyciel siedzą w półkřęgu bez stołów po śródku, aby umoŹliwić wzajemną wymianę myśli i spostrzeŹeń. Studenci wykonują zadania w parach, w podgrupach i na forum grupy, a następnie omawiane są doświadczenia poszczególnych osób podczas specjalnej sesji briefingu (nauczyciel odsłuchuje wszystkich uczestników, prowadząc z nimi dialog). W czasie zajęć rygorystycznie przestrzegane są dwie zasady mówiące o tym, iż: 1. „kaŹdy ma prawo do własnego zdania, przeŹywania uczuć, odczuć i spostrzeŹeń” oraz 2, Źe „studenci i nauczyciel nie oceniają (nie wartościują) wzajemnie swoich wypowiedzi”. Stwarza to atmosferę emocjonalnego bezpieczeŹstwa, zapewnia studentom moŹliwość bycia autentycznymi i jednocześnie kształtuje poszanowanie dla różnorodności spostrzeŹeń i doświadczeń własnych i innych osób. Zwiększa również akceptację i tolerancję.

Inne szczególowe zagadnienia bloku tematycznego o śmierci i umieraniu dotyczą także duchowości, wpływu kulturowych przekazów i norm na przebieg umierania oraz radzenia sobie z emocjami w związku ze śmiercią potencjalnych pacjentów i osób bliskich.

Ważne ze względu na relacyjny charakter prowadzonych zajęć są merytoryczne i metodyczne przygotowanie nauczyciela oraz jego cechy osobowe. Z całą pewnością można orzec, iż ten sam blok zajęć tematycznych miałby innych charakter, również inne rezultaty, w zależności od innej konstelacji wspomnianych czynników. Aczkolwiek dążymy do obiektywizacji kształcenia, to z całości tego procesu – treści nauczania pozostają obiektywne, lecz ostateczny wynik może być rezultatem intersubiektywnych czynników osobowych osób uczących się i nauczających.

W analizowanej sytuacji, nauczyciel prowadzący zajęcia charakteryzuje się następującymi cechami: dysponuje przygotowaniem psychoterapeutycznym, piętnastoletnim doświadczeniem w pracy dydaktycznej prowadzonej metodą interaktywnego nauczania (warsztaty i treningi grupowe) oraz jest osobą w wieku dojrzałym. Atutem jest również pozytywna postawa wobec śmierci.

Według meyerowskiej teorii rozwoju człowieka [3], wiek nauczyciela może determinować jego podejście do spraw ostatecznych, co w omawianym temacie ma istotne znaczenie. Etapem rozwoju, mogącym pozytywnie wpływać na jakość rozmów o śmierci i umieraniu wg Meyera jest „pełnia twórcza”, przypadająca na okres po 40. r.ż.

Pozytywna postawa nauczyciela wobec śmierci bierze się z przepracowania własnego lęku przed śmiercią w toku uczestniczenia w psy-



choterapii własnej treningowej (forma psychoterapii szkoleniowej). Celem takiego przepracowania jest kompensacja lęku lub jego całkowite wyleczenie. Uzasadnienie tego postępowania wypływa z założenia mówiącego o tym, iż edukacja jest rodzajem wywierania wpływu właśnie poprzez postawę nauczyciela. W tej sytuacji pozytywna postawa nauczyciela wobec śmierci może mieć wpływ poprzez modelowanie pozytywnej postawy u studentów. Jest to jeden z celów kształcenia w ramach przedmiotu „Komunikowanie interpersonalne”. W tym sensie zajęcia o śmierci i umieraniu mają walor doświadczeń korekcyjno-terapeutycznych.

Innym ważnym czynnikiem zwiększającym jakość kształcenia jest uczestniczenie nauczyciela w koleżeńskej superwizji pracy dydaktycznej. Superwizja [4, 5] jest okazją do zawodowego rozwoju, a także pośrednio zapewnia studentom bezpieczeństwo i chroni ich przed emocjonalnym nadużywaniem w dydaktycznej relacji. Takim potencjalnym zagrożeniem bezpieczeństwa studentów mogą być ewentualne emocjonalne problemy nauczyciela, np. związane ze stratą osób bliskich. Może się to przejawiać w postaci obciążania ich trudnymi emocjami, blokującymi otwartą komunikację. Może również polegać na celowym blokowaniu określonych wąskich grup tematów dotyczących śmierci, by stłumić pojawienie się ekspresji silnych uczuć. Najbardziej niepożądanym zachowaniem nauczyciela mogłoby być pocieszanie studentów w sytuacji wzruszenia podczas opowiadania o stracie osoby bliskiej lub zawstydzanie ich, gdy takie uczucia pojawiają się.

Sytuacja kształcenia jest wzajemną interakcją osób w niej uczestniczących. Temat śmierci i umierania angażuje emocjonalnie i intelektualnie studentów i nauczyciela. O ile obiektywne czynniki nauczania pozostają raczej niezmiennie, tak czynniki osobowe ulegają zmianom i ciągłym modyfikacjom. Stwarza to okazję do intersubiektywnych porównań doświadczeń i rezultatów kształcenia. Skłania to także do przynajmniej częściowej obiektywizacji dokonanych spostrzeżeń w toku prowadzonych pomiarów wybranych czynników, ważnych w kształtowaniu pozytywnej postawy studentów wobec śmierci. Omawiane wyniki badania mogą właśnie pełnić taką funkcję.

W przeciągu ostatnich pięciu lat (rok akademicki 2004/05–2008/09) zmieniał się klimat rozmów o śmierci i umieraniu, prowadzonych ze studentami Pielęgniarstwa. Pierwsze roczniki studentów w tym okresie czasu były bardziej otwarte na dialog o śmierci, jakby mniej zahamowane, bardziej skłonne do podejmowania emocjonalnego ryzyka. W następnych latach sytuacja była już trudniejsza.

Scenariusz zajęć nt. porozumiewania się z pacjentami umierającymi był w każdym roku podobny. Modyfikowane były jedynie treści nauczania, co było wynikiem osobistego rozwoju nauczyciela prowadzącego zajęcia.

Wydaje się, że najważniejszym czynnikiem wpływającym na zmianę jakości i treści rozmów o umieraniu był wypadek białostockich maturzystów pod Jeżewem 30 września 2005 roku. W roku akademickim 2006/2007, w grupie studentów I roku Pielęgniarstwa były osoby, których znajomi zginęli w tym wypadku, a jedna osoba była bezpośrednim uczestnikiem katastrofy pod Jeżewem. Zajęcia na temat porozumiewania się z pacjentem umierającym bezpośrednio aktywizowały traumatyczne wspomnienia u większości studentów. Były to zajęcia, podczas których otwarcie mówiono o rozpaczach, niesprawiedliwości Boga, o najtrudniejszych uczuciach, z którymi jednak większość studentów nie poradziła sobie. Mówili oni o braku wsparcia osób dorosłych, które na wspomnienie o katastrofie dławili się własną rozpaczą. Część studentów unikała podejmowania tego tematu, nie chcąc sprawić dorosłym przykrości. Przez to pozostawali z własnym dramatem zupełnie sami. Zajęcia o śmierci w ramach „Komunikowania interpersonalnego” były dla wielu z nich okazją do pierwszej otwartej rozmowy o tym, co czują w związku ze śmiercią przyjaciół. Mimo ogromnego wzruszenia studenci byli otwarci i podejmowali ryzyko mówienia o rzeczach bolesnych.

W następnym roku akademickim (2007/2008) pojawiła się zasadnicza zmiana klimatu rozmów o śmierci i umieraniu. Z informacji uzyskanych podczas briefingu od studentów kolejnego I roku Pielęgniarstwa wynikało, że z nikim nie rozmawiają o śmierci, jak również część z nich aktywnie protestowała przed uczestniczeniem w zajęciach o umieraniu. Mówili, że jest to trudny temat, że boją się swoich reakcji podczas tych rozmów, jak również spontanicznie odwoływali się do swoich negatywnych wspomnień katastrofy pod Jeżewem. Jednak nikt z nich nie miał przyjaciół wśród ofiar wypadku. Natomiast jednocześnie studenci opowiadali o szkolnych obchodach rocznicy katastrofy, które przebiegały w atmosferze głębokiego smutku. Takie uroczystości odbywają się corocznie w dniu 30 września we wszystkich szkołach średnich na terenie Białegostoku oraz na miejscu wypadku i w kościołach. Ten temat poruszany jest także w lokalnych mediach.

Najbardziej wyrazistym elementem klimatu zajęć o umieraniu był stanowczy sprzeciw niektórych studentów wobec udziału w nich w ogóle,

a potem całkowicie bierna postawa podczas ćwiczeń. Powstał paradoks, w którym niektórzy kandydaci do zawodu pielęgniarki całkowicie zaniegowali możliwość uczenia się o śmierci. A przecież umierania pacjentów nie można uniknąć.

Analizowane badanie emocjonalnej postawy studentów wobec śmierci było zaplanowane jako cykl badań różnych grup profesjonalistów i nie miało ono związku z wypadkiem pod Jeżewem. Jednak zaobserwowano, że po katastrofie zmalała otwartość i gotowość studentów do aktywnego udziału w zajęciach o śmierci i umieraniu. Wyniki tego pomiaru pokazują powszechność negatywnej postawy studentów pielęgniarstwa wobec śmierci. Jest to poważny problem dydaktyczno-wychowawczy, a w dalszej perspektywie problem jakości kontaktów pielęgniarek z umierającymi pacjentami. Z analizy innych okoliczności można przypuszczać, że być może określony sposób celebracji rocznicy katastrofy pod Jeżewem może niechcący potęgować lęk przed śmiercią u uczniów szkół średnich, którzy później zostają studentami kierunków medycznych. Ta hipoteza jednak wymaga dalszej obserwacji i weryfikacji.

## Wnioski

1. Zdecydowana większość studentów (71%) na śmierć reagowała przygnębieniem.
2. U prawie połowy badanych (45%) występowały zaburzenia emocjonalne o cechach depresyjnych.
3. W okresie badania u 49% respondentów występowały zaburzenia ogólnego stanu zdrowia.
4. Powyżej przeciętny lęk przed śmiercią stwierdzono u 72% studentów.
5. Na podstawie wyników badania, u większości studentów stwierdzono negatywną emocjonalną postawę wobec śmierci, charakteryzującą się lękiem i przygnębieniem.
6. Tak powszechna negatywna postawa wobec śmierci jest wyzwaniem dla nauczycieli pielęgniarstwa i systemu kształcenia pielęgniarek, których celem powinno być działanie na rzecz kompensacji negatywnych emocji studentów wobec śmierci i kształtowanie w nich terapeutycznej postawy wobec umierających pacjentów.
7. Być może specyficzne cechy celebracji rocznicy katastrofy maturzystów pod Jeżewem mogą wzmacniać negatywną postawę wobec śmierci.

**Piśmiennictwo**

1. Jastrzębski J.: Psychologiczny wymiar lęku przed śmiercią. Portal Psychologia net. Pobrano dnia 2.05.2009 z sieci WWW: <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=209>.
2. Block B.: Czy można umierać bez lęku? Nowa Med. – Opieka Paliatywna, 2004, 4.
3. Meyer R.: Somatoterapia. Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 1996.
4. Gilbert M. C., Evans K.: Superwizja w psychoterapii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2004.
5. Power St.: Nursing supervision. SAGE Publication, London, Thousand Oaks, New Delhi 1999.

Ewa Mojs<sup>1</sup>, Marlena Filipiak<sup>1</sup>, Włodzimierz Samborski<sup>2</sup>

## Znaczenie rozmowy w zmaganiu się pacjentek z rakiem szyjki macicy w opinii pracowników oddziałów onkologicznych

### Wprowadzenie

Choroba nowotworowa często w początkowych etapach rozwija się bezobjawowo. Dolegliwości czasem pojawiają się tak późno, że nie można już zatrzymać postępu choroby, a postępowanie terapeutyczne prowadzone jest w celu łagodzenia objawów. W przypadku raka szyjki macicy pierwszym objawem są krwawienia, następnie ból, zakażenia. Wystąpienie choroby nowotworowej wywołuje szereg negatywnych skutków dla pacjenta, także w sferze psychicznej. Można stwierdzić, iż następstwa choroby nowotworowej są kompleksowe i dotyczą całego organizmu. Doświadczenie cierpień fizycznych i psychicznych związanych z chorobą jest też czymś osobistym i wyjątkowym. Nie oznacza to jednak, iż pacjentka sama i tylko sama zmuszona jest zmagać się z chorobą. Stąd też ważna rola w tym, jakie informacje, w jakiej formie i kiedy powinny być przekazywane pacjentce. Bycie przygotowanym na pojawienie się różnych trudnych przeżyć, jakie niesie ze sobą choroba i samo leczenie, ułatwi zrozumienie i zaakceptowanie ich jako normalnej reakcji na maksymalne obciążenie psychiki [1, 2, 3, 4]. Wielką więc rolę lekarza leczącego, aby umieć zapanować nad chorobą. W chorobie nowotworowej narastające objawy chorobowe to także potęgujące się dolegliwości bólowe, które w konsekwencji przegradzają się w cierpienie. Ludzie cierpiący wołają o odpowiedź na pytanie o sens i przyczynę tego cierpienia, ale na to pytanie

---

<sup>1</sup> Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Fizjoterapii, Rehabilitacji i Reumatologii Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

trudno jest znaleźć odpowiedź. Cierpienie jest często nie rozpoznawane lub nie poświęca się cierpiącym dostatecznej uwagi. Cierpienie jest uświadamiane poprzez rozmowę z chorym cierpiącym, jego rodziną, bliskimi, będącymi świadkami cierpienia. Poznanie cierpienia pomaga w zrozumieniu cierpiących i zapewnieniu im holistycznej opieki [2, 3, 4].

## Rak szyjki macicy

Rak szyjki macicy to pierwotny nowotwór złośliwy szyjki macicy. Inwazyjny rak szyjki jest zazwyczaj poprzedzony stanem zwanym wewnątrzblonkową neoplazją szyjki macicy. Dysplazja szyjki macicy może ulegać progresji do raka inwazyjnego, sama nie stanowiąc zagrożenia dla zdrowia kobiety. Stąd tak istotne jest wczesne wykrycie tych zmian w badaniu cytologicznym rozmazu z pochwowej części szyjki macicy [1, 2]. Określa się, że rak szyjki macicy jest drugim pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet. Ten rodzaj nowotworu dotyczy najczęściej młode kobiety, pomiędzy 25.–29. rokiem życia. Do czynników ryzyka raka szyjki macicy zalicza się:

- wiek,
- wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego,
- palenie tytoniu,
- zakażenia pochwy wirusem HSV-2, EBV, przewlekłe bakteryjne zakażenia pochwy,
- liczne ciążę i porody, zwłaszcza w młodym wieku,
- ekspozycja na dwuetylostylbestrol (DES),
- wysoka aktywność płciowa,
- prostaglandyny w spermie,
- niski status socjoekonomiczny, niedobory witaminy A, B, C i kwasu foliowego,
- rak szyjki macicy w rodzinie [1, 2, 4, 5].

Rak szyjki macicy w początkowej fazie rozwoju nie daje żadnych widocznych objawów, bądź są one na tyle dyskretne, że z trudnością dają się zauważyć kobiecie. Początkowo pojawiają się wodniste, brudnoszare upławy, mogą one charakteryzować się przykrym zapachem i być podbarwione krwią. Krwawienia występują niezależnie od cyklu miesięczkowego i w początkowym okresie mogą przybrać formę uporczywego plamienia. W fazie późniejszej choroby nowotworowej pojawiają się bóle podbrzusza i okolicy krzyżowo-lędźwiowej. Jeżeli rozrost guza nowotworowego jest na tyle duży, że powoduje ucisk na naczy-

nia, w następstwie zaburzenia krążenia chłonki, może dojść do niesymetrycznych obrzęków kończyn dolnych. Stopień zaawansowania choroby określa się jako: stan przedrakowy, rak przedinwazyjny i rak inwazyjny. Stan przedrakowy występuje wtedy, gdy w komórkach nabłonka szyjki macicy zostają uwidocznione zmiany. Zmienione chorobowo komórki, to komórki dysplastyczne i to z nich może rozwinąć się nowotwór, i wtedy mówimy też o dysplazji szyjki macicy. Komórki dysplastyczne przekształcają się w komórki rakowe i powstaje tzw. rak przedinwazyjny. Swoim zasięgiem obejmuje on wyłącznie nabłonek szyjki macicy. W momencie, kiedy komórki zaczynają wnikać w głąb i przekraczają granicę nabłonka, stan ten wchodzi w fazę raka inwazyjnego [6, 7, 8]. Nowotwór szerzy się lokalnie przez naciekanie sąsiadujących tkanek i narządów. Nowotwór nacieka przymacicze i ścianę miednicy małej; bezpośredni ucisk guza na moczowody może prowadzić do ich niedrożności skutkującej wodonerczem, roponerczem, odmiedniczkowym zapaleniem nerek i mocznicą. Naciekanie odbytnicy prowadzi do wytworzenia przetoki. Rak może też naciekać ścianę pęcherza moczowego oraz pochwę, rzadziej trzon macicy. Często drogą naczyń chłonnych dochodzi do przerzutów do węzłów chłonnych: okołoszyjkowych, biodrowych zewnętrznych, biodrowych wspólnych, okołoaortalnych, pachwinowych, ale także do szyjnych. Przerzuty drogą chłonną następują stosunkowo wcześnie. Rzadziej i później nowotwór daje przerzuty drogą naczyń krwionośnych, przede wszystkim do płuc i kości. Aby mieć obraz pełnego przebiegu raka szyjki macicy, należy przedstawić stopnie klinicznego zaawansowania wg FIGO:

- **stopień 0** – rak przedinwazyjny (carcinoma in situ, CIN III),
- **stopień I** – rak ograniczony ściśle do szyjki macicy,
- **stopień IA** – rak przedkliniczny, inwazyjny rozpoznawany tylko mikroskopowo,
- **stopień IB** – zmiana kliniczna, nacieki ograniczony do szyjki macicy, której głębokość naciekania lub średnica przekracza wymiary określone dla stopnia IA,
- **stopień II** – rak przechodzi poza szyjkę macicy, nie dochodzi do ścian miednicy mniejszej,
- **stopień III** – nacieki nowotworowy, zajmuje 1/3 część pochwy lub przymaciczy, dochodząc do ścian miednicy mniejszej,
- **stopień IV** – rak przekracza granicę miednicy mniejszej lub nacieki nowotworowy zajmuje śluzówkę pęcherza moczowego, odbytnicy [1, 2, 8].

Klasyfikacja wg Bethesda pokazuje obraz chorobowy następująco:

- **prawidłowy**,
- **LSIL** (ang. *low-grade squamous epithelial lesion*) – śródnabłonkowe zmiany dysplastyczne małego stopnia – odpowiednik CIN I,
- **HSIL** (ang. *high-grade squamous epithelial lesion*) – śródnabłonkowe zmiany dysplastyczne dużego stopnia – odpowiednik CIN II i CIN III [4, 7, 8].

Wybór metody leczenia zależy od klinicznego stopnia zaawansowania raka. Spośród możliwości leczenia należy wymienić leczenie chirurgiczne (oszczędzające bądź zabiegi radykalne), radioterapię (brachy- lub teleterapię), chemioterapię oraz leczenie skojarzone – chirurgiczne z radioterapią, chemioradioterapią, bądź chemioterapią [2, 6, 7, 8]. Zaletą leczenia chirurgicznego jest możliwość pozostawienia jajników i dzięki temu zachowanie funkcji hormonalnych u młodych kobiet, a także unika się dzięki temu zwłóknieniu w pochwie, pęcherzu i odbytnicy, (które to dolegliwości mogą wystąpić po radioterapii). W Polsce zaawansowane stopnie raka szyjki macicy wykrywalne są, niestety, tylko w 50% i wtedy jedyną radykalną metodą pozostaje radioterapia, a leczenie chirurgiczne uznawane jest za błąd w sztuce. Leczenie chirurgiczne stosuje się w przypadku wczesnych stopni, przy współistniejących, przewlekłych stanach zapalnych przydatków, guzach przydatków i mięśniakach macicy. O ile leczenie chirurgiczne dotyczy określonych stopni, o tyle leczenie radioterapią dotyczy chorych we wszystkich stadiach zaawansowania klinicznego wg FIGO, ale wyklucza chore, u których stwierdza się stan zapalny przydatków, guzy przydatków, mięśniaki macicy oraz ciążę [18]. Pierwszą z metod napromieniowania „od wewnątrz” jest leczenie śródjamowe, tzw. brachyterapia. W sposób bezpośredni źródło promieniowania styka się z chorą tkanką, a stosowane dawki promieni są bardzo duże. Jednak nie zawsze docierają one do wszystkich możliwych obszarów i wtedy stosuje się napromieniowanie zewnętrzne, czyli teleradioterapię. Jeśli jednak pojedyncze metody terapeutyczne nie dają oczekiwanych rezultatów, włącza się leczenie skojarzone. Wskazaniami do zastosowania pooperacyjnej radioterapii są: przerzuty do węzłów chłonnych, komórki raka w przymaciczach, naciekanie trzonu macicy, przerzuty do jajników, rak gruczołowy lub inne rzadkie postacie raka. Kolejną metodą leczenia jest radiochemioterapia, uważana aktualnie za standard w leczeniu chorych z miejscowo zaawansowanym rakiem szyjki macicy [6, 7, 8]. W przypadku chorych z masywnymi naciekami nowotworowymi, w celu okresowego zahamowania



choroby i wydłużenia jakości i czasu przeżycia chorej, stosuje się radioterapię paliatywną. Należy wspomnieć w tym miejscu także o nowych metodach leczenia, mianowicie o laparoskopii, hipertermii (ogrzanie tkanki powyżej 42 st. C), zastosowaniu szczepionek oraz o radioterapii okołoperacyjnej i śródoperacyjnej. O ile leczenie powinno dać efekty i na pewno daje, mniej lub bardziej zadowolając i osobę leczoną, i osobę leczącą, nie należy zapominać o dalszym postępowaniu, mianowicie o badaniach kontrolnych. Jeśli pacjentka miała to szczęście, że w porę została zoperowana, a dodatkowe elementy terapii dały pełne wyleczenie, powinna je dalej pielęgnować. Przede wszystkim nie powinna zapominać o badaniach ginekologicznych, badaniach cytologicznych, a także obowiązkowo powinna nauczyć się analizować własne dolegliwości. Należy podkreślić, że w przypadku zdiagnozowania choroby nowotworowej zaczynają działać mechanizmy silnych przeżyć emocjonalnych. Każda choroba, a choroba nowotworowa w szczególności, stanowi dla każdego silne obciążenie psychiczne, a towarzyszące jej reakcje emocjonalne mają przede wszystkim zabarwienie negatywne [8]. Wiadomość o chorobie nowotworowej powoduje w jednej chwili podjęcie roli chorego, pacjent traci niezależność, osiąga go ból i cierpienie, niekiedy połączone z okaleczeniem, zmuszony jest zmienić swój styl życia, zmieniają się jego relacje z otoczeniem, a w konsekwencji może się liczyć z ostatecznym wynikiem, jakim jest śmierć. Jak w takiej sytuacji obronić się przed lękiem? Jednym się to udaje, inni nie walczą. Jeśli nie podejmą walki, mamy do czynienia z depresją. Objawy depresji zależą od stopnia nasilenia choroby nowotworowej. Utrzymująca się depresja, czy wręcz pogłębiająca się, zmniejsza szanse na wyleczenie. Niekiedy może być przyczyną myśli i prób samobójczych. Należy pamiętać, że pacjentka w obliczu swojej choroby ma głębokie poczucie beznadziejności, co tym bardziej może ją skłonić do niekontrolowanych zachowań.

Oprócz omówionych już wcześniej depresji, zaburzeń lękowych, mogą występować również inne zaburzenia psychiczne, takie jak zaburzenia dezadaptacyjne, zaburzenia świadomości i zaburzenia psychotyczne [4]. Zaburzenia świadomości mogą być spowodowane zachwianiem homeostazy organizmu, a konkretnie mogą je wywołać:

- niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego,
- ciężka infekcja,
- zaburzenia wodno-elektrolitowe,
- reakcje na niektóre leki.

Do zaburzeń świadomości najczęściej dochodzi w stanach terminalnych, mówimy wtedy o stanie majaczeniowo-pomrocznym. Zaburzenia o charakterze jakościowym to zaburzenia w orientacji (miejsce, czas, sytuacja własna), halucynacje, pobudzenie psychoruchowe. Mogą również dołączyć się zaburzenia psychotyczne, wymagające ścisłej współpracy psychologa z lekarzem psychiatrą, w celu ustalenia strategii leczenia, w tym włączenia niezbędnych leków psychotropowych.

Doświadczenie ogromu cierpień zarówno fizycznych, jak i psychicznych, związanych z chorobą nowotworową jest czymś bardzo osobistym i wyjątkowym. Nie oznacza to jednak, że pacjentka sama i tylko sama zmuszona jest zmagać się z chorobą. Stąd też ważna rola w tym, jakie informacje, w jakiej formie i kiedy powinny być przekazywane społeczeństwu. Bycie przygotowanym na pojawienie się różnych trudnych przeżyć, jakie niesie za sobą choroba i leczenie, ułatwi zrozumienie i zaakceptowanie ich jako normalnej reakcji na maksymalne obciążenie psychiki [2, 7].

## **Materiał i metody badań**

Celem badań była ocena przekonań, jakie mają pracownicy oddziałów onkologicznych na temat wiedzy pacjentek z rakiem szyjki macicy przebywających na ich oddziałach. Z założenia przekonania te kształtują się na bazie doświadczenia zdobywanego podczas pracy i bezpośrednich rozmów z pacjentkami chorymi na raka szyjki macicy.

Badania zostały przeprowadzone wśród 37-osobowej grupy pracowników zatrudnionych w oddziałach onkologicznych szpitali terenu miasta Poznania. Dobór oddziałów, jak i pracowników miał charakter losowy. W badaniu wzięło udział 31 kobiet (83,8%) i 6 (16,2%) mężczyzn. Kobiety stanowiły istotnie statystycznie większą grupę niż mężczyźni, ( $Chi^2 = 16,89$ ;  $p = 0,000$ ). Największą grupę osób badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 36–45 lat (62,2%). Osoby w wieku 25–35 lat oraz 46–55 lat stanowiły odpowiednio 24,3% i 13,5% badanych. Różnice liczebności są istotne statystycznie, ( $Chi^2 = 14,49$ ;  $p = 0,001$ ). Większość badanych to osoby z wykształceniem średnim medycznym (40,5%) i wyższym medycznym (35,1%). W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Do weryfikacji postawionych hipotez wykorzystano narzędzia statystyczne i program SPSS. Za wyniki istotne statystycznie uznano dane przy założonym  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki

Istotnie statystycznie najwięcej badanych osób uważa, że poziom wiedzy pacjentek z rakiem szyjki macicy na temat choroby nowotworowej jest niski (59,5%). Dwanaście osób badanych (32,4%) ocenia ich stan wiedzy jako dobry, a 8,1% jako bardzo dobry. Różnice częstości udzielonych odpowiedzi są istotne statystycznie, ( $Chi^2 = 14,65$ ;  $p = 0,001$ ). Dziewiętnaście osób (51,4%) uważa, że pacjentki z rakiem szyjki macicy nie nazywają swojej choroby „po imieniu”, a 16 osób badanych (43,2%) uważa, że nie mają one oporu przed nazywaniem swojej choroby po imieniu. Dwie osoby (5,4%) nie mają zdania na ten temat. Różnice częstości udzielonych odpowiedzi są istotne statystycznie, ( $Chi^2 = 13,35$ ;  $p = 0,001$ ).

Trzydzieści trzy osoby (89,2%) uważają, że pacjentki chętnie rozmawiają z personelem medycznym o swojej chorobie, a jedynie 4 osoby badane (10,8%) uważają, że niechętnie podejmują takie rozmowy. Różnice częstości udzielonych odpowiedzi są istotne statystycznie, ( $Chi^2 = 22,73$ ;  $p = 0,000$ ). Ponad 78% respondentów uważa, że należy informować pacjentki o diagnozie choroby nowotworowej, a 6 osób badanych (16,2%) uważa, że nie należy podawać takich informacji. Trzydzieści jeden osób badanych (83,8%) uważa, że należy informować rodzinę o postawionej diagnozie choroby nowotworowej, a jedynie 1 osoba (2,7%) uważa, że nie należy udzielać rodzinie takich informacji. Pięć osób (13,5%) nie ma na ten temat zdania. Większość osób badanych (81,1%) uważa, że z pacjentkami należy rozmawiać o ich chorobie otwarcie. Natomiast 7 osób (18,9%) uważa, że w rozmowie z pacjentką na temat jej choroby należy posługiwać się terminologią medyczną. W momencie udzielania informacji pracownicy obserwują występowanie u pacjentek objawów depresji (94,6%). Objawy lęku zaobserwowało 97,3% respondentów. Większość badanych (64,9%) uważa, że pacjentki z rakiem szyjki macicy potrzebują wsparcia ze wszystkich wymienionych stron. Na konieczność wsparcia ze strony rodziny i psychologa wskazało odpowiednio 13,5% oraz 10,8% badanych. Jedna osoba badana (2,7%) uważa, że pacjentki potrzebują wsparcia tylko ze strony personelu medycznego (tab. 1).

Większość badanych (75,7%) uważa, że pacjentki chętnie podejmują współpracę z personelem medycznym w celu zwalczenia choroby nowotworowej, a 10,8% uważa, że są niechętne. Brak zdania na ten temat zadeklarowało 13,5% badanych osób (tab. 2).

Zdecydowana większość badanych (94,5%) uważa, że obecność rodziny na oddziałach onkologicznych ma znaczący wpływ na samopoczucie pacjentek z chorobą nowotworową.

**Tabela 1. Rodzaj wsparcia najbardziej potrzebny pacjentkom z chorobą nowotworową w opinii pracowników oddziałów onkologicznych**

Jaki rodzaj wsparcia wg Pani/Pana ma największe znaczenie?	częstość	procent	$Chi^2$	$p$
wsparcie społeczne	15	40,5	1,32	0,250
edukacja	10	27,0	7,81	0,005
psychoterapia	12	32,4	4,57	0,033
pomoc nieprofesjonalna	6	16,2	16,89	0,000

Źródło: opracowanie własne.

**Tabela 2. Ocena otwartości na współpracę pacjentek z personelem oddziału onkologicznego**

Czy wg Pani/Pana pacjentki chętnie podejmują współpracę z personelem medycznym, w celu zwalczania choroby nowotworowej?	częstość	procent
Chętnie	28	75,7
Niechętnie	4	10,8
Nie wiem	5	13,5
Ogółem	37	100,0
$Chi^2 = 29,89; p = 0,000$		

Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych (75,7%) twierdzi, że na oddziale, na którym pracują jest zatrudniony na stałe psycholog. Wizyty psychologa na oddziale w razie potrzeby deklaruje 10,8% badanych. Brak zatrudnionego psychologa na stałe oraz jego wizyty na oddziale dwa razy w miesiącu zadeklarowało po 5,4% badanych. Niemal wszyscy badani (94,5%) uważają, że stała obecność psychologa na oddziałach onkologicznych jest konieczna. Jedynie 5,4% badanych nie ma na ten temat zdania. Połowa badanych (54,1%) twierdzi, że na ich oddziałach są prowadzone zajęcia terapeutyczne regularnie, a 27% twierdzi, że sporadycznie. Na brak zajęć terapeutycznych na ich oddziale wskazało 18,9% badanych (tab. 3).

**Tabela 3. Rodzaj zajęć terapeutycznych przeprowadzanych na oddziałach respondentów**

Jaki rodzaj zajęć terapeutycznych przeprowadza się na Pani/Pana oddziale?	częstość	procent	<i>Chi</i> <sup>2</sup>	<i>P</i>
psychoterapię indywidualną	22	59,5	18,22	0,000
psychoterapię grupową	4	10,8	47,41	0,000
edukację	15	40,5	17,08	0,000
muzykoterapię	2	5,4	57,14	0,000
zajęcia artystyczne	4	10,8	47,41	0,000

Źródło: opracowanie własne.

Większość osób badanych (75,7%) uważa, że prowadzone zajęcia terapeutyczne spełniają swoje zadanie, a jedynie 13,5% oceniło ich efektywność terapeutyczną negatywnie. Brak zdania na ten temat zadeklarowało 10,8% badanych. Warty podkreślenia jest fakt, iż zdecydowana większość badanych (81,1%) uważa, że zajęcia prowadzone na ich oddziałach są konieczną formą pomocy psychologicznej dla leczonych kobiet, a jedynie 2,7% jest odmiennego zdania.

## Dyskusja

Badania wykazały, iż pracownicy oddziałów onkologicznych są przekonani, iż wiedza pacjentek na temat choroby nowotworowej, w tym przypadku raka szyjki macicy jest bardzo słaba. Mogłoby się więc wydawać, że przy tak znikomej wiedzy na temat choroby profilaktyka będzie zarzucona, ale jednak tak nie jest. Nie jest ważna dla pacjentek konkretna wiedza na temat choroby, ale możliwość uniknięcia zachorowania bierze górę. O tym, że nie jest ważne dla pacjentek, co zawiera informacja na temat samej choroby, świadczy fakt rozmów ogólnych na temat choroby [9, 10, 11].

Przekazywanie wiadomości na temat postawionej diagnozy: Z zaobserwowanych sytuacji pracownicy wnioskują, że informowanie zarówno pacjentki, jak i rodziny powinno mieć miejsce. Ludzie mający na co dzień kontakt z chorymi na nowotwór są zgodni, iż należy informować pacjentki o diagnozie, mimo że choroba wywołuje silny lęk i depresję. W takich sytuacjach zawsze można postawić pytanie, na ile ta pozytywna postawa ma charakter deklaracyjny, a na ile przekłada się na kon-

kretnie wdrażane w bezpośredniej relacji działania. Jest to jednakże bardzo ważna informacja, iż pracownicy zarówno wyższego, jak i średniego personelu są przekonani o dużym znaczeniu bezpośrednich interakcji, jak i informowaniu pacjentek o chorobie, jej przebiegu, jak i rokowaniu. Z ankiet wynika, że pracując wśród chorych onkologicznych takie stany się spotyka. Stąd bardzo ważna rola wsparcia zarówno ze strony rodziny, jak i personelu medycznego, psychologa. Co do rodzaju wsparcia, to nie ma jakiegos nacisku lub specjalnych preferencji, choć wsparcie społeczne okazało się najsilniej akcentowane przez respondentów [12, 13, 14].

Wsparcie ze strony rodziny jest bardzo istotne, co wynika z uzyskanych wyników i obecność rodziny czyni wiele dobrego dla pacjentek z nowotworem [15, 16, 17]. Obecność psychologa jest równie ważnym elementem terapii. Okazuje się, że zatrudnienie psychologa nie stanowi problemu, choć wydawałoby się, że nie wszędzie spełnia się te kryteria. W badanych przeze mnie placówkach psycholog jest zatrudniony, a więc oddziaływanie psychologiczne jest realizowane przez profesjonalistów [18]. Dzięki temu prowadzone są zajęcia terapeutyczne i to nie od przypadku do przypadku, tylko regularnie.

## Piśmiennictwo

1. Markowska J.: Onkologia Ginekologiczna. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002, 3–4, 237–238, 501, 513–519, 522, 627, 676.
2. Barraclough J.: Rak i emocje. Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA, Warszawa 1997.
3. Wirsching M.: Wokół raka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1994.
4. Anderson G.: Rak – 50 kroków po poznaniu diagnozy. Wydawnictwo RAVI, Łódź 2005.
5. Pawlicki M.: Rak – postęp i bariery. VIA MEDICA, Gdańsk 2001.
6. Simonton C. O., Benson R., Hampton B.: Jak żyć z rakiem i go pokonać. Ravi, Łódź 2003.
7. Opala T.: Ginekologia, podr. dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 199.
8. Majkowicz M.: Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych. Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2008.
9. Bischof G.: Psychologia zdrowia. Astrum, Wrocław 2000.
10. Jankowski K., Człowiek i choroba. PWN, Warszawa 1975.
11. Korpała B. B., Gierowski J.: Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Wyd. UJ, Kraków 2007.

12. Gapik L., Kosmala J.: Sztuka leczenia. Towarzystwo Edukacji Psychosomatycznej, 2003, IX, 2.
13. Opieka paliatywna w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Materiały do nauczania medycyny paliatywnej, Poznań 1999.
14. Piotrowska W.: Rola pielęgniarstwa paliatywnego. *Onkologia Polska* 2005, 8 (3), 174–176.
15. Bochen D.: Rola Muzykoterapii w opiece nad pacjentami w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. *Onkologia Polska*, 2006, 9, 4, 133–136.
16. Hańderek J.: Sztuka leczenia. Towarzystwo Edukacji Psychosomatycznej, 2004, X, 1.
17. Winecka A. J., Włodarczyk D.: Psychologia w praktyce medycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
18. Salmon P.: Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.





Edyta Siwińska<sup>1</sup>

## Nauczyciel jako profesjonalista udzielający wsparcia społecznego uczniowi w żałobie

Jak podają statystyki w 2006 roku liczba zgonów wśród dzieci w wieku szkolnym, tj. w wieku 5–9 lat wyniosła 305, wśród dzieci w wieku 10–14 lat – 441, zaś w wieku 15–19 lat – 1304 (Główny Urząd Statystyczny). Można przypuszczać, że w ciągu roku ponad tysiąc dzieci doświadcza poczucia straty i żałoby z powodu śmierci swojego kolegi, przyjaciela z ławki, a także rodziców, dziadków, znajomych (jak podaje GUS w Polsce, co roku umiera ok. 365000 ludzi).

Oczywistym jest, iż trudno podać dokładne statystyki dotyczące liczby dzieci, które rokrocznie przeżywają żałobę (*bereavement*), rozumianą jako reakcje emocjonalne doświadczane z powodu śmierci ukochanej osoby (Reber, Reber, 2008). Jednocześnie zauważa się brak nie tylko odpowiedniego wsparcia dzieci w żałobie, ale w ogóle brak społecznej percepcji takiej potrzeby. Jak pisze Elisabeth Kübler-Ross, prekursorka badań nad pojmowaniem śmierci przez dzieci i dorosłych, *rutynowo izolujemy dzieci od śmierci i umierania myśląc, że chronimy je przed zranieniem. jednak oczywiste jest, że pozbawiając je tego doświadczenia, wyświadczamy im niedźwiedzią przysługę. Poprzez uczynienie śmierci i umierania tematem tabu i trzymania dzieci z dala od osób, które umierają lub umarły budujemy w nich niepotrzebny strach* (Kübler-Ross, 2007).

Dziecko widzi śmierć, czuje jej obecność, współuczestniczy w przeżywaniu żałoby. Jak pokazują badania (Herbart, Kübler-Ross itp.) dzieci już w wieku 2–4 lat wykazują lęk przed rozstaniem – śmierć jest dla nich równoznaczna z tym lękiem, zatem rozumieją one śmierć jako zjawisko przejściowe, odwracalne. Swoją wiedzę na ten temat zaczynają stopniowo zmieniać czerpiąc z doświadczeń straty, np. dziadków lub też zwierzątek domowych. W wieku 4–7 lat (stadium myślenia operacyjnego por. Pia-

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Szczeciński

get) dzieci zaczynają zdawać sobie sprawę z ostateczności stanu śmierci, mają jednak poczucie możliwości ucieczki przed śmiercią (możną ją przegonić, przechytryć). Rozumieją jej przyczynowość (choroba, wypadek – śmierć), pojawia się jednak myślenie magiczne, np. wyobrażenie, że chorobę można wywołać brzydkim słowem lub byciem niegrzecznym. Większość dzieci 7-letnich rozumie uniwersalizm śmierci, ma jednak poczucie, że śmierć nie dotyczy ich. Warto zwrócić uwagę, że już w wieku 8–10 lat dziecko ma ukształtowany zasób pojęć dotyczących śmierci (ciało, pogrzeb, zwłoki), rozumie też jej nieodwracalność, w związku z czym pojawiają się u niego lęki przed ostatecznym rozstaniem, szczególnie z rodzicami.

W wieku 11–12 lat dziecko potrafi odwoływać się do praw przyrody, uważając śmierć za naturalny proces, który dotyczy każdej istoty. Skoro rozumie jej nieuchronność, zaczyna narastać u niego lęk przed śmiercią i związane z tym napięcia. Wraz z dorastaniem temat śmierci nabiera charakteru pytań o sens życia (Herbart, 2005, Buczyński, 2001, Kübler-Ross, 2007). Należy podkreślić istnienie indywidualnych różnic w kształtowaniu się dziecięcego rozumienia zjawiska śmierci, które zależne jest zarówno od doświadczeń własnych, jak i środowiska wychowania oraz kulturowego kontekstu rozwoju dziecka.

Dorośli muszą zrozumieć, iż zgodnie ze słowami Elisabeth Kübler-Ross, *tysiące dzieci zyskuje świadomość tego, czym jest umieranie. Często wiedzą na ten temat o wiele więcej niż dorośli ludzie, którzy słuchają ich niechętnie. Uważają że dzieci nie są w stanie zrozumieć śmierci i lekceważą ich słowa* (Kübler-Ross, 2007). Należy odrzucić lekceważące podejście dorosłych do wiedzy i rozumienia przez dziecko zjawiska śmierci, którego konsekwencją może stać się brak możliwości prawidłowego przeżycia przez dziecko żałoby. Zamiast chronić dzieci, pomóżmy im zrozumieć, że śmierć jest naturalną koleją ludzkiego życia. Aby zrobić to dobrze, należy przygotować dorosłych do stawienia czoła dziecięcej potrzebie rozumienia i poznawania śmierci, a także potrzebie współuczestnictwa w smutku i żałobie dorosłych. Takim podejściem powoduje, iż młody człowiek staje się równorzędnym partnerem dialogu pomiędzy dorosłym a dzieckiem.

### **Dziecko jako uczestnik dialogu pedagogicznego albo partner w dialogu**

Początek dialogu pomiędzy światem dorosłych a światem dziecka ma miejsce w domu rodzinnym, jednak zdarza się, iż dopiero w szkole

nabiera on świadomego, profesjonalnego i pedagogicznego wymiaru. Jak czytamy w Encyklopedii Pedagogicznej XXI, w naszym oczekiwaniu współczesny nauczyciel *to profesjonalista, przygotowany merytorycznie, pedagogicznie, psychologicznie oraz metodycznie. Jest źródłem wiedzy i etycznych wartości oraz doświadczenia społecznego i życiowego w zmieniającym się świecie* (Pilch, 2008). W świetle takiego rozumienia roli i zadań nauczyciela, tylko dobrze przygotowany merytorycznie nauczyciel, posiadający szerokie kompetencje społeczne oraz interpersonalne może pomóc otworzyć szkołę na prawdziwy dialog. *Ten proces otwierania się jest czymś więcej niż empatią, tu nie chodzi tylko o zrozumienie dla partnera dialogu, ale i o pchnięcie jego myśli i chcenia na nowe tory* (Okoń, 2001).

Tylko nauczyciel, który otwiera się na ucznia, na jego rozumienie i przeżywanie świata ma możliwość w pełni realizować idee dialogu, jednocześnie nabywając umiejętności wchodzenia w interakcję społeczną, która może okazać się niezbędnym elementem wsparcia ucznia w trudnych sytuacjach życiowych<sup>2</sup>.

### **Nauczyciel jako profesjonalista udzielający wsparcie społeczne dziecku w żałobie**

W sytuacji kryzysowej, a o takiej mówimy w momencie przeżywania przez dziecko (jak i dorosłego) żałoby, istotną okazuje się rola nauczyciela, gdyż *przeżywanie żałoby (szczególnie niepełne) zostawia zazwyczaj swój ślad w stosunku dziecka do szkoły i do dorosłych. Zadaniem wychowawcy staje się wtedy stworzenie dziecku spokoju i stabilizacji poprzez ustalony porządek zajęć, poczucie bezpieczeństwa oraz budowanie więzi opartej na zaufaniu, która pozwoli dziecku poczuć się wysłuchanym i zrozumianym* (Herbert, 2005).

Nauczyciel w pełni przygotowany do swojego zadania wychowywania młodego człowieka<sup>3</sup>, to również nauczyciel gotowy do udzielania wychowankowi odpowiedniego wsparcia, szczególnie w sytuacjach kry-

---

<sup>2</sup> Wysoką jakość procesu wsparcia uzyskuje się poprzez respektowanie następujących zasad: akceptacji osoby wspieranej, afirmacji jej indywidualności, ujawniania swoich odczuć i uczuć w kontakcie z osobą wspieraną, unikania pochopnego obwiniania i osądzania, obiektywizmu, kontrolowania zaangażowania emocjonalnego, samostanowienia (możliwości dokonywania wyboru proponowanych świadczeń) udostępniania różnych zasobów osobom wspieranym, zachowania poufności dotyczących wspieranych (za Dubois, Miley, 1996 w Encyklopedia Pedagogiczna XXI w., Pilch, 2008).

<sup>3</sup> Wychowania rozumianego w jego wąskim znaczeniu, a zatem jako proces odnoszący się do sfery emocjonalno-motywacyjnej dzieci i młodzieży (za Łobocki, 2003).

zysowych, do których należy śmierć bliskiej uczniowi osoby. Wsparcie rozumiane jako rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej (Pilch za Sęk, Cieślak, 2004) udzielone powinno zostać szczególnie w pięciu płaszczyznach: wsparcie emocjonalne, wsparcie wartościujące, wsparcie instrumentalne, wsparcie informacyjne, wsparcie duchowe (Kawula, 2008).

### Wsparcie emocjonalne

*Polega ono na dawaniu komunikatów werbalnych i niewerbalnych typu „jesteś przez nas kochany”, „lubimy Cię”, „masz mocne cechy charakteru”, „nie poddawaj się” (Kawula, 2008).*

*Akceptacja emocjonalna śmierci bliskiej osoby wymaga czasu, wysiłku, bólu i ran. Opiekunowie, czy są profesjonalistami, czy kłamcami często brną w ślepią uliczkę, próbując chronić osobę w żałobie tylko po to, by zmniejszyć ból i odsunąć go w czasie. Nie da się bólu po prostu zabrać, odegnać. Osoba w żałobie podświadomie chce wycofać się z rzeczywistości (któż by nie chciał?), jednak istnieje znacząca różnica między tym, czego ludzie chcą, a tym, czego potrzebują. Wszyscy musimy być świadomi ogromnego niebezpieczeństwa, jakie niosą za sobą opóźnienie w przeżywaniu żałoby oraz jej unikanie, powinniśmy więc rozwijać otwartość i postawę akceptacji, które pomagają osobie osamotnionej zaakceptować śmierć (Kübler-Ross, 2008). Dziecko musi mieć poczucie, że ma prawo czuć ból i smutek, ma prawo płakać (czasem w naszym mniemaniu w najmniej odpowiednim momencie) musi wiedzieć, że nadal, pomimo takich zachowań jest akceptowane i że ludzie wokół niego chcą być przy nim. Stają się naturalnymi towarzyszami jego bólu.*

*Wiedza na temat szerokiego spektrum zachowań młodego człowieka w okresie żałoby pomaga nauczycielowi zrozumieć, co się aktualnie dzieje z jego wychowankiem i być przygotowanym na różnorodność wyrazów żałoby – bunt i agresja, chaos w życiu i dezorganizacja, depresja i rozpacz, napady bólu emocjonalnego, lęki, poczucie wstydu, poczucie winy, rozpamiętywanie na siłę, wracanie do przeszłości, pytania egzystencjalne o sens życia, myśli samobójcze, idealizowanie zmarłego, identyfikacja ze zmarłą osobą, płacz, a także reakcje somatyczne organizmu, w tym zauważalne zmiany fizyczne i dolegliwości cielesne (Krakowiak, 2008).*

*W okresie dorastania objawy przeżywania żałoby mogą być interpretowane jako typowe przejawy kryzysu wieku dojrzewania. Tym ważniejsze zatem staje się towarzyszenie młodemu człowiekowi w jego drodze*

do równowagi i uważność, aby nie przeoczyć momentu, kiedy to wsparcie będzie szczególnie niezbędne.

Bardzo trudnym momentem w pracy nauczyciela jest sytuacja, kiedy umiera jeden z członków klasy. Wychowawca musi wówczas poradzić sobie z własną żałobą, jednocześnie towarzysząc klasie w przeżywaniu jej żałoby. A przecież w takiej sytuacji na żałobę grupy wychowanków składa się indywidualny wymiar przeżywania żałoby przez poszczególnych członków klasy (których stopień zaangażowania w relacji ze zmarłym był różny), a także jej wspólnotowy wymiar. Wskazana byłaby wówczas interwencja psychologiczna, w trakcie której klasa, jako wspólnota miałyby możliwość wyjścia naprzeciw zaistniałej sytuacji. Niestety, w naszym systemie oświatowym nie ma jeszcze jasno opracowanych procedur wsparcia klas, grup szkolnych w sytuacjach kryzysowych.

### Wsparcie wartościujące

*Wsparcie wartościujące, które polega na dawaniu jednostce komunikatów typu „jesteś dla nas kimś znaczącym”, „trzymaj się tak dalej” (Kawula, 2008).*

Gdy śmierć i żałoba dotyka rodziny dziecka, ono samo często zostaje odsunięte od wydarzeń domowych, czasem „oddane” pod opiekę cioci, babci lub dalszej rodziny. Gdy w domu cała rodzina pogrążona jest w smutku, przygotowując uroczystości pogrzebowe okazuje się, że nie ma w niej miejsca dla jej najmłodszych członków. Dziecko czując, że dzieją się rzeczy ważne, że rodzina obok niego jednoczy się w rozpacz, smutku, dotkliwiej jeszcze przeżywa swoją samotność w bólu, czuje się odsunięte. W takim momencie dziecko, tracąc prawo do uczestnictwa w żałobie, traci jednocześnie poczucie bezpieczeństwa oraz miejsca w rodzinie. Stając się niewidzialne emocjonalnie, traci poczucie swojej tożsamości i wartości. *Uczucie bycia porzuconym rodzi bezradność. Dziecko nabiera przekonania, że nie może nikomu zaufać. W przyszłości trudno będzie mu nawiązać bliskie relacje z innymi osobami. Odsuwa się od osoby, którą obwinia o porzucenie, czuje się niekochane i pogrąża się w wielkim smutku (Kübler-Ross, 2007).*

Zatem, pojawia się konieczność wyjaśnienia dziecku, co się dzieje z jego rodziną, zwrócenie uwagi na stosunkowo często rodzące się poczucie winy u dziecka, szczególnie w sytuacji śmierci jednego z rodziców, bądź rodzeństwa. „Gdybym był grzeczniejszy, to mama by nie umarła”, „lepiej byłoby gdybym to ja umarł, bo rodzice bardziej kochali moją siostrę”, „gdybym to ja umarł, to rodzice nie byłiby tak smutni” – to naturalne myśli, które mogą towarzyszyć dziecku w momencie żałoby. Nie-

zbędne wydaje się przynajmniej częściowe zwrócenie uwagi rodziny na przeżycia dziecka.

W tym trudnym czasie szkoła często zaczyna pełnić rolę stabilizatora życia – jej poukładanie, systematyka oraz niezmienną się w niej miejsce dziecka staje się bezpiecznym odniesieniem w życiu. W takich momentach należy zadbać również o zmniejszenie negatywnych skutków żałoby, wpływających na kształtowanie się poczucia wartości dziecka – brak koncentracji wpływający na słabsze oceny, pogorszenie relacji z rówieśnikami. Dziecko musi mieć poczucie, że szkoła to miejsce, w którym jest akceptowane, kochane i oczekiwane, w którym ktoś wykazuje troskę o jego zdrowie i samopoczucie, w którym mimo trudności czuje się bezpiecznie.

### **Wsparcie instrumentalne**

*Wsparcie instrumentalne, czyli dostarczenie konkretnej pomocy, świadczenie usług* (Kawula, 2008).

W momencie, gdy umiera członek rodziny, jej życie ulega całkowitej dezorganizacji. Uwaga pozostałych członków musi w pierwszej kolejności skupić się wokół spraw organizacyjnych związanych z ceremonią pogrzebową oraz prawnymi aspektami wynikającymi z zaistniałej sytuacji (Kübler-Ross, 2007). Po ceremonii zdarza się, że każdy z członków rodziny pogrąża się w swojej rozpacz, szczególnie gdy śmierć dotyczy jednego z rodziców dziecka. Nie zawsze znajduje się osoba, która potrafi swoją uwagę skupić na dziecku i na jego podstawowych potrzebach.

Może okazać się, że wsparcie, którego należy udzielić dziecku dotyczy najbardziej podstawowych rzeczy – sprawdzenia, czy dziecko jada śniadania, czy nie przychodzi do szkoły głodne bez dodatkowego posiłku. Warto pomyśleć o tym, aby w sytuacjach wyjątkowych takie posiłki w najbliższym czasie zorganizować na terenie szkoły. Należy zwrócić uwagę, czy dziecko posiada czysty strój na lekcje wychowania fizycznego, czy nie zabrakło mu przyrządów do szkoły, niezbędnych do pełnego uczestnictwa w lekcjach. Do zadań nauczyciela wychowawcy należy również przekazanie pozostałym nauczycielom informacji, że dziecko przez najbliższy czas może nie być odpowiednio przygotowane do lekcji lub wymagać będzie dodatkowej pomocy, gdyż jego uwaga i koncentracja mogą być osłabione.

Te, wydawać się mogą proste czynności, w sytuacji ogromnej dezorganizacji życia okazują się mieć kluczowe znaczenie dla zapewnienia mło-

demu człowiekowi dodatkowego komfortu psychicznego. Także pomoc w powrocie do bezpiecznego i uporządkowanego cyklu zajęć (pomimo zostawienia w tym porządku miejsca na indywidualną żałobę) powoduje stopniowy powrót dziecka do codzienności, do zwykłego, bezpiecznego funkcjonowania.

## Wsparcie informacyjne

*Wsparcie informacyjne, czyli udzielanie rad, porad prawnych i medycznych, informacji, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu życiowego jednostki (Kawula, 2008).*

Dziecko jest częścią rodziny, która w czasie żałoby na pewien czas może utracić samodzielność funkcjonowania. Niezbędne stają się wszelkie działania, które pozwolą jej na odzyskanie równowagi w codziennym życiu społecznym – a zatem rozwiązanie problemowych kwestii prawnych, finansowych, itp. W takich sytuacjach najwłaściwszą pomocą okazuje się przekazanie informacji niezbędnych do poukładania spraw rodziny w nowej rzeczywistości, jak choćby;

- jak załatwić sprawy związane ze stypendium socjalnym, naukowym,
- jakie zajęcia można zaproponować dziecku, które w wyniku żałoby pogorszyło swoje wyniki nauczania,
- która poradnia może pomóc rodzinie w rozwiązaniu jej problemów,
- kto w szkole odpowiada za wsparcie finansowe, pedagogiczne, itp.

Przekazanie rzetelnych informacji może okazać się również pierwszym krokiem, który pozwoli otworzyć się rodzinie na inne formy wsparcia.

Gdy umiera jeden z uczniów klasy, grupy to właśnie nauczyciel (najlepiej ze wsparciem psychologa) powinien jako pierwszy przekazać klasie jasne informacje na temat sytuacji, jaka się wydarzyła. Negatywne skutki sensacyjnego przekazywania sobie opowieści między uczniami lub ukrywania prawdziwych wydarzeń mają szkodliwy wymiar, który często odbija się na całokształcie dalszego funkcjonowaniu danej klasy, grupy, czasem całej szkoły. Należy pamiętać, że wydarzenie to dotyczy wszystkich członków danej zbiorowości i aby zapobiegać fałszywemu lub sensacyjnemu rozpowszechnianiu się wiedzy na jego temat, warto wyjść naprzeciw zaistniałej potrzebie informacji. Taka postawa otwartości na młodego człowieka, jego ból, żal, czasem tylko ciekawość, powoduje kształtowanie szacunku do sytuacji i daje możliwość jej wspólnego przeżywania.

## Wsparcie duchowe (psychiczno-rozwojowe)

*Występuje wówczas, kiedy jednostki lub grupy, pomimo prób i wysiłków własnych oraz udzielonego im wsparcia w innych formach, nadal pozostają w sytuacjach dla nich trudnych, bez wyjścia* (Kawula, 2008).

Zazwyczaj wsparcie udzielone przez rodziców, krewnych, nauczycieli, księdza jest wystarczające, aby dziecko bądź młody człowiek poradził sobie z żałobą. Jednak, gdy czas przeżywania żałoby przedłuża się – trwa dłużej niż 6 miesięcy, należy zwrócić szczególną uwagę na zachowania, które można nazwać sygnałami alarmowymi:

- długotrwały smutek dziecka, zachowania depresyjne,
- życie w szalonym tempie, bez czasu na relaks w gronie kolegów,
- brak zainteresowania swoim wyglądem, ubraniem, otoczeniem, zabawkami,
- ciągłe zmęczenie i problemy ze snem,
- stały i podwyższony poziom agresji,
- długotrwałe dolegliwości fizyczne,
- unikanie kontaktów z otoczeniem, chęć pozostawania w samotności,
- obojętność w stosunku do szkoły i czynności, które wcześniej dziecko lubiło,
- poczucie winy i brak poczucia własnej wartości,
- poszukiwanie pocieszenia w alkoholu, narkotykach czy seksie,
- podatność na zmienne nastroje i brak kontroli nad nimi,
- bezpośrednie lub pośrednie groźby samobójstwa (Krakowiak, 2008).

Intensywność oraz długotrwałość przeżywania tych stanów wymaga udzielenia wsparcia dziecku przez specjalistę. Aby jednak konsultacje psychologiczne lub psychiatryczne były celowe, trzeba dziecko przygotować do takiego spotkania. Należy wytłumaczyć mu, że nie jest to konsekwencja ich „nienormalności”, a jedynie potrzeba szukania pomocy, wszędzie gdzie jest to możliwe. Dostosowując język do etapu rozwoju oraz wiedzy podopiecznego należy mu wyjaśnić potrzebę interwencji psychologicznej (Krakowiak, 2008).

Nauczyciel, jako profesjonalny obserwator zmian zachodzących w swoim podopiecznym i jednocześnie osoba pozostająca na marginesie życia emocjonalnego rodziny dziecka, ma większe możliwości obserwowania przebiegu żałoby i to często jemu łatwiej zauważyć moment, w którym dziecko potrzebuje wsparcia specjalisty. To również on powinien o danej potrzebie poinformować rodzinę, a także wytłumaczyć potrzebę odpowiedniego przygotowania dziecka do takiego spotkania.



## Podsumowanie

Fakt umierania i śmierci dotyka prędzej czy później kogoś z rodziny dziecka czy innego bliskiego wychowankowi człowieka. Dlatego wychowanie, mając na uwadze dynamiczny i nieredukowalny sztucznie rozwój podmiotowości jednostki, musi otwierać się na fenomen śmierci już we wczesnym dzieciństwie (Górska, 2008).

Zatem, by otworzyć szkołę na fenomen śmierci, umierania oraz na fenomen przeżywania straty kogoś bliskiego musimy przygotować nauczyciela do umiejętnego wsparcia wychowanków w sytuacjach, gdy dotyka ich żałoba.

## Piśmiennictwo

1. Łobocki A. (red.): ABC wychowania. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2003.
2. Buczyński F.: Dzieciństwo zagrożone śmiercią. [w]: D. Kornas Biela: Oblicza Dzieciństwa. Towarzystwo Naukowe KUL. Lublin 2001 s. 481–191.
3. Kawula S. (red.): Człowiek w relacjach socjopedagogicznych. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2004.
4. Kübler-Ross E. (red.): Dzieci i śmierć. Media Rodzina, Poznań 2007.
5. Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku t. III, Pilch T. (red.), Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2004.
6. Piaget J. (red.): Jak sobie dziecko wyobraża świat. Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2006.
7. Okoń W. (red.): Nowy Słownik Pedagogiczny. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.
8. Kawula S.: Pedagogika Społeczna. Dokonania – aktualności – perspektywy, Wydawnictwa Adam Marszałek, Toruń 2007.
9. Górska L. (red.): Podmiot i podmiotowość w wychowaniu. Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2008.
10. Kübler-Ross E. (red.): Rozmowy o śmierci i umieraniu. Poznań: Media Rodzina, Poznań 2007.
11. Reber A. S., Reber E. S. (red.): Słownik Psychologii. Wydawnictwo Naukowe Scholra, Warszawa 2008.
12. Krakowiak P. (red.): Strata, osierocenie, żałoba. Via Medica, Gdańsk 2008.
13. Herbert M. (red.): Żałoba w rodzinie. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
14. [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl) – Główny Urząd Statystyczny.



Izabela Chmiel<sup>1,3</sup>, Janusz Czekaj<sup>2,3</sup>,  
Zygmunt Pucko<sup>1</sup>, Katarzyna Galas<sup>1</sup>

## Rola grup wsparcia w życiu rodzin osieroconych

### Wprowadzenie

Jak wiadomo, śmierć bliskiej osoby jest ogromnym przeżyciem dla każdego członka rodziny [1]. Z pojęciem śmierci nieodłącznie wiąże się osierocenie, czyli stan psychiczny człowieka, w którym bez względu na wiek, płeć czy wykształcenie utrata ważnej osoby wywołuje u osieroconych silne emocje, takie jak: gniew, smutek, strach, lęk przed nieznanym, bezradność, poczucie utraty kontroli zdarzeń, utratę więzi rodzinnych oraz przyjacielskich [2, 3, 4, 5, 6, 7]. Osierocenie jest indywidualnie przebiegającym procesem złożonym z kilku etapów [4]. Wyróżniamy normalne i patologiczne jego przeżywanie zależne od wielu czynników, np. cech osobowościowych osieroconego, stanu jego zdrowia psychicznego, doświadczeń życiowych czy stosunku do zmarłej osoby [4].

W Polsce osoby osierocone najczęściej pomoc otrzymują od zespołu interdyscyplinarnego oraz od członków grup wsparcia działających przy hospicjach, oddziałach paliatywnych bądź też pod patronatem kościoła.

Grupą wsparcia nazywamy zespół równouprawnionych osób, którzy spotykają się w celu wzajemnego niesienia pomocy i uzyskania oparcia, którego głównym zadaniem jest radzenie sobie z własnymi problemami, ulepszanie swego psychologicznego funkcjonowania oraz zwiększanie efektywności własnych działań [4]. Podstawowymi środkami wsparcia są: wysiłek oraz umiejętności i wiedza uczestników pochodząca z do-

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Kraków

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Instytut Zdrowia Publicznego, Kraków

<sup>3</sup> Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy ZOL w Krakowie

świadczenia życiowego [8]. Praca w grupie skierowana jest na udzielanie pomocy przez osoby znajdujące się obecnie w podobnej sytuacji życiowej [8]. Według de Walden-Gałuszko (2000) oraz Parkes (2001) ostatnim, najważniejszym etapem pomocy osieroconemu powinno być towarzyszenie jej w łagodnym odchodzeniu od osoby zmarłej i rozpoczęcie nowego życia [9, 10].

Członkiem grupy może zostać każda osierocona osoba, która wyrazi chęć uczestniczenia w spotkaniach na określonych zasadach. Istnieją wspólne zasady bez względu na to, czy jest to grupa prowadzona przez profesjonalistę czy nie [11].

## **Cel badania**

Celem podjętych badań było poznanie roli grup wsparcia w życiu rodzin osieroconych.

## **Materiał i metoda**

W badaniach pilotażowych wzięło udział 36 osób należących do dwóch grup wsparcia dla rodzin osieroconych działających przy Hospicjum im. Św. Łazarza w Krakowie oraz przy Parafii Księża Misjonarzy NMP z Lourdes w Krakowie.

Na przeprowadzenie badań wyrazili zgodę Zarząd Hospicjum im. Św. Łazarza w Krakowie oraz prowadzący spotkania grupy wsparcia dla osieroconych kapelan Parafii Księża Misjonarzy NMP z Lourdes w Krakowie.

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2009 r. Do badań zakwalifikowano członków grup wsparcia dla osieroconych, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Za kryteria wykluczające z badań przyjęto cofnięcie zgody w trakcie przeprowadzania badania.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu autorskiej wersji kwestionariusza wywiadu. Autorski kwestionariusz wywiadu obejmował 36 pytań dotyczących następujących kategorii danych:

- dane socjometryczne (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, stopień pokrewieństwa ze zmarłą osobą, okres czasu jaki upłynął od śmierci bliskiej osoby oraz przyczyna i miejsce jej śmierci),
- dane dotyczące podejścia do śmierci przed utratą bliskiej osoby,

- dane dotyczące wpływu utraty bliskiej osoby na obecne życie osieroconego,
- dane dotyczące roli i uczestnictwa osieroconych w zajęciach grupy wsparcia dla rodzin osieroconych.

Udzielanie odpowiedzi polega na wyborze i zaznaczeniu przez postawienie „X” przy jednej bądź kilku odpowiedziach spośród przedstawionych propozycji. Przy analizie danych uwzględniono, że badani wielokrotnie zakreślali kilka odpowiedzi na jedno pytanie, a więc suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%. W trakcie badań od każdej badanej osoby uzyskano poprawną odpowiedź na każde zadane pytanie.

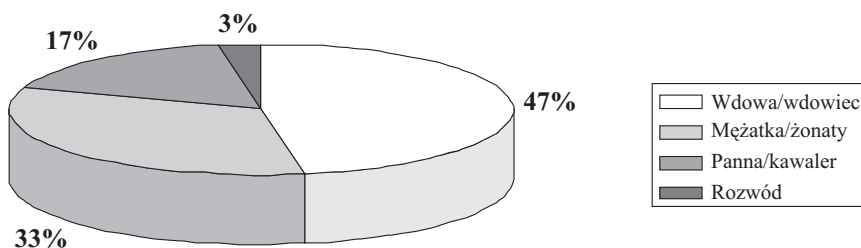
### Charakterystyka badanej grupy

Próbkę badawczą stanowiła grupa 36 osób osieroconych, w tym 25 kobiet (69% z 36 osób) i 11 mężczyzn (31% z 36 osób), należących do grup wsparcia dla rodzi osieroconych z Hospicjum Św. Łazarza przy ul. Fatimskiej 17 oraz z Parafii Księzy Misjonarzy NMP z Lourdes w Krakowie.

Wśród badanych najczęściej, bo aż 14 osób (38%) było w przedziale wiekowym między 50.–59. rokiem życia. Najmłodszy uczestnik badania, N = 1 (3%) miał 19 lat, najstarszy, N = 1 (3) 82 lata. Średnia wieku wynosiła 54,5 roku.

Wśród badanych było najczęściej, bo 17 (47%) osób owdowiałych. W stanie małżeńskim pozostawało 12 osób (33%), w stanie wolnym było 6 osób (17%) oraz 1 osoba (3%) rozwiedziona (ryc. 1).

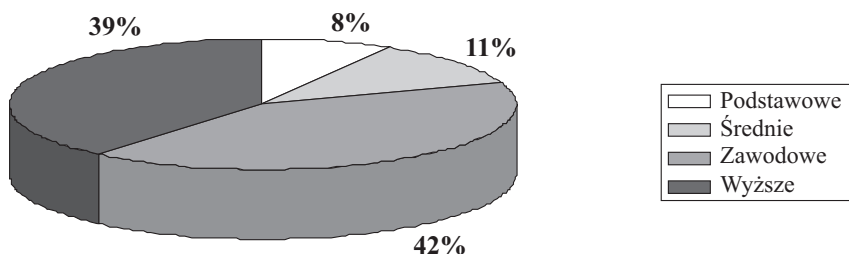
Ryc. 1. Stan cywilny badanych osób



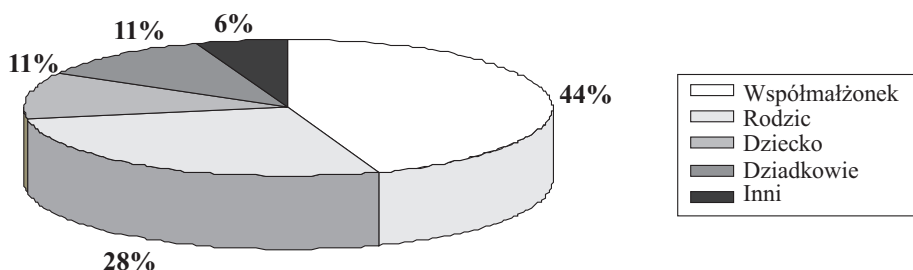
Wykształcenie podstawowe lub zawodowe posiadało 7 osób (19%), a średnie lub wyższe 29 osób (81%) (ryc. 2).

Osierocenie badanych było następstwem utraty u 16 osób (44%) współmałżonka, 10 osób (28%) jednego z rodziców, po 4 osoby (11%)

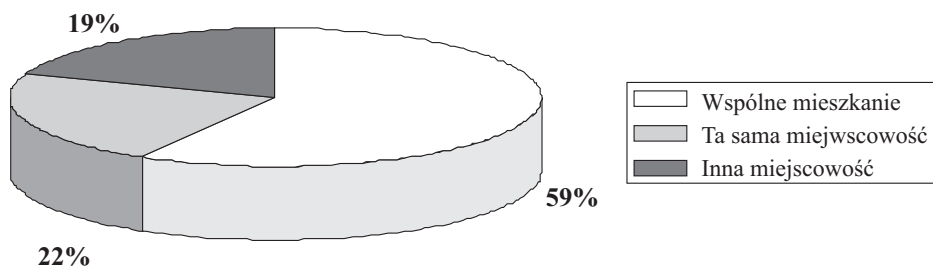
Ryc. 2. Poziom wykształcenia badanych



Ryc. 3. Stopień pokrewieństwa badanych z osobą, która odeszła



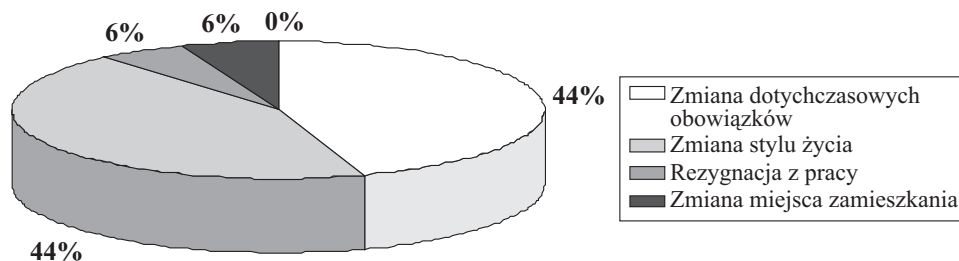
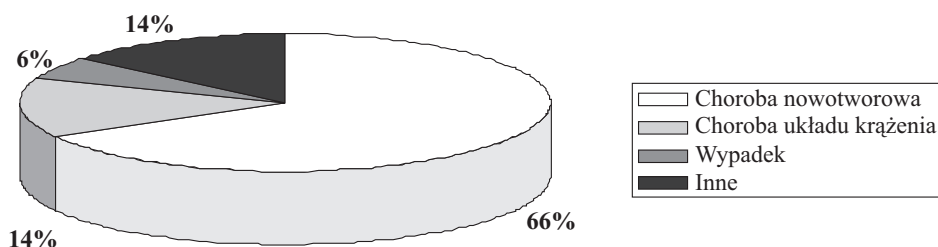
Ryc. 4. Miejsce zamieszkania w stosunku do osoby, która odeszła



utraciły dzieci lub dziadków oraz 2 osoby (6%) najbliższego przyjaciela (ryc. 3).

Ponad połowa badanych, bo aż 21 osób (59%) mieszkała we wspólnym mieszkaniu z osobą, która odeszła, 8 osób (22%) mieszkało w tej samej, a 7 osób (19%) w innej miejscowości (ryc. 4).

W badanej grupie wiadomość o chorobie i o zbliżającej się śmierci najbliższych osób stała się podstawą do: zmiany dotychczasowych obowiązków i zmiany dotychczasowego stylu życia dla grup po 16 osób (44%), po 2 osoby (6%) zmieniły miejsce zamieszkania i zrezygnowały z pracy zawodowej (ryc. 5).

**Ryc. 5. Wpływ wiadomości o zbliżającej się śmierci****Ryc. 6. Przyczyny śmierci**

Odpowiedzi na pytanie, jak długi okres czasu upłynął od śmierci bliskiej osoby, odpowiedzi wahały się od kilku miesięcy do kilku lat, średni okres wyniósł 3,5 roku.

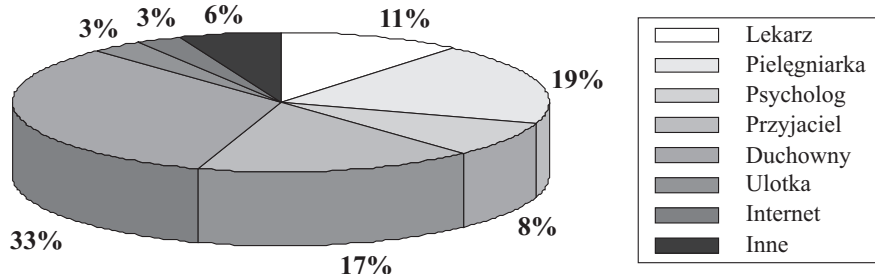
W większości przypadków przyczyną śmierci osób bliskich dla osieroconych była choroba nowotworowa – u 24 osób (66%), w grupach po 5 osób (14%) choroby układu krążenia oraz inne przyczyny (alkoholizm, samobójstwo lub morderstwo), natomiast 2 osoby (6%) zginęły w wypadkach drogowych (ryc. 6).

## Wyniki badań

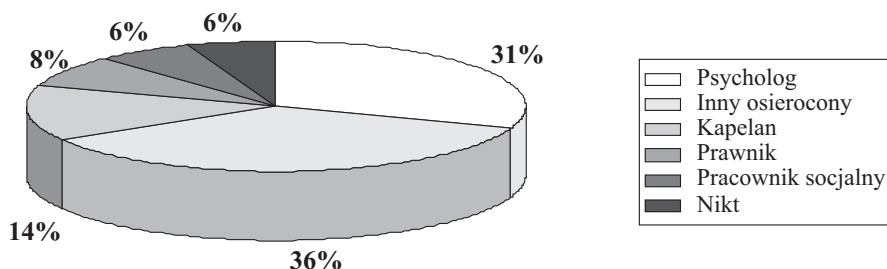
Jedna trzecia badanych, 12 osób (33%) o możliwości otrzymania pomocy w okresie osierocenia dowiedziała się od duchownego, 7 osób (19%) od pielęgniarki, 6 osób (17%) od przyjaciela, 4 osoby (11%) od lekarza, a 3 osoby (8%) od psychologa. Za pomocą ulotki lub z Internetu dowiedziało się po 1 osobie (3%). Dwie badane osoby (6%) zakreśliło odpowiedź „inne źródła” (ryc. 7).

Podczas spotkań grupy wsparcia największą pomoc w łagodzeniu objawów osierocenia badani otrzymali: 13 osób (36%) od innych członków grupy wsparcia, 11 osób (31%) od psychologa, 5 osób (14%) od kapelana,

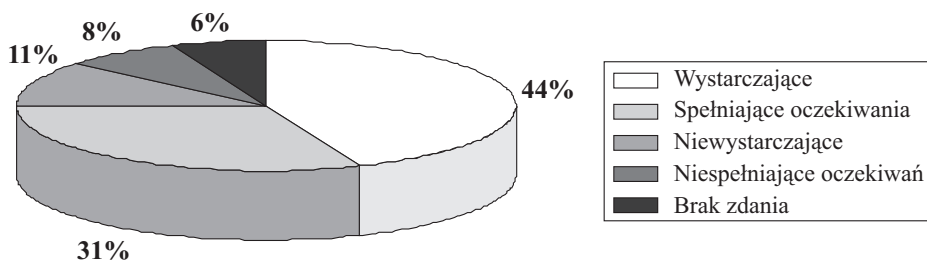
Ryc. 7. Źródła informacji o możliwości otrzymania pomocy



Ryc. 8. Osoby udzielające pomoc



Ryc. 9. Ocena otrzymanej pomocy

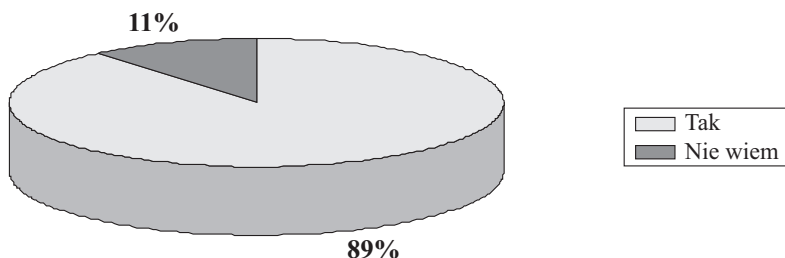


3 osoby (8%) od prawnika, a 2 osoby (6%) od pracownika socjalnego. W badanej grupie 2 osoby (6%) stwierdziły, że „nikt nie wyszedł im naprzeciw”. Zastanawiające jest to, że wśród osób pomagających nie było żadnej pielęgniarki (ryc. 8).

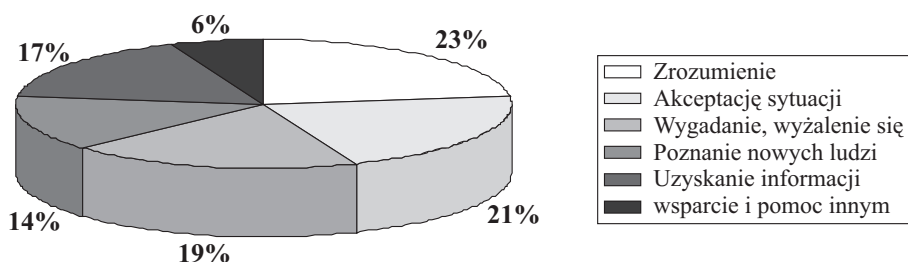
Większość badanych, bo 16 osób (44%) otrzymane formy pomocy uważa za wystarczające, a 11 osób (31%) za spełniające ich oczekiwania. Cztery osoby (11%) stwierdziło, że są one niewystarczające, a 2 osoby (6%), że nie spełniły ich oczekiwań. Nie miały zdania na ten temat 3 osoby (8%) (ryc. 9).



Ryc. 10. Przydatność pomocy



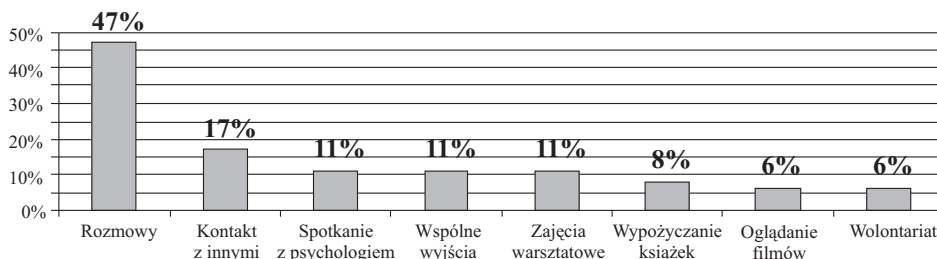
Ryc. 11. Motywy uczestnictwa w spotkaniach grupy wsparcia



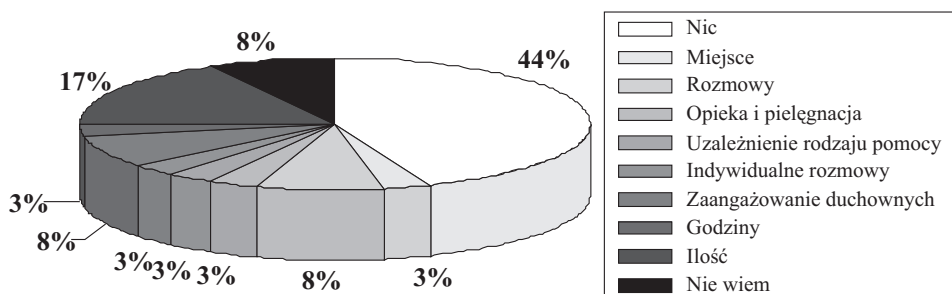
O celowości i przydatności grup wsparcia w okresie osierocenia przekonanych było 32 osoby (89%). Żadna z badanych osób nie stwierdziła, że grupy te są niepotrzebne, jednakże 4 osoby (11%) zakresliło odpowiedź „nie wiem” (ryc. 10).

Według badanych uczestnictwo w spotkaniach grupy wsparcia rodzin osieroconych pozwoliło 16 osobom (44%) zrozumieć i zaakceptować obecną sytuację. Dla 7 osób (19%) było miejscem wygadania i wyżalenia się, dla 5 osób (14%) miejscem, gdzie poznali nowych ludzi z podobnymi, jak oni problemami. Grupa 6-osobowa (17%) uczestniczyła w tych spotkaniach, aby uzyskać odpowiedź na nękające ich pytania lub zapełnić wolny czas. Wsparcie i możliwość pomagania innym ważne było dla 2 osób (6%) (ryc. 11).

W badanej grupie najbardziej odpowiadającą formą pracy była dla 17 osób (47%) rozmowa z grupą, dla 6 osób (17%) kontakt z osobami mającymi tak jak oni podobne problemy, dla grup 4-osobowych (11%) spotkanie z psychologiem, wspólne wyjścia do kina, teatru i muzeum oraz zajęcia warsztatowe. Trzem osobom (8%) odpowiadała możliwość wypożyczenia książek, a grupom 2-osobowym (6%) wspólne oglądanie filmów i praca wolontariusza. Badani wymienili sporadycznie również

**Ryc. 12. Formy pracy grup wsparcia uważane przez badanych za dobre**

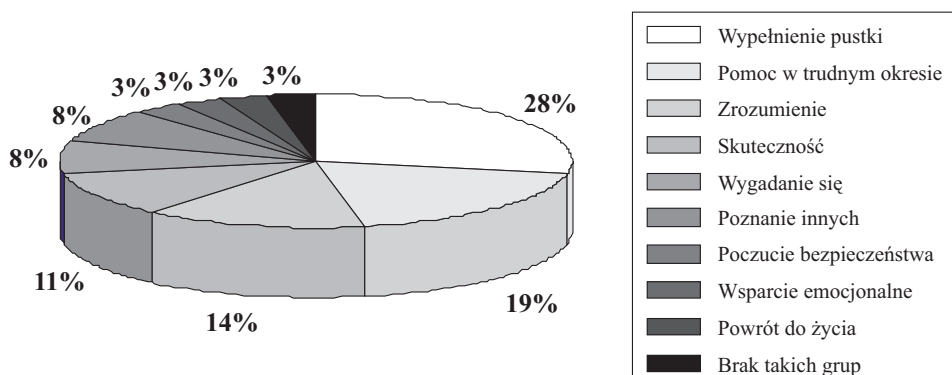
\* suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%, badani mogli podać więcej niż jedną odpowiedź

**Ryc. 13. Propozycje zmian w pracy grupy wsparcia**

wspólne wycieczki i pielgrzymki, spotkania z ciekawymi ludźmi, rozmowy z duchownym, udział w kwestach na rzecz hospicjum (ryc. 12).

Szesnaście badanych osób (44%) nie zmieniliby niczego w dotychczasowej pracy grupy wsparcia. Zmiany w postaci zwiększenia liczby spotkań, zwłaszcza w początkowym okresie, dokonałoby 6 osób (17%), uwagi do większego zainteresowania duchownych i poruszania ciekawszych tematów miały grupy 3-osobowe (8%). Natomiast pojedyncze osoby wymieniły: zmianę godzin i miejsca spotkań, wprowadzenie dokładniejszego omawiania sposobów leczenia i pielęgnacji chorych, wprowadzenie indywidualnych rozmów oraz dostosowanie udzielanej pomocy do potrzeby osieroconego. Odpowiedzi „nie wiem” udzieliły trzy osoby (8%), dla których było to pierwsze spotkanie z grupą (ryc. 13).

Większość, bo aż 29 (81%) spośród 36 badanych zadeklarowało polecenie grupy wsparcia innym osobom po odejściu ich bliskich. Najczęstszymi argumentami przemawiającymi za tym było dla 10 osób (28%) wypełnienie pustki i przebywanie wśród ludzi, dla 7 osób (19%) pomoc w przeżyciu trudnego okresu, dla 5 osób (14%) wzajemne zrozumienie,

**Ryc. 14. Argumenty przemawiające za poleceniem grup wsparcia innym**

a dla 4 osób (11%) jej skuteczność. Dwie grupy trzy-osobowe (8%) wymieniły możliwość wypowiadania się, poznanie innych osób, natomiast pojedyncze osoby wskazały, między innymi, na otrzymane wsparcie emocjonalne i poczucie bezpieczeństwa (ryc. 14).

## Wnioski

1. Zdecydowana większość badanych przekonana jest o celowości, przydatności i skuteczności grup wsparcia dla rodzin osieroconych.
2. Według badanych uczestnictwo w grupie wsparcia daje przede wszystkim możliwość zrozumienia i akceptacji sytuacji trudnej.
3. Rozmowa okazała się najlepszą i najbardziej oczekiwaną formą pracy grup wsparcia.
4. Prawie połowa badanych zaakceptowała dotychczasową formę pracy grup wsparcia. Niewielka grupa zasugerowała zwiększenie liczby spotkań w początkowym okresie osierocenia.
5. Grupy wsparcia są wartą polecenia formą pomocy osobom osieroconym.

## Dyskusja

Wsparcie jest nieodłączną częścią życia każdego człowieka. Potrzebuje go każdy bez względu na wiek, płeć, wykształcenie, miejsce pracy czy zamieszkania. Odgrywa ono ważną rolę w każdym okresie naszego życia, np. dzieciństwa, choroby czy samotności. Przeprowadzone badanie udowodniło jego wielki wpływ na życie osób osieroconych [3, 4, 8]. Uży-

skane wyniki badań są zgodne z doniesieniami innych autorów, iż osierocony potrzebuje wsparcia i zrozumienia, które uzyskuje poprzez kontakt z osobami w podobnej sytuacji życiowej podczas spotkań grup wsparcia lub z członkami zespołu interdyscyplinarnego opieki hospicyjno-paliatywnej [3, 4, 8, 12]. Badanie potwierdziło, że uczestnictwo w tych spotkaniach w znacznym stopniu ułatwia osieroconym zrozumienie emocji i uczuć, pomoc w ich odreagowaniu, akceptację nowej sytuacji życiowej. Służy również odnowieniu sił i ukierunkowaniu ich na nowe cele, a także poznaniu nowych ludzi, wypełnieniu wolnego czasu, uzyskaniu odpowiedzi na nękające osieroconych pytania czy rozwiązaniu problemów dnia codziennego po odejściu osoby im bliskiej [1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 13, 14].

## Piśmiennictwo

1. Ćwirko K.: Możliwość pomocy psychologicznej rodzinom osób osieroconych. *Nowa Medycyna*, 2/2004, 124, 71.
2. Block S. D.: Psychological Issues in End of Life Care. *Journal of Palliative Care*, 2006, 9 (3), 755.
3. Stelcer B.: Opieka nad rodziną w okresie żałoby. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005, 2 (20), 334–337.
4. Krzyżanowski D., Różańska O., Chybicka A., Mess E.: Osierocenie osób dorosłych po stracie osoby bliskiej. *Onkol. Pol.*, 2005, 8 (3), 128–130.
5. Semczuk-Dembek K., Zięzio M.: Dylematy dotyczące przekazywania informacji o chorobie nowotworowej. *Nowa Medycyna*, 2007, 1, 9–12.
6. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008, 16 (3), 248–254.
7. Pirogowicz I., Hoffmann K., Gwiazda E., Widejko K., Mess E., Pirogowicz P., Steciwko A.: Śmierć i nieuleczalna choroba jako problem w komunikacji z pacjentem w praktyce lekarskiej. *Onkol. Pol.*, 2006, 9 (4), 166–171.
8. Krzyżanowski D., Różańska O., Chybicka A., Mess E.: Systemy wsparcia dla osieroconych – projekt prowadzenia grupy wsparcia. *Onkol. Pol.*, 2005, 8 (3), 131–133.
9. De Walden-Gałużko K.: Problemy psychoonkologiczne rodziny. [w:] de Walden-Gałużko K. (red.), *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
10. Parkes M. C.: Bereavement. [w:] *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press, Londyn 2001.
11. Krakowiak P. SAC.: Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i osób w żałobie. wyd. II. Gdańsk 2008: Biblioteka Fundacji hospicyjnej, 107–121.

12. Bielawska A., Pyszczorska M., Jędrasiak-Figna L., Walkowiak I., Baczyk G.: Wsparcie w cierpieniu – pacjent umierający i jego rodzina. *Pielęgniarstwo Polskie* 2007, 2–3 (24–25), 136–139.
13. Rogiewicz M., Buczkowski K.: Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby – rola lekarza rodzinnego. *Pol. Med. Paliatywna*, 2006, 5 (1), 21–29.
14. de Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo lekarskie PZWL. Warszawa 2005, 188–189.



Halina Piecewicz-Szczęсна<sup>1</sup>, Edyta Puzio<sup>2</sup>

## **Analiza występowania syndromu wypalenia zawodowego u pielęgniarek w regionie sanockim – badania wstępne**

### **Wstęp**

Praca zawodowa, jako jedna z ważniejszych dziedzin życia, ma decydujący wpływ na subiektywną ocenę jego jakości. Może ona stanowić źródło życiowej satysfakcji, zadowolenia, pozytywnie wpływać na kondycję psychofizyczną. Jednak w wielu przypadkach praca zawodowa jest przyczyną poważnych obciążeń i stresów.

Charakter wykonywanej pracy jest jednym z najistotniejszych czynników determinujących stopień zagrożenia zawodowym wypaleniem. Praca w ciągłym, bliskim kontakcie z ludźmi często charakteryzuje się dużym stopniem emocjonalnego zaangażowania. Jeśli doda się do tego wpływ stresu i konieczność radzenia sobie z nierealistycznymi oczekiwaniami innych, można śmiało przypuszczać, iż opisywana grupa jest grupą podwyższonego ryzyka [1].

Początkowo uważano, iż procesy wypalenia zawodowego mogą z mniejszym lub większym nasileniem wystąpić we wszystkich zawodach. Niektóre zawody szczególnie predysponują do wypalenia zawodowego. Jak podkreśla Sęk H.: „Wypalenie zawodowe pojawia się u przedstawicieli zawodów, w których bliska, zaangażowana interakcja z drugim człowiekiem stanowi istotę profesjonalnego działania i warunkuje powodzenie w danym zawodzie, sukces i rozwój” [2]. Wypalenie zawodowe dotyczy, zatem zawodów określanych mianem społecznych, usługowych w obrębie, których znajduje się m.in. grupa zawodowa pielęgniarek.

---

<sup>1</sup> Katedra i Zakład Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

<sup>2</sup> Instytut Pielęgniarstwa PWSZ w Sanoku

## Cel pracy

Celem pracy była analiza występowania zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek, na przykładzie SP ZOZ w Sanoku.

## Materiał i metoda

Badaniem objęto 69 pielęgniarek, pracujących w SP ZOZ w Sanoku. Był to pierwszy etap badań – badania pilotażowe. W celu zbadania zjawiska występowania zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Do badań zastosowano specjalnie do tego celu opracowaną ankietę. Ankieta składała się z 37 pytań. W ankiecie pielęgniarki zostały zapytane o staż zawodowy, zmienność pracy, stan rodzinny. Zasadniczą część stanowiły pytania o samoocenę i sposób postrzegania siebie. Pielęgniarki miały wskazać, czy obserwują u siebie konkretne somatyczne i psychiczne objawy, takie jak: zaburzenia pokarmowe, częste bóle głowy, bezsenność, uczucie nieprzerwanego zmęczenia, trudności w koncentracji, brak kontroli nad emocjami, rozdrażnienie, agresja, zniechęcenie w kontaktach z pacjentem. Są to typowe symptomy zespołu wypalenia zawodowego. Ankietowane zostały też zapytane o to, jakie czynniki – ich zdaniem – są najbardziej stresujące i jak sobie radzą ze stresem.

Badania sondażowe objęły opinie pielęgniarek z pięciu oddziałów (Oddział Dziecięcy, Oddział Wewnętrzny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Neurologiczny, Szpitalny Oddział Ratunkowy) SP ZOZ w Sanoku. Grupa osób badanych z Oddziału Wewnętrznego i Dziecięcego liczyła po 13 osób, z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 16 osób, ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – 8 osób oraz z Oddziału Neurologicznego 19 osób. Założona na wstępie większa liczebność badanych z dwóch oddziałów (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddział Neurologiczny) wynika z faktu niejednorodności tych grup co do liczby osób zatrudnionych na oddziałach.

Średnia wieku wszystkich badanych pracowników wynosi 40 lat, średni staż pracy w zawodzie wynosi od 16 do 20 lat. Najstarszą, pod względem wieku, grupą pielęgniarek są pielęgniarki z Oddziału Dziecięcego (41,6 lat), a następnie z Oddziału Wewnętrznego (41,1 lat), ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (40,4 lat) oraz z Oddziału Neurologicznego (39,4 lat). Najmłodszą natomiast grupą pielęgniarek są pielęgniarki z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (38,4 lat).



Zdecydowana większość badanych to kobiety (97,1%). W trzech oddziałach (Oddziale Dziecięcym, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziale Wewnętrznym) osobami badanymi były wyłącznie kobiety. W dwóch oddziałach (Neurologicznym Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) występowała przewaga kobiet.

## **Wyniki badań**

### *Analiza występowania wybranych czynników stresogennych w pracy pielęgniarek*

Istnieje wiele czynników stresogennych w środowisku pracy pielęgniarek o różnym stopniu ich nasilenia. Jednakże skoncentrowano się na najczęściej występujących czynnikach, tzn. obciążenie psychiczne pracą, brak nagród/niskie zarobki, niepewność organizacyjna, stresujące kontakty społeczne, poczucie zagrożenia, uciążliwości fizyczne, nieprzyjemne warunki pracy, brak kontroli, brak wsparcia, odpowiedzialność.

Wśród analizowanych stresorów w pracy najbardziej uciążliwymi okazały się: obciążenie psychiczne pracą (60,87%), brak nagród/niskie zarobki (20,29%), odpowiedzialność (14,49%) oraz stresujące kontakty społeczne (8,70%). Za silne czynniki stresogenne pielęgniarki uznały brak nagród/niskie zarobki (20,29%), uciążliwości fizyczne (17,40%), stresujące kontakty społeczne i obciążenie psychiczne pracą (po 13,04%). Według niektórych badanych osób średni stopień nasilenia miały takie czynniki, jak: brak nagród (26,09%) oraz odpowiedzialność (18,84%). Z kolei najmniej uciążliwymi stresorami okazały się uciążliwości fizyczne (8,70%), brak wsparcia i odpowiedzialność (po 7,25%) oraz niskie zarobki i nieprzyjemne warunki pracy (po 4,35%). W tabeli 1 przedstawiono szerzej wyniki badań w kierunku występowania czynników stresogennych w pracy pielęgniarki,

Podsumowując, należy zaznaczyć, że odczuwanie przez pracownika oddziałujących w miejscu pracy czynników jako stresujących (stresorów) wiąże się przede wszystkim z ich siłą. Owe nasilenie, z kolei, wiąże się z powstaniem stresu przewlekłego, czyli wypaleniem zawodowym.

### *Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek badanych*

Powszechnie wiadomo, że różne cechy demograficzne mają wpływ na stosunek pracownika do wykonywanej pracy, jego jakość oraz wydaj-

**Tabela 1. Wybrane czynniki stresogenne w środowisku pracy pielęgniarki**

Stresory w pracy	Stopień nasilenia, w %			
	Bardzo silny	Silny	Średni	Słaby
Obciążenie psychiczne pracą	<u>60,87</u>	13,04	8,70	1,45
Brak nagród/niskie zarobki	<u>20,29</u>	20,29	26,09	4,35
Niepewność organizacyjna	1,45	7,25	7,25	2,90
Stresujące kontakty społeczne	8,70	13,04	4,35	2,90
Poczucie zagrożenia	2,90	7,25	1,45	1,45
Uciążliwości fizyczne	4,35	17,40	4,35	8,70
Nieprzyjemne warunki pracy	2,90	8,70	5,80	4,35
Brak kontroli	1,45	1,45	1,45	2,90
Brak wsparcia	4,35	8,70	1,45	7,25
Odpowiedzialność	<u>14,49</u>	10,14	18,84	7,25
Inne	1,45	1,45	1,45	1,45

ność. Jak wynika z analizy wyników badań u pracowników młodszych stażem, ale powyżej 35. roku życia częściej występuje zespół wypalenia zawodowego. Osoby wypalone zawodowo przed 35. rokiem życia stanowią 21,74%, a powyżej 35. roku życia aż 78,26%. Natomiast, procent osób niewypalonych zawodowo przed 35. rokiem życia i powyżej 35 lat stanowił odpowiednio 32,61 i 67,39. Nieco inaczej przedstawia się wpływ stażu pracy na występowanie wypalenia zawodowego. Spośród badanych pielęgniarek, osoby wypalone zawodowo pracujące w zawodzie do 20 lat stanowiły 60,87%, a osoby pracujące dłużej niż 20 lat stanowiły 39,13%. Z kolei pielęgniarki niewypalone, pracujące do 20 lat stanowiły 56,52%, a powyżej 20 lat – 43,48%. Nie stwierdzono natomiast różnic w zakresie występowania zespołu wypalenia zawodowego w zależności od stanu cywilnego.

Jak wynika z badań 23 osoby, co stanowi 33,33% osób ankietowanych stwierdziło u siebie symptomy wypalenia zawodowego, a 76,81% badanych dostrzegło je u swoich współpracowników. Ponad 3/4 z nich wskazało na co najmniej trzy charakterystyczne dla tego zespołu objawy.

Najczęściej wymieniane symptomy wypalenia zawodowego to: drażnienie/agresja – 29,39% osób wypalonych zawodowo; nieangażowanie się w problemy pacjentów – 29,39%; zaburzenia czynności układu pokarmowego – 21,74%; niechęć przy chodzeniu do pracy – 17,39%; odczuwanie ciągłego zmęczenia – 13,04%; oraz objawy depresji – 8,70%, i – co wydaje się dość zaskakujące – lęk przed dyżurem – 17,39% osób. Natomiast 2,08% osób badanych wymieniało inne niż zaproponowane przez autora symptomy wypalenia zawodowego, tj. obojętność.

Badania pokazują również, że wystąpienie wypalenia zawodowego u pielęgniarki ma związek z brakiem poczucia osiągnięć osobistych. Wypaleni zawodowo czują się bardziej nieskuteczni w rozwiązywaniu problemów swoich pacjentów, również częściej wykazują brak satysfakcji z pracy. Brak poczucia skuteczności w rozwiązywaniu problemów swoich pacjentów odczuwa 42,03% badanych. Natomiast 52,17% uważa, że ma poczucie nieustającego nadążania, braku satysfakcji.

Z danych ankietowych wynika, że najwięcej pielęgniarek z Oddziałów: Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Dziecięcego (odpowiednio 68,75% i 61,54%) wypowiedziało się za tym, iż są skuteczne w rozwiązywaniu problemów swoich pacjentów. Pielęgniarki zaś z Oddziałów: Wewnętrznego, Neurologicznego uważają, że mają problemy z rozwiązaniem problemów pacjentów (odpowiednio 38,46% i 47,37%).

Nieco inaczej przedstawia się podział pielęgniarek odczuwających satysfakcję z wykonywanej pracy. Największą satysfakcję odczuwają pielęgniarki z Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii (56,25%) oraz ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (50,00%). Natomiast ciągłe poczucie nieustającego nienadążania, braku satysfakcji, przekonania, że powinno zrobić się coś lepiej mają pielęgniarki z Oddziałów: Neurologicznego (68,42%) oraz z Dziecięcego (61,54%).

Badania pokazują również, że wypalenie zawodowe pielęgniarki ma związek z brakiem poczucia osiągnięć osobistych. Jak przedstawiono w tabeli 2, osoby wypalone zawodowo czują się bardziej nieskuteczne w rozwiązywaniu problemów swoich pacjentów (68,97%), również częściej wykazują brak satysfakcji z pracy (58,33%).

Osoby o obniżonym poczuciu osiągnięć w pracy zawodowej często wycofują się z sytuacji trudnych i nie stawiają czoła nowym wyzwaniom, mają także trudności w zmaganiu się ze stresem, co z kolei, wiąże się ze zwiększeniem jego poziomu.

**Tabela 2. Brak poczucia osiągnięć osobistych a wypalenie zawodowe u pielęgniarek**

Pielęgniarki	Liczba badanych	Osoby wypalone w %	Osoby niewypalone w %
skuteczne w rozwiązywaniu problemów	40	7,50	92,50
nieskuteczne w rozwiązywaniu problemów	29	<u>68,97</u>	31,03
mające poczucie satysfakcji	33	6,06	93,94
niemające poczucia satysfakcji	36	<u>58,33</u>	41,67

**Poziom stresu a wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek**

W badaniu poszukiwano odpowiedzi na pytanie, czy istnieje zależność między stresem zawodowym a występowaniem zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek. W tym celu zbadano wpływ stresu na występowanie wypalenia zawodowego. Wyniki badań przedstawiono w tabeli 3.

**Tabela 3. Poziom odczuwalnego stresu u osób z zespołem wypalenia zawodowego**

Poziom stresu	Osoby wypalone (N* = 23), w %	Osoby niewypalone (N* = 46), w %
Bardzo niski	0,00	6,52
Niski	0,00	2,17
Średni	26,09	50,00
Wysoki	<u>43,48</u>	41,30
Bardzo wysoki	<u>30,44</u>	0,00

\* N – liczba badanych

Jak wynika z badania im większy poziom odczuwalnego stresu, tym więcej osób się wypala. Osoby wypalone zawodowo odczuwają stres na poziomie średnim (26,09%), wysokim (43,48%), bądź bardzo wysokim (30,44%). Nie odczuwają natomiast stresu na poziomie bardzo niskim i niskim. Z kolei, osoby niewypalone wskazują na znacznie niższy poziom

odczuwalnego stresu: bardzo niski (6,52%), niski (2,17%), średni (50,00%) i wysoki (41,30%). Osoby te nie odczuwają stresu na poziomie bardzo wysokim.

Poziom odczuwalnego stresu czy też brak poczucia osiągnięć osobistych nie są jedynymi czynnikami wpływającymi na występowanie zespołu wypalenia zawodowego. Nasilenie stresu, a w konsekwencji wystąpienie właśnie wypalenia zawodowego może także zależeć od wieku, płci, a także stanu cywilnego pracownika.

### *Charakter wykonywanej pracy a wypalenie zawodowe*

Literatura donosi, że charakter wykonywanej pracy ma wpływ na występowanie zespołu wypalenia zawodowego. Dlatego też postanowiono zbadać, czy typ oddziału, w którym pracują pielęgniarki determinuje występowanie tegoż zespołu. W tabeli 4 przedstawiono udział procentowy osób wypalonych zawodowo pracujących w różnych oddziałach.

**Tabela 4. Wpływ wykonywanej pracy na wypalenie zawodowe**

Oddział		Liczba badanych	Osoby wypalone w %	Osoby niewypalone w %
1	Dziecięcy	13	30,77	69,23
2	Wewnętrzny	13	<u>69,23</u>	30,77
3	Anestezjologii i Intensywnej Terapii	16	<u>31,25</u>	68,75
4	Neurologiczny	19	21,05	78,95
5	Szpitalny Oddział Ratunkowy	8	12,50	87,50
Ogółem		69	33,33	66,67

Wśród analizowanych pięciu oddziałów najczęściej osób wypalonych zawodowo wystąpiło w Oddziale Wewnętrznym (69,23%) i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (31,25%). Z kolei, najmniej osób wypalonych zawodowo pracuje w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (12,50%) oraz Oddziale Neurologicznym (21,05%). Ogółem, aż 33,33% badanych czuje się wypalona zawodowo.

### Strategie radzenia sobie ze stresem

Radzenie sobie ze stresem uważane jest za podstawowy mechanizm adaptacyjny. Jest to celowy wysiłek podejmowany przez jednostkę, a nie automatyczne zachowanie przystosowawcze. Efektywne radzenie sobie ze stresem wymaga często zarówno opanowania emocji, jak i podejmowania wysiłków, dzięki którym stresowa sytuacja zmienia się w korzystną (niestresogenną) dla jednostki. W celu zbadania, które strategie radzenia sobie są najczęściej stosowane wśród pielęgniarek, poproszono respondentów o wybranie wariantów radzenia ze stresem, zaznaczając stopień ważności (najważniejszy, mniej ważny, ważny, najmniej ważny). W tabeli 5 przedstawiono strategię radzenia sobie ze stresem i jej poszczególnych czynników w zależności od stopnia ich ważności.

**Tabela 5. Strategie radzenia sobie ze stresem**

Strategia radzenia sobie	Stopień ważności, w %			
	Najważniejszy	Mniej ważny	Ważny	Najmniej ważny
Aktywne radzenie sobie ze stresem	<u>24,64</u>	4,35	7,25	2,90
Planowanie	<u>7,25</u>	2,90	5,80	1,45
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	5,80	2,90	0,00	1,45
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	8,70	7,25	2,90	1,45
Unikanie działań	1,45	0,00	0,00	1,45
Zwrot ku religii	<u>7,25</u>	4,35	1,45	0,00
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	1,45	5,80	7,25	0,00
Powstrzymanie się od działań	1,45	1,45	0,00	0,00
Akceptacja	<u>7,25</u>	0,00	7,25	7,25
Koncentracja na emocjach	<u>7,25</u>	0,00	1,45	5,80
Zaprzeczanie	1,45	0,00	0,00	0,00
Odwracane uwagi	<u>7,25</u>	1,45	4,35	1,45
Zaprzestanie działań	2,90	1,45	1,45	1,45
Stosowanie używek	2,90	0,00	1,45	2,90
Poczucie humoru	23,32	5,80	17,39	1,45

Takie działania, jak: aktywne radzenie sobie ze stresem, planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, unikanie konkurencyjnych

działań i powstrzymanie się od działania należą do aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem. Zakwalifikowano tu 33,78% osób badanych. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zwrot ku religii, pozytywne prze wartościowanie i rozwój, akceptacja, zaprzeczanie to strategię ukierunkowane na emocje. Do tej grupy zaliczono 32,44% spośród osób badanych. Pozostałe sposoby radzenia sobie ze stresem, czyli koncentracja na emocjach, odwracanie uwagi, zaprzestanie działań, stosowanie używek i poczucie humoru to metody uznawane za mniej efektywne, jednakże w pewnych sytuacjach mogą być skuteczne. Takie strategię radzenia sobie ze stresem stosuje 33,78% badanych. Działania skoncentrowane na emocjach i unikaniu problemu są to działania mniej adaptacyjne i zakwalifikowano tu aż 67,22% badanych osób.

Wśród analizowanych strategii radzenia sobie ze stresem najbardziej pomocnymi okazały się: aktywne radzenie sobie ze stresem (24,64%), poczucie humoru (23,32%) oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (8,70%). Z kolei najrzadziej stosowanymi wśród pielęgniarek strategiami radzenia ze stresem okazały się: zaprzeczanie (1,45%), powstrzymywanie się od działań (1,45%) oraz unikanie działań (1,45%).

Zaprezentowane w tej pracy wyniki badań nie wyczerpują całości kształtu problematyki związanej z występowaniem zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek, jednakże pozwalają na sformułowanie wniosków praktycznych, które pozwolą na kontynuację badań oraz już na tym etapie mogą pomóc pielęgnowarce uniknąć zespołu wypalenia zawodowego.

## **Omówienie wyników badań**

Stres – nieuchronny element codzienności – stanowi istotne doświadczenie naszego życia zawodowego, które pochłania blisko jedną trzecią życia człowieka. Doświadczenie stresu może rozwijać, ale również może stanowić przyczynę problemów, które w miejscu pracy występują najczęściej pod postacią zespołu wypalenia zawodowego. Ten związek występowania stresu w pracy z wypaleniem zawodowym jest dostrzegany przez badaczy zajmujących się wypaleniem [3].

Prowadzone przez blisko trzydzieści lat badania dostarczają bogatej wiedzy na temat źródeł stresu, przyczyniających się do powstania zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, takich jak: obciążenie psychiczne pracą, brak nagród, niskie zarobki i odpowiedzialność [4]. Stanowisko to potwierdziły również przeprowadzone badania własne,

według których najbardziej stresogennymi czynnikami były: obciążenie psychiczne pracą (60,87%), brak nagród i niskie zarobki (20,29%), odpowiedzialność (14,49%) oraz stresujące kontakty społeczne (8,70%).

Rezultaty powyższych badań są również zbliżone do wyników uzyskanych przez innych autorów. Literatura donosi, że prawdopodobieństwo „wypalania się” jest wysokie u pielęgniarek, które pracują w oddziałach intensywnej opieki medycznej i wykonują stresującą pracę [5]. Badania na przykładzie SP ZOZ w Sanoku wskazują, że oddział, w którym pracują pielęgniarki ma duży wpływ na występowanie zespołu wypalenia zawodowego. Najwięcej osób wypalonych zawodowo pracuje jednak w Oddziale Wewnętrznym (69,23%) i na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (31,25%), który klasyfikuje się na drugiej pozycji.

W badaniach własnego autorstwa niepokoić może również wielkość skali występowania wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Aż 33,33% spośród badanych pielęgniarek i pielęgniarzy stwierdza u siebie symptomy wypalenia zawodowego, a 76,81% pielęgniarek dostrzega symptomy wypalenia zawodowego również u swoich współpracowników.

Wyniki badań tworzą jednocześnie ogólną mapę zmiennych o charakterze demograficznym – poczynając od wieku, stażu pracy, a kończąc na stanie cywilnym respondenta. Dowiedziono, że wiek i staż pracy ma związek z występowaniem wypalenia zawodowego. Jednak, mimo utrzymującego się w literaturze stanowiska, że stan cywilny wpływa na „wypalanie się”, na tym etapie badań nie stwierdzono różnic w zakresie występowania zespołu wypalenia zawodowego w zależności od stanu cywilnego.

Literatura dowodzi znaczenie stylu radzenia sobie ze stresem dla omawianego zjawiska wskazując na korzyści, wynikające ze stylu ukierunkowanego na zadanie i sprzyjającą „wypalaniu się” rolę stylu dążącego do unikania czy też skoncentrowanego na emocjach [4, 6, 7]. Ponadto rozczarowanie rzeczywistością, czyli doświadczenie niezgodności między oczekiwaniami zawodowymi a realiami zawodu, brak poczucia satysfakcji z pracy czy też utrata złudzeń są również istotne w powstaniu wypalenia zawodowego [8, 9].

Badania przeprowadzone w SP ZOZ w Sanoku potwierdzają, że wypalenie zawodowe ma związek z brakiem poczucia osiągnięć osobistych. Wypaleni zawodowo czują się bardziej nieskuteczni w rozwiązywaniu problemów swoich pacjentów, również częściej wykazują brak satysfakcji z pracy. Respondenci również źle radzą sobie ze stresem. Duży procent



(67,22%) pielęgniarek i pielęgniarzy zakwalifikowano do grupy pracowników, charakteryzujących się stosowaniem mało efektywnych strategii radzenia ze stresem, a niemożność skutecznego radzenia sobie w sytuacji przewlekłego stresu prowadzi do powstania zespołu wypalenia zawodowego.

## Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na wysunięcie kilku wniosków. Są one jednocześnie odpowiedzią na sformułowane wcześniej problemy badawcze:

1. Istnieje wiele czynników, które mają właściwości stresogenne w środowisku pracy pielęgniarek. Za najbardziej stresogenne czynniki, występujące w pracy, badana grupa pielęgniarek i pielęgniarzy uznała: obciążenie psychiczne pracą, brak nagród i niskie zarobki, odpowiedzialność oraz stresogenne kontakty interpersonalne.
2. Badane osoby ponoszą dość wysokie koszty stresu doświadczanego w miejscu pracy, przejawiające się w postaci zespołu wypalenia zawodowego i skutków zdrowotnych – aż 33,33% spośród badanych pielęgniarek i pielęgniarzy stwierdza u siebie symptomy wypalenia zawodowego. Są to między innymi: rozdrażnienie/agresja, nieangażowanie się w problemy pacjentów, zaburzenia czynności układu pokarmowego, niechęć przy chodzeniu do pracy oraz, co może wydać się zaskakujące, lęk przed dyżurem. Z badań wynika, że 76,81% pielęgniarek dostrzega symptomy wypalenia zawodowego również u swoich współpracowników.
3. Wypalenie zawodowe pielęgniarki ma związek z brakiem poczucia osiągnięć osobistych. Wypaleni zawodowo czują się bardziej nieskuteczni w rozwiązywaniu problemów swoich pacjentów, również częściej wykazują brak satysfakcji z pracy.
4. Rodzaj wykonywanej pracy ma duży wpływ na występowanie zespołu wypalenia zawodowego. Najwięcej osób wypalonych zawodowo pracuje w Oddziale Wewnętrznym i Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
5. Badana grupa pielęgniarek i pielęgniarzy źle radzi sobie ze stresem. Duży procent (67,22%) pielęgniarek i pielęgniarzy zakwalifikowano do grupy pracowników, charakteryzujących się stosowaniem mało efektywnych strategii radzenia ze stresem. Niemożność skutecznego radzenia sobie w sytuacji przewlekłego stresu prowadzi do powstania zespołu wypalenia zawodowego.

Reasumując powyższe wyniki badań można stwierdzić, że długotrwałe odczuwanie stresu może doprowadzić do zespołu wypalenia zawodowego, który coraz częściej występuje wśród pracowników służby zdrowia i staje się on coraz poważniejszym problemem społecznym. Badane osoby ponoszą dość wysokie koszty stresu doświadczanego w miejscu pracy, przejawiające się w postaci zespołu wypalenia zawodowego i skutków zdrowotnych. Badana grupa pielęgniarek źle radzi sobie ze stresem. Problem wymaga dalszych badań w celu bliższego poznania zjawiska pod kątem przyczynowo-skutkowym.

### Piśmiennictwo

1. Szmagałski J.: Wypalenie zawodowe a stres w pracy. Problemy opiekuńczo-wychowawcze w pracy, 2004, 4, 3–12.
2. Sęk H. (red.): Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. PWN, Warszawa 2004.
3. Tobiasz-Adamczyk B. (red.): Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2000.
4. Kosslyn S. M., Rosenberg R. S.: Psychologia. Mózg. Człowiek. Świat. Znak, Kraków 2006.
5. Sęk H. (red.): Psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 2007.
6. Radkiewicz P., Widarszal-Bazyl M.: Stres w pracy pielęgniarki. Magazyn pielęgniarki i położnej, 2005, 7–8, 8–9.
7. Strelau J.: Psychologia. GWP, Gdańsk 2000, t. 2.
8. Wrabec P.: Zanim zostaną zgliszczą. Czy człowiek zawodowo wypalony powinien rzucić pracę? Pomocnik psychologiczny. Polityka, 2007, 21 (5), 24–27.
9. Chmiel N. (red.): Psychologia pracy i organizacji. GWP, Gdańsk 2003.

Bożena Kirpsza<sup>1</sup>, Regina Sierżantowicz<sup>1</sup>,  
Lech Trochimowicz<sup>1</sup>

## Poziom i struktura wsparcia psychicznego ze strony pielęgniarek, odbieranego przez pacjentów hospitalizowanych

### Wstęp

Przyjęcie pacjenta do oddziału zabiegowego, zwłaszcza w trybie nagłym, może stanowić dla niego bardzo trudne doświadczenie. Znalezienie się w nieznanym środowisku szpitalnym, narażenie na szereg potencjalnie niebezpiecznych, czasami krępujących procedur, niewielki wpływ na funkcjonowanie oddziału, a także oddzielenie od najbliższych osób stawia przed pacjentem trudne wyzwania. Wyzwania te są dodatkowo spotęgowane niepewnym rokowaniem, a także fizycznymi i psychicznymi urazami operacji. Sytuacja życiowa pacjenta zmienia się całkowicie powodując, że cele zdrowotne wysuwają się na plan pierwszy, realizacja pozostałych jest odroczone w czasie. Często towarzyszącymi uczuciami staje się lęk o własne zdrowie i życie [1, 2].

Zespół pielęgniarski jest tą grupą profesjonalistów, z którą pacjenci spotykają się najczęściej i od której oczekują, oprócz wielu ważnych umiejętności instrumentalnych, również wsparcia psychicznego. Chodzi tu o sprzyjającą leczeniu postawę pielęgniarki opiekującej się chorym, tworzącej klimat bezpiecznego i budzącego zaufanie kontaktu, która chroni pacjenta przed sytuacjami urazowymi, dostarcza mu szeregu informacji, zwiększa jego odporność psychiczną i potrafi wzbudzić w nim chęć walki o swoje zdrowie i życie [3, 4, 5].

Szczególnym wyzwaniem są potrzeby pacjenta umierającego, dlatego właśnie osoby opiekujące się powinny posiadać rozległą wiedzę na temat spodziewanych zmian emocjonalnych oraz potrzebnej pomocy.

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Bardzo pomocny okazuje się powszechnie stosowany schemat, opisany przez Kübler-Ross. Wyróżniła ona pięć typów reakcji u pacjentów świadomych nadchodzącej śmierci. Po wstrząsie, jaki wywołuje rozpoznanie śmiertelnej choroby następuje faza zaprzeczenia, gniewu, targowania się, depresji i akceptacji [6]. Zaproponowany przez Kübler-Ross podział oferuje pewien sposób oceny sytuacji, stanowi również podstawę rozumienia niektórych zaburzonych reakcji pacjentów, takich jak gniew lub zaprzeczenie.

Warunkiem takiego rodzaju pomocy jest prawidłowa komunikacja z chorym, która jednocześnie gwarantuje dobrą jakość opieki. Sposób prowadzenia rozmowy może pomagać w zgromadzeniu jak największej ilości informacji o pacjencie, pomagać mu w konstruktywnym uporaniu się z własnymi negatywnymi emocjami, w znajdowaniu rozwiązań swych problemów i poddaniu życia kontroli. Warunkiem dobrej komunikacji jest zapewnienie sprzyjających okoliczności rozmowy (bezpieczne otoczenie, przeznaczony czas, stosowanie zachęt werbalnych i niewerbalnych). Rzeczą równie ważną, jak sposób prowadzenia rozmowy jest umiejętne słuchanie. Jest to słuchanie, które można określić jako aktywne, refleksyjne i empatyczne [7].

Można przypuszczać, że oczekiwania pacjentów wobec zespołu pielęgniarstwa ulegają zmianie pod wpływem czasu i wzrastającej ogólnej wiedzy medycznej społeczeństwa i coraz większego poznania przez pacjentów przysługujących im praw związanych z procesem pielęgnowania, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, jednak potrzeba wsparcia psychicznego pacjentów w okresie choroby, jak i śmierci wydaje się wartością niezmiennie istotną całego procesu terapeutycznego.

## **Cel pracy**

Celem pracy było rozpoznanie oczekiwań pacjentów leczonych operacyjnie w oddziałach zabiegowych (chirurgicznym i ortopedycznym) wobec personelu pielęgniarstwa w zakresie wsparcia psychicznego oraz określenie różnic w oczekiwaniach obu grup pacjentów.

## **Material i metody**

Badaniu poddana została grupa 60 pacjentów leczonych operacyjnie w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym i Chirurgii Ogólnej w Białymstoku. Powyższą grupę tworzyło po 30 pacjentów z każdego oddziału, w tym

**Tabela 1. Charakterystyka respondentów**

	Procent badanych pacjentów chirurgicznych	Procent badanych pacjentów ortopedycznych
Wiek respondentów		
0–19 lat	8,0	2,0
20–39 lat	30,0	40,0
40–59 lat	50,0	33,0
ponad 60 lat	12,0	25,0
Miejsce zamieszkania		
miasto	83,3	80,0
wieś	16,7	20,0
Wykształcenie respondentów		
podstawowe	13,3	6,7
średnie	40,0	66,7
wyższe	46,7	26,6
Liczba hospitalizacji		
1	40,0	17,0
od 2 do 3	28,0	40,0
ponad 3	32,0	43,0
Okres pobytu w szpitalu		
Do 5 dni	42,0	20,0
6–10 dni	36,0	12,0
11–20 dni	10,0	22,0
Ponad 20 dni	12,0	46,0

15 kobiet i 15 mężczyzn. Wybór pacjentów był całkowicie przypadkowy i obejmował pacjentów przyjętych zarówno w trybie nagłym, jak i planowym, na różnych etapach leczenia chirurgicznego (przed zabiegiem operacyjnym, po zabiegu). Dokładną charakterystykę badanej grupy pacjentów przedstawiono w tabeli 1.

Na podstawie charakterystyki respondentów stwierdzono, że obie badane grupy (pacjenci chirurgiczni i ortopedyczni) zdecydowanie różnią

się długością pobytu w oddziale, a także ilością hospitalizacji. Wśród pacjentów ortopedycznych najwięcej, bo aż 46% przebywało w oddziale ponad 20 dni, 43% odbyło ponad 3 hospitalizacje, natomiast najwięcej pacjentów chirurgicznych (42%) przebywało w oddziale do 5 dni i w większości była to pierwsza hospitalizacja (40%).

W grupie pacjentów ortopedycznych ponad dwukrotnie większą grupę stanowili ludzie starsi po sześćdziesiątym roku życia w porównaniu z grupą pacjentów oddziału chirurgicznego.

Metodę badawczą określającą strukturę wsparcia emocjonalnego rozpatrywanego w kategorii psychoterapii elementarnej skonstruowano na podstawie klasycznej teorii postawy. Zgodnie z definicjami wywodzącymi się z podejścia socjologicznego; postawa to określony, względnie trwały stosunek emocjonalny lub oceniający do przedmiotu lub dyspozycja do występowania takiego stosunku, wyrażająca się w kategoriach pozytywnych, negatywnych lub neutralnych [7]. W postawie można wyróżnić trzy istotne komponenty: elementy poznawcze, tendencje do zachowania oraz stosunek emocjonalny, które na potrzeby metody badawczej określono jako wiązki: informacji, emocji, zachowania.

W obrębie każdej komponenty ustalono po siedem pytań skierowanych do pacjenta. Kwestionariusz ankiety zawierał 21 pytań, które zostały poprzedzone metryczką: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, ilość i długość pobytu w szpitalu. Każdemu z pytań nadano 7-punktową skalę od 1 do 7, badającą nasilenie danej wiązki. Badania zasadnicze poprzedzono badaniami pilotażowymi, które miały za zadanie sprawdzenie, czy pytania zostały skonstruowane w sposób jasny i czytelny dla pacjentów. Najbardziej kontrowersyjne pytania zostały odrzucone lub poprawione.

W obrębie komponenty poznawczej postawy (wiązka informacji) pytano pacjentów o poziom czytelności i jasności uzyskiwanych informacji, stopień używania żargonu medycznego, stopień dostosowania przekazywanych informacji do możliwości pacjenta, stopień okazywania zniecierpliwienia, poziom zgodności informacji z prawdą, stopień ograniczenia informacji negatywnych oraz podkreślenia informacji pozytywnych, stopień prostowania informacji uzyskanych z innych źródeł oraz poziom spójności informacji.

Komponenta emocjonalna (wiązka emocji) zawierała pytania umożliwiające określenie poziomu zainteresowania okazywanego pacjentowi, stopnia osobowego traktowania pacjenta, poziomu zrozumienia lęków i sytuacji, poziomu okazywanego szacunku, stopnia dysponowania cza-

sem, poziomowi budowania nadziei, poziomowi zniecierpliwienia oraz stopnia ekspresji uczuć.

Struktura wewnętrzna wiązki zachowania (komponenta behawioralna postawy) zawierała pytania pozwalające określić poziom konkretności zachowania personelu pielęgniarskiego, poziom poczucia indywidualności przez pacjenta, poziom przygotowania pacjenta do badań diagnostycznych i zabiegów, ilość poświęcenia czasu pacjentowi, poziom udzielania rad, szukania wspólnych rozwiązań, poziom uwagi i wysłuchania pacjenta.

Na wypełnienie kwestionariusza ankiety każdemu pacjentowi przeznaczono nieograniczoną ilość czasu i dowolną porę dnia, aby w żaden sposób nie zakłócić czynności leczniczych i pielęgnacyjnych, a także nie przeszkodzić podczas odwiedzin najbliższych osób.

Uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej z zastosowaniem testów istotności różnic Wilcoxon'a i testów istotności korelacji r-Pearsona.

## Wyniki

Badania korelacji długości pobytu i poczucia wsparcia psychicznego wskazują, że długość pobytu w oddziale pacjentów ortopedycznych wpływa w sposób istotny statystycznie na poczucie wsparcia psychicznego w komponencie emocjonalnej ( $p < 0,02$ ). Komponenta emocjonalna wsparcia psychicznego (wiązka emocji) zawierała odpowiedzi umożliwiające ocenę poziomu zainteresowania okazywanego pacjentowi przez pielęgniarki, stopnia osobowego traktowania pacjenta, poziomu zrozumienia lęków i sytuacji pacjenta przez personel pielęgniarski, poziomu okazywanego szacunku, poświęconego czasu dla pacjenta, poziomu budowania nadziei, poziomowi zniecierpliwienia w kontaktach z pacjentem oraz stopnia ekspresji uczuć.

W badaniach nie stwierdzono, aby wiek pacjentów, miejsce zamieszkania, a także wykształcenie miało wpływ na poziom wsparcia emocjonalnego odbieranego przez pacjentów ze strony pielęgniarek. Wyniki powyższych korelacji zostały przedstawione w tabeli 2.

W obu badanych grupach pacjentów, czyli w grupie pacjentów oddziału chirurgicznego i oddziału ortopedycznego 50% stanowiły kobiety i 50% stanowili mężczyźni. Poddano analizie statystycznej poziom wsparcia psychicznego odbieranego przez kobiety i mężczyzn obu oddziałów, a także różnice w poczuciu wsparcia psychicznego między

**Tabela 2. Korelacje między wiekiem i długością pobytu w oddziale pacjentów ortopedycznych i chirurgicznych, a poczuciem wsparcia psychicznego**

	Wiązka informacji	Wiązka emocji	Wiązka zachowania
Długość pobytu pacjentów ortopedycznych	0,17	0,41	0,11
P <	0,35	0,02	0,53
Wiek pacjentów ortopedycznych	0,17	0,15	0,18
P <	0,35	0,40	0,32
Długość pobytu pacjentów chirurgicznych	0,30	0,28	0,18
P <	0,10	0,12	0,32
Wiek pacjentów chirurgicznych	0,21	0,09	0,01
P <	0,26	0,60	0,91

**Tabela 3. Różnice w wynikach uzyskanych przez grupę pacjentów oddziału ortopedycznego w zakresie wielkości poczucia wsparcia psychicznego**

	Wiązka informacji	Wiązka emocji	Wiązka zachowania
Kobiety oddziału ortopedycznego	16,9	16,9	17,0
Mężczyźni oddziału ortopedycznego	14,1	14,1	14,0
P <	0,38	0,38	0,34

kobietami oddziału chirurgicznego i ortopedycznego, i między mężczyznami obu oddziałów. Wyniki porównania poziomu wsparcia psychicznego kobiet i mężczyzn oddziału ortopedycznego przedstawiono w tabeli 3.

Stwierdzono, że poczucie wsparcia psychicznego kobiet i mężczyzn oddziału ortopedycznego nie różni się w sposób istotny statystycznie we wszystkich trzech komponentach postawy. Podobne wyniki uzyskano na podstawie porównania grupy kobiet i mężczyzn oddziału chirurgicznego, co zostało przedstawione w tabeli 4.



**Tabela 4. Różnice w wynikach uzyskanych przez grupę pacjentów oddziału chirurgicznego w zakresie wielkości poczucia wsparcia psychicznego**

	Wiązka informacji	Wiązka emocji	Wiązka zachowania
Kobiety oddziału chirurgicznego	15,97	15,07	14,27
Mężczyźni oddziału chirurgicznego	15,03	15,93	16,73
P <	0,77	0,78	0,43

Nie stwierdzono również istotnych różnic w ocenie wsparcia psychicznego między kobietami i między mężczyznami obu oddziałów, co zostało przedstawione w tabelach 5 i 6.

**Tabela 5. Różnice w wynikach uzyskanych w grupie badanych kobiet w oddziale chirurgicznym i ortopedycznym w zakresie poczucia wsparcia psychicznego**

	Wiązka informacji	Wiązka emocji	Wiązka zachowania
Kobiety oddziału chirurgicznego	12,93	14,20	14,80
Kobiety oddziału ortopedycznego	18,07	16,80	16,20
P <	0,10	0,41	0,66

**Tabela 6. Różnice w wynikach uzyskanych przez grupę mężczyzn oddziału chirurgicznego i ortopedycznego w zakresie poczucia wsparcia psychicznego**

	Wiązka informacji	Wiązka emocji	Wiązka zachowania
Mężczyźni oddziału chirurgicznego	13,63	15,90	17,63
Mężczyźni oddziału ortopedycznego	17,37	15,10	13,37
P <	0,24	0,80	0,18

**Tabela 7. Różnice w wynikach uzyskanych przez pacjentów chirurgicznych i ortopedycznych w zakresie poczucia wsparcia psychicznego**

	Wiązka informacji	Wiązka emocji	Wiązka zachowania
Pacjenci chirurgiczni	26,25	29,43	31,58
Pacjenci ortopedyczni	34,75	31,57	29,42
P <	0,05	0,63	0,62

Analizę wyników zakończono porównaniem poziomu zadowolenia wszystkich pacjentów chirurgicznych i ortopedycznych z otrzymywanego wsparcia psychicznego ze strony pielęgniarek w poszczególnych jego komponentach, co przedstawiono w tabeli 7.

Stwierdzono istnienie istotnej statystycznie różnicy (0,05) w zakresie poczucia wsparcia psychicznego między pacjentami chirurgicznymi i ortopedycznymi.

Pacjenci oddziału ortopedycznego oceniają lepiej wsparcie psychiczne w zakresie komponenty informacyjnej otrzymywane od pielęgniarek niż pacjenci chirurgiczni. Chociaż poziom zadowolenia ze wsparcia informacyjnego ze strony pielęgniarek w obu badanych grupach wydawał się zadowalający, to jednak w grupie pacjentów chirurgicznych trzech z nich wskazało jako pożądane źródło informacji nie pielęgniarkę, a wyłącznie lekarza. W obrębie komponenty poznawczej (informacyjnej) postawy (wiązka informacji) pytano pacjentów o to, w jakim stopniu uzyskiwane informacje były dla nich jasne i czytelne, jak często używano żargonu medycznego, czy treść i forma przekazywanych informacji były dostosowane do możliwości pacjenta, w jakim stopniu okazywane było zniecierpliwienie w rozmowach z pacjentem, jaki był poziom zgodności informacji z prawdą, w jakim stopniu ograniczane były informacje negatywne oraz podkreślane informacje pozytywne, jak często pielęgniarka prostowała informacje uzyskiwane z innych źródeł oraz jaki był poziom spójności przekazywanych informacji.

## Omówienie

Pacjenci ortopedyczni przebywają dłużej w oddziale szpitalnym (tabela 1), co wywiera istotny wpływ na poczucie wsparcia psychicznego w komponentcie emocjonalnej postawy.

Specyfika leczenia i pielęgnowania pacjentów z chorobami ortopedycznymi wynika z wieloetapowości procesu leczenia, dłuższego okresu zrastania się tkanki kostnej i niejednokrotnie długiego unieruchomienia. Często okres przygotowania do zabiegu operacyjnego wydłuża się z powodu przygotowania rehabilitacyjnego. Sytuacja ta zmusza do bardzo intensywnej pielęgnacji pacjenta w celu zapobieżenia powikłaniom i jednocześnie stwarza niejako większe możliwości w realizacji zapotrzebowania pacjentów na wsparcie psychiczne ze strony pielęgniarek. Poza tym wraz z upływem czasu stan zdrowia pacjentów w większości przypadków poprawia się, co powoduje poprawę samopoczucia, a także pacjenci przyzwyczajają się do rzeczywistości szpitalnej i procedur medycznych. Pacjent pokonuje kolejne etapy leczenia; w tym zabieg operacyjny, co przybliża go do wyzdrowienia i powrotu do domu. To wszystko pozwala lepiej postrzegać własną sytuację oraz otoczenie.

W wyniku analizy porównawczej obu grup pacjentów (chirurgicznych i ortopedycznych) stwierdzono statystycznie istotne różnice w wielkości odbieranego wsparcia psychicznego ze strony pielęgniarek w komponencie informacyjnej postawy.

W literaturze istnieje szereg badań wykazujących, że w większości pacjenci zwykle chcą być szczegółowo informowani o stanie swojego zdrowia i postęпах w leczeniu, a także związanym z nim ryzyku [8, 9]. Osoby poszukujące informacji powinny dostać wyczerpujące odpowiedzi na swe pytania, gdyż to zmniejsza ich lęk. Ważny jest sposób przekazywania informacji, tzn. dostosowanie do możliwości poznawczych pacjenta oraz wykazanie cierpliwości i zainteresowania, co wcale nie jest łatwe w natłoku obowiązków zawodowych pielęgniarki oddziału zabiegowego oraz zbyt małych zasobów osobowych. Informacje są podstawą zaspokojenia potrzeb poznawczych i zwykle są sposobem obniżenia lęku przed procedurami medycznymi oraz w czasie ich trwania [10]. Jednak istnieje pewna grupa pacjentów unikających informacji i w ten sposób zabezpieczająca się przed narastaniem lęku. Tacy pacjenci powinni uzyskać jedynie podstawowe informacje. Prawidłowe, dostosowane do potrzeb i możliwości percepcyjnych pacjenta przekazywanie informacji może w znacznym stopniu wpłynąć na budowanie zaufania pacjenta do personelu medycznego.

Wiadomo, że stan psychiczny pacjenta wpływa na percepcję bólu i ocenę jego znaczenia. Depresja, niepokój, lęk, poczucie samotności i izolowania od innych ludzi, brak wiary w możliwość skutecznego leczenia przeciwbólowego mogą zwiększać odczuwanie samego bólu w sen-

sie percepcyjnym oraz zwiększać cierpienia człowieka. Odczuwanie bólu pooperacyjnego jest w znacznym stopniu uzależnione od prawidłowego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, w tym przygotowania psychicznego polegającego, między innymi, na zapoznaniu pacjenta ze skalami oceny natężenia bólu. Ból jest odczuciem bardzo subiektywnym i dlatego właśnie odczucia pacjenta, a nie ocenę pielęgniarki należy traktować miarodajnie [11]. Można przedsięwziąć środki minimalizujące ryzyko wystąpienia silnego bólu pooperacyjnego i powikłań nie tylko poprzez zastosowanie analgezji przedoperacyjnej, ale również poprzez udzielenie wyczerpującej informacji i umożliwienie kontaktu z psychologiem.

Należy zwrócić uwagę na to, że pożądaný sposób postępowania z pacjentem wymaga zdobycia nowych umiejętności przez personel medyczny – mianowicie umiejętności interpersonalnych, które nie są tylko kwestią dobrej woli, ale wynikiem zdobycia określonej wiedzy i doświadczeń pozwalających wypracować odpowiednią sprawność w niesieniu wsparcia psychicznego pacjentom [12].

## Wnioski

1. Specyfika leczenia w oddziale zabiegowym (okres przygotowania do zabiegu operacyjnego, zabieg operacyjny, okres pooperacyjny ) może stanowić dla pacjenta szczególnie obciążającą psychicznie sytuację trudną.
2. Prawidłowe przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego, w tym przygotowanie psychiczne, może w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko powikłań pooperacyjnych.
3. Efektywność wsparcia psychicznego udzielanego pacjentowi leczonemu w oddziale zabiegowym wymaga od pielęgniarki zarówno etycznej postawy, jak i umiejętności interpersonalnych.
4. Wsparcie psychiczne pacjentów oddziałów zabiegowych powinno stanowić, oprócz działań medyczno-instrumentalnych, nieodłączny element pracy pielęgniarki.

## Piśmiennictwo

1. Hall L., Dornan M.: Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 1990, 30, 811–813.

2. Jarosz M.: Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1978.
3. Mika S.: Psychologia społeczna. PWN, Warszawa 1981.
4. Motyka M.: Pielęgowanie a pomoc psychiczna w chorobie. CEM, Warszawa 1999.
5. Aleksandrowicz J.: Psychoterapia: podręcznik dla studentów, lekarzy, psychologów. PZWL, Warszawa 2005, Wyd.3
6. Kübler-Ross E.: Życiodajna śmieć. Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 2005.
7. Chlewiński Z.: Postawy a cechy osobowości. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1987.
8. Ley P.: Communicating with Patients. Chapman & Hall, London 1988.
9. Marteau T. M., Kidd J., Cuddeford L., Walker P.: Reducing anxiety in women referret for colposcopy using an information booklet. *British Journal of Health Psychology*, 1996, 1, 181–189.
10. Motyka M.: Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
11. Niemi-Murola L.: Pain. *Management Nursing*, 2007, 8 (3), 22–9.
12. Salmon P.: Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.



Izabela Chmiel<sup>1</sup>, Maciej Górkiewicz<sup>2</sup>, Antoni Czupryna<sup>1</sup>, Janusz Czekaj<sup>2</sup>

## **Dopasowanie stylu wspierającego dotyku pielęgniarek do indywidualnych preferencji osób w terminalnym okresie choroby. Doniesienie wstępne**

### **Wprowadzenie**

Stosowane w praktyce sposoby niewerbalnego komunikowania się z chorymi, w tym styl i formy dotyku, mogą mieć duży wpływ na uzyskiwane rezultaty terapii, a także na ogólny komfort fizyczny i psychiczny tak pacjentów, jak i osób sprawujących nad nimi opiekę, zwłaszcza w terminalnym okresie choroby [1, 2]. Niemniej, niezbędna tu jest szczególna ostrożność, dbałość o to, żeby działania w zamierzeniu pomocne i wspierające – faktycznie nie szkodziły, nie raniły boleśnie. Wyobrażenia personelu medycznego i rodziny chorego o tym, które ich zachowania są aprobowane przez chorego, a które nie są, często różnią się znacznie z faktycznymi preferencjami chorej osoby [3, 4]. Cechy demograficzne i kliniczne pacjenta, jego bezpośrednie reakcje na zachowania i dotyk osób sprawujących nad nim opiekę nie zawsze dają dostatecznie dobre podstawy do wnioskowania o jego preferencjach, potrzebne są tu niezależne badania (wywiady) prowadzone w innym czasie, przez inne osoby [5].

### **Cel badania**

Celem pracy było potwierdzenie potrzeby i wstępne zbadanie możliwości dostosowywania stylu wspierających działań pielęgniarek, w szczególności dotyku wspierającego, do indywidualnych preferencji osób w okresie terminalnym.

---

<sup>1</sup> Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

<sup>2</sup> Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Postawiono cztery pytania badawcze. Pierwsze: czy przy wyodrębnieniu rodzajów dotyku według zamierzonego celu dotknięcia, personel medyczny i rodziny pacjentów stosują lub nie stosują dotyk instrumentalny, dotyk komunikacyjny, dotyk opiekuńczo-pielęgniacyjny i dotyk wspierający zgodnie z oczekiwaniami pacjentów? Drugie pytanie: które z ośmiu form dotyku wspierającego, uważanych za pomocne przez pielęgniarki, pacjenci akceptują, a których nie akceptują? Trzecie pytanie: czy wśród pacjentów występuje znaczna różnorodność preferencji form dotyku wspierającego? Czwarte pytanie: czy na podstawie cech demograficznych i klinicznych pacjenta można przewidywać jego preferencje co do form dotyku wspierającego?

## **Materiał i metoda**

Próbkę badawczą stanowiła grupa 55 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej, hospitalizowanych w Hospicjum Św. Łazarza przy ul. Fatimskiej 17 i w Oddziale Opieki Paliatywnej w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym przy ul. Wielickiej 263 w Krakowie. Na przeprowadzenie badań wyrazili zgodę: Zarząd Hospicjum Św. Łazarza oraz kierownik ZOL w Krakowie.

Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2007 r. do marca 2008 r. Do badań zakwalifikowano pacjentów spełniających następujące kryteria: terminalny okres choroby nowotworowej, brak zaburzeń komunikacji oraz zgoda pacjenta na udział w badaniu.

Za kryteria wyłączające pacjentów z badań przyjęto cofnięcie zgody pacjenta w trakcie przeprowadzenia badania. Pacjenci mieli możliwość cofnięcia zgody w dowolnej chwili w trakcie przeprowadzenia badań.

W badaniu zastosowano autorską wersję kwestionariusza wywiadu obejmującego następujące kategorie danych: dane socjometryczne (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce pobytu pacjenta), dane medyczne (rozpoznanie, dotychczasowe leczenie, kryteria przyjęcia do hospicjum/oddziału opieki paliatywnej, główne problemy pielęgnacyjne), dane dotyczące postrzegania dotyku przez pacjentów i znaczenia wsparcia wyrażonego w formie dotyku dla pacjentów. Udzielanie odpowiedzi polega na wyborze i zaznaczeniu przez postawienie „X” przy jednej bądź kilku odpowiedziach spośród przedstawionych propozycji.

W trakcie badań od każdej z 55 badanych osób uzyskano formalnie poprawną odpowiedź na każde z 35 pytań kwestionariusza. Bazę danych utworzono i wstępnie opisano w arkuszu Excel. W analizie statystycznej



badano przedziały ufności 95%CI dla proporcji, test  $\chi^2$  zgodności rozkładów dyskretnych, procedurę wyznaczania niezbędnej wielkości próby dla uzyskania wymaganej liczby przypadków, procedurę jednoczesnego grupowania cech i przypadków jednoczesnego grupowania cech i przypadków [6].

### Charakterystyka badanej grupy

Próbkę badawczą stanowiła grupa 55 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej, hospitalizowanych w Krakowie, w tym 35 osób (64% z 55) w Hospicjum Św. Łazarza przy ul. Fatimskiej 17, a pozostałe 20 osób (36% z 55) w Oddziale Opieki Paliatywnej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ul. Wielickiej 263. Wśród badanych 30 osób (55% z 55 osób) było hospitalizowanych ze względów medycznych, a 25 osób (45% z 55) głównie ze względów socjalnych (Tabela 1).

**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy: wskazania do hospitalizacji**

	Grupa	Hospicjum				Szpital				Łącznie	
		K		M		K		M			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	medyczne	9	50%	8	47%	7	58%	6	75%	30	55%
2	socjalne	9	50%	9	53%	5	42%	2	25%	25	45%
Razem		18	100%	17	100%	12	100%	8	100%	55	100%

K – kobiety, M – mężczyźni

**Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy: wiek**

	Grupa	Hospicjum				Szpital				Łącznie	
		K		M		K		M			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	41–50 lat	1	6%	1	6%	1	8%	0	0%	3	5%
2	51–60 lat	3	17%	0	0%	3	25%	2	25%	8	15%
3	61–70 lat	4	22%	5	29%	1	8%	2	25%	12	22%
4	71–80 lat	7	39%	8	47%	3	25%	2	25%	20	36%
5	Ponad 80 lat	3	17%	3	18%	4	33%	2	25%	12	22%
Razem		18	100%	17	100%	12	100%	8	100%	55	100%

K – kobiety, M – mężczyźni

**Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy: stan cywilny**

	Grupa	Hospicjum				Szpital				Łącznie	
		K		M		K		M		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
1	Panna/kawaler	5	28%	3	18%	0	0%	0	0%	8	15%
2	Zamężna/zonaty	4	22%	10	59%	3	25%	7	88%	24	44%
3	Rozwiedziona/y	1	6%	2	12%	0	0%	0	0%	3	5%
4	Wdowa/wdowiec	8	44%	2	12%	9	75%	1	13%	20	36%
Razem		18	100%	17	100%	12	100%	8	100%	55	100%

K – kobiety, M – mężczyźni

**Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy: wykształcenie**

	Grupa	Hospicjum				Szpital				Łącznie	
		K		M		K		M		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
1	podstawowe	5	28%	8	47%	6	50%	3	38%	22	40%
2	zawodowe	1	6%	6	35%	2	17%	4	50%	13	24%
3	średnie	7	39%	1	6%	3	25%	0	0%	11	20%
4	wyższe	5	28%	2	12%	1	8%	1	13%	9	16%
Razem		18	100%	17	100%	12	100%	8	100%	55	100%

K – kobiety, M – mężczyźni

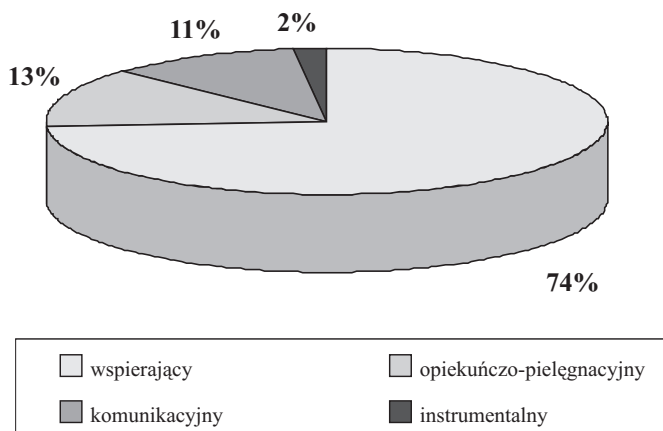
Średnia wieku wynosiła 70,1 lat, a odchylenie standardowe wieku 11,0 lat. Ponad połowa badanych, 32 osoby (58%), miała wiek od 61 do 80 lat, 11 osób (20%) od 41 do 60 lat oraz 12 osób (22%) ponad 80 lat (Tabela 2). Wśród badanych było 30 kobiet (55% z 55 osób) i 25 mężczyzn (45%). W stanie małżeńskim pozostawały 24 osoby (44%), w stanie wolnym było 31 osób (56%), w tym owdowiałych było 20 osób (64,5% z 31) (Tabela 3). Wykształcenie podstawowe lub zawodowe miało 35 osób (64%), a średnie lub wyższe 20 osób (36%) (Tabela 4).

## Wyniki

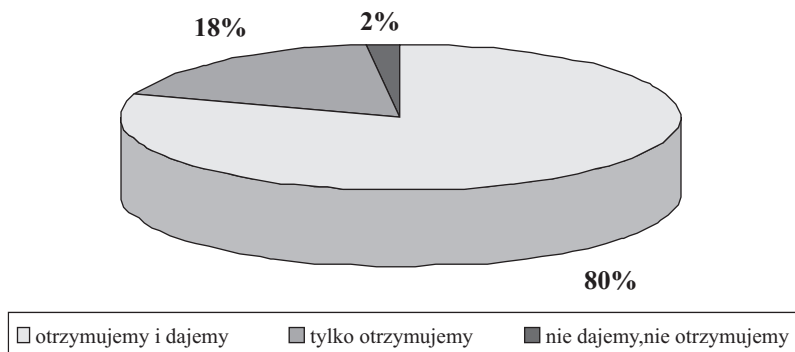
W badanej grupie 41 osób (74% z 55 badanych osób) za najważniejszą rolę dotyku uznało działanie wspierające. Siedem osób (13%) za

najważniejszy uznało dotyk opiekuńczo-pielęgnacyjny, sześć osób (11%) – komunikacyjny, a tylko jedna osoba (2%) – dotyk instrumentalny (Rycina 1). Zdecydowana większość badanych, 44 osoby (80% z 55 badanych osób), traktowało dotyk jako czynność dwustronną – równoczesne dawanie i otrzymywanie wsparcia. Mniejsza liczba badanych, 10 osób (18%), traktowało dotyk jako sposób otrzymywania wsparcia, bez równoczesnego dawania wsparcia osobie dotykającej. Tylko jedna osoba (2%) uważała, że poprzez dotyk ani nie dajemy, ani nie otrzymujemy wsparcia, natomiast żadna z badanych osób (0%) nie uznała, że poprzez przyjmowanie dotyku pacjent nie otrzymuje wsparcia, a tylko daje wsparcie osobie dotykającej (Rycina 2).

**Ryc. 1. Najważniejsza rola dotyku w opinii badanych osób**

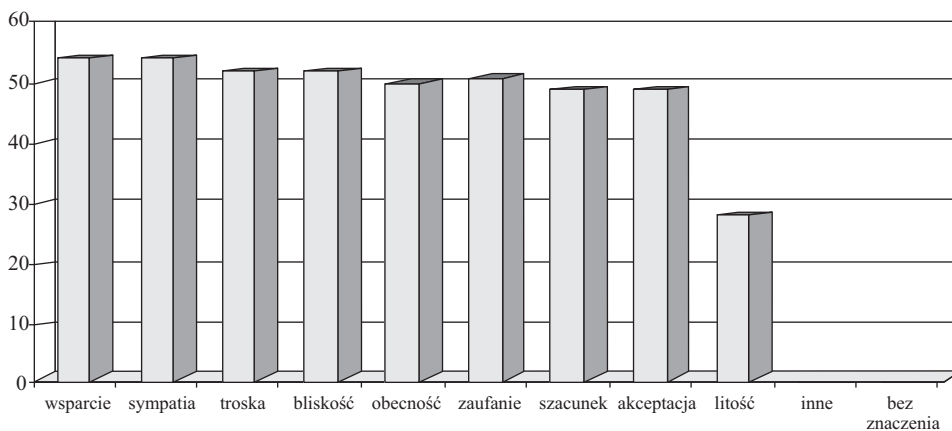


**Ryc. 2. Otrzymywanie i okazywanie wsparcia przez dotyk**



Prawie wszystkie badane osoby, to jest 54 osoby (98% z 55 badanych osób), kojarzyły dotyk z okazaniem wsparcia i sympatii, 52 osoby (95%) z okazaniem troski i bliskości, 51 osób (93%) z okazaniem obecności, 50 osób (91%) z okazaniem zaufania, 49 osób (89%) akceptacji i szacunku. Ponad połowa, 28 badanych (51%), kojarzyła dotyk z okazywaniem litości, natomiast dla jednej osoby 2% (najmłodszy mężczyzna w grupie) dotyk był bez znaczenia (Rycina 3).

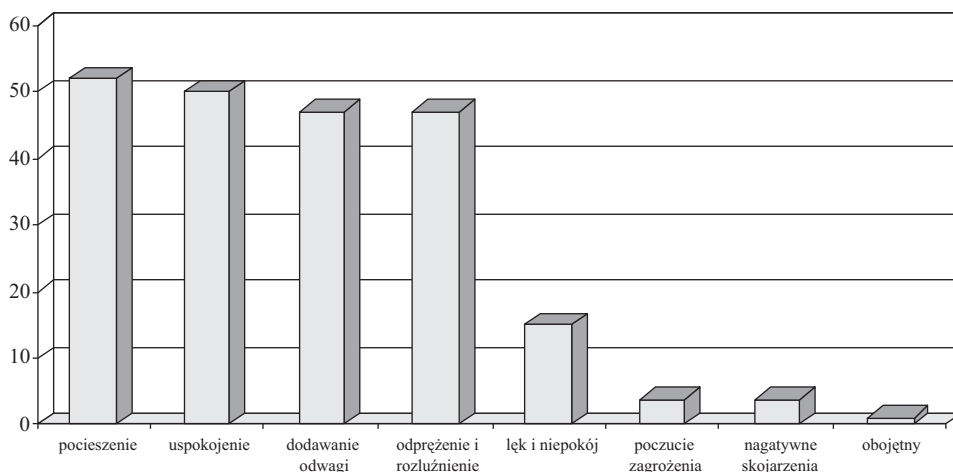
**Ryc. 3. Przesłanie dotyku**



suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%, badani mogli wybierać kilka odpowiedzi

Prawie wszystkim badanym osobom, to jest 52 osobom (95% z 55 badanych osób), dotyk wywoływał poczucie pocieszenia. Dotyk uspokajał 50 osób (91%), odprężał, rozluźniał i dodawał odwagi 47 osobom (85%). Lęk i niepokój wzbudzał u 15 (27%) badanych, u czterech (7%) powodował uczucie zagrożenia i wzbudzał negatywne skojarzenia, dla jednej osoby (2%), był obojętny (Rycina 4).

Co do intencji dotyku, prawie wszystkie badane osoby, to jest 53 osoby (96% z 55 badanych osób), oczekuje dotyku wspierającego od rodziny, a spośród nich 52 osoby (98% z 53) otrzymuje taki dotyk od rodziny (Tabela 5). Taka sama liczba osób, 53 osoby (96%), oczekuje dotyku wspierającego od pielęgniarki, a spośród nich 51 osób (96% z 53) otrzymuje taki dotyk od pielęgniarki (Tabela 6). Znacznie mniej osób, 40 osób (73% z 55), oczekuje dotyku wspierającego od lekarza, a spośród nich 36 osób (90% z 40) otrzymuje taki dotyk od lekarza, natomiast spośród pozostałych 15 osób (27% z 55) cztery osoby (27% z 15) także doświadczają nieoczekiwanego dotyku wspierającego od lekarza (Tabela 7).

**Ryc. 4. Emocje wywoływane dotykiem**

suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%, badani mogli wybierać kilka odpowiedzi

**Tabela 5. Oczekiwana i otrzymywana forma dotyku od rodziny**

Forma dotyku	Oczekiwana		Otrzymywana		Otrzymywana/oczekiwana			
	TAK	%	TAK	%	TAK/TAK	%	NIE/NIE	%
instrumentalny	0	0%	0	0%	0	0%	55	100%
opiekuńczo- -pielęgnacyjny	14	25%	14	25%	12	22%	39	71%
komunikacyjny	10	18%	11	20%	9	16%	43	78%
wspierający	53	96%	52	95%	52	95%	2	4%
nie życzę sobie być dotykany	1	2%	3	5%	1	2%	52	95%

TAK/TAK – oczekuję i otrzymuję; NIE/NIE – nie oczekuję i nie otrzymuję; badani mogli wybierać odpowiedzi dotyczące każdej z wymienionych form dotyku

Co do sposobu realizowania dotyku wspierającego zgodność preferencji na tak dotyczy czterech z ośmiu ocenianych form dotyku (Tabela 8). Trzymanie za rękę akceptuje 39 osób (71%), a tylko jedna osoba (2%) odrzuca, 30 osób (55%) akceptuje, a tylko dwie osoby (4%) nie akceptują podawania ręki na powitanie. Następnie, 23 osoby (42%) akceptuje, a trzy osoby nie akceptują (5%) obejmowania ramieniem, 21 osób (38%) akceptuje, a dwie osoby (4%) odrzuca przytulanie. Zgodność preferencji na nie dotyczy dwóch form dotyku. Całowania w czoło odrzuca 38 osób (69%),

**Tabela 6. Oczekiwana i otrzymywana forma dotyku od pielęgniarki**

Forma dotyku	Oczekiwana		Otrzymywana		Otrzymywana/oczekiwana			
	TAK	%	TAK	%	TAK/TAK	%	NIE/NIE	%
instrumentalny	36	65%	35	64%	34	62%	18	33%
opiekuńczo- -pielęgnacyjny	51	93%	53	96%	50	91%	1	2%
komunikacyjny	49	89%	50	91%	47	85%	3	5%
wspierający	53	96%	51	93%	51	93%	2	4%
nie życzę sobie być dotykany	0	0%	0	0%	0	0%	55	100%

TAK/TAK – oczekuję i otrzymuję; NIE/NIE – nie oczekuję i nie otrzymuję; badani mogli wybierać odpowiedzi dotyczące każdej z wymienionych form dotyku

**Tabela 7. Oczekiwana i otrzymywana forma dotyku od lekarza**

Forma dotyku	Oczekiwana		Otrzymywana		Otrzymywana/oczekiwana			
	TAK	%	TAK	%	TAK/TAK	%	NIE/NIE	%
instrumentalny	51	93%	54	98%	51	93%	1	2%
opiekuńczo- -pielęgnacyjny	6	11%	3	5%	3	5%	49	89%
komunikacyjny	24	44%	19	35%	14	25%	26	47%
wspierający	40	73%	36	65%	32	58%	11	20%
nie życzę sobie być dotykany	0	0%	0	0%	0	0%	55	100%

TAK/TAK – oczekuję i otrzymuję; NIE/NIE – nie oczekuję i nie otrzymuję; badani mogli wybierać odpowiedzi dotyczące każdej z wymienionych form dotyku

a tylko dwie osoby (4%) akceptuje, 28 osób (51%) nie akceptuje, a trzy osoby (5%) akceptują dotykanie policzków. Co do dwóch form nie ma zgodności preferencji: poklepywanie po ramieniu akceptuje 20 osób (36%) i tyle samo odrzuca. Dotykanie policzków akceptuje 9 osób, a odrzuca 28 osób (51%), głaskania po włosach nie akceptuje 29 (53%), pocałowania w czoło – 38 osób (69%).

Na podstawie analizy zgodności akceptowania przez poszczególne badane osoby we wszystkich możliwych 28 parach ośmiu form dotyku wspierającego (pokazanych w tabeli 9) wyodrębniono dwa style zachowań wspierających, to jest styl przyjacielski i styl matczyny. Styl przyjacielski uzewnętrznia się tutaj poprzez trzy następujące formy dotyku: poda-

**Tabela 8. Akceptowane i nieakceptowane formy dotyku wspierającego**

Forma dotyku	akceptowane		nieakceptowane	
	N	%	N	%
trzymanie za rękę	39	71%	1	2%
podanie ręki na powitanie	30	55%	2	4%
objęcie ramieniem	23	42%	3	5%
przytulenie	21	38%	2	4%
poklepywanie po ramieniu	20	36%	20	36%
głaskanie po włosach	9	16%	29	53%
dotykanie policzków	3	5%	28	51%
pocałowania w czoło	2	4%	38	69%

**Tabela 9. Akceptowane i nieakceptowane style dotyku wspierającego**

klaster	styl matczyzny	styl przyjacielski	N	%	95%CI	
1	nie akceptuje*	akceptuje**	32	58,2%	44,1%	71,3%
2	akceptuje**	akceptuje	19	34,5%	22,2%	48,6%
3	akceptuje	nie akceptuje*	4	7,3%	2,0%	17,6%
4	nie akceptuje	nie akceptuje	0	0,0%	0,0%	5,3%
Razem	–	–	55	100,0%	–	–

\* kryterium: nieakceptowanie co najmniej 2 z 3 form dotyku danego stylu

\*\* kryterium: akceptowanie co najmniej 2 z 3 form dotyku danego stylu

nie ręki na powitanie, poklepywanie po ramieniu, objęcie ramieniem. Styl matczyzny uzewnętrznia się tutaj poprzez inne trzy następujące formy dotyku: dotykanie policzków, głaskanie po włosach, pocałowanie w czoło. Następnie, według kryterium akceptowania (odpowiednio: nieakceptowania) co najmniej 2 z 3 form dotyku określonego stylu zdefiniowano 4 możliwe klaster i każdą z 55 badanych osób przydzielono do odpowiedniego klastera (Tabela 9). W badanej próbie najliczniej reprezentowany jest klaster 1, zawierający 32 osoby (58% z 55 osób, 95%CI od 44,1% do 71,3%), które nie akceptują stylu matczynego, ale akceptują styl przyjacielski. Klaster 2 zawiera 19 osób (35%, 95%CI od 22,2% do 48,6%), które akceptują oba rozpatrywane style. Klaster 3 zawiera tylko 4 osoby (7%, 95%CI od 2,0% do 17,6%), które akceptują styl matczyzny, ale nie akceptują stylu przyjacielskiego. Natomiast w badanej próbie

**Tabela 10. Przewidywanie akceptowanego i nieakceptowanego stylu dotyku**

cecha	wartość	klaster 1	klaster 2	Razem	p(klaster1)	95%CI		p
płeć	M: męska	18	6	24	75,0%	53,3%	90,2%	0,09
	K: żeńska	14	13	27	51,9%	31,9%	71,3%	
pomiar ciśnienia	przyjemne	24	10	34	70,6%	52,5%	84,9%	0,10
	nieprzyjemne	8	9	17	47,1%	23,0%	72,2%	

55 osób nie wystąpiła ani jedna osoba, 0%, 95%CI od 0,0% do 5,3%), która nie akceptowałaby obu rozpatrywanych stylów dotyku wspierającego (Tabela 9).

Rozkłady wartości poszczególnych cech pacjentów w klastrach 1 i 2 nie różnią się istotnie,  $p > 0,05$ , najmniejsze wartości  $p = 0,09$  oraz  $p = 0,10$  stwierdzono dla cechy płeć oraz odczuwania przyjemności przy pomiarze ciśnienia (Tabela 10). Niezbędna wielkość próby, przy której klaster 3 zawierałby co najmniej K osób z  $p > 0,80$  wynosi około  $NSS = 12 * K$ , czyli dla  $K > 20$  osób jest co najmniej 4 razy większa od  $N = 55$  osób, a dla  $K > 30$  osób co najmniej 6 razy większa.

## Wnioski

Wśród osób w terminalnym okresie choroby występują znaczne różnice indywidualnych preferencji co do stylu i form działań wspierających. Cechy demograficzne i kliniczne pacjenta, jego zachowania w trakcie doświadczania dotyku nie dają dostatecznie dobrych podstaw do wnioskowania o preferencjach, potrzebne są wywiady prowadzone w innym czasie, przez inne osoby. Uzyskane wyniki potwierdzają potrzebę kontynuowania badań nad sposobami osiągnięcia zgodności zachowań pielęgniarek z preferencjami pacjentów.

1. Dotyk jest ważnym i oczekiwanym elementem w życiu chorego w okresie terminalnym.
2. Jest prostym sposobem okazywania sympatii i wsparcia.
3. Według badanych jest czynnością dwustronną – związaną z równoczesnym dawaniem i otrzymywaniem
4. Należy pamiętać, że istnieją również nieakceptowane formy dotyku przez poszczególnych chorych w okresie terminalnym.



## Dyskusja

W prezentowanym badaniu udowodniono, że dotyk jest ważnym i oczekiwanym elementem w życiu chorego w okresie terminalnym. Podobne wyniki uzyskali inni autorzy [2, 7]. Z przeprowadzonego badania wynika, że dotyk jest postrzegany przez pacjentów przede wszystkim jako nieodłączny element komunikacji, przy pomocy którego można wyrazić sympatię, troskę, zaufanie i wsparcie, a także jako najważniejszy ze wszystkich zmysłów, co zgodne jest z poglądami prezentowanymi przez Michałko [8].

Badanie dowodzi, że pacjenci w terminalnym okresie choroby nowotworowej wyrażonego przez dotyk wsparcia oczekują nie tylko od swoich najbliższych, chociaż głównie od nich, ale także od pielęgniarki i lekarza.

Według badanych osób dotyk jest czynnością dwustronną – związaną z równoczesnym dawaniem i otrzymywaniem. Istotne, a jednocześnie niedoceniane oraz zaniedbywane przez personel medyczny, znaczenie dotyku podkreślają w swych badaniach Walewska i Kłapa [9] oraz Bunia [10].

## Piśmiennictwo

1. Chmiel I., Kliś-Kalinowska A.: Metody psychologicznego oddziaływania wykorzystywane w przez pielęgniarki w leczeniu totalnego bólu nowotworowego. [W]: W drodze do brzegu życia, E. Krajewska-Kułak, W. Nyklewicz, C. Łukaszuk (red.) Tom III, Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, 273–279.
2. Siemińska M. J., Szamańska M., Tyszkiewicz M.: Dotyk jako element współtworzący relację pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. *Sztuka Leczenia*, 2003, 9 (1), 53–59.
3. Larsson G., Widmark V., Lampic C, von Essen L. & Sjoden P.: Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 27, 855–864.
4. Chmiel I., Górkiewicz M., Czupryna A., Bodys-Cupak I., Tralka M.: Właściwe formy niewerbalnej komunikacji w opiece paliatywnej (Proper forms of nonverbal communication in palliative care). *Problemy Higieny I Epidemiologii*, 2009, 90 (suplement 1), 54.
5. Kaasa, S., Hjerstad, M. J., Loge J. H.: Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades. *Palliat Med*, 2006, 20, 727–734.

6. Domański A., Jędrzejczak J., Górkiewicz M.: Modified clustering of dichotomous or fuzzy attributes, in: *Statistics and Clinical Practice. Lecture Notes of the ICB Seminars*, 60, Bobrowski L., Doroszewski J., Victor N. (eds.), PAN MCB, Warszawa 2002, 143–149.
7. Jankowiak B.: *Komunikowanie z pacjentem umierającym*. [w]: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, pod. red. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
8. Michałko B.: *Dotyk w pracy pielęgniarki*. *Pielęgniarstwo* 2000, 1997, 3, 19–20.
9. Waleska E., Kłapa Z.: *Znaczenie dotyku*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2004, 4, 22–23.
10. Bunia K.: *Niezastąpiony dotyk*. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2004, 12, 18–19.

Izabela Chmiel<sup>1,3</sup>, Janusz Czekaj<sup>2,3</sup>,  
Anna Kliś-Kalinowska<sup>1,3</sup>, Jan Iwaszczyszyn<sup>3</sup>

## **Postrzeganie dotyku przez osoby w okresie terminalnym. Doniesienie wstępne**

### **Wprowadzenie**

Komunikowanie interpersonalne jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka. Jest jednym z najtrudniejszych zadań przed jakimi stają osoby opiekujące się chorymi, a zwłaszcza pacjentami w okresie terminalnym.

Rozróżniamy komunikację werbalną (polegającą na używaniu słów) i niewerbalną (polegającą na przekazywaniu informacji bez użycia słów).

Niewerbalne środki komunikacji pojawiły się znacznie wcześniej niż artykułowana ludzka mowa [1]. Nęcki (1992) wyróżnia 10 kategorii sygnałów pozasłownych: gestykulację, mimikę, kontakt fizyczny, wygląd, dźwięki paralingwistyczne, wokalizę, spojrzenie, dystans fizyczny i przestrzeń, pozycję ciała i organizację środowiska oraz kontakt dotykowy [2].

Kontakt dotykowy należy do elementów niemal każdego działania podejmowanego przez pielęgniarkę na rzecz podopiecznego. Dzięki niemu pielęgniarka może: pozyskać pacjenta do współpracy, diagnozować jego stan, łagodzić lęk i niepokój, uspakajać, wspierać i dodawać otuchy, zapewniać poczucie bezpieczeństwa, łagodzić różne dolegliwości, np. bólowe [3, 4].

### **Cel badania**

Celem podjętych badań było poznanie postrzegania dotyku przez osoby w okresie terminalnym.

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Kraków

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Instytut Zdrowia Publicznego, Kraków

<sup>3</sup> Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy ZOL w Krakowie

## Material i metoda

Próbie badawczą stanowiła grupa 55 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej, hospitalizowanych w Hospicjum Św. Łazarza przy ul. Fatimskiej 17 i w Oddziale Opieki Paliatywnej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym przy ul. Wielickiej 263 w Krakowie. Na przeprowadzenie badań wyrazili zgodę Zarząd Hospicjum Św. Łazarza oraz kierownik ZOL w Krakowie.

Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2007 r. do marca 2008 r. Do badań zakwalifikowano pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej, z którymi można było utrzymać kontakt słowno-logiczny.

W badaniu zastosowano kwestionariusz skonstruowany na potrzeby pracy, obejmujący następujące kategorie danych: dane socjometryczne (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce pobytu pacjenta), dane medyczne (rozpoznanie, dotychczasowe leczenie, kryteria przyjęcia do hospicjum/oddziału opieki paliatywnej, główne problemy pielęgnacyjne), dane dotyczące postrzegania dotyku przez pacjentów i znaczenia wsparcia wyrażonego w formie dotyku dla pacjentów.

Udzielanie odpowiedzi polega na wyborze i zaznaczeniu przez postawienie „X” przy jednej bądź kilku odpowiedziach spośród przedstawionych propozycji. W trakcie badań od każdej badanej osoby uzyskano formalnie poprawną odpowiedź na każde zadane pytanie.

Przy analizie danych uwzględniono, że badani wielokrotnie zakreślali kilka odpowiedzi na jedno pytanie, a więc suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%.

## Charakterystyka badanej grupy

Próbie badawczą stanowiła grupa 55 pacjentów: 30 kobiet (55%) i 25 mężczyzn (45%) w terminalnym okresie choroby nowotworowej, hospitalizowanych w Krakowie, w tym 35 osób (64% z 55) w Hospicjum Św. Łazarza przy ul. Fatimskiej 17, a pozostałe 20 osób (36% z 55) w Oddziale Opieki Paliatywnej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym przy ul. Wielickiej 263. Wśród badanych 30 osób (55% z 55 osób) było hospitalizowanych ze względów medycznych, a 25 osób (45% z 55) głównie ze względów socjalnych. Średnia wieku wynosiła 70,1 lat, a odchylenie standardowe wieku 11,0 lat. Ponad połowa badanych, 32 osoby (58%), miała wiek od 61 do 80 lat, 11 osób (20%) od 41 do 60 lat oraz 12 osób (22%) ponad 80 lat.

**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy**

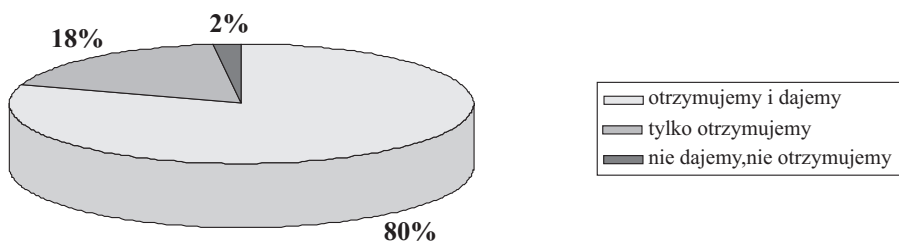
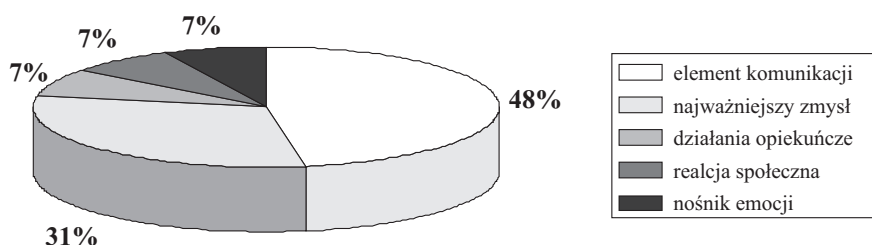
Lp.	Analizowane zmienne		N	%
1.	Płeć	mężczyzna	25	45%
		kobieta	30	55%
2.	Miejsce pobytu	hospicjum	35	64%
		oddział paliatywny	20	36%
3.	Wskazania do przyjęcia	medyczne	30	55%
		socjalne	25	45%
4.	Wiek (średnia 70,1)	41–50	3	5%
		51–60	8	15%
		61–70	12	22%
		71–80	20	36%
		powyżej 80 roku życia	12	22%
5.	Stan cywilny	kawaler/panna	8	15%
		żonaty/mężatka	24	44%
		separacja/rozwiedziony	3	5%
		wdowiec/wdowa	20	36%
6.	Wykształcenie	podstawowe	22	40%
		zawodowe	13	24%
		średnie	11	20%
		wyższe	8	15%

W stanie małżeńskim pozostawały 24 osoby (44%), w stanie wolnym było 31 osób (56%), w tym owdowiałych było 20 osób (64,5% z 31). Wykształcenie podstawowe lub zawodowe miało 35 osób (64%), a średnie lub wyższe 20 osób (36%) (tabela 1).

### Wyniki

Zdecydowana większość, bo 44 osoby (80%), traktowało dotyk, jako czynność dwustronną – równoczesne dawanie i otrzymywanie. O dotyku, jako tylko otrzymywanym, mówiło 10 osób (18%). Jedna (2%), spośród badanych osób, przychyliła się do stwierdzenia, że dotyku nie dajemy i nie otrzymujemy, żadna z osób nie zakreśliła odpowiedzi „tylko dajemy” (ryc. 1).

Siedemnaście osób (31%) uznało dotyk za najważniejszy zmysł, 26 badanych osób (48%) stwierdziło, że dotyk pełni funkcję przesłania komu-

**Ryc. 1. Dotyk jako relacja czynności****Ryc. 2. Funkcja dotyku**

nikatu. Cztery badane osoby (7%) przypisało dotykowi (w każdej kategorii) funkcję działania opiekuńczego, relacji społecznej oraz nośnika emocji (ryc. 2).

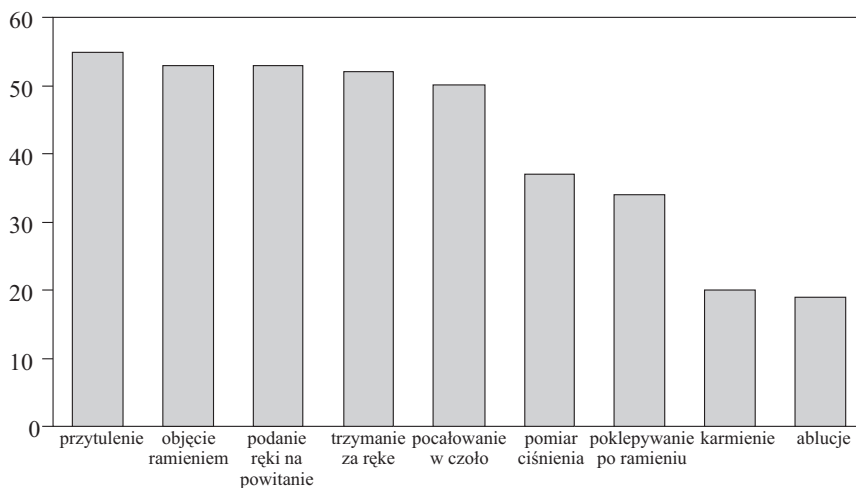
Badani do dotyku zakwalifikowali: przytulenie – 55 osób (100%), podanie ręki na przywitanie i objęcie ramieniem po 53 osoby (96%), trzymanie za rękę – 52 (95%), pocałowanie w czoło – 50 (91%), pomiar ciśnienia – 37 osób (67%), poklepywanie po ramieniu – 34 (62%), pomoc przy jedzeniu, karmienie – 20 (36%) i dokonywanie ablucji – 19 (35%) (ryc. 3).

Według badanych 54 osób (98%) dotyk jest wykorzystywany w relacjach pomiędzy pacjentem a rodziną, według 52 osób (95%) także pomiędzy pacjentem a pielęgniarzką. Czterdzieści osiem osób (87%) stwierdziło, że dotyk ma miejsce w relacjach z lekarzem, 45 osób (82%) w relacjach z wolontariuszem, 43 (78%) w relacjach z duchownym (ryc. 4).

Pięćdziesiąt trzy osoby badane (96%) przykłada dużą rolę do dotyku w obecnej sytuacji, tj. w czasie pobytu w oddziale stacjonarnym. Dziewięćdziesiąt pięć procent badanych (52 osoby) podobnie określa rolę dotyku w stanie choroby, natomiast 48 osób (87%) przykłada wagę do dotyku w stanie dobrego zdrowia (ryc. 5).

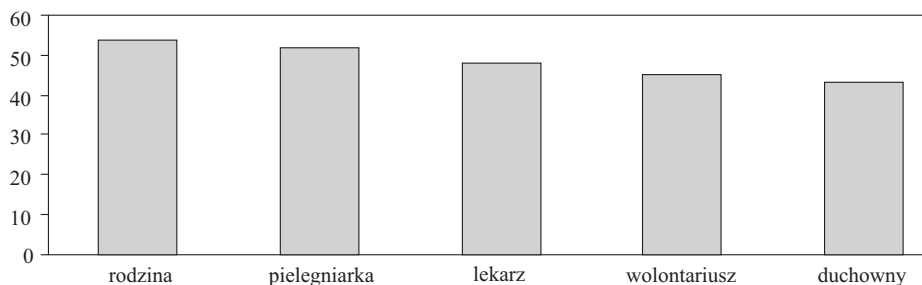
Na 55 badanych osób 53 (96%) zgodziło się, że dotyk jest ważnym elementem w ich życiu. Jedna osoba zakreśliła odpowiedź „nie wiem” i jedna „nie” (po 2%) (ryc. 6).

**Ryc. 3. Kwalifikacja dotyku**



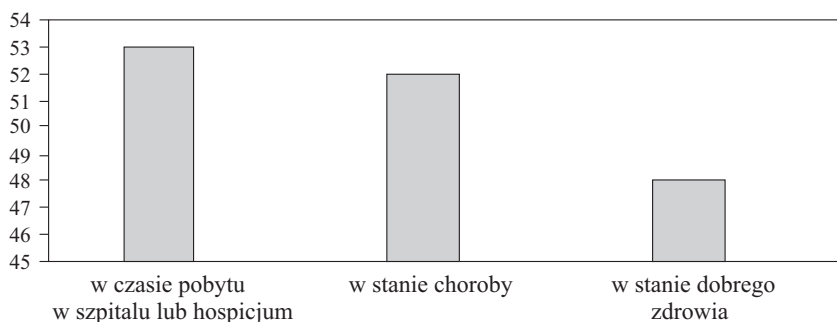
\* suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%, badani mogli wybierać kilka odpowiedzi

**Ryc. 4. Wykorzystywanie dotyku w relacjach**



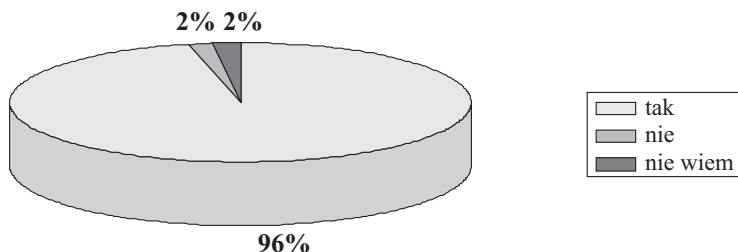
\* suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%, badani mogli wybierać kilka odpowiedzi

**Ryc. 5. Rola dotyku w różnych okolicznościach**

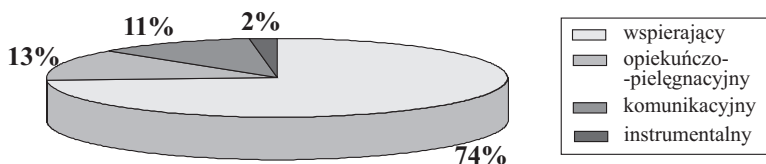


\* suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%, badani mogli wybierać kilka odpowiedzi

Ryc. 6. Wartość dotyku



Ryc. 7. Najważniejsza rola dotyku w opinii badanych osób



W badanej grupie 41 osób (74% z 55 badanych osób) za najważniejszą rolę dotyku uznało działanie wspierające. Siedem osób (13%) za najważniejszy uznało dotyk opiekuńczo-pielęgnacyjny, sześć osób (11%) – komunikacyjny, a tylko jedna osoba (2%) – dotyk instrumentalny (ryc. 7).

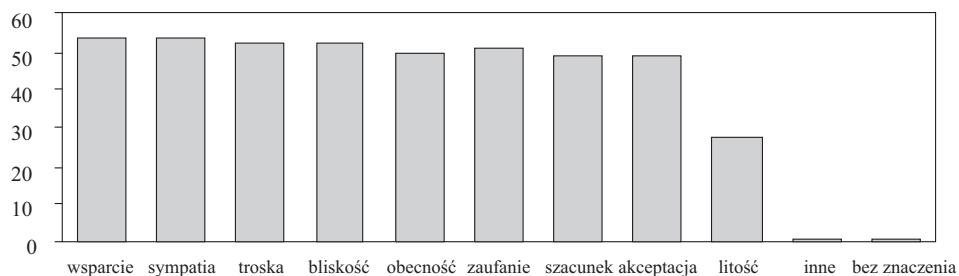
Na dwadzieścia jeden badanych osób (38%) oczekujących dotyku wspierającego w sytuacji, gdy mają wszystkiego dość, dotyk ten otrzymuje 19 osób (35%). W sytuacji odczuwania bólu dotyku wspierającego oczekuje 18 osób (33%), a otrzymuje 19 badanych (35%). W chwili złego samopoczucia na 16 badanych osób (29%) oczekujących dotyku wspierającego, dotyk ten otrzymuje 18 osób (33%). W badanej grupie 2 osoby (4% z 55 badanych osób) nie oczekuje dotyku wspierającego, a 4 badane osoby (7%) nie otrzymują tego rodzaju dotyku w żadnej z wymienionych sytuacji, co przedstawiono w tabeli 2.

W badanej grupie prawie wszystkie badane osoby kojarzyły dotyk z przesłaniem niosącym określone uczucia: wsparcia i sympatii 54 osoby (98%), troski i bliskości 52 osoby (95%), obecności 51 (93%), zaufania 50 (91%), akceptacji i szacunku 49 (89%). Ponad połowa, 28 badanych (51%), kojarzyła dotyk z okazywaniem litości, natomiast dla najmłodszego mężczyzny w grupie (2%) dotyk był bez znaczenia (ryc. 8.)



**Tabela 2. Sytuacje, w których badani oczekują i otrzymują dotyk wspierający**

Sytuacja	Oczekiwanie na dotyk		Otrzymywanie dotyku	
	N	%	N	%
odczuwa ból	18	33%	19	35%
źle się czuje	16	29%	18	33%
jest smutny	11	20%	11	20%
jest samotny	17	31%	18	33%
boi się	2	4%	2	4%
ma wszystkiego dość	21	38%	19	35%
nie oczekuje/nie otrzymuje	2	4%	4	7%

**Ryc. 8. Przesłanie dotyku**

\* suma % liczby odpowiedzi nie równa się 100%, badani mogli wybierać kilka odpowiedzi

## Wnioski

1. Dotyk jest ważną i oczekiwaną przez pacjentów formą wsparcia.
2. Pielęgniarka powinna posiadać wiedzę i umiejętności w zakresie szeroko rozumianego komunikowania się przy jego pomocy.

## Dyskusja

Przegląd czasopism pielęgniarskich z ostatnich lat wykazał, że średnio co najmniej raz na jeden-dwa miesiące ukazuje się nowa publikacja naukowa przynajmniej w części poświęcona badaniom nad niewerbalnym przepływem informacji w trójkącie: Pacjent – Personel Medyczny – Rodzina (i osoby bliskie), w warunkach intensywnej terapii i opieki pa-

liatywnej, na przykład [5], niekiedy ściśle ukierunkowana na problemy pacjentów onkologicznych [6]. Także w Polsce od lat prowadzone są analogiczne badania [7, 8, 9, 10, 11]. Uzyskane wyniki badań są zgodne z doniesieniami innych autorów i wykazują, że dotyk jest ważnym i oczekiwanym elementem w życiu każdego chorego, a zwłaszcza pacjenta w okresie terminalnym [2, 3, 4, 8]. Badanie dowodzi, że dotyk jest postrzegany przez pacjentów przede wszystkim jako nieodłączny element komunikacji, przy pomocy którego można wyrazić wsparcie, sympatię, troskę i zaufanie, co potwierdzają doniesienia innych badaczy i obserwatorów [3, 4, 9, 10, 11].

### Piśmiennictwo

1. Erlichman W.: Język gestów. Ręce mówią. Forum 2009, 24, 30–32.
2. Nęcki Z.: Komunikacja międzyludzka. Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu. Kraków 1996.
3. Marć M.: Rola dotyku w pielęgnowaniu pacjenta. Szpital Uniwersytecki w Krakowie Collegium Medicum UJ, Materiały konferencyjne: I Konferencji Szkoleniowo-Naukowej „ Pacjent – pielęgniarka, partnerzy w działaniu. Kraków 12.04.2002. 177–178.
4. Siemińska M. J., Szamańska M., Tyszkiewicz M.: Dotyk jako element współtworzący relacje pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Sztuka Leczenia, 2003, 9 (1), 53–59.
5. Kaasa S., Hjerstad M. J., Loge J. H.: Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades. Palliat Med, 2006, 20, 727–734.
6. Larsson G., Widmark V., Lampic C., von Essen L. & Sjoden P. (1998): Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. Journal of Advanced Nursing, 1998, 27, 855–864.
7. Siemińska M. J., Szamańska M., Tyszkiewicz M.: Dotyk jako element współtworzący relację pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Sztuka Leczenia, 2003, 9 (1), 53–59.
8. Jankowiak B.: Komunikowanie z pacjentem umierającym. [w:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, pod. red. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
9. Michałko B.: Dotyk w pracy pielęgniarce. Pielęgniarstwo 2000, 1997, 3, 19–20.
10. Waleska E., Kłapa Z.: Znaczenie dotyku. Magazyn Pielęgnaarki i Położnej, 2004, 4, 22–23.
11. Bunia K.: Niezastąpiony dotyk. Magazyn Pielęgnaarki i Położnej, 2004, 12, 18–19.

Anna Michalik<sup>1</sup>, Jarosław Olszewski<sup>1</sup>, Agnieszka Czerwińska<sup>1</sup>,  
Marzena Zydorek-Strahl<sup>1</sup>, Beata Frankowicz-Gasiu<sup>1</sup>, Justyna Kamińska<sup>1</sup>

## Trajektoria choroby – koncepcja rozumienia zjawiska cierpienia w praktyce medycznej

### Wstęp

Praca z człowiekiem chorym to towarzyszenie w cierpieniu. Dotyka ono nie tylko sam podmiot opieki, ale również najbliższy mu krąg społeczny – rodzinę, przyjaciół. Prawidłowe rozpoznanie potrzeb chorego jest warunkiem niezbędnym do osiągnięcia zamierzonych w terapii celów. Choroba, wiążące się z nią cierpienie oznacza dla chorego pojawienie się problemów wynikających z konieczności życia w sytuacji deficytu zdrowia. Skuteczna pomoc pacjentowi powinna bazować na wsparciu procesu radzenia sobie z problemami wynikającymi z indywidualnej reakcji pacjenta na stosowane metody leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji [1]. Rozumienie zjawisk związanych z obciążającą diagnozą i cierpieniem musi stanowić podstawę pracy zespołów terapeutycznych. Ważne jest, aby indywidualizacja sytuacji każdego pacjenta miała podłoże w rozumieniu jego sytuacji społecznej.

W drugiej połowie lat sześćdziesiątych XX wieku dwaj badacze amerykańscy, Anzelm Strauss i Barney Glaser, zaproponowali nowatorskie podejście do postrzegania zjawisk społecznych i ich opisu. Książka ich autorstwa: *Odkrycie teorii ugruntowanej: strategie badań jakościowych* [2] stała się manifestem nowej teorii badawczej z kręgu badań jakościowych, stosowanej później szeroko w socjologii. Koncepcja ta polega na stwierdzeniu, iż choroba, diagnoza ją potwierdzająca, wypadek, niepełnosprawność, śmierć to zjawiska wprowadzające nagłe, radykalne zmiany w życiu jednostki. Wspomniane sytuacje indukują w życiu jednostki sekwen-

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

cję zdarzeń dotyczących również jej najbliższy krąg społeczny. Podmiot wchodzi w nową interakcję ze swoim środowiskiem, zmienia się postrzeganie własnej osoby, jak również stosunki z bliższym i dalszym otoczeniem, także z zespołem terapeutycznym. W tym ujęciu człowiek i jego cierpienie jest głównym, niepowtarzalnym podmiotem badania. Tradycja ta wywodzi się z gruntu socjologii refleksyjnej, symbolicznego interakcjonizmu. „Symboliczni interakcjonści [...] rozumieją społeczeństwo jako coś, co żyje tu i teraz, w interakcjach twarzą w twarz albo pośrednich, które wiążą ze sobą poszczególne osoby. [...] Najważniejszą kwestią jest zrozumienie tego, jak ludzie rozwijają swoje własne wyjaśnienia i motywy w celu wzajemnego tłumaczenia sobie swoich działań. Jednoprzynowe teorie motywacyjne zostają odrzucone”<sup>2</sup>. Zauważono, iż istnieje w otaczającym nas świecie wiele problemów, które dotychczas były pomijane przez badaczy, ponieważ nie miały one charakteru kwantytatywnego. Aby możliwe było badanie problemów niemożliwych do opisanego z użyciem metod ilościowych, konieczna jest świadomość odpowiednich metod oraz zakresu pojęć i terminologii, czyli całej metodologii badań jakościowych.

Z powyższego toku rozumowania wywodzi się pojęcie trajektorii. Jest to termin wojskowy (lub astronomiczny) i oznacza tor, który zakreśla lecący pocisk (ciało niebieskie). Pojęcie to zostało zapożyczony na potrzeby socjologii, ponieważ pozwala na specyficzne uporządkowanie zjawisk i doświadczeń dotyczących cierpienia w życiu jednostki. Z gruntu socjologii zaszczerpiono pojęcie trajektorii w takich dziedzinach, jak: psychologia, medycyna, bioetyka. Są to dziedziny z pogranicza nauk ścisłych i humanistycznych, splatające się ze sobą, czerpiące z dorobku doświadczeń i dorobku naukowego. Termin „trajektoria” wskazuje na specyficzne rozumienie przeżywanego cierpienia, poczucia bezładu, uczestniczenia w ciągu zjawisk spowodowanych chorobą. Są to zjawiska, które długo wymykały się tradycyjnym naukowym technikom badawczym [3]. Pojęcie to odnosi się do badania „procesów nieuporządkowanych, nieustrukturyzowanych, chaotycznych, a jednocześnie procesów przysparzających uczestniczących w nich osobom cierpienia i bólu, niosących ze sobą rozpacz, poczucie nieszczęścia i klęski, wyzwających szok prowadzący do załamania. W tym więc ujęciu trajektoria zawsze dotyka cierpienia i użyta

---

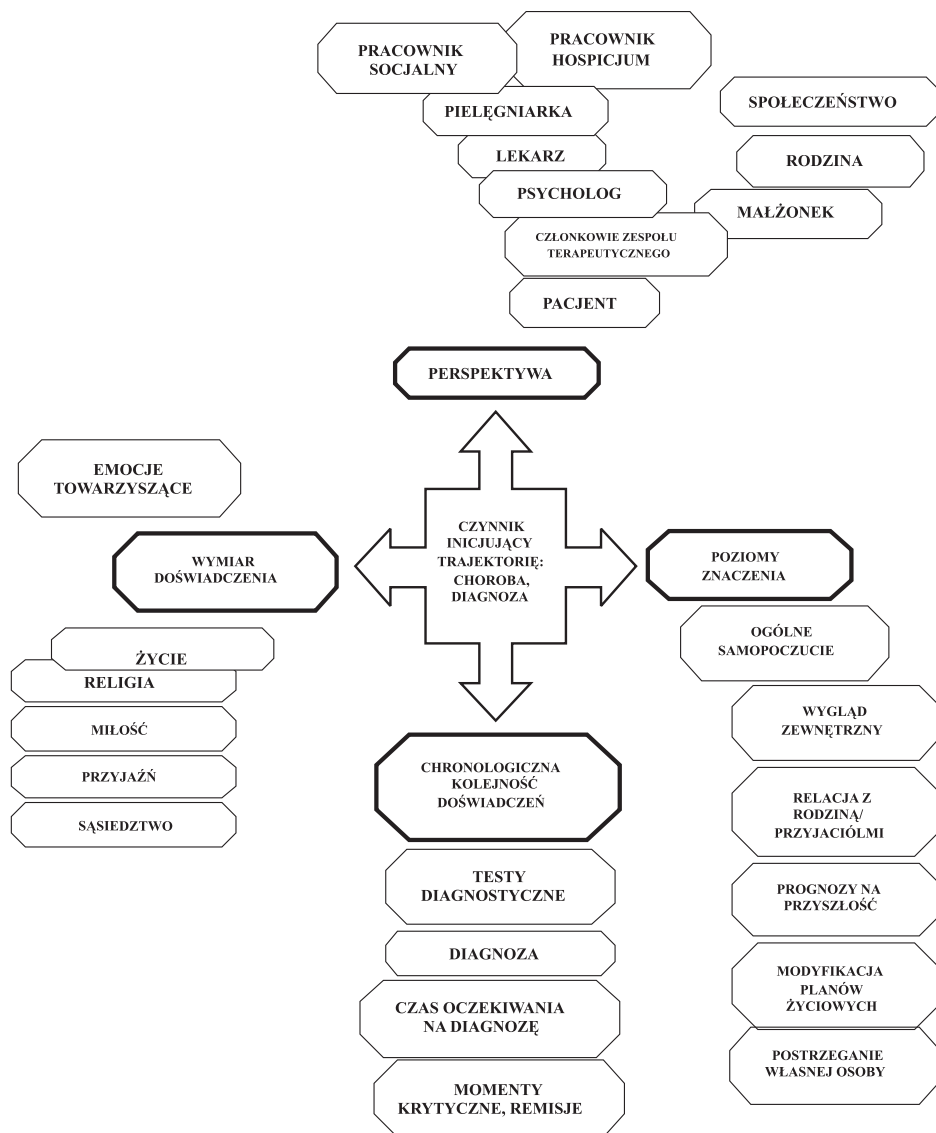
<sup>2</sup> Denzin N. K. *Symbolic Interactionism and Cultural Studies: The Politics of Interpretation*, Oxford 1992, s. 22–24 [w:] Zakrzewska-Manterys E., Dawn i zespół wątpliwości. Studium z socjologii cierpienia, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 1995, s. 11.

być może jako swego rodzaju metodologiczna pomoc w opisywaniu i badaniu radzenia sobie z cierpieniem” [3]. Pojęcie trajektorii, kojarząc się bezpośrednio z torem, drogą, działa sugestywnie na wyobraźnię, kształtując wizję cierpienia, choroby, jako zdarzenia mającego początek, przebieg i koniec – zwraca się uwagę na części procesu. Pozwala to na ujęcie skomplikowanych zdarzeń w ramy skutku i przyczyny oraz wyznaczenie pewnego porządku następujących po sobie zjawisk, które można nazwać i opisać. Przyczyna (diagnoza, choroba) nie jest tutaj przedstawiana jako pojedyncza zmienna, ale jako proces [Konecki K., 2000, *Studia z metodologii badań jakościowych, Teoria ugruntowana*. Warszawa: PWN]. Dynamikę procesu można również opisywać obrazowo – trajektoria może mieć charakter wstępujący, kiedy proces ma charakter dynamiczny, podlega przyspieszeniu i zmianom, może mieć charakter platou – kiedy osiąga równowagę i może mieć charakter opadający. Dowolnie mała zmiana może prowadzić do zmiany kierunku trajektorii.

Podstawowym pojęciem koniecznym do opisu pojęcia trajektorii jest interakcja. Prześledzenie specyficznej trajektorii zjawiska umożliwi w zaawansowanym stopniu analizę interakcji jednostki. Zrozumieć i opisać można nie tylko rozwój choroby pacjenta, ale całkowitą organizację pracy wykonanej nad przebiegiem choroby plus jej wpływ na osoby wykonujące tę pracę i jej organizację. Dla różnych chorób trajektoria będzie obejmowała różne medyczne i opiekuńcze działania, różne rodzaje umiejętności i inne środki, inny podział zadań wśród pracowników (włączając być może krewnych i samego pacjenta), będzie obejmowała ona jednocześnie całkowite różne stosunki – instrumentalne i ekspresyjne (Strauss i in. 1985, s. 8) [4].

Choroba, cierpienie jest zjawiskiem inicjującym trajektorię. Kształtowanie jej przebiegu zależy od wielu czynników – między innymi od samego pacjenta, jego rodziny i bliskich, od dostępnych i stosowanych metod leczniczych, sytuacji prawnej państwa i od tzw. profesjonalnych operatorów trajektorii – pracowników służby zdrowia. Rodzaj diagnozy, prognozy dotyczące stwierdzonej choroby, inwazyjność metod leczenia (operacja chirurgiczna, chemioterapia, radioterapia), prognozowany stopień powrotu do sprawności, możliwości rehabilitacji, wpływ na stan zdrowia psychicznego, wpływ na wygląd zewnętrzny – wszystkie te czynniki są elementami trajektorii. Podstawą prawidłowego opisu zjawiska trajektorii jest zrozumienie wpływu powyższych czynników na jej przebieg. Poniżej na diagramie przedstawiono proponowany przebieg trajektorii choroby. Obejmuje on nie tylko samo doświadczenie schorzenia, ale zgod-

Ryc. 1. Proponowany przebieg trajektorii choroby



Źródło: opracowanie własne

nie z zasadą postrzegania zjawiska jako specyficznej interakcji, obejmuje szeroki zakres zdarzeń korelujących z cierpieniem. Rozróżnienie i opisanie kolejnych zjawisk, osób i wydarzeń wchodzących w skład trajektorii umożliwia wdrożenie określonych interwencji w optymalnym czasie –

np.: kontakt z rodziną, z osobą duchowną, udzielenie informacji na temat konieczności wprowadzenia modyfikacji do dotychczasowego życia w związku ze zdiagnozowaniem choroby. Stwarza to także możliwość do wyłaniania grup pacjentów, którzy prezentują zapotrzebowanie na tego samego rodzaju interwencję – np.: spotkania w grupach wsparcia.

Definiowanie, odkrywanie poszczególnych etapów trajektorii wpływa z praktyki, dostępnej literatury przedmiotu i doświadczenia. Postrzeganie zagadnienia choroby i cierpienia pacjenta z perspektywy trajektorii daje możliwość całościowego zaangażowania zespołu terapeutycznego i środowiska pacjenta w proces leczenia, poradnictwa bądź rehabilitacji. Członkowie zespołu terapeutycznego zwani są w literaturze przedmiotu profesjonalnymi operatorami trajektorii. Znaczy to, iż począwszy od szczebla szpitala, poprzez regulacje wewnątrzoddziałowe, skończywszy na indywidualnych pracownikach, funkcjonują wystandaryzowane i ogólnie bądź jednostkowo akceptowalne sposoby radzenia sobie z cierpieniem i chorobą pacjentów. Wyjątkowość sytuacji pacjenta w zderzeniu z rzeczywistością szpitalną gubi się w profesjonalnych działaniach „oswajających” dane zjawisko. Wyjaśniając – co jest wielkim wydarzeniem, wymagającym od pacjenta uruchomienia mechanizmów adaptacyjnych i szukania nowych środków rozwiązania problemu, dla zespołu terapeutycznego jest codziennym zjawiskiem, częścią obowiązków zawodowych. Do postępowania z określonymi przypadkami zachorowań uruchamiane są wypracowane już systemy postępowania. Nie ogranicza się to jedynie do postępowania instrumentalnego, leczniczego, gdzie standaryzacja jest w wielu przypadkach pożądana, ale również do zagadnień, takich jak: informowanie pacjenta, informowanie innych członków zespołu – całość zachowania w stosunku do pacjenta. Jeśli profesjonalni operatorzy trajektorii opierają się na bazujących na dowodach naukowych, zasadach postępowania i własnej intuicji, wynikającej z doświadczenia zawodowego, to praktyce nie można zarzucić błędów. Sytuacja przedstawia się gorzej, jeśli członkowie zespołu terapeutycznego kierują się bliżej niesprecyzowanymi zasadami, nie mającymi potwierdzenia w nauce i profesjonalnych kryteriach wykonywania zawodu.

Bezpośrednio po rozpoznaniu choroby, w ostrej fazie, podstawowych celem, na którym skupia się zespół terapeutyczny jest diagnozowanie i wdrażanie odpowiednich metod leczenia. Opieka wspierająca najczęściej jest wprowadzana w kolejnym etapie terapii, kiedy to pacjenci potrzebują pomocy w radzeniu sobie z samym doświadczeniem choroby i leczenia. Terapia może zakończyć się sukcesem i całkowitym wylecze-

niem. Kolejną sytuacją jest konieczność życia ze schorzeniem, ale współistniejąca jednostka chorobowa podlegając kontroli nie musi wpływać w sposób znacząco modyfikujący na jakość egzystencji. Można także spodziewać się stadium remisji. Tym etapom leczenia towarzyszą silne emocje: radość i ulga, iż leczenie się zakończyło, lęk i niepokój związany z ryzykiem nawrotu oraz zmianami spowodowanymi leczeniem. Ważne w tym momencie jest wprowadzenie wytycznych oraz planu działania dla pacjentów w celu ułatwienia im adaptacji do wymienionych wydarzeń.

Pedagodzy dowodzą, iż większość sytuacji, z którymi człowiek konfrontuje się w ciągu życia, będzie przez niego interpretowana w podobny sposób. Wynika to z faktu, iż rozwój w określonej grupie społecznej powoduje, iż jednostka definiuje otaczające ją zdarzenia w sposób charakterystyczny dla owej grupy. Człowiek w obliczu konieczności interpretacji danego wydarzenia w swoim życiu sięga po wypracowane wzorce dostępne w jego kręgu kulturowym. Każdy człowiek ma umiejętność wrodzonego wnioskowania o otaczających zjawiskach, która jest modyfikowana przez jego życiowe doświadczenie. Często zdarza się, iż choroba, niespodziewana diagnoza i związane z nią cierpienie jest jednak sytuacją, która wymyka się znanym jednostce schematom. Podmiot w obliczu braku zdrowia musi wypracować nowe sposoby interpretacji. Według Pilch i Bauman (Pilch T., Bauman T., 2001) tego typu sytuacje są najbardziej wartościowe dla badacza, ponieważ dzięki nim można „uchwycić proces nadawania znaczenia określonemu zjawisku przez jednostkę” [5]. Sposób opisywania owego zjawiska według modelu trajektorii jest szczególnie cenne dla osiągnięcia tego celu.

Zjawiskom choroby i cierpienia towarzyszą niezwykle silne emocje, które będą miały duży wpływ na działania podejmowane przez podmiot i osiąganie przez niego stadium adaptacji. U wielu osób emocją dominującą będzie **smutek** wiążący się z „utrata celu lub roli społecznej, gdy wiadomo, że nie mogą być przywrócone. [...] w przypadku smutku występuje rezygnacja w odniesieniu do zdarzenia, które było przyczyną emocji, a nie buntowanie się przeciw niemu”. Pacjent, u którego smutek będzie dominującą emocją, będzie prezentował żal, depresję, skrucę, ubolewanie. Kolejnym przykładem emocji, która pojawia się w przebiegu trajektorii choroby jest **gniew**. „[...] w wielu eksperymentach można wywołać u ludzi gniew, poddając ich ograniczeniom lub zadając im ból, a to wzbudza agresję albo wobec osoby, która powoduje frustrację, albo wobec kogoś innego, kto przypadkiem stał się



dogodnym celem.” Gniew jest stadium opisywanym jako jedno z początkowych w przebiegu trajektorii choroby – podmiot czuje się zagrożony w osiągnięciu swoich celów i podejmuje agresywne działanie w walce o ich odzyskanie. Pokonanie stadium gniewu uważa się za ważne w procesie adaptacji – akceptacja wydarzeń związanych z chorobą i terapią jest warunkiem wdrożenia mechanizmów pozwalających na skuteczne leczenie. Ważną emocją pojawiającą się w przebiegu trajektorii choroby jest **strach**. Jest to emocja wynikająca z przewidywania niebezpieczeństwa. „Gdy istnieje jakieś zagrożenie w środowisku, konflikt pomiędzy naszymi własnymi celami lub brak środków, wówczas strach wprowadza dany system w pewien stan gotowości do radzenia sobie z niebezpieczeństwem” [6].

Z badań nad percepcją sytuacji własnej kobiet chorych na raka wynika, iż w toku postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wiele sytuacji jest odbieranych jako zagrażające zaspokojeniu potrzeb, zakłócające je lub uniemożliwiające. Część z nich stanowią sytuacje wspólne dla wszystkich chorych hospitalizowanych: badania i zabiegi, pobyt w szpitalu, oderwanie od realizacji zadań życiowych, pogorszenie się sytuacji życiowej.

U kobiet w wieku 49–60 lat leczonych z powodu raka szyjki macicy obserwowano znaczny spadek aktywności życiowej i niepodejmowanie nowych działań. Dr Elizabeth Kübler-Ross dostrzega powtarzającą się kolejność etapów w zachowaniu i odczuwaniu osób dotkniętych chorobą nowotworową:

1. odrzucenie (denial). Forma przejściowa; funkcjonuje jako zaporę wobec druzgocących wiadomości, daje choremu czas na wypracowanie innych, mniej radykalnych środków obrony;
2. gniew (anger). Wyłania się pytanie „Dlaczego właściwie ja?”. Bywa ono połączone z uczuciem rozdrażnienia, urazy i zawiści wobec otoczenia;
3. układy, pertraktacje (bargainig). Są to próby układania się z losem, opatrnością. Zawiera w sobie myśl o nagrodzie za „dobre sprawowanie”;
4. depresja (depression). Autorka opisuje dwa rodzaje depresji: reaktywną (reakcja na utratę czegoś lub kogoś ważnego: zewnętrznej atrakcyjności, płodności, pracy) i przygotowawczą (poprzedza przewidywane doświadczenia, np.: śmierć);
5. akceptacja (acceptance). Niektórym chorym udaje się osiągnąć stan akceptacji własnej choroby. Nie należy mylić go z rezygnacją [7].

Nie wszystkie kobiety będą podlegały powyższemu modelowi – czasem dwa lub trzy stadia występują jednocześnie lub pojawiają się w innym porządku. U chorych z rozpoznaną chorobą nowotworową często występuje apatia, poczucie niepewności losu, nawet do kilku lat po zakończeniu leczenia. Pierwszoplanowa jest wówczas wola przeżycia, dominuje potrzeba zdrowia i bezpieczeństwa. Często występują zmiany w sposobie reagowania na stres: ogólne obniżenie tolerancji na sytuacje stresowe, wzmożenie intensywności przeżywanego stresu. Zmiany te obejmują najczęściej także najbliższą rodzinę. W stosunkach z ludźmi ujawnia się poczucie niedowartościowania i piętna przebytej choroby oraz wyraźne tendencje izolacyjne. Badane wobec członków własnej rodziny często stają się bardziej uległe, co wiąże się z przewartościowaniem relacji w rodzinie z nasileniem potrzeby zależności. Czasem może się ujawnić przesadny egocentryzm, który wynika z mechanizmów obronnych osobowości – regresji i infantylnizmu.

Przeprowadzono badania próbujące odpowiedzieć na pytania, jak na gruncie czysto poznawczym radzimy sobie z niekontrolowanymi wydarzeniami. Taylor (1991) na podstawie swych badań postawiła tezę, iż ukierunkowany wysiłek poznawczy, związany z odpowiednim wytworzeniem informacji o sobie, jest czynnikiem umożliwiającym ludziom pokonanie złego losu. U podłoża aktywności poznawczej leży założenie, że tym, co kształtuje nasze emocje i postawy nie są czynniki zewnętrzne, lecz nasze myśli o nich. Przebudowując schematy myślenia, system wartości automatycznie zmieniamy nasze działanie. Jest to kwestia kluczowa dla chorego, lecz nie tylko: dowodzi, iż poczesną rolę w swych działaniach realizujących opiekę nad osobą dotkniętą chorobą, powinna się przypisać kształtowaniu postaw, co jest ważne w podejmowaniu tego zadania zawodowego.

Każda trajektoria choroby ma pewien krytyczny punkt zwrotny lub pojawia się w jej przebiegu nowa, niespodziewana okoliczność, kiedy trzeba podjąć decyzje dotyczące dalszej terapii. Najczęściej owe krytyczne momenty są dostrzegane i opisywane z użyciem fachowego słownictwa medycznego. Często remisja jest takim punktem krytycznym, ponieważ stawia pod znakiem zapytania cały proces terapii, jej skuteczność. Może to być także infekcja oportunistyczna, krwotok bądź występująca w przebiegu leczenia depresja. Należy zaznaczyć, iż takim punktem zwrotnym może być wydarzenie, które nie ma bezpośredniego wymiaru medycznego: może to być, niosące znaczne obciążenie, zagadnienie o wymiarze społecznym, psychologicznym czy duchowym, np.: śmierć bliskiej

osoby chorego, rozwód, nagła utrata oszczędności [8]. Jednakże mającym najbardziej dalekosiężne skutki wydarzeniem jest diagnoza sama w sobie i doświadczenie życia w cierpieniu. Podatność na owe punkty krytyczne powoduje, iż każdy rodzaj terapii jest częścią procesu obejmującego wiele zagadnień dotyczących życia pacjenta. Osoby bezpośrednio związane z pacjentem powinny być szczególnie uczulone na wychwytywanie momentów zwrotnych w terapii.

Rozumienie cierpienia w perspektywie trajektorii i stosowanie tej metody w naukowych badaniach, stać się może przyczynkiem do podwyższenia standardów sprawowania opieki. Pojmowanie zjawiska w tej koncepcji obejmuje czynniki fizjologiczne, preferencje dot. rodzaju opieki (np.: hospicyjna opieka domowa zamiast pobytu w szpitalu), zróżnicowanie w stopniu gotowości na wdrożenie procedur opieki paliatywnej, zaangażowanie pacjenta i jego rodziny w proces decyzyjny dotyczący terapii.

## Podsumowanie

W rozumieniu koncepcji trajektorii źródłem poznania jest doświadczenie. Jest ono rozumiane, jako wzięcie udziału w pewnym procesie, namacalne przebycie ciągu wydarzeń od punktu początkowego do końcowego. Bodziec od reakcji oddziela proces interpretacji sytuacji. Jednostka wykorzystuje tutaj wszelkie dostępne sobie dane pochodzące z jej osobistego doświadczenia, doświadczenia osób wchodzących w skład trajektorii oraz wiedzy teoretycznej, z którą może się zapoznać. Interpretacja jest możliwa dzięki temu, że człowiek ma zdolność do „radzenia samemu sobie” – wchodzenia w dyskusje z samym sobą. Według Mokrzyckiego (Mokrzycki E., 1984) udzielanie samemu sobie wskazań to proces przepływu informacji, w którym istota ludzka postrzega rzeczy, ocenia je, nadaje im znaczenia, po czym na tej podstawie podejmuje decyzję działania. Rozumienie zjawiska cierpienia w koncepcji trajektorii może stać się ciekawą alternatywą w opiece nad człowiekiem chorym.

## Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. PZWL, Warszawa, 2001.
2. Glaser B. G., Strauss A. L.: The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research, New York 1967.
3. Zakrzewska-Manterys E.: Down i zespół wątpliwości. Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 1995.

4. Konecki K.: Praca w koncepcji socjologii interakcjonistycznej. *Studia Socjologiczne*, 1988, 1, 225–245.
5. Pilch T., Bauman T.: *Zasady badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
6. Oatley K., Jenkins J. M.: *Zrozumieć emocje...* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
7. Motyka M.: Środki psychicznego wsparcia w pielęgnacji chorego [w]: *Sztuka rozmowy z chorym*, pod. red. Grajcarek A., Wydawnictwo Ad vocem, Kraków, 2001.
8. Monteverde S.: The importance of time in ethical decision making, *Nursing Ethics* 2009, 16 (5), 613–624.

Anna Michalik<sup>1</sup>, Krzysztof Preis<sup>1</sup>

## Przebieg procesu adaptacji po stwierdzeniu u płodu wady letalnej

### Wstęp

Współczesne możliwości diagnostyczne w położnictwie są bardzo rozległe, niekiedy zdumiewające: w okresie prenatalnym, niekiedy na bardzo wczesnym etapie, możliwe jest rozpoznanie nieprawidłowości w rozwoju płodu. Dlatego obecnie częściej przed, niż po urodzeniu dziecka, rozpoznawane są ciężkie, nieuleczalne wady rozwojowe. Po potwierdzeniu powyższej diagnozy realizacja opieki medycznej nad tego typu pacjentką może przebiegać trzytorowo:

1. wdrożenie leczenia w okresie życia wewnątrzmacicznego,
2. w przypadku braku możliwości terapeutycznych kobieta może zdecydować się na nieingerowanie w przebieg ciąży, bądź
3. skorzystać z istniejącego w polskim prawie zapisu o dostępności i niekaralności aborcji<sup>2</sup>.

Wydaje się, iż wartą podkreślenia cechą charakterystyczną diagnostyki prenatalnej, jest dysproporcja pomiędzy możliwościami diagnostycznymi a możliwościami terapeutycznymi. Bezsporny jest fakt, iż wczesne zdiagnozowanie nieprawidłowości w rozwoju płodu jest bezcenną informacją, nie tylko ze względów medycznych, ale również ze względów społeczno-psychologicznych. Niestety, diagnostyka prenatalna ma charakter profilaktyki wtórnej. Dostępne metody leczenia istniejącej już wady (terapia wewnątrzmaciczna płodu) są ograniczone, jednak zawsze możliwe jest dokładne monitorowanie ciąży tzw. wysokiego ryzyka, połączone z wyborem najwłaściwszej drogi porodu, skierowanie ciężarnej do

---

<sup>1</sup> Klinika Położnictwa, Katedra Perinatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Ustawa z 6 czerwca 1997 roku, Kodeks Karny (Dz. U. nr 88, poz. 553), rozdz. XIX, art. 152 § 1.

ośrodka o wysokim stopniu referencji lub wyspecjalizowanego w leczeniu istniejącego schorzenia, dokładna diagnostyka schorzenia (np.: oznaczenie kariotypu płodu w celu odstąpienia od uporczywej terapii), otoczenie rodziców opieką psychologiczną, wdrożenie procedur poradnictwa genetycznego. Jedną z procedur medycznych wdrażanych w przypadku istnienia u płodu ciężkiej, nieuleczalnej wady wrodzonej, jest przedwczesne ukończenie ciąży (terminacja ciąży).

Informacja o wykrytej wadzie płodu stanowi traumatyczne doświadczenie dla przyszłej matki. Opisana powyżej trzytorowość funkcjonującej w Polsce opieki prenatalnej stawia pacjentkę i jej rodzinę w obliczu wyboru, podjęcia decyzji, która najczęściej charakteryzowana jest przez zainteresowanych jako „najtrudniejsza w dotychczasowym życiu”. Szereg aspektów, opisywanych jako czynniki obiektywne (charakteryzujące warunki życia społeczności, w której egzystuje jednostka) i subiektywne (obejmują ocenę życia i poszczególnych jego aspektów, doświadczane indywidualnie wydarzenia stresowe i problemy z adaptacją psychiczną, system wartości oraz inne cechy osobowości (warunkujące postawę wobec życia, aktywność życiową i zdolność przystosowania się do zmiany społecznej) mają bezpośredni wpływ na decyzję ciężarnej – urodzenie dziecka bądź przerwanie ciąży.

Według definicji proponowanej przez T. Dangelę (Dangel, 2008) *wada letalna* (łac. letalis – śmiertelny) u płodu lub noworodka to:

1. zaburzenie rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu przedwczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego;
2. zaburzenie rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, bez względu na zastosowane leczenie;
3. zaburzenie rozwojowe kwalifikujące do przerwania ciąży, zgodnie z obowiązującym w polskim prawie zapisie.

Wada wrodzona (pełna nazwa: wrodzona wada rozwojowa) to powstająca w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecna przy urodzeniu wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna, niezależnie od jej etiologii, patogenezy i momentu rozpoznania. Pojęcie to nie obejmuje zaburzeń czysto funkcjonalnych, takich jak choroby metaboliczne, z którymi nie współistnieją wrodzone nieprawidłowości morfologiczne (Mazurczak T., Latos-Bieleńska A., 2006).

Stwierdzenie ciężkiej, nieuleczalnej wady wrodzonej odbierane jest przez rodziców na równi z informacją o śmierci wewnątrzmacicznej płodu [1]. Decyzja o kontynuowaniu ciąży ma długoterminowe skutki dla wielu późniejszych aspektów życia kobiety i jej rodziny. Z kolei decy-

zja o przerwaniu ciąży, rodzi poczucie winy z powodu decyzji o śmierci własnego dziecka, traumatyczne oczekiwanie na zakończenie procedury indukcji poronienia/porodu – skurcze i poród [2, 3].

Uzyskanie wyniku badania prenatalnego, potwierdzającego istnienie wady letalnej u płodu, powoduje zaistnienie rozdźwięku pomiędzy dotychczasowymi wyobrażeniami na temat dziecka a faktem stwierdzonym. Często diagnozie towarzyszy informacja o spodziewanej śmierci wewnątrzmacicznej, bądź małej szansie na przeżycie po urodzeniu.

Doniesienia dotyczące postępowania po stwierdzeniu u płodu ciężkiej, nieuleczalnej wady rozwojowej wskazują, iż w takiej sytuacji statystycznie częściej pacjentki decydują się na przerwanie ciąży niż na jej kontynuację [4, 5, 6]. Dane takie odnotowują nawet kraje, w których dostępność do procedur związanych z aborcją jest znacznie ograniczona, a przerywanie ciąży określane jest jako zakazane, np.: Argentyna, Urugwaj, Irlandia (Quadrelli et al, 2007) [4, 7]. Doniesienia niektórych ośrodków polskich również wskazują, iż w przypadku przeprowadzenia pełnej diagnostyki, kobiety częściej decydują się na przerwanie ciąży [8].

## Model adaptacyjny

Lalor J., Begley C., na podstawie badań własnych, zaproponowały w 2008 r. model procesu od momentu podjęcia decyzji o poddaniu się badaniu prenatalnemu do adaptacji po stwierdzeniu u płodu ciężkiej, nieuleczalnej wady wrodzonej. Proces obejmuje cztery fazy:

1. **Decyzja o poddaniu się badaniu prenatalnemu** (chęć upewnienia się, iż ciąża rozwija się prawidłowo). Motywacją kobiet, które decydują się na przeprowadzenie badań w czasie ciąży jest chęć zapewnienia sobie i rodzinie komfortu posiadania wiedzy, iż płód rozwija się prawidłowo. Należy zaznaczyć, iż zmienną w przypadku każdej z kobiet jest posiadana przez nią wiedza, którą pacjentka dysponuje w chwili rozmowy z ginekologiem-położnikiem (przeprowadzanej w celu podjęcia decyzji o poddaniu się badaniom prenatalnym). Dodatkową zmienną jest ogólny stan zdrowia pacjentki oraz jej subiektywne samopoczucie w czasie ciąży. Wpływ tutaj mogą mieć takie czynniki, jak: obecność/brak krwawienia, bólu, mdłości, bolesności piersi. Istnienie dodatkowych obciążeń w wywiadzie internistycznym oraz położniczym ma istotne znaczenie. Szczególną wagę ma fakt wystąpienia problemu wad wrodzonych w kręgu

społecznym oraz istnienie powikłać w poprzednich ciążach (np.: posiadanie już jednego dziecka obciążonego wadą wrodzoną).

2. **Szok** (diagnoza). Jest to w całym procesie moment najbardziej bolesny i emocjonalny dla kobiety. Szczególnie ważna jest chwila otrzymania informacji o istnieniu wady u płodu. Autorki wyróżniły tutaj następujące czynniki, które w tym stadium mają wpływ na reakcję na diagnozę, a przez to na przyszły proces adaptacji: czas, który minął od wstępnego badania do potwierdzenia diagnozy, kto wykonał badanie potwierdzające, kto był obecny w czasie rozmowy informującej, jakiego rodzaju słownictwo zostało użyte, jaki był stopień poufności i zaufania pomiędzy kobietą a osobą informującą, jakie było osobiste nastawienie osoby informującej i informowanej. W tym stadium często następuje odwołanie do opinii innego eksperta/specjalisty.

3. **Pojmowanie znaczenia diagnozy**. W tym stadium pacjentki mogą wdrażać dwie strategie „radzenia sobie” z otrzymaną informacją: poszukiwanie lub unikanie informacji. Strategia poszukiwania informacji odnośnie otrzymanej diagnozy została scharakteryzowana w następujący sposób: jest to próba uzyskania kontroli nad wydarzeniami, poszukuje się kontaktu z wieloma źródłami informacji, wymagane jest opinia dodatkowych specjalistów/ekspertów, następuje proces poszukiwania osób, które znalazły się w podobnej sytuacji (np.: na forach internetowych). Warty podkreślenia jest fakt, iż w sytuacji, gdy potwierdzona zostaje diagnoza o wadzie letalnej płodu, zawodzą dotychczasowe strategie adaptacyjne wypracowane przez jednostkę w ciągu życia. Dramatyzm, wysoki stopień natężenia emocji, zaangażowanie wielu osób sprawiają, iż jednostka musi wypracować nowe, nieznane sobie do tej pory, sposoby interpretacji sytuacji i wdrażania mechanizmów przystosowujących. Wiele zależy tutaj od kręgu kulturowego, rodzinnego, społecznego, w którym dana jednostka wzrastała i funkcjonuje. Wydaje się celowe dokładne poznanie owych struktur w celu ułatwienia pacjentce istotnego procesu adaptacji.

Strategia unikania informacji cechuje się często brakiem chęci uzyskania kontroli nad wydarzeniami, akceptacją zaistniałej sytuacji bez stawiania dodatkowych pytań, „zamknięciem” na przekazywane informacje. Oczywiście obydwie strategie mogą przechodzić jedna w drugą. Końcowym etapem w tym stadium jest moment podjęcia decyzji odnośnie dalszych losów ciąży – nieingerowanie w jej przebieg bądź terminacja.

4. **Adaptacja**. Stadium adaptacji bezpośrednio wynika ze stadium pojmowania znaczenia diagnozy i procesu decyzyjnego odnośnie losów



ciąży. W przypadku decyzji o nieingerowaniu w przebieg ciąży i jej kontynuacji wyróżniono charakterystyczne czynniki: planowanie i szukanie możliwości natychmiastowego leczenia, planowanie miejsca porodu, nadzieja na żywe urodzenia dziecka/nadzieja na śmierć wewnątrzmaciczną, nadzieja na pomyślne rokowanie, nadzieja na powrót do normalności.

W sytuacji podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży zwrócono uwagę na wdrażanie strategii godzenia się ze stratą, radzenia sobie ze stratą i konieczność życia z podjętą decyzją.

Niezależnie od rodzaju podjętej decyzji odnośnie losów ciąży, sytuacja ta jest określana jako „wydarzenie, które zmieniło życie”. Podkreślane jest znaczenie relacji z zespołem terapeutycznym oraz przyszłe plany prokreacyjne.

Każda z faz składa się z następujących po sobie wydarzeń – na ich przebieg ma wpływ nie tylko sama pacjentka, ale także zajmujący się nią zespół terapeutyczny – momenty kluczowe, takie jak reakcja na diagnozę, czy podjęcie decyzji o losach ciąży z dużym stopniem związana jest ze sposobem przekazania informacji o stanie płodu i przyszłych rokowaniach.

Podkreślanym czynnikiem, mającym wpływ jest stopień posiadanej wiedzy na temat diagnostyki prenatalnej, możliwości postępowania po stwierdzeniu powikłań w rozwoju ciąży, kontakt z osobami niepełnosprawnymi we własnym kręgu społecznym, doświadczenia własne i osób bliskich związane z powyższym zagadnieniem [9, 10].

Stwierdzenie ciężkiej, nieuleczalnej wady wrodzonej odbierane jest przez rodziców na równi z informacją o śmierci wewnątrzmacicznej płodu [1]. Decyzja o kontynuowaniu ciąży ma długoterminowe skutki dla wielu późniejszych aspektów życia kobiety i jej rodziny. Z kolei decyzja o przerwaniu ciąży, rodzi poczucie winy z powodu decyzji o śmierci własnego dziecka, traumatyczne oczekiwanie na zakończenie procedury indukcji poronienia/porodu – skurcze i poród.

Autorzy wskazują na silną korelację pomiędzy wskaźnikami dotyczącymi terminacji ciąży a religijnością i tendencjami społecznymi, które są dominujące w danym kraju. Czynniki te to: społeczny stopień akceptacji niepełnosprawności, liczba osób wymagających specjalnej troski w otoczeniu, co warunkuje stopień przyzwyczajania się do niepełnosprawności, tendencje panujące w systemie ochrony zdrowia [11, 12].

Posiadanie potomstwa obciążonego wadami wrodzonymi wiąże się z większym poziomem stresu, nie tylko w okresie noworodkowym, ale także w czasie późniejszego rozwoju dziecka [13, 14]. Z perspektywy matki próba indukcji porodu lub poronienia daje możliwość uniknięcia

porodów zabiegowych w wielu sytuacjach, w których donoszone dziecko niezdolne do życia, nie może się urodzić drogami natury [8].

Wielokrotnie dowiedziono, iż u kobiet, które zdecydowały się na przerwanie ciąży w wyniku diagnozy prenatalnej występuje proces żałoby, podobnie jak u tych, które doświadczyły śmierci wewnątrzmacicznej płodu [15]. Wykazano jednakże, iż kobiety, które decydują się na terminację wykazują większą tendencję do zaburzonego przeżywania czasu żałoby (czynnikiem sprawczym może tu być poczucie winy za podjętą decyzję oraz przekonanie o braku uprawnienia do żałoby). (Kersting et al., 2004, McCoyd, 2007). Żałoba, w opinii badaczy, jest kluczowym czasem w procesie „radzenia sobie” z problemem zdiagnozowania u płodu ciężkiej, nieuleczalnej wady wrodzonej i następstwami decyzji odnośnie losów ciąży. Pacjentki, które zdecydowały się na zakończenie ciąży, wdrażają różne strategie mechanizmów ochronnych osobowości, dla zapewnienia sobie komfortu psychicznego – okres żałoby, w zależności od stopnia natężenia występujących w nim procesów patologicznych, podzielono na trzy rodzaje: 1. niezakłócony okres żałoby (normal grieving process), 2. zakłócony okres żałoby (unresolved grief); 3. zakłócony okres żałoby z komplikacjami klinicznymi (unresolved grief with clinical complications). W dwóch ostatnich przypadkach symptomy przeżytej traumy utrzymują się na średnim poziomie nawet 6 miesięcy po porodzie (Kersting et al., 2004). Autorzy zwracają również uwagę na różnicę w przyjmowanych strategiach radzenia sobie z traumą pomiędzy kobietami a mężczyznami – mogą one często prowadzić do niezrozumienia i kryzysu we wzajemnych relacjach. Ważnym czynnikiem wpływającym na przebieg żałoby i czas jej trwania jest zaspokojenie zapotrzebowania na wsparcie społeczne [4].

Kontrowersje dotyczące diagnostyki prenatalnej, aborcji, terminacji ciąży wpływają na poczucie stygmatyzacji społecznej, co utrudnia poszukiwanie i otrzymywanie wsparcia. Wspomniane czynniki mogą być również przyczyną braku formalnego, instytucjonalnego zaplecza, od którego pacjentki mogą oczekiwać pomocy.

Systemy wsparcia przedstawiane w doniesieniach zarówno formalne, jak i nieformalne, opisywane są przez pacjentki jako skuteczne, kiedy spotkały się z empatią oraz umożliwiono im werbalizację uczuć, oczekiwań i dylematów. Zwraca się uwagę na zachowanie ciągłości tego typu opieki – konieczność jej długofalowości. Istnieją teorie, iż skuteczne programy wsparcia polegają na pracy z pacjentką nad uświadomieniem, iż przyczyną bólu emocjonalnego jest zaburzenie rozwoju dziecka, istniejąca

wada rozwojowa: Negatywne emocje istniałyby w obydwu przypadkach – terminacji ciąży i odstąpienia od terminacji ciąży (McCoyd, 2007).

Istnieją również doniesienia, iż wizualizacja płodu w badaniu ultrasonograficznym była faktem, czyniącym proces radzenia sobie z możliwą stratą, trudniejszym [16].

Kobiety, które decydują się na odstąpienie od procedury terminacji ciąży znajdują się w trudnej sytuacji, która wymaga od nich wypracowania zupełnie nowych sposobów radzenia sobie z zaistniałym problemem i uruchomienia mechanizmów, które pozwolą na adaptację. Bardzo duże znaczenie ma tutaj udzielone wsparcie, szczególnie przez osoby, które sprawują opiekę medyczną nad tego typu pacjentkami. Stwierdzono, iż początkowo matki dzieci z wadami wrodzonymi wykazują niższy poziom więzi z noworodkiem. Czasami staje się to powodem unikania kontaktu z dzieckiem, odrzucenia i pozostawienia go w szpitalu bądź w innej placówce opiekuńczej [17]. Jednakże wykazano również, iż w przypadku, gdy matka/ rodzice mogli po urodzeniu zobaczyć czy wziąć na ręce noworodka ze stwierdzoną wadą zagrażającą życiu, więź mogła zostać nawiązana, co ułatwiało późniejszy proces adaptacji rodziców do zaistniałej sytuacji [18, 19].

Kobiety, które odstąpiły od procedury terminacji ciąży uskarżały się na konieczność kontaktu z kobietami, które spodziewają się zdrowych dzieci. Doświadczenie to było szczególnie stygmatyzujące w czasie oczekiwania na wizytę lekarską, badanie diagnostyczne bądź w czasie porodu – niewiele ośrodków oferuje osobne pomieszczenia, gdzie mogłyby się odbywać porody martwe bądź dzieci z wadami letalnymi. Dodatkowo trudny był fakt, iż kobiety deklarowały zapotrzebowanie na przygotowanie do porodu – naukę oddychania, naturalnych metod łagodzenia bólu porodowego – w tej sytuacji spotykały się z utrudnionym dostępem do tego typu usług [20].

Doświadczenie pokazuje, iż kobiety wykazują większą tendencję do akceptacji dziecka z wadą, gdy jest ona niewidoczna, np.: łatwiej akceptowalny jest rozszczep podniebienia niż rozszczep wargi.

Urodzenie dziecka z ciężką, nieuleczalną wadą rozwojową rodzi również pytanie o zaplecze, którym dysponuje państwo w celu pomocy rodzinom, kobietom, które zdecydowały się na powyższy krok.

Dziecko z wadą rozwojową wymaga długoterminowej, specjalistycznej opieki, łączącej się ze znacznymi nakładami finansowymi. Śmierć dziecka ma bezpośredni wpływ na funkcjonowanie rodziny, jej jakość życia, wiąże się z głębokimi problemami psychologicznymi rodziców. Wie-

dza na temat adaptacji do zaistniałej sytuacji oraz umiejętność rozpoznania czynników wchodzących w skład procesu adaptacyjnego wydaje się być niezbędna w procesie opieki nad tego typu pacjentkami.

## Piśmiennictwo

1. Kornas-Biela D.: Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2006.
2. Cote-Arsenault D.: Impact of Perinatal Loss on the Subsequent Pregnancy and Self: Women's Experiences. *JOGNN* 1999, 28, 274–288.
3. Langford D., Maxwell D.: Late termination for fetal abnormality: providing essential information for parents. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 21, 2, 171–172.
4. Irving G. L.: Pregnancy Termination due to fetal anomaly: clinical considerations, *Infant Mental Health Journal*, 1995, 16, 2, 112–126.
5. Sandelowski M., Barosso J.: The Travesty of choosing after positive prenatal diagnosis. *JOGNN*, 2005, 37, 3, 318.
6. Peller A. J., Westgate M. N., Holmes L. B.: Trends In congenital malformations, 1974–1999: Effect of Prenatal Diagnosis and Elective Termination, *Obstetric & Gynecology* 2004, 957–964.
7. Palomaki G., Haddow J., Beauregard L.: Prenatal screening for Down's syndrome in Maine, 1980–1993. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334, 1409–1410.
8. Preis K., Ciach K., Świątkowska-Freund M.: Ryzyko wystąpienia powikłań po kordocentezie diagnostycznej lub terapeutycznej, *Ginekologia Polska*, 2004, 75, 10.
9. Hoffrage U., Garcia-Retamero G.: How causal knowledge simplifies decision-making, *Minds & Machines*, August 2006, 16, 3, 365–380.
10. Mdleleni-Bookholane T.: Factors related to and the consequences of termination of pregnancy at the Umtata General Hospital, Eastern Cape, South African. *Journal of Psychology*, 2007, 37 (2), 245–259.
11. Monni G., Zoppi M., Axiana C.: Ibba R., Changes in the approach for invasive prenatal diagnosis in 35,127 cases at a single center from 1977–2004. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 2006, 21, 348–354.
12. Alex L., Hammarstrom A.: Women's experiences in connection with induced abortion a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004, 18, 160–168.
13. Bryant L., Hewison J. D., Green J. M.: Attitudes towards prenatal diagnosis and termination In women who have a sibling with Down's syndrome. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2005, 23, 2, 181–198.

14. Most D.E., et al.: Stress trajectories in mothers of young children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2006, 50, 7, 501–514.
15. Williams G. B.: Grief after elective abortion. *AWHONN Lifelines*, 2000, 4 (2), 37–30.
16. Mitchell L. M.: Women's experience of unexpected ultrasound findings. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2004, 49, 3, 228–234.
17. Hedrick J.: The lived experience of pregnancy while carrying a child with known, nonlethal congenital abnormality. *JOGNN*, 2005, 34, 6.
18. Matthews A. L.: Known fetal malformations during pregnancy: A human experience of loss. *Birth Defects: Original Articles Series*, 1990, 26, 168–175.
19. Workmann E.: Guiding Parents Through the Death of Their Infant. *JOGNN*, 2001, 30, 569–573.
20. Chitty L. S., Barnes C. A.: Continuing with pregnancy after a diagnosis of lethal abnormality. *BMJ: British Medical Journal*, 1996, 313, 7055, 478–480.



# Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej

*Za mało kocham*

*Za mało kocham Cię Jezu.  
Sprawy ludzkie zabierają mi siły.  
Moje myśli gonią po świecie,  
w zaułki nicości gdzieś się zapędziły.*

*Oderwij mnie od świata całego.  
W moim sercu tak wiele hałasu.  
Zatop mnie w Sobie mój Jezu,  
tak niewiele pozostało mi czasu.*

*Przyjmij, nie opuszczaj, prowadź –  
myśli biegną ku Tobie.  
Ciało i duch podążają za nimi.  
Pragnę zapomnieć o sobie...*

*Modlitwą, pieśnią, codziennym życiem  
wyrażam pragnienie Miłości.  
Pozwól mi w niej zamurzyć się  
Chryście i dotknąć rzeczywistości  
Bożej obecności.*

*Iza Marciniak*







Jolanta Tomaszewska<sup>1</sup>, Karolina Pietruk<sup>2</sup>

## **Twój ból w moim sercu. Postrzeganie hospicjum i opieki paliatywnej przez wolontariuszy**

### **Wstęp**

Praca w hospicjum to szczególna forma pomocy będąca wynikiem zaangażowania połączonego z dobrą wolą i umiejętnością nawiązywania dobrego kontaktu z pacjentami. Rozpoczęcie pracy w hospicjum wymaga posiadania odpowiednich predyspozycji (umiejętności rozmowy z pacjentami, udzielania wsparcia), jak również odpowiedniej postawy w stosunku do ludzkiego cierpienia. Pracę z osobami u kresu życia należy postrzegać jako misję w służbie cierpiącym chorym. Misja ta określa wiele zadań osobom, które zdecydowały się nieść pomoc i wsparcie osobom nieuleczalnie chorym. Jednym z wielu wyzwań jest lęk przed spotkaniem ciężko chorego pacjenta i jego zranioną psychiką. Cierpienie, ból i lęk dotyczące chorego są sprawami, których należy być świadomym. Wielokrotnie zdarza się, że jesteśmy tymi, do których chorzy mają największe zaufanie i powierzają nam tajemnice dręczącego ich bólu. Pacjenci, przekazując nam prawdę o swoich zmaganiach z chorobą, która postępuje i obawach emocjonalnych z nią związanych, są dla nas najlepszymi nauczycielami życia [1]. Opieka paliatywna ze względu na swój wieloaspektowy charakter powinna być wykonywana zespołowo. Zgodna, bezkonfliktowa współpraca członków zespołu to podstawowa zasada pracy zespołowej z uwzględnieniem roli kierownika zespołu. Zespół nie powinien liczyć

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

zbyt wiele osób oraz musi być właściwie dostosowany do najważniejszych potrzeb chorego i jego rodziny. Zależnie od różnorodności potrzeb zespół obejmuje zaangażowanych członków rodziny lub inne osoby dobrej woli, pielęgniarkę opieki paliatywnej, osoby duchowne oraz wyspecjalizowanych pracowników w hospicjum. Praca zespołowa rozdziela ciężar opieki i współodpowiedzialności równomiernie na wszystkich członków zespołu oraz daje możliwość wzajemnego wspierania się i radzenia sobie wspólnie z wieloma trudnymi, stresowymi sytuacjami [2, 3]. Słowo wolontariusz ma swoje pochodzenie od łacińskiego słowa „volontarius” oznaczający dobrowolny [1]. Wolontariusz to osoba, która nieodpłatnie (altruistycznie, bez wynagrodzenia materialnego), świadomie i dobrowolnie służy na rzecz innych osób, przekraczając więzi koleżeńsko-przyjacielsko-rodzinne. Wolontariuszem może być każda osoba, jednak nie każdy wolontariusz jest odpowiedni do każdego rodzaju pracy. Taka właśnie definicja określająca wolontariusza została sformułowana przez BORIS (Biuro Obsługi Ruchu Inicjatyw Społecznych) [1]. Wolontariuszem może zostać jedynie człowiek, czyli osoba fizyczna. Organizacje, jak i osoby prawne nie są upoważnione, aby występować w roli wolontariuszy [4]. Wolontariuszem stać się może osoba w każdym wieku, gdyż nie ma przepisów, które wyznaczają wiek minimalny lub maksymalny, wymagany do spełniania roli wolontariusza. Małoletni (poniżej 13 lat) muszą dostarczyć odpowiednim osobom w placówce zgodę wyrażoną pisemnie przez prawnego opiekuna [4].

Wolontariat – jest to kształtowanie wartości, takich jak odpowiedzialność obywatelska i zaangażowanie społeczne, a także zainteresowanie drugim człowiekiem i umieszczenie go w centrum uwagi, poświęcenie uwagi osobom cierpiącym, bezinteresowność w swoich działaniach, kształtowanie umiejętności istnienia z istnieniem innych osób i okazywanie im szacunku i serdeczności [4]. Wolontariat to nie tylko akt dobroczynności wobec potrzebujących ludzi, ale także jest to forma życia powstająca z określonej uczuciowości człowieka, uformowanej świadomością, że człowiek jako osoba odnajduje się i spełnia poprzez bezinteresowny dar z siebie [4].

## Cel pracy

Celem pracy było zobrazowanie, jak opieka paliatywna i hospicjum są postrzegane przez wolontariuszy. Spostrzeżenia wolontariuszy dotyczyły także takich pojęć, jak ból, lęk, cierpienie.

## **Material i metody**

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w grupie 40 (100%) wolontariuszy hospicjum i zakładu opiekuńczo-leczniczego placówki Caritas. Jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz ankiety, składający się z 20 pytań.

Badanie zostało przeprowadzone w dniu 17 marca 2009 roku, na spotkaniu zorganizowanym dla wolontariuszy w placówce Caritas Archidiecezji Warszawskiej – Centrum Charytatywnym „Res Sacra Miser” przy ul. Krakowskie Przedmieście 62 w Warszawie. Kwestionariusz ankiety rozproszony był wśród respondentów przez badacza. Badania zostały przeprowadzone anonimowo. Respondenci zostali poinformowani, że uzyskane informacje będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

## **Wyniki**

### *Charakterystyka badanej populacji*

Zdecydowana większość badanych osób jest wolontariuszami hospicyjnymi. W badaniu wzięło udział 25 (62%) wolontariuszy, którzy pracują w hospicjum oraz 15 (38%) wolontariuszy pracujących w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Kobiety stanowiły 80%. Pozostałe 20% badanych stanowili mężczyźni, w liczbie 8 osób. Ankietowani wolontariusze to osoby w różnym wieku. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku od 18 do 25 lat – 14 (35%) wszystkich badanych. Osoby, które przekroczyły 50. rok życia stanowiły 28% (11) badanych. Respondenci w wieku 26–50 lat to 9 (22%) osób, natomiast najmniej liczną grupą wolontariuszy stanowiła młodzież poniżej 18. roku życia – 6 (15%). Większość respondentów – 17 (43%) posiada wykształcenie średnie ogólne. W badanej grupie znalazło się 15 (37%) badanych z wykształceniem wyższym. Wykształcenie podstawowe posiada 7 (18%) wolontariuszy. Czwartą, co do wielkości grupą są wolontariusze z wykształceniem średnim zawodowym – 1 osoba stanowiła 2% wszystkich badanych. Większość ankietowanych jest wyznania rzymsko-katolickiego – 37 (92%) respondentów. Pozostałe 3 (8%) osoby jest innego wyznania. Przeprowadzone badanie wykazało, że wolontariuszami są najczęściej studenci, którzy stanowią 36% ankietowanych, emeryci – 19% oraz uczniowie – 16% respondentów. Pozostałe 29% badanych wykonywało inny zawód. Byli to m.in.: inży-

nier (3%), inżynier budowlany (2%), montażysta filmowy (3%), nauczyciel (3%), socjolog (3%), księgarz (3%), technolog (3%), lekarz (3%), pracownik socjalny (3%.) W badanej grupie wolontariuszami były również osoby bezrobotne – 3%.

### *Postrzeganie hospicjum i opieki paliatywnej przez wolontariuszy*

Wolontariusze w hospicjum i zakładzie opiekuńczo-leczniczym wykonują różnego rodzaju prace. Większość z nich, tj. 31 (78%) badanych deklaruje, że pomaga przy łóżku chorych, ma bezpośredni kontakt z chorymi i pomaga w pielęgnacji pacjentów. Drugą, co do wielkości jest grupa 6 (15%) osób udzielająca wsparcia i pomocy psychologicznej rodzinom. W badanej grupie znalazło się również 6 (15%) wolontariuszy, którzy brali udział w przygotowywaniach i prowadzeniu akcji charytatywnych. W pracach na terenie hospicjum pomagało 5 (13%) respondentów, a w pracach biurowych 3 (8%) wolontariuszy. Inny rodzaj pracy wykonywało 7 (18%) badanych.

Najwięcej osób, tj. 19 (48%) badanych przebywa w hospicjum do 2 godz. tygodniowo. Niewiele mniej, bo 18 (45%) osób poświęca na pracę w hospicjum od 3 do 5 godz., natomiast 3 (8%) osoby oferują od 6 do 15 godz. swojego czasu potrzebującym chorym.

Większość badanych dowiedziało się o wolontariacie od swoich znajomych – 17 (43%) repondentów. Drugą, co do wielkości grupą 6 (15%) osób byli wolontariusze, którzy informację zasięgnęli w Centrum Jana Pawła II. Kampania społeczna „Hospicjum to też życie” przekonała 5 (13%) badanych. Edukacja w szkole również była istotnym źródłem informacji – 5 (13%) badanych, z internetu o hospicjum dowiedziało się 2 (5%) wolontariuszy, natomiast z nauk Kościoła 2 (5%) ankietowanych. Z innych źródeł skorzystało 3 (8%) respondentów.

Respondenci kierowali się różnymi powodami w celu zostania wolontariuszami. Wszystkie odpowiedzi zostały zamieszczone w tabeli 1.

Kolejno zapytano wolontariuszy o ich największe trudności podczas wykonywanej pracy w hospicjum/zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Wszystkie odpowiedzi zostały zamieszczone w tabeli 2.

Piewsza nasuwająca się myśl o hospicjum dla 35 (88%) badnych jest myślą pozytywną. Dla 5 (12%) respondentów myśl o hospicjum jest myślą negatywną.

Respondenci mieli za zadanie dokończyć stwierdzenie: w hospicjum ludzie... Odpowiedzi wolonariuszy zostały umieszczone w tabeli 3.

**Tabela 1. Powody dla których respondenci zostali wolontariuszami\***

Dlaczego jest Pan/Pani wolontariuszem(-ką)	Liczba najważniejszych wyborów	%
Czuję potrzebę niesienia pomocy ludziom ciężko chorym	25	63%
Chcę rozwinąć umiejętność bycia z drugim człowiekiem	2	5%
Mam trochę wolnego czasu i chcę podarować go innym	6	15%
Jestem wolontariuszem, ponieważ kierują mną poglądy religijne, polityczne lub moralne	1	3%
Pomagam, bo chcę pożytecznie spędzić wolny czas	1	3%
Pomagam, aby mieć satysfakcję	1	3%
Pomagam, bo mam nadzieję, że mi też pomogą, kiedy będę w potrzebie	2	5%
Ponieważ odnalazłem(-am) sens i radość życia	0	0%
Chcę zdobyć certyfikat wolontariusza	1	3%
Inne	1	3%

\* Możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi

**Tabela 2. Największe trudności dla wolontariusza podczas jego pracy\***

Co podczas pracy jako wolontariusz jest dla Pana/Pani najtrudniejsze?	Liczba najważniejszych wyborów	%
widok osoby cierpiącej	23	58%
rozpacz i bezradność rodziny	4	10%
rozmowy o śmierci	2	5%
opieka nad pacjentem umierającym	3	8%
myśli o śmierci	5	13%
inne	3	8%

\* Możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi

**Tabela 3. Dokończenie zdania „W hospicjum ludzie...”\***

Dokończ zadanie: w hospicjum ludzie...	%
odchodzą godnie	10%
potrzebują drugiego człowieka	10%
bardzo ciężko chorują	7,5%
umierają w sposób godny, ale samotnie	7,5%
żyją nadzieją	5%
cierpią	5%
inne: (są wdzięczni za ofiarowaną pomoc, potrzebują ciepłych słów, umierają w spokoju, są bezradni wobec swojej choroby, żyją do końca, są wdzięczni za ofiarowaną pomoc, są w przedpokojach nowego domu, nie odczuwają bólu przed śmiercią)	55%

\* Możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi. Pytanie otwarte.

Bardzo często hospicjum postrzegane jest jako umieralnia. Dlatego zapytano grupę respondentów o ich zdanie na ten temat. Poniższa tabela (Tabela 4) przedstawia zdanie wolontariuszy na temat postrzegania hospicjum w Polsce.

**Tabela 4. Postrzeżenie hospicjum w Polsce**

Czy w Polsce nadal panuje myśl, że hospicjum traktowane jest jako umieralnia	Liczba odpowiedzi	%
tak, gdyż większość ludzi w naszym społeczeństwie nie wie jak wygląda hospicjum „od środka”	24	60%
tak, ponieważ śmierć jest tematem tabu	9	23%
nie, ponieważ większość ludzi w naszym społeczeństwie podejmuje działania i uczestniczy aktywnie w hospicjum	1	3%
trudno powiedzieć	12	30%
inne	1	3%

Zapytano również wolontariuszy, w jaki sposób rozumieją pojęcie opieki paliatywnej. Dla 52% wolontariuszy jest to zapewnienie pomocy

psychologicznej, duchowej i socjalnej pacjentowi u kresu życia, dla 25% respondentów – poprawa jakości życia poprzez łagodzenie bólu i dolegliwości somatycznych. Zdaniem 12% badanych celem opieki paliatywnej nie jest przyspieszenie śmierci, ani jej odraczenie. Około 3% badanych osób uważa, że opieka paliatywna ma na celu afirmowanie życia pacjenta.

Zdaniem ankietowanych wolontariuszy głównymi odbiorcami opieki paliatywnej są pacjenci chorzy nieuleczalnie, niezależnie od rozpoznania – tak twierdzi 33 (83%) badanych. Stwierdzenie, że opieka paliatywna kierowana jest do rodzin pacjentów za życia pacjentów poparło 8 (20%) osób, natomiast 7 (18%) badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że odbiorcami opieki paliatywnej są pacjenci chorzy nieuleczalnie – tylko na raka – 7 (18%) ankietowanych, a także do osób bliskich pacjentowi – to zdanie 7 (18%) osób. Odpowiedzi, że opieka paliatywna skierowana jest do rodziny pacjentów po stracie bliskiej osoby udzieliło 6 (15%) respondentów, natomiast zdecydowana mniejszość – 3 (8%) ankietowanych twierdzi, że opieka paliatywna kierowana jest tylko do chorych tuż przed śmiercią.

Pierwszą nasuwającą się myślą badanych wolontariuszy o hospicjum jest: godne umieranie (73%), śmierć (15%), empatia (15%), wolontariat (8%), godne życie (8%), chorzy z nowotworami (3%).

Grupa badana miała za zadanie ustosunkować się do roli hospicjów w Polsce. Zdecydowana większość respondentów 33 (67%) badanych twierdzi, że hospicja są potrzebne, ponieważ jest to miejsce dla osób chorych nieuleczalnie. Druga, co do wielkości grupa badanych – 9 (19%) ankietowanych uważa, że hospicja są potrzebne, gdyż jest to obciążenie dla oddziałów szpitalnych, natomiast 7 (14%) respondentów twierdzi, że hospicja są potrzebne i wyrazili swoją opinię. Respondenci odpowiedzieli, że hospicja w Polsce są potrzebne, ponieważ: pomagają rodzinie, która nie jest w stanie zapewnić choremu specjalistycznej opieki, jest to obciążenie dla rodziny osób nieuleczalnie chorych; jest to miejsce, w którym człowiek może godnie odejść, a także temat hospicjum jest przemilczany w Polsce.

Badani wolontariusze zgadzają się ze stwierdzeniem, że hospicjum to też życie – 30 (75%) respondentów. Odpowiedzi raczej tak na zadane pytanie udzieliło 9 (22%) ankietowanych, natomiast stwierdzenie, że raczej nie podkreśliła tylko 1 (3%) osoba.

Tabela 5 przedstawia odpowiedzi na pytanie: co wolontariusze rozumieją pod pojęciem godna śmierć w hospicjum.

**Tabela 5. Zrozumienie pojęcia godnej śmierci w hospicjum**

Co rozumie Pan/Pani pod pojęciem godna śmierć w hospicjum	Liczba odpowiedzi	%
spokojna śmierć w otoczeniu najbliższych osób	18	45%
odpowiednie traktowanie chorego przez personel medyczny, aby w ostatnich momentach życia nie towarzyszyło obojętność i osamotnienie	17	43%
śmierć naturalna, świadoma, bez lęku	16	40%
śmierć bezbolesna	7	18%
śmierć samobójcza, która nadaje godność, a śmierć niezadana odbiera człowiekowi godność	0	0%

Kolejne pytanie dotyczyło opinii respondentów na temat śmierci, jako tematu tabu w naszym społeczeństwie. Na poniższe pytanie 27 (68%) ankietowanych odpowiedziało twierdząco, natomiast 9 (23%) respondentów uważało, że śmierć nie jest tematem tabu w naszym społeczeństwie. Zdecydowana mniejszość badanych nigdy nie zastanawiała się nad tym – 3 (8%) osoby, natomiast 1 (3%) osoba nie ma zdania na ten temat.

Zapytano wolontariuszy, czego najbardziej boi się człowiek u kresu życia? Za priorytetową odpowiedź respondenci uznali, że jest to strach przed byciem ciężarem dla innych – tak twierdzi 8 (20%) badanych oraz utraty godności – tego zdania jest również 8 (20%) osób. Powyższe odpowiedzi udzielono jako pierwsze, najważniejsze. Kolejną odpowiedzią uznaną za najbardziej istotną jest cierpienie fizyczne i ból. Takiego zdania było 6 (15%) respondentów. Zdaniem 5 (13%) wolontariuszy człowiek umierający boi się bólu. Ankietowani byli również zdania, że trudno określić, czego boi się osoba u kresu życia, bo jest to bardzo indywidualna sprawa – w ten sposób odpowiedziało 5 (13%) badanych. Rozstanie z bliskimi, jako przyczynę lęku, uważa 4 (10%) respondentów. Wolontariusze, którzy twierdzą, że ludzie umierający boją się opuszczenia stanowią 3 (8%) badanych. Zdaniem 1 (3%) osoby najmniej ludzie umierający boją się cierpienie egzistencjalnych.

Na kolejne pytanie 32 (80%) ankietowanych odpowiedziało, że wiara ma wpływ na lepsze przeżywanie trudnych chwil, ponieważ chorzy mają dodatkowy element oparcia w Bogu, natomiast 4 (10%) badanych nie ma zdania w tej sprawie. Innej odpowiedzi udzieliło 4 (10%) ankietowanych.



## Dyskusja

Według definicji określonej przez WHO opieka paliatywna jest to wszechstronna i całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na choroby nieuleczalne. Opiera się na zwalczaniu bólu i neutralizowaniu cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganiu rodzin chorych w czasie trwania choroby i w okresie osierocenia [2]. W badaniu przeprowadzonym wśród 40 wolontariuszy na pytanie dotyczące stosunku do opieki paliatywnej zdecydowana większość respondentów – 21 (52%) badanych odpowiedziała, że opieka paliatywna to zapewnienie pomocy psychologicznej, duchowej i socjalnej pacjentowi u kresu życia. Śmierć godna określana jest jako śmierć naturalna i świadoma. Pod pojęciem godnej śmierci rozumiemy również niezgodę na uporczywą terapię przedłużającą umieranie, aczkolwiek nie jest to w żadnym wypadku zgoda na eutanazję, ani w formie czynnej (ingerującej w ludzkie życie), ani w formie biernej (przyspieszającej śmierć poprzez zaniechanie działań, takich jak odżywianie, nawadnianie, opieka czy podawanie środków przeciwbólowych wobec chorego) [1]. Wśród pytań zadanych ankietowanym wolontariuszom było zapytanie, co respondenci rozumieją pod pojęciem godnej śmierci w hospicjum. Większość ankietowanych stwierdziło, że godna śmierć w hospicjum to śmierć spokojna w otoczeniu najbliższych. Było to zdanie 18 (45%) badanych. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (IASP) intepretuje ból jako nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z działaniem uszkodzającego bodźca. Natomiast cierpienie określane jest jako negatywny stan fizyczny lub psychiczny, który wiąże się z doznaniem negatywnych emocji jak: smutek, lęk, poczucie krzywdy [5]. W odpowiedzi na pytanie dotyczące postrzegania bólu i cierpienia 21 (53%) wolontariuszy odpowiedziało, że ból i cierpienie to doznanie fizyczne, duchowe i psychiczne. Jednym z pytań, które pojawiło się w ankiecie było pytanie dotyczące zdania wolontariuszy, czego najbardziej boi się człowiek u kresu życia. Ból i cierpienie fizyczne pojawiło się na drugim miejscu wśród udzielonych odpowiedzi – jest to zdanie 6 (15%) respondentów, natomiast jako priorytetową odpowiedź ankietowani uznali strach przed byciem ciężarem dla innych – tak twierdziło 8 (20%) osób oraz utratę godności – tego zdania było również 8 (20%) badanych. Zgodnie z definicją WHO hospicjum to miejsce, gdzie świadczona jest całościowa opieka nad pacjentem chorującym na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu postępujące choroby. W hospicjum opieka sprawowana jest u kresu ży-

cia pacjenta. Pacjent ujmowany jest w sposób holistyczny [5]. Mimo to w literaturze często spotyka się kojarzenie hospicjum z umieralnią. Wolontariusze zapytani o postrzeżenie hospicjum w Polsce, a dokładniej czy traktowane jest jako umieralnia odpowiedzieli, że tak, ponieważ większość osób nie wie jak hospicjum wygląda „od środka”. W odpowiedzi na pytanie, z czym kojarzy się hospicjum ankietowanym najczęściej udzielaną odpowiedzią była odpowiedź, że jest to godne umieranie. Takiej odpowiedzi udzieliło 29 (73%) respondentów. Badanie na podobny temat przeprowadzono wśród 50 (100%) osób personelu medycznego i 50 (100%) studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W prezentowanych badaniach 68% personelu medycznego i 44% studentów pierwszą myśl o hospicjum kojarzy z godnym umieraniem. Większość badanych (80% personelu medycznego i 68% studentów) twierdzi, że hospicja są potrzebne, gdyż jest to miejsce dla osób nieuleczalnie chorych. Ze stwierdzeniem, że hospicjum to też życie zgadza się 92% personelu medycznego i 42% studentów. Społeczeństwo zbyt mało uwagi poświęca na promocję opieki paliatywnej – jest to zdanie 94% badanych [5]. Wobec tego bardzo istotne jest propagowanie idei hospicjum w społeczeństwie. Szczególnie poprzez różnego rodzaju akcje charytatywne oraz audycje telewizyjne i radiowe.

## Wnioski

1. Celem hospicjum jest afirmowanie życia i większość respondentów zgadza się ze stwierdzeniem, że hospicjum to przede wszystkim życie.
2. Większość ankietowanych uważa, że hospicja w Polsce są potrzebne. Badani respondenci w większości myślą o hospicjum pozytywnie.
3. Zdaniem większości respondentów hospicjum postrzeżenie jest przez społeczeństwo jako umieralnia, jednocześnie pierwszym skojarzeniem dla 73% badanych wolontariuszy związanym z hospicjum jest godna śmierć.

## Piśmiennictwo

1. Binnebesel J., Krakowiak P., Modlińska A.: Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego. Via Medica, Gdańsk 2008, 12–25, 213–225.
2. de Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2006, 20–45.

3. Łuczak J.: Wezwania dla zespołów opieki paliatywno-hospicyjnej. *Onkologia Polska*, 2006, 9 (4), 113–117.
4. Krakowiak P.: Podręcznik wolontariusza hospicyjnego. *Via Medica*, Gdańsk 2008, 35–45.
5. Pietruk K., Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologii. Hospicjum to przede wszystkim życie. *Probl Hig Epidemiol*, 2009, 90 (1), 120–125.



Agata Szamborska<sup>1</sup>, Karolina Pietruk<sup>2</sup>

## Człowiek hospicjum, czyli model wolontariatu w opiece paliatywnej

### Wstęp

Wolontariat jest formą zaangażowania, opierającą się na dobrowolności, nieodpłatności i głębszej motywacji, skłaniającej do poświęcania swojego czasu i swoich zdolności innym ludziom sobie nieznanym [2]. Wolontariusz to osoba fizyczna, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje pracę na zasadach określonych w ustawie o działalności pożytku publicznego i wolontariacie [3].

Potencjalnie wolontariuszem może być każdy, w każdej dziedzinie życia społecznego, wszędzie tam, gdzie taka pomoc jest potrzebna.

Wolontariusz medyczny to osoba, która jest członkiem zespołu terapeutycznego, może posiadać specjalistyczne wykształcenie, wykonuje czynności fachowe lub osoba nie mająca wykształcenia i wykonuje czynności pomocnicze. Pracuje bezpośrednio z pacjentem – pomaga mu w pielęgnacji, spożywaniu posiłków, przebywa z nim, czyta mu książki lub gazety [4]. Aby zostać wolontariuszem medycznym, należy być pełnoletnim i ukończyć specjalistyczny kurs przygotowawczy. Podczas kursu wolontariusz nabywa umiejętności pomagające mu w opiece nad pacjentem, ale też uczy się rozmawiać z chorym i jego rodziną [5].

Wolontariusz akcyjny nie pracuje bezpośrednio z pacjentem, wykonuje natomiast prace wspomagające codzienne funkcjonowanie hospicjum. Pomoc takiego wolontariusza jest szczególnie przydatna podczas organizowanych akcji promocyjnych i charytatywnych. Do obowiązków

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

wolontariusza akcyjnego należą: przygotowywanie i dystrybucja materiałów i zaproszeń, przygotowywanie i przeprowadzenie akcji, czy szukanie sponsorów.

Osoby chętne do niesienia pomocy przydatne są także w hospicjum czy wspierającego go stowarzyszenia, kiedy to pomocy wymagać może, m.in. prowadzenie strony internetowej, pozyskiwanie nowych wolontariuszy, utrzymywanie kontaktów z rodzinami pacjentów, rozsyłanie podziękowań darczyńcom. Ponadto, wykorzystując swoje umiejętności, wolontariusze pomagają hospicjom jako prawnicy, ogrodnicy, tłumacze, kierownicy, malarze itp. [6].

Zakres prawa wolontariatu hospicyjnego zawiera przepisy powszechnie obowiązujące dotyczące wolontariatu, zawarte w aktach prawnych i ustalane przez hospicjum przepisy wewnętrzne określające szczegółowe zasady działania wolontariatu zindywidualizowane do potrzeb określonej placówki.

Wolontariusz powinien też posiadać kwalifikacje i spełniać wymagania odpowiednie do rodzaju i zakresu wykonywania pracy tylko wtedy, jeśli obowiązek posiadania takich kwalifikacji i spełniania stosownych wymagań wynika z odrębnych przepisów prawnych. Wolontariusz zobowiązany jest do tajemnicy zawodowej, gdyż ujawnienie informacji może wyrządzić szkodę osobie, której dotyczą.

W związku ze szczególnym charakterem pracy wolontariusza w opiece nad pacjentami, istotne wydaje się ustanowienie przez hospicjum regulaminu wolontariatu lub innego aktu wewnętrznego, przewidującego obowiązki wolontariusza. Hospicjum ma swobodę w ustanowieniu obowiązków wolontariusza. Może to tylko uczynić w takim zakresie, aby ustalone obowiązki nie pozostawały w sprzeczności z powszechnie obowiązującymi przepisami.

Przepisy ustawy w sposób jednoznaczny definiują, w jakich obszarach działalności można angażować ochotników, określają rodzaje placówek i instytucje, które mogą w codziennej działalności korzystać z pomocy wolontariuszy oraz w jaki sposób współpraca z nimi powinna być zorganizowana. Zakres prawa wolontariatu hospicyjnego zawiera przepisy powszechnie obowiązujące dotyczące wolontariatu, zawarte w aktach prawnych i ustalane przez hospicjum przepisy wewnętrzne określające szczegółowe zasady działania wolontariatu zindywidualizowane do potrzeb określonej placówki.

Do najistotniejszych aktów prawnych, na których opiera się praca wolontariuszy w hospicjum w Polsce, należą:

- ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. [11]
- ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r.
- ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r.

### **Cel pracy**

Celem badań była próba odpowiedzi na poniższe zagadnienia:

1. Kim są wolontariusze hospicjum?
2. Jaką pełnią rolę w hospicjum?
3. Co wolontariuszom daje satysfakcje w pracy z osobami terminalnie chorymi?

### **Materiał badania**

Przeprowadzenie ankiety wśród wolontariuszy hospicjum jest trudne, gdyż nie mają oni określonych godzin pracy i działają indywidualnie w zależności od czasu i własnych możliwości. Jedynym kryterium była regularna, deklarowana praca wolontaryjna w hospicjum.

Najliczniejszą grupę stanowią osoby pomiędzy 19. a 25. rokiem życia, jest ich 11 osób (27% badanych). Drugą, co do liczebności grupę stanowią osoby w przedziale wieku 46–55 lat. Jest ich 8 osób (20% grupy). W pozostałych grupach wiekowych rozkład jest prawie równomierny 4–5 osób (10–13%). 75% (30 osób) stanowią kobiety, a co czwarty badany jest mężczyzną. Najliczniejszą grupę stanowią osoby stanu wolnego. Jest ich 25 osób, czyli prawie 2/3 (62%). Dwanaścioro wolontariuszy (czyli 30%) stanowią osoby w związku małżeńskim. Przedstawione dane dotyczące wykształcenia wskazują, że w grupie przeważają osoby z wykształceniem wyższym – 42% (17 osób). Jedna trzecia wolontariuszy ma wykształcenie średnie ogólne 30% (12 osób), 6 osób (15%) ma wykształcenie średnie zawodowe, a 13% osób (5 wolontariuszy) wykształcenie podstawowe, gdyż do tej grupy zostali zaliczeni także licealiści. Ponad 1/3 grupy (14 osób, czyli 35%) stanowią uczniowie i studenci. Prawie 1/5 (7 osób – 17%) to emeryci i renciści. Kolejne miejsca zajmują pracownicy biurowi (5 osób, czyli 12%) i osoby związane z zawodami medycznymi (4 osoby – 10%).

### **Metoda badania**

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem był kwestionariusz ankiety, który zawierał 6 pytań, które wchodziły w skład metryczki (wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, zawód wyuczony, za-

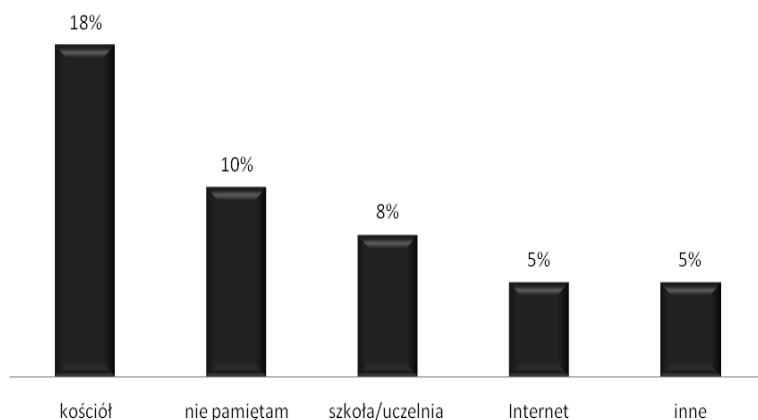
wód wykonywany) oraz 22 pytania (pytania zamknięte, w których badany musi ograniczyć się do odpowiedzi wykazanych w zestawie oraz pytania półotwarte, czyli takie, w których ankietowany ma możliwość swobodnej wypowiedzi). Badani zostali poinformowani, że ankieta jest anonimowa i służy do napisania pracy licencjackiej pt. „Człowiek hospicjum – czyli model wolontariatu w opiece paliatywnej”. Zapewniono im pełną anonimowość. Badanie wykonano w okresie od stycznia do marca 2009 roku. Badaniami objęto 40 wolontariuszy z trzech warszawskich hospicjów:

- Hospicjum – Caritas Archidiecezji Warszawskiej – Centrum Charytatywne „Res Sacra Miser” – ul. Krakowskie Przedmieście 62,
- Warszawskie Hospicjum Społeczne pl. Inwalidów 10 m. 73,
- Mokotowskie Hospicjum Świętego Krzyża Magazynowa 14.

## Wyniki badań

Zapytano wolontariuszy, jak dowiedzieli się o możliwości pracy w hospicjum i jak wyglądał początek ich pracy. Najczęściej źródłem informacji były media. Tą drogą uzyskało informację 1/3 badanych (13 osób, czyli 33%). Duże znaczenie miała rozmowa ze znajomymi i informacje w kościele (po 9 osób – 22%) (ryc. 1).

**Ryc. 1. Źródła informacji o możliwości bycia wolontariuszem hospicjum**



Pierwszy kontakt z kandydatem na wolontariusza miał przede wszystkim pracownik socjalny. Dotyczy to 17 osób, czyli 37% badanych.



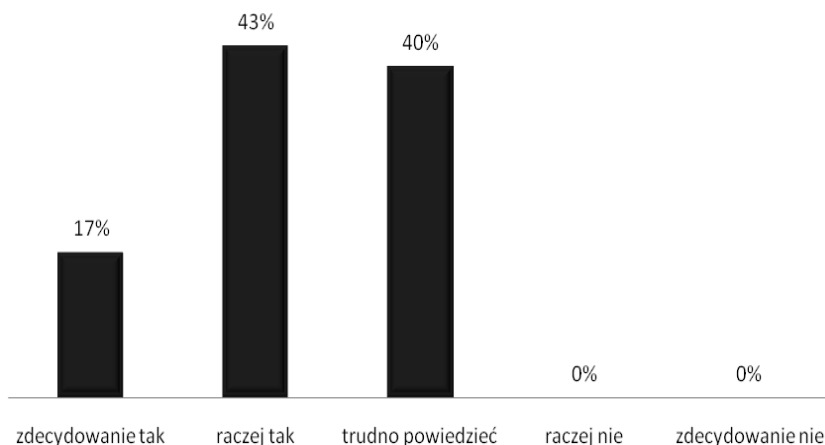
Z 1/4 kandydatów rozmowę wstępną przeprowadzał psycholog lub dyrektor hospicjum. Co dziesiąta osoba była wprowadzana przez doświadczonego wolontariusza (5 osób, czyli 11%).

Bycie wolontariuszem, szczególnie hospicyjnym, jest trudne, wymaga pewnych umiejętności i wiedzy i dlatego też zapytano, czy kandydaci przeszli odpowiednie szkolenie. Przeprowadzone badanie ukazuje, że 2/3 badanych, czyli 27 osób uczestniczyło w takich zajęciach. Niestety, aż 1/3 kandydatów zaczęła pracę bez przygotowania.

Przygotowaniem badanych wolontariuszy do pracy zajmowali się przede wszystkim pracownicy medyczni (26%), inni wolontariusze (23%) i psychologowie (21%). Szkoleniami także zajmują się koordynatorzy i pracownicy hospicjum. Wolontariusze w większości (2/3 badanych) byli zadowoleni z przeprowadzonych szkoleń (26 osób, czyli 65%), 1/3 nie miała zdania na ten temat.

W ankiecie badano również, w jakim stopniu wolontariusze czują się przygotowani do swojej pracy. Otrzymane wyniki przedstawiono na rycinie 2.

**Ryc. 2. Ocena własnego przygotowania do pracy jako wolontariusz**



Z badań wynika, że źródłem najsilniejszej motywacji bycia wolontariuszem hospicjum jest potrzeba pomagania ludziom ciężko chorym. Ilustruje to rycina 3, dotyczy to 44% (30 osób) badanych. Ważna jest również dla badanej grupy chęć zdobycia nowego doświadczenia (12 osób, czyli 17%) i ofiarowanie wolnego czasu innym (9 osób, czyli 13%).

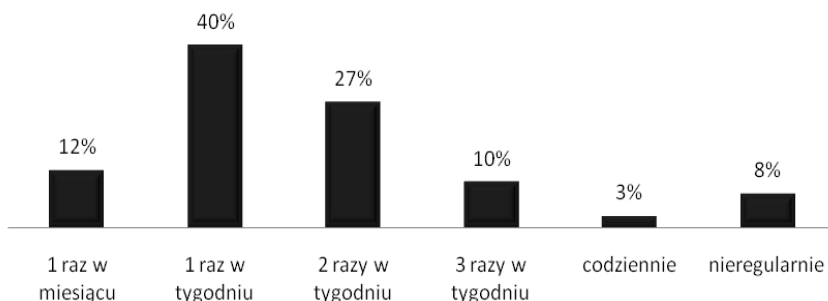
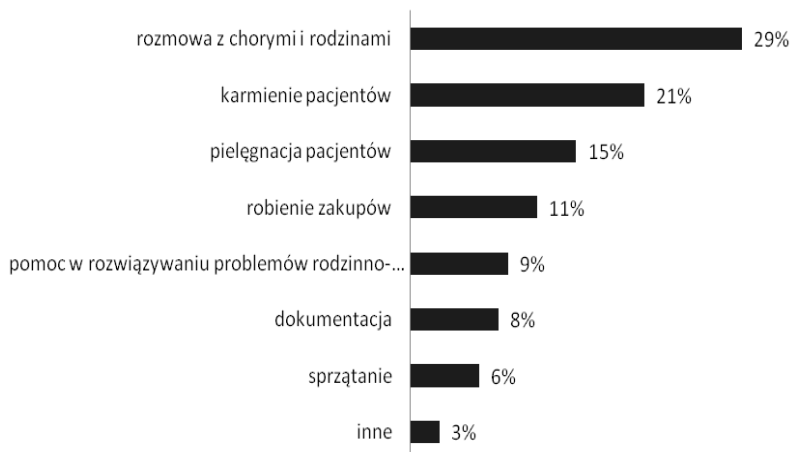
**Ryc. 3. Motywacja zostania wolontariuszem hospicjum**

Hospicja wyróżniają dwa podstawowe rodzaje wolontariatu: medyczny i niemedyczny (akcyjny). Wolontariusz medyczny to osoba, która uzupełnia pracę lekarza, psychologa, pielęgniarki i pracuje bezpośrednio z pacjentem. Okazało się, że w badanej grupie 38 osób (95%) to wolontariusze medyczni, 55 osób to wolontariusze niemedyczni, 16% pracuje zarówno jako wolontariusz medyczny, jak i niemedyczny.

Analizując wyniki badań dotyczące stażu pracy wolontariuszy hospicjum zauważono, że prawie połowę (19 osób – 48%) stanowią osoby ze stażem w przedziale 1–5 lat. Dużą grupę (9 osób, 22%) stanowią osoby o niewielkim stażu, które niedawno zaczęły pracę w hospicjum – przedział od 1 do 5 miesięcy. Tylko 4 osoby (10%) to wolontariusze pracujący ponad 5 lat w hospicjum.

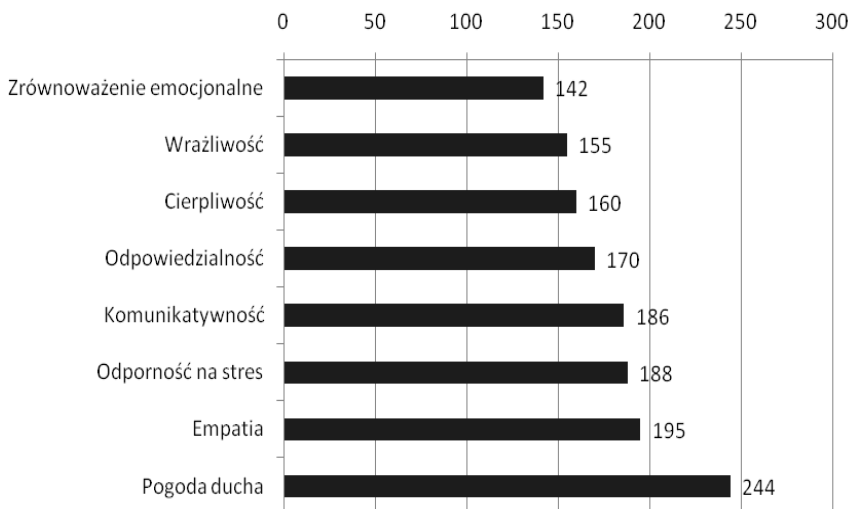
Kolejne pytanie dotyczyło częstotliwości odwiedzania chorych w hospicjum przez badanych wolontariuszy. Odpowiedzi przedstawia rycina 4.

Następne pytanie dotyczyło rodzaju pracy, jaką wykonują wolontariusze w hospicjum. Badani mieli możliwość podawania więcej niż jednej odpowiedzi. Rycina 5 przedstawia wyniki uszeregowane według częstotliwości występowania danego rodzaju zajęcia. Podstawowym zajęciem wolontariusza jest kontakt z chorymi i ich rodzinami, taki rodzaj zajęcia podało 34 badanych (85% badanej grupy). Drugim, najczęściej wymienianym zajęciem jest karmienie pacjentów (24 wybory – 61% badanych) i pielęgnacja pacjentów, tym zajmuje się 17 wolontariuszy, czyli 44% badanej grupy. Duży jest także udział zajęć dodatkowych, jak robienie zakupów,

**Ryc. 4. Częstotliwość pracy w hospicjum****Ryc. 5. Zakres obowiązków wolontariusza**

pomoc w rozwiązywaniu problemów rodzinno-bytowych i prowadzenie dokumentacji.

W celu poznania opinii badanych wolontariuszy na temat cech, jakie powinien posiadać dobry wolontariusz, stworzono wykaz ośmiu najważniejszych cech, których posiadanie może wpływać na jakość pracy wolontariusza. Lista miała charakter zamknięty, a badani mieli za zadanie uszeregować podane cechy według ważności, zaczynając od najważniejszej. Wyniki badania pokazuje rycina 6, sumując uzyskane miejsca każdej cechy w hierarchii wolontariuszy. Im ważniejsza cecha tym miejsce wyższe, czyli punktacja niższa. Okazało się, że najistotniejszymi cechami spośród podanych są: zrównoważenie emocjonalne, wrażliwość i cierpliwość.

**Ryc. 6. Cechy dobrego wolontariusza**

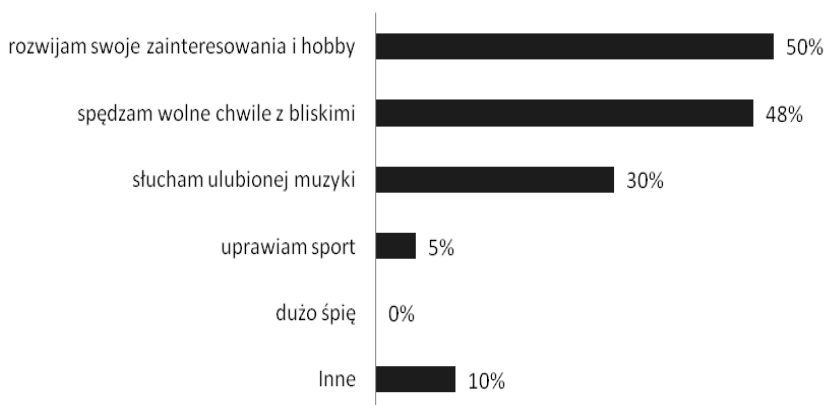
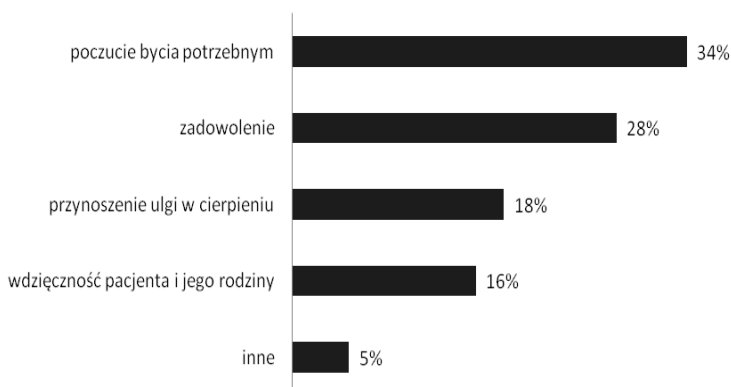
Według badanych najmniejsze znaczenie, w jakości pracy wolontariusza, ma pogoda ducha.

Pytano również badanych czy każdy, według nich, może zostać wolontariuszem. Okazało się, że 17 wolontariuszy, czyli 43% badanych uważa, że nie każdy może pracować w charakterze wolontariusza hospicjum, gdyż według nich trzeba posiadać pewne specyficzne cechy osobowości i odporność psychiczną. Jednocześnie 9 osób (23%) uznało, że każdy może zostać wolontariuszem. Pozostali (35%) nie mieli zdania na ten temat.

Ponieważ praca w hospicjum jest trudna i wyczerpująca emocjonalnie, respondenci byli proszeni o określenie, w jakim stopniu jest ona dla nich stresująca. Jak wynika z otrzymanych odpowiedzi (patrz rycina 22), dla 32 osób, (czyli 80%) nie jest ona stresująca (odpowiedzi: raczej nie lub zdecydowanie nie), a tylko dla 3 wolontariuszy jest ona dosyć stresująca.

Następne pytanie dotyczyło sposobu radzenia sobie ze stresem przez wolontariuszy. Z przedstawionych opcji najczęściej wybieranymi sposobami radzenia sobie ze stresem były: rozwijanie zainteresowań (20 osób, czyli 50% badanych) oraz spędzanie wolnego czasu z bliskimi (19 osób, czyli 48%). Wyniki ilustruje rycina 7.

Kolejne pytanie dotyczyło znaczenia wolontariatu dla badanych osób. Na rycinie 8 umieszczono rozkład procentowy odpowiedzi, jakich udzielili wolontariusze na pytanie: co im daje wolontariat. Istniała możliwość

**Ryc. 7. Sposoby radzenia sobie ze stresem****Ryc. 8. Wartości wynikające z pracy wolontariusza**

wybrania więcej niż jednej z podanych możliwości. Nawiązując do poprzedniego pytania zapytano wolontariuszy o poziom satysfakcji, jaką przynosi wykonywanie pracy wolontariusza hospicjum. Odpowiedzi pozytywnej (zdecydowanie tak i raczej tak) udzieliło 38 osób, czyli 95% badanych, a pozostali (2 osoby) nie miały zdania na ten temat.

Ostatnie pytania ankiety miały opisać, jak badani wolontariusze spostrzegają zainteresowanie społeczeństwa wolontariatem hospicyjnym i jaki jest stosunek ludzi z ich otoczenia do tego rodzaju działalności. 32 osoby (czyli 80%) spotyka się z pozytywnym nastawieniem innych, 6 osób (czyli 14%) mówi o obojętności. Jedna osoba ma doświadczenia negatywne.

Interesująca była również opinia badanych wolontariuszy na temat zainteresowania społeczeństwa wolontariatem. Okazało się, że w skali od zdecydowanie tak do zdecydowanie nie, 25 osób, czyli 62% uważa, że społeczne zainteresowanie wolontariatem wzrasta, a 9 osób, czyli 23% uważa, że zainteresowanie maleje.

Kolejne pytanie dotyczyło zachęcania innych do podejmowania pracy wolontariusza. Okazało się, że 26 osób (65%) zawsze, kiedy ma okazję propaguje ideę pracy, jako wolontariusz, 8 osób (20%) nie robi tego, ponieważ uważa, że za krótko pracuje, a 6 osób (15%) nie ujawnia się ze swoją działalnością.

Sprawdzono również czy wolontariusze znają daty dotyczące dnia, kiedy przypada Światowy Dzień Hospicjum i Dzień Wolontariusza. Okazało się, że tylko prawie połowa (19 osób, czyli 47%) potrafiła podać prawidłowe daty.

## Omówienie

Praca wolontariusza jest specyficzna i bardzo trudna, gdyż opieka nad umierającym chorym wymaga wielu umiejętności w komunikowaniu się z chorym i jego rodziną oraz odporności psychicznej i umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Zwiększa się co roku ilość osób, u których wykrywa się nowotwory. Z przeprowadzonych badań prognozuje się, że w 2010 roku w Polsce zachoruje 160 000 osób na nowotwory złośliwe i wiele z nich będzie potrzebowało specjalistycznej opieki [6].

Zaawansowana, postępująca choroba o niekorzystnym rokowaniu stanowi wyzwanie dla cierpiącego chorego, rodziny oraz personelu medycznego i wolontariuszy opieki paliatywno-hospicyjnej.

Powstanie hospicjów to odpowiedź na konkretne potrzeby społeczeństwa. Niezwykle ważne było utworzenie miejsca hospicjum bezpiecznego dla cierpiących chorych, w którym interdyscyplinarny zespół zapewnia ulgę w cierpieniu chorym u schyłku życia [1]. W pracy została podjęta próba zbadania wolontariuszy pracujących w hospicjum.

Trudno wyobrazić sobie funkcjonowanie wielu ośrodków paliatywno-hospicyjnych bez pomocy wolontariuszy: „bez wolontariuszy opieka paliatywna nie byłaby tym, czym jest”. Ich obecność sprawia, że hospicja to bardziej domy niż jednostki opieki medycznej”, a atmosfera w nich panująca jest bardziej przyjacielska i rodzinna niż szpitalna.

Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie: jacy są wolontariusze hospicjum? Czy praca daje im satysfakcję? Szukano odpowiedzi na

pytania: czy wolontariusze stanowią zbiorowość kreatywną, świadomą roli wolontariatu hospicyjnego?

Hospicja stanowią nietypowy przykład organizacji, w której duże znaczenie ma praca wolontariuszy. Od ich aktywności, zaangażowania i wiedzy zależy dobro pacjenta. Na podstawie badań można stworzyć portret wolontariusza pracującego w hospicjach.

W pracę wolontaryjną częściej angażują się kobiety wolne (75%). Znaczącą grupę stanowią uczniowie liceum i studenci (35%) oraz osoby z wyższym wykształceniem (83%).

W tę szczególnie trudną pracę wolontariusza hospicjum zaangażowane są głównie osoby związane z zawodami medycznymi (lekarz, pielęgniarka, psycholog), a istotną grupę stanowią także nauczyciele.

Z badań fundacji „Hospicjum to też życie” wynika, że każdego dnia 300 osób ma postawioną diagnozę choroby nowotworowej, a w każdej godzinie umiera 9 chorych. Tylko 30% chorych ma szansę przeżyć to największe wyzwanie dla współczesnej medycyny i największe zagrożenie dla świata.

W tej sytuacji coraz więcej osób będzie potrzebowało pomocy i wsparcia całego zespołu hospicjum, w tym także wolontariuszy. Dlatego ważne jest pozyskiwanie nowych osób do pracy. Z przeprowadzonych dla potrzeb tej pracy badań wynika, że 1/3 wolontariuszy dzięki informacji przekazywanych przez media zaczęła pracować w hospicjum, a 1/5 dzięki znajomym została wolontariuszami. Nowi wolontariusze przyjmowani są do pracy przede wszystkim przez pracownika socjalnego. Większość kandydatów przechodzi szkolenia przygotowujące do pracy w hospicjum, ale 1/3 nie uczestniczyła w takich zajęciach. Ludzie zostają wolontariuszami głównie dlatego, że czują potrzebę pomagania innym, co 5 chce zdobyć nowe doświadczenie, a inni wolontariusze mają czas i chcą ofiarować go chorym. W większości hospicjum pracują wolontariusze medyczni, a tylko kilka procent zajmuje się sprawami organizacyjnymi. Prawie połowa badanych ma dosyć krótki staż pracy, od 1 do 5 lat, a co 5 przepracował w hospicjum dopiero kilka miesięcy. Poświęcają oni na pracę ok. 5 godz. przychodząc 1–2 razy w tygodniu. Wolontariusze najwięcej czasu poświęcają na rozmowę z pacjentem i jego rodziną, pomagają też w karmieniu, pielęgnacji i zakupach. Przedmiotem badania było również, jakie cechy w opinii badanych powinien mieć dobry wolontariusz. Prawie połowa badanych uważa, że nie każdy może zostać wolontariuszem hospicjum. Potrzebne są pewne cechy osobowości. Ludzie, którzy tam pracują nie odczuwają stresu, w każdym razie

potrafią sobie z nim radzić, dzięki licznym zainteresowaniom i częstym kontaktom z bliskimi i przyjaciółmi.

Na pytanie: „co daje wolontariat” 2/3 odpowiedziało, że poczucie bycie potrzebnym i zadowolonym. Praca ta, choć trudna przynosi satysfakcję prawie wszystkim wolontariuszom.

Badanie dotyczyło również zagadnienia, jak otoczenie odbiera wolontariuszy, większość pozytywnie (80%) ocenia tego rodzaju pracę, 14% były to jednak osoby obojętne. Wolontariusze uważają, że wzrasta zainteresowanie wolontariatem (60%). Większość badanych osób namawia innych do podjęcia pracy w charakterze wolontariusza i często się to udaje.

Znaczenie wolontariatu we współczesnym świecie jest coraz większe. Świadczy o tym ustanowienie przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 5 grudnia Międzynarodowym Dniem Wolontariatu – jako dnia ludzi dobrej woli, którzy poświęcają swój czas, energię, umiejętności i próbują zmieniać życie innym ludziom. Wolontariusze działają z potrzeby serca, ale nie zależy im na rozgłosie i popularności, a nagrodą jest uśmiech i wdzięczność chorego i rodziny. Od wolontariuszy, ich osobowości, aktywności i zaangażowania zależy jakość pracy.

## Wnioski

1. 1/3 badanych nie przeszła szkolenia dla wolontariuszy, dlatego warto wprowadzać na szerszą skalę szkolenie dla wszystkich wolontariuszy hospicjum, dostarczając niezbędnej wiedzy psychologicznej, socjologicznej.
2. Dla 34% badanych wolontariat daje poczucie bycia potrzebnym.
3. Zdaniem badanych osób najważniejsze cechy, które powinien posiadać dobry wolontariusz to pogoda ducha i zdolność empatii.

## Piśmiennictwo

1. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, 56, 58–59, 447–451.
2. Kamiński T.: Prawdziwi obywatele. Caritas/1, s. 15.
3. Kozłowska B., Pawłowski L.: Prawa i obowiązki w wolontariacie hospicyjnym. [w:] Podręcznik wolontariusza hospicyjnego. Praca zbiorowa pod red. Krakowiak P., Modlińska A., Via Medica, Gdańsk 2008, 81, 88.
4. Kozłowska B.: Wolontariat i aspekty prawne. Fundacja hospicyjna „Hospicjum to też życie”, Gdańsk 2008, 3–4, 88.
5. <http://wolontariat.hospicja.pl>, 20–06–2009, godz. 21:40.
6. „Sytuacja epidemiologiczna chorób nowotworowych w Polsce i na świecie”, <http://www.farmacja.e-lama.pl>, 03–07–2009, godz. 21:50.



Kinga Krzywicka<sup>1</sup>, Natalia Patyk<sup>2</sup>

## Rola społeczna wolontariusza hospicyjnego

### Wstęp

Termin wolontariat, za Barbarą Kromolicką [1], jest najczęściej stosowany do określenia bezpłatnej, dobrowolnej, ochotniczej i świadomej pracy stałej lub okazjonalnej na rzecz innych, do której nie można kwalifikować rodziny, przyjaciół czy znajomych, którzy pomagając sobie nie robią tego wolontaryjnie. Wolontariat, który jednoznacznie kojarzy się nam z dynamicznie rozwijającym się sektorem organizacji pozarządowych, stanowi istotny element ich pracy oraz pozwala na stały progres. Jednakże pośród różnorodnych form wolontariatu w jakościowo zróżnicowanych organizacjach, na szczególną uwagę zasługuje wolontariat hospicyjny, który w rozumieniu samych wolontariuszy jest towarzyszeniem, czyli dawaniem swojego czasu. Czas w odniesieniu do kogoś, to umiera jest niepowtarzalny, bezcenny. Każda chwila jest czymś, co się nie powtórzy [2].

Faktem bezapelacyjnym jest, iż opieka paliatywna i hospicyjna na świecie oprócz lekarzy specjalistów, pielęgniarek, psychologów, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych i duszpasterzy nie może się obejść bez wolontariatu hospicyjnego [3]. To wolontariat tak naprawdę stworzył opiekę hospicyjną, gdyż wszystkie początkowe działania, które prowadziły do jej intensywnego rozwoju opierały się właśnie o ochotników, którzy bez przymusu, ale jednocześnie bez jakiegokolwiek wynagrodzenia pomagali nieuleczalnie chorym osobom.

---

<sup>1</sup> Doktorantka pedagogiki w Katedrze Pedagogiki Społecznej na Uniwersytecie Szczecińskim; pracownik Fundacji Zachodniopomorskiego Hospicjum dla Dzieci, m.in. jako koordynator wolontariatu hospicyjnego; absolwentka socjologii Uniwersytetu Szczecińskiego; w latach 2007/2008 wolontariuszka hospicyjna; obecnie stażystka Biura Karier Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Fundacja Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci

## 1. Podstawy metodologiczne przeprowadzonych badań

### 1.1. Przedmiot i cel badań

Przedmiotem badań było postrzeganie roli społecznej wolontariusza hospicjum przez osoby pełniące tego typu posługę. Według Ralfa Lintona *rola społeczna* powinna być odnoszona do pozycji (statusu) w grupie, a następnie do praw i obowiązków danej osoby zajmującej określoną pozycję [4].

Celem przeprowadzonego badania był opis postrzegania roli społecznej wolontariusza hospicyjnego przez osoby, które zdecydowały się na taką posługę.

### 1.2. Problem i hipoteza badawcza

Podstawowym warunkiem do rozpoczęcia badań naukowych jest sformułowanie problemu badawczego i hipotez roboczych określających cel i zakres planowanego badania.

Postawiony problem badawczy brzmiał: Jakie elementy tworzą rolę społeczną wolontariusza hospicyjnego?

Natomiast w odpowiedzi na powyższy problem badawczy wysunięto następującą hipotezę: Elementami tworzącymi rolę społeczną wolontariusza hospicyjnego są: obowiązki wynikające z pełnienia roli, oczekiwania względem wolontariusza oraz nagrody i kary (za przestrzeganie lub naganianie obowiązujących norm).

### 1.3. Charakterystyka terenu badań, próby badawczej, metody, techniki i narzędzia badawczego

Na terenie województwa zachodniopomorskiego działa jedno Hospicjum dla Dzieci, które powstało w 2005 roku. Celami jego działalności jest, m.in. promowanie idei opieki paliatywnej nad dziećmi, młodzieżą i dorosłymi wśród lokalnej społeczności, wspieranie organizacyjne i finansowe działań na rzecz pacjentów, gromadzenie sprzętu, organizowanie grupy wolontariackiej etc. Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci działa w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a jego pracownicy obejmują aktualnie opieką 33 nieuleczalnie chorych dzieci z terenu całego województwa.

Liczebność grupy wolontariackiej w Zachodniopomorskim Hospi-

cyjnym dla Dzieci waha się w granicach od 30 do 50 osób. Są to w większości ludzie młodzi w wieku od 16. do 25. roku życia, przeważają wśród nich kobiety. Wolontariusze rozpoczynają swoją posługę po zakończeniu cyklu szkoleń. Wówczas podpisują próbne, trzymiesięczne porozumienie o współpracy. W trakcie tego okresu zapoznają się z praktyczną stroną posługi w hospicjum, a co za tym idzie – podejmują decyzję dotyczącą dalszej współpracy. Badaniem została objęta koordynatorka wolontariatu wraz z grupą piętnastu wolontariuszy. Było wśród nich dwóch mężczyzn i czternaście kobiet w wieku od 18 do 61 lat. Dobór miał charakter celowy ze względu na chęć przeprowadzenia kontrolowanego rozrzutu, w związku z powyższym w grupie badanej musiały znaleźć się wszystkie kategorie ochotników ze względu na płeć, wiek, poziom wykształcenia oraz staż w pracy hospicyjnej.

Przeprowadzone badania miały charakter jakościowy, gdyż jak podkreślali M. B. Miles i A. M. Huberman [5] dane jakościowe są źródłem dobrze ugruntowanych, bogatych opisów i wyjaśnień procesów w jasno określonych kontekstach lokalnych. Badania zostały przeprowadzone za pomocą wywiadu osobistego, który pozwala na uzyskanie bezpośredniej relacji interpersonalnej, w której osoba prowadząca wywiad zadaje respondentowi pytania adekwatne do postawionej hipotezy badawczej [6].

#### 1.4. Organizacja i przebieg badań

Wywiady z wolontariuszami zostały przeprowadzone w pierwszej połowie 2008 roku. Były one rejestrowane za pomocą dyktafonu, o czym poinformowano respondentów. Z każdym spośród badanych przeprowadzono jedną rozmowę. Dla zbadania, jak wolontariusze postrzegają swoją rolę, zadawano im następujące pytania: jak rozumieją pojęcie wolontariatu hospicyjnego; jakie były ich motywacje do podjęcia roli wolontariusza; jak trafili do Zachodniopomorskiego Hospicjum dla Dzieci; czy brali wcześniej udział w innych działaniach prospołecznych. Ponadto badających interesowało, jakie cechy charakteru i wartości posiadają osoby pełniące tę rolę; jakie jest ich przygotowanie do pełnienia roli wolontariusza hospicyjnego i jak je oceniają. Następnie próbowano ustalić, jakie są etapy wchodzenia w rolę wolontariusza hospicyjnego, co należy do zadań i obowiązków w obrębie tej roli i jakich zasad należy przestrzegać wypełniając je. Zadawane pytania dotyczyły również oczekiwań kierowanych względem wolontariuszy oraz ewentualnych nagród i kar,

które przewidziane są za przestrzeganie lub nie ustalonych norm. Ponadto chciano poznać trudności, jakie mogą napotykać osoby w trakcie pełnienia roli wolontariusza. Każdy z wywiadów został zakończony pytaniami metryczkowymi (wiek, staż pracy w hospicjum, częstotliwość odwiedzania chorych, wykształcenie).

Pytania nie miały sztywnej konstrukcji – zadawano je respondentom w zmodyfikowanej formie oraz w różnej kolejności. Jeśli któreś z pytań okazywało się niezrozumiałe dla rozmówcy – było przeformułowywane. Wypowiedzi mało rozbudowane pogłębiano pytaniami dodatkowymi.

## 2. Wyniki badań

### 2.1. Wolontariat hospicyjny w ujęciu wolontariuszy

Rozważania dotyczące roli społecznej wolontariusza hospicyjnego zostaną rozpoczęte od przedstawienia sposobów definiowania pojęć, takich jak: *wolontariat hospicyjny* oraz *wolontariusz hospicyjny* przez samych wolontariuszy. Z uwagi na wykorzystanie w badaniach metody jakościowej, w powyższym doniesieniu wykorzystane zostaną dokładne wypowiedzi badanych osób w celu dokładnego przedstawienia eksplorowanej kwestii.

Wolontariat w rozumieniu samych wolontariuszy jest świadczeniem bezinteresownej pomocy nieuleczalnie chorym osobom oraz angażowanie się we wszelkie akcje promujące ideę hospicyjną. „Bezinteresowna pomoc na pewno przy hospicjum, ale nie tylko przy hospicjum dla dzieci w takim, gdzie teraz działam, ale też dla osób starszych. Na pewno bezinteresowną bez żadnych wynagrodzeń, bez pieniędzy” (studentka Ekonomii i Socjologii, 22 lata, w3). „Pojęcie to w moim rozumieniu oznacza bezinteresowne zaangażowanie się w działania danego hospicjum poprzez bezpośredni kontakt wolontariusza z osobami chorymi i ich najbliższą rodziną, przez branie udziału w akcjach i zbiórkach organizowanych przez hospicjum” (licealistka, 18 lat, w15). Wolontariusze często w swoich definicjach używali sformułowania „niesienie pomocy”, w której skład wchodzi – w przypadku hospicjum dziecięcego – zapewnienie rozrywki poprzez gry, zabawy, rozmowy, urozmaicanie czasu wolnego. „To przede wszystkim pomoc w hospicjum, [tutaj] w przypadku hospicjum dziecięcego będzie to przebywanie z dziećmi, z podopiecznymi, którym w danej chwili można zapewnić rozrywkę w postaci rysowania, układania klo-

ców i grania w piłkę, co tylko można” (studentka Filologii angielskiej, 24 lata, w9). W definicjach wolontariusze często uwzględniają kwestie uczuć, jak miłość czy radość oraz dzielenie się tymi pozytywnymi emocjami z ludźmi potrzebującymi. „Wolontariusz to jest taka osoba, która ma bardzo dużo miłości w sercu i się tą miłością dzieli z tymi, którzy jej potrzebują. Takie jest moje pojęcie tego słowa. Jest to osoba, która ma nadmiar miłości i dzieli się po prostu” (kobieta, emerytka, 61 lat, w2). Część respondentów definiowała pojęcie wolontariatu jako niesienie pomocy w kategorii wkładu własnego w życie społeczne oraz pomocy w adaptacji podopiecznego do społeczeństwa. „Pomoc nieuleczalnie chorym. (...) Ludzie nieuleczalnie chorzy bardzo często są odrzucani przez społeczeństwo. Tu jest nasza rola pomocy w adaptacji, tak aby nie czuli się odrzucony” (licealistka, 18 lat, w7).

Wolontariusze, tworząc swoje definicje wolontariatu hospicyjnego, najczęściej określali go jako bezpłatną, bezinteresowną pomoc świadczoną osobom śmiertelnie chorym, jak i ich najbliższej rodzinie. Niesioną przez siebie pomoc określają najczęściej jako wspólne spędzanie wolnego czasu, zapewnianie rozrywki, tj. gry, zabawy, rozmowy. Część wolontariuszy postrzegało swoją działalność jako przeciwdziałanie alienacji społecznej osób chorych, a inni – jako własny wkład w życie społeczne.

## 2.2. Typologia roli społecznej wolontariusza hospicyjnego

W Zachodniopomorskim Hospicjum dla Dzieci wolontariat hospicyjny dzieli się na dwa typy – wolontariat przy łóżku chorego pacjenta oraz wolontariat akcyjny, przy czym na wolontariat przy łóżku chorego pacjenta składa się wolontariat domowy i wolontariat szpitalny.

Badani wskazywali w wywiadach na trzy etapy stawania się wolontariuszem hospicyjnym. Według nich pierwszy etap stanowi wolontariat akcyjny, drugi – szpitalny, a ostatni – wolontariat domowy. Respondenci podkreślali, że wszystkie trzy typy wolontariatu składają się na wolontariat hospicyjny. „Hospicjum proponuje wszystkie z tych wymienionych działań. Zaczyna się jednak najpierw od festynów, zbiórek – na próbę. Po trzech miesiącach dopiero dochodzi do decyzji o wyjściu do szpitala, a później do domu danego dziecka” (licealistka, 17 lat, w12).

Kierując się rozważaniami wolontariuszy i wskazanym przez nich podziałem, stworzono typologię roli społecznej wolontariusza hospicyjnego, do której zaliczono rolę społeczną wolontariusza: akcyjnego i przy łóżku chorego pacjenta (szpitalnego i domowego).

## 2.3. Rola społeczna wolontariusza akcyjnego

### 2.3.1. Obowiązki wynikające z pełnienia roli wolontariusza akcyjnego

Podstawowym obowiązkiem wynikającym z pełnienia roli wolontariusza akcyjnego jest wspieranie codziennego funkcjonowania hospicjum. Rola ta nie jest bezpośrednio związana z pomocą nieuleczalnie chorym pacjentom, jednakże ma duże znaczenie z punktu widzenia przyszłości organizacji. „Formą posługi jest rozdawanie ulotek. Mamy na przykład taką akcję, której głównym celem jest namawianie ludzi, aby oddali 1% ze swojego podatku na cele hospicyjne, no i staramy się jakoś propagować tę ideę” (licealista, 18 lat, w8). „Na Wałach Chrobrego była taka akcja z zielonymi kartkami z okazji akcji »Hospicjum to też Życie«, jeszcze pamiętam, że żonkile rozdawało się – czyli kwesty różnego rodzaju” (licealistka, 18 lat, w7).

Kolejnym zadaniem wynikającym z pełnienia roli wolontariusza akcyjnego jest propagowanie idei hospicyjnej wśród społeczności lokalnej i szerzej – społeczeństwa. W tym miejscu należałoby wspomnieć o prowadzonych kampaniach ogólnopolskich, tj. „Hospicjum to też Życie” czy „Umierać po ludzku”, przez które hospicja w całej Polsce próbują zwalczać obecny jeszcze często stereotyp hospicjum jako „umieralni”, a w których nieocenioną rolę odgrywają właśnie wolontariusze akcyjni. „Można kogoś czegoś dobrego nauczyć, czy nawet sam fakt, że się mówi, że się jest wolontariuszem, to może dać coś komuś do myślenia, że to jest całkiem fajna droga (...). Ludzie często zapominają, że można pomagać innym, gdzieś tam są zamknięci w swoich skorupkach i nagle się pojawia jakiś wolontariusz, to też może otworzyć jakieś drzwiczki” (studentka Filologii angielskiej, 24 lata, w9).

### 2.3.2. Oczekiwania względem roli wolontariusza akcyjnego

Oczekiwania, jakie są kierowane względem wolontariuszy akcyjnych, pochodzą głównie od koordynatora, który oczekuje ich uczestnictwa w organizowanych akcjach i imprezach. „Właściwie nie jest powiedziane, że wolontariusze, którzy chodzą do dziecka muszą być wolontariuszami akcyjnymi. Natomiast patrząc na tych, którzy chcą brać udział w takich akcjach bardziej przyjaznym okiem, na pewno jestem wdzięczna, że jeszcze czas dodatkowy potrafią poświęcić, żeby pomóc pracownikom hospicjum w organizowaniu różnego rodzaju imprez” (kobieta, koordynator wolontariuszy, 29 lat, w14).

### 2.3.3. Nagrody i kary dotyczące roli wolontariusza akcyjnego

Wolontariusze, jak sama nazwa wskazuje, okazują swoją pomoc bez oczekiwania zapłaty. Sami w swoich wypowiedziach ukazywali pozytywy z bycia ochotnikiem w hospicjum w następujący sposób: „Jestem z natury osobą nieśmiałą i raczej nie brałam udziału w jakichś publicznych wystąpieniach i tutaj nastąpiło takie zderzenie – trzeba było iść na kwesty, koncerty, zbierać datki, przemawiać publicznie. Obecnie wystąpienia publiczne nie stanowią dla mnie problemu, po prostu nabrałam trochę wprawy i pewności siebie” (studentka Politologii, 24 lata, w16).

Udział w akcjach kojarzy się wolontariuszom również z miło spędzonym czasem, w atmosferze sprzyjającej nawiązywaniu nowych kontaktów: „Na kwestach zawsze jest wesoło. Przewija się dużo ludzi, poznaje się nowe twarze, nawiązuje nowe kontakty. No i przez to my – wolontariusze – też się integrujemy. Można powiedzieć, że płyną z tego korzyści dla obu stron – i dla wolontariuszy, i dla hospicjum” (studentka Politologii, 24 lata, w16). Respondenci nie przypominali sobie sytuacji ukarania wolontariuszy akcyjnych.

### 2.3.4. Trudności wynikające z pełnienia roli wolontariusza akcyjnego

Największą trudność w wypełnianiu swoich obowiązków wolontariusze widzą w bierności społeczeństwa, braku zainteresowania dla organizowanych akcji czy nieodpowiednim traktowaniu wolontariuszy przez poszczególne jednostki. „Kiedy widzisz, że twoje starania nie przynoszą spodziewanego efektu (...), ludzie nie za bardzo chcą wspomóc nasze hospicjum (...). Pamiętam, jak rozdawaliśmy ostatnio ulotki dotyczące przekazania 1% na cele dobroczynne, to gdy dałam ulotkę pewnemu panu, to się zapytał, ile dostaję za tę robotę, czy płacą mi od rozdanej ulotki. A jak mu powiedziałam, że robię to za darmo, bo jestem wolontariuszką, to spojrzął się na mnie jak na jakiegoś dziwaka i odszedł” (studentka Politologii, 24 lata, w16).

## 2.4. Rola społeczna wolontariusza szpitalnego

### 2.4.1. Obowiązki wynikające z pełnienia roli wolontariusza przy łóżku chorego pacjenta

Do podstawowych obowiązków wynikających z pełnienia roli wolontariusza przy łóżku chorego pacjenta należy zapewnianie rozrywki chorym dzieciom. Może to mieć postać gier, zabaw, czytania bajek, wspól-

nego oglądania kreskówek czy zwyczajnej rozmowy. „Spędzanie czasu z dzieckiem, umilanie mu tego czasu w szpitalu, leżenia. Przecież dziecko w szpitalu też chce się bawić” (licealistka, 18 lat, w7). Rola takiego wolontariusza często polega na ogólnie pojętej pracy opiekuńczej, której wymierny charakter wyjątkowo widać w stosunku do opuszczonych dzieci w szpitalu: „Szczególnie jest to ważne w stosunku do dzieci, które są porzucone, bo zdarzają się też takie dzieci na oddziale (...); nie mają rodziców, nie mają rodzeństwa” (kobieta, koordynator wolontariuszy, 29 lat, w14).

#### **2.4.2. Oczekiwania względem roli wolontariusza przy łóżku chorego pacjenta**

Oczekiwania, jakie płyną względem wolontariusza można podzielić na trzy zasadnicze kategorie: oczekiwania małych pacjentów, rodziców, personelu medycznego i koordynatora wolontariatu. Według respondentów pacjenci oczekują od swoich towarzyszy urozmaicenia wolnego czasu, przerwania nudy zabawą, czasem rozmowy lub jedynie niemej obecności. „Dzieci czekają na kogoś, kto specjalnie do nich przyjdzie i przerwie nudę, która wkrada się w ich życie” (księgową, 26 lat, w13). Oczekiwania rodziców będą oczywiście odmienne: „Żebyśmy się zajęli tymi dziećmi, żeby rodzice mogli pójść spać, albo na kawę (...). Czasami dziecko tak się nie cieszy z wolontariusza, jak się rodzic cieszy, że może iść na papierosa na przykład” (licealistka, 18 lat, w11). Personel medyczny oczekuje od wolontariuszy współpracy, pomocy przy chorym pacjencie: „Oni nie są od tego, aby zastąpić pielęgniarkę czy lekarza. To nie chodzi o to, aby oni byli pracownikami medycznymi, natomiast wydaje mi się, że pewną wiedzę muszą mieć” (kobieta, koordynator wolontariuszy, 29 lat, w14).

#### **2.4.3. Nagrody i kary dotyczące roli wolontariusza przy łóżku chorego pacjenta**

Nagrody, jakie otrzymują wolontariusze należy rozpatrywać dwójako. Zakres praktyczny dotyczy zdobywania doświadczenia podczas szkoleń i późniejszej pracy z dzieckiem: „Wiem, że wolontariusze wykorzystują to sobie do CV, albo patrząc pod kątem przyszłej pracy taką usługę w wolontariacie” (studentka Ekonomii i Socjologii, 22 lata, w3). Natomiast element duchowy to czerpanie radości z usługi, która daje poczucie przydatności: „Myślę, że ja nawet więcej dostaję niż te dzieci dostają” (kobieta, emerytka, 61 lat, w2). Natomiast, jeśli chodzi o kary



to osoby, które nie uczestniczą w spotkaniach wolontariackich i nie odwiedzają chorych w wyznaczonych terminach są wykreślane z listy wolontariuszy hospicjum: „(...) jeśli się nie wywiązywał ze swoich obowiązków, nie był systematyczny w swoich działaniach, nie przychodził na spotkania, no to ktoś taki miał być usuwany” (licealistka, 18 lat, w5).

#### **2.4.4. Trudności wynikające z pełnienia roli wolontariusza przy łóżku chorego pacjenta**

Wolontariusze twierdzą, że w początkowym etapie, kiedy rozpoczęli swoją działalność hospicyjną, największe trudności nastęrczały im problemy bezpośredniego kontaktu z chorym dzieckiem: „Chodzę do szpitala, pomagam tam. Najtrudniejszą rzeczą tam jest tak właściwie zaprezentować się za pierwszym razem, żeby dziecko jakoś cię pozytywnie odebrało” (licealista, 18 lat, w8). Wielką trudność sprawia wolontariuszom rozmowa z dziećmi na trudne tematy dotyczące choroby, bólu i śmierci „Zawsze jest taki może nie tyle lęk, ale wyzwanie – pytanie dzieci typu »co się ze mną stanie?«” (licealista, 18 lat, w8). Respondenci zdają sobie sprawę, że mają do czynienia z dziećmi nieuleczalnie chorymi, z których pewna część umrze. Pomimo tego, że teoretycznie są do tego przygotowani, ciężko znoszą każdą wiadomość o pogorszeniu się zdrowia podopiecznego. „Dużą trudnością jest ta, kiedy umiera twój pierwszy podopieczny i przygotowanie się do tego jest też takim problemem, bo nie wiadomo, kiedy ten podopieczny umrze” (studentka Stosunków międzynarodowych, 24 lata, w6).

### **Podsumowanie**

Bycie i stawanie się wolontariuszem hospicyjnym odgrywa niezwykle ważną rolę w kształtowaniu charakteru młodego człowieka, ale również wzbogaca ludzi starszych. Tego rodzaju działalności, która łączy się z bezpośrednim towarzyszeniem osobie nieuleczalnie chorej, cierpiącej i jej rodzinie musi towarzyszyć odpowiedni rodzaj świadomości i wrażliwości. Osoby chcące zostać wolontariuszem hospicyjnym częstokroć mają nadzieję, że stanie się to z dnia na dzień – podczas, gdy jest to po prostu niemożliwe. Takie postawienie sprawy przez pracowników hospicjów często zniechęca, prowadzi do rezygnacji z obranego celu. Jednakże należy pamiętać, że wstępna selekcja i długi proces przygotowywania wo-

lontariuszy pozwalają na weryfikację i mają na celu uniknięcie dodatkowej krzywdy, jaka mogłaby spotkać dziecko hospicyjne, porzucone przez nieprzygotowanego do roli wolontariusza „nowego przyjaciela”.

## Piśmiennictwo

1. Kromolicka B.: *Wolontariat nadzieją na lepsze jutro*. [w:] Kromolicka B. (red.): *Wolontariat w życiu społecznym środowiska lokalnego*. Dział Poligrafii Akademii Rolniczej, Szczecin 2003, 15–20.
2. Kromolicka B.: *Wolontariusz w służbie człowiekowi umierającemu*. Szczecin 2000.
3. Krakowiak P., Modlińska A., Binnebesel J. (red.): *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego Via Medica*, Gdańsk 2008.
4. Białyszewski H.: *Rola społeczna jako kategoria struktury*. *Studia Socjologiczne*, 1967, 1 (24), 167–200.
5. Miles M. B., Huberman A. M.: *Analiza danych jakościowych*. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2000.
6. Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D.: *Metody badań w naukach społecznych*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa 2001.

Agnieszka Renn-Żurek<sup>1</sup>, Agata Wojcierowska<sup>1</sup>,  
Małgorzata Zapała<sup>1</sup>

## **Opieka nad chorymi z chorobą nowotworową jako źródło wzrostu i ubogacenia personelu medycznego i wolontariuszy**

### **Wstęp**

Istota tego, co sądzymy na temat sensu ludzkiego życia zawiera się w naszym stosunku do człowieka umierającego, jak również w świadomości własnej śmiertelności. Najbardziej zgodne z Ewangelią, a obecnie bardzo rozszerzające się dzięki ruchowi hospicyjnemu jest podejście personalistyczne [1], którego sednem jest głębokie przeświadczenie, że człowiek umierający jest do samego końca prawdziwym i pełnym człowiekiem, naszym bliźnim, który ze względu na swoją sytuację zdrowotną najbardziej zasługuje na miłość. Postawa ta postuluje, aby człowiek umierający, jeśli tylko jest do tego zdolny, współtworzył sytuację swojego odchodzenia. Wynika to z olbrzymiej wagi godności osoby ludzkiej, jak również z przeświadczenia, że czas umierania jest prawdopodobnie najważniejszym czasem naszego życia.

Każdy z nas z różnym natężeniem odczuwa potrzebę opiekowania się, troszczenia się o drugiego człowieka [2]. Jest to potrzeba naturalna, na płaszczyźnie której mogą rozwijać się pozytywne, głęboko ludzkie uczucia, takie jak przyjaźń i miłość. Jest również formą komunikowania uczuć, wyrażania sympatii i empatii, manifestowania stosunku do świata. W ciągu swojego życia człowiek naprzemiennie jest zarówno dawcą, jak i biorcą opieki, otaczają go opiekunowie, a z czasem sam staje się opiekunem dla innych ludzi. Każdy człowiek posiada w sobie pewien potencjał, który z mniejszym lub większym nasileniem stymuluje zachowania związane z realizacją potrzeby opiekowania się kimś lub czymś. Made-

---

<sup>1</sup> Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

leine Leininger – twórczyni jednej z teorii pielęgnowania [2] uważa, że człowiek jest bytem kulturowym i mógł przetrwać na przestrzeni dziejów tylko dzięki umiejętności opiekowania się sobą i innymi. Opieka dla Leininger jest związana z asystowaniem, wspieraniem lub umożliwianiem zachowań prowadzonych na rzecz innej jednostki lub grupy ludzi po to, aby zabezpieczyć lub poprawić warunki lub sposób życia właściwe człowiekowi.

Śmierć jest rzeczywistością, która budzi lęk nie tylko w tym, kto umiera, lecz także w tych, którzy znajdują się obok [3]. Pytania na temat sensu życia i śmierci dotyczą także osób towarzyszących umierającemu i są trudnym doświadczeniem. Trzeba zastanawiać się nad śmiercią bliźniego, ponieważ jest to jedyne [4], prawdziwe, realnie dostępne nam doświadczenie śmierci, a troska okazana umieraniu drugiego człowieka objawia, zdradza, wypróbujecie to, co uważamy za ważne w życiu.

Kwestia poglądów na temat śmierci własnej i cudzej ma szczególne znaczenie w pracy pielęgniarzek [5], jak również innych osób opiekujących się chorym. Brak refleksji opiekunów na temat własnej śmiertelności może stać się przyczyną wielu negatywnych przeżyć, a nawet cierpienia i mieć bezpośrednie przełożenie na jakość sprawowanej opieki. Jak zatem zachowywać się wobec bolesnego przygnębienia człowieka, który nie może już negocjować [3] nieuchronnego odejścia?

Podstawowym zadaniem towarzyszącego ciężko choremu i umierającemu nie jest tłumaczenie sytuacji, w jakiej się znalazł, ale świadectwo solidarności z nim do samego końca [1]. Zbyt wiele słów, argumentów – nawet religijnych – ukazuje tylko bezradność. Wszelkie próby argumentacji zawodzą, z wyjątkiem miłości, którą trzeba okazać. Fakt bliskiego kontaktu z ludzkim cierpieniem, z umieraniem przewartościowuje osobiste reakcje i dążenia opiekunów.

W drodze przez cierpienie towarzyszy pacjentowi szereg osób – członkowie rodziny, zespół terapeutyczny, wolontariusze. Cenne jest poznanie motywacji do podjęcia takiej posługi i wartości, jakie przekazywane są w relacji pacjent – opiekun.

## Cel pracy

Celem pracy jest udowodnienie, że opieka nad chorym z chorobą nowotworową stanowi źródło satysfakcji dla osób sprawujących opiekę i wnosi nowe treści w ich życie.

## Material i metody

Badania przeprowadzono wśród grupy 20 pielęgniarek i 20 wolontariuszy, pracujących na terenie Hospicjum im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza w Gdańsku.

Metodą zastosowaną w pracy jest metoda sondażu diagnostycznego. Technika gromadzenia danych była ankieta.

## Wyniki

Populację badanych pielęgniarek stanowiły osoby zatrudnione aktualnie w hospicjum. Pod względem płci 100% stanowiły kobiety.

W dwudziestoosobowej grupie większość badanych pielęgniarek należała do kategorii wiekowej 30–40 lat, jedna osoba należała do grupy powyżej 40. r. ż., a 7 osób poniżej 30. r. ż. Wiek badanych pielęgniarek przedstawia tabela 1.

**Tabela 1. Badana populacja wg wieku**

Liczba badanych	Wiek w latach					
	20–30		30–40		> 40	
	l. osób	%	l. osób	%	l. osób	%
20	7	35	12	60	1	5

Najliczniej reprezentowana grupa w zakresie stażu pracy zawierała się w przedziale od 10 do 15 lat, następnie osoby pracujące poniżej 5 lat i w przedziale 5–10 lat oraz jedna osoba ze stażem 20-letnim. Staż pracy badanych przedstawia tabela 2.

**Tabela 2. Staż pracy badanych pielęgniarek**

Liczba badanych	Staż pracy w latach							
	< 5		5–10		10–15		15–20	
	l.b.	%	l.b.	%	l.b.	%	l.b.	%
20	4	20	4	20	11	55	1	5

10% badanych pielęgniarek (tj. 2 osoby) posiadało wyższe wykształcenie, pozostałe 90% było absolwentkami średnich szkół medycznych.

W grupie wolontariuszy wiek badanych mieścił się w przedziale od 17 do 55 lat. Zestawienie przedziału wiekowego wolontariuszy przedstawia tabela 3.

**Tabela 3. Wiek badanych wolontariuszy**

Liczba badanych	Wiek w latach							
	17–25		25–30		30–40		> 40	
	l. osób	%	l. osób	%	l. osób	%	l. osób	%
20	11	55	4	20	2	10	3	15

Zdecydowana większość wolontariuszy (75%) to ludzie młodzi, do 30. roku życia, głównie uczniowie i studenci, w przeważającej części kobiety (80%), z wykształceniem podstawowym i średnim.

Czas sprawowania opieki w hospicjum przez wolontariuszy przedstawia tabela 4.

**Tabela 4. Czas sprawowania opieki nad chorymi przez badanych wolontariuszy**

Czas sprawowania opieki w hospicjum	Liczba osób
do 3 miesięcy	4
3–6 miesięcy	3
6–8 miesięcy	3
8 miesięcy – 1 rok	5
kilka lat	5

Pierwsze pytanie w grupie pielęgniarek dotyczyło przyczyn podjęcia pracy w hospicjum, 19 osób, tj. 95% podało, że tylko tutaj spełnia się zawodowo, jedna osoba oprócz w/w powodu podała względy finansowe.

Wszyscy badani wolontariusze (100%), jako powód podjęcia wolontariatu w hospicjum podają chęć niesienia pomocy drugiemu człowiekowi.

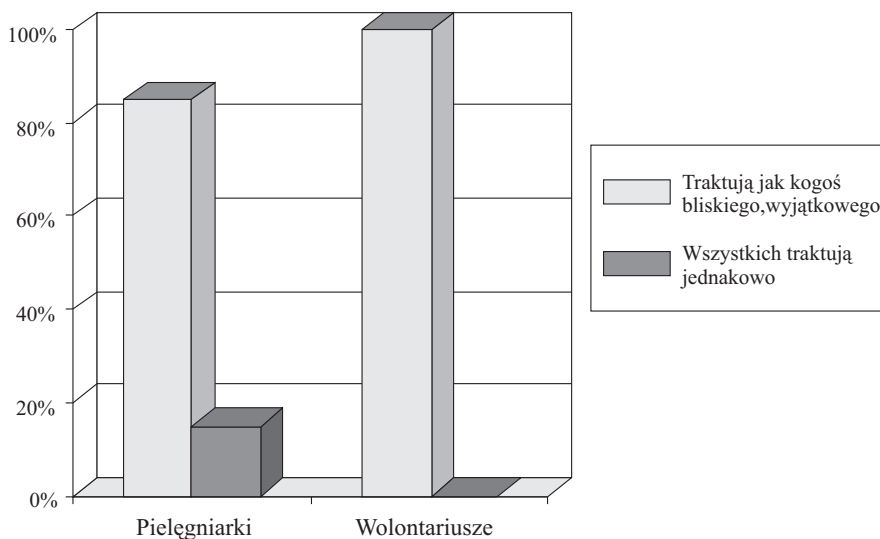
Na pytanie czy elementem koniecznym do sprawowania opieki nad chorym jest nawiązanie z nim więzi emocjonalnej, 100% pielęgniarek, jak również 100% wolontariuszy odpowiedziało – tak.

Warunkiem dobrej opieki jest możliwie najczęstsze i najdłuższe przebywanie z chorym – tak odpowiedziało 20 pielęgniarek i 20 wolontariuszy, tj. 100% badanych.

Wszyscy badani wolontariusze i 4 pielęgniarki uznało również, że koniecznym elementem opieki jest umiejętność aktywnego słuchania chorego.

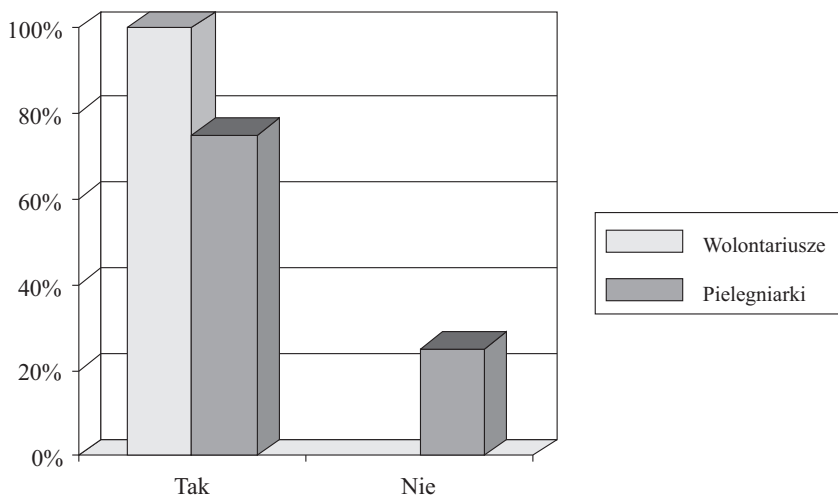
Jeśli chodzi o podejście do chorych, 100% wolontariuszy i 85% pielęgniarek odpowiedziało, że traktuje ich jako kogoś bliskiego i wyjątkowego, pozostałe 15% pielęgniarek podało, że wszystkich chorych traktuje jednakowo. Zależność tę obrazuje ryc. 1.

**Ryc. 1. Sposób traktowania podopiecznych**



Na pytanie, czy warunkiem koniecznym w relacji pacjent – opiekun jest empatia, 100% wolontariuszy stwierdziło, że empatia jest niezbędna, natomiast wśród badanych pielęgniarek 25%, tj. 5 osób uznało, że empatia nie musi występować w relacjach z chorym. Zależność tę obrazuje ryc. 2.

W związku z takim założeniem ze strony pielęgniarek, dokonano dokładnej analizy ankiet i odszukania zależności między stażem pracy a sposobem odpowiedzi na temat empatii. W wyniku analizy stwierdzono zależność, którą obrazuje tabela 5.

**Ryc. 2. Empatia – konieczny warunek w opiece nad chorym****Tabela 5. Związek pomiędzy stażem pracy a opiniami pielęgniarek na temat empatii**

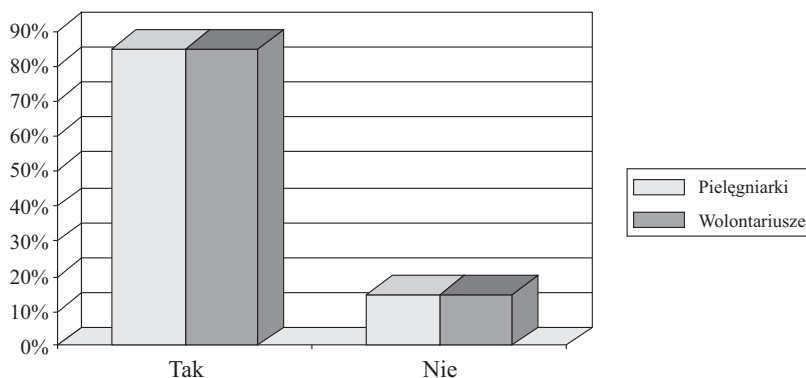
Staż pracy	Empatia jest konieczna	Empatia nie jest konieczna
Mniej niż 5 lat	–	20%
5 lat	–	5%
5–10 lat	20%	–
Więcej niż 10 lat	55%	–

Przedstawiona powyżej zależność pokazuje, że istnieje ścisły związek między stażem pracy a opinią na temat empatii. Im dłuższy staż zawodowy pielęgniarki, tym znajomość i konieczność kierowania się empatią jest większa.

Na pytanie, czy sprawowanie opieki nad chorym z chorobą nowotworową można rozpatrywać w kategorii satysfakcji i czy praca ta daje autentyczną satysfakcję, 18 pielęgniarek i 17 wolontariuszy odpowiedziało twierdząco, 2 pielęgniarki i 3 wolontariuszy odpowiedziało, że pracy tej nie należy rozpatrywać w kategorii satysfakcji.

Następne pytanie dotyczyło poczucia własnej wartości. Na pytanie, czy udzielanie pomocy ludziom umierającym wpływa na wzrost poczucia własnej wartości, spośród 40 respondentów, 3 pielęgniarki i 3 wolontariuszy odpowiedziało – nie. Zależność tę obrazuje ryc. 3.



**Ryc. 3. Poziom poczucia własnej wartości w czasie sprawowania opieki nad chorym**

Trzeba dodać, że respondenci, dla których praca z chorymi nie jest rozpatrywana w kategorii satysfakcji równocześnie twierdzą, że udzielanie pomocy ludziom umierającym nie wpływa na wzrost poczucia ich własnej wartości.

W związku z tym nasuwa się pytanie, jakie znaczenie dla tej części respondentów, którzy opieki nad chorym nie odczuwają w ramach satysfakcji, a udzielanie pomocy chorym nie wpływa na wzrost poczucie ich własnej wartości, ma przebywanie z chorym?

Okazuje się, że dla tych w/w respondentów, jak również dla ogółu wszystkich badanych, tj. 40 osób (100% badanych), praca z ludźmi umierającymi ubogaca ich wewnętrznie.

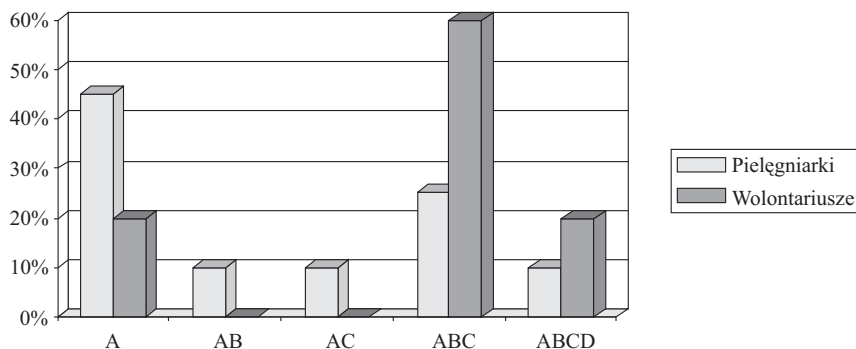
Wszyscy – zarówno pielęgniarki, jak i wolontariusze zgodnie również twierdzą, że człowiek zbliżający się do kresu swego życia jest w stanie przekazać wiele wartości ludziom zdrowym, opiekunom. Wskazane przez respondentów warianty odpowiedzi przedstawia ryc. 4.

Na pytanie: jakie znaczenie dla opiekunów ma trwanie przy chorym i asystowanie mu w czasie choroby i śmierci – 80% wolontariuszy i 50% pielęgniarek odpowiedziało, że czuje obowiązek niesienia pomocy drugiemu człowiekowi.

W grupie badanych pielęgniarek 20% odczuwa satysfakcję, iż dzięki swej obecności i pracy może przynieść ulgę w dolegliwościach, a 30% podało, że dzięki asystowaniu choremu spełnia się zawodowo.

Ryciny 5 i 6 obrazują przyczyny asystowania pacjentom w czasie trwania choroby w obu badanych grupach.

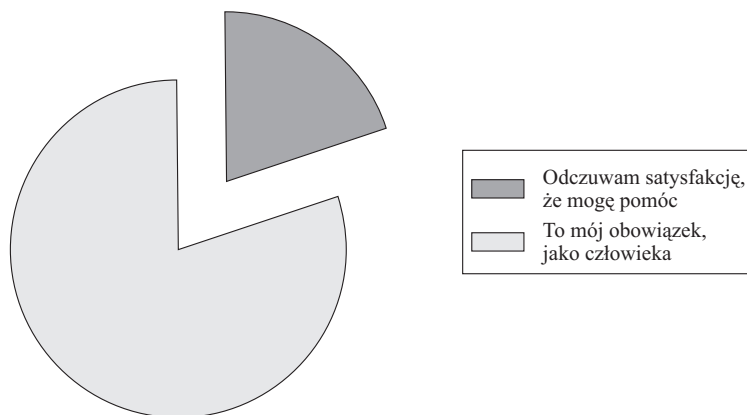
**Ryc. 4. Warianty odpowiedzi na temat wartości przekazywanych opiekunom przez ludzi chorych**



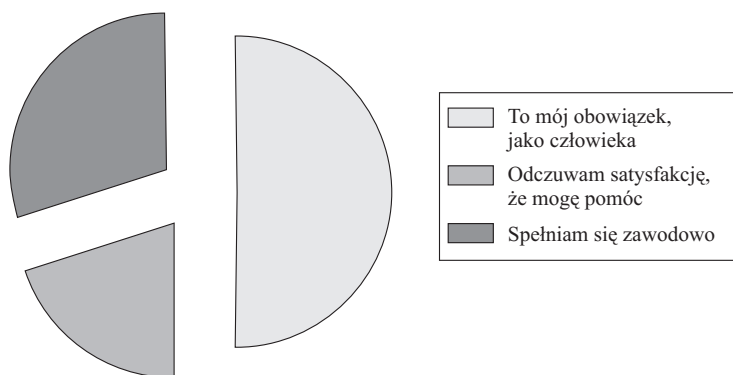
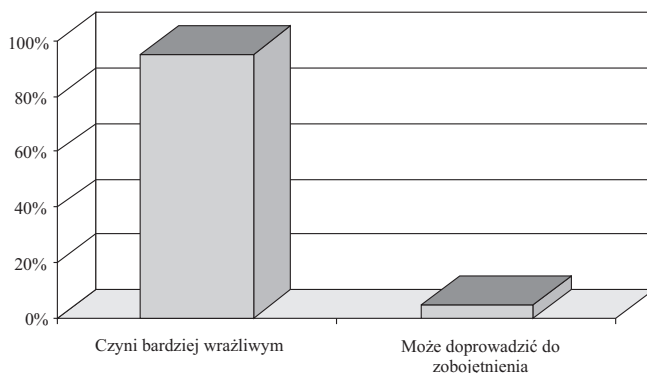
- A – lepsze rozumienie sensu życia i śmierci  
 B – świadomość wyższości spraw duchowych nad materialnymi  
 C – pomoc przy wzroście ku pełni człowieczeństwa  
 D – inne powody, uznane przez siebie za ważne

W pozycji D respondenci podali – ciepło, przyjaźń, zrozumienie.

**Ryc. 5. Znaczenie asystowania choremu dla wolontariuszy**



Praca z chorymi w hospicjum jest zaliczana do szczególnie trudnych i wyczerpujących, stanowi ryzyko wypalenia zawodowego. Jedno z pytań skierowane było do grupy badanych pielęgniarek i dotyczyło zjawiska zubożenia emocjonalnego wobec chorych. Spośród 20 ankietowanych pielęgniarek, tylko 1 osoba na pytanie czy praca z terminalnie chorymi może prowadzić do zubożenia emocjonalnego, odpowiedziała – tak. Pozostałe potwierdziły, że nie tylko nie dochodzi do zubożenia emocjonalnego, ale wręcz przeciwnie, stają się ludźmi bardziej wrażliwymi. Zależność tę obrazuje ryc. 7.

**Ryc. 6. Znaczenie asystowania choremu dla pielęgniarek****Ryc. 7. Zjawisko zubożenia emocjonalnego w grupie badanych pielęgniarek**

## Wnioski

1. Głównym powodem podjęcia pracy w hospicjum było dla pielęgniarek spełnienie zawodowe, dla wolontariuszy chęć niesienia pomocy drugiemu człowiekowi.
2. Za warunek konieczny do sprawowania opieki w hospicjum respondenci uznali nawiązanie więzi emocjonalnej i możliwie najdłuższy, i najbliższy kontakt z chorym.
3. Dla zdecydowanej większości ankietowanych pacjent hospicyjny to osoba bliska i wyjątkowa, wymagająca indywidualnego podejścia.

4. Empatia jest elementem niezbędnym do sprawowania opieki nad chorymi dla wszystkich wolontariuszy i większości pielęgniarek. Brak konieczności empatycznego oddziaływania deklarują pielęgniarki z krótkim stażem pracy.
5. Dla większości ankietowanych praca z pacjentem w terminalnym stadium choroby nowotworowej jest źródłem satysfakcji, przyczynia się do podniesienia własnej wartości i doprowadza do wzbogacenia życia wewnętrznego.
6. Ankietowane pielęgniarki nie potwierdziły narastania zjawiska zobojętnienia emocjonalnego wobec pacjentów, wręcz przeciwnie – deklarowały wzrost wrażliwości na potrzeby chorego człowieka.

### **Piśmiennictwo**

1. Grajcarek A.: Sztuka rozmowy z chorym. Wyd. Ad vocem, Kraków 2001.
2. Krasuska M.: Opieka w chorobie nowotworowej. Wyd. Yokam, Lublin 1997.
3. Cargnel A.: Trwać przy nieuleczalnie chorym. Wyd. Księży Marianów, Warszawa 2002.
4. Hebanowski M. i in.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. PZWL, Warszawa 1998.
5. Koper A., Wrońska I.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Wyd. Czelej, Lublin 2003.

Agata Wojcierowska<sup>1</sup>, Agnieszka Renn-Żurek<sup>1</sup>,  
Genowefa Bilicka<sup>1</sup>

## Opieka sprawowana przez zespół hospicjum domowego w ocenie podopiecznych i ich rodzin

*Mrok nocy ogarnia mnie  
niczym ciemność śmierci.  
Bądź tu, nie pozwól mi się bać.  
Samotność to gorsze niż kres życia...*

K. Wawrzonowska

### Wstęp

W Polsce z powodu choroby nowotworowej umiera rocznie ponad sto tysięcy osób, a ponad dwadzieścia tysięcy z powodu innych przewlekłych schorzeń o niepomyślnym rokowaniu [1]. Umierający cierpią z powodu bólu i innych dokuczliwych, nie zawsze możliwych do uśmierzania dolegliwości, do których dołączają się niepokój i lęk nasilony szeregiem nieuregulowanych problemów socjalno-bytowych oraz ból egzystencjonalno-duchowy [2].

Opieka paliatywna, według definicji WHO z 1990 r., to aktywna całościowa opieka świadczona tym pacjentom, u których choroba nie reaguje już na leczenie przywracające zdrowie. Warunkiem skutecznej opieki nad terminalnie chorym jest jej całościowy, holistyczny charakter. Opieka ta dąży do złagodzenia wszystkich potrzeb chorego: somatycznych, psychicznych, społecznych i duchowych oraz wspiera jego bliskich, którzy też cierpią i od których w dużym stopniu zależy sytuacja chorego. Program opieki realizowany przez hospicjum umożliwia ludziom umierającym z powodu postępujących, nieuleczalnych chorób (przede wszystkim nowotworów złośliwych) przeżycie w komforcie i bez bólu ostatniego okresu życia i spokojną śmierć [3].

---

<sup>1</sup> Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

Początków opieki hospicyjnej szukać należy w okresie średniowiecza, gdy odnosiła się ona przede wszystkim w stosunku do najuboższych chorych, cierpiących, odrzuconych przez społeczeństwo. Sprawowana była w tworzonych poza murami miast przytułkach. Rozkwit chrześcijaństwa i związanego z nim pielgrzymowania przynosi tworzenie hospicjów przy trasach wędrówek do miejsc kultu. Początkowo ich zakładaniem i prowadzeniem zajmowały się męskie i żeńskie konwenty zakonne. Z czasem stały się one miejscem pracy i starań osób świeckich. Zmianom uległ również ich charakter. Ze swoistego rodzaju „gościńców” przekształciły się w ośrodki opieki nad terminalnie chorymi, a także wspierające ich rodziny.

Współczesną ideę opieki hospicyjnej/paliatywnej zawdzięczamy Cicely Saunders – brytyjskiej lekarce, która stworzyła w Londynie pierwszy specjalistyczny ośrodek opieki nad ludźmi umierającymi – Hospicjum Świętego Krzysztofa [4]. Jego działanie oparła na założeniach wypracowanych przez lata pracy i rozmów z nieuleczalnie chorymi. Doszła do wniosku, iż pacjentem terminalnym zajmować powinien się interdyscyplinarny zespół złożony z: lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, pracownika socjalnego, duchownego oraz wolontariuszy. Przełomowym momentem w rozwoju idei opieki paliatywnej stało się wyjście zespołu poza stacjonarne ośrodki opieki hospicyjnej i otoczenie opieką umierającego i jego rodziny w środowisku domowym. O istocie działań zespołu i ich celowości świadczyć może chociażby ilość procedur realizowanych w stosunku do podopiecznych:

1. Wizyta lekarska: zbieranie wywiadu, badanie przedmiotowe, ustalenie diagnozy i postępowania, interwencyjne podanie leków, wydanie zaleceń i prowadzenie dokumentacji;
2. Wizyta pielęgniarska, zbieranie wywiadu, badanie przedmiotowe, ustalenie diagnozy i postępowania, interwencyjne podanie leków, edukacja rodziny, wydanie zaleceń i prowadzenie dokumentacji;
3. Wizyta interwencyjna lekarska/pielęgniarska dostępna przez całą dobę i 7 dni w tygodniu – czas oczekiwania: 30 min;
4. Wizyta psychologa: rozmowa z chorym, rodziną i osobami opiekującymi się, ustalenie potrzeb, zakresów wsparcia, prowadzenie dokumentacji;
5. Wizyta pracownika socjalnego: rozmowa z chorym, rodziną i osobami opiekującymi się, sporządzanie genogramu, ustalenie potrzeb i zakresu wsparcia, udzielenie wsparcia, prowadzenie dokumentacji;

6. Wizyta duszpasterza – kapelana zespołu: udzielenie pomocy sakramentalnej, odmówienie modlitwy, gotowość odbycia rozmowy z chorym, jego bliskimi, obecność przy chorym, towarzyszenie choremu w agonii, wspieranie rodziny w okresie ciężkiej choroby bliskiej osoby i w okresie osierocenia [5].

Opieka nad chorym w stanie terminalnym to nie tylko medyczne i pielęgnacyjne, ale również psychologiczne i duchowe aspekty wielodyscyplinarnego procesu, który powinien być prowadzony w domu, który chorzy najczęściej wybierają na miejsce umierania. Należy tu podkreślić, iż „pomóc” to nie zawsze znaczy „wyleczyć”. „Pomóc” to także otoczyć opieką, złagodzić cierpienie i stres, zapewnić maksymalny możliwy dobrostan w terminalnym okresie życia. Opiekę paliatywną/hospicyjną cechuje to, iż:

- ceni życie, uznaje umieranie za proces naturalny,
- ani nie przyśpiesza, ani nie opóźnia zgonu,
- łagodzi ból, duszność i inne dokuczliwe objawy somatyczne,
- dąży do zaspokojenia potrzeb psychologicznych, duchowych i społecznych chorego i rodziny, tworzące system wsparcia umożliwiający choremu prowadzenie aż do zgonu życia tak czynnego, jak jest to możliwe,
- uznaje i szanuje system wartości chorego i rodziny respektując jego filozofię życiową, wyznawaną religię, szanując autonomię chorego, uwzględniając jego stanowisko w podejmowaniu decyzji dotyczących sposobu stosowania opieki i leczenia,
- pomaga rodzinie radzić sobie z chorobą bliskiego człowieka i wspiera w okresie osierocenia/żałoby,
- opieka jest ciągła i dostępna przez 24 godziny i 7 dni w tygodniu,
- jest sprawowana przez zespół, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, kapłan i wolontariusze,
- opieka jest całkowicie bezpłatna zarówno dla chorego, jak i jego rodziny,
- opieka ta jest udostępniona chorym bez względu na płeć, wiek, narodowość, rasę czy wyznanie [6].

Dynamiczny rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce stopniowo zmienia nastawienie personelu medycznego do umierających chorych i ich rodzin. Można sądzić, że już w niedługim okresie Polska dołączy do krajów, w których opieka paliatywna/hospicyjna prowadzona będzie w sposób wzorowy. Wymaga to niewątpliwie rozwiązań sys-

temowych, których dynamika rozwoju w obecnym czasie pozostawia wiele do życzenia. Należy mieć nadzieję, iż wraz ze zmianą świadomości pacjentów i ich rodzin zmienia się także świadomość ustawodawców.

## Cel pracy

Celem pracy jest określenie zmian, jakie zaszły w samopoczuciu i stanie pacjentów oraz rodzin po objęciu ich programem Hospicjum Domowego. To próba odpowiedzi na pytanie, czy:

- 1) praca członków Zespołu Opieki Hospicyjnej jest istotnym elementem wsparcia w fazie terminalnej choroby,
- 2) procedury zastosowane przez Zespół pozwoliły na zmniejszenie dolegliwości odczuwanych przez chorego,
- 3) członkowie Zespołu są źródłem informacji dotyczących choroby, postępowania, opieki,
- 4) lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej kierują chorych terminalnie do Hospicjów Domowych,
- 5) opieka sprawowana przez rodzinę w ostatnim stadium choroby przynosi chorym spokój i bezpieczeństwo.

## Materiał i metoda

Badaną grupę stanowiło 40 osób – 20 pacjentów i 20 opiekunów, korzystających z opieki sprawowanej przez zespół Hospicjum Domowego w Sierpcu. Przed przystąpieniem do wypełniania ankiet, respondenci zostali poinformowani o celu badań i dobrowolności udziału. Dokonano dodatkowych wyjaśnień dotyczących wypełnienia ankiety i zapewniono o anonimowości zebranych danych.

Jako narzędzia badawcze wykorzystano dwie ankiety własnej konstrukcji, zawierające po 25 pytań. Pierwsza zawierała pytania skierowane do rodziny chorego, natomiast druga zapytania do podopiecznego Zespołu. Pytania zawarte w obu ankietach miały charakter zamknięty.

Obliczenia statystyczne, zastosowane w niniejszej pracy, wykonano przy użyciu komputerowego arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel [7] oraz następujących metod statystycznych [8]:

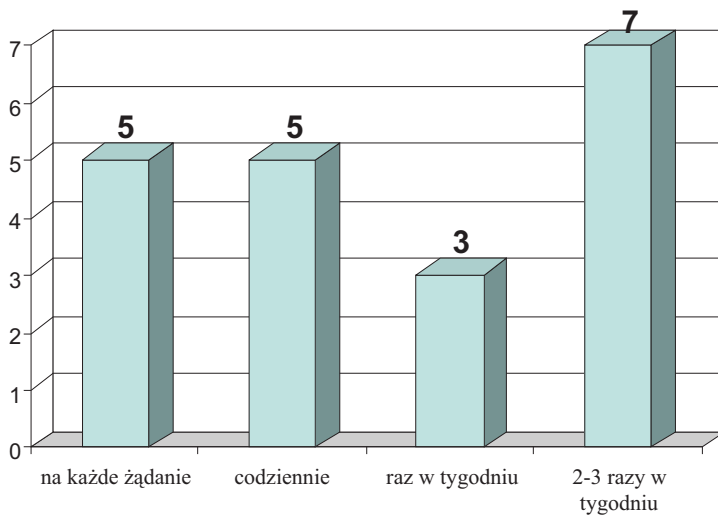
- rozkład procentowy,
- analizy porównawcze w postaci tabel oraz wykresów.



## Wyniki

Badaną grupę pacjentów stanowiło 20 osób – 11 mężczyzn i 9 kobiet. Najliczniejszą grupę, 14 osób, stanowią chorzy powyżej 51. roku życia, jedna osoba w grupie 20–30 lat, 2 osoby w przedziale 36–40 lat i 3 osoby w przedziale wiekowym 46–50 lat. Jeżeli chodzi o wykształcenie: podstawowe – 9 osób, zawodowe – 5, średnie – 5, wyższe – jedna osoba. 12 osób mieszka na wsi, 8 jest mieszkańcami miasta. Pytani o to, jak długo oczekiwali na przyjazd zespołu po zgłoszeniu zapotrzebowania na wizytę odpowiadali: około godziny – 14 osób, jeden dzień – 6, nikt nie wybrał odpowiedzi – kilka dni. Dwunastu pacjentów jest zadowolonych z organizacji opieki zapewnianej przez Hospicjum Domowe, 8 odpowiedziało – raczej tak. 65% ankietowanych ma wpływ na planowaną opiekę, 35% takiej możliwości nie widzi. Połowa pacjentów korzysta z wizyt lekarza raz w tygodniu, pozostali rzadziej. Dla ośmiorga pacjentów była to wystarczająca liczba wizyt, dla 12 osób „raczej” wystarczająca. Aż 60% pacjentów satysfakcjonowały rozmowy z lekarzem. Zdecydowanie częstsze były kontakty chorych z pielęgniarką, i tak: 5 osób – wizyta na każde żądanie, 5 – codziennie, 3 osoby – raz w tygodniu i 7 osób – 2–3 razy w tygodniu (Ryc. 1).

**Ryc. 1. Częstość wizyt pielęgniarskich w ramach Hospicjum Domowego**



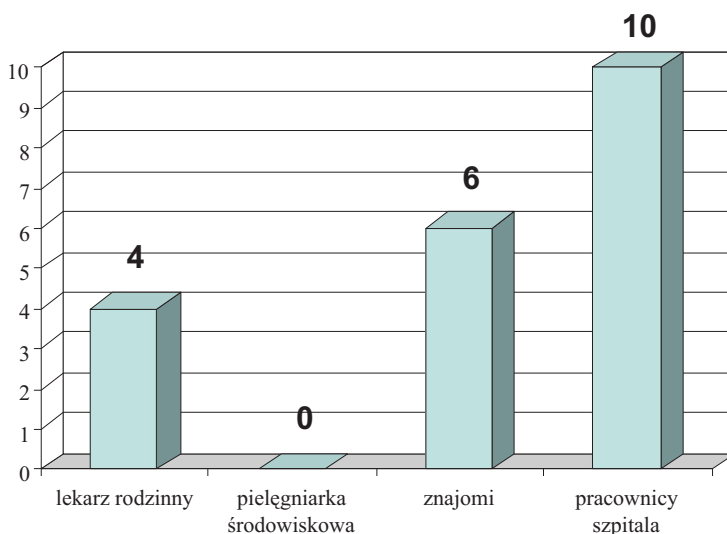
Źródło: badania własne

Dla 75% chorych liczba rozmów z pielęgniarką była wystarczająca, dla 25% raczej wystarczająca. Połowa pacjentów była zadowolona z rozmów z członkami zespołu, pozostali raczej tak. Pacjenci pytani, czy ilość rozmów prowadzonych z całym zespołem uważają za wystarczającą odpowiadali: 60% tak, 40% zdecydowanie tak. 15 pacjentów zdecydowało się na rozmowę z psychologiem, 5 takiej decyzji nie podjęło. 13 chorych uzyskało zdecydowanie wystarczające informacje dotyczące diagnozy ich choroby, dla 7 były wystarczające. 100% respondentów otrzymało wiadomości co do przebiegu i rokowania w ich chorobie. Zdecydowana większość (17 osób) nie korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych, jedynie 3 osoby poddawały się im. Wszyscy ankietowani korzystający z tych wizyt byli z nich bardzo zadowoleni. Aż 85% podopiecznych Zespołu uznało, że zdecydowanie otrzymuje od jego członków dużo uśmiechu, życzliwości, uprzejmości, 15% odpowiedziało – tak. 7 pacjentów jest zadowolonych z zaproponowanego postępowania leczniczego, 13 – raczej zadowolonych. W przypadku 11 osób stan ich i działania opiekunów wymagały dokonania zmian w urządzeniu mieszkania, 9 osób zmian takich nie wymagało. Wszyscy chorzy mieli możliwość korzystania z telewizorów i radiodbiorników. Dwie osoby uważają, że pomimo zaleceń członków Zespołu przygotowywane dla nich posiłki nie są odpowiednie, pozostali nie widzą takiego problemu. Jeżeli chodzi o koszty sprawowania opieki nad pacjentem w domu respondenci odpowiadali: jest to kosztowne – 2 osoby, średnio – 4, raczej nie – 8, nie – 6. 50% ankietowanych twierdzi, że zdecydowanie praca członków Zespołu Hospicjum Domowego pozwoliła na zaspokojenie wszystkich ich potrzeb, pozostali raczej zgadzają się z tą opinią. Połowa ankietowanych oceniła pracę Zespołu bardzo dobrze, druga połowa dobrze. 13 pacjentów nie widzi potrzeby wprowadzania zmian w organizacji pracy Zespołu i 7 raczej nie uważa tego za konieczne. Aż 95% chorych poleciłoby tę formę opieki innym osobom wymagającym tego typu wsparcia.

Wyniki uzyskane z ankiet przeprowadzonych wśród rodzin pacjentów przedstawiały się następująco: 10 osób o istnieniu Zespołu Opieki Paliatywnej dowiedziało się od pracowników szpitala, w którym wcześniej przebywał chory, 6 osób od znajomych, 4 od lekarza rodzinnego. Niestety, nikt tej informacji nie uzyskał od pielęgniarki rodzinnej (Ryc. 2).

Najczęściej opieką otaczani byli mężowie – 8 osób, następnie żony – 5 osób, dzieci – 5 osób, jeden ojciec i jedna matka. Wszyscy ankietowani odpowiedzieli, iż skorzystanie z programu opieki Zespołu nie nastęrczyło im trudności. 80% respondentów jest zdecydowanie zado-

**Ryc. 2. Źródła wiedzy na temat możliwości skorzystania z programu Hospicjum Domowego**



Źródło: badania własne

wolona z opieki lekarskiej, 20% raczej zadowolona. Aż 90% rodzin jest zdecydowanie zadowolonych z opieki pielęgniarskiej, pozostali raczej zadowoleni. Dla 11 osób uzyskane informacje co do samej diagnozy choroby ich bliskich były zdecydowanie wystarczające, dla 9 raczej wystarczające. 16 badanych uzyskało satysfakcjonujące ich informacje co do przebiegu i rokowania w chorobie bliskiego, 4 były raczej usatysfakcjonowane. 65% rodzin korzystało z pomocy Zespołu codziennie, 35% rzadziej. W 11 przypadkach rozmowy prowadzone z lekarzem były dla rodzin zdecydowanie zadowalające, w 9 – raczej zadawalające. Taki sam rozkład ilościowy uzyskano w pytaniu o życzliwość i uprzejmość Zespołu. 90% opiekunów otrzymało od członków Zespołu informacje co do postępowania z podopiecznym, 10% uważa, że były to wyjaśnienia pobieżne. Ankietowani pytani o to, czy opieka nad osobą chorą jest dla nich dużym obciążeniem fizycznym odpowiedzieli: tak – 2 osoby, raczej tak – 4, średnio – 6, raczej nie – 6, nie – 2. W pytaniu o obciążenie psychiczne wyniki przedstawiały się następująco: tak – 4 osoby, raczej tak – 10, średnio – 4, raczej nie – 2. Czy opieka nad osobą chorą jest dużym obciążeniem organizacyjnym: tak – 1 rodzina, raczej tak – 3, średnio – 6, raczej nie – 11. 75% opiekunów jest w stanie zapewnić podopiecznemu przebywanie w samotności, gdy sobie tego życzy, raczej

tak – 15%, raczej nie – 10%. 14 rodzin przyznało, że sprzęt wypożyczony przez Zespół bardzo ułatwił im sprawowanie opieki nad chorym, 6 osób raczej zgadza się z tą opinią. W dziewięciu domach nie było problemu z utrzymaniem czystości w okresie choroby bliskiego, w 6 raczej nie, 3 – raczej tak i w jednym tak. Badani pytani o samodzielność chorego w ostatnim tygodniu jego życia twierdzili: wymagał pomocy – 10 osób, był samodzielny – 2, nie był w ogóle samodzielny – 8. Jakie było samopoczucie chorego w ostatnim tygodniu życia: raczej dobre – 11 osób, raczej nie – 5, niedobre – 4 osoby. 65% rodzin twierdziło, iż w ostatnim okresie życia chory był słaby i wyczerpany, 20% – cierpiał na brak energii, 15% – czuł się dobrze. Według 8 rodzin podopieczny utrzymywał do końca dobre kontakty z otoczeniem, według 3 – raczej nie, 9 – nie. Wsparcie od przyjaciół w opinii rodzin otrzymywał w 9 przypadkach, czasami wspierany był w 9, sporadycznie w 2. Czterej opiekunowie twierdzą, iż chory akceptował sytuację, w której się znalazł, raczej akceptował – dziesięciu, średnio – dwóch, raczej nie – jeden, nie – trzech. 13 rodzin odpowiedziało, że chory nie był zmar twiony, przygnębiony, w czterech przypadkach miało to miejsce, w 3 było średnio zauważalne. 75% rodzin uważa, że na samopoczucie chorego oraz postrzeganie przez niego sytuacji choroby wpływ zdecydowanie miały wizyty członków Zespołu Opieki Hospicyjnej, 25% raczej zgadza się z tą opinią.

### **Podsumowanie wyników badań**

Każdy pacjent jest jedyną w swoim rodzaju, niepowtarzalną historią życia i umierania. Dobrze, że przy większości jest rodzina i przyjaciele. Umiejętność czerpania satysfakcji z pracy z nieuleczalnie chorymi jest trudna i wymaga przewartościowania własnych oczekiwań. Satysfakcją dla członków Zespołu Opieki Hospicyjnej może być wysoka jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby.

Pacjenci oceniają pracę lekarza, pielęgniarek, rehabilitanta i psychologa dobrze i raczej dobrze. Z danych uzyskanych z przeprowadzonych ankiet wynika, że poprzez doskonałą pielęgnację, skuteczne łagodzenie dolegliwości, stosowanie rehabilitacji, opiekę nad rodzinami Zespół Opieki Hospicyjnej jest w stanie podnieść jakość świadczonych usług. Należy pamiętać, że podstawową zasadą dobrej opieki jest wczesne – przed osiągnięciem terminalnej fazy choroby, zgłoszenie chorego do zespołu opieki paliatywnej. Pomaga to w nawiązaniu więzi pomiędzy chorym,

jego rodziną a personelem medycznym. Pozwala na uzyskanie czasu niezbędnego do przygotowania otoczenia do opieki nad chorym w ostatnich dniach życia. Specyfika pracy personelu hospicjum różni się od działań wyłącznie pielęgnacyjnych, medycznych. Łączy się z towarzyszeniem choremu w oparciu o umiejętność, nacechowane empatią komunikowanie się, troskę o chorego, ale także i jego najbliższych. Od personelu wymaga się nie tylko opanowania wiedzy i umiejętności w zakresie postępowania mającego na celu łagodzenie dokuczliwych objawów somatycznych, również przygotowanie w zakresie wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego ofiarowanego choremu i jego rodzinie. Niezbędne jest stworzenie wszystkim pracownikom ochrony zdrowia możliwości zapoznania się z podejściem właściwym dla opieki hospicyjno/paliatywnej, rozumianej jako integralna część dobrej opieki medycznej. Znajomość tego zagadnienia może wpłynąć na poprawę jakości opieki nad umierającymi chorymi. Okres ostatnich dni życia wymaga wielkiego taktu, empatii, wyciszenia i pokory ze strony personelu medycznego. Nikt z zespołu nie powinien w tak intymnym wydarzeniu jak umieranie odgrywać roli pierwszoplanowej.

Stosowanie procedur diagnostycznych z wyeliminowaniem badań uciążliwych dla chorego nie naraża go na pogorszenie komfortu życia. Rozpoznanie potrzeb i ciągłe monitorowanie objawów gwarantuje poprawę jakości życia. Szybkie eliminowanie dolegliwości somatycznych i psychicznych daje poczucie bezpieczeństwa. Pacjenci, którzy mają wpływ na leczenie i pielęgnację czują się lepiej, gdy mogą kontrolować swoje życie. Częsty kontakt z lekarzem, pielęgniarką eliminuje stres, obawy przed ewentualnym wystąpieniem niepożądanych objawów, pozwala łatwiej znieść chorobę.

## Wnioski

Analizując wyniki uzyskane z przeprowadzonych wśród chorych terminalnie i ich rodzin badań ankietowych wyciągnąć można następujące wnioski:

1. pacjenci i ich rodziny uważają, że pomoc zespołu jest niezbędna zarówno pod względem czynności medycznych, jak i wsparcia psychologicznego,
2. systematyczna kontrola objawów zapewnia dobrą kontrolę bólową, a zastosowane procedury pozwalają na efektywne jego ograniczenie lub wyeliminowanie,

3. dostateczna ilość informacji przekazanej rodzinie i choremu na temat choroby, pożądanego trybu życia, postępowania opiekuńczego wpływa na efektywność podejmowanych przez nich działań,
4. lekarze rodzinni zbyt rzadko kierują pacjentów terminalnych do zespołów opieki paliatywnej, co pozbawia ich świadczeń o wysokim standardzie jakości,
5. pozostanie w domu rodzinnym, wśród najbliższych, w ostatnich chwilach życia jest podstawą dla uzyskania spokoju, poczucia bezpieczeństwa, akceptacji,
6. funkcjonując w swoim otoczeniu chorzy mogą utrzymywać kontakty z dotychczasowymi znajomymi, mogą w znacznym stopniu kontrolować swoje życie,
7. badane rodziny uważają, że opieka nad chorym w domu nie jest zbyt kosztowna.

## Piśmiennictwo

1. Kordek R., Jassem J., Krzakowski M., Jeziorski A.: Onkologia. Wydawnictwo Medical Press, Gdańsk 2003.
2. De Walden-Gałuszko K.: U kresu. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000.
3. Kubacka-Jasiecka D.: Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
4. De Walden-Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
5. Krasuska M., Turowski K.: Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym. Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin 1996.
6. De Walden-Gałuszko K.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
7. Groszek M.: Microsoft Excel 2003 PL. Wydawnictwo Helion, Gliwice 2004.
8. Petrie A., Sabin C.: Statystyka medyczna w zarysie (tłum. Moczko J.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, wyd. I, Warszawa 2006.

Joanna Dors<sup>1</sup>, Karolina Pietruk<sup>2</sup>

## Śmierć pacjenta jako sytuacja dla personelu medycznego

### Wstęp

Stres jest to pojęcie bardzo szerokie. Jest to reakcja organizmu na przeszkody, przeciążenia, niebezpieczeństwa, nowe sytuacje życiowe czy silne bodźce. Stres jest mobilizacją, jaką podejmuje organizm, aby móc radzić sobie w danej sytuacji [5]. Człowiek, który doświadcza stresu musi odczuwać, że jego relacje z otoczeniem szkodzą i (lub) zagrażają jego osobie. Jeżeli w danej sytuacji nie występuje nic, co może być wartościowe dla człowieka, stres psychologiczny nie pojawi się. Psychologiczne interpretacje oraz poznawcza ocena mają swoje podłoże w emocjach, działaniach i symptomach fizjologicznych, które z kolei zwrótnie oddziałują na dalsze procesy poznawcze [6].

Śmierć dla człowieka jest zjawiskiem nieuniknionym, a zarazem stanowi wielką niewiadomą. Dla jednych to przejście do innego świata, a dla drugich to koniec wszystkiego. Dlatego sama śmierć kojarzy się nam z jakimś gwałtownym czynem, przerażającym zdarzeniem czymś, co wymaga kary i potępienia. Żadna z osób żyjących nie zna tego zjawiska, dlatego rodzi się lęk. Z lękiem przed śmiercią na przełomie wieków radzono sobie bardzo różnie. To zjawisko skłaniało do głębokich przemyśleń, poszukiwań w nauce, jak i w sztuce [2]. Wielki wpływ w poglądzie na zjawisko śmierci odegrała druga wojna światowa. Ludzie zaczęli coraz bardziej wnikać w psychologiczne aspekty lęku przed śmiercią. Stały kontakt z chorobami i ludzkim cierpieniem, wielka odpowiedzialność

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

przy podejmowaniu decyzji, od których zależy zdrowie, a często i życie pacjentów sprawiają, że personel medyczny narażony jest często na silne napięcie emocjonalne i stres. W efekcie płaci za to utratą apetytu, rozkojarzeniem, bólami głowy, chorobą wrzodową, problemami w zasypianiu, większą skłonnością do nadużywania alkoholu, papierosów bądź środków uspokajających [5].

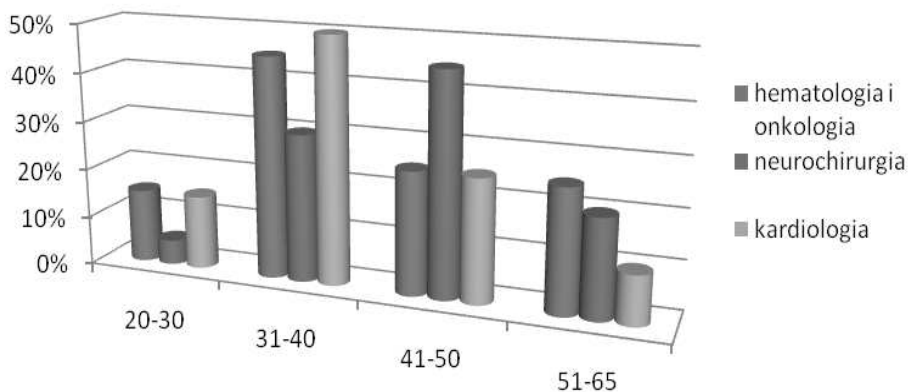
## Cel pracy

Celem pracy było określenie śmierci jako sytuacji stresującej dla personelu medycznego.

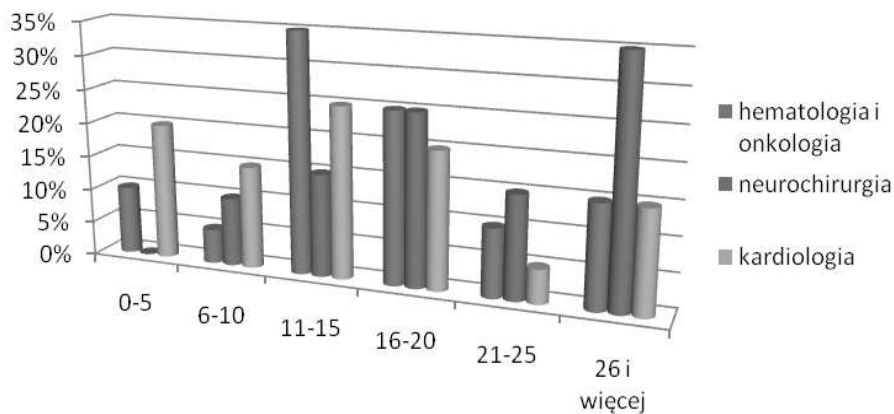
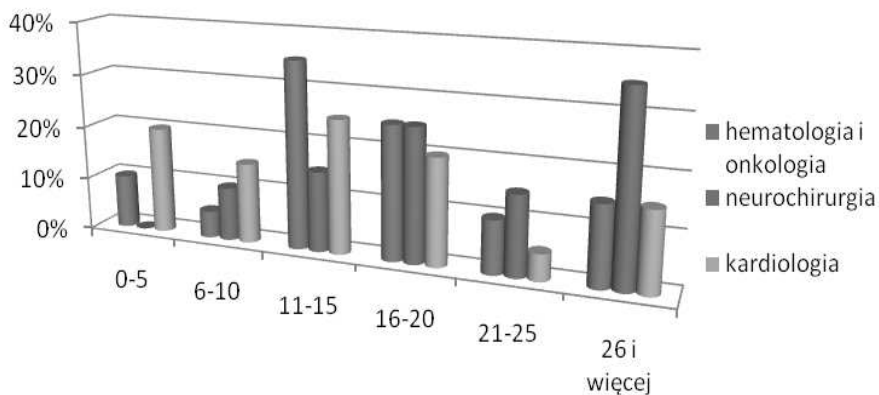
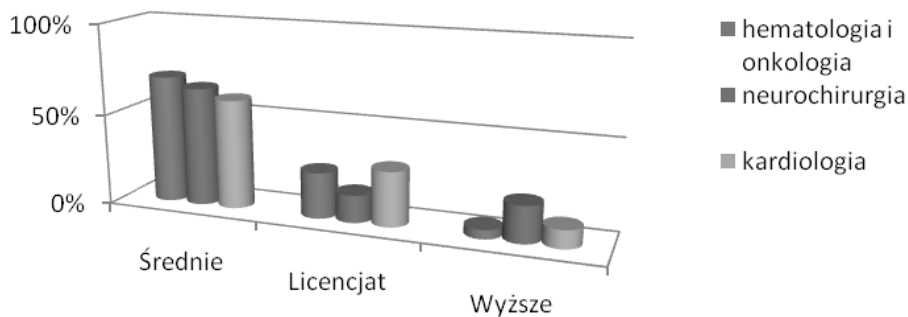
## Materiał i metoda badania

Badanie ankietowe przeprowadzono w lutym 2009 roku. Badaniem objęto grupę 60 (100%) pielęgniarek ze szpitala SPCSK przy ulicy Banacha 1a w Warszawie, na trzech oddziałach: kardiologii, neurochirurgii i hematologii. W badaniach posłużono się kwestionariuszem zawierającym 25 pytań dotyczących postrzegania zjawiska śmierci, radzenia sobie ze stresem, jaki ona ze sobą niesie oraz psychologicznego przygotowania do opieki nad pacjentem umierającym. Ankieta była anonimowa. Wiek badanej grupy przedstawia rycina 1. Staż pracy w zawodzie ukazuje rycina 2. Staż pracy na obecnym oddziale przedstawia rycina 3. Rycina 4 obrazuje poziom wykształcenia badanej grupy.

Ryc. 1. Wiek personelu medycznego





**Ryc. 2. Staż pracy w zawodzie personelu medycznego****Ryc. 3. Staż pracy personelu medycznego na obecnym oddziale****Ryc. 4. Poziom wykształcenia personelu medycznego**

## Wyniki

Wśród wariantów określających pojęcie śmierci najczęściej zostawała wybierana odpowiedź: Coś obcego i nieznanego (na oddziale hematologii i onkologii 50% badanych osób wybrało taką odpowiedź, na neurochirurgii 30%, a na kardiologii 40%). Drugie miejsce zajęło określenie: przejście do innego, lepszego świata (na oddziale hematologii i onkologii 25% badanych osób wybrało taką odpowiedź, na neurochirurgii 55%, a na kardiologii 35%). Na kolejnym miejscu znalazł się wariant odpowiedzi na temat: uwolnienia od bólu i cierpienia (na oddziale hematologii i onkologii 50% badanych osób wybrało taką odpowiedź, na neurochirurgii 30%, a na kardiologii 40%). Następnie wybierano odpowiedź: naturalna kolej rzeczy (na oddziale hematologii i onkologii 5% badanych osób wybrało taką odpowiedź, na neurochirurgii 0%, a na kardiologii 10%). 5% respondentów nie ma zdania na ten temat. Jak również 5% wybrało wariant odpowiedzi: inne.

Kolejne pytanie dotyczyło obecności przy śmierci pacjenta. Na oddziale hematologii i onkologii, jak również na kardiologii 100% pielęgniarek udzieliło twierdzącej odpowiedzi na pytanie. Zaś na oddziale neurochirurgii taką odpowiedź zaznaczyło 95% respondentów.

Zapytano respondentów, co czują/li, kiedy towarzyszą/li pacjentom przy śmierci. Wszystkie odpowiedzi zamieszczone są w tabeli 1.

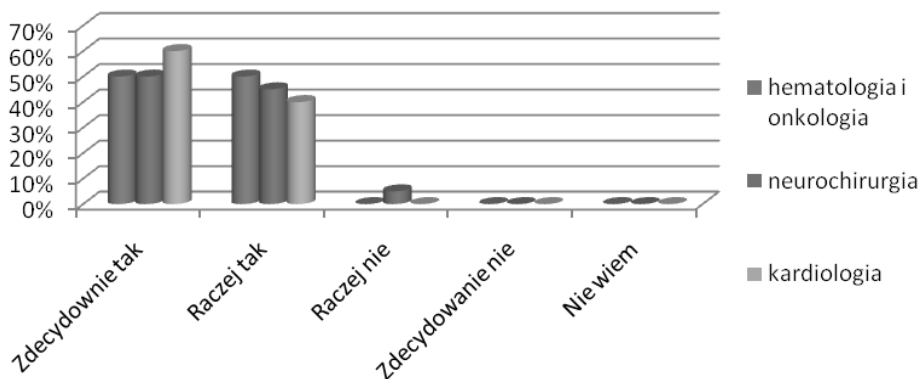
Zdecydowana większość badanych osób jest zdania, iż śmierć jest sytuacją stresującą dla personelu medycznego. Opinie respondentów przedstawione są na rycinie 5.

Według największej grupy badanych określenie: „godna śmierć” to śmierć bez odczuwania bólu i cierpienia (odpowiedzi były następujące: oddział hematologii i onkologii – 55% pielęgniarek, neurochirurgia – 40%, kardiologia – 50%). Kolejną pozycję zajęło określenie: śmierć wśród osób bliskich (oddział hematologii i onkologii – 30% pielęgniarek, neurochirurgia – 40%, kardiologia – 30%). Następną odpowiedzią była: śmierć po przyjęciu sakramentu ostatniego namaszczenia i pożegnaniu się z bliskimi (oddział hematologii i onkologii – 10% pielęgniarek, neurochirurgia – 20%, kardiologia – 20%). Żaden z respondentów nie wybrał odpowiedzi: śmierć w spokoju i ciszy w szpitalu/hospicjum.

Według badanej grupy respondentów najlepszym sposobem radzenia sobie z myślami o śmierci pacjenta jest rozmowa z koleżankami/kolegami z pracy (na oddziale hematologii i onkologii 25% osób wybrało tę odpowiedź, neurochirurgia – 50% i kardiologia – 60%). Drugą naj-

**Tabela 1. Odczucia personelu medycznego podczas obecności przy śmierci pacjenta**

Odpowiedzi	Hematologia i onkologia	Neurochirurgia	Kardiologia
Bezsilność	20%	22%	24%
Smutek	13%	20%	20%
Żal	14%	18%	18%
Takie zdarzenia skłaniają mnie do głębszych przemyśleń nad ludzką egzystencją	19%	14%	14%
Przygnębienie	19%	8%	8%
Lęk	17%	2%	0%
Ulga	6%	4%	4%
Przejęcie	1%	4%	4%
Poczucie straty	0%	4%	4%
Obojętność	3%	2%	2%
Spokój	4%	0%	0%
Inne	0%	2%	0%
Nie dotyczy	0%	2%	0%
Chęć zmiany zawodu	1%	0%	0%
Niepewność	0%	0%	0%

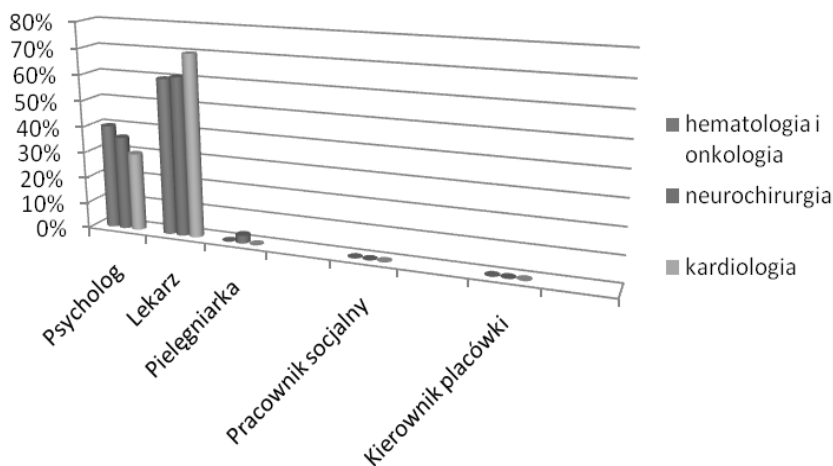
**Ryc. 5. Opinia personelu medycznego na temat śmierci jako sytuacji stresującej**

częściej wybieraną odpowiedzią było: podchodzenie do takich sytuacji z dystansem (na oddziale hematologii i onkologii 60% osób wybrało taką odpowiedź, neurochirurgia – 25% i kardiologia – 25%). Następna w kolejności odpowiedź, to rozmowa o tym z przyjacielem/przyjaciółką (na oddziale hematologii i onkologii 5% osób wybrało tę odpowiedź, neurochirurgia – 15% i kardiologia – 15%). Kolejna: staram się robić wtedy to, co sprawia mi największą przyjemność (na oddziale hematologii i onkologii 5% osób wybrało tę odpowiedź, neurochirurgia – 5% i kardiologia – 10%).

W przebadanej grupie osobą, która przekazuje informacje o śmierci pacjenta dla większości respondentów jest lekarz (oddział hematologii i onkologii – 95% badanych, neurochirurgia – 85%, kardiologia – 90%). Kolejną osobą jest psycholog (oddział hematologii i onkologii – 0% badanych, neurochirurgia – 10%, kardiologia – 10%). Dla 5% personelu medycznego z oddziału hematologii i onkologii oraz neurochirurgii pielęgniarka jest osobą, która powiadamia o śmierci pacjenta jego rodzinę. Odpowiedzi: pracownik socjalny oraz kierownik placówki uzyskały 0% wybór.

Zapytano zatem respondentów – kto jest najwłaściwszą osobą z personelu medycznego do przekazywania takich informacji na oddziale? Odpowiedzi ukazują rycina 6.

**Ryc. 6. Osoby, które zdaniem personelu medycznego powinny przekazywać informację o śmierci pacjenta jego rodzinie**



Zdaniem badanych osób przygnębiecie jest najczęstszym odczuciem, jakie towarzyszy im na myśl o powiedzeniu o śmierci pacjenta jego rodzinie (odpowiedź tą wybrało na oddziale hematologii i onkologii 27% respondentów, neurochirurgii – 38%, kardiologii – 37%). Kolejną odpowiedzią to traktowanie tego, jako obowiązek zawodowy (odpowiedź tą wybrało na oddziale hematologii i onkologii 19% respondentów, neurochirurgii – 23%, kardiologii – 27%). Na następnej pozycji jest bezsilność (odpowiedź tą wybrało na oddziale hematologii i onkologii 27% respondentów, neurochirurgii – 19%, kardiologii – 17%). Kolejne to: obawa (odpowiedź tą wybrało na oddziale hematologii i onkologii 19% respondentów, neurochirurgii – 8%, kardiologii – 10%). Opcję – nie dotyczy wybrało po 8% ankietowanych z oddziałów hematologii i onkologii oraz neurochirurgii, zaś z kardiologii 10%. Wariant odpowiedzi inne zakreśliło 4% ankietowanych z oddziału neurochirurgii.

W pytaniu o posiadanie umiejętności rozmowy o zbliżającej się śmierci z pacjentem/jego rodziną udzielone odpowiedzi były następujące: na oddziale hematologii i onkologii zdecydowanie tak odpowiedziało 50% pielęgniarek, raczej tak – 50%, zdecydowanie nie – 40%, raczej nie 15%. Na oddziale neurochirurgii: zdecydowanie tak odpowiedziało 50% pielęgniarek, raczej tak – 50%, zdecydowanie nie – 5%, raczej nie – 25%. Zaś na kardiologii odpowiedzi wyglądały następująco: zdecydowanie tak 50% pielęgniarek, raczej tak – 50%, zdecydowanie nie – 10%, raczej nie – 30%.

Największy problem dla najliczniejszej grupy ankietowanych to pytanie pacjenta na temat nadchodzącej śmierci. Jest to wybór 70% respondentów. Również wynik 70% uzyskała odpowiedź na temat przekazywania informacji o nadchodzącej śmierci. Według badanej grupy personelu medycznego trudność sprawia im brak umiejętności z zakresu psychologii, a co za tym idzie prowadzenia rozmowy z pacjentem i z jego rodziną. Takiej odpowiedzi udzieliło 65% badanych. Odpowiedź nie wiem uzyskała również 65% przy wyborze przez respondentów. 25% uzyskała odpowiedź na temat cierpliwego słuchania. Najmniejszy odsetek, bo 5% i 0% uzyskały kolejno odpowiedzi: pytania dotyczące skutków postępu choroby oraz pielęgnacji pacjenta umierającego (tabela 2).

Następne pytanie dotyczyło wyrażenia chęci do udziału w szkoleniach na temat kontaktu z pacjentem umierającym i jego rodziną. Większość respondentów wyraziło aprobatę dla tego pomysłu (odpowiedzi były następujące: oddział hematologii i onkologii – 70% pielęgniarek,

**Tabela 2. Opinia personelu medycznego na temat największych trudności w kontakcie z pacjentem umierającym**

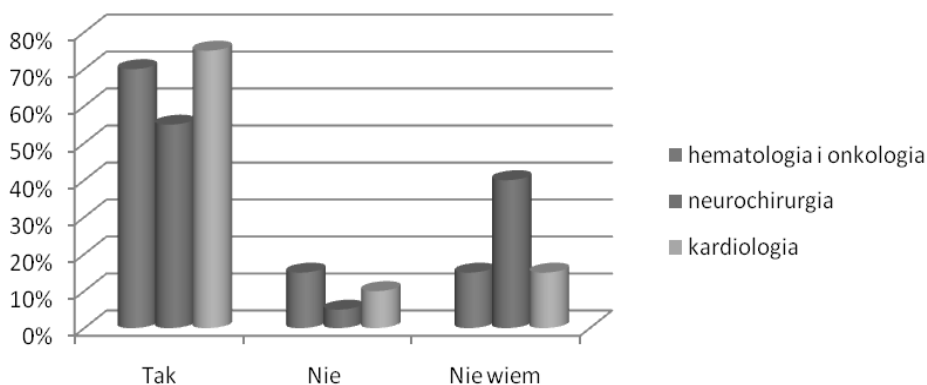
Odpowiedzi	Hematologia i onkologia	Neurochirurgia	Kardiologia
Odpowiedzi na pytania dotyczące nadchodzącej śmierci	30%	25%	15%
Przekazywania informacji o nadchodzącej śmierci	30%	0%	40%
Psychologii rozmowy z pacjentem/rodziną	15%	35%	15%
Nie wiem	15%	30%	20%
Umiejętności cierpliwego słuchania	10%	5%	10%
Pytań dotyczących skutków postępu choroby	0%	5%	0%
Pielęgnacji pacjenta umierającego	0%	0%	0%

neurochirurgia – 55%, kardiologia – 75%). Negatywnie do tej idei odniosło się na oddziale hematologii i onkologii 15% badanych, zaś na oddziale kardiologicznym 10%, a na neurochirurgicznym tylko 5%. Część pielęgniarek nie wyraziło opinii na ten temat. Największą ilość takiej odpowiedzi zaznaczyły osoby z oddziału neurochirurgii – 40%. Odsetek personelu, który nie ma opinii na ten temat na dwóch pozostałych oddziałach wynosi po 15%.

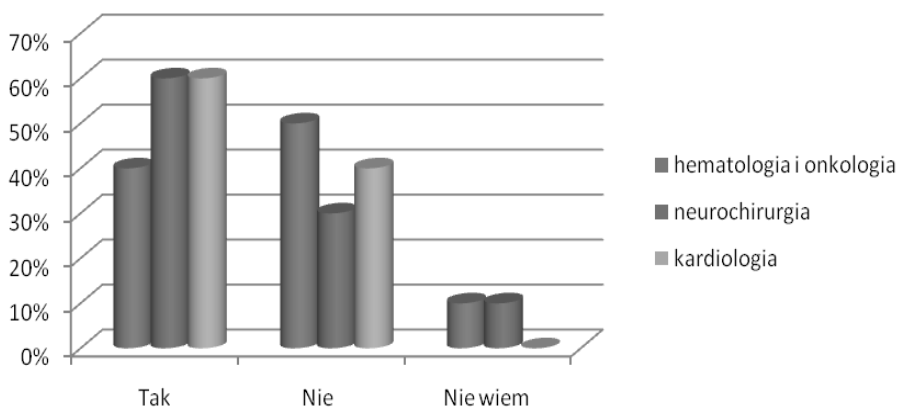
W pytaniu dotyczącym opinii personelu medycznego na temat zjawiska śmierci, jako tematu tabu w społeczeństwie, zdecydowana większość opowiedziała się za wariantem odpowiedzi – tak (na oddziale hematologii i onkologii – 70% badanych, neurochirurgii – 55%, kardiologii – 85%). Odpowiedzi nie udzieliło 15% badanych z oddziału hematologii i onkologii, 5% neurochirurgii oraz 10% z kardiologii. Opcje odpowiedzi: nie wiem po 15% z oddziałów kardiologicznego i onkologicznego, a na neurochirurgii ta odpowiedź została wybrana przez 40% respondentów (ryc. 7).

W pytaniu na temat chęci udziału w szkoleniach dotyczących kontaktu z pacjentem umierającym i jego rodziną odpowiedzi na oddziale hematologii i onkologii rozkładały się następująco: wariant – tak wybrało 70%, nie – 15%, nie wiem – 15%; na oddziale neurochirurgii odpowiedź: tak – 55%, nie – 5%, nie wiem – 40%, zaś na kardiologii: tak – 75% pielęgniarek, nie – 10%, nie wiem – 15% (ryc. 8).

**Ryc. 7. Opinia personelu medycznego co do stwierdzenia, że śmierć jest tematem tabu w społeczeństwie**



**Ryc. 8. Stosunek personelu do udziału w szkoleniach na temat kontaktu z pacjentem umierającym i jego rodziną**



## Omówienie

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują jednoznacznie, że podjęta tematyka śmierci stanowi istotny problem dla większości przebadanej grupy personelu medycznego [1]. Śmierć i przemijanie w swoim wymiarze egzystencjalnym zawsze pozostają w wyraźnej sprzeczności z wolą życia. Lęk przed śmiercią rozumiany jest zazwyczaj jako uczucie zagrożenia przez zjawisko przemijania i końca życia. Trwoga śmierci wynika z doświadczenia ludzkiego istnienia [4]. Doniesienia z gabinetów psycho-

terapeutycznych jednoznacznie przekonują, że lęk przed śmiercią jest zjawiskiem występującym powszechnie i towarzyszy wszystkim. W pytaniu, czy śmierć pacjenta jest sytuacją stresującą dla personelu medycznego, ponad 60% z oddziału hematologii i onkologii oraz 50% z oddziałów neurochirurgii i kardiologii udzieliło odpowiedzi – zdecydowanie tak. Podobna liczba respondentów opowiedziała się za wariantem raczej tak: 40% personelu medycznego z oddziału hematologii i onkologii, 45% neurochirurgii oraz 50% z oddziału kardiologicznego. Tylko 5% badanych z oddziału neurochirurgii opowiedziało się za stwierdzeniem raczej nie. Stąd wynika, że pomimo: wieku, stażu pracy, ciągłego kontaktu z osobami umierającymi śmierć nadal jest sytuacją stresującą dla personelu medycznego [10]. Jedną z najistotniejszych cech, jaka powinna charakteryzować pielęgniarkę na każdym oddziale jest umiejętność prawidłowego komunikowania się. Komunikacja jest procesem porozumiewania się grup społecznych czy też jednostek. Jej cele to: wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Odbywa się ona na kilku poziomach, przy użyciu różnych środków i wywołuje określone skutki. Komunikowanie się międzyludzkie może odbywać się werbalnie i niewerbalnie. Każdy z wypisanych sposobów komunikowania spełnia w rozmowie określone funkcje. Komunikaty werbalne – dają informacje głównie pamięciowe. Komunikaty niewerbalne – są sposobami porozumiewania się bez słów, za pomocą mimiki, gestów, brzmienia głosu, wywierają również określony wpływ na odbiorcę. Komunikacja daje możliwość nabycia wiedzy, przekazywania informacji, nawiązywania wzajemnych kontaktów, a także w tworzeniu określonych relacji. Poznanie zagadnienia komunikacji jest warunkiem bycia efektywnym nadawcą i odbiorcą. Istotne jest to, by osoba udzielająca informacji o zgonie była gotowa do odpowiedzi na pytanie typu, a jak to się stało, a czy naprawdę nie można było więcej nic zrobić, czy nawet do niesłusznych zarzutów. W sytuacjach stresujących, które występują dość często w pracy pielęgniarki, a do takich możemy zaliczyć konieczność poinformowania rodziny o śmierci ich bliskiego [6]. Jak stwierdziła najliczniejsza grupa pielęgniarek, która miała do oceniania swoje umiejętności z tego zakresu w skali od 1 do 10 (gdzie 1 oznaczało bardzo słabo, a 10 bardzo dobrze) oceniła je najniżej, jako bardzo słabe 95% badanych osób ze wszystkich oddziałów, 50% badanych ocenia swoje umiejętności w tym zakresie na 9. 35% ocenia na 2. 30% ocenia na 8 i 5. 25% ocenia na 4. Po 20% na 6 i 7. Po 5% na 3 i 10 w skali. Warte uwagi jest omówienie stosunku personelu do idei utworzenia grup wsparcia dla osób umierających i ich rodzin. Pierwszym mo-



mentem, w którym osoby bliskie potrzebują wsparcia jest ten, gdy dowiadują się o nieuleczalnej chorobie. Może być trudno jest przyjąć na siebie i w siebie rozpacz, lęk, chaos przeżyć i jeszcze umieć zachować się wspierająco [3]. Zdecydowana większość, ponad 90% personelu medycznego, zauważa konieczność powstania takich grup wsparcia w placówce, w której pracują. Wynika stąd, że personel medyczny nie jest w stanie zastąpić specjalistycznych grup wsparcia. W skład takich grup wchodzi głównie psychologowie oraz terapeuci, jak również pielęgniarki i lekarze [10]. Towarzyszenie człowiekowi śmiertelnie choremu w ostatnich dniach czy miesiącach jego życia jest doświadczeniem niepowtarzalnym. Może wzbudzać lęk oraz pragnienie ucieczki z trudnej sytuacji, ale może także prowadzić do przeżycia niezwykle duchowej bliskości w kontakcie z drugim człowiekiem. W każdym jednak przypadku towarzyszenie człowiekowi umierającemu wymaga mobilizacji sił psychicznych, fizycznych, czasu, delikatności, a niekiedy wręcz ogromnej cierpliwości i zdolności do poświęcania. Towarzyszenie człowiekowi umierającemu w prawdzie, bez uciekania się do niedomówień i kłamstwa wymaga ponadto osobistej odwagi i wzięcia odpowiedzialności za spotkanie z człowiekiem w sytuacji, kiedy najważniejsze dla niego wartości – zdrowie i życie zostały zagrożone, a z punktu widzenia wiedzy medycznej nie ma możliwości, aby to zagrożenie powstrzymać [7]. Uczestniczenie w takiej sytuacji oraz odczuwanie cierpienia, które można jedynie łagodzić może stanowić dla lekarza czy pielęgniarki zbyt trudne doświadczenie i w ostateczności doprowadzić do pojawienia się objawów zespołu wypalenia zawodowego. Stąd też w opiece szpitalnej ważne są nie tylko kompetencje medyczne lekarza czy pielęgniarki, ale jak się wydaje przede wszystkim ich kompetencje osobowościowe, wspierane przez przygotowanie w zakresie nasilenia pomocy psychologicznej. Podstawowe dla pracy lekarza czy pielęgniarki w opiece paliatywnej jest zatem to, jakimi są ludźmi oraz to, jakimi dysponują umiejętnościami porozumiewania się. W pytaniu na temat szkoleń dotyczących pracy z osobami umierającymi ponad 90% badanych respondentów wyraziła aprobatę co do takiego pomysłu [8]. Daje to sygnał do nałożenia większego nacisku na przygotowanie pielęgniarek, nie tylko w aspekcie medycznym, ale i psychologicznym. Naprzeciw takiemu zapotrzebowaniu wyszły Hospicja z programem „Hospicjum to też życie”, gdzie w ramach tego przedsięwzięcia pracownikom oferuje taki właśnie szereg szkoleń [20]. Kolejnym zagadnieniem wartym głębszego omówienia jest pytanie: czy powinno się rozmawiać w mediach więcej o śmierci? Odpowiedzi udzielane przez respondentów, którzy są za mówieniem więcej

w mediach o śmierci i przeciwników tej alternatywy były prawie równoznaczne. Na oddziale kardiologii oraz neurochirurgii po 60% pielęgniarek, zaś na hematologii i onkologii 40% wyraziło aprobatę. Dezaprobatę wyraziło: na oddziale hematologii i onkologii 50% badanych, na kardiologii – 40% oraz na neurochirurgii – 30%. Z tych odpowiedzi wynika, że temat śmierci wzbudza nadal wiele kontrowersji. Podejście do zjawiska śmierci związane jest też ze specyfiką oddziału. Pracownicy oddziału kardiologii oraz neurochirurgii spotykają się z osobami umierającymi o wiele rzadziej niż personel z oddziału hematologii i onkologii. Dlatego pracownicy oddziału onkologicznego w mniejszym stopniu popierają pomysł częstszego rozmawiania o śmierci w mediach, gdyż na co dzień śmierć kojarzy im się z: cierpieniem, bólem, wyniszczeniem pacjentów. Zależne jest to również od osobistego podejścia do zjawiska śmierci oraz występowaniem lęku wobec niej [9].

## Wnioski

1. Dla większości personelu medycznego śmierć jest sytuacją stresującą.
2. Znaczna część respondentów ocenia swoje umiejętności z zakresu przekazywania informacji o śmierci pacjenta jego rodzinie jako bardzo słabe.
3. Większość badanego personelu medycznego wyraża chęć uczestnictwa w szkoleniach dotyczących kontaktu z pacjentem umierającym i jego rodziną.
4. Ponad połowa badanych osób jest zdania, iż powinno się więcej rozmawiać o śmierci w mediach.

## Piśmiennictwo

1. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 2005, 29–40, 55–58, 66–67, 95–97, 98–102.
2. Mikos von Rohrscheidt A.: Człowiek wobec śmierci i umieranie na przestrzeni wieków. [www.scholandia.republika.pl/wydzialy/filozofia/wyklad\\_5.htm](http://www.scholandia.republika.pl/wydzialy/filozofia/wyklad_5.htm), 22.03.2009, 18:10.
3. Ostrowska A.: Śmierć i umieranie. Oficyna Wydawnicza Alma-Press, Warszawa 1991, 5–9, 13–19, 23–26, 31–33.
4. Block B.: Czy można umierać bez lęku? Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia. Instytut Psychologii KUL Nowa Medycyna, 2004/2, 124, 108–114.
5. <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/drukuj/6914> 3.07.2009, 16:30.

6. Chmiel-Baranowska A.: Stres I radzenie sobie z nim. *Opieka paliatywna nad dziećmi*, 2008, 16, 211–212.
7. Głuszak J.: Czy umieranie musi boleć...? Refleksje po konferencji. *Polska Medycyna Paliatywna* 2006, 5, 3, 131–133.
8. Heborowski M., de Walden Gałuszko K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. [w:] *Ogólne zasady leczenia i opieki w daleko zaawansowanym okresie choroby nowotworowej*. Z. Żylicz, A. Zapaśnik (red.). PZWL, Warszawa 1998, 38–47.
9. [www.hospicja.pl/kalendarium/event/month/2009-06.html](http://www.hospicja.pl/kalendarium/event/month/2009-06.html) 03.06.2009, 15:30.
10. Rogiewicz M.: *Praca psychologa z pacjentem w terminalnej fazie choroby*. Instytut Psychologii w Bydgoszczy Uniwersytet im. Kazimierza Wielkiego. [www.hospicja.pl/files/Praca\\_psychologa.pdf](http://www.hospicja.pl/files/Praca_psychologa.pdf) 24.03.2009, 18:20.



Natalia Nowosielska<sup>1</sup>, Agnieszka Zborowska<sup>1</sup>, Beata Jankowska<sup>1,2</sup>,  
Izabella Uchmanowicz<sup>1,2</sup>, Piotr Hańczyc<sup>2</sup>

## **Zakres i formy opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z chłoniakiem złośliwym – zagadnienie komunikacji**

Chory na nowotwór złośliwy, jakim jest chłoniak jest człowiekiem cierpiącym, świadomym stopniowej utraty kontroli nad własnym ciałem, umysłem i przyszłością. Pielęgniarkę powinna cechować empatyczność, życzliwość, umiejętność współuczestnictwa w przeżyciach chorego oraz zrozumienie jego stanu emocjonalnego [1]. Szczególnie istotne jest indywidualne podejście do pacjenta, ponieważ każdy jest inny i inaczej zachowuje się w tak trudnej sytuacji, jaką jest choroba nowotworowa. Niemożliwe jest ustalenie sztywnych reguł zachowania i sposobów komunikacji. Istotny staje się tu temat poruszany na całym świecie, a mianowicie czy chorego informować, że jest chory na nowotwór złośliwy?

Polskie prawo precyzuje zakres informacji, jaki może przekazać pielęgniarka choremu w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej [2]. Artykuł 20.2 Ustawy o Zawodzie pielęgniarki i położnej mówi: „Pielęgniarka, położna udziela pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej” [3]. Za przekazanie informacji o stanie chorego, chorobie oraz planowanym leczeniu odpowiada zawsze lekarz prowadzący. Chory zazwyczaj chce usłyszeć wyjaśnienie słów lekarza w sposób prosty i zrozumiały, chce również potwierdzenia uzyskanych informacji, oczekując zarazem otuchy i pocieszenia [4]. Często dodatkowe pytania, dotyczące stanu zdrowia kierowane są do pielęgniarki. Nie musimy, nawet nie powinniśmy mówić zbyt wiele – ra-

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, AM Wrocław

<sup>2</sup> Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu

czej nastawić się na bardzo uważne słuchanie. Pustki nie sposób wypełnić słowami, wypełnić ją może jedynie obecność człowieka. Chory często stawia trudne pytania. Nie należy spieszyć się z odpowiedzią, gdyż wiadomo, że nie ma odpowiedzi na niektóre z pytań. Zadawanie ich jest formą dzielenia bólu, jakiego doświadczają. Oczekiwanie chorego onkologicznie są zróżnicowane. Od lekarza oczekuje on ścisłych informacji medycznych na temat choroby, podczas gdy pytania kierowane do pielęgniarki są odzwierciedleniem obaw i niepewności [2]. W zadawanych pytaniach poruszany jest temat niepewności i nadchodzącej przyszłości. Pacjenci boją się pobytu w szpitalu, pobytu w domu, powikłań po zastosowanym leczeniu i zbliżającej się śmierci. W tej sytuacji pielęgniarka sama musi posiadać dużą wiedzę o chorobach nowotworowych, prowadzonym leczeniu, działaniu stosowanych leków oraz możliwości wystąpienia powikłań. Ważne jest umiejętne przygotowanie pacjenta na możliwość wystąpienia powikłań oraz umiejętne im zapobiegania czy łagodzenie [5]. Do obowiązków personelu średniego należy informowanie o podejmowanych działaniach pielęgnacyjno-leczniczych. Należy pamiętać, że pacjentowi, zwłaszcza onkologicznemu, przysługuje prawo odmówienia poddawania się wyczerpującym zabiegom pielęgnacyjnym [3]. Znajomość specyfiki przebiegu choroby danego pacjenta pomoże pielęgniarce świadomie i umiejętnie wykonywać zlecenia lekarskie. Jeśli pielęgniarka nie zaspokoi potrzeb informacyjnych chorego i nie pomoże rozwiązać nurtujących go wątpliwości, zwraca się on do kogoś innego, najczęściej do innego chorego. Zazwyczaj w wyniku takiego postępowania dochodzi do wytworzenia błędnego i, co gorsze, szkodliwego dla pacjenta obrazu jednostki chorobowej. Pogłębia się uczucie niepewności i lęku. Od wiedzy i umiejętności komunikacji pielęgniarki z pacjentem zależy często stan psychiczny chorego i jego gotowość do współpracy w procesie leczenia [5]. Uzyskanie przez chorego satysfakcjonujących informacji na temat choroby oraz sposobu leczenia owocuje postawą odpowiedzialności za siebie, podejmowaniem świadomych decyzji, wpływa znacząco na zachowania chorego, nie tylko w stosunku do personelu, ale także w stosunku do bliskich [6]. Zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczno-leczniczy bywa często efektem umiejętnego komunikowania się z chorym przez pielęgniarkę.

W komunikacji z chorym, oprócz rozmowy, która powinna być prowadzona w ciszy i spokoju, bardzo ważne są niewerbalne elementy prawidłowego komunikowania, takie jak kontakt wzrokowy, uśmiech, mi-

mika i przyjazny gest. Niewerbalne środki komunikacji pozwalają na utrzymanie więzi z pacjentem i wzmacniają jego satysfakcję z opieki [7]. Pielęgniarka powinna dysponować odpowiednią ilością czasu na rozmowę z chorym, nie powinna spoglądać na zegarek, musi skoncentrować się na rozmowie i stosować odpowiednie techniki komunikacji, które pozwolą czuć pacjentowi, że jest całkowicie rozumiany. Nieumiejętne prowadzenie konwersacji wpływa znacząco na dalszą współpracę pacjenta z pielęgniarką [8]. Pamiętać należy o dawkowaniu informacji przekazywanych choremu oraz stosowaniu słownictwa zrozumiałego dla osób nie związanych z branżą medyczną. Obowiązuje bezwzględny zakaz używania przy chorych żargonu medycznego. Rozmowa powinna pozostawiać nadzieję, chory powinien mieć uczucie zapewnionego profesjonalnego wsparcia [9]. Nigdy nie należy okłamywać chorego, ale jednocześnie należy unikać bezmyślnej otwartości.

Dostarczanie choremu informacji w odpowiedni sposób stwarza dla niego możliwość wyboru priorytetów, wyznaczenia realistycznych celów, zmniejsza lęk oraz strach przed nieznanym, jakim jest choroba nowotworowa poprzez zmniejszenie pola działania wyobraźni [7]. Dzięki odpowiednio ukierunkowanym kontaktom z personelem medycznym, a zwłaszcza z pielęgniarką chory wie, czego się od niego oczekuje i w jaki sposób powinien tym oczekiwaniom sprostać. Skupiając się na aspektach fizycznych często zapominamy o psychice chorego, która w chorobie nowotworowej jest szczególnie ważnym elementem opieki pielęgniarskiej [3]. Atmosfera wzajemnego okłamywania nie sprzyja opiece nad chorym, utrudnia przepływ informacji, prowadzi do pogłębienia stresu u opiekujących się, przyczynia się do utraty zaufania ze strony chorego, zwiększa jego niepewność, niepokój i uniemożliwia zwierzenie się bliskim z przeżywanym udrekiem [10].

W miarę upływu czasu, narastania objawów chorobowych, zmienia się sposób komunikacji z chorym. W stanie terminalnym komunikowanie z chorym zależy od kontekstu świadomości śmierci. Ze względu na świadomość śmierci wyróżniamy cztery rodzaje komunikacji [11]:

1. Zamknięta świadomość – jest to model komunikacji, w którym chory nie jest świadomy tego, że umiera, a otaczające go osoby mają pełną świadomość i robią wszystko, by chory pozostał w swojej nieświadomości. Czasem jednak ten model zostaje nieumyślnie bądź celowo zerwany i może przejść do modelu świadomości otwartej lub podejrzenia.

2. Model podejrzenia – pacjent podejrzewający, że jest nieuleczalnie, a nawet śmiertelnie chory stara się wszelkimi sposobami potwierdzić

bądź odrzucić swoje podejrzenia. Osoby otaczające chorego ukrywają prawdę przed nim i robią to bardziej przekonywująco niż w modelu zamkniętej świadomości. Chory może powrócić do modelu zamkniętej świadomości lub przejść do modelu świadomości otwartej lub wzajemnego udawania.

3. Model wzajemnego udawania – wydaje się być najczęściej funkcjonujący. Chory, mimo zaprzeczeń, jest świadomy swojego stanu, zdaje sobie sprawę, że umiera, jednak nie rozmawia o śmierci, nie skarży się na brak postępów w leczeniu. W tym modelu uczestniczy też rodzina. Sądzi, że świadomość śmierci może być tragiczna dla umierającego. Jednak każda ze stron przeżywa śmierć w osamotnieniu. Model wzajemnego udawania może przekształcić się w model otwartej świadomości. Czasem pacjent nie wytrzymuje presji psychicznej umierania, naporu bólu, cierpienia.

4. Model świadomości otwartej – występuje wtedy, gdy chory, personel szpitala, jak i rodzina wiedzą o zbliżającej się śmierci. Wiedza personelu jest szersza, ale nie zawsze jest dzielona z rodziną i chorym. Główny cel działania to pomoc w adaptacji przez pacjenta stanu bycia umierającym. Komunikacja w tym modelu jest trudna, ale chory nie jest osamotniony.

Na proces komunikacji wpływa wiele innych czynników, np. siła odczuwania więzi z umierającym, cechy osobowościowe, gotowość bycia z umierającym. W kontaktach z chorym onkologicznie, nie tylko w terminalnej fazie choroby, ale przez cały okres jej trwania, pielęgniarka powinna wykazać się cierpliwością, spokojem i wyrozumiałością [12]. Od samego początku choroba nowotworowa, jeśli pacjent jest o niej poinformowany, znacznie obciąża jego stan psychiczny. Pacjenci nie zawsze są życzliwi w stosunku do opiekującego się nim personelu, niejednokrotnie wyczerpani fizycznie nie okazują zadowolenia ze świadczonych usług i wykonywanych czynności. Momentami stosunek chorego do otaczającej rzeczywistości nacechowany jest wrogością. Pacjenci próbują odreagować całe cierpienie, jakim zostali dotknięci i obarczyć winą osoby obce. Chory ma wiele powodów, by czuć się osamotniony. Zwolniony z życia już nie należy do społeczności ludzi zdrowych, aktywnych, z planami na przyszłość. Dla niektórych pacjentów choroba nowotworowa powoduje poczucie wstydu. Czują się życiowo zdegradowani. Do poczucia upokarzającego osamotnienia i zredukowanej wartości chorego może przyczynić się także, niestety, wyniosła postawa personelu lekarskiego lub bezduszna postępa pielęgniarki.



## Problemy pielęgnacyjne pacjenta z chłoniakiem złośliwym

Opieka pielęgniarska nad pacjentem chorym onkologicznie prowadzona jest w oparciu o rozpoznanie potrzeb i problemów chorego. Najczęstsze problemy wiążą się z zaawansowaniem choroby, sposobem leczenia oraz stanem pacjenta. Zawsze pod uwagę należy brać stan biopsychospołeczny pacjenta, ponieważ wszystkie jego sfery są ze sobą ściśle powiązane.

W przeprowadzonych badaniach nad chorymi leczonymi paliatywnie, do najczęściej zgłaszanych objawów chorobowych należą zmęczenie i osłabienie. Wielokrotnie właśnie te obszary pomijane są, bądź zaniebdywane przez opiekujący się personel, który skupia się na zaspakajaniu potrzeb fizycznych [2].

Uczucie zmęczenia i osłabienia jest spowodowane nie tylko samą chorobą nowotworową, ale również bywa efektem zastosowanego leczenia, czyli chemioterapią, radioterapią, zażywaniem leków wspomagających bądź też przebyciem zabiegu operacyjnego. Przyczynami uczucia zmęczenia i osłabienia mogą być: ból, wymioty, niedokrwistość, zaburzenia elektrolitowe, niedożywienie, duszność, zmniejszenie masy ciała czy też odwodnienie [13]. Nasilenie zmęczenia i osłabienia związane jest również z osobowością pacjenta i jego stanem psychicznym, często na tym etapie choroby dodatkowo dołączają się zaburzenia snu czy też depresja [14].

Nudności i wymioty występują u 30–60% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową i są wynikiem pobudzenia ośrodka wymiotnego pnia mózgu przez:

- korę mózgową (bodźce psychiczne),
- hemoreceptorową strefę wyzwalającą w dnieniu komory IV (założenia metaboliczne, leki),
- aparat przedsionkowy (ruch i pozycja ciała),
- zakończenia nerwowe w przewodzie pokarmowym (schorzenia narządów jamy brzusznej i klatki piersiowej).

Jeśli jest to możliwe zaleca się, aby usuwać przyczynę nudności i wymiotów. Do obowiązków pielęgniarki należy obserwacja. Istotne jest wychwycenie okoliczności, w których nudności i wymioty występują najczęściej, aby skutecznie im zapobiegać i niwelować nieprzyjemny odczucia im towarzyszące. Pomoc w trakcie wymiotów zmniejsza niebezpieczeństwo zachłyśnięcia, a także przedostania się treści wymiotnej do trąbki słuchowej. Obecność pielęgniarki przy chorym poprawia jego sa-

mopoczucie, zmniejsza dolegliwości i daje poczucie bezpieczeństwa. Obserwacja stanu nawodnienia oraz właściwa interpretacja objawów pozwoli wcześniej wykryć symptomy wskazujące na zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Podczas zapewniania higieny osobistej i otoczenia, należy zmierzać do eliminacji nieprzyjemnego zapachu i smaku oraz ograniczać bodźce wzrokowe, które mogą stymulować ośrodek wymiotny i nasilać wymioty. Wybór leku zależy jest od mechanizmu powstanie wymiotów [15].

Przy intensywnych wymiotach należy zmienić drogę podawania niezbędnych leków z doustnej na pozajelitową. Najczęściej stosuje się leki z rodziny leków przeciwdopaminowych, których zadaniem jest blokowanie receptorów dopaminowych, leków pobudzających perystaltykę, leków przeciwhistaminowych, cholinergicznym i glikokortykosteroidów. Jeśli zaś nudności i wymioty spowodowane są metodami leczniczymi w chorobach nowotworowych, do których zaliczamy chemio- i radioterapię, wówczas stosuje się profilaktykę lekami przeciwserotoninowymi [16].

Zaparcia stolca są kolejnym istotnym problemem często pojawiającym się u chorych onkologicznie. Spowodowane mogą być błędami dietetycznymi, unieruchomieniem i czynnikami psychicznymi. Chorzy wstydzą się tego problemu, jednocześnie nie zdając sobie sprawy z jego możliwych dalszych konsekwencji [2]. Zaparcia stolca mogą być przejawem niewydolności autonomicznego układu nerwowego, stosowania leków, mechanicznego upośledzenia drożności jelit, przyjmowania zbyt małej ilości płynów drogą doustną, zaburzeń gospodarki elektrolitowej oraz zmiany trybu życia. Najczęściej objawiają się poprzez bóle i wzdęcia brzucha, czy mdłości. Często towarzyszy im obniżenie nastroju chorego, zahamowanie łaknienia [5].

Podstawowe znaczenie w leczeniu i pielęgnowaniu chorego ma prawidłowe nawodnienie chorego, zapewnienie odpowiedniej ilości błonnika oraz utrzymanie aktywności ruchowej pacjenta, zawsze dostosowanej do jego możliwości [14]. Regularne przyjmowanie posiłków jest podstawowym wymogiem leczenia dietetycznego. Jako profilaktykę zaprac, również u pacjentów onkologicznych, jak i w innych chorobach przewlekłych można zastosować ćwiczenia, polegające na poprawianiu ułożenia ciała, siadaniu, spacerowaniu na krótkich odcinkach oraz gimnastyki podczas toalety czy też innych zabiegów pielęgnacyjnych [17].

W leczenia zaparc stosuje się środki farmakologiczne o różnorodnym mechanizmie działania. Zaliczyć do nich można środki pobudzające

perystaltykę górnego przewodu pokarmowego, leki pobudzające perystaltykę jelita grubego, leki osmotycznie czynne i środki zmiękczające stolec. Stosuje się również enemy z 0,9% roztworu NaCl, parafiny lub fosforany [9].

W zaparciach spowodowanych podawaniem opiatów stosuje się dostunnie naloxon, który jest lekiem działającym antagonistycznie w stosunku do opiatów. Dzięki temu, że bardzo słabo wchłania się z jelit przyspiesza ich upośledzoną perystaltykę, jednocześnie nie znosząc działania przeciwbólowego opiatów [3].

Duszność jest to subiektywne uczucie trudności w oddychaniu, zmuszające chorego do zwiększonej pracy oddechowej, bądź też zmniejszenia aktywności. Jest ona jednym z najczęstszych i najbardziej uciążliwych objawów zaawansowanej choroby nowotworowej, szczególnie w jej terminalnej fazie [13]. Przyczyny duszności występujące u pacjentów z chłoniakiem złośliwym możemy ująć w trzech grupach [18]:

1. ograniczenie perfuzji – zaliczamy tu niedrożność dróg oddechowych, nacieki nowotworowe, obrzęk limfatyczny, zwłóknienie płuc po radiochemioterapii, naciek opłucnej;
2. czynniki psychogenne;
3. inne przyczyny – niedokrwistość, zaburzenia metaboliczne, choroby współistniejące.

Leczenie duszności polega przede wszystkim na usunięciu przyczyny. Typowe leczenie farmakologiczne polega na podawaniu leków rozszerzających oskrzela, czyli antagonistów receptorów beta, leków antycholinergicznym i metyloksantyn [9]. U chorych w terminalnej fazie choroby leczenie duszności polega na zmniejszeniu subiektywnego odczucia trudności w oddychaniu, poprzez zastosowanie opioidów, leków przeciwłękowych, uspokajających oraz miejscowo znieczulających w nebulizacjach. Tlenoterapia wskazana jest, gdy u chorego występuje hipoksja. Dużą rolę odgrywają metody nefarmakologiczne, takie jak: psychoterapia oraz odprężające ćwiczenia oddechowe [13].

Poprawę samopoczucia chorego i zmniejszenie odczuwania duszności uzyskać można poprzez zastosowanie odpowiedniej pozycji ułożeniowej. Najbardziej zalecana jest pozycja półwysoka, która zwiększa powierzchnię oddechową i zapewnia lepszą wentylację. Ugięcie kolan rozluźnia mięśnie brzucha, co ułatwia pracę przepony przy wydechu. Pozycja półwysoka poprawia efektywne odkrztuszanie wydzieliny, zmniejsza napięcie mięśni barków, zmniejsza przekrwienie płuc, a tym samym duszność [5]. Dodatkowym elementem poprawiającym

samopoczucie chorego będzie zapewnienie spokoju i poczucia bezpieczeństwa. Wytworzenie odpowiedniego mikroklimatu na sali poprzez zapewnienie dopływu świeżego powietrza, nawilżanie, unikanie zimna będą zapobiegały nadmiernemu wysuszeniu błon śluzowych. Pomocne jest podawanie leków w inhalacjach, które będą działały bezpośrednio na drzewo oskrzelowe.

Wyniszczenie jest bardzo charakterystyczne i częste w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Ze względu na współistnienie wyniszczenia nowotworowego, brak apetytu i narastającego uczucia zmęczenia powstało określenie zespołu kacheksja – anoreksja – astenia [17].

Kacheksja (wyniszczenie) jest złożonym zaburzeniem metabolicznym, które charakteryzuje się postępującym spadkiem ciała. Na jej rozwój składa się w różnym stopniu nasilenia, niewystarczające przyjmowanie pokarmów, zaburzenia wchłaniania oraz zaburzenia metaboliczne [3].

Bardzo często w rozwijającej się chorobie nowotworowej obserwowane jest zwiększone zapotrzebowanie energetyczne organizmu, aby temu sprostać uruchomiona zostaje proteoliza mięśni szkieletowych, dodatkowo przez komórki nowotworowe zostają wydzielane substancje o działaniu wyniszczającym, doprowadzając do metabolizmu białek, tłuszczów, węglowodanów [8]. Wszystko to doprowadza do znacznego osłabienia chorego, czyli astenii, określanej obecnie jako „zmęczenie związane z chorobą nowotworową”. Bardzo często towarzyszy ona i przybiera intensywny obraz w czasie leczenia onkologicznego oraz w terminalnej fazie choroby. Jednocześnie występuje bardzo często brak apetytu, nazywany też jadłowstrętem, czyli anoreksją. Dolegliwości te spowodowane są bólem nowotworowym, zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej, nudnościami, wymiotami i zmianami w odczuwaniu smaku i zapachu [19].

Dla osoby opiekującej się chorym w terminalnej fazie choroby ogólnym celem prowadzonych działań pielęgnacyjno-leczniczych powinno być poprawianie komfortu i jakości życia pacjenta. Działania te dotyczą zarówno personelu medycznego, jak i rodziny, która musi być odpowiednio przez personel szpitala przygotowana [20].

Zawsze, jeśli jest to możliwe, nie tylko w przypadku wyniszczenia nowotworowego powinno dążyć się do usunięcia przyczyn powodujących pogorszenie komfortu życia pacjenta. Chory powinien jeść i pić to, na co ma ochotę i kiedy ma na to ochotę. Obowiązuje bezwzględny zakaz zmuszania do pokarmów i ich przyjmowania [17].

Bardzo duże znaczenie ma sposób przygotowania i podawania posiłków. Zasadniczym elementem zapobiegania niedożywieniu jest stoso-

wanie diety bogatoenergetycznej, w skład której powinny wchodzić produkty wysokobiałkowe z ograniczoną ilością tłuszczu, łatwo przyswajalne i smaczne. Tłuste pokarmy dłużej zalegają w żołądku powodując nasilenie nudności i wymiotów [19].

W końcowej fazie choroby nowotworowej często u chorych dochodzi do zmiany smaku, zmniejsza się również tolerancja na temperaturę. Wbrew naszemu przekonaniu chory preferuje pokarmy mdłe, zawierające skrobię, często nie ma ochoty na mięso [8]. Pomiędzy posiłkami ważne jest podawanie dodatkowych płynów, bądź, jeśli nie jest to wskazane z innych przyczyn, zwilżanie jamy ustnej. Podczas konieczności ograniczania płynów, dobrym rozwiązaniem bywa podawanie do ssania kostek lodu. Należy pamiętać o włączeniu ich do prowadzonego bilansu płynów [3].

Kolejnym problemem, na który skarżą się chorzy onkologiczni jest uciążliwa suchość jamy ustnej, spowodowana zmniejszoną ilością wydzielanej śliny, zmianami w obrębie błony śluzowej jamy ustnej, bądź też odwodnieniem. Do obowiązków pielęgniarki należy pielęgnacja i higiena jamy ustnej, stosowanie metod przynoszących ulgę oraz nauczanie rodziny współpracy z personelem i samodzielnego wykonywania czynności. Oprócz kostek lodu zadbać należy o nawilżanie powietrza. Można stosować również preparaty zastępcze śliny [19].

Innym problemem dość często nękaającym pacjentów jest czkawka, która jest odruchem patologicznym, polegającym na synchronicznym skurczu przepony i mięśni międzyżebrowych, po którym następuje gwałtowny wdech mimo zamkniętej głośni [9]. Przyczynami czkawki są podrażnienia nerwu błędnego, przeponowego, zmiany ośrodkowe, zaburzenia metaboliczne, leki i toksyny. Choremu zaleca się powstrzymanie na krótki czas oddychania, aby zwiększyć ilość dwutlenku węgla we krwi lub podrażnienie podniebienia miękkiego. Jeśli czkawka utrzymuje się przez dłuższy czas stosuje się leczenie farmakologiczne [19].

U ponad 80% chorych onkologicznie, w tym także na chłoniaki złośliwe, w terminalnej fazie choroby nowotworowej dochodzi do rozwoju stanu majaczeniowego. Chory ma zaburzoną świadomość, czynności psychomotoryczne, pojawiają się luki pamięciowe i zaburzenia emocjonalne. Pacjenci bywają okresowo pobudzeni lub apatyczni [13]. Stan majaczeniowy zazwyczaj ma swoje podłoże w przyjmowanych przez chorego lekach, ale mogą być to również przyczyny związane z zaburzeniami metabolicznymi bądź wodno-elektrolitowymi, bólem, dusznością i przewlekłym stresem [8]. Okresowo pojawiające się okresy poprawy i pogor-

szenia stanu świadomości mogą wywierać bardzo negatywny wpływ na rodzinę chorego, która doświadcza tzw. „huśtawki nastrojów”: od nadziei do poczucia zwątpienia i silnego lęku. Rolą pielęgniarki jest przygotowanie psychiczne rodziny chorego na występowanie takich zmian oraz wspieranie ich w sytuacji ich wystąpienia [3]. Farmakoterapia w takich przypadkach sprowadza się do stosowania benzo-2-azepin – leków neuroleptycznych [9].

Problemem budzącym najwięcej negatywnych emocji, w tej i każdej innej chorobie nowotworowej, jest ból nowotworowy. Ból definiuje się jako nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach tego uszkodzenia. Klincznym wykładnikiem bólu jest cierpienie [21].

Ból nowotworowy jest bólem przewlekłym o wielorakich mechanizmach i skutkach. Wynika to ze specyfiki choroby oraz towarzyszących jej emocji, takich jak: lęk, depresja i gniew. Trwający długo ból przejmuje całkowitą kontrolę nad umysłem człowieka, doprowadzając go do przygnębienia, niepokoju i wyczerpania fizycznego [22]. Badania dowodzą, iż z powodu bólu nowotworowego cierpi około 10 milionów chorych, wielu z nich w olbrzymim dyskomforcie i cierpieniu [23]. Bóle nowotworowe powstają w wyniku wyniszczenia, infekcji i ograniczonej aktywności chorego. Zalicza się do nich zarówno bóle związane z rozrastaniem się guza nowotworowego, jak i bóle związane z zaparciami, zmianami zapalnymi błon śluzowych i tym podobnymi [24]. Ze względu na czas trwania bóle możemy podzielić na:

- Bóle stałe – występują cały czas, zwykle udaje się je uśmierzyć przez regularne stosowanie analgetyków;
- Bóle przebijające – to ostre, silne, napadowe bóle, nakładające się już istniejące stałe bóle;
- Bóle incydentalne – związane są z określoną czynnością, która wywołuje ból [3].

Ze względu na patomechanizm bóle możemy podzielić na:

- Bóle receptorowe (nocyceptywne) – są one wynikiem mechanicznego bądź też chemicznego drażnienia receptorów czuciowych, zaliczamy do nich bóle somatyczne, które są bólami zazwyczaj zlokalizowanymi oraz bóle trzewne pochodzące z narządów wewnętrznych, rozlane. Do określenia bólów receptorowych chory stosuje określenia, takie jak: gniecienie, ucisk, tępy, pulsujący. Bóle te nasilają się pod wpływem ucisku, ruchów i zmiany temperatury.

- Bóle neuropatyczne (nierecypotorowe, neurogenne) – są bólami przewlekłymi, spowodowanymi uszkodzeniem układu nerwowego najczęściej przez naciek nowotworowy. Ból ten może być różnie określany, zazwyczaj jako gwałtowny, napadowy, palący, wykręcający, rozrywający, miazdzący; odczuwany początkowo w obszarze uszkodzenia, a następnie w obszarach otaczających. Mogą go znacznie nasilić negatywne emocje, takie jak stres, lęk, depresja.

Warte podkreślenia jest, iż bóle kostne są jedną z najczęściej spotykanych postaci bólu nowotworowego, zaś bóle trzewne w zaawansowanej chorobie nowotworowej mają swoją odmienność kliniczną, wynikająca z odrębności organizacji układu nocycepcji w obrębie trzewi. Charakterystyczne jest skąpe unerwienie trzewi w porównaniu z tkankami somatycznymi oraz zdolność przenoszenia pobudzenia na inne neurony, należące do układu somatycznego w odległych obszarach ciała [24].

Ocena natężenia bólu przez pacjenta wymaga zastosowania przez lekarza bądź też pielęgniarkę metod pozwalających na porównywanie natężenia bólu. W codziennej praktyce przydatna jest skala wzrokowo-analogowa (VAS). Pacjent zaznacza nasilenie bólu na dziesięciocentymetrowym odcinku, gdzie początek odpowiada całkowitemu brakowi bólu (0), koniec najsilniejszemu możliwemu bólowi (100). Wygodniejszą odmianą skali VAS jest skala numeryczna (NAS), podzielona na jednocentymetrowe odcinki z przypisywanymi wartościami od zera do dziesięciu. Chory określa lub wskazuje konkretną wartość [3]. Skale te pozwalają na porównanie wyników w czasie i ocenę skuteczności podjętego leczenia.

Światowa Organizacja Zdrowia zaproponowała zasady leczenia bólu nowotworowego, które noszą nazwę trójstopniowej drabiny analgetycznej [21]. W bólach słabo nasilonych (VAS 10–30) leczenie ogranicza się do podawania niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz Paracetamolu. Jest to pierwszy stopień drabiny analgetycznej. W bólach silniejszych (VAS 30–60) stosuje się leki z drugiego stopnia drabiny analgetycznej, do którego zalicza się słabe opioidy, można z nimi jednocześnie stosować leki z pierwszego stopnia. Bóle najsilniejsze (VAS  $\geq$  60) zwalcza się lekami należącymi do trzeciego stopnia drabiny, należą do niej silne opioidy [3]. Na wszystkich szczeblach drabiny analgetycznej możliwe jest dodatkowe stosowanie leków wspomagających tzw. koanalgetyków.

Towarzyszenie człowiekowi śmiertelnie choremu w ostatnich dniach czy miesiącach jego życia jest doświadczeniem niepowtarzalnym. Może wzbudzać lęk oraz pragnienie ucieczki z trudnej sytuacji, ale może także prowadzić do przeżycia niezwyklej duchowej bliskości w kontakcie z dru-

gim człowiekiem. W każdym jednak przypadku towarzyszenie człowiekowi umierającemu wymaga mobilizacji sił psychicznych, fizycznych, czasu, delikatności, a niekiedy wręcz ogromnej cierpliwości i zdolności do poświęcania [25]. Twycross w swoich pracach pisał, że komunikowanie się, podobnie jak nowotwory, może być łagodne lub złośliwe. Może być również inwazyjne, a efekt niewłaściwego komunikowania się może przerzucać się na rodzinę chorego. Prawda jest jednym z najsilniejszych środków terapeutycznych, którymi dysponujemy, ale ciągle jeszcze nie posiadamy dostatecznej wiedzy, aby zrozumieć wzajemne współzależności zachodzące między nadzieją a wypieraniem prawdy o nieuleczalnej chorobie i niepomyślnym rokowaniu [10].

Podstawowe problemy ludzkiego życia, jakimi są cierpienie, umiowanie i śmierć niejednokrotnie zależą od wielu spraw, ludzkich postaw i okoliczności. U podstaw podejmowanych wysiłków leży przekonanie, że każdy człowiek ma prawo do godnej śmierci, a społeczeństwo – obowiązek moralny zapewnienia koniecznej opieki i pomocy. Każdy człowiek umiera inaczej, każdy potrzebuje więc pomocy indywidualnej, świadczonej przez kogoś bliskiego, przyjaznego, okazującego serdeczne współczucie, umiejącego słuchać i zachęcać do uzewnętrzniania przeżyć, rozumiejącego i okazującego zrozumienie.

Personel medyczny, a zwłaszcza pielęgniarstwo, w kontaktach z pacjentami onkologicznymi powinien zwracać uwagę na przygotowanie psychologiczne, bowiem ten rodzaj pracy stanowi duże obciążenie nie tylko zawodowe, ale również prywatne. Jest to powiązane ze zrozumieniem przez pielęgniarkę określonych zachowań, uświadomieniem sobie ich źródeł oraz poznaniem osobowości drugiego człowieka na tyle, na ile jest to możliwe, aby mogła ona sprostać tej niewątpliwie trudnej sytuacji. To właśnie najczęściej na pielęgniarkę skupiają się zarówno pozytywne, jak i negatywne emocje chorego i jego rodziny.

## Piśmiennictwo

1. Trzebiatowska I., Mankowicz M.: Satisfakcja z opieki paliatywnej pacjentów i ich rodzin jako element jakości opieki. *Psychoonkologia*, 2000, 6, 33–38.
2. Jezierski A.: *Onkologia – podręcznik dla pielęgniarek*. PZWL, Warszawa 2005.
3. De Walden-Gałuszko K.: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. PZWL, Warszawa 2005.
4. Łuczak J.: Organizacja i zasady pracy zespołu opieki paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004, 3, 31–34.



5. Andrzejczak W.: Opieka pielęgniarska. *Gazeta Medyczna* 2002, 7, 32–36
6. Henrik R.: Racjonalna diagnoza i leczenie – wprowadzenie do teorii decyzji klinicznej. Warszawa 2005.
7. Kępiński A.: *Lęk*. PZWL, Warszawa 2005.
8. Koper A., Wrońska J.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. CZELEJ, Lublin 2003.
9. Kordek R.: *Onkologia – podręcznik dla studentów i lekarzy*. VIA MEDICA, Gdańsk 2007.
10. Grajcarek A.: *Sztuka rozmowy z chorym*. Wydawnictwo ad vocem, Kraków, 2001.
11. Ford M. Mayerscought R.: *Jak rozmawiać z pacjentem*. POS, Lublin 2001.
12. Łuczak J.: Organizacje i zasady pracy zespołu opieki paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004, 3, 31–34
13. Zahradniczek K.: *Pielęgniarstwo – podręcznik dla studiów medycznych*. PZWL, Warszawa 2004.
14. Kirschnicki O.: *Pielęgniarstwo*. Urban & Partner, Wrocław 2001
15. Głowacz K.: Umiejętność psychopielęgowania. *Pielęgniarka i położna*, 2006, 2, 7–9.
16. Sturm A., Wicki O., Largiader F.: *Kompedium Onkologii*. PZWL, Warszawa 1999.
17. Rucińska M., Wojtukiewicz M.: Zespół wyniszczenia nowotworowego. *Nowotwory* 1999, 1, 53–62.
18. Muszyńska K.: Chłoniaki nieziarnicze. *Nowa Medycyna. Onkologia*, 2000, 10, 22–26.
19. Rybałtowski M.: Wyniszczenie nowotworowe. *Onkologia* 2003, 2, 5–11.
20. Łuczak J.: Organizacje i zasady pracy zespołu opieki paliatywnej. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2004, 3, 31–34.
21. Krzakowski M.: *Onkologia kliniczna*. Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2006.
22. Ćwirko K.: Możliwości pomocy psychologicznej rodzinom osób umierających. *Nowa Medycyna. Opieka Paliatywna*, 2004, 2, 26–31.
23. Szwuster T., Kofta M.: Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami na które nie ma rady? *Psychoonkologia*, 2003, 9, 17–21.
24. Hirter M.: *Ból u chorych na nowotwór*. PZWL, Warszawa 2004.
25. Świrydowicz T.: Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie. *Nowa Medycyna – Ból i Opieka Paliatywna II* 2000, 1.



Karolina Pietruk<sup>1</sup>, Katarzyna Pawłowska<sup>2</sup>, Lena Kozłowska<sup>2</sup>

## **Jakość opieki paliatywnej realizowanej w warunkach hospicjum stacjonarnego z punktu widzenia pacjentów i ich bezpośrednich opiekunów**

### **Wstęp**

Zadaniem opieki paliatywnej jest zapobieganie i łagodzenie cierpienia chorych u kresu ich życia. Cel ten można osiągnąć przede wszystkim przez szybkie zwalczanie bólu i innych objawów somatycznych, wykrywanie i rozwiązywanie problemów natury psycho-społecznej, a także duchowej. Ważna jest analiza wszystkich możliwych aspektów życia chorego, gdyż każde z nich ma wpływ na jakość życia i jakość umierania.

Każdego roku wzrasta zapotrzebowanie na opiekę paliatywną w Polsce i na świecie. Ideą opieki paliatywnej jest zapewnienie pacjentom godnej i spokojnej śmierci. W tym świetle bardzo ważnym staje się konieczność zapewnienia im dobrej jakości opieki wyznaczonej standardami i normami Światowej Organizacji Zdrowia. Jednym ze strategicznych i zarazem samodzielnych celów działania systemu zdrowotnego jest stała poprawa jakości opieki. Istotą oceny jakości opieki jest porównanie opisanego wzorca z ocenianą rzeczywistością. W ocenie jakości opieki paliatywnej wyróżnia się 3 składowe przedstawione poniżej (ryc. 1).

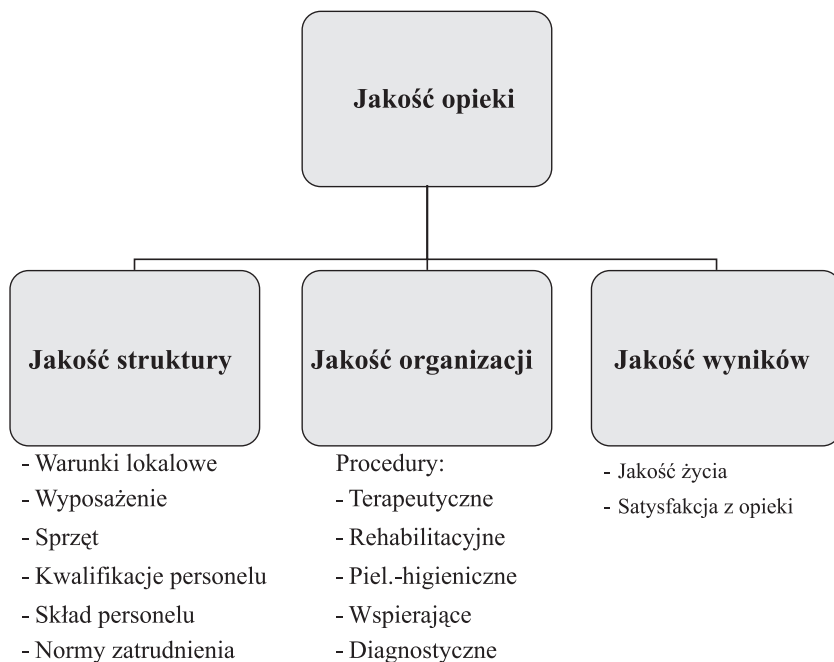
Ocenie obiektywnej może zostać poddana jakość techniczna, czyli rezultat procesu świadczenia usługi z klinicznego punktu widzenia<sup>3</sup>. W tym celu określa się, czy i jak dane standardy zostały zrealizowane. Bardzo ważnym warunkiem w pomiarze jakości opieki paliatywnej jest akcepta-

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej.

<sup>3</sup> Zifko-Baliga G., Krampf R., Managing Perceptions of Hospital Quality, Marketing Health Services, 1997, vol. 17, part 1, s. 2. ion with hospice care. Palliative Medicine, 12, 333-334.

**Ryc. 1. Składowe jakości opieki<sup>4</sup>**

cja poszczególnych elementów opieki przez pacjentów. Dlatego punktem wyjścia jest ocena i określenie satysfakcji pacjenta ze sprawowanej opieki<sup>5</sup>.

Pojęcie satysfakcji jest ogólnie definiowane jako poczucie zadowolenia. Dlatego kluczowym wydaje się gruntowne przygotowanie teoretycznych podstaw z zakresu definicji satysfakcji<sup>6</sup>. Satysfakcję można określić jako ocenę dokonaną przez pacjenta w oparciu o indywidualne kontakty z usługą. Jest ona głównie odzwierciedleniem emocjonalnych elementów reakcji pacjenta. Dodatkowo należy podkreślić, że na postrzeganą jakość opieki składa się suma częściowych satysfakcji wraz z uprzednimi doświadczeniami<sup>7</sup>. Stopień satysfakcji pacjentów zależy od

<sup>4</sup> De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych, Gdańsk 2001, 7–19.

<sup>5</sup> Robins M., Evaluating Palliative Care. Establishing the Evidence Base. Oxford University press, New York 1998.

<sup>6</sup> Hays R. D., Arnold S., Patient and family satisfaction with care for the terminally ill. Hosp J. 2, 1986, 129–150.

<sup>7</sup> Cronin J., Taylor S., Servperf Versus Servqual, Journal of Marketing 1994, vol. 58, s. 126; Hennig-Thurau T., Klee A., The impact of customer satisfaction and relationship Quality on customer retention, Psychology and Marketing 1997, vol. 14, s. 742.

poziomu, w jakim dana usługa spełni ich oczekiwania. Określenie różnicy między usługą oczekiwaną a faktycznie otrzymywaną jest kwestią subiektywną. Dlatego też stopień zadowolenia z otrzymywanej opieki jest sprawą indywidualną, a ocena tych oczekiwań jest określana jako postrzegana jakość usługi<sup>8</sup>. Jednocześnie warto zaznaczyć, że pojęcie jest odmiennie rozumienie przez różne grupy osób – pacjentów, rodziny, personel medyczny.

Przeprowadzanie badań jakości opieki paliatywnej nie należy traktować jako idei samej w sobie. Za cel tej oceny warto przyjąć zdobycie informacji niezbędnych do doskonalenia opieki na pacjentów i ich bliskich. Do badania warto włączyć tak pacjentów, rodziny, jak również personel medyczny pracujący w danym hospicjum.

## **Cel badania**

Celem badania była ocena jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach hospicjum stacjonarnego z punktu widzenia pacjentów oraz ich bezpośrednich opiekunów.

## **Materiał i metoda**

Do badania włączono 73 osoby (100%) – 30 pacjentów (41,1%) i 43 osoby (58,9%) będące bezpośrednimi opiekunami chorych. Grupę pacjentów stanowiło 37% kobiet i 63% mężczyzn. Średni wiek grupy opiekunów to 58,1 lat; grupę tę stanowiło 65,2% kobiet i 34,7% mężczyzn. Wykształcenie podstawowe posiadało 13,04% ankietowanej grupy, średnie – 39,13% osób, a wyższe 21,73% osób. 1/3 osób (30%) to małżonkowie pacjentów, rodzeństwo stanowiło około 9% badanych, zaś dzieci osób przebywających w hospicjum stanowiło 39% respondentów.

Badanie zostało przeprowadzone w hospicjum stacjonarnym między lutym a marcem 2009 roku. Na przeprowadzenie badania została udzielona zgoda kierownika placówki. W celu przeprowadzenia badania posłużono się kwestionariuszem NEQ (Need Evaluation Questionnaire) autorstwa dr Tamburini oraz Kwestionariuszem Satysfakcji ze Sprawowanej Opieki Stacjonarnej autorstwa Prof. K. de Walden-Gałuszko i dr M. Majkowicza.

---

<sup>8</sup> Parasuraman A., Zeithalm V., Berry L., A Conceptual model of Service Quality and its Implications for Future Research, *Journal of Marketing*, 1985, 49, s. 41.

Kwestionariusz NEQ został przetłumaczony z języka włoskiego przez dwóch niezależnych tłumaczy. Jedna z wersji została wykorzystana podczas przeprowadzania badania. Narzędzie składa się z 23 dychotomicznych pytań – jego konstrukcja pozwalała na wybór alternatywnej odpowiedzi (tak/nie). Pytania dotyczyły potrzeb pacjentów względem sprawowanej opieki. Dodatkowo stworzono analogiczną drugą wersję kwestionariusza – skierowaną do oceny potrzeb opiekunów względem opieki paliatywnej na danym oddziale.

Pytania pozwalają na rejestrację najczęstszych codziennych potrzeb związanych z 5 głównymi sferami – informacyjną, odnoszącą się bezpośrednio do opieki, psycho-emocjonalną, wsparcia, materialną. Badanie zostało przeprowadzone przez przygotowane do tego wcześniej osoby. W celu zagwarantowania respondentom swobody w udzielaniu odpowiedzi oraz zagwarantowaniu jak największej anonimowości założono, aby żadna z osób nie była pracownikiem placówki.

Rekomendacje Rady Europy zakładają przeprowadzanie badań w warunkach opieki paliatywnej już istniejącymi narzędziami badawczymi. Specyfika hospicjum jest trudna, pacjenci są w ciężkich stanach. W wyborze narzędzi badawczych kierowano się dobrem pacjenta, dlatego starano się wybrać jak najkrótsze i najprostsze narzędzie badawcze, które byłoby dostosowane do warunków opieki paliatywnej w Polsce.

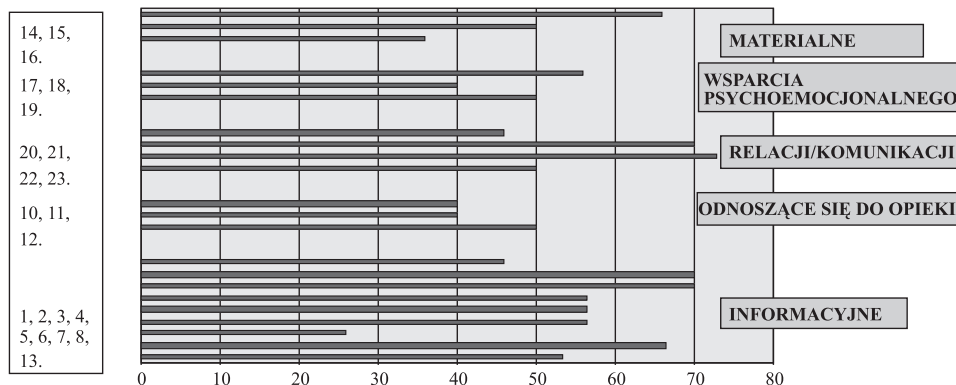
Kryteria włączenia respondentów do badania były następujące:

1. Pacjenci:
  - hospitalizacja w hospicjum stacjonarnym,
  - minimum czterodniowy pobyt pacjenta w placówce,
  - ustna zgoda pacjenta na przeprowadzenie badania,
  - znajomość języka polskiego,
  - zgoda lekarza/psychologa na przeprowadzenie badania, gdzie:
  - brak psychiatrycznych objawów,
  - stan fizyczny umożliwiający rozmowę.
2. Rodziny/główni opiekunowie:
  - bezpośredni opiekun,
  - minimum 4-dniowy pobyt pacjenta w placówce,
  - odwiedzanie pacjenta min. 3 razy w tygodniu.

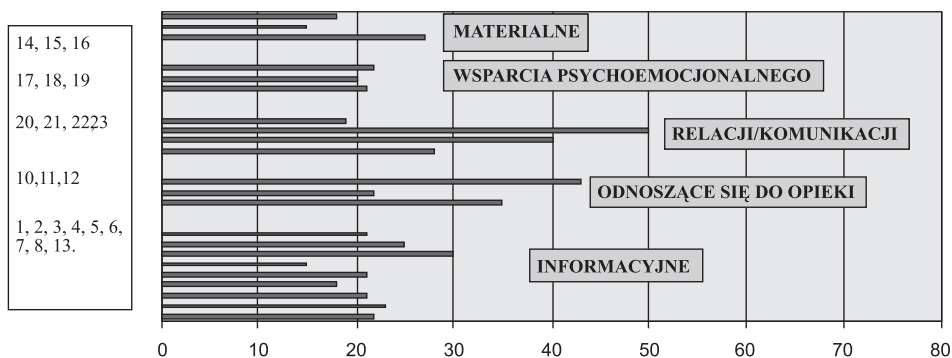
## Wyniki

Pytania z kwestionariusza oceny potrzeb (NEQ) zostały podzielone na 5 głównych sfer – informacyjne, odnoszące się do opieki, relacji/komunikacji, wsparcia emocjonalnego i materialne.

**Ryc. 2. Potrzeby pacjentów – kwestionariusz NEQ**



**Ryc. 3. Potrzeby rodzin – kwestionariusz NEQ**



Legenda do ryc. 2 i ryc. 3:

1. Potrzeba informacji na temat diagnozy
2. Potrzeba informacji o przyszłym stanie zdrowia
3. Potrzeba informacji na temat czekających badań
4. Potrzeba informacji na temat przyszłego leczenia
5. Potrzeba włączenia w podejmowanie decyzji o wyborze sposobu leczenia
6. Potrzeba aby lekarze i pielęgniarki dostarczali zrozumiałych informacji
7. Potrzeba aby lekarze byli szczerzy
8. Potrzeba lepszego kontaktu z lekarzami
9. Potrzeba aby objawy pacjenta (ból, nudności, bezsenność itp.) były lepiej kontrolowane
10. Potrzeba zapewnienia pomocy podczas jedzenia, przebierania, chodzenia do łazienki
11. Potrzeba uszanowania intymności
12. Potrzebuję zapewnienia większej uwagi pielęgniarek
13. Potrzeba uspokojenia od lekarzy
14. Potrzeba lepszej opieki od hospicjum (pielęgnacja, jedzenie, porządek)
15. Potrzeba informacji w kwestiach ubezpieczenia gospodarczego
16. Potrzeba pomocy finansowej
17. Potrzeba rozmowy z psychologiem
18. Potrzeba rozmowy z księdzem
19. Potrzeba rozmowy z ludźmi o podobnych doświadczeniach
20. Potrzeba wsparcia od najbliższych
21. Potrzeba poczucia bycia użytecznym
22. Potrzeba braku poczucia bycia opuszczonym
23. Potrzeba braku otrzymywania wyrazów współczucia

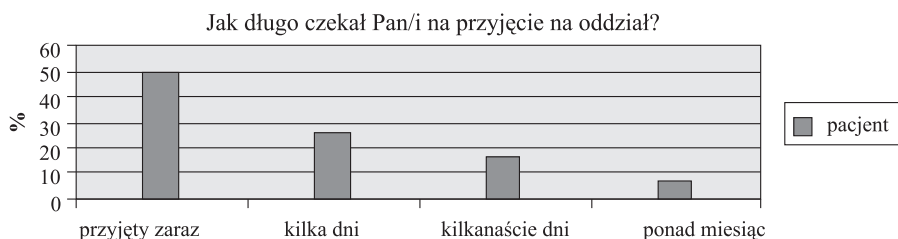
Grupa pacjentów silniej akcentowała istnienie potrzeb w porównaniu do grupy badanych opiekunów. Jednocześnie badani chorzy najsilniej akcentowali potrzeby znajdujące się w grupie relacji/komunikacji oraz potrzeby informacyjne. Grupa opiekunów najczęściej zaznaczała potrzeby znajdujące się w sferze relacji/komunikacji oraz odnoszące się do opieki (ryc. 2 i ryc. 3).

Pytania znajdujące się w kwestionariuszu satysfakcji z opieki zostały podzielone na 3 główne działy – organizacja opieki, komunikacja i warunki bytowe. W tej też kolejności zostały omówione wyniki dotyczące satysfakcji pacjentów i opiekunów ze sprawowanej opieki.

### 1. Organizacja

Jedno z pierwszych pytań koncentrowało się na czasie oczekiwania pacjentów na przyjęcie do oddziału. Dokładne wyniki czasu oczekiwania obrazuje ryc. 4.

**Ryc. 4. Deklarowany czas oczekiwania na miejsce w hospicjum**

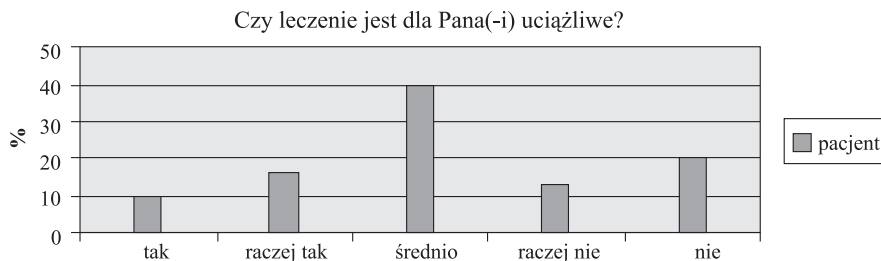


Dodatkowo zapytano tę grupę osób – jak szybko zostało podjęte leczenie na oddziale. U około 3/4 pacjentów leczenie zostało podjęte natychmiast, 1/4 osób zadeklarowała, że musiała czekać na rozpoczęcie leczenia kilka dni.

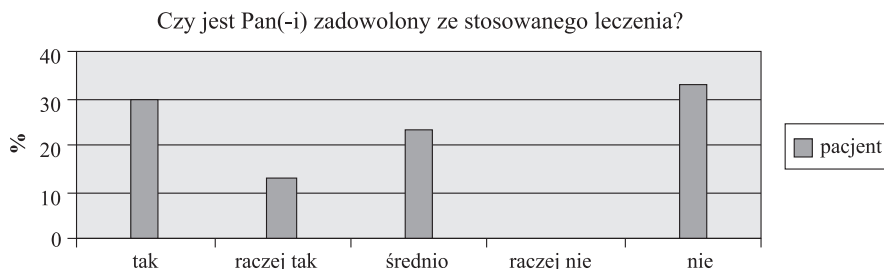
Zapytano pacjentów, czy podczas pobytu w placówce korzystali (mają możliwość korzystania) z konsultacji specjalistów? Ta grupa respondentów w 43% podała twierdzącą odpowiedź, zaś z tego rodzaju pomocy nie korzystało 43% badanych. Reszta ankietowanych – 14% odpowiedziała, że nie potrzebowali konsultacji specjalistów.

Następnie zadano pytanie grupie pacjentów odnoszące się do ich subiektywnej opinii na temat uciążliwości stosowanego u nich leczenia. Opinia pacjentów na ten temat została przedstawiona na ryc. 5.



**Ryc. 5. Ocena pacjentów dotycząca uciążliwości stosowanego leczenia**

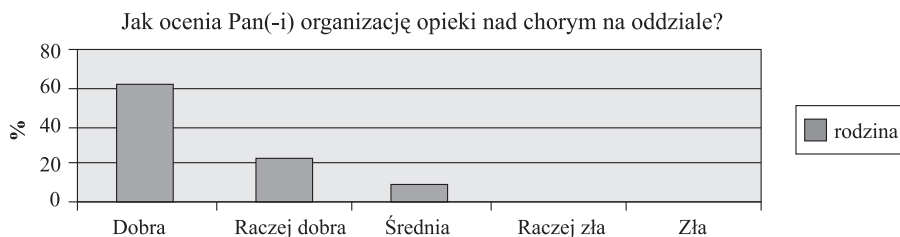
Badani pacjenci mieli za zadanie wyrazić swoją opinię na temat stopnia zadowolenia ze stosowanego leczenia. Wszystkie możliwe odpowiedzi zamieszczone są na ryc. 6.

**Ryc. 6. Zadowolenie pacjentów ze stosowanego leczenia**

Zapytano również respondentów (grupę pacjentów), jaki jest ich ogólny stosunek do dotychczasowej organizacji opieki. Prawie wszyscy ankietowani odpowiedzieli pozytywnie na zadane pytanie (3/4 zaznaczyło odpowiedź – dobra, 20% – raczej dobra).

Dotychczasowa opieka na oddziale oceniana jest przez osoby bliskie pacjentów głównie jako dobra (57%), bądź raczej dobra (33%). Opiekę lekarską oraz pielęgniarską badana grupa opiekunów w większości ocenia pozytywnie. Dla większości osób badanych z tej grupy (83%) pory odwiedzin chorego na oddziale są odpowiednie. Dodatkowo prawie wszyscy respondenci tej grupy (98%) wyrażają zadowolenie, że pacjent znajduje się akurat na tym oddziale. Poproszono również badane bliskie osoby pacjentów, aby ocenili organizację opieki nad chorym na oddziale. Wyniki na to pytanie znajdują się w rycinie 7.

### Ryc. 7. Ogólna ocena organizacji opieki



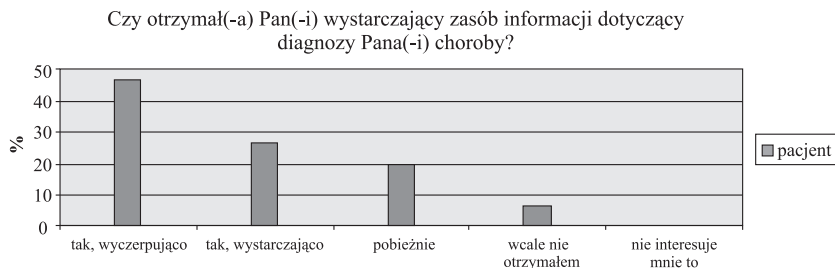
## 2. Komunikacja

Zdaniem większości pacjentów liczba rozmów z lekarzem prowadzącym w placówce jest wystarczająca (78%); około 11% tej grupy respondentów podało negatywną odpowiedź. Kolejne pytanie było podobnie sformułowane i dotyczyło grupy pielęgniarek. Dla 62% pacjentów liczba rozmów z pielęgniarkami była wystarczająca.

Ponad połowa badanych pacjentów wyraziła zadowolenie z usług udzielanych przez lekarzy (37% – tak, 20% – raczej tak), średnio zadowolonych było około 37% pacjentów. Negatywną odpowiedź na to pytanie udzieliło 7% tej grupy ankietowanych. Odnosząc pytanie do grupy pielęgniarek – zdaniem 3/4 pacjentów (82%) rozmowy z pielęgniarkami były dla nich zadowalające.

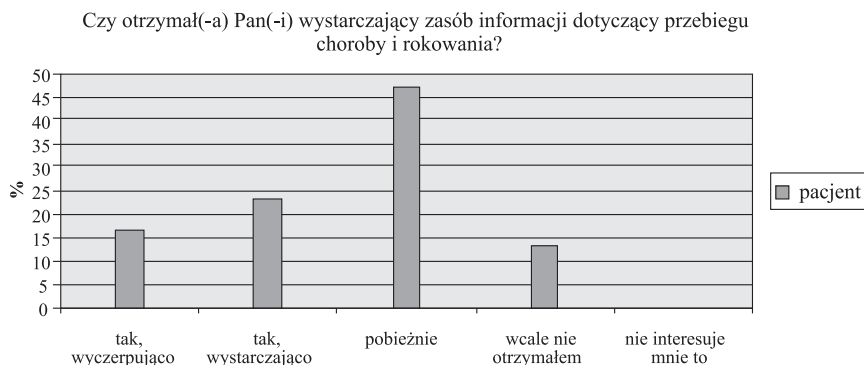
Kolejno zapytano grupę pacjentów, czy w danej placówce otrzymali wystarczający zasób informacji dotyczący diagnozy. Wszystkie odpowiedzi zostały przedstawione na ryc. 8.

### Ryc. 8. Zasób informacji dotyczący diagnozy



Zapytano również, czy przekazywane informacje dotyczące przebiegu choroby i rokowania były wystarczające dla pacjenta. Odpowiedzi przedstawia ryc. 9.

### Ryc. 9. Zasób informacji dotyczący przebiegu leczenia i rokowania

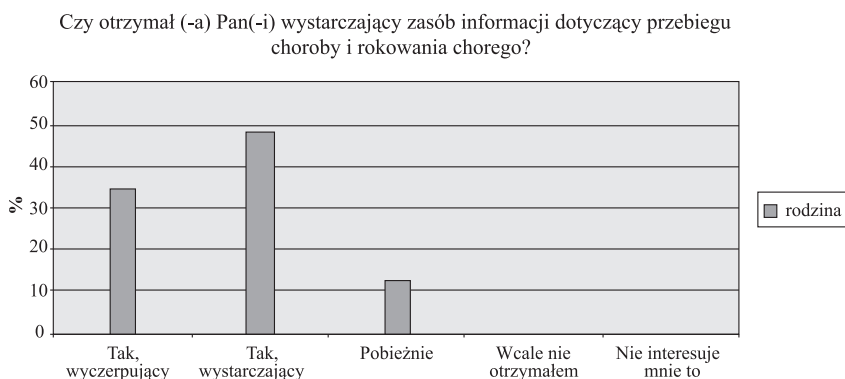


Zapytano grupę badanych pacjentów, czy otrzymali wystarczająco dużo uśmiechu, życzliwości i uprzejmości od personelu hospicjum. Pozytywną opinię wyraziło 75% (57% tak, 18% raczej tak) pacjentów. Około 26% tej grupy ankietowanych zaznaczyło odpowiedź – średnio. Nikt z respondentów nie zaznaczył negatywnej odpowiedzi.

Większość badanej grupy opiekunów – 80% osób jest zadowolonych z rozmów z lekarzem. Jednocześnie znaczna większość osób – 77% – uważa, że liczba rozmów z pozostałym personelem opiekującym się chorym jest wystarczająca.

Kolejne pytanie skierowane do opiekunów pacjentów skupiało się na tym, czy zasób informacji przekazywany w placówce na tematy przebiegu choroby i rokowania chorego jest dla nich wystarczający. Wszystkie odpowiedzi zamieszczone są na ryc. 10.

### Ryc. 10. Zasób otrzymywanych informacji dotyczący przebiegu choroby i rokowania

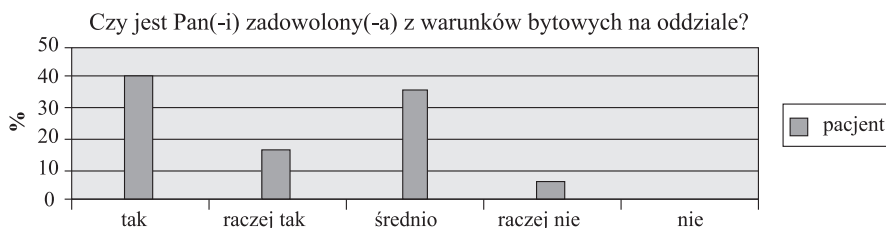


W opinii znacznej większości badanych opiekunów (82%) – personel hospicjum dał wystarczająco dużo uśmiechu, życzliwości i uprzejmości dla nich samych oraz ich bliskich.

### 3. Warunki bytowe

Kolejne pytania ankiety skupiały się na warunkach bytowych. W ogólnym pytaniu – czy jest Pan/i zadowolony/a z warunków bytowych na oddziale? – ponad połowa badanych pacjentów odpowiedziała twierdząco (ryc. 11).

**Ryc. 11. Ogólne zadowolenie z warunków bytowych na oddziale**



Dla 83% badanych pacjentów pory podawanych posiłków są odpowiednie (33% – tak, 50% – raczej tak). Badana grupa w 18% zaznaczyła odpowiedź – średnio. Nikt z ankietowanych nie zaznaczył odpowiedzi negatywnej – raczej nie, bądź nie.

W idei hospicjum pacjenci powinni mieć zapewnioną potrzebę kontaktu z bliskimi, czy znajomymi – np.: poprzez korzystanie z telefonu. Dodatkowo powinni mieć możliwość czytania prasy, oglądania TV, czy słuchania radia. Dlatego zapytano pacjentów, czy te potrzeby są w danej placówce zaspokajane. Wszystkie odpowiedzi przedstawia tabela 1.

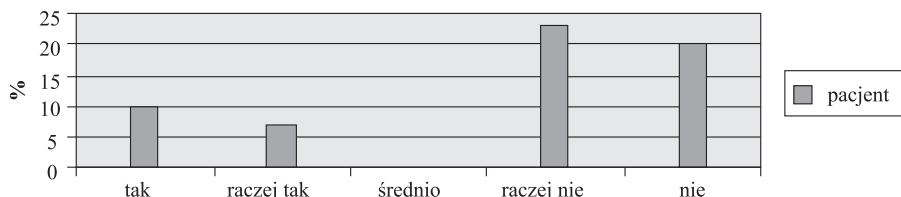
**Tabela 1. Możliwości kontaktu z rodziną/światem w opinii pacjentów**

Możliwość	Grupa badanych pacjentów		
	Tak	Nie	Nie potrzebuję
Skorzystania z telefonu	27%	40%	33%
Otrzymywania/kupowania prasy	0%	38%	62%
Dokonywania zakupów	13%	47%	40%
Oglądania TV	62%	2%	34%
Słuchania radia	22%	18%	60%

Opieka nad pacjentami w hospicjum udzielana jest bezpłatnie. Zapytano grupę badaną, czy przebywanie w placówce jest dla nich kosztowne? Odpowiedzi przedstawia ryc. 12.

**Ryc. 12. Opinia na temat kosztów związanych z przebywaniem pacjenta na oddziale**

Czy uważa Pan(-i), że otrzymywana opieka na oddziale jest dla Pana kosztowna?

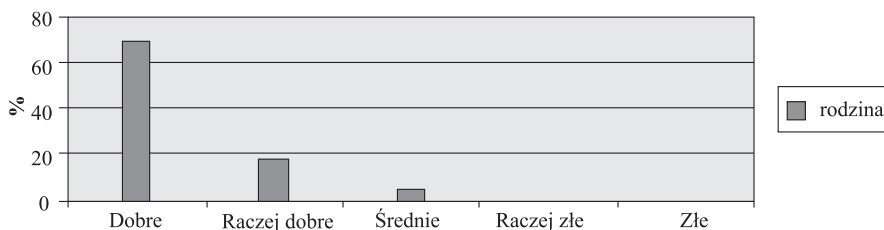


Większość pacjentów jest zadowolonych z wyposażenia pomieszczenia, w którym się znajdują – 80%. Negatywną odpowiedź zaznaczyło mniej niż 5% badanych tej grupy respondentów.

Zdaniem prawie wszystkich badanych opiekunów (95%) w danej placówce utrzymana jest właściwa czystość pomieszczeń. Ogólną ocenę warunków bytowych na oddziale przedstawia ryc. 13.

**Ryc. 13. Ocena ogólnych warunków bytowych na oddziale**

Jak ocenia Pan(-i) ogólne warunki bytowe na oddziale?

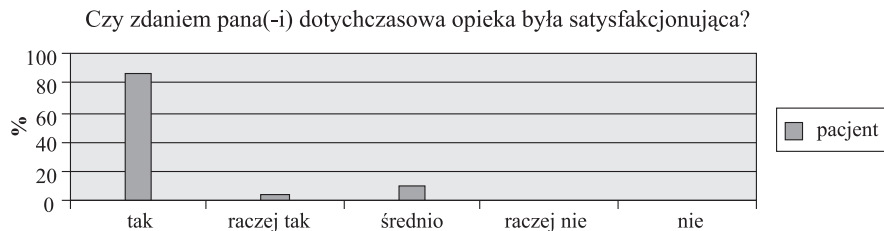


#### 4. Satysfakcja ogółem

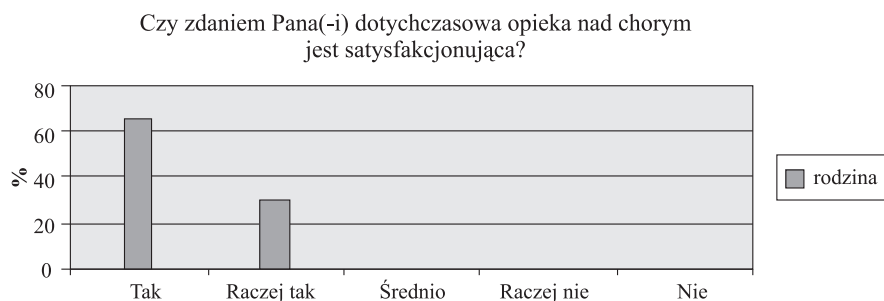
Ostatnie pytanie ankiety dotyczyło poczucia ogólnej satysfakcji z otrzymywanej opieki. Większość badanych pacjentów odpowiedziało pozytywnie na to pytanie (ryc. 14).

Opinia opiekunów na ten temat została przedstawiona na rycinie 15.

### Ryc. 14. Satysfakcja pacjentów z dotychczasowej opieki na oddziale

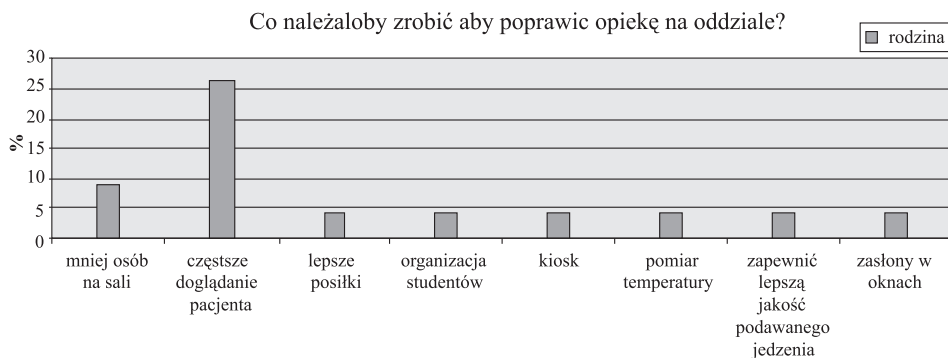


### Ryc. 15. Satysfakcja opiekunów z dotychczasowej opieki na oddziale



Poproszono również opiekunów chorych w pytaniu otwartym, aby napisali propozycje poprawy opieki na oddziale kierując się swoimi dotychczasowymi spostrzeżeniami. Wśród najczęstszych propozycji były: częstsze doglądanie pacjenta, zmniejszenie liczby osób na sali, zapewnienie lepszych posiłków dla pacjentów. Wszystkie odpowiedzi znajdują się na rycinie 16.

### Ryc. 16. Propozycje poprawy opieki na oddziale



## Omówienie

Ocena jakości opieki jest jednym z ważniejszych wyzwań współczesnej medycyny. Specyfika hospicjum jest trudna. Sprawozdania konsultantów koncentrują się głównie na poprawie jakości struktury/organizacji opieki paliatywnej. Wzrasta liczba instytucji sprawujących opiekę paliatywną. Rekomendacje wskazują, aby w poprawie strategii rozwoju opieki paliatywnej koncentrować się na badaniach naukowych określających potrzeby pacjentów – bezpośrednich odbiorców usług.

W swojej definicji opieka paliatywna ma przynieść ulgę w cierpieniu, zapewnić optymalną jakość życia. Postępowanie paliatywne koncentruje się na wszechstronnym zaspokojeniu potrzeb pacjenta umierającego. Pacjenci w hospicjum wymagają wielowymiarowej opieki oraz wsparcia. Badanie potrzeb jest ważnym krokiem w kierunku rzeczywistej zmiany w opiece nad pacjentem w hospicjum. Opieka paliatywna traktuje pacjenta w sposób holistyczny zaspokajając potrzeby z każdej sfery człowieka: fizycznej, psychicznej, duchowej, czy społecznej. Leczenie z jednej strony ujmuje pacjenta jako całość i nie jest skoncentrowane na jednostce chorobowej, z drugiej strony nie prowadzi do wyzdrowienia pacjenta. Dlatego zapytano pacjentów, czy są zadowoleni ze stosowanego leczenia? Prawie połowa badanych pacjentów (42%) wyraża pozytywne zdanie na temat zadowolenia ze stosowanego leczenia. Około 32% wyraża się negatywnie na ten temat.

Idealnym byłoby, gdyby pacjenci byli przyjmowani do oddziału hospicyjnego bez oczekiwania. W Polsce opieka paliatywna jest stosunkowo dobrze rozwinięta w porównaniu do innych krajów unii europejskiej. Jednocześnie istnieje wiele miejsc zwanych „białymi plamami”, gdzie nie ma tego typu instytucji. Przy wzrastającym zapotrzebowaniu na opiekę paliatywną spowodowanym starzeniem się społeczeństwa, wzrostem liczby osób chorujących na nieuleczalne choroby, czy rozwojem medycyny przedłużającej życie – liczba istniejących miejsc nie jest wystarczająca. Dlatego też pacjenci są zmuszeni do oczekiwania na przyjęcie. Niejednokrotnie ciężki stan, w jakim się znajdują i długość oczekiwania na miejsce nie pozwalają na to, że pacjent dożyje do tego czasu. W przeprowadzonym badaniu większość pacjentów była przyjmowanych bardzo szybko.

Rekomendacje wskazują, że strategia rozwoju opieki paliatywnej powinna skupiać się na badaniach określających potrzeby w zakresie opieki paliatywnej. Cierpienia chorego są bardzo często pogłębiane przez bezradność i rozpacz osób bliskich, które nie są pogodzone z obecną sy-

tuacją, są wyczerpane trudami opieki. Rodziny pacjentów oczekują pomocy zarówno od personelu medycznego, społeczeństwa, a nawet medycyny niekonwencjonalnej. Dlatego prawidłowe rozpoznanie przez praktyków medycznych przeżywanych przez chorego i jego bliskich trudów jest niezbędne w zorganizowaniu jak najlepszej pomocy. I tak jak pokażało badanie – grupa badanych pacjentów silniej akcentowała istnienie potrzeb dotyczących opieki, w porównaniu do grupy badanych opiekunów. Jednocześnie badani chorzy najsilniej akcentowali potrzeby znajdujące się w grupie relacji/komunikacji oraz potrzeby informacyjne. Grupa opiekunów najczęściej zaznaczała potrzeby znajdujące się w sferze relacji/komunikacji oraz odnoszące się do opieki.

Pacjenci, którzy przebywają w hospicjum cierpią na niepoddające się leczeniu choroby. Objawy tych chorób są często bardzo uciążliwe i bolesne dla pacjentów. Stosowane leczenie ma na celu nie wyleczenie z choroby lecz zmniejszenie dolegliwości. Objawy mają różne tło i różne nasilenie. Stosowane postępowanie nie zawsze daje spodziewane efekty, dla niektórych pacjentów może być uciążliwe. Dla 18% badanych pacjentów stosowane leczenie jest uciążliwe, przeciwnego zdania jest 32% badanej grupy. Jednocześnie zdaniem 85% badanych pacjentów i 95% badanych opiekunów dotychczasowa opieka w placówce jest satysfakcjonująca.

W ciągu ostatnich lat zaszły istotne zmiany w zakresie modelu nad pacjentami. Pacjentów nie traktuje się przedmiotowo skupiając się jedynie na chorobie lecz całościowo, jako jednostkę bio-psycho-społeczną. Ta przemiana miała miejsce przede wszystkim w odniesieniu do chorób przewlekłych i zwyrodnieniowych, takich jak nowotwory. U tych pacjentów należy położyć nacisk na takie aspekty, jak jakość życia, potrzeby. Należy zwrócić większą uwagę na samych chorych jako jednostki na różnych etapach ich choroby, począwszy od rozpoznania do fazy końcowej<sup>9</sup>.

Istnieje wiele trudności w przeprowadzaniu badań satysfakcji na oddziale medycyny paliatywnej. Jednym z takich problemów jest uzyskanie wiarygodnych danych od poważnie chorych pacjentów oraz od zmęczonych opieką rodzin i osób bliskich<sup>10</sup>. Jakość opieki jest jednym z elementów, które mogą mieć wpływ na jakość życia – dlatego należy dołożyć wszelkich starań, aby jakość opieki była na jak najwyższym poziomie.

---

<sup>9</sup> Tamburini M., Gangeri L., Brunelli C., et al. Cancer patients' needs during hospitalization: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer* 2003;3:12.

<sup>10</sup> Me Whinney I. R., Bass M. J., Donner A., 1994, Evaluation of palliative care service: problems and pitfalls. *BMJ*, 309, 1340–1342.



Dokonując oceny jakości opieki paliatywnej otrzymuje się informacje dotyczące sfery wymagającej poprawy. Daje to możliwość skoncentrowania planu działania na wprowadzaniu konkretnych zmian. Wprowadzone zmiany należy poddać ponownej ocenie. Dlatego dokonywanie oceny skuteczności jest pewną koniecznością. Jednym z elementów tej skuteczności jest badanie satysfakcji osób otrzymujących opiekę medyczną. Istnieje zatem konieczność położenia dużego nacisku na rozpowszechnienie przeprowadzania takich badań w placówkach opieki paliatywnej<sup>11</sup>.

## Wnioski

1. Zdaniem 85% badanych pacjentów i 95% badanych opiekunów dotychczasowa opieka w placówce jest satysfakcjonująca.
2. Badani pacjenci deklarują istnienie wielu potrzeb, które głównie znajdowały się w sferze relacji/komunikacji oraz informacyjnej.
3. Wśród najczęściej wymienianej propozycji poprawy jakości opieki na oddziale badani opiekunowie wymienili częstsze dogłębne oglądanie pacjentów.

---

<sup>11</sup> Clark D., Hockley J., Ahmedzai S. 1999. New themes in palliative care. Open University Press, London.



Lena Kozłowska<sup>1</sup>, Karolina Pietruk<sup>2</sup>

## **Ból dziecka a ból osoby dorosłej. Postrzeganie bólu i cierpienia przez personel pracujący w hospicjum dla dzieci i dla dorosłych**

### **Wstęp**

Zarówno ból, jak i cierpienie są nieodzownymi elementami ludzkiej egzystencji. Ból jest doznaniem, którego doświadcza każdy człowiek bez względu na wiek i płeć. Jest to odczucie subiektywne i powszechne. Starzenie się społeczeństw, coraz częstsze występowanie nowotworów oraz chorób przewlekłych zwiększają zapotrzebowanie na opiekę paliatywną. Głównym jej założeniem jest opieka nie tylko nad chorymi onkologicznie lecz także nad wszystkimi pacjentami u kresu życia [6]. Towarzystwienie umierającej osobie oraz poprawa jakości jej życia są niezbędne w zapobieganiu, bądź minimalizowaniu lęku przed nieuchronną śmiercią. Opieka paliatywna jest wielodyscyplinarna – w jednakowym stopniu uwzględnia zarówno problemy somatyczne chorego, jak i duchowe oraz psychospołeczne [8]. Podstawowym jej celem nie jest przedłużanie życia chorego lecz zaspokajanie jego potrzeb oraz łagodzenie wszelkich dolegliwości chorobowych [7]. Opieka hospicyjna jest świadczona przez zespoły interdyscyplinarne, pośród których każda osoba odgrywa istotną rolę na rzecz polepszenia jakości życia pacjentów. W skład takiego zespołu wchodzi: lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, duchowni, psycholodzy, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi oraz osoby bez wykształcenia medycznego [2]. Zadaniem personelu jest zarówno opieka nad chorym terminalnie, jak i wspieranie jego rodziny.

Pielęgniarka, z racji zakresu swoich obowiązków, jest jednym z człon-

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

ków zespołu interdyscyplinarnego opieki paliatywnej, który najwięcej czasu spędza z pacjentem. To pozwala jej na wnikliwą obserwację chorego, a także nawiązanie kontaktu z jego rodziną. Przeprowadzone badanie pozwala przedstawić porównanie postrzegania bólu i cierpienia przez personel pielęgniarski pracujący w hospicjum dla dzieci oraz w hospicjum dla dorosłych.

### **Specyfika opieki paliatywnej nad dzieckiem**

Prawidłowe prowadzenie leczenia paliatywnego najmłodszych dzieci jest całkowicie zależne od ich opiekunów. Dorośli podejmują wszystkie decyzje w imieniu swoich podopiecznych. Personel medyczny powinien działać w porozumieniu oraz partnerskich relacjach z opiekunami dziecka. Zdolność opiekuna do decydowania w interesie dziecka jest mu odbierana, kiedy w sposób wyraźny działa on przeciwko najlepszemu interesowi dziecka, bądź też nie jest w stanie decydować za podopiecznego. Leczenie powinno przebiegać w porozumieniu z pacjentem. Jeżeli tylko dziecko jest wystarczająco dojrzałe oraz nie wykazuje cech upośledzenia umysłowego powinno współuczestniczyć w procesie leczenia w sposób aktywny. Takie dzieci powinny być informowane o przebiegu leczenia oraz być wysłuchiwane, ponieważ powszechnie zaleca się szacunek wobec ich decyzji [2]. Najważniejszym elementem podczas decydowania o dalszym procesie leczenia jest otwarty dialog pomiędzy zespołem medycznym a rodziną chorego [4]. W momencie, kiedy leczenie nie przynosi pozytywnych efektów, a wręcz staje się uciążliwe, dopuszczalne jest odstąpienie od pomocy terapeutycznej oraz czynności podtrzymujących życie. Można tego dokonać na prośbę rodzica bądź samego dziecka, jeśli jest ono na tyle kompetentne, aby realnie ocenić swoją sytuację. Brytyjskie Królewskie Towarzystwo Pediatrii i Zdrowia Dziecka wymienia pięć sytuacji, które dopuszczają wycofanie się z leczenia lub wstrzymanie go:

- śmierć mózgową dziecka ustalona zgodnie ze standardowymi kryteriami;
- nieodwracalny stan wegetatywny. Dziecko bez kontaktu z otoczeniem, które jest zdane jedynie na opiekę innych;
- dziecko w „beznadziejnej” sytuacji. Leczenie jedynie opóźnia śmierć, nie przynosząc żadnej ulgi w cierpieniu;
- „bezcelowe” leczenie. Dziecko ma szansę przeżyć w wyniku leczenia, lecz stopień upośledzenia fizycznego oraz psychicznego będzie na tyle duży, że bezpodstawne jest skazywanie pacjenta na takie cierpienie;

- sytuacja „nie do zniesienia”. Rodzice i (lub) dziecko stwierdzają, że dalsze leczenie w obliczu nieodwracalnej i postępującej choroby byłoby nie do zniesienia [1, 4].

Zmiana celów w opiece paliatywnej nie oznacza wcale rezygnacji z opieki. Często życie dziecka jest podtrzymywane i przedłużone ze względu na ogromną presję ze strony rodziców, którzy nie są w stanie realnie ocenić sytuacji [1]. Pomimo tego, iż jest ona beznadziejna opiekunowie chcą, aby próbować wszystkich możliwych metod leczenia oraz bez względu na koszty, podejmować kolejne próby walki z chorobą. W takiej sytuacji, bardzo ważna jest rola personelu medycznego. Towarzystwo rodzinie w tak trudnym okresie oraz próba nawiązania rozmowy są niezbędnymi elementami opieki paliatywnej nad rodziną pacjenta. Nie ma jednak uniwersalnej, dobrej metody na przekazywanie informacji na temat nieuleczalnej choroby dziecka. Czasami dobrym rozwiązaniem jest włączenie do komunikacji innych członków rodziny, psychologa czy też duchownego. Najbliżsi dziecka często potrzebują naprawdę bardzo dużo czasu, aby oswoić się z ciężką sytuacją, w jakiej się znaleźli, dlatego też podejmowanie jakichkolwiek decyzji przebiega stopniowo [4].

### **Opieka nad dzieckiem w terminalnej fazie choroby**

„Dziecko może przetrwać wiele, o ile mówi mu się prawdę i pozwala dzielić z najbliższymi tym wszystkim, co czują ludzie, którzy cierpią...” (M. Herbert, 1997). Umierające dzieci wbrew powszechnej opinii rozumieją bardzo dużo. Ukrywanie aktualnego stanu choroby oraz unikanie tematu śmierci jest krzywdzące dla dziecka. Badania potwierdzają, że w większości przypadków najmłodszy pacjent jest w pełni świadomy swojego umierania. Rodzice, którzy próbują oszczędzić dziecku wiedzy na temat stanu zdrowia działają jedynie na jego szkodę. Smutek wynikający z zaistniałej sytuacji oraz strach przed przyszłością, których rodzice często niestety nie potrafią ukryć, są przez podopiecznych źle interpretowane. Kiedy dziecko widzi zmartwionego rodzica może snuć wyobrażenia tłumaczące takie zachowanie rodziców w sposób: „byłem niegrzeczny”, „mama jest smutna”, „tata już mnie nie kocha”. Takie myśli połączone z dyskomfortem, jakim jest sama choroba mogą wzbudzać w małym pacjencie ogromny lęk. Najmłodsze dzieci najbardziej boją się rozłąki z rodziną, dlatego tak ważne jest, aby osoby bliskie towarzyszyły im w codziennych cierpieniach [4]. Małe dziecko żyje teraźniejszością. Nie rozmyśla o przyszłości, nie do końca także ją rozumie. Najważniejsza jest obecność kogoś bliskiego oraz związane z tym poczucie bezpie-

czeństwa. W opiece nad nieco starszymi dziećmi bardzo ważne jest, aby pamiętać o ich potrzebie utrzymania kontaktu z rówieśnikami. Jest to również wiek, w którym dzieci zadają wiele pytań, które w sytuacji nieuleczalnej choroby dotyczą przede wszystkim śmierci i umierania. W takim przypadku należy być szczerym oraz w sposób konkretny i uczciwy udzielać odpowiedzi. Ważne jest, aby nie stracić zaufania dziecka. Opieka nad młodzieżą w terminalnym okresie choroby jest również charakterystyczna. Okres dojrzewania, to czas kiedy młody człowiek poznaje lepiej siebie i świat. Najważniejsze w tym okresie są poczucie miłości, przyjaźni oraz akceptacji ze strony otoczenia. Młodzi ludzie skupiają ogromną część swojej uwagi na wyglądzie. Zadaniem personelu medycznego jest pomoc w drobnych zabiegach „upiększających”, gdyż mogą one w znacznym stopniu poprawić samopoczucie pacjenta. Bardzo ważne również jest uznanie samodzielności młodego człowieka oraz niewykazywanie cech nadopiekuńczości wobec niego. Warto okazywać własne emocje, zachęcając tym samym podopiecznego do wyrażania swoich. U wszystkich dzieci w wieku szkolnym należy zwrócić uwagę na zaległości związane z zajęciami lekcyjnymi. Warto, aby młodzi ludzie nie przerywali edukacji, jeżeli tylko jest taka możliwość. Utrzymanie kontaktu z nauczycielem lub zajęcia edukacyjne prowadzone przez pedagoga szpitalnego są bardzo wartościowymi elementami w rozwoju młodego człowieka. Pomagają one również zachować codzienny rytm życia, dzięki czemu dziecko nie czuje się odrzucone społecznie. Reakcje psychiczne na występowanie choroby są bardzo indywidualne i zależą w dużej mierze od osobowości pacjenta. Należy pamiętać jednak o naturalnym optymizmie dziecka, który pozwala spokojnie przyjmować to, co je spotyka i przystosować się do pewnych ograniczeń życiowych [1].

Kolejnym ważnym problemem jest decyzja o miejscu pobytu pacjenta. Nie ma wątpliwości, że dom rodzinny i domowa opieka są najlepszymi formami opieki nie tylko nad najmłodszymi pacjentami. Dotyczy to każdego stanu chorobowego, a w szczególności chorób z ograniczeniem aktywności życiowej. Większość chorych dzieci zapytane o miejsce pobytu, wyraża chęć pozostania w domu [2].

## Cel pracy

Celem badania była analiza postrzegania bólu i cierpienia przez personel pielęgniarstwa pracujący w hospicjum dla dzieci oraz w hospicjum dla dorosłych.

## Material i metoda

Badanie zostało przeprowadzone wśród personelu pielęgniarstwa pracującego w hospicjum. Grupę badawczą stanowiło 50 osób (100%), w tym 32 osoby (64%) to pracownicy hospicjum dla dorosłych oraz 18 osób (36%) – pracownicy hospicjum dla dzieci. Ankietowani pracownicy hospicjum dla dorosłych to:

- 17 osób (34%) z Hospicjum Caritas Archidiecezji Warszawskiej,
- 13 osób (26%) – Uczestnicy Kursu Kwalifikacyjnego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej,
- 2 osoby (4%) z Warszawskiego Hospicjum Społecznego.

Ankietowany personel pielęgniarstwa z hospicjum dla dzieci to:

- 8 osób (16%) z Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia,
- 5 osób (10%) z Podkarpackiego Hospicjum dla Dzieci,
- 4 osoby (8%) z Zachodniopomorskiego Hospicjum dla Dzieci,
- 1 osoba (2%) z Hospicjum Królowej Apostołów w Radomiu.

Badanie było przeprowadzane od lutego do maja 2009 roku. Na jego przeprowadzenie uzyskano zgodę kierowników jednostek.

Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza skonstruowanego specjalnie dla potrzeb tego badania. Ankieta zawierała 29 pytań dotyczących przede wszystkim postrzegania bólu i cierpienia przez personel pielęgniarstwa pracujący w hospicjum, a także komunikacji z pacjentem w terminalnej fazie choroby. Drugą część stanowiła metryka składająca się z 8 pytań, których analiza pozwoliła scharakteryzować badaną grupę.

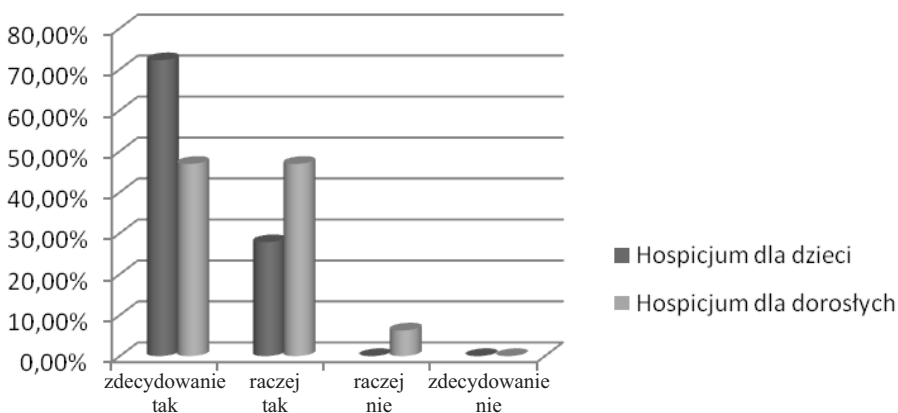
## Wyniki

13 osób (72,2%) z personelu pielęgniarstwa hospicjum dziecięcego odczuwa zdecydowanie większą satysfakcję z wykonywanej pracy niż osoby pracujące w tym samym zawodzie w hospicjum dla dorosłych – 15 osób (46,9%) (ryc. 1).

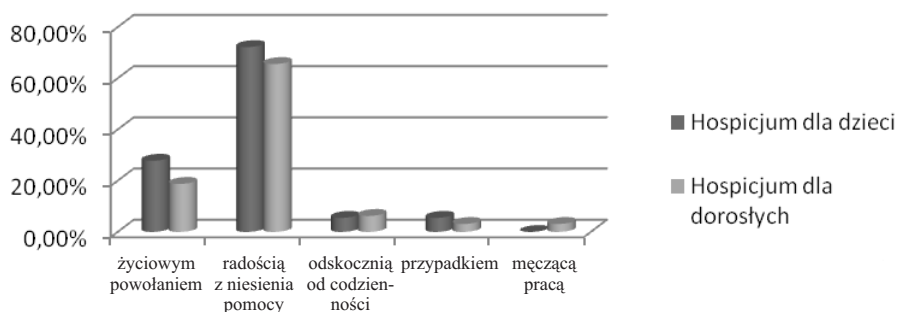
Osoby zawodowo zajmujące się nieuleczalnie chorymi w większości uważają się za optymistów. Jedynie 5,5% badanych pracowników hospicjum dla dzieci oraz ok. 9% badanych pracowników hospicjum dla dorosłych uważa, że „raczej nie” są optymistami w codziennym życiu.

Ankietowanym zadano pytanie: „czym jest dla Pana/Pani praca w hospicjum?” (ryc. 2). 27,8% pracowników hospicjum dla dzieci oraz 18,75% pracowników hospicjum dla dorosłych odpowiedziało, że wyko-

**Ryc. 1. Satysfakcja personelu pielęgniarstwa hospicjum z wykonywanej pracy**



**Ryc. 2. Odczucia personelu pielęgniarstwa dotyczące ich pracy. „Czym jest dla Pana/Pani praca w hospicjum?”**



nywana praca jest ich życiowym powołaniem. Zdecydowana większość personelu pielęgniarstwa pracującego z nieuleczalnie chorymi dorosłymi (65,6% respondentów) oraz jeszcze więcej osób pracujących przy nieuleczalnie chorych dzieciach (72,2% ankietowanych) odbiera swoją pracę jako radość z niesienia pomocy innym ludziom. Jedynie 3,1% ankietowanych pracowników hospicjum dla dorosłych uważa, że wykonywana praca jest bardzo męcząca.

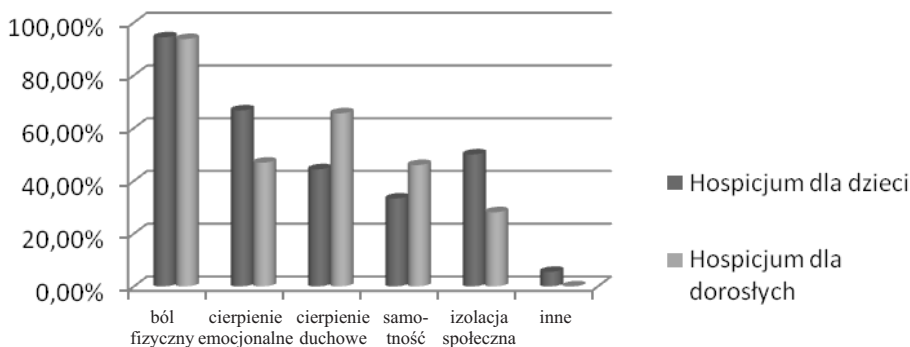
Ból jest postrzegany przez wszystkich respondentów w podobny sposób. Najwięcej, bo aż 66,7% ankietowanych z hospicjum dla dzieci oraz 56,25% z hospicjum dla dorosłych rozpatruje ból jako doznanie fizyczne. Ankietowani mieli w tym pytaniu możliwość wybrania kilku odpowiedzi, dlatego też warto zauważyć, że ból jest również według nich do-



znaniem emocjonalnym (55,5% vs 43,75%) oraz doznaniem zmysłowym (33,3% vs 25%). Ból jest uważany za doznanie duchowe przez prawie 39% pracowników hospicjum dla dzieci oraz przez ok. 22% respondentów z hospicjum dla dorosłych. Pytanie było wielokrotnego wyboru i żadna z proponowanych odpowiedzi nie została przez respondentów w znaczący sposób pominięta, co pozwala zauważyć, że ból jest postrzegany w różnych aspektach. Większość ankietowanych zaznaczyła więcej niż jedno określenie bólu. Około 11% pracowników hospicjum dla dzieci oraz prawie 9,5% ankietowanych z hospicjum dla dorosłych nie potrafi określić, czym jest dla nich ból.

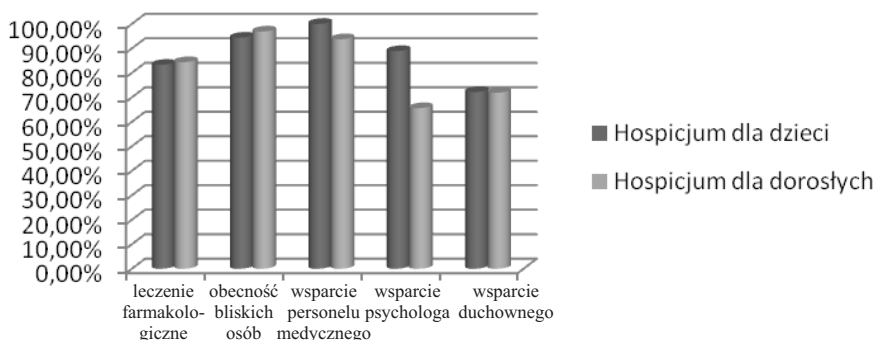
Według 94,4% personelu pielęgniarskiego hospicjum dla dzieci oraz prawie 94% personelu pracującego w hospicjum dla dorosłych pacjent najczęściej cierpi z powodu bólu fizycznego. Zauważalna jest różnica w postrzeganiu przez personel cierpienia jako samotności – 33,3% vs 47%, a także w postrzeganiu cierpienia jako izolacji społecznej – 50% vs 28% (ryc. 3). Inny rodzaj cierpienia, obserwowany przez personel pielęgniarski hospicjum dla dzieci to poczucie opuszczenia oraz bezradności.

**Ryc. 3. Cierpienie pacjentów hospicyjnych obserwowane przez personel pielęgniarski**



Badanie wykazało, że dla ankietowanego personelu pielęgniarskiego najważniejsze w sprawowaniu opieki hospicyjnej nad pacjentem jest wspieranie chorego przez personel medyczny oraz obecność przy cierpiącym pacjencie bliskich mu osób. Leczenie farmakologiczne zostało wskazane dopiero jako trzeci czynnik wpływający na jakość opieki w hospicjum. Wyniki obrazuje ryc. 4.

Ryc. 4. Czynniki wpływające na jakość opieki w hospicjum



Umierające dziecko, według ankietowanych pielęgniarek hospicjum dziecięcego, najbardziej boi się odejścia od najbliższych (ponad 61% odpowiedzi), natomiast pielęgniarki pracujące z nieuleczalnie chorymi dorosłymi uważają, że ich podopieczni najczęściej boją się cierpienia spowodowanego bólem fizycznym – ok. 65% ankietowanych.

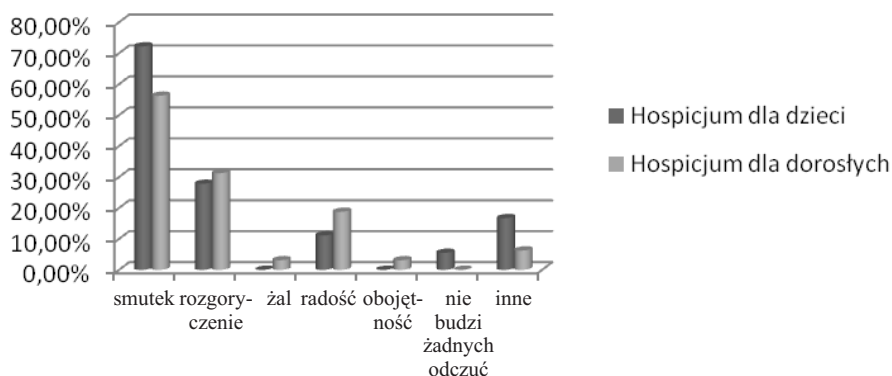
Na pytanie: „czym jest dla Pana/Pani cierpienie dziecka?“, ok. 55% ankietowanych pielęgniarek hospicjum dla dzieci odpowiedziało: „również moim cierpieniem“, natomiast ponad 55% respondentów zaznaczyło, że ból dziecka jest dla nich niesprawiedliwością losu. W podobnym pytaniu, dotyczącym umierających osób dorosłych, pielęgniarki pracujące w hospicjum dla dorosłych odpowiedziały głównie, że cierpienie chorego jest dla nich kolejnością losu (50% odpowiedzi) oraz, że jest czymś okrutnym (ponad 34% odpowiedzi).

Zarówno badana grupa pielęgniarek z hospicjum dla dzieci, jak i z hospicjum dla dorosłych ma podobne trudności w sprawowaniu opieki nad umierającym pacjentem. Ponad 77% personelu pracującego z chorymi dziećmi odczuwa bezradność wobec cierpienia duchowego pacjenta oraz obawę przed sprawianiem mu bólu, podczas gdy ponad 65% ankietowanych pielęgniarek z hospicjum dla dorosłych odczuwa bezradność wobec cierpienia duchowego. Około 62% z nich czuje natomiast obawę przed sprawianiem bólu podopiecznemu.

Pośród odczuć pielęgniarek wywoływanych myślą o opiece nad osobą umierającą dominują smutek (72,2% ankietowanych z hospicjum dla dzieci i 56,25% z hospicjum dla dorosłych) oraz żal (27,8% vs 31,25%) (ryc. 5).

Duża grupa ankietowanych (prawie 28% badanych pracowników hospicjum dziecięcego oraz ok. 35% badanych z hospicjum dla dorosłych)

**Ryc. 5. Odczucia personelu pielęgniarskiego powiązane z myślą o opiece nad umierającym pacjentem**



deklaruje problemy w komunikacji z pacjentem umierającym. Z przeprowadzonego badania wynika, że ponad 1/4 respondentów nigdy nie była przeszkolona w dziedzinie komunikacji z pacjentami u kresu życia.

Wszyscy respondenci uważają, że opieka hospicyjna jest w Polsce potrzebna. Jedynie 3% pracowników hospicjum dla dorosłych uważa, że ból nie jest właściwie monitorowany w placówkach opieki paliatywnej.

## Dyskusja

Analiza badanej grupy nie wykazała znaczących różnic (dotyczących wieku, płci, stażu pracy oraz stanu cywilnego) pomiędzy personelem pielęgniarskim pracującym w hospicjum dla dzieci a hospicjum dla dorosłych. W obu grupach dominują zamężne kobiety w przedziale wiekowym 35–49 lat. Najwięcej ankietowanych to pielęgniarki pracujące w zawodzie ponad 20 lat. Może to wynikać z faktu, iż praca z ludźmi będącymi u kresu życia wymaga od nich dużego doświadczenia zawodowego oraz ustabilizowanego życia osobistego. Badania prowadzone przez pracowników Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem oraz Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Targu na temat satysfakcji pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej z wykonywanej pracy wykazują, że osoby, które zawodowo zajmują się nieuleczalnie chorymi dostrzegają znaczny wpływ pracy zawodowej na życie osobiste [4].

Występowanie bólu i cierpienia w życiu człowieka jest rzeczą naturalną, powszechną oraz oczywistą. Niestety, często ludzie cierpią niez-

leżnie od naszej woli. Ciężko jest wówczas pamiętać, że ból jest jednym z najcenniejszych mechanizmów obronnych człowieka, który chroni nas przed zagrożeniem [9]. Zdolność odczuwania bólu zalicza się do jednych z najbardziej potrzebnych funkcji obronnych organizmu człowieka, która obok lęku jako sygnał alarmowy prowadzi do zmniejszenia bądź całkowitego wyłączenia aktywności w momentach zagrożenia [1]. Nieodłącznym elementem bólu jest cierpienie, często również pojęcia te są używane zamiennie [9]. Nie są one jednak synonimami [3]. Nie da się ich również dokładnie rozdzielić [5]. Miejscem, gdzie człowiek cierpi w szczególnie sposób jest hospicjum. Współistnienie kilku rodzajów bólu, przede wszystkim fizycznego, ale również psychicznego oraz duchowego, wymaga od personelu medycznego pracującego w placówkach opieki paliatywnej holistycznego oraz zindywidualizowanego podejścia do każdego pacjenta. Analiza wyników badania pozwala dostrzec, że zarówno pielęgniarki pracujące w hospicjum dla dzieci, jak i w hospicjum dla dorosłych postrzegają ból jako podobne doznanie dla pacjenta. Umierające dziecko cierpi, według respondentów, z podobnych przyczyn co dorosły pacjent, jednak należy zauważyć, że u dorosłych dużo częściej według pracujących w hospicjum pielęgniarek występuje cierpienie duchowe (ryc. 3).

Pomimo dużego doświadczenia zawodowego respondentów zarówno personel pielęgniarski hospicjum dla dzieci, jak i personel pielęgniarski pracujący z nieuleczalnie chorymi dorosłymi ma trudności w sprawowaniu opieki nad osobą u kresu życia. Personel hospicjum powinien zaakceptować śmierć jako nieodzowny etap życia. Jest to przesłanie oczywiste, jednak normy etyczne, uznawane przez społeczeństwo za powszechne, mówiące o wartości ludzkiego istnienia nie pozwalają bez emocji i trudności godzić się ze śmiercią. Niełatwo jest patrzeć na ludzki ból i cierpienie, niełatwo jest również o nich rozmawiać. Prawie wszyscy ankietowani wyrazili chęć uczestniczenia w warsztatach z zakresu komunikacji z pacjentem u kresu życia. Bardzo istotne jest, że pielęgniarki zdają sobie sprawę z konieczności podnoszenia swoich kwalifikacji na rzecz lepszego kontaktu z pacjentami.

## Wnioski

1. Ból dziecka jest postrzegany przez większość badanego personelu pielęgniarskiego jako podobne doznanie, co ból osoby dorosłej, czyli jako doznanie fizyczne oraz doznanie emocjonalne.

2. Zdecydowana większość badanego personelu pielęgniarskiego pracującego w hospicjum traktuje swoją pracę jako radość z niesienia pomocy innym, tylko ok. 6% badanych nie odczuwa satysfakcji z wykonywanej pracy.
3. Ponad 90% wszystkich respondentów wyraziło chęć uczestniczenia w szkoleniach z zakresu komunikacji z chorym umierającym i jego rodziną.

## Piśmiennictwo

1. Cepuch G., Wordliczek J., Golec A.: Wybrane skale badania natężenia bólu u młodzieży – ocena ich przydatności. *Polska Medycyna Paliatywna* 2006, 5 (3), 108–113.
2. Doboszyńska A., Świątlik E.: Organizacja opieki paliatywnej. *Geriatrya Polska*, 2006, 3, 209–215.
3. Głuszak J.: Czy umieranie musi boleć?. Refleksje po konferencji. *Polska Medycyna Paliatywna* 2006, 5, 3, 131–133.
4. Łyżnicka M., Korbel-Pawlas M., Sułek J.: Satysfakcja z pracy pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej. *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości*, Białystok 2007, tom II, 188–195.
5. Szulc R.: Ból i jego granice. *Medycyna Praktyczna* 2008, 4, 178–180.
6. de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
7. de Walden-Gałuszko K.: *Podstawy opieki paliatywnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
8. de Walden-Gałuszko K.: Trudne problemy opieki paliatywnej. *Przewodnik Lekarza* 2008, 1 (103), 155–157.
9. Wojewoda B, Mess E, Motylska M.: Ból i cierpienie dziecka – pacjenta w placówce szpitalnej. *Onkologia Polska*, 2006, 9, 4, 129–132.



Bogumiła Kielbratowska<sup>1</sup>, Anna Maksimczyk<sup>2</sup>,  
Irena Kąkol<sup>2</sup>

## Etyka troski w opiece paliatywnej

Dzisiejsze społeczeństwo z uporem dąży do oddalenia od siebie wizji śmierci. Usiłuje odizolować ludzi ciężko chorych i umierających, aby nie zakłócali radości życia swoim cierpieniem. Są tacy, którzy proponują eutanazję, jako lek z wyboru „na starość” uważając, że to doskonałe rozwiązanie dla osób ciężko chorych, które i tak już nie są potrzebne.

Etyka zawodowa nakazuje nam inne spojrzenie na istniejący problem. Kierowani wiedzą i zdobytym doświadczeniem wiemy, że zarówno ludzie zdrowi, jak chorzy (również u kresu życia) są naszymi pacjentami i mamy wobec nich takie same obowiązki. Musimy również pamiętać, że śmierć jest nieunikniona i choć medycyna proponuje coraz to nowe rozwiązania, dotyka każdego.

Choroba nieuleczalna dopada znienacka i zapowiada rychłą śmierć. Nie można przed nią uciec, ale można nauczyć się z nią żyć. Należy z uwagą spojrzeć na ciężko chorego człowieka i zamiast proponować agresywne, intensywne leczenie, zaproponować inną formę opieki. Wiele instytucji, a w nich wielu ludzi potrafi przygotować wewnętrznie chorego, aby potrafił łagodnie przeżyć pozostały mu czas.

Opieka hospicyjna dąży do zaprezentowania racjonalnych sposobów pomagania ludziom, którzy znajdują się w obliczu śmierci, spowodowanej postępującą chorobą. Przeciwstawia się eutanazji, która jak bumerang powraca w dyskusjach etycznych, a w niektórych krajach uzyskuje akceptację prawną.

---

<sup>1</sup> Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna

Warunkiem prawidłowej opieki nad chorym terminalnie jest jej całościowy (holistyczny) charakter. Opieka ta stara się złagodzić i zaspokoić wszystkie potrzeby chorego: fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe. Program opieki proponowany przez hospicjum umożliwia pacjentom przeżycie w komforcie, spokoju i bez bólu ostatniego etapu życia. Ma ona zapewnić jak najlepszą jakość życia pacjenta, jak i jego rodziny.

Ten cel można osiągnąć jedynie wtedy, gdy opieka ma całościowy charakter, a wszystkie jej aspekty są traktowane równomiernie. Opieką należy otoczyć również rodzinę umierającego, w trakcie jego ciężkiej choroby, jak również bezpośrednio po jego śmierci.

Termin hospicjum pochodzi od słowa *hospes*, czyli druh, przyjaciel, przybysz, wędrowiec, gość. Z czasem, od słowa *hospes*, powstało pojęcie *hospitium*, które oznaczało gościnę, dom gościnny.

Nazwa: opieka paliatywna i opieka hospicyjna to synonimy. Termin paliatywny (łac. *pallium* – płaszcz) nawiązuje do starań, które polegają na osłanianiu chorego przed konsekwencjami zmian właściwych dla nieuleczalnej choroby. „Płaszcz” jest obszerny, dobrze otula, chroni chorego i jego bliskich przed cierpieniami, łagodzi je. Angielskie słowo *palliation* – oznacza łagodzenie objawów bez możliwości wyleczenia choroby, *palliative* – łagodzenie bólu i innych objawów związanych z chorobą postępującą, która nie poddaje się leczeniu przyczynowemu.

W opiece paliatywnej wprowadzono pojęcie okresu terminalnego – następuje on wtedy, gdy możliwości dalszego leczenia przewlekłego chorego przy pomocy bezpośredniego działania na przyczynę choroby wyczerpały się, a stan chorego wymaga dalszej opieki.

Okres terminalny jest czasem, kiedy pacjent znajduje się w stanie znacznego zaawansowania choroby, szczególnie choroby, w której występują przerzuty do wielu narządów, a leczenie przyczynowe jest zakończone. Chory w tym czasie nie chce być sam, chce, aby ktoś mu towarzyszył, dawał ulgę w cierpieniu. Ma on prawo do twórczego działania – na ile pozwala kondycja fizyczna i psychiczna. Nadal chce być obecny w rodzinie, decydować, pragnie być szanowany. Chory w okresie terminalnym wymaga więcej opieki i ofiarowanego mu czasu.

Opieka paliatywna jest opieką aktywną. Przyjmuje na siebie bardzo trudne zadanie – zapewnia godną śmierć. Podstawą jej filozofii jest zrozumienie najgłębszych potrzeb nieuleczalnie chorych i cierpiących. Łagodzenie dolegliwości fizycznych jest ważną potrzebą, ale nie jedyną, dlatego opieka paliatywna daje również wsparcie duchowe, podtrzymuje



u chorych poczucie godności, obecności w społeczeństwie oraz daje poczucie wolności. Realizacja tych zadań ma sprzyjać odchodzeniu chorego z tego świata tak, by było to dla niego i jego bliskich wartościowym etapem życia.

Bardzo ważną rolę w holistycznym podejściu do chorego spełnia zespół interdyscyplinarny. W skład zespołu wchodzi: lekarze, pielęgniarki, psychologowie, kapelani, rehabilitanci, wolontariusze, a także członkowie najbliższej rodziny, przyjaciele. Każdy z członków zespołu terapeutycznego ma ważne „zadanie” do spełnienia, stosowne do wykształcenia, zdobytej wiedzy i umiejętności. Zespół wsłuchuje się w potrzeby i oczekiwania pacjenta, zwracając szczególną uwagę na zachowanie intymności, wolności i godności pamiętając, aby nigdy nie odebrać nadziei. Zawodowe powołanie, posiadanie empatii oraz doświadczenie pomaga rozwiązać wiele trudnych problemów i osiągnąć wspólny sukces. Zespół powinien dostrzec również problemy bliskich chorego, które związane są z przeżywaniem choroby i śmierci. Przez wszystkie te okresy członkowie rodziny wymagają wsparcia.

Głównym elementem medycyny paliatywnej jest indywidualne podejście do chorego. Celem leczenia jest nie tylko zniesienie bólu, ale poprawa jakości życia poprzez realizowanie indywidualnych potrzeb.

Pacjent terminalnie chory nie zaakceptuje nowej rzeczywistości, jeżeli ból, duszność, wymioty i inne nieprzyjemne dolegliwości będą nieopainowane, a brak właściwej opieki i kochającej rodziny może przysparzać dodatkowych cierpień duchowych i psychicznych oraz pragnienie natychmiastowej śmierci lub prośbę o eutanazję.

Przeżycia człowieka w obliczu śmierci są trudne do opisanego, a do zrozumienia wręcz niemożliwe. Smutek i ciągły lęk towarzyszą cierpieniom fizycznym. Pojawia się osamotnienie, chory czuje się opuszczony przez społeczeństwo, wykluczony z kręgu ludzi zdrowych, czynnych zawodowo, planujących swoją przyszłość. Często rodzina nieświadomie odsuwa „wszelkie troski” od chorego, wyręcza go w podstawowych czynnościach, nie konsultuje z nim podejmowanych w ważnych sprawach decyzji, pozbawiając go tym samym zajmowanego do tej pory miejsca w rodzinie. Choremu w chwilach zwątpienia w sens życia potrzebna jest życzliwość, akceptacja, słuchanie, dotyk. Musimy uświadomić sobie, jak ważna jest dla chorego nasza obecność, która jest próbą podjęcia walki o dobrą jakość życia pacjenta w końcowej fazie jego istnienia. Chory człowiek jest w stanie bardzo wiele wytrzymać: badania diagnostyczne, zabieg, chemioterapię, itd. pod warunkiem, że nie jest pozostawiony sam

na sam z chorobą. Opuszczony jest bezradny, myśli tylko o postawionej diagnozie, źle rokującej chorobie i bólu, który ona będzie niewątpliwie ze sobą niosła.

Choroba, bez względu na jej nasilenie, ma istotny wpływ na życie pacjenta. Prowadzi do dezorganizacji życia oraz ogranicza pełnione role społeczne, co w konsekwencji powoduje obniżenie poziomu jakości życia. Osoba umierająca liczy się z wieloma stratami – w rodzinie i pracy zawodowej.

Hospicja są miejscami szczególnymi, w których miłość przeplata się z cierpieniem. Roztaczając opiekę nad ciężko chorymi personel realizuje ideę samarytańskiej miłości bliźniego.

Spojrzenie holistyczne na chorego, wykorzystując elementy psychologii i filozofii, ukazuje człowieka jako zintegrowaną całość. Wiele czynników ze środowiska zewnętrznego ma wpływ na organizm ludzki. Zaobserwowano, że leczenie chorób przewlekłych jest uzależnione od umiejętnego wykorzystania wpływów środowiska, w którym żyje człowiek. Podejście holistyczne postrzega chorobę jako zmianę w życiu, do której człowiek powinien się przystosować. Rodzina, przyjaciele, a także personel medyczny powinien starać się choremu pomóc w osiągnięciu tej zmiany. Należy tak opiekować się chorym, aby czas, który mu pozostał, przeżył możliwie szczęśliwie i godnie. Pobyt na oddziale wymaga od pacjenta przystosowania do pełnienia nieznanej roli – roli pacjenta, która narzuca nowe obowiązki i nowe prawa. Sytuacja, w której pacjent się znalazł jest poważną trudnością życiową, przeszkodą w realizacji jego dotychczasowych celów. Wywołuje bunt – chory nie wyraża zgody na zaistniały fakt, reaguje gniewem lub przygnębieniem. Pojawia się uczucie dyskomfortu, który obniża dobre samopoczucie, tak zwany dobrostan – poczucie szczęścia, które pozostaje w pewnym związku z oceną jakości życia.

Ocena jakości życia jest różnicą istniejącą pomiędzy sytuacją upragnioną (wymarzoną) a rzeczywistością istniejącą (realną). Zależy ona od stopnia zaspokojenia najważniejszych potrzeb.

Poczucie szczęścia jest celem, do którego dąży każdy człowiek. Dobrostan, tak jak zdrowie, jest czymś naturalnym, a choroba jest zakłóceniem tego stanu. Adaptując się do choroby, pacjent nastawia się niejako na przywracanie dobrego samopoczucia.

Personel medyczny ma znaczący wpływ na osiągnięcie dobrej jakości życia pacjenta poprzez zmniejszenie uciążliwości leczenia, unikanie metod agresywnych, skierowanie myśli pacjenta z przyszłości na teraźniej-

szość. Dobra terażniejszość to wypełnianie wolnego czasu, dostarczanie choremu książek, czasopism, nauka ćwiczeń relaksacyjnych. Troszcząc się o zaspokojenie potrzeb pacjenta jednocześnie troszczymy się o jakość jego życia.

Dobra opieka oraz odpowiednie traktowanie chorego wymaga nadzwyczajnego wysiłku i troski od wszystkich, którzy opiekują się i przebywają z tym człowiekiem. Pacjent obdarza swoich opiekunów wielkim zaufaniem, powinni oni pamiętać, że każdy chory ma swoją własną historię, nie tylko choroby, ale również życia. Z historii tej wypływają oczekiwania i nadzieja. Spełnienie ich możliwe jest dzięki odpowiedniej obserwacji, delikatności, wyczuciu granic.

W hospicjum opieka nad umierającymi jest głównym zadaniem pielęgniarki. Pielęgniarka wspiera pacjenta również na poziomie psychologicznym i duchowym. Pacjent w zaawansowanym okresie choroby wymaga bardziej wszechstronnej opieki i pomocy niż ten, który ma szansę powrotu do zdrowia. Człowiek ze swoimi cierpieniami, obawami odczuwa dyskomfort biologiczny, duchowy lub psychiczny, jest rozchwiany emocjonalnie. Cierpiący pacjent może reagować w nieoczekiwany sposób, irracjonalnie, może okazać się „trudnym pacjentem”. To wszystko sprawia, że właściwe podejście pielęgniarki, jak i określone cechy jej osobowości mają istotne znaczenie. Cechy te, to przede wszystkim akceptacja, czyli przyjmowanie drugiego człowieka takiego, jakim jest, szanowanie jego odrębności. Zauważenie w człowieku dobra – również okazywanie dobra, które procentuje wzmacniając poczucie wartości człowieka. Potrzebna także jest empatia, czyli próba zrozumienia emocji pacjenta, spojrzenia na problem jego oczami. Konieczna jest autentyczność, wysoki poziom etyczno-moralny, odpowiedzialność, wrażliwość, stała gotowość niesienia pomocy. Pożądane są szczególne predyspozycje osobowościowe: dojrzałość psychiczna, cierpliwość, spokój wewnętrzny, tolerancja. Pielęgniarka musi widzieć nie tylko postawę pacjenta „teraz”, ale próbować znaleźć przyczynę jego reakcji.

Należy skłonić pacjenta do „wygadania się”, pozwolić na krzyk, na mówienie o wszystkim, co boli.

Światowa Organizacja Zdrowia w 1986 roku określiła w Karcie Ottawskiej trzy główne warunki potrzebne dla utrzymania zdrowia, a w przełożeniu na opiekę paliatywną – dla zapewnienia godnej śmierci: wspieranie, umożliwianie, pośredniczenie.

**Wspieranie** – wymaga obrony praw pacjenta. Postawa taka dodaje siły pacjentowi i jego bliskim.

**Umożliwianie** – zapewnienie pacjentowi pełni życia aż do końca, pozostawienie niezależności i możliwości wyboru.

**Pośredniczenie** – łączność między opieką stacjonarną a domową, wspieranie rodziny kontynuującą opiekę nad chorym w domu.

Towarzyszenie człowiekowi choremu w ostatnich dniach jego życia jest doświadczeniem niepowtarzalnym. Czasami wzbudza lęk lub chęć ucieczki z trudnej sytuacji, ale w efekcie prowadzi do przeżycia niezwykłego duchowego zbliżenia z drugim człowiekiem. W każdym przypadku bycie z człowiekiem umierającym wymaga czasu, mobilizacji sił psychicznych i fizycznych, delikatności oraz zdolności do poświęcenia.

Kiedy najważniejsze dla człowieka wartości, jakimi są zdrowie i życie zostają zagrożone, postawa pielęgniarki wymaga odwagi i wzięcia odpowiedzialności za spotkanie z nim. Towarzyszenie choremu musi odbywać się w prawdzie, bez niedomówień i uciekania się do kłamstwa. Bezpośrednia rozmowa i informacje uzyskane od rodziny pomagają w rozpoznaniu problemów pacjenta, które w różnych fazach choroby będą się zmieniały. Każdy pacjent jest indywidualny, inaczej odczuwa cierpienie, ból i świadomość nieuchronnie zbliżającej się śmierci. Opiekująca się nim pielęgniarka musi zadbać o wszelkie potrzeby psychiczne, fizyczne i duchowe, a swoją postawą okazywać głęboki szacunek i pokorę wobec cierpiącego.

Istotnym elementem „dobrej opieki” jest sposób prowadzenia rozmowy. Rozmowa jest cennym środkiem leczniczym. Cicely Saunders, inicjatorka współczesnego ruchu hospicyjnego radziła personelowi, aby zawsze gotowy był do słuchania, a także do milczenia.

W komunikacji niezbędna jest empatia – pomaga ona w zdobyciu zaufania, ułatwia zrozumienie i nawiązanie kontaktu. Uważne słuchanie jest istotne, ponieważ w fazie terminalnej pojawiają się pytania retoryczne, zdania dwuznaczne, język obfituje w eufemizmy, niedomówienia, a także komunikaty niewerbalne przekazywane gestem, postawą, dlatego należy zwracać uwagę na mowę ciała. Istotą komunikowania stanowi nie tylko przekazywanie wiadomości, ale również przekazywanie uczuć.

Komunikowanie to rozumienie innego człowieka. Pacjent informuje pielęgniarkę o tym, co myśli lub czuje, kieruje swoją wiadomość z określoną intencją. Przekaz powinien być jasny i zrozumiały dla obu stron. Rozumienie wypowiedzi pacjenta to tak, jakby poruszanie się z nim po wspólnym obszarze. Każdy z nas pragnie zrozumienia, ponieważ jest to uczucie komfortowe, wiąże się z bezpieczeństwem i poczuciem wspólnoty.

Mówienie z przekonaniem, to komunikacja niemal doskonała. Gdy wierzymy w wypowiedziane przez nas słowa, wówczas wywieramy na innych ogromne wrażenie: inspirujemy ich do myślenia, przekonujemy, budzimy w nich chęć do działania.

W doskonałej komunikacji, poza przekonującym mówieniem, istotne jest słuchanie drugiego człowieka. Bez umiejętności słuchania kontakt z drugim człowiekiem nie jest prawdziwym kontaktem, w którym odnajdziemy zrozumienie, a staje się wyłącznie instrumentalnym oddziaływaniem. Umiejętność prawdziwego słuchania przejawia się w chęci wniknięcia w świat drugiego człowieka i zrozumienie go. Do takiego działania potrzebna jest cierpliwość w słuchaniu i życzliwość wobec drugiego człowieka.

Prawdziwe słuchanie jest pewną formą dialogu – jeżeli jest inaczej, słuchanie przybiera postać biernego przysłuchiwania się, a wówczas nie ma szansy na prawdziwe porozumienie między pielęgniarką i pacjentem. Komunikacja zatem nie będzie komunikacją pozytywną. Celem prawdziwego słuchania jest zrozumienie chorego oraz jego punktu widzenia. Od początku więc musi być słuchaniem aktywnym takim, w którym pacjent otrzymuje od pielęgniarki wyraźne sygnały zainteresowania, które świadczą o jej uwadze. Słuchanie przyczynia się do pełniejszego kontaktu.

Jedną z form komunikacji pozawerbalnej jest dotyk, ma on dużą siłę oddziaływania. Działa uspakajająco i pozytywnie, wspiera, wyraża troskę i zrozumienie.

Ważnym narzędziem w komunikacji niewerbalnej są oczy. Gdy pielęgniarka unika wzroku swojego rozmówcy, świadczy to o braku szczerości. Człowiek, który otwarcie i śmiało patrzy w twarz swoim słuchaczom, budzi w nich zaufanie.

Brak właściwej komunikacji budzi u chorego poczucie wyobcowania i lęk. Większość ludzi nie boi się śmierci, lecz obawia się cierpienia identyfikowanego z umieraniem. Lęk ten można znacznie zmniejszyć poprzez zapewnienie pacjenta, że będzie profesjonalnie pielęgnowany i nie zostanie sam.

Chory wyobraża sobie różne sytuacje, które go czekają. Jest przerażony na myśl o bólu, okaleczeniu.

Ból fizyczny o charakterze trzewnym jest zwykle wrażliwy na opioidy. Należy zapewnić pacjenta, że stosując odpowiednie środki i metody leczenia jesteśmy w stanie opanować te dolegliwości.

Dr Saunders, chcąc przekonać niesfornych pacjentów do regularnego przyjmowania środków przeciwbólowych, pokazywała im dwa zdjęcia.

Na pierwszym był nowo przyjęty pacjent z żoną – wyraz twarzy miał cierpiący, przesiąknięty bólem, żona wyglądała na wyniszczoną, spiętą. Drugie zdjęcie przedstawiało tych samych małżonków, po umiejętnym zastosowaniu terapii przeciwbólowej – mężczyzna był uśmiechnięty, kobieta odprężona, zadowolona.

Wiadomo, że człowiek nie składa się tylko z ciała, ale posiada także duszę, zatem na duchowe męki chorego pomoże nie tylko lekarz czy pielęgniarka, ale także ksiądz lub bliska osoba chorego. W atmosferze zaufania pacjent bez skrępowania opowie o nękających go problemach, niepokojach i rozterkach. Zaczyna zadawać pytania o sens życia, o sens śmierci, o istnienie Boga i Jego miłość, a także co będzie dalej, co stanie się z nim po śmierci. Te trudne pytania powstają, ponieważ człowiek czuje się odpowiedzialny za swoje życie, a w obliczu śmierci chce rozliczyć się z Bogiem i bliskimi, podziękować za otrzymane dobro, przeprosić za wyrządzone krzywdy i słabości. Bywa tak, że ludzie w sytuacji ciężkiej choroby zmieniają swoją dotychczasową postawę wobec ważnych spraw życia. Zdrowie, które stanowi początkowo zasadniczy problem, ustępuje miejsca innym priorytetom. Pacjenci pogłębiają więzi rodzinne, przekazują doświadczenie, porządkują osobiste problemy. Można powiedzieć, że chorzy, którzy w ciągu dotychczasowego życia wypracowali w sobie system wartości wyższych, na przykład religijnych, lepiej przygotowani są do odejścia. Oto wiersze napisane przez pacjentkę, która odnalazła sens w istnieniu swojej choroby:

Ból i cierpienie wiele mają wspólnego.  
Uczą pokory i wyrozumiałości dla kogoś innego.  
Starość przychodzi pomału lecz nie skrycie,  
bo takie jest po prostu życie.  
Śmierć jest dla nas zaskoczeniem,  
lecz wtedy kończy się cierpienie.  
Otwiera się kawałek nieba i nic nam wtedy nie potrzeba.

Starość to dar dany od Boga.  
Może być spokojna i radosna jak wiosna.  
Może być smutna i umęczona jak droga w trudzie przemierzona.  
Śmierć jest naszym wybawieniem,  
mija ból i cierpienie.  
Przed nami są nowe zadania  
i z Bogiem spotkania.

Niosąc ukojenie cierpieniom, otoczenie szczególną opieką chorego i jego najbliższych może zaowocować przemianą osobowości, sprzyja

wzrastaniu duchowemu, przewartościowaniu. Pacjent swojemu dotychczasowemu życiu nadaje nowy sens, odkrywa w nim inne wartości – miłość i przyjaźń mają teraz głębsze znaczenie i w hierarchii wartości są na pierwszym miejscu.

Doświadczenia opiekujących się ciężko chorymi dowodzą, że ludzie są w stanie znieść bardzo wiele. Warunkiem koniecznym jest zachowanie nadziei. Strach przed śmiercią i utrata nadziei wyczerpują energię potrzebną do stawienia czoła problemom. Nadzieja to oczekiwanie od przyszłości czegoś dobrego. Ułatwia znoszenie trudności, mobilizuje. Jest istotnym elementem jakości życia. Nigdy nie wolno odbierać pacjentom nadziei.

Poszanowanie praw i godności pacjenta jest obowiązkiem i nakazem moralnym. Troska o zachowanie godności pacjenta jest także troską o własny poziom życia duchowego, ponieważ w pielęgniarstwie jest on ściśle powiązany z gotowością niesienia pomocy. Aby sprostać temu zadaniu pielęgniarka musi zaangażować się w to co robi, inaczej mówiąc – prawdziwie zainteresować się pacjentem. W każdym momencie być z nim, a nie obok niego, poświęcać swój czas i uwagę. Zadaniem pielęgniarki jest także zapewnienie choremu prywatności oraz umożliwienie stałego kontaktu z rodziną. Człowiek umierający boi się samotności, dlatego jeśli rodzina nie może być z pacjentem to pielęgniarka nie powinna opuszczać go ani na chwilę.

Pielęgniarka, sprawując opiekę nad pacjentem, sprawuje ją jednocześnie nad jego rodziną. Rodzina staje się partnerem w leczeniu. By wesprzeć chorego, sama wielokrotnie potrzebuje pomocy w postaci wsparcia psychicznego – kiedy pozostaje przerażona i zagubiona. Staje się to szczególnie ważne w momencie pogarszania się stanu fizycznego pacjenta. Stan ten wymaga od pielęgniarki nauczania rodziny wielu czynności pielęgnacyjnych. Do czynności tych należy: karmienie, toaleta ciała, toaleta przeciwoleżynowa, zmiana pozycji, dobór optymalnej diety – zapobieganie zaparciom, technika zmiany opatrunku i inne.

Pracy pielęgniarki w hospicjum często towarzyszy śmierć pacjenta. Opieka nad umierającym jest trudna, wymaga dokładnego zaplanowania i wykonania czynności pielęgnacyjnych. Celem działań jest pomoc w godnym umieraniu poprzez stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, troskliwości i szacunku oraz ochrona przed cierpieniem fizycznym i psychicznym.

Można przyjąć, że koncepcja etyki troski w pielęgniarstwie opiera się na stwierdzeniu, iż troska jako ludzka cecha, będąca czymś bardzo powszechnym, urzeczywistnia się w kontaktach międzyludzkich. Kontakty

między jednym człowiekiem a drugim prowadzą do powstania relacji: ja – ty. Głównym motywem takiego postępowania jest troskliwość, inne zasady zostają odsunięte na dalszy plan. Troska, według powyższej koncepcji, stanowi istotę opieki pielęgniarstwa nad pacjentem. Etyka troski, na pierwszym planie, stawia indywidualne potrzeby pacjenta, cała uwaga pielęgniarki skupiona jest na człowieku bez szczegółowych norm i zasad. W pielęgniarstwie wskazywanie na troskę jako coś bardzo znaczącego w dziedzinie opieki nad człowiekiem odnajdujemy w koncepcji Jean Watson. Jest ona autorką teorii pielęgniarstwa troskliwego, którą opracowała w ścisłej zależności z duchowością człowieka. Według Watson, pielęgniarstwo jest przepełnione ze swej natury głębokim humanizmem. Humanistyczna troskliwość jest procesem, który wymaga od pielęgniarki ciągłego rozwoju w dążeniu do osiągnięcia pożądanego poziomu w kontaktach z pacjentem. Podstawę dla swojego modelu Watson przedstawiła w jedenastu założeniach. Podnosi się w nich potrzebę troskliwości, często niedostrzeganą choć pożądaną przez wszystkich. Pielęgniarstwo jest profesją troskliwości, ma charakter obiektywny i jest oparte na faktach – pielęgniarka bierze udział w kontaktach międzyludzkich, łącznie ze sferą emocjonalną pacjenta, co umożliwia dotarcie do jego wnętrza i odnalezienie sensu siebie. Watson uważa, że dzięki troskliwości pielęgniarki, chory otrzymuje taką pomoc, jaka jest mu potrzebna. Pielęgniarka, mając dostęp do ciała i ducha podopiecznego, dociera do jego wnętrza i zaspakaja potrzeby miłości i troskliwości. W tym procesie ona również odnosi korzyści dla własnego rozwoju. Międzypersonalna relacja troskliwości jest swoistym typem profesjonalnej więzi, której celem jest przywracanie duchowej harmonii. Koncepcja etyki troski rozwijana w pielęgniarstwie podkreśla, że troska jest ludzką, wszechstronną, a jednocześnie unikatową wartością.

Ma ona chronić człowieka, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia życia czy choroby. Człowiek znajdujący się w szpitalu lub domu opieki jest bezustannym wezwaniem do troski o jego ciało i ducha.

Etyka troski inspirowana dobrocią, życzliwością i miłością to istota opieki pielęgniarstwa.

Zdaniem etyków troska urzeczywistnia się jedynie w relacji człowieka z człowiekiem. Prawdziwa relacja nie zakłada żadnych zasad, pozwala spojrzeć na dylemat moralny pod innym kątem, aniżeli wyłącznie z perspektywy nadrzędnych zasad etyki. Zasady te istotne dla zawodu często są trywialne dla samego pacjenta lub nawet sprzeczne z jego systemem wartości.



Uświadomienie sobie istoty opieki oraz znaczenia codziennych spotkań z cierpiącym, który zbliża się do kresu życia jest niezbędne, aby zrozumieć na czym polega opieka paliatywna.

## Piśmiennictwo

1. Baranowska D.: Etyka w zawodzie pielęgniarstwie, *Pielęgniarstwo i My*, 1994, 10, 17.
2. Block B., Otrębski W.: Człowiek nieuleczalnie chory. Lublin 1997.
3. Błaszczuk J.: Moralne problemy śmierci i umierania. *Lekarz Rodzinny*, 2005, 5, 594.
4. Bortnowska H.: Sens choroby sens śmierci sens życia. Kraków 1980.
5. Dobrowolska B., Cuber M.: Feminizm a etyka troski w pielęgniarstwie. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2004, 2, 5–8.
6. Głowacka A.: Humanizacja opieki medycznej nad człowiekiem w terminalnym okresie choroby nowotworowej – materiały konferencyjne. Częstochowa 2000.
7. Głowacka A.: Podstawy opieki paliatywnej – kurs wprowadzający do specjalizacji. Puszczykowo 2000.
8. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Warszawa 2000.
9. Hebanowski M., de Walden Gałuszko K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Warszawa 1998.
10. Jackowska E.: Nawiązać kontakt, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2003, 11, 12.
11. Jarosz J.: Z pogranicza onkologii i medycyny paliatywnej *Psychoonkologia*, 2003, 3, 87.
12. Jarosz J., Hilgier M.: Leczenie bólów nowotworowych. Lublin 1997.
13. Kmiecik M., Bielawska A., Jędrasiak-Figna L.: Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005, 1, 116.
14. Koral J.: Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, Tarnów 2003.
15. Krajewski M.: Pacjent, pielęgniarka onkologiczna, rodzina – jako partnerzy w walce z chorobą nowotworową, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005, 1, 103–104.
16. Kujawska-Tenner J., Łuczak J., Okupny M., Kotlińska A., Dangel T.: Zwalczanie bólów nowotworowych, nowe techniki nauczania. Warszawa 1994.
17. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułał E., Panek W. (red.): Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Czelej, Lublin 2003.
18. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Bączyk E.: Opieka paliatywna – hospicyjna, *Nowa Medycyna*, 1999, 8.

19. Łuczak J., Kujawska-Tenner J.: Opieka paliatywna w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Materiały do nauczania medycyny paliatywnej, Poznań 1999.
20. Łuczak J.: Nowe aspekty opieki paliatywnej. Sympozjum, Olsztyn 1998.
21. Meder J.: Holistyczne spojrzenie na chorego onkologicznego na tle polskiej rzeczywistości. Katalog konferencyjny IV Ogólnopolskiej Konferencji Medycyny Paliatywnej Hospicjum, 2004, 24–25.
23. Nikelski H.: Z pomocą umierającym, Warszawa 1989.
24. Plezia M.: Słownik łacińsko-polski, t. 2, Warszawa 1998.
25. Poznańska S.: Wybrane modele pielęgniarstwa, Kraków 2001.
26. Pyszkowska J.: Opieka paliatywna i hospicyjna – Quo Vadis – materiały konferencyjne, Częstochowa 2002.
27. Pyszkowska J.: Opieka paliatywna w Polsce. Twój Magazyn Medyczny, 2004, 12, 32–35.
28. Rozminowicz I.: Opieka terminalna w aspekcie psychologicznym, Pielęgniarstwo i My 1995, 1, 11.
29. Sierakowska M., Krajewska-Kułak E.: Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2004, 2, 23–24.
30. Ślipko T.: Granice życia. Kraków 1994.
31. Świrydowicz T.: Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Tarnów 2003.
32. Twycross R., Frampton D.: Opieka paliatywna nad terminalnie chorym. Bydgoszcz 1996.
33. de Walden Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, Warszawa 2005.
34. de Walden Gałuszko K., Majkowicz M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Gdańsk 1994.
35. de Walden Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Warszawa 2004.
36. de Walden Gałuszko K.: U kresu. Gdańsk 1996.
37. de Walden Gałuszko K.: Zespół lękowy u chorych w stanie terminalnym, Polska Medycyna Paliatywna. 2002, 1, 13.
38. Wrońska I., Mariański J.: Etyka w pracy pielęgniarzkiej. Lublin 2002.
39. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Warszawa 2004.
40. Żylicz Z.: Postępy medycyny paliatywnej. Nowa Medycyna – Onkologia, 2000, 10.

Agata Kulikowska<sup>1</sup>, Sławomir Lech Czaban<sup>1,3</sup>, Iwona Jarocka<sup>1</sup>,  
Julia Sawicka<sup>2</sup>, Urszula Jakubowska<sup>3</sup>, Piotr Jakubów<sup>4</sup>

## **Postawy wobec umierania i śmierci personelu medycznego prowadzącego proces leczniczy chorych w stanach bezpośredniego zagrożenia życia**

### **Wstęp**

Śmierć można ujmować w różnych aspektach: medycznym, psychologicznym i społecznym. Proces umierania w sensie medycznym przebiega określonymi etapami: agonia, śmierć kliniczna, śmierć osobnicza i śmierć biologiczna [1, 2, 3]. Chorzy w większości woleliby umierać w domu, w ciepłym rodzinnym, w towarzystwie osób im bliskich. Coraz częściej śmierć następuje jednak w szpitalach, możemy więc mówić o zjawisku instytucjonalizacji i medykalizacji umierania i śmierci. Szpitale nie są odpowiednim miejscem do umierania, gdyż z założenia zostały przystosowane do przywracania zdrowia osobom chorym. Wszelkie podejmowane próby wydłużania ludzkiego życia oddalają moment śmierci, dając specjalistom z różnych dziedzin poczucie osiągniętego sukcesu. Śmierć w szpitalu wskazuje w pewnym stopniu na bezsilność medycyny wobec choroby [2, 4].

Personel medyczny dość często spotyka się z problemami związanymi ze śmiercią i umieraniem. Przez mury szpitala śmierć „zagląda” najczęściej do szpitalnych oddziałów ratunkowych i oddziałów intensywnej opieki medycznej. Do oddziałów tych trafiają pacjenci w stanach za-

---

<sup>1</sup> Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>3</sup> Szpitalny Oddział Ratunkowy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

<sup>4</sup> Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

grożenia życia, po nagłym zatrzymaniu krążenia, urazach wielonarządowych, z ostrą niewydolnością oddechową, po rozległych zabiegach chirurgicznych, we wstrząsie [1, 5]. Przyszły lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny w trakcie edukacji przygotowuje się do ratowania życia za wszelką cenę. Dlatego śmierć pacjenta wywołuje poczucie bezradności, porażki lub winy [4, 6].

Rodzina zmarłego korzysta z przywileju żałoby, aby pogodzić się ze śmiercią bliskiego. Jest to czas, kiedy rodzina otrzymuje pewną opiekę i wsparcie od innych: przyjaciół, znajomych, psychologów. Jest to także czas, który pozwala złagodzić negatywne emocje, pozwala na stopniowe pogodzenie się z odejściem i ostateczne pożegnanie zmarłego. Niestety, personel medyczny, który nie należy do rodziny, nie ma przywileju żałoby. Jest on niejako zmuszony do poszukiwania własnych sposobów i metod eliminacji stresu związanego ze śmiercią, aby móc w pełni profesjonalnie i rzetelnie wykonywać swój zawód: pielęgniarce, lekarza, ratownika medycznego [7].

### **Cel pracy**

Celem pracy było poznanie postaw wobec śmierci i umierania personelu medycznego prowadzącego proces leczniczy chorych w stanach bezpośredniego zagrożenia życia.

### **Materiał i metoda badawcza**

Badania zostały przeprowadzone w okresie od maja do września 2009 roku wśród personelu medycznego, pracującego w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) i w oddziale intensywnej terapii (OIT) szpitali klinicznych, wojewódzkich i rejonowych na terenie województwa podlaskiego. Badaniem objęto 233 osoby: 170 pielęgniarek, 31 ratowników medycznych i 32 lekarzy. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W tym celu skonstruowano kwestionariusz ankiety skierowany do personelu medycznego pracującego w SOR i OIT. Ankieta składała się z 39 pytań, w tym: 30 zamkniętych i 9 otwartych. Pytania dotyczyły głównie: wiedzy, postawy i postrzegania problematyki śmierci i umierania.

### **Wyniki**

W badaniach wzięło udział 178 kobiet i 55 mężczyzn. Badani byli w wieku od 20 do 59 lat, średni wiek badanych wynosił 36,7 lat. Większość respondentów pochodziła z miasta – 199 (84,7%) osób, a tylko

33 (14%) osoby ze środowiska wiejskiego. W szpitalnym oddziale ratunkowym pracowało 119 osób objętych badaniem, 114 osób w oddziale intensywnej terapii. Wśród osób objętych badaniem rodzinę posiadało 60,5% badanych: 110 pielęgniarek, 17 ratowników medycznych i 14 lekarzy, pozostali (60 pielęgniarek, 14 ratowników i 18 lekarzy) byli ludźmi samotnymi.

Ponad połowa badanych pracowników medycznych pod pojęciem śmierci rozumie ustanie czynności fizjologicznych. Opinie badanych na temat „definicji śmierci” obrazuje tabela 1.

**Tabela 1. Pojmowanie śmierci przez pracowników służby zdrowia**

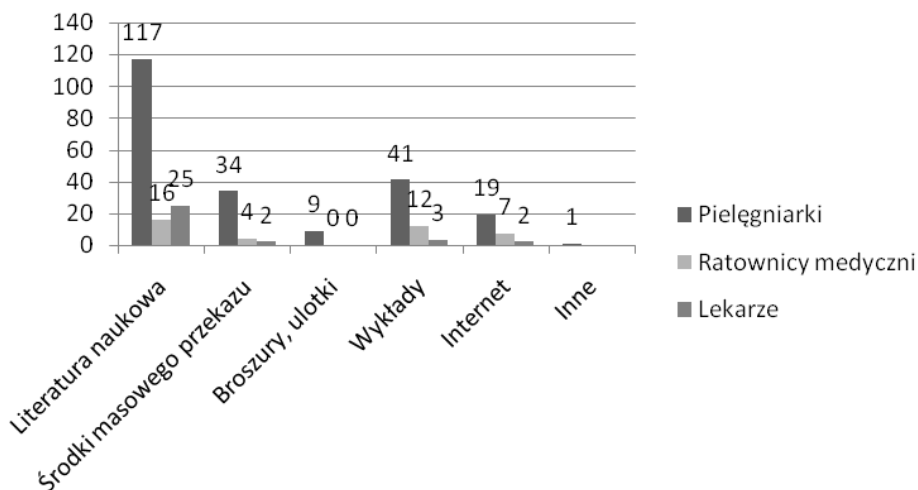
	Ustanie czynności fizjologicznych	Rozłączenie duszy i ciała	Życie w innym świecie	Koniec życia
Pielęgniarki N (%)	99 (58,2)	29 (17,0)	19 (11,2)	49 (28,8)
Ratownicy medyczni N (%)	19 (61,3)	5 (16,1)	1 (3,2)	8 (25,8)
Lekarze N (%)	18 (56,2)	5 (15,6)	3 (9,4)	9 (28,1)

Informacje na temat śmierci, jej rodzajów, faz umierania i postępowania z chorym umierającym badani najczęściej uzyskiwali z literatury naukowej (117 pielęgniarek, 16 ratowników medycznych i 25 lekarzy) oraz poprzez wykłady w trakcie edukacji zawodowej (41 pielęgniarek, 12 ratowników medycznych i 3 lekarzy), w mniejszym stopniu ze środków masowego przekazu, broszur i ulotek na temat śmierci i umierania oraz internetu (ryc. 1).

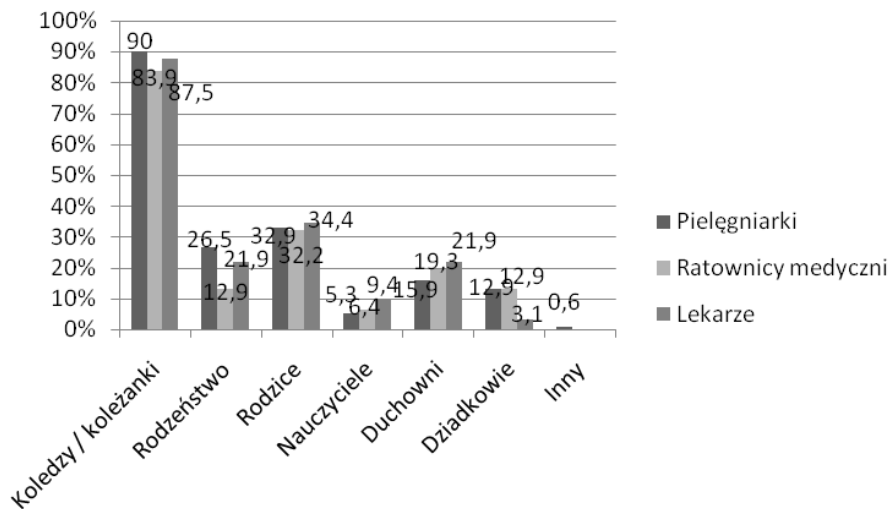
Większość badanych pielęgniarek (92,3%), ratowników medycznych (93,5%) i lekarzy (87,5%) rozmawiało w pracy na temat śmierci. Respondenci zapytani: z kim rozmawiają o śmierci najczęściej wskazywali na koleżanki, kolegów z pracy (153 pielęgniarek, 26 ratowników medycznych i 28 lekarzy), nieco rzadziej (123 pielęgniarek, 18 ratowników medycznych i 19 lekarzy) z członkami rodziny: rodzicami, rodzeństwem i dziadkami. Niewielki odsetek wskazał na osoby duchowne i nauczycieli (ryc. 2).

Rozmowy o śmierci w badanej grupie były zainicjowane najczęściej poprzez takie czynniki, jak: śmierć pacjenta, śmierć członka rodziny, wspomnienie o zmarłym, śmierć znanych osób, sporadycznie temat ten poruszano przy okazji przeczytanej książki, spotkania towarzyskiego czy kłopotów osobistych (ryc. 3).

**Ryc. 1. Źródła dostarczania informacji o śmierci pracownikom medycznym**

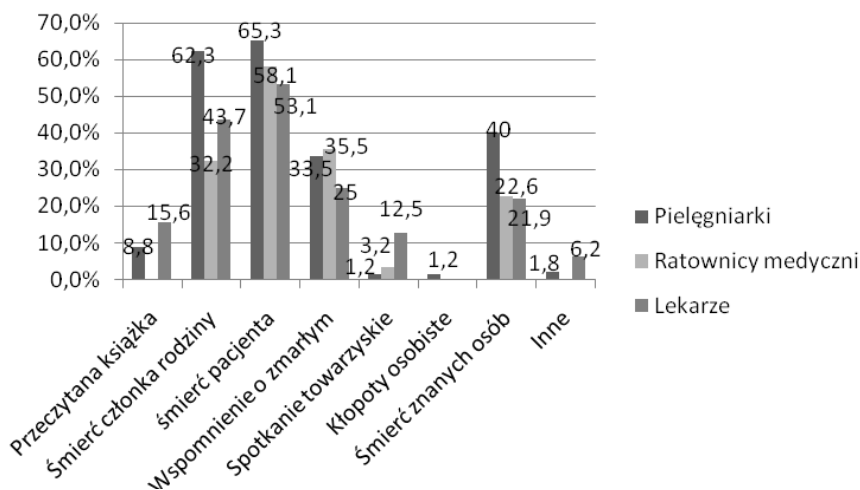


**Ryc. 2. Z kim Pan/Pani rozmawiał o śmierci?**

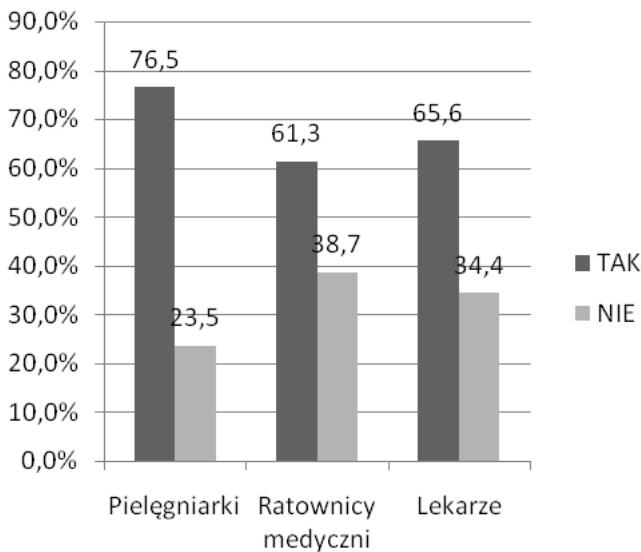


Szczególną sytuacją dla personelu medycznego jest pierwszy kontakt ze śmiercią pacjenta w pracy zawodowej. Spośród badanych osób zgon pierwszego pacjenta w swojej pracy pamięta ponad 3/4 badanych pielęgniarek, prawie 2/3 ratowników medycznych i lekarzy (ryc. 4).

**Ryc. 3. Jakie okoliczności Pana/Pani zdaniem wywołują rozmowy o śmierci?**

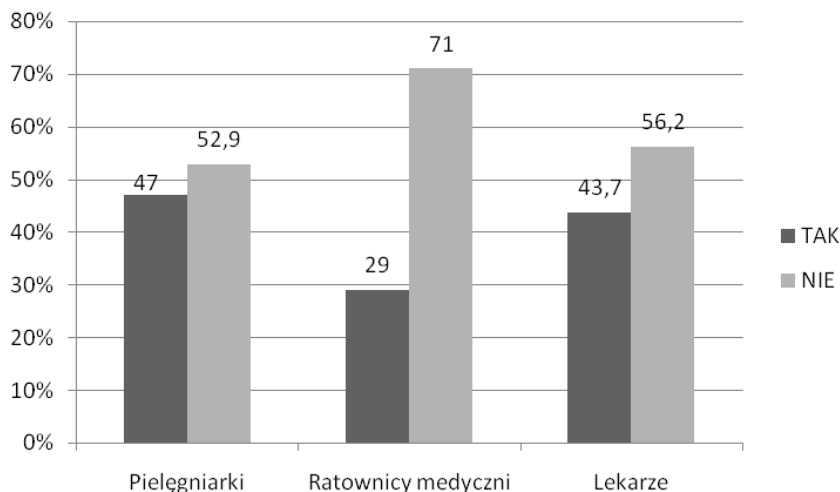


**Ryc. 4. Czy pamięta Pan(i) w swojej pracy pierwszego zmarłego pacjenta?**



Powszechne występowanie śmierci na oddziałach, gdzie pracują badani powoduje, że co druga pielęgniarka i lekarz oraz dwóch na trzech ratowników twierdzi, że śmierć nie jest dla nich zjawiskiem przerażającym (ryc. 5).

Ryc. 5. Czy przeraża Pana/Panią śmierć?



Ponad połowa badanych pielęgniarek oraz około 30% ratowników medycznych i lekarzy po śmierci pacjenta potrzebuje specjalnego (dodatkowego) odstresowania. Respondenci spośród sposobów na odreagowanie stresu najczęściej wymieniali: wyciszenie, rozmyślanie (31,8%), odpoczynek (28%), spotkania towarzyskie i rozmowę (19,6%), głośną muzykę (14,9%), alkohol (14,9%). Spośród innych sposobów pojedyncze osoby wymieniały: spacer, wysiłek fizyczny, cichą muzykę, sen, sex lub czytanie książki.

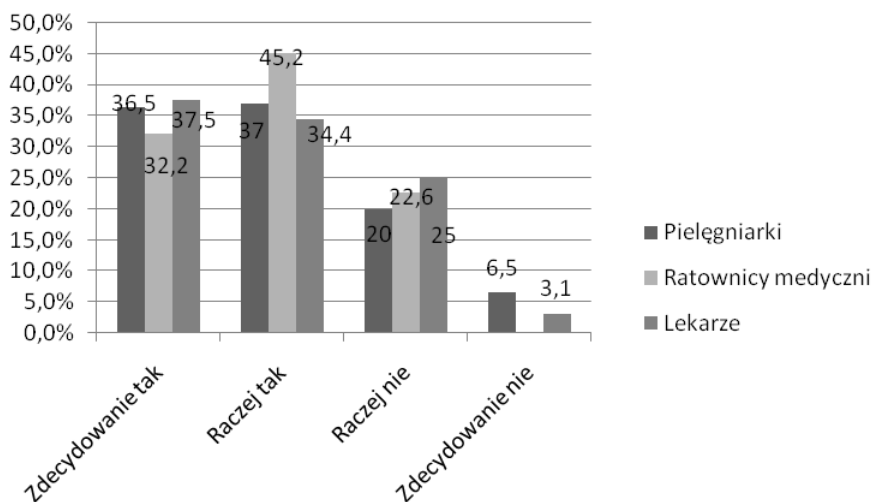
Ze stwierdzeniem, że śmierć pacjenta w OIT i SOR jest humanitarna zgodziła się większość pielęgniarek – 127 i ratowników medycznych – 28, natomiast wśród badanych lekarzy 1/3 nie zgodziła się z tym stwierdzeniem.

Obojętność wobec śmierci deklarowało jedynie 4,6% pielęgniarek, 6,2% lekarzy, natomiast w grupie ratowników 22,5%. Badane osoby zapytano również, co najbardziej porusza je w śmierci. Ponad połowa pielęgniarek (60,6%), prawie połowa ratowników medycznych (48,4%) i lekarzy (46,9%) deklarowało, że jest to śmierć nagła. Śmierć powolna (terminalna) jest najbardziej poruszająca dla 28,2% pielęgniarek, 38,7% ratowników medycznych i 37,5% lekarzy. Prawie wszyscy ankietowani uznali, że zdecydowanie silniejsze emocje towarzyszą im, jeżeli umierający jest przytomny.

Kolejne pytanie dotyczyło stopnia zmiany wyobrażenia o śmierci pod wpływem kontaktów z chorymi umierającymi (ryc. 6).



**Ryc. 6. Czy kontakt ze śmiercią przyczynił się do zmiany Pana/Pani wyobrażenia o niej?**



Ponad 70% badanych pracowników służby zdrowia (73,5% pielęgniarek, 77,4% ratowników medycznych, 71,9% lekarzy) deklaroowało, iż kontakt ze śmiercią przyczynił się do zmiany ich wyobrażenia o niej, pozostali badani twierdzili, że nie miało to znaczenia.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 87,6% pielęgniarek, 80,6% ratowników medycznych i 81,2% lekarzy myśli o śmierci pacjentów. Badanym zadano pytanie, czy po śmierci pacjenta analizują, co można byłoby jeszcze zrobić, aby uniknąć śmierci pacjenta. Tabela 2 przedstawia strukturę odpowiedzi na to pytanie.

**Tabela 2. Czy po śmierci pacjenta Pan/Pani analizuje, co można było zrobić więcej, aby pacjent nie zmarł?**

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Pielęgniarki N (%)	41 (24,1)	74 (43,5)	47 (27,6)	8 (4,7)
Ratownicy medyczni N (%)	10 (32,2)	15 (48,4)	5 (16,1)	1 (3,2)
Lekarze N (%)	18 (56,2)	13 (40,6)	1 (3,1)	0 (0,0)

Na pytanie dotyczące postępowania terapeutycznego w przypadku procesu umierania pacjenta z nieuleczalną chorobą w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych najczęstszą odpowiedzią (ponad 50%) było

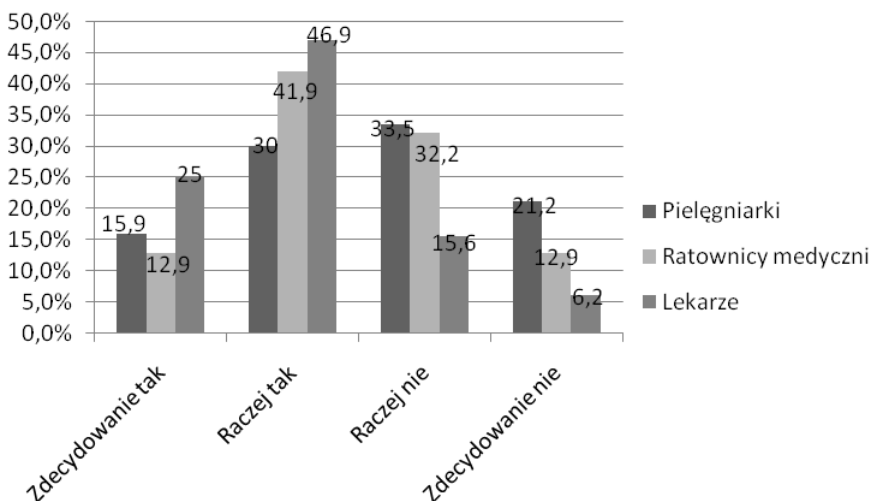
zapewnienie choremu bezbolesności. Na zapewnienie bezbolesności oraz zniesienie uczucia głodu i pragnienia zwróciło uwagę 78,1% lekarzy, 45,3% pielęgniarek oraz 41,9% ratowników medycznych. Niewielki odsetek badanych, niezależnie od grupy zawodowej, uważa za konieczne zniesienie świadomości chorego (tabela 3).

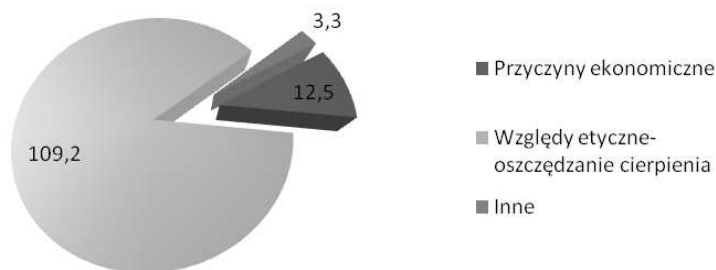
**Tabela 3. Postępowanie terapeutyczne w przypadku procesu umierania pacjenta z nieuleczalną chorobą**

	Nie ingerować w proces umierania	Zapewnić choremu bezbolesność	Znieść choremu świadomość	Zapewnić bezbolesność, znieść uczucie głodu i pragnienia
Pielęgniarki N (%)	23 (13,5)	87 (51,2)	14 (8,2)	77 (45,3)
Ratownicy medyczni N (%)	5 (16,1)	16 (51,6)	4 (12,9)	13 (41,9)
Lekarze N (%)	2 (6,2)	7 (21,9)	1 (3,1)	25 (78,1)

Większość ankietowanych jest za ograniczeniem leczenia stanów nierokujących. Szczegółowe odpowiedzi ankietowanych obrazuje rycina 7, najczęściej uzasadniając swoje zdanie na ten temat względami etycznymi (ryc. 8).

**Ryc. 7. Czy jest Pan/Pani za ograniczeniem leczenia stanów nierokujących?**



**Ryc. 8. Dlaczego jest Pan/Pani za ograniczeniem terapii uporczywej**


Badanych zapytano również o prawo pacjentów do decydowania o własnej śmierci, większość pracowników medycznych odpowiedziała twierdząco (tabela 4).

**Tabela 4. Czy człowiek powinien mieć prawo do decydowania o własnej śmierci?**

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Inne
Pielęgniarki N(%)	45 (26,5)	67 (39,4)	36 (21,2)	21 (12,3)	2 (1,1)
Ratownicy medyczni N(%)	15 (48,4)	13 (41,9)	1 (3,2)	0 (0,0)	2 (6,4)
Lekarze N(%)	6 (18,7)	18 (56,2)	5 (15,6)	2 (6,2)	1 (3,1)

W obliczu śmierci pacjenta ponad połowa respondentów twierdzi, iż czynności zawodowe nie pozwalają im uczestniczyć w procesie umierania. Niewielki odsetek badanych w obliczu śmierci chorego modli się. Około 40% badanych deklaruje obecność przy pacjencie i uczestniczenie w procesie jego umierania.

Specyficznym rodzajem śmierci w oddziałach intensywnej terapii i szpitalnych oddziałach ratunkowych jest śmierć mózgową, która najczęściej wiąże się z możliwością pobrania narządów do przeszczepów. Istnieją jednak sytuacje, w których orzekana jest śmierć mózgową w świetle wyczerpania terapeutycznych możliwości oddziału. Pracowników służby zdrowia uczestniczących w badaniu zapytano o to, jak ich zdaniem należy postąpić w sytuacji stwierdzenia śmierci pnia mózgu u leczonego pacjenta. Wyniki przedstawia tabela 5.

**Tabela 5. Postępowanie z pacjentem po orzeczeniu śmierci mózgu**

	Odłączenie od aparatury i zaprzestanie leczenia	Kontynuacja dotychczasowej terapii	Ograniczenie leczenia	Zastosowanie tzw. leczenia terminalnego
Pielęgniarki N (%)	67 (39,4)	30 (17,6)	22 (12,9)	53 (31,1)
Ratownicy medyczni N (%)	21 (65,6)	4 (12,9)	3 (9,6)	5 (16,1)
Lekarze N (%)	23 (71,9)	1 (3,1)	4 (12,5)	6 (18,7)

## Dyskusja

Analizując postawy personelu medycznego pracującego w oddziałach intensywnej terapii i szpitalnych oddziałach ratunkowych należy zwrócić uwagę, że zdecydowana większość badanych w środowisku pracy podejmuje temat śmierci, najczęściej po zgonie pacjenta w czasie pracy. Ponad połowa badanych pielęgniarek (51,8%) oraz około 30% lekarzy i ratowników medycznych po śmierci pacjenta potrzebuje dodatkowego odstresownia. Poddani badaniu pracownicy swoje emocje po śmierci chorego odrağowują w różny sposób: 31,8% ankietowanych poprzez wyciszenie i rozmyślanie, 19,6% szukała rozmów i spotkań z bliskimi, 14,9% respondentów poprzez głośną muzykę i tyle samo osób poprzez alkohol, w mniejszym odsetku był to: odpoczynek, spacer, wysiłek fizyczny, sen, cicha muzyka i sex. Podobne sposoby odrağowania opisała I. Kluczek, jednakże wykazała, że najczęstszą metodą była rozmowa i wyciszenie oraz poszukiwanie wsparcia u koleżanek [8].

System ochrony zdrowia w Polsce sprawia, że personelowi medycznemu, mimo starań, trudno jest pogodzić jakość z ilością pracy. Natrafia on na wiele problemów związanych z nieprawidłową organizacją pracy, niedoetatowaniem i co za tym idzie, z nadmiarem obowiązków. Sytuacja ta sprawia, że oczekiwania pacjentów nie zawsze pokrywają się z oceną personelu na temat jakości świadczonych przez nich usług [1]. Z badań wynika, że w obliczu śmierci pacjenta ponad połowa badanych nie uczestniczy w procesie umierania, ponieważ nie pozwalają na to inne czynności zawodowe. Pozostali respondenci uczestniczą w procesie umierania, są razem z pacjentem. W badaniach własnych wykazano znacznie mniejszą liczbę osób uczestniczących w procesie umierania, niż to uczyniła T. Paszek, która stwierdziła, że 92% pielęgniarek jest z pacjentem w chwili śmierci, jednakże autorka w swojej pracy nie określiła jedno-

znacznie specyfiki oddziałów, z których pochodziła badana grupa pielęgniarek. Być może na tak wysoki wynik miała wpływ praca w oddziałach mniej obciążonych zakresem wykonywanych procedur medycznych. W materiale własnym analizowana grupa personelu pochodziła z oddziałów o szczególnym stopniu obciążenia pracą i liczbą wykonywanych czynności medycznych, co mogło mieć wpływ na tak znaczną różnicę uzyskanych wyników [3].

Obecnie bardzo często, nie tylko w środowiskach medycznych, porusza się temat problematyki eutanazji. Na całym świecie można obserwować trend do jej legalizacji. Zasada „Primum non nocere”, tzn. po pierwsze nie szkodzić, która aż do czasów obecnych miała wielkie znaczenie w służbie zdrowia teraz w świetle eutanazji wydaje się być coraz mniej obecna i mało ważna [9, 10]. Ludzie cierpiący, „wypaleni przez ciężar choroby”, przewlekłe i nieuleczalnie chorzy, których z racji swego stanu cechuje zespół zawężonej świadomości nie są w stanie trzeźwo ocenić własnej sytuacji. Osoby te potrzebują raczej wsparcia, rozmowy o własnych dylematach, skierowania i doradzenia, gdzie mogą uzyskać pomoc, ale nie tą, która pozbawi ich wolności wyboru – czyli śmierci. Dlatego tak ważne jest kształtowanie określonych postaw pracowników medycznych wobec zagadnienia życia i śmierci, wybierania „dobra” zgodnie z zasadami etyki zawodowej i zwykłej ludzkiej wrażliwości na drugiego człowieka [4, 9, 10]. Ponad połowa ankietowanych pielęgniarek i lekarzy oraz zdecydowana większość ratowników medycznych na pytanie, czy człowiek ma prawo do decydowania o własnej śmierci odpowiedziały twierdząco. Podobne wyniki badań osiągnęły A. Tałaj i J. Suchorzewska. Wykazały one, że 70% badanych pielęgniarek i 66% położnych popiera prawo pacjenta do eutanazji [1]. Zdecydowany brak poparcia dla eutanazji wśród studentów I i III roku pielęgniarskich studiów licencjackich przedstawiła w swoim badaniu I. Wilk [9].

Szpitalny oddział ratunkowy i oddział intensywnej terapii nie są odpowiednim miejscem do umierania. Warunki lokalowe w tych oddziałach są specyficzne. Brak jednoosobowych sal utrudnia odizolowanie umierającego i nie sprzyja zapewnieniu ogólnie przyjętych norm mówiących o godnej śmierci w ciszy, spokoju i zadumie oraz stworzeniu choremu atmosfery spokoju i prywatności, jak również możliwości przebywania z rodziną. Brak warunków do godnego umierania w szpitalu wiąże się również z różnorodnymi czynnikami wynikającymi z całokształtu stosunku do śmierci, a także cech psychicznych i społecznych umierających i opiekujących się nimi oraz braku przygotowania zawodowego perso-

nelu do sprawowania opieki terminalnej. Brakuje też przepisów i rozporządzeń odnoszących się do funkcjonowania opieki nad chorym umierającym. Przepisy prawne mówią tylko o sposobie postępowania ze zwłokami, należącymi do zmarłego przedmiotami oraz o sposobie powiadomienia rodziny o śmierci. Być może rozwiązaniem będzie wyodrębnienie tanatologii, jako odrębnego przedmiotu w procesie kształcenia kadry medycznej [10].

Śmierć, zwłaszcza osoby bliskiej, każdy z nas postrzega jako niezwykle dramatyczne zdarzenie. Tymczasem w świetle praw biologii śmierć, czy raczej umieranie, jest procesem rozciągniętym w czasie. Trwa zwykle dłużej, gdy poprzedzone jest przewlekłą, nieuleczalną chorobą, niekiedy jest krótkotrwałe, gdy następuje jako skutek rozległego urazu lub działań samobójczych. Obecny stan wiedzy medycznej pozwala przyjąć, że trwałe ustanie funkcji części mózgu, zwanej pniem mózgu, świadczy o śmierci mózgu jako całości. Zasada ta została przyjęta we wszystkich krajach naszego kręgu kulturowego. Na tej podstawie opracowano też szczegółowe przepisy wykonawcze. Procedura zmierzająca do stwierdzenia śmierci mózgu jest wieloetapowa i wymaga, aby chory przebywał w szpitalu. Logicznym następstwem komisyjnego stwierdzenia zgonu jest zaprzestanie podawania wszelkich leków i odłączenie aparatury podtrzymującej w sposób sztuczny pracę narządów. W przeciwnym wypadku działania terapeutyczne dotyczyłyby zwłok i byłyby zarówno medycznie, jak i etycznie nieuzasadnione [4, 11, 12]. Prawie 40% badanych pielęgniarek i około 70% ratowników medycznych i lekarzy śmierć pnia mózgu wiązało z odłączeniem chorego od aparatury i zaprzestaniem leczenia, co wskazuje na prawidłowe postawy zgodne z aktualnymi wytycznymi współczesnych etyków. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach A. Kośmider-Cichomska. Zapytała ona lekarzy czy zawsze po komisyjnym stwierdzeniu śmierci mózgowej wyłączy Pan/Pani respirator, uzyskała odpowiedź twierdzącą u 59% badanych lekarzy. Ze stwierdzeniem tym zgodziło się 63% badanych przez nią pielęgniarek [12].

## Wnioski

1. Wykazane w niniejszej pracy sięganie przez personel szpitalnych oddziałów ratunkowych i oddziałów intensywnej terapii po destrukcyjne metody odoreagowania (alkohol) wskazuje na konieczność zorganizowania wsparcia psychologicznego w tej grupie pracowników, co powinni wziąć pod uwagę pracodawcy.

2. Duży odsetek obojętności wobec śmierci stwierdzono w grupie ratowników oraz znacznie mniejszy w grupie pielęgniarek i lekarzy, sugeruje to konieczność weryfikacji predyspozycji do wykonywania tych zawodów u kandydatów podejmujących studia, jak również może wskazywać na konieczność humanizacji procesu edukacyjnego i podstaw programowych.
3. Fakt, iż czynności zawodowe nie pozwalają uczestniczyć pracownikom szpitalnych oddziałów ratunkowych i oddziałów intensywnej terapii w procesie umierania chorych, wskazuje na konieczność zmian organizacji pracy w tych oddziałach celem zmniejszenia obciążenia pracą, co osiągnąć można poprzez zwiększenie liczby personelu.
4. Badania własne wskazują, iż większość badanej grupy popiera prawo człowieka do decydowania o własnej śmierci, jednakże zaznacza, że na tę decyzję nie powinny mieć wpływu względy ekonomiczne, ale etyczno-moralne, co jest istotną wskazówką dla osób decydujących o zaprzestaniu czy też ograniczeniu leczenia.

## Piśmiennictwo

1. Tałaj A., Suchorzewska J.: Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Problemy pielęgniarstwa*, 2007, 15, 1, 32–38.
2. Pietruk K.: Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologii. Hospicjum to przede wszystkim życie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009, 90, 1, 120–125.
3. Paszek T., Sienkiewicz Z., Wójcik G., Wrońska I., Imiela J.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci. [W:] *W drodze do brzegu życia*, E. Krajewska-Kułał, W. Nyklewicz, C. Łukaszuk (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2008, tom 5, 87–98.
4. Machinek M.: Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki kościoła. *Medycyna Praktyczna*, 2009, 9, 155–159.
5. Wróblewska K., Chojnowska A., Krajewska-Kułał E. i wsp.: Postawy rodzin wobec śmierci i umierania najbliższych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. [W:] *W drodze do brzegu życia*, E. Krajewska-Kułał, C. Łukaszuk, B. Jankowiak (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2008, tom 4, 229–237.
6. Rutkowska M.: Etyczna ocena transplantologii. [W:] *W drodze do brzegu życia*, E. Krajewska-Kułał, W. Nyklewicz, C. Łukaszuk (red.). Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2007, tom 3, 190–200.

7. Piotrowska R., Książek J., Falba A., Terach S., Żuralska R.: Prawo chorego do godnej śmierci i umierania w warunkach szpitalnych. [W:] W drodze do brzegu życia, E. Krajewska-Kułak, W. Nyklewicz, C. Łukaszuk (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2008, tom 5, 125–133.
8. Kluczek I., Krupienicz A.: Reakcje emocjonalne pielęgniarek z powodu śmierci pacjenta i sposoby redukcji doświadczonego stresu na podstawie badań własnych. [W:] W drodze do brzegu życia, E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2008, tom 4, 307–315.
9. Wilk I.: Eutanazja w opinii studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich. *Annales*, Lublin, 2005, 60, 16, 617, 232–235.
10. Wróbel W.: Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa. *Medycyna Praktyczna*, 2009, 9, 160–166.
11. Nestorowicz A.: Śmierć mózgu, śmierć człowieka. *Wiedza i życie*, 1996, 1.
12. Kośmider-Cichomska A.: Postawy wobec przeszczepu narządów. *Ipsos*, Warszawa, 2002, 28–32.



Mirosława Kram<sup>1</sup>, Andrzej Kurylak<sup>2</sup>, Ewa Barczykowska<sup>1</sup>,  
Jolanta Czajkowska-Fesio<sup>1</sup>, Alicja Przybysz<sup>3</sup>, Aneta Zreda-Pikies<sup>1</sup>

## **Problemy fizyczne i psychospołeczne dzieci i młodzieży w klinice onkologii. Opieka zespołu terapeutycznego**

### **Wstęp**

Onkologia dziecięca obejmuje diagnostykę, leczenie i rehabilitację dzieci chorych na białaczki i chłoniaki, guzy OUN oraz guzy lite (narządowe). W Polsce historia rozpoznawania i leczenia nowotworów dziecięcych sięga lat 60-tych. Znaczącą datą był rok 1962, w którym to została otwarta, jako pierwsza w kraju, w Instytucie Matki i Dziecka Klinika Chorób Nowotworowych Dzieci i Młodzieży. Otwarcie kliniki stało się inspiracją do organizacji opieki leczniczej nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową na terenie całego kraju. Obecnie w Polsce funkcjonuje 19 klinik onkologii dziecięcej, corocznie przyjmujących ok. 1100–1300 dzieci i młodzieży. Choroby nowotworowe u dzieci i młodzieży występują w każdym wieku – od okresu noworodkowego do młodzieńczego [1, 2].

Rozpoznanie i wstępna diagnostyka białaczki i innych chorób nowotworowych odbywa się u lekarza rodzinnego lub w szpitalu rejonowym.

Dalsza diagnostyka zawsze ma miejsce w ośrodku specjalistycznym, tj. w klinice onkologii dziecięcej. Rozpoznanie nowotworu stawia się na podstawie obrazu klinicznego, badania podmiotowego i przedmiotowego, badań laboratoryjnych, badań obrazowych, ultrasonografii, badania scyntygraficznego, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, po-

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

<sup>2</sup> Dr hab. prof. UMK, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Pediatricznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

<sup>3</sup> Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy

zytronowej tomografii emisyjnej, laparoskopii [3]. Leczenie nowotworów złośliwych u dzieci i młodzieży ma charakter skojarzony i składa się z wielolekowej chemioterapii, postępowania chirurgicznego, napromieniania i leczenia wspomagającego [4].

Klinika, w której przebywa dziecko powinna spełniać warunki do leczenia cytostatycznego oraz do zaspokajania potrzeb charakterystycznych dla wieku dziecięcego. Współczesne kliniki spełniają te założenia. Sale są 1–2-osobowe z własnym węzłem sanitarnym. Wystrój oddziału i jego kolorystyka są w pastelowych barwach, a ze ścian sal i korytarzy spoglądają na dzieci postaci z bajek. Na oddziale znajdują się: świetlica (pokój dziennego pobytu), w której dzieci spędzają czas wolny oraz uczestniczą w zajęciach szkolnych i psychoterapeutycznych (spotkania z aktorami, uczniami, studentami – wolontariuszami, dogoterapeutami); kącik dla rodziców – w którym mogą odpocząć, porozmawiać ze sobą; gabinet zabiegowy, digestorium – z komorą laminarną do rozpuszczania leków cytostatycznych i wyposażone w środki ochrony osobistej; węzły sanitarne, dyżurka pielęgniarska, pokoje lekarskie, pokój psychologa, pokój pedagogów.

Choroba nowotworowa niesie konieczność podporządkowania się długotrwałemu leczeniu. Obciążenia fizyczne (somatyczne) wynikają z chemioterapii, w następstwie której występują u dzieci: obniżenie odporności – neutropenia, mielosupresja; brak apetytu i zaburzenia smaku; zapalenie jamy ustnej – mucositis, nudności i wymioty; biegunki i zaparcia; dolegliwości bólowe – somatogenne i proceduralne; utrata włosów – przejściowa; osłabienie i zmęczenie [5].

Obciążenia psychiczne wynikają z bólu i lęku oraz ograniczenia aktywności ruchowej i społecznej. Dla dzieci starszych istotne jest kontynuowanie nauki szkolnej. Nawet w niepomyślnym przebiegu choroby ma ono miejsce. Zapewniają je nauczyciele ze Szkoły dla Dzieci i Młodzieży Przewlekłe Chorej i mający specjalne przygotowanie do nauczania dzieci w „szpitalnych salach”.

Dla prawidłowego psychospołecznego funkcjonowania dziecka z chorobą zagrażającą życiu, a taką jest choroba nowotworowa najbardziej znaczące są potrzeby: bezpieczeństwa, miłości i przynależności, osiągnięć, uznania, samorealizacji i kontaktów społecznych. Zaspokajanie tych potrzeb zmniejsza poziom odczuwanego przez dziecko cierpienia. Dzieci wymagają pomocy i wsparcia od dorosłych przez cały okres leczenia. Profesjonalne przekazanie dziecku wiadomości o chorobie, wielokrotne powtarzanie informacji, wyjaśnianie wątpliwości daje dziecku i rodzicom

siłę do zmierzenia się z trudnościami i wiarę, że chorobę uda się pokonać. Zawsze przy tym należy uwzględniać zasadę zachowania nadziei.

Do najważniejszych grup wsparcia kolejno zalicza się: rodzinę – rodziców, rodzeństwo, współmałżonka, dzieci, dalszych krewnych; przyjaciół, sąsiadów, kolegów z pracy, szkoły, organizacje nieformalne – grupy towarzyskie, kluby, oazy; organizacje formalne – fundacje; profesjonalistów – nauczycieli, lekarzy, pielęgniarki, duchownych. Wsparcie daje poczucie bezpieczeństwa, a pozytywne interakcje społeczne pomagają przetrwać dziecku w terapii choroby nowotworowej.

### **Cel pracy**

Oszacowanie problemów somatycznych i psychospołecznych występujących u dzieci podczas pobytu w klinice onkologii w okresie leczenia przeciwnowotworowego.

### **Materiał i metody**

Badanie zostało przeprowadzone w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Bydgoszczy. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetyki. Badanie wykonano metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu narzędzia badawczego w postaci ankiety. Za dzieci, które nie ukończyły 12 lat odpowiadali rodzice. Informacje zebrano od 73 dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową. Na nowotwór układu krwiotwórczego – białaczkę i chłoniaka chorowało 50 dzieci, na nowotwór narządowy – 23 dzieci. Pod względem klinicznym najwięcej było dzieci z nowotworem układu krwiotwórczego, tj. z białaczką: ALL i AML 34 (46%) i chłoniakiem: HD, NHL 16 (22%), z guzem litym (narządowym) było 23 (32%) dzieci. Badana grupa była w przedziale wiekowym 3–18 lat. Przeciętny wiek badanych wynosił 10,9 roku. Najmłodsze dziecko miało 3 lata, najstarsze 20 lat. Przeciętne badane dziecko było w wieku między 7. a 17. r.ż. Dziewcząt było 43 (59%), chłopców 30 (41%). Średni czas leczenia przeciwnowotworowego wynosił 7 miesięcy.

Stopień nasilenia każdego problemu oceniano przy pomocy czterostopniowej skali słownej (brak problemu – 0 pkt, nieznaczny – 1 pkt (nieznacznie przeszkadzający w codziennym funkcjonowaniu), średnio nasilony – 2 pkt (zakłócający codzienne funkcjonowanie), dużo nasilony – 3 pkt (zmuszający do pozostania w łóżku lub/i ograniczenia aktywności psychospołecznej)). Im wyższy wynik, tym większe nasilenie problemu.

## Wyniki i omówienie

Uzyskane wyniki potwierdziły istnienie problemów natury somatycznej (fizycznej) oraz psychospołecznej u dzieci i młodzieży chorującej na nowotwór. Jakość życia dziecka w chorobie nowotworowej z jednej strony określają problemy pojawiające się w przebiegu terapii, z drugiej strony możliwości wszystkich członków zespołu terapeutycznego i rodziców.

### Skala problemów somatycznych (fizycznych)

Dolegliwości fizyczne są jednym z głównych objawów kwalifikowanych jako powikłanie leczenia chemioterapeutycznego.

Wyniki przeprowadzonej ankiety i jej części dotyczącej problemów somatycznych zawarto w tab. 1.

**Tabela 1. Problemy somatyczne u dzieci w chorobie nowotworowej**

Problem somatyczny	Nasilenie problemu % odpowiedzi N = 73 (100%)			
	brak	nieznaczne	średnie	duże
1. Nudności	34	47	16	3
2. Wymioty	45	40	14	1
3. Zaparcia	58	30	11	1
4. Biegunka	57	35	7	1
5. Brak apetytu	32	36	23	10
6. Zapalenie jamy ustnej	49	37	10	4
7. Utrata włosów	26	11	25	38

**Nudności** są objawem często zwiastującym wymioty. Problem dotyczył 66% badanych pacjentów. Dla niemal co 5. dziecka były one średnie i dużo nasilone.

**Wymioty.** Problem dotyczył 55% badanych. Dla co 7. dziecka były one średnio i dużo nasilone. Wymioty najczęściej występują w ciągu pierwszej doby od podania cytostatyków, jak również w ciągu bloku chemioterapii. Utrzymują się różnie długo, do kilkunastu dni od podania leku. Obecnie, w każdym programie leczniczym dziecko otrzymuje leki przeciwwymiotne znacznie zmniejszające nasilenie tych dolegliwości lub zupełnie je eliminujące.

**Zaparcia.** Problem dotyczył 42% badanych. Dla co 6. dziecka były one średnio i dużo nasilone. Zaparcia w trakcie chemioterapii mogą być wywołane przez same leki cytostatyczne, stresem, nieodpowiednią dietą czy zmniejszoną aktywnością ruchową.

**Biegunka.** Problem dotyczył 43% badanych. Dla niemal co 9. dziecka były one średnio i dużo nasilone. Biegunka może wystąpić na skutek zmian zapalnych w obrębie błony śluzowej jelit.

**Zapalenie jamy ustnej.** Problem dotyczył 43% badanych. Dziecko skarży się na suchość w jamie ustnej i pieczenie warg. Następstwem przyjmowania leków może być także owrzodzenie po wewnętrznej stronie policzków i w okolicy podniebienia. Pojawiają się wówczas trudności w połykaniu, a w następstwie odmowa przyjmowania posiłków.

Jak wynika z tab. I dominującymi problemami somatycznymi wśród badanych dzieci były brak apetytu i utrata włosów.

**Brak apetytu.** Problem dotyczył 68% badanych i wynika najczęściej z odczuwania specyficznej zmiany smaku i zapachu potraw w momencie podawania leków cytostatycznych oraz nudności i wymiotów. Należy zawsze poznać czy jest to objaw dokuczliwy dla samego dziecka, czy też problem wynika z troski rodziców, którzy chcą, aby dziecko jadło i miało tzw. siły do walki z chorobą. Zaleca się, aby razem z dzieckiem, rodzicami i dietetyczką ustalić ilość i jakość spożywanych przez dziecko posiłków, wyjaśnić przyczyny braku apetytu i omówić sposoby radzenia sobie z tym problemem oraz usunąć odwracalne przyczyny braku łaknienia.

**Utrata włosów (wyłysienie polekowe).** Problem dotyczył 74% badanych. Chemioterapia prowadzi do przejściowego zniszczenia cebulek włosowych, a w konsekwencji do wyłysienia, które obejmuje nie tylko skórę głowy, ale pozostałą powierzchnię ciała. Obecnie nie ma środków farmakologicznych zapobiegających wypadaniu włosów. Podczas chemioterapii jedyną metodą zmniejszającą dolegliwość problemu jest przygotowanie dziecka, że taki fakt wystąpi. Wyniki badań własnych wskazują, że dla dzieci ten problem jest najpoważniejszy. Brak włosów jest czynnikiem stygmatującym chore onkologicznie dzieci. Powoduje zainteresowanie otoczenia, nie pozwala im ukryć swojej choroby. Dzieci w wieku szkolnym i nastolatki ukrywają ten fakt i noszą chusteczki albo czapki z daszkiem, a niektóre peruki. Każde dziecko posiada informację, że po zakończeniu leczenia włosy odrastają, nierzadko gęstsze i po około trzech miesiącach po chemioterapii [6].

Wyniki przeprowadzonej ankiety i jej części dotyczącej problemów psychospołecznych zawarto w tab. 2.

**Tabela 2. Problemy psychospołeczne u dzieci w chorobie nowotworowej**

Problem psychospołeczny	Nasilenie problemu % odpowiedzi N = 73 (100%)			
	brak	nieznaczne	średnie	duże
1. Strach przed bólem	25	18	30	27
2. Przygnębienie	30	37	26	7
3. Zmęczenie	15	29	42	14
4. Ograniczenie aktywności	33	25	32	10
5. Nadmiar wolnego czasu	10	25	34	32
6. Tęsknota za rodziną	10	16	29	45
7. Tęsknota za rówieśnikami	4	19	22	55

**Strach przed bólem.** Problem dotyczył 75% badanych. Jak każda emocja, jest reakcją na bodźce i sytuacje zewnętrzne (społeczne) oraz na stany wewnętrzne (myśli, wyobrażenia, obrazy pamięciowe). Pojęcie „strach” używa się zazwyczaj przy zagrożeniu bezpośrednim, aktualnym. Dzieci zmagają się z dolegliwościami bólowymi na wszystkich etapach choroby nowotworowej, a także przed jej pełnym ujawnieniem. Bóle kostne w białaczkę, bóle głowy w guzie mózgu, bóle brzucha w neuroblastomie, nephroblastomie skłaniają do wizyty u lekarza. Do głównych przyczyn bólu należą zmiany wrzodziejące śluzówek jamy ustnej oraz konieczne zabiegi diagnostyczne i lecznicze, takie jak: punkcja lędźwiowa z dokanałowym podaniem leków, biopsja szpiku kostnego, nakłucia żył obwodowych przed założeniem cewnika Broviacka. Młodsze dzieci werbalnie wyrażają swój strach, płaczą, krzyczą. U młodzieży częściej występuje napinanie mięśni, drżenia i reakcje wegetatywne. W pokonywaniu strachu ułatwia współpraca z psychologiem, a także pracowników oddziałów zabiegowych i diagnostycznych. Należy również dążyć do zapewnienia rodzicom informacji i nauki odpowiednich zachowań. Zdarza się, że rodzice mimo przygotowania – nie są w stanie zapanować nad sobą: ich płacz, zdenerwowanie potęgują stres u dziecka [7, 8, 9].

**Przygnębienie.** Problem dotyczył 70% badanych. Synonimem przygnębienia jest smutek oraz obniżony nastrój i nie oznaczają one w sensie klinicznym od razu depresji. U badanych dzieci najczęstszą jego przyczyną było martwienie się o swoje zdrowie i przyszłość. Dzieci są pod

opieką psychologa klinicznego, będącego członkiem zespołu terapeutycznego oraz psychiatry dziecięcego, na stałe współpracującym z kliniką.

**Zmęczenie.** Problem dotyczył 85% badanych. Tożsamy ze zmęczeniem złe samopoczucie przejawia się poczuciem osłabienia fizycznego i psychicznego oraz osłabioną zdolnością do podejmowania różnych czynności. Subiektywne poczucie zmęczenia to znużenie. Zmęczenie ogólne przejawia się m.in. poprzez senność, poranne zmęczenie, trudności ze snem, poczucie wyczerpania aktywnością dzienną i potrzebę częstych odpoczynków. Osłabienie witalności przejawia się w postaci objawów braku sił i energii, obniżonego nastroju i unikania wysiłku. Przeciążenie psychiczne wyraża się skłonnością do irytacji, napięciem nerwowym, chronicznym niezadowoleniem, nadwrażliwością na bodźce. Symptomami fizjologicznymi zmęczenia są osłabienie apetytu, zaburzenia trawienia, skłonność do przeziębień, napięciowe bóle głowy, bóle w stawach [10, 11, 12]. Ważnym aspektem zmęczenia wywołanego chorobą nowotworową jest fakt, że wypoczynek nie łagodzi tego stanu.

**Ograniczenie aktywności.** Problem dotyczył 67% badanych. W trakcie leczenia codzienna aktywność dziecka jest z reguły mniejsza niż zazwyczaj, ponieważ jej ograniczenie może być spowodowane samą chorobą lub wynikać z procesu leczenia. Ograniczenie obejmuje najczęściej aktywność ruchową. Z jednej strony, aktywność ruchowa dziecka maleje w wyniku osłabienia organizmu, złego samopoczucia i dolegliwości bólowych, z drugiej strony – często proces leczenia wymaga od dziecka unikania zajęć ruchowych, leżenia w łóżku po np. punkcji lędźwiowej, biopsji szpiku kostnego. Na ograniczenie aktywności psychicznej i społecznej mają wpływ okres hospitalizacji dziecka, pobyt w domu i związane z tym znaczne ograniczenia kontaktów ze zdrowymi rówieśnikami, spowodowane obniżeniem odporności immunologicznej [11].

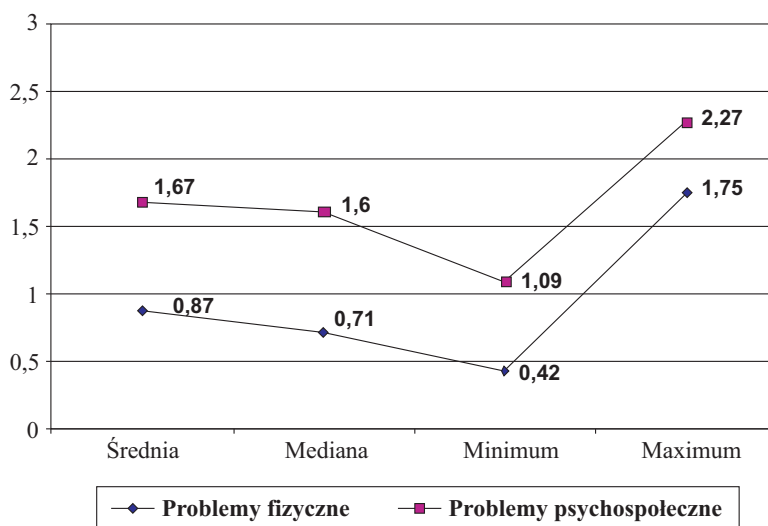
**Nadmiar wolnego czasu. Nuda szpitalna.** Problem dotyczył 90% badanych. Wydawać by się mogło, że przyczyny nudy są ogólnie znane i banalne, jednak przy bliższym wgłębieniu się w problem okazuje się, że jest on złożony. Nie jest to zbyt mała ilość zabawek, książek, czasopism w świetlicy, telewizorów, laptopów, kontaktów z współpacjentami czy niedostateczna ilość pedagogów terapeutów. Częściej jego przyczyną jest złe samopoczucie, utrudniające lub uniemożliwiające udział w zabawach i zajęciach świetlicowych oraz szkolnych, brak możliwości wychodzenia na zewnątrz i brak kontaktów z rówieśnikami [12].

**Tęsknota za rodziną. Tęsknota za rówieśnikami.** Problem dotyczył 90% badanych. Cechą definiującą tęsk-

notę za domem są nawracające myśli skoncentrowane na domu – miejscu zamieszkania, ukochanych osobach, domowej kuchni, powrocie do domu. Najlepszym i dostępnym dla każdego instrumentem diagnostycznym jest proste pytanie: „Jak bardzo tęsknisz za domem?”. Okazuje się, że częste, a nawet codzienne zadawanie tego pytania w ramach szerszej oceny nastrojów pozytywnych i negatywnych nie powoduje nasilenia objawów tęsknoty za domem. Wbrew przekonaniom, silna tęsknota nie ustępuje samoistnie po kilku dniach. Jest to możliwe w przypadkach łagodnej tęsknoty, ale silna, jeśli zostanie nierozpoznana i nieleczone, najczęściej narasta z upływem czasu [13].

Dla zobrazowania nasilenia problemów fizycznych i psychospołecznych posłużono się wynikami średnimi. Skala obejmowała od 0 do 3 punktów, średnia arytmetyczna wynosiła 1,5 punktu.

**Ryc. 1. Średnie nasilenia problemów psychofizycznych**



### **Zespół terapeutyczny a opieka nad dzieckiem z problemami somatycznymi i psychospołecznymi w klinice onkologii dziecięcej**

Zespół terapeutyczny stanowi grupę osób wspólnie realizujących proces wszechstronnej terapii dziecka chorego onkologicznie. Jego podstawowymi cechami są, m.in.: wspólny cel działania, jakim jest wyzdrowienie dziecka oraz sprawny przebieg informacji. W klinice onkologii dziecięcej opiekę nad dzieckiem sprawują: lekarz – onkolog dziecięcy; lekarze



specjaliści współpracujący z kliniką, tj. radiolog, histopatolog, chirurg dziecięcy; pielęgniarki; psycholog kliniczny; dietetyczka; pedagodzy; terapeuta zajęciowy; duchowny; rodzice; wolontariusze. W zespole terapeutycznym występuje wiele sytuacji związanych z procesem komunikowania się. Jego skuteczność zależy od wypracowania zasad współpartnertstwa co oznacza, że każdy jest samodzielnym praktykiem, ale część zadań może być przydzielona na podstawie wspólnej decyzji zespołu, a niektóre na polecenie jednego z członków zespołu; wspólnego prowadzenia dokumentacji medycznej i wzajemnego korzystania z zebranych informacji; informowania o celach, planach leczenia i pielęgnowania dziecka i respektowania zasady współdziałania.

Lekarz prowadzący jest odpowiedzialny za cały proces leczenia dziecka, bezpośrednio kontaktuje się z dzieckiem i rodzicami, i stanowi dla nich podstawowe źródło informacji. Opieka pielęgniarska prowadzona jest kompleksowo w oparciu o rozpoznanie potrzeb i problemów pacjenta. Pielęgniarki uczestniczą w leczeniu dziecka, zapewniając bezpieczne podawanie leków cytostatycznych i minimalizowanie objawów niepożądanych. Umiejętnie komunikują się z dzieckiem, traktują je podmiotowo, rozumieją jego ból fizyczny i cierpienie, udzielają wsparcia psychicznego, zachęcają rodziców do współpracy. Psycholog kliniczny pomaga dziecku i rodzicom w adaptacji do pobytu w klinice onkologii, udziela wsparcia informacyjnego i emocjonalnego na wszystkich etapach leczenia choroby i po jej zakończeniu. Dietetyczka stanowi główne źródło informacji o zalecanej diecie, produktach dozwolonych i niedozwolonych w czasie chemioterapii i w przerwach pomiędzy blokami chemioterapii. Pedagodzy zapewniają realizację obowiązku szkolnego i organizację czasu wolnego. Dzięki nim dzieci i młodzież ma poczucie bycia uczniem pomimo wielu ograniczeń i problemów zdrowotnych. Nauczyciele umożliwiają przewlekłe choremu dziecku powrót do macierzystej szkoły bez obawy o zaległości szkolne. W praktyce klinik pediatrycznych miejscem socjoterapii jest świetlica. Tu dzieci mają możliwość uczestnictwa w terapii zajęciowej przez sztuki plastyczne, spotkania z twórcami i ich sztuką. Opiekę duchową sprawuje ksiądz. Podkreśla się szczególnie fakt, że dobra opieka duchowa to także wysłuchanie dziecka i rodziców. Pomoc duszpasterska w najtrudniejszych momentach zmierza do pogłębienia wiary i nadziei. Rodzice – stała obecność matki lub ojca daje dzieciom poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza poczucie osamotnienia, jest najlepszym środkiem łagodzącym stres. Wolontariusze wspomagają rodziców w opiece nad chorym dzieckiem.

## Wnioski

1. U dzieci i młodzieży leczonej z powodu choroby nowotworowej dominującymi okazały się problemy psychospołeczne. Średnia poziomu wskazań w obszarze problemów psychospołecznych była dwukrotnie większa (1,68) niż w obszarze problemów somatycznych (0,87).
2. Wiedza zespołu terapeutycznego w zakresie występujących problemów powinna być istotnym warunkiem opieki nad chorymi onkologicznie dziećmi i młodzieżą.

## Piśmiennictwo

1. Bożek J.: Historia onkologii dziecięcej w Polsce do roku 1991. *Med. Wieku Rozw.*, 2006, X, 3 część I, Suplement I, 9–26.
2. Balwierz K., Moryl-Bujakowska A.: Polska Pediatria Grupa ds. Leczenia Białaczek i Chłoniaków – 25 lat działalności (1974–1999). *Med Wieku Rozw.*, 2006, IV, Suplement II do nr 1, 13–22.
3. Chybicka A.: Nowości w onkoterapii dziecięcej. *Terapia*, 2006/9, 1, 90–93.
4. Woźniak W.: Nowotwory lite u dzieci. [W:] Krzaklewski M. (red.) *Onkologia kliniczna*. T. 2. Borgis, Warszawa 2001.
5. Jacob E., Hesselgrave J., Hockenberry M.: Pain, fatigue, symptoms and quality of life in hospitalized children with cancer. *J. of Pain*, 2006, 7, 4 Suppl 4, 31.
6. Matysiak M.: Leczenie wspomagające u dzieci z ostrą białaczką i nieziarnicznym chłoniakiem złośliwym. *Pediatrics Polska*, 1994, LXIX, 9, 773–778.
6. Ziółkowski J.: Ból jatrogenny u dzieci – zapobieganie i zwalczanie. *Klin. Ped.*, 2003, 11/1, 55–56.
7. Samardakiewicz M.: Zaburzenia poznawcze u dzieci z chorobą nowotworową leczonych przeciwbólowo. *Psychoonkologia*, 2007, 12, 31–37.
8. Kazalska D., Jarosz J., Góraj E., Hilgier M.: Czy Go boli – czy się boi? Lęk jako istotny czynnik psychologiczny kształtujący percepcję bólu. *Okol. Pol.*, 2005, 8, 3, 121–124.
9. Cepuch G., Wordliczek J.: Ból a aktywność i zmęczenie u młodocianych hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej i reumatycznej. *Folia Media Cracoviensia*, 2006, Vol. XLVII, 1–4, 3–20.
10. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore. *Opieka i wsparcie*. Wyd. Akad. „Żak”. Kraków 2006.
11. Krakuska M.: Zmęczenie jako problem pacjenta z chorobą nowotworową. *Zdrowie Publiczne*, 2005, 115 (3), 380–384.
12. Binnebesel J.: Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów. Toruń 2003, 189–190.
13. Thuber C. A., Walton E.: Tęsknota za domem – profilaktyka I leczenie. Raport kliniczny AAP. *Pediatrics po Dyplomie*, 2007, 11, 4, 24–35.

Jolanta Kowalik<sup>1</sup>, Małgorzata Frączek<sup>1</sup>

## **Opieka nad nieuleczalnie chorymi sprawowana przez Siostry Franciszki od Cierpiących w Zakładzie dla Nieuleczalnie Chorych w Królikarni w Warszawie w latach 1898–1950**

*Miłość do cierpiącego jest znakiem  
i miarą poziomu cywilizacji rozwoju narodu*

Jan Paweł II – z orędzia na pierwsze obchody  
Dnia Chorego, Lourdes, 1993 rok

Cierpienie jest tajemnicą od początku istnienia człowieka na ziemi. Ludzie zadawali i zadają nadal pytanie: dlaczego? Takie pytania widzimy np. w Biblii, gdy uczniowie pytają Jezusa czy przyczyną tego, że człowiek jest niewidomy jest grzech tego człowieka lub kogoś z jego rodziny. Jezus nie wyjaśniał natury choroby i jej przyczyn, lecz uzdrowienie: „aby się okazały w nim sprawy Boże”. Halina Bortnowska pisze, że „refleksja nad zdrowiem, a także nad jego leczeniem i opieką może być od początku refleksją także nad sensem życia”<sup>2</sup>.

Pojawianie się chorób i coraz większej ilości osób cierpiących powodował rozwój opieki nad osobami potrzebującymi, powstawały szpitale i zakłady opiekujące się tymi osobami. Wiemy, że choroby nowotworowe może nie występowały tak często, jak obecnie, ale ich przebieg w większości przypadków prowadził do śmierci w okropnych cierpieniach. Historia ruchu hospicyjnego sięga tradycji pogańskich, w średniowieczu hospicja istniały w wielu krajach Europy. Były to miejsca, gdzie podróżni, często chorzy i wymagający pielęgnacji mogli znaleźć schronienie i pomoc. Wiemy, że po II wojnie światowej ideę tę wykorzystano i rozwinęła twórczo

---

<sup>1</sup> Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Wydział Zdrowia w Warszawie

<sup>2</sup> H. Bortnowska, *Wstęp*, (w:) *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, (red.): H. Bortnowska, Wydawnictwo Znak, Kraków 1980, s. 5.

czyni współczesnej opieki nad osobami u kresu życia, Cicely Saunders. To dzięki niej w 1967 roku w Londynie powstało pierwsze nowoczesne hospicjum – Hospicjum św. Krzysztofa. Na ziemiach polskich prekursorką tej formy opieki była Hanna Chrzanowska<sup>3</sup>. Nie wiemy natomiast, że na ziemiach polskich, a konkretnie w Warszawie, myślano już pod koniec XIX wieku, jak ulżyć cierpieniom osób dotkniętym rakiem i innymi chorobami nieuleczalnymi, organizując ambulatoria, zakład stacjonarny, szczególnie dla chorych ubogich, dla których dostęp do opieki lekarskiej był często niemożliwy z powodów finansowych. Celem tej pracy jest ukazanie właśnie tych może mało znanych lub nieznanych faktów, mówiących o miejscu i ludziach, którzy od końca XIX wieku do lat 50-tych XX wieku otaczali opieką osoby ubogie, cierpiące.

Literatura XIX wieku, pamiętniki i wspomnienia są źródłem opisów życia ówczesnej warszawskiej ulicy. Możemy się dowiedzieć, jak dużo było żebraków, kalek, ślepców, którzy prosili o jałmużnę. Bolesław Prus podaje w „Kronikach”, że w 1883 roku w dzień zaduszny przy 8 warszawskich kościołach naliczono 353 żebraków, na Powązkach natomiast było ich 400<sup>4</sup>. Rozwojowi systemu kapitalistycznego w Europie Zachodniej nie towarzyszył tak szybki rozwój ruchu medyczno-społecznego. Oznaczało to, że w przypadku ubóstwa człowiek chory był pozbawiony pomocy lekarskiej. Bogaci zaś mogli korzystać z porad prywatnych. To zjawisko ulegało zmianie w Europie Zachodniej w I połowie XIX wieku, a w Europie Środkowej od lat 80-tych XIX wieku. Nie dotyczyło to carskiej Rosji, która do 1914 roku wykazywała małe zainteresowanie sprawami zdrowia ze strony państwa i przerzucała cały ciężar odpowiedzialności moralnej i finansowej za organizację lecznictwa i opieki nad chorymi na prywatnych pracodawców, lekarzy społeczników i stowarzyszeń filantropijnych<sup>5</sup>. Dużym problemem szpitalnictwa w Królestwie Polskim po powstaniu styczniowym był także brak odpowiednio przygotowanych osób, które sprawowałyby opiekę nad chorymi.

---

<sup>3</sup> K. de Walden-Gałuszko, *Założenia i podstawy ruchu hospicyjnego*, (w:) *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, (red.): K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 11.

<sup>4</sup> D. Olszewski, *W służbie cierpiącym. Charyzmat Kazimiery Gruszczyńskiej (1848–1927)*, Wydawnictwo Ojców Franciszkanów, Niepokalanów 1991, s. 133–134.

<sup>5</sup> *Historia medycyny*, (red.) T. Brzeziński, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, s. 385–386.

W szpitalach spotkać można było głównie felczerów, posługaczy i siostry szarytki. Siostry były często zastępowane przez prawosławne siostry czerwonego krzyża, tzw. Krzyżanki, które nie cieszyły się ani zaufaniem, ani dobrą opinią. Zarzucano im niehumanitarny stosunek do chorych. Dlatego też oprócz zapotrzebowania na odpowiednie miejsca, duże było zapotrzebowanie na fachową, pełną oddania dla chorych opiekę<sup>6</sup>.

Sytuację osób ubogich, chorych przewlekłe mieszkających w Warszawie, opisuje dr Juliusz Bandrowski w broszurze pt. „Najnieszczęśliwsi” wydanej w Warszawie w 1901 roku. Mogli oni liczyć na pomoc wielu przytułków noclegowych, działających dzięki inicjatywie osób bezinteresownie zaangażowanych w pomoc potrzebującym. Lecz stan ich zdrowia był często przyczyną tego, że nie byli oni mile tam widziani.

Dr Bandrowski pisze: „Bez szemrania zrezygnowali oni z miłosierdzia, bo – ni oczy ludzkie znieść już mogły widoku ran okropnych, ni powonienie wytrzymać zięjących od nich, gnilnych wyziewów, ni ręce je dotknąć. Nadawano im nazwę »dzikiego mięsa«, na okropne je leczenie skazując. Więc miazgą wyżebranego nieświeżego mięsa okładali ci najnieszczęśliwsi swe rany, byle je wyleczyć!

Zaczęto się zastanawiać: »Co począć z takimi?« I oto sama przez się nasunęła się myśl umieszczenia ich osobno – nie na noc jedną, ale na stały pobyt i to tak, aby, jeśli uleczenie już wykluczone, ulgę przynajmniej znaleźli w swem nieszczęściu”<sup>7</sup>.

Dr Bandrowski opisuje również historię powstania Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi. Osoby, które zainicjowały jego powstanie to m.in. Zofia Michałowska, która odnajdywała tych chorych przy pomocy Sióstr Miłosierdzia. Napotykała ona trudności, ponieważ, jak już wcześniej wspomniano, w istniejących Przytułkach noclegowych nie chciano przyjmować chorych. Niektórzy z nich mieli również zakaz zebrania na ulicach – wszystko z powodu ran i zmienionego wyglądu. Zofia Michałowska otrzymała pomoc od p. Augustowej hr. Potockiej. Dzięki zapisowi w jej testamencie możliwe było wynajęcie domu, przeznaczonego tylko dla chorych, przy ulicy Wspólnej 69 oraz utrzymanie 4 łóżek. 15 lutego 1894 roku otwarto Dom pod wezwaniem św. Józefa. Pierwsi

---

<sup>6</sup> Z. Podgórska-Klawe, *Szpitala warszawskie w latach 1388–1945*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1975, s. 206.

<sup>7</sup> J. Bandrowski, *Najnieszczęśliwsi*, Warszawa 1901, s. 4.

protektorzy to: Zofia Michałowska, Zofia Górską, Natalja Wysiekierska, Janina hr. Potocka, Maria Morawska, Maria Wrotnowska, hr. Mycielska, Stanisław hr. Łubieński i Ludwik hr. Górski. Zapotrzebowanie na tego typu miejsce było duże. Już w roku następnym w Zakładzie znalazło opiekę 13 chorych.

Dr Brandowski pisze: „Leczeniem chorych troskliwie zajął się dr Chrostowski, obejmując zarząd odświeżonego, czystego domku, skupiając około siebie coraz więcej szlachetnych serc opiekunek. Młode panienki nawiedzały chore, pielęgnowały je, osładzając szarą ich dolę czytaniem książek”<sup>8</sup>.

Ustawa Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnymi Chorymi została zatwierdzona przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w Petersburgu w dniu 14 lipca 1897 roku, a ogłoszona drukiem w 1898 roku. Towarzystwo za cel swojej działalności przyjęło: udzielanie pomocy wyłącznie nieuleczalnym chorym miasta Warszawy. Dla osiągnięcia tego celu Towarzystwo, w miarę swych funduszy, mogło zakładać i utrzymywać przytułki dla nieuleczalnie chorych i ambulatoria w Warszawie i okolicach, udzielało bezpłatnej pomocy lekarskiej w domach chorych. Towarzystwo mogło również: „zaopatrywać pieniędzmi, odzieżą, żywnością i przytułkiem ubogich chorych, którzy nie są w stanie zdobyć sobie tego własną pracą”<sup>9</sup>.

W dniu 3 kwietnia 1898 roku zwołane zostało pierwsze zebranie członków i odbyły się wybory pierwszego Zarządu Towarzystwa. Do Rady Opiekuńczej weszły panie: Janina hr. Potocka, Gustawowa hr. Łubieńska, Maria Wrotnowska, Kazimiera Gruszczyńska, Janowa Lasocka oraz panowie: Mieczysław ks. Woroniecki, Seweryn ks. Światopełk Czetwertyński, Adam hr. Zamoyski, Henryk Radziszewski oraz dr Witold Żurkowski. Naczelnym lekarzem Towarzystwa wybrano doktora Bronisława Chrostowskiego.

26 kwietnia 1898 roku powołano Zarząd na 3-letnią kadencję. Prezesem został Adam hr. Zamoyski, zastępca prezesa: Janina hr. Potocka, Skarbnikiem p. Henryk Radziszewski, sekretarzem dr Żurkowski. Jak już wcześniej wspomniano, do Rady Opiekuńczej weszła Kazimiera Gruszczyńska, która była współzałożycielką zgromadzenia Sióstr Fran-

<sup>8</sup> Tamże, s. 5.

<sup>9</sup> Ustawa Towarzystwa opieki nad nieuleczalnymi chorymi w mieście Warszawie, *Warszawa 1898*.

ciszkanek od Cierpiących<sup>10</sup>, dlatego też od samego początku istnienia Zakładu chorymi opiekowały się siostry franciszkanek<sup>11</sup>.

Zakład przy ulicy Wspólnej przeznaczony był tylko dla chorych kobiet. Był to jedyny tego typu zakład nie tylko w Warszawie, ale w całym Królestwie Polskim. Dlatego też poszukiwano nowego miejsca w celu utworzenia większego szpitala dla nieuleczalnie chorych. Udało się tego dokonać dzięki ofiarowaniu przez Zygmunta hr. Puśłowskiego Królikarni, posesji należącej kiedyś do Ksawerowej hr. Puśłowskiej. Spadkobierca mieszkał w Krakowie. Zwrócono się więc do niego z prośbą o ofiarowanie tej posesji na szpital dla nieuleczalnie chorych. Istniał tam klasztor i kościółek wybudowany z przeznaczeniem dla księży emerytów. Jednak nie był on nigdy wykorzystany zgodnie z pierwotnymi zamiarami fundatorki z powodu jej śmierci. Budynek przystosowano dla potrzeb zakładu i 11 października 1898 roku z pomocą Pogotowia ratunkowego przeprowadzono chorych z domu przy ul. Wspólnej do Królikarni. Na parterze znajdowała się kuchenka z windą, pokój na bieliznę, sala opatrunkowa, mieszkanie dla kapelana, zakrystia oraz 4 pokoje dla chorych. Pierwsze piętro przeznaczono dla chorych nieuleczalnie dziewcząt, była tam również sala do pracy, jadalnia, pokój dozorczyń i osobny oddział dla chorych na raka. Przygotowano 40 miejsc. 2/3 miejsc przeznaczono dla ubogich i nieuleczalnie chorych kobiet, które nie miały możliwości przebywania w domu, w szpitalu lub innym zakładzie opiekuńczym. 1/3 miejsc przeznaczono dla chorych dzieci<sup>12</sup>. Tak to opisywał T. T Świda w artykule Nieuleczalni w Królikarni, wydrukowanym w „Tygodniku Ilustrowanym” w 1910 roku: „... a więc szły chore ze »żrącymi wrzodami«, z »wilkiem« na twarzy, »rakiem«... przynoszono dzieci ze strasznymi ranami, którym dłuższe albo krótsze życie miało być męką (...) Wrót nie zawarto, nie wyrzucono ich precz, lecz oddano im na skraju cudnego parku maleńkie, a schludne zabudowania z kościółkiem, pierwotnie przeznaczonym dla

---

<sup>10</sup> Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek od Cierpiących zostało założone w 1882 roku przez o. Honorata Koźmińskiego, kapucyna i Kazimierę Gruszczyńską. W XIX wieku, po powstaniu styczniowym zostały skasowane wszystkie zakony na terenach zaboru rosyjskiego. O. Honorat zakładał zgromadzenia bezhabitowe, aby dotrzeć do wszystkich grup społecznych. Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek od samego początku za swoje posłannictwo charyzmatyczne obrało posługiwanie chorym i cierpiącym. Zgromadzenie wobec władz świeckich do roku 1949 występowało jako Towarzystwo Pielęgnowania Chorych św. Józefa – Przytulisko.

<sup>11</sup> J. Bandrowski, dz. cyt., s. 5.

<sup>12</sup> J. Bandrowski, dz. cyt., s. 6.

księży emerytów (...). Zaprawdę mało kto wie, zwłaszcza z Warszawian o nieuleczalnych w Królikarni (...) i nawet nie domyśla się, że poza tem pięknem i ta dziwną ciszą kryje się wielkie cierpienie”<sup>13</sup>.

Towarzystwo prowadziło też 3 „Lecznice” (ambulatoria), w których ubodzy chorzy otrzymywali bezpłatnie poradę, lekarstwa, często pomoc materialną i opiekę w domu. W 1900 roku udzielono w tych 3 Lecznicach porad 42694 chorym (250 dziennie), w 1901 r. – 55059 chorym (310 dziennie)<sup>14</sup>. W roku 1903 przedstawiało się to następująco: Lecznica I: porady w zakresie chorób wewnętrznych: 2435, chorób dzieci: 2652, chorób chirurgicznych: 3933, razem: 9020 porad / średnio dziennie 81 osób; Lecznica II: porady w zakresie chorób wewnętrznych: 3171, chorób dzieci: 3463, chorób chirurgicznych: 3553, razem: 10187 porad / 83 dziennie; Lecznica III: porady w zakresie chorób wewnętrznych: 2411, chorób dzieci: 2241, chorób chirurgicznych: 4301, razem: 8953 / dziennie 98 osób<sup>15</sup>. „W domach odwiedza się 350 chorych. Tyle samo wykonuje się bezpłatnych szczepień. Lecznice utrzymują własne apteki, skąd wydaje się chorym po 30 i kilka tysięcy lekarstw, a nadto 500 pobiera się na recepty z aptek. Chorzy dostają również bony na kąpiele (1793 rocznie), na ciepłą strawę w garkuchniach Towarzystwa przeciwżebraczego (1336), odzież, bieliznę itp. Koszt utrzymania lecznic wynosi rocznie 7915 rubli, a koszt jednej porady lekarskiej wynosi 18 kopiejek tylko”<sup>16</sup>.

Ubogie, nieuleczalnie chore kobiety kierowane były do Zakładu przez różne instytucje. Jeszcze na samym początku działalności Towarzystwa ustalono, aby przed przyjęciem do zakładu jedna z członkiń Rady odwiedzała chorą i oceniła warunki, w jakich ona przebywa i na podstawie tego oraz opinii lekarza, zdecydowała o przyjęciu do zakładu<sup>17</sup>. Potrzeby były duże, możliwości nieraz małe, aby pomóc wszystkim. Poniżej przedstawione zestawienia obrazują liczbę przyjmowanych chorych (z wyszczególnieniem rodzaju schorzenia) do roku 1919. W roku 1898 objęto opieką

<sup>13</sup> T. T. Świda, *Nieuleczalni w Królikarni. Garść wrażeń*, Tygodnik Ilustrowany 1910; 32:651.

<sup>14</sup> J. Bandrowski, *Najnieszcześniejsi*, dz. cyt. s. 7, por. także: *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z roku 1901*, Archiwum Sióstr Franciszkanek od Cierpiących (AFC), D.I, T.II/26, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

<sup>15</sup> *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie chorymi z roku 1903*, AFC, D. I, T. II/29, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

<sup>16</sup> J. Bandrowski, dz. cyt., s. 7.

<sup>17</sup> *Protokół z X posiedzenia Rady Opiekuńczej Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z dnia 18 października 1898 roku*, AFC, D. I, T.I/3, Warszawa – Królikarnia, s. 3.



**Tabela 1. Zestawienie liczby pacjentów Zakładu dla Nieuleczalnie Chorych Królikarnia z roku 1915<sup>18</sup>**

Rodzaj choroby	Z 1914 roku	1915 rok			Na rok 1916 pozostało
		Przyjęto	Wypisano	Zmarło	
Rak	13	54	6	40	21
Wilk	4	1	–	1	4
Próchnica kości	10	2	–	–	12
Nieuleczalne kalectwo	7	–	–	–	7
Owzrodzenia chroniczne	2	–	–	1	1
Inne	1	1	2	–	–
Ogółem	37	58	8	42	45

**Tabela 2. Zestawienie liczby pacjentów Zakładu dla Nieuleczalnie Chorych Królikarnia z roku 1917<sup>19</sup>**

Rodzaj choroby	Z 1916 roku	1917 rok			Na rok 1918 pozostało
		Przyjęto	Wypisano	Zmarło	
Rak	13	30	1	32	10
Wilk	4	4	–	1	7
Próchnica kości	15	8	2	7	14
Nieuleczalne kalectwo	7	–	–	5	2
Owzrodzenia chroniczne	–	1	1	–	–
Inne	3	1	3	–	1
Ogółem	42	44	7	45	34

21 chorych, w roku 1899 – 48 osób, w roku 1900 – 42 osoby, w roku 1901 – 46 osób, w roku 1902 – 53 osoby. Były to chore cierpiące z powodu chorób nowotworowych (w większości), wilka (toczeń rumieniowaty układowy), próchnienia kości, nieuleczalnych wrzodów, ciężkiego kalectwa. Stosunek dorosłych kobiet do dzieci wynosił w tych latach 2:1.

<sup>18</sup> Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi za rok 1915, AFC, D. I, T. II/30, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

<sup>19</sup> Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi za rok 1917, AFC, D. I, T. II/31, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

**Tabela 3. Zestawienie liczby pacjentów Zakładu dla Nieuleczalnie Chorych Królikarnia z roku 1918<sup>20</sup>**

Rodzaj choroby	Z 1917 roku	1918 rok			Na rok 1919 pozostało
		Przyjęto	Wypisano	Zmarło	
Rak	13	30	1	32	10
Wilk	4	4	–	1	7
Próchnica kości	15	8	2	7	14
Nieuleczalne kalectwo	7	–	–	5	2
Owrzodzenia chroniczne	–	1	1	–	–
Inne	3	1	3	–	1
Ogółem	42	44	7	45	34

W roku 1903 opiekę otrzymały 63 osoby (40 było przyjętych z domu, a 23 ze szpitali): przyjęto 29 osób, zmarło w ciągu roku 25 osób, 3 zostały wypisane, a stosunek dorosłych i dzieci wynosił 3:1. Najczęstsze przyczyny pobytu w zakładzie to choroby: rak, wilk, próchnienie kości, wrzody nieuleczalne, ciężkie kalectwo.

Widzimy, że z każdym rokiem wzrastała liczba osób objętych opieką. Właściwie do wybuchu I wojny światowej nie było większych trudności finansowych. Zakład utrzymywał się ze składek od członków Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi, a były to osoby wywodzące się głównie z arystokracji i inteligencji warszawskiej, urządzano rauty, spotkania, zabawy, koncerty, odczyty, kwestowano<sup>21</sup>. Po wybuchu wojny zaczęto odczuwać braki finansowe. Różne były tego przyczyny, m.in.: wyjazd wielu dobroczyńców z Warszawy z powodu działań wojennych oraz zmiana waluty. Z tego powodu szukano sposobów, aby nie doszło do zamknięcia zakładu, gdyż „przytułek Królikarnia jest konieczny, chorzy rakowaci nie powinni przebywać w domach prywatnych i szpitalach”<sup>22</sup>. Na apel o pomoc odpowiedziały, m.in.: Magistrat Warszawy, Amerykański i Angielski Czerwony Krzyż, Prywatna Lecznica Omega znajdująca

<sup>20</sup> Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi za rok 1918, AFC, D. I, T. II/32, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

<sup>21</sup> Protokół z posiedzenia Rady Opiekuńczej Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z dnia 1 czerwca 1910 roku, AFC, D. I, T. I/3, Warszawa – Królikarnia, s. 1–2.

<sup>22</sup> Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi za rok 1917, dz. cyt., s. 1.

się przy Alejach Jerozolimskich. Dzięki temu zakład został zaopatrzony w opał, ziemniaki, leki, mydło, żywność i ubrania. Złagodziło to częściowo potrzeby zakładu. Od tego momentu do końca działalności Towarzystwo będzie borykać się z trudnościami finansowymi. Zrezygnowano z działalności Lecznic – ambulatoriów, aby wszystkie fundusze przeznaczać na zakład w Królikarni. Towarzystwo kierowało prośby o pomoc do różnych osób i stowarzyszeń, organizowało kwesty i inne imprezy. Nie wystarczało to jednak i w roku 1919 zdecydowano o likwidacji Królikarni. Na początku zawieszono przyjmowanie chorych ze szpitali. Zakład został uratowany przez doktora Chrostowskiego, który zwrócił się do Wydziału Szpitalnictwa i Dobroczynności Publicznej, do Ministerstwa Zdrowia o zapomogi. Zostały przyznane niewielkie dotacje i odwołano decyzję o likwidacji<sup>23</sup>. Rada Towarzystwa wydawała drukiem także różne odezwy, ulotki, które nawoływały do zapisywania się do Towarzystwa i opłacania składek.

W archiwum zgromadzenia zachowały się tego typu ulotki, niestety, nie ma na nich dat. Jedna z nich, wydana prawdopodobnie pod koniec lat 20-tych XX wieku brzmiała „(...) Wśród przytułków, do których chronią się najtragiczniejsze przejawy nędzy i niedoli ludzkiej, jednym z najwięcej zasługujących na uwagę i ofiarność społeczeństwa, jest przytułek w Królikarni dla kobiet dotkniętych straszliwą, nieuleczalną chorobą raka. Oto powoli dokonywa tam życia szereg istot wśród cierpień przechodzących, zdawałoby się ludzką miarę. Można spotkać się z twierdzeniem, że społeczeństwo nasze posiada inne obowiązki, pilniejsze potrzeby do zaspokojenia, jak opiekę nad skazanymi na śmierć nieszczęsnymi istotami. Słuszny to może pogląd z utilitarnego punktu widzenia, ale z humanitarnego jest więcej, jak bezwzględny. Wszak te nieszczęsnne istoty, zanim zostały wyrwane ze strasznej nędzy i złożone w przytułku na łożu najcięższej niemocy, były członkami naszego społeczeństwa, współobywatelkami naszego kraju. Nie zapominajmy o nich, nie odwracajmy się obojętnie, gdy każdy miesiąc, tydzień, dzień każdy ich życia, zdążającego do śmierci, znaczy się dla nich okrutnym cierpieniem. Pospieszcie z ulgą, żeby złagodzić cierpienie i zapewnić im choćby minimum tego, do czego ma prawo każda jednostka ludzka, zwłaszcza skazana na dożywną mękę. Obowiązek ten spełnia od lat 30 Towarzystwo

---

<sup>23</sup> *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi za rok 1919*, AFC, D. I, T. II/34, Warszawa – Królikarnia, s. 1.

Opieki nad Nieuleczalnymi, starając się najusilniej ulżyć temu ogromowi niedoli”<sup>24</sup>.

Poniżej przedstawiono zestawienia liczby pacjentów Zakładu Królikarnia z lat: 1920, 1938/1939, 1943 i 1944 (do czerwca).

**Tabela 4. Zestawienie liczby pacjentów Zakładu dla Nieuleczalnie Chorych Królikarnia z roku 1920<sup>25</sup>**

Rodzaj choroby	Z 1919 roku	1920 rok			Na rok 1921 pozostało
		Przyjęto	Wypisano	Zmarło	
Rak	12	24	4	24	8
Wilk	7	4	1	–	10
Próchnica kości	7	6	2	2	9
Nieuleczalne kalectwo	3	–	1	–	2
Owrzodzenia chroniczne	2	–	–	–	2
Inne	2	5	–	1	6
Ogółem	33	39	8	27	37

**Tabela 5. Zestawienie liczby pacjentów Zakładu dla Nieuleczalnie Chorych Królikarnia od 1 kwietnia 1938 do 1 kwietnia 1939<sup>26</sup>**

Rodzaj choroby	Na 1 IV 1938	1 IV 1938 – 1 IV 1939			Pozostało
		Przyjęto	Wypisano	Zmarło	
Rak	28	81	10	70	29
Wilk	6	2	4	–	4
Próchnica kości	2	1	1	–	2
Nieuleczalne kalectwo	–	–	–	–	–
Owrzodzenia chroniczne	1	–	–	–	1
Inne	2	4	–	1	5
Ogółem	39	88	15	71	41

<sup>24</sup> *Odezwa Zarządu Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie chorymi*, AFC, D. I, T. II/49, Warszawa – Królikarnia, s. 1.

<sup>25</sup> *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi za rok 1920*, AFC, D. I, T. II/35, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

<sup>26</sup> *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi za rok 1939*, AFC, D. I, T. II/55, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

**Tabela 6. Zestawienie liczby pacjentów Zakładu dla Nieuleczalnie Chorych Królikarnia za rok 1943<sup>27</sup>**

Rodzaj choroby	Z 1942 roku	1943 rok			Na rok 1944 pozostało
		Przyjęto	Wypisano	Zmarło	
Rak	22	63	4	57	24
Wilk	6	1	1	–	6
Próchnica kości	1	–	–	–	1
Nieuleczalne kalectwo	–	–	–	–	–
Owrzodzenia chroniczne	1	–	–	1	–
Inne	4	6	2	4	4
Ogółem	34	70	7	62	35

Zwrócić należy uwagę na dużą liczbę przyjmowanych chorych w okresie okupacji hitlerowskiej. W samym maju 1944 roku przyjęto 41 chorych, w tym okresie zmarła 1 osoba. Do czerwca 1944 roku przyjęto 101 osób<sup>28</sup>. Jest to tym bardziej godne uwagi i podziwu ze względu na trudności związane z wojną i okupacją. Zakład ucierpiał podczas bombardowań w 1939 roku. Przystąpiono do zabezpieczenia budynków.

W 1941 roku władze okupacyjne zabroniły istnienia polskich towarzystw. Dlatego też Towarzystwo Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi zostało rozwiązane, ale jedynie formalnie zawieszono jego działalność. Nie zawieszono pracy zakładu. Trudności były ze zdobyciem wszystkiego: funduszy, żywności, lekarstw i innych środków potrzebnych do funkcjonowania zakładu<sup>29</sup>. Rozszerzono cel i działalność zakładu. Od 1940 roku doktor Stefan Kweciński, który na rzecz chorych pracował bez wynagrodzenia, udzielał pomocy rannym żołnierzom i oficerom polskim w specjalnym gabinecie zorganizowanym na jednej z sal. Operował i opatrywał rannych w akcjach bojowych żołnierzy podziemia. Aby ułatwić wstęp do zakładu, wywieszono napis, że odwiedzanie chorych odbywa się codzien-

<sup>27</sup> Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi za rok 1943, AFC, D. I, T. II/59, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

<sup>28</sup> Księga osób wizytujących w przytułku dla nieuleczalnych w Królikarni (oraz sprawozdania z ruchu chorych – miesięczne i roczne zestawienia), AFC, D. I, T. I/6, Warszawa – Królikarnia, s. 96.

<sup>29</sup> H. Jodkowski, *Szpital w Królikarni*, (w:) Kronika Warszawy 3/23, Państwowe Wydawnictwo Naukowe 1975, s. 44.

nie oraz tablicę „Zakład dla Nieuleczalnie Chorych” w języku polskim i niemieckim. Jeszcze trudniej było po wybuchu powstania. Opieką objęto matki z dziećmi, osoby starsze, rannych cywili i żołnierzy. Wydawano posiłki początkowo tylko dla dzieci i starców, później dla wszystkich. Uruchomiono piekarnię i wypiekano chleb z odcisniętym znakiem kotwicy<sup>30</sup>.

A jak w ciągu tych wszystkich lat wyglądała praca siostr pielęgniarek? Jak już wspomniano wcześniej, od samego początku nieuleczalnie chorymi w zakładzie opiekowały się siostry franciszkanki od cierpiących. Pierwszą przełożoną zakładu była Władysława Radziejewska. Odznaczała się ona wielkim oddaniem dla tych chorych.

W cytowanym artykule, opublikowanym w Tygodniku Ilustrowanym czytamy: „W ślad za chorymi przybyła, dbała o całość Zakładu, obecna przełożona p. Władysława Radziejewska, która z ewangelicznym zaparciem wraz z innymi pielęgniarzkami opatruje rany – i jest matką, zwłaszcza dla dzieci skazanych na powolną śmierć. Toteż kocha te biedne istoty ponad życie. A jak one ją kochają!... obok niej kapelan miejscowy w osobie ks. Zygmunta Gajewicza, codziennie sprawuje dla chorych niekrwawą Ofiarę, bądź pokrzepia ducha Słowem lub Ciałem Boga Jedynego”<sup>31</sup>. Siostry pracujące w Zakładzie zajmowały się również „wychowaniem, a nawet kształceniem młodych dziewczynek, które pozostają całe życie kalekami, zajmują się również bardzo serdecznie Siostry, ucząc je czytania, pisania, rachunków, robótek ręcznych bardzo ładnych, śpiewu chóralnego itp.”.

W sprawozdaniu z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z 1921 roku czytamy również, że zdrowsze lub podleczone dzieci umieszczano w odpowiednich zakładach. Siostry oddziaływały także moralnie na chorych załamanych, umierających, którym towarzyszyły do końca życia<sup>32</sup>.

Informacje na temat pracy siostr przy chorych można znaleźć w różnych dokumentach w archiwum zgromadzenia, m.in. w różnych życiorysach Kazimiery Gruszczyńskiej, w Księgach wizyt kanonicznych, które były przeprowadzane w zakładzie oraz w sprawozdaniach z działalności Towarzystwa. Z dokumentów wylania się obraz ciężkiej pracy, wykonywanej przez siostry z radością i poświęceniem. Otrzymywały za to

<sup>30</sup> Tamże, s. 45.

<sup>31</sup> T. T. Świda, *Nieuleczalni w Królikarni...*, dz. cyt.

<sup>32</sup> *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z 1921 roku*, AFC, D. I, T. I/36, Warszawa – Królikarnia.

wdzięczność pacjentów, a także społeczeństwa<sup>33</sup>. Wiktoria Bursiak w *Życiorysie* śp. Matki Kazimierzy Gruszczyńskiej pisze: „Królikarnia to ostoja strasznej nędzy, cierpienia fizycznego i moralnego, ludzi wykluczonych ze społeczeństwa, (...) to szkoła cierpienia, kuźnia świętych, polski Madagaskar”<sup>34</sup>. Pracę pielęgniarek bardzo dobrze przedstawia notatka, która zachowała się w archiwum zgromadzenia: „Dość jako przykład postawić pracę członkiń Towarzystwa w Zakładzie Królikarnia dla nieuleczalnych (rakowatych) kobiet. Kto raz zwiedził ten polski Madagaskar, ten może sobie wyobrazić, ile trzeba ofiarnej miłości i bezgranicznego poświęcenia, by nieść ulgę tylu cierpiącym, bez okazania wstrętu wzdrygającej się ludzkiej natury wobec grozy wyglądu osób dotkniętych tą chorobą, a jednak siostry ubiegają się o posługę przy tych nieszczęśliwych (...) i otaczają czułą opieką tych prawdziwie trędowatych”<sup>35</sup>. Uzyskano pozwolenie na odprawianie Mszy św. i nabożeństwa w kaplicy przytułku. Był to bardzo ważny moment nie tylko dla sióstr, ale także dla chorych. Kazimiera Gruszczyńska tak pisała: „Bogu dzięki, że chorzy ci, prawdziwi Łazarze, są zadowoleni, mają opiekę tak dla ciała, jak i duszy”<sup>36</sup>. O podejściu sióstr do chorych kobiet świadczy opinia zawarta w Sprawozdaniu z działalności Towarzystwa z 1921 roku: „Należy jeszcze podnieść i rolę moralną, a zarazem psychiczną Przytułku Królikarnia. Spełnia on możliwie dobrze swoje zadanie, dając opiekę najniezwyklejszym chorym kobietom, co głównie trzeba zawdzięczać siostronom i ks. Kanonikowi”<sup>37</sup>. Siostry dbały także o wypełnienie czasu wolnego chorych. W zakładzie była biblioteka książek i czasopism oraz radio<sup>38</sup>.

O tym, jak wyglądała praca sióstr dowiadujemy się także z pisma Prezesa Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi, wysłanego do Wydziału Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu miejskiego

<sup>33</sup> *Księga wizyt Kanonicznych od 1917–1945*, AFC, B. IV, T. I, Warszawa – Wilcza 7, s. 61.

<sup>34</sup> W. Bursiak, *Życiorys* śp. Czcigodnej Matki Kazimierzy Gruszczyńskiej, mps, t. 2, Koźnice 1936, s. 69.

<sup>35</sup> *Życiorys* śp. Kazimierzy Gruszczyńskiej, Założycielki i długoletniej Prezeski „Towarzystwa Pielęgowania Chorych Świętego Józefa – Przytulisko” w Warszawie, mps, AFC, s.C.I, T. II/91, Matka Kazimiera, s. 49.

<sup>36</sup> *Księga wizyt kanonicznych...*, dz. cyt., s. 39.

<sup>37</sup> *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z 1921 roku*, AFC, D. I, T. I/36, Warszawa – Królikarnia.

<sup>38</sup> *Informacja historyczna o Domu Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek od Cierpiących – Królikarnia*, AFC, D. I, T. I/37, Warszawa – Królikarnia, s. 3; por. także: *Pismo Prezesa Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi do Ministerstwa Poczt i Telegrafów, Wydział Radiofoniczny z dnia 24 maja 1936 roku*, AFC, s. D.I, T. II/47, Warszawa – Królikarnia, s. 1–2.

w Warszawie z dnia 26 września 1934 roku w sprawie rewizji decyzji o obniżeniu dotychczasowej stawki dziennej na utrzymanie i leczenie chorych z 2.75 złotych do 2.40 złotych. „Chore dostarczane do przytuliska są prawie zawsze przykute do łóżka, znajdują się w stanie najcięższym, beznadziejnym wymagającym uciążliwej obsługi, ręcznego karmienia, kilkakrotnego w dzień opatrunku (rany), zmiany częstej bielizny, a przede wszystkim stałych i częstych zastrzyków morfiny, która, będąc jednym z najdroższych lekarstw nieraz podwaja koszty utrzymania. Tak więc, gdy się weźmie pod uwagę, że pensjonariuszka Królikarni za wyasygnowaną zań opłatę otrzymuje: stały dozór i opiekę lekarską, wszelkie opatrunki i lekarstwa, a w tem morfinę, pielęgnowanie aż do odręcznego karmienia włącznie i kilkakrotne nieraz na dzień zabiegi i zastrzyki, ubranie i bieliznę, tak osobistą, jak i pościelową, pranie ciągle zmienianej bielizny, higieniczne, nieraz indywidualne odżywianie, w razie śmierci, trumnę i pogrzeb, to trzeba przejść do przekonania, że tylko ofiarna, bezinteresowna praca personelu, składającego się z osób stanu zakonnego, umożliwiała tak tanie utrzymanie chorych oraz że zarząd m. Warszawy oddając swoich chorych do Królikarni, robiłby na tem oszczędności, gdyby opłacał faktyczny koszt utrzymania ich przez nasz zakład (2.95 złotych). Przytułek w Królikarni jest zakładem dobroczynnym, który oprócz chorych przesyłanych przez Zarząd Miejski i Kasę Chorych, ma jeszcze innych chorych utrzymywanych często bezpłatnie”<sup>39</sup>.

W wielu sprawozdaniach rocznych podkreślano rolę sióstr oraz fakt, że dzięki temu koszty utrzymania zakładu były niższe: „(...) rzuca się jednak przede wszystkim w oczy stosunkowo bardzo niewielka suma na wydatki personalne (zarządzająca, infirmerka, służba niższa) zazwyczaj wydatki na administrację w podobnym rodzaju instytucjach w Warszawie stanowią znaczną odsetkę ogólnych wydatków, kiedy w Królikarni przy personelu złożonym z 12 osób (5 przy chorych i 7 przy gospodarstwie) wynosi zaledwie 12%”<sup>40</sup>. Do sióstr, oprócz pracy przy chorych, należało również: prowadzenie spraw administracyjnych, praca w kuchni, pralni, gospodarstwie, a także kweśta wśród okolicznych ogrodników. Wszystko to miało na celu wspomaganie funkcjonowania zakładu. „(...) Tak mały

<sup>39</sup> Pismo Prezesa Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi do Wydziału Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu miejskiego w Warszawie z dnia 26 września 1934 roku w sprawie rewizji decyzji o obniżeniu dotychczasowej stawki dziennej na utrzymanie i leczenie chorych, AFC, s. D.I, T. II/33, s. 1–2.

<sup>40</sup> *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z 1926 roku*, AFC, D. I, T. I/38, Warszawa – Królikarnia.



koszt utrzymania przytułku w Królikarni przypisać należy gospodarstwu rolnemu i domowemu, jakie prowadzi w przytułku Siostra Zarządzająca. Przytułek posiada własnego konia, dwie krowy, nierogaciznę i drób. Z gospodarstwa zaś 2 morgów ziemi ofiarowanej łaskawie dla przytułku przez sąsiada p. Antoszewskiego i 3 morgów ziemi wydzierżawionej od Zarządu Dóbr Wilanów, posiada własne kartofle, warzywa itp. Za pośrednictwem wydziału Dobroczynności Publicznej przytułek Królikarnia otrzymał niektóre produkty po cenach niższych od rynkowych (mąkę, ryż, kaszę, groch, fasolę, cukier i mięso z jatki na Solcu) (...)"<sup>41</sup>.

Siostry były z nieuleczalnie chorymi przez wszystkie lata działalności Zakładu. Były w tych lepszych czasach i w tych cięższych. Były w czasie okupacji. Były też i w tym najtragiczniejszym dniu dla szpitala i kościoła, jakim był 16 września 1944 roku, kiedy to na zakład padły niemieckie bomby i 5 sióstr poniosło śmierć pod gruzami, a z nimi wielu chorych i mieszkańców Mokotowa, którzy się tam schronili<sup>42</sup>. 24 września 1944 ocalałe siostry oraz uchodźcy zostali wywiezieni do Pruszkowa, chorzy zaś z Kapelanem przewieziono do Szpitala Czerwonego Krzyża na Okęciu. Kilku siostrom udało się wrócić z Pruszkowa do Warszawy, dzięki czemu szpital mógł funkcjonować<sup>43</sup>.

Po oswoobodzeniu Warszawy, od stycznia 1945 do października 1946 staraniem sióstr, głównie dzięki ich osobistemu zaangażowaniu i pracy oraz pracy bezdomnych działaczy z okresu wojny, doprowadzono do użytku wszystkie pomieszczenia z ocalałej części budynku i przygotowano sale dla chorych<sup>44</sup>. Remonty, jak również zakup łóżek oraz sprzętu medycznego, gospodarczego i pościeli był możliwy m.in. dzięki dotacjom z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej<sup>45</sup>. Wznowiono działalność formalnie zawieszzonego Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi. 24 października 1946 roku zwołano Walne Zebranie, powołano nowy Zarząd i Radę Opiekuńczą. Prezesem został mecenas Henryk Hebel, a w skład Rady weszły siostry franciszkanek. Wystąpiono do władz

<sup>41</sup> *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z 1921 roku*, AFC, D. I, T. I/36, Warszawa – Królikarnia.

<sup>42</sup> *Informacja historyczna o Domu Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek od Cierpiących – Królikarnia*, AFC, D. I, T. I/37, Warszawa – Królikarnia, s. 7.

<sup>43</sup> *Protokół z Ogólnego Zebrania Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z dnia 24 października 1946 roku*, AFC, D. I, T. I/22, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

<sup>44</sup> H. Jodkowski, dz. cyt., s. 46.

<sup>45</sup> *Informacja historyczna o Domu Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek od Cierpiących – Królikarnia*, AFC, D. I, T. I/37, Warszawa – Królikarnia, s. 7.

administracyjnych o rejestrację Towarzystwa, dołączając Statut oraz listę członków<sup>46</sup>.

Uroczystego otwarcia i poświęcenia szpitala dokonano 24 września 1947 roku. Zdołano utworzyć 45 miejsc dla kobiet chorych na nowotwory. Tylko w roku 1948 zakład udzielił pomocy 101 nieuleczalnie chorym kobietom<sup>47</sup>. Nie było jednak ciągle odpowiedzi z Ministerstwa w sprawie rejestracji Towarzystwa. 26 października 1949 roku otrzymano decyzję o likwidacji Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi jak również szpitala, wydaną przez Wydział Społeczno-Polityczny Ministerstwa Administracji Publicznej. Uzasadniano to bezprzedmiotowością jego istnienia, ze względu na kasację wszystkich organizacji tego typu o charakterze lokalnym w przyszłości. 14 grudnia 1949 roku likwidator przejął książki czekowe, blankiety pieczętunki Towarzystwa<sup>48</sup>. W chwili likwidacji szpital liczył ok. 30 chorych. Zaproponowano przyjmowanie również mężczyzn, gdyż to uzupełniłoby stan chorych powyżej 40 osób i nie doszłoby do likwidacji placówki, która była jedyną o takim charakterze na terenie Warszawy. Dlatego też siostry poprosiły o pomoc doktora Franciszka Łukaszczyka, dyrektora Instytutu Rakowego. Dokonał on wizytacji zakładu i podjęto wtedy decyzję, że do szpitala będą przyjmowani także mężczyźni, a Instytut będzie mógł także kierować swoich chorych<sup>49</sup>.

Pomimo stałego rozwoju zakładu i ogromnej potrzeby na jego istnienie, Zakład dla Nieuleczalnie Chorych w Królikarni został przejęty wraz z całym inwentarzem przez Ministerstwo Zdrowia i upaństwowiony dnia 30 kwietnia 1950 roku. Mimo to placówka służyła nadal osobom nieuleczalnie chorym. Jednak w 1954 roku została przekształcona na II Oddział Wewnętrzny Szpitala nr 6 przy ul. Goszczyńskiego (wcześniej Szpital Sióstr Elżbietanek). Chorych przewieziono do przytułku w Wyrozębach k. Sokołowa Podlaskiego, a wszystkie siostry otrzymały zwolnienie z pracy<sup>50</sup>.

---

<sup>46</sup> *Pismo do Władz Administracyjnych miasta Warszawy o rejestrację Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z dnia 24 października 1946 roku*, AFC, D. I, T. II/11, Warszawa – Królikarnia.

<sup>47</sup> H. Jodkowski, dz. cyt., s. 46–47,

<sup>48</sup> *Zebrane wiadomości historyczne o Królikarni*, AFC, D. I, T. I/90, Warszawa – Królikarnia, s. 11.

<sup>49</sup> *Protokół z Ogólnego Zebrania Towarzystwa Opieki nad Nieuleczalnie Chorymi z dnia 14 czerwca 1949*, AFC, D. I, T. I/22, Warszawa – Królikarnia, s. 2.

<sup>50</sup> *Zebrane wiadomości historyczne o Królikarni*, AFC, D. I, T. I/90, Warszawa – Królikarnia, s. 13.

W wyniku przemian po 1989 roku, cały teren zakładu, tj. dom dla chorych, dom sióstr z kaplicą oraz zabudowania gospodarcze i ogród przeszły na własność zgromadzenia. Oddział wewnętrzny został zlikwidowany. Urzędowa decyzja o przeniesieniu własności nosi datę 19 września 1990 roku. Zgromadzenie przystąpiło do budowy nowych obiektów na tym terenie. Do roku 1995 został wybudowany nowy budynek z przeznaczeniem na dom opieki dla ludzi starszych i niepełnosprawnych. Było to możliwe dzięki staraniom Sióstr, ale także dzięki wielu ofiarodawcom<sup>51</sup>. Od 1995 roku w Królikarni istnieje Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Dom św. Franciszka”, który zapewnia swoim podopiecznym (głównie osobom w podeszłym wieku), oprócz świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych, przede wszystkim świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz wsparcie duchowe.

---

<sup>51</sup> 100 lat służby cierpiącym oraz obecności Sióstr Franciszkanek od Cierpiących na terenie Królikarni, mps, oprac. M. Chorembalska, AFC, s. D I, T. III/8, s. 16.



Bogumiła Pawelczyk<sup>1</sup>, Karolina Pietruk<sup>2</sup>

## Znaczenie opieki paliatywnej w zaawansowanej fazie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

### Wstęp

Opieka paliatywna jest stosunkowo młodą, jednak prężnie rozwijającą się dziedziną medycyny. Jest to dział medycyny, który ciągle pozostaje na uboczu nie tylko zainteresowań, ale także edukacji przyszłych pracowników opieki zdrowotnej. Zapotrzebowanie na tego typu opiekę nieustannie wzrasta, co wynika przede wszystkim z racji ciągłego starzenia się populacji naszego kraju. Często ludzie przewlekle chorzy nie wiedzą o tym, że przysługuje im tego typu bezpłatna opieka.

W 2002 roku Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne podało następującą definicję przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP): „... charakteryzuje się słabo odwracalnym, postępującym zmniejszeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które rozwija się u osób mających zwykle objawy kliniczne przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) i/lub rozedmy płuc. W badaniu spirometrycznym stosunek FEV<sub>1</sub>/FVC jest mniejszy od 70%. Zmniejszenie przepływu powietrza związane jest ze zmianami zapalnymi, głównie w obrębie obwodowych dróg oddechowych, które powodują ich zwężenie i są przyczyną patologicznej przebudowy płuc” [9].

### Rozwinięcie

#### Epidemiologia

Szacuje się, że POChP jest jedną z najczęściej obecnie występujących chorób przewlekłych [10]. Światowa Organizacja Zdrowia podaje,

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

że w skali światowej liczba chorych z powodu POChP wynosi 210 mln osób. W roku 2005 odnotowano 3 mln zgonów spowodowanych POChP. Według przewidywań WHO do roku 2030 choroba ta będzie trzecią przyczyną zgonów na świecie [11]. Odnosząc się do polskiej populacji schorzenie to dotyczy około 2 milionów osób [12]. W latach 1999–2000 zanotowano, że choroba ta spowodowała około 2,6% zgonów wśród mężczyzn i około 1,3% zgonów wśród kobiet populacji polskiej. Przekłada się to na fakt, że w ciągu roku z powodu POChP umiera około 15 000 mieszkańców Polski, z czego połowa zgonów następuje zaledwie w przeciągu 10 lat od momentu rozpoznania choroby.

### Przebieg choroby i objawy występujące w POChP

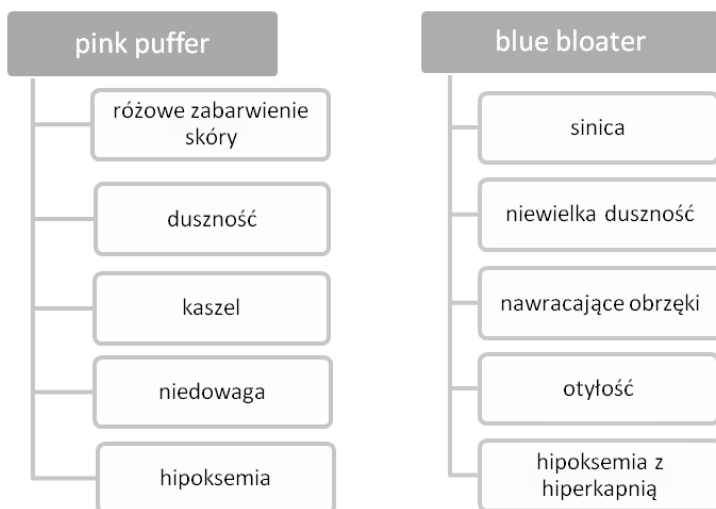
POChP jest chorobą o charakterze nieodwracalnym i postępującym. Można jedynie spowolnić jej przebieg, poprawić komfort życia pacjenta oraz zmniejszyć liczbę epizodów zaostrzeń, które zwiększają ryzyko zgonu. Oprócz zaostrzeń do głównych przyczyn zgonów pacjentów z POChP należą choroby układu sercowo-naczyniowego, rak płuca oraz niewydolność oddechowa. W celu rozpoznania choroby zawsze należy wykonać badanie spirometryczne. Światowa Inicjatywa Zwalczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD) opracowała podział choroby na poszczególne stadia w zależności od wyniku badania spirometrycznego (tab. 1).

**Tabela 1. Spirometryczna klasyfikacja ciężkości POChP według Raportu GOLD 2006 [14]**

Stadium	Kryterium spirometryczne (FEV <sub>1</sub> )	Typowy obraz kliniczny
I POChP lekka	≥ 80%	może występować przewlekły kaszel i odkrztuszanie płwociny
II POChP umiarkowana	50–80%	zwykle występuje duszność wysiłkowa, może występować kaszel i odkrztuszanie płwociny
III POChP ciężka	30–50%	nasilone objawy jw., mniejsza wydolność wysiłkowa, częste zaostrzenia
IV POChP bardzo ciężka	< 30% lub < 50% + przewlekła niewydolność oddechowa	nasilone objawy jw., zwykle duszność spoczynkowa, mogą występować objawy serca płucnego

Pierwszym symptomem choroby, z którym pacjenci zgłaszają się do lekarza jest kaszel. Początkowo pojawia się on tylko w godzinach porannych, po przebudzeniu i powoduje odkrztuszenie niewielkiej ilości wydzieliny. Stopniowo jednak jego intensywność narasta i występuje już w ciągu całego dnia, a niekiedy i w nocy. Chory budzi się ze snu, aby odkrztusić większe ilości nagromadzonej wydzieliny oskrzelowej. Kolejnym istotnym i równie często zgłaszanym przez chorych objawem jest duszność. W początkowym okresie choroby jest to jedynie duszność powysiłkowa, jednak w miarę upływu czasu i rozwoju choroby nasila się ona i występuje także w spoczynku, co znacznie utrudnia prawidłowe funkcjonowanie takim osobom. Do pozostałych objawów POChP, występujących w bardziej zaawansowanej postaci choroby, zaliczyć można sinicę, przyspieszoną częstość oddechów (*tachypnoe*), wydech przez zwężone usta, ucisk w klatce piersiowej, spadek masy ciała, a wskutek niedotlenienia mogą się pojawić zaburzenia neurologiczne. W trakcie osłuchiwania można stwierdzić świsty i szmery pęcherzykowe nad polami płucnymi. Pacjentów z POChP można podzielić na dwie grupy, w zależności od cech klinicznych choroby. Pierwsza grupa to pacjenci tzw.: „różowi i sapiący” (ang. *pink puffer*), a drugi typ to tzw. pacjent „siny i obrzęknięty” (ang. *blue bloater*) [16]. Różnice pomiędzy tymi grupami pacjentów przedstawia ryc. 1.

Ryc. 1. Cechy kliniczne POChP w podziale na 2 grupy



## Metody rozpoznawania POChP

W postępowaniu umożliwiającym ustalenie rozpoznania w przypadku POChP istnieje pewna triada. Zalicza się do niej rzetelnie przeprowadzony wywiad, badanie przedmiotowe pacjenta oraz badanie spirometryczne. Czasami wykonuje się jeszcze badania dodatkowe, takie jak: badanie gazometryczne krwi tętniczej, badanie radiologiczne klatki piersiowej, badanie elektrokardiograficzne, echokardiografię. Badania te jednak najczęściej wskazują już na powikłania związane z chorobą. Jak w każdym rozpoznaniu podstawą jest dokładny wywiad z pacjentem [10].

W badaniu przedmiotowym swoją uwagę należy skupić na dokładnym oglądaniu i osłuchiowaniu pacjenta. Istotne znaczenie ma też ocena stanu odżywienia. Jest to bardzo ważny czynnik prognostyczny. Ocenia się go za pomocą wskaźnika BMI (*body mass index*) [3].

Istnieje kilka jednostek chorobowych, z którymi zawsze należy różnicować POChP. Taką chorobą jest przede wszystkim astma oskrzelowa, którą niekiedy może być bardzo trudno odróżnić od POChP zwłaszcza, że czasami choroby te współistnieją ze sobą. Pozostałe choroby, w kierunku których należy przeprowadzić diagnostykę różnicową, to: rak płuca, rozstrzenie oskrzeli, mukowiscydoza, gruźlica płuc, zarostowe zapalenie oskrzelików, zastoinowa niewydolność krążenia [8].

## Sposoby leczenia POChP

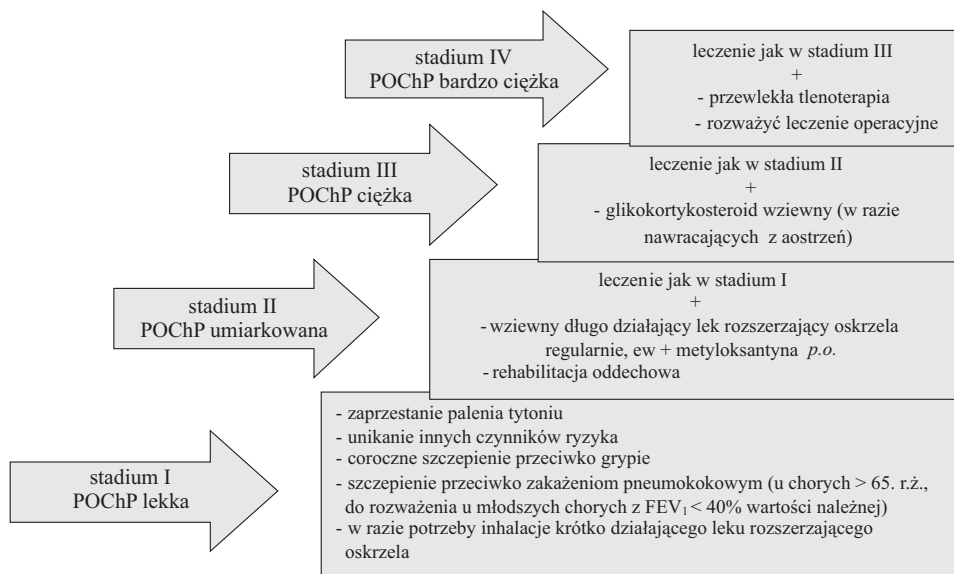
Pierwszym krokiem powinno być unikanie czynników, które mogą w sposób negatywny wpływać na kondycję pacjenta i jego chorobę. Najistotniejsze znaczenie ma zaprzestanie palenia tytoniu, które w sposób decydujący może spowolnić postęp choroby.

Do podstawowych grup leków stosowanych w leczeniu POChP należą przede wszystkim:

- leki rozkurczające oskrzela (leki b<sub>2</sub>-sympatykomimetyczne, teofilina, leki cholinolityczne),
- glikokortykosteroidy (uzasadnione stosowanie u pacjentów z cięższą postacią choroby i częstymi infekcjami układu oddechowego),
- antybiotyki (leczenie infekcyjnych zaostrzeń POChP i zakażeń bakteryjnych),
- leki mukolityczne (u pacjentów mających lepłą wydzielinę z drzewa oskrzelowego),
- morfina (leczenie duszności u chorych w zaawansowanej fazie choroby).



**Ryc. 2. Leczenie przewlekłe POChP w zależności od stadium zaawansowania choroby, według Raportu GOLD 2006 [7]**



Schemat leczenia choroby jest jednak bardzo zróżnicowany w zależności od jej stadium zaawansowania. Według raportu GOLD 2006 przedstawia się on w sposób zaprezentowany na ryc. 2.

Rehabilitacja powinna być prowadzona wśród wszystkich pacjentów, bez względu na stopień zaawansowania choroby, w sposób dostosowany do możliwości chorego. Powinna ona obejmować zarówno ćwiczenia oddechowe, jak i trening ogólnousprawniający. Celem takiego postępowania jest poprawa samopoczucia chorego, jego wydolności, sprawności mięśni oddechowych, ograniczenie odizolowania społecznego i zaburzeń emocjonalnych [10].

Istotną rolę w leczeniu POChP odgrywa tlenoterapia, która jest często stosowana wśród chorych z ciężką postacią choroby (najczęściej w stadium IV). Do przewlekłego leczenia tlenem kwalifikują się chorzy, u których w wyniku badania gazometrycznego krwi  $pO_2 \leq 55$  mmHg (ciężka hipoksemia). Tego typu terapią obejmowani są też pacjenci z hipoksemią umiarkowaną ( $pO_2 = 55\text{--}60$  mmHg), jeśli występuje ona w połączeniu z jednym z następujących objawów: cechy nadciśnienia płucnego, cechy przerostu i niewydolności prawokomorowej w EKG, poliglobulia (hematokryt > 55%) [2]. Celem przewlekłego leczenia tlenem (> 15 godz./dobę)

jest uzyskanie  $pO_2$  równego co najmniej 60 mmHg w spoczynku lub też saturacji na poziomie  $> 90\%$ .

Kolejnym wariantem leczenia POChP jest leczenie chirurgiczne. Zabiegi te stosuje się jedynie w wybranych przypadkach choroby w zaawansowanym jej stadium. Istnieją trzy rodzaje leczenia operacyjnego. Pierwszy z nich, tzw. bullektomia, polega na wycięciu pęcherzy rozedmowych. Zabieg ten powoduje zmniejszenie uczucia duszności oraz poprawia czynność płuc [8]. Kolejny typ operacji to operacja zmniejszenia objętości płuc (OZOP). Polega ona na usunięciu tych części płuc, które są najbardziej rozedmowe. W początkowym okresie po zabiegu zauważa się znaczącą poprawę w funkcjonowaniu chorego, jednak po upływie kilku lat objawy nawracają [10]. Ostatnim sposobem leczenia operacyjnego jest przeszczepienie płuc. Jest to zabieg wykonywany bardzo rzadko. Do transplantacji płuc kwalifikują się pacjenci spełniający między innymi poniższe kryteria:

- $FEV_1 < 35\%$  wartości należnej,
- $pO_2 < 55\text{--}60$  mmHg oraz  $pCO_2 > 50$  mmHg,
- wtórne nadciśnienie płucne [8].

## **Potrzeba opieki paliatywnej wśród pacjentów w zaawansowanej fazie POChP**

### *Somatyczne objawy choroby występujące w końcowej jej fazie*

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest chorobą o charakterze nieodwracalnym. Może mieć różny przebieg, jej postęp może być powolny bądź szybki, jednak prędzej czy później pacjent wejdzie w jej zaawansowaną fazę. Ten etap choroby charakteryzuje się specyficznymi objawami somatycznymi, które są bardzo uciążliwe dla chorego i w znaczącym stopniu obniżają komfort jego życia. Na tym etapie choroby pacjent, z powodu bardzo nasilonych objawów, nie radzi sobie z wykonywaniem podstawowych czynności dnia codziennego. Do najczęstszych dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów w tej fazie POChP należą trudności w oddychaniu (duszność). W badaniach przeprowadzonych przez Panga i wsp. aż 78% badanych chorych zgłasza ten symptom jako najbardziej uciążliwy [11]. Spośród innych objawów charakterystycznych dla zaawansowanej POChP największe znaczenie mają: przewlekły i nasilony kaszel połączony z odkrztuszaniem dużej ilości wydzieliny, zmęczenie, obniżona tolerancja wysiłku, tzw.: zespół wyczerpania, ból (występujący w różnorodnej lokalizacji), utrata apetytu, spadek masy ciała i masy mięśniowej.

wej, zaburzenia świadomości, objawy wyniszczenia oraz niewydolności krążeniowo-oddechowej [5, 11]. Objawy te niejednokrotnie są przyczyną poczucia zagrożenia. Chorym często też towarzyszy lęk i obawa, które wynikają z narastających ograniczeń w poruszaniu się i samodzielności. W niektórych przypadkach niepokój jest tak duży, że przeradza się w pełnoobjawową depresję.

Sytuacja pacjenta w zaawansowanej fazie POChP bardzo przypomina sytuację osoby z nieoperacyjnym rakiem płuca. Zarówno obraz kliniczny choroby, jak i przewidywany czas przeżycia w obu tych przypadkach są podobne [12].

Kolejnym problemem na tym etapie choroby jest zwiększona częstość zaostrzeń, która wynika z charakteru choroby. Zgodnie ze spirometryczną klasyfikacją ciężkości POChP, wg Raportu GOLD 2006, już w III stadium choroby (postać ciężka) liczba zaostrzeń jest znacząco wyższa. W tym okresie wszystkie objawy choroby są bardzo nasilone, powodują one upośledzenie funkcjonowania pacjenta, a często też uniemożliwiają wykonywanie podstawowych czynności życiowych [7].

### ***Wskazania do objęcia chorych na POChP opieką paliatywną***

Do niedawna opieka paliatywna skierowana była wyłącznie dla chorych na nowotwory. Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ spośród wszystkich pacjentów objętych opieką paliatywną, chorzy w daleko zaawansowanym stadium choroby nowotworowej musieli stanowić minimum 80%. Od 1 sierpnia 2008 roku zarządzenie to uległo zmianie i obecnie do opieki paliatywnej mogą być włączeni pacjenci z takimi jednostkami chorobowymi, jak:

- nowotwory,
- zakażenia ośrodkowego układu nerwowego wywołane wirusami po wolnymi,
- choroby wywołane przez wirusa HIV,
- układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy,
- kardiomiopatie – w okresie schyłkowym,
- niewydolność oddechowa – zaawansowana,
- owrzodzenia odleżynowe,
- niewydolność nerek – w okresie schyłkowym [1].

Zgodnie z tym zarządzeniem pacjenci w zaawansowanej fazie POChP jak najbardziej kwalifikują się do objęcia opieką paliatywną.

Istotnym problemem zgłaszanym przez pacjentów z POChP, który mógłby być rozwiązany poprzez opiekę paliatywną, jest brak wsparcia

psychicznego. Chorzy ci nie są informowani o rokowaniu i obrazie choroby na jej końcowym etapie. Ponadto ich duchowe i emocjonalne potrzeby nie są zaspokajane [5].

Kolejnym wskazaniem do opieki paliatywnej u pacjentów z POChP jest fakt, że spektrum objawów występujących w zaawansowanej fazie choroby jest niemal identyczne, jak w przypadku nowotworu czy innych chorób przewlekłych. Cierpienie zarówno fizyczne, jak i psychiczne chorych umierających z powodu POChP jest tak samo nasilone, jak w przypadku umierających na raka. Jednak pacjenci nienowotworowi nie otrzymują dostatecznej opieki, która złagodziłaby to cierpienie [11]. Pacjenci ci wymagają skupienia się na leczeniu objawowym i niwelowaniu dolegliwości, które w istotny sposób wpływają na obniżenie jakości i komfortu ich życia. Nasilające się dolegliwości fizyczne, ograniczenie samodzielności i sprawności ruchowej, izolacja społeczna oraz wycofanie się z dotychczas pełnionych ról i zadań społecznych wskazują na zasadność objęcia chorych na POChP opieką paliatywną.

Za zasadnością włączenia pacjentów z POChP do opieki paliatywnej przemawia fakt, że w zaawansowanej fazie choroby dwuletnie przeżycie wynosi zaledwie 50%. Jest to o wiele mniej niż w przypadku niektórych chorób nowotworowych [11].

Z przeprowadzanych do tej pory badań wynika, że w ostatnim miesiącu życia ok. 66% pacjentów z POChP odmawia przeprowadzania jakichkolwiek zabiegów resuscytacyjnych w razie zaistnienia takiej konieczności [5]. Takie nastawienie pacjentów do zabiegów ratujących życie wskazuje na konieczność wdrażania wśród nich działań z zakresu medycyny i opieki paliatywnej. Można przypuszczać, że taka postawa chorych wobec intensywnego leczenia w tym okresie choroby wynika z braku wsparcia psychicznego i opieki duchowej oraz emocjonalnej.

### ***Korzyści płynące z włączenia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc do opieki paliatywnej***

Duża część pacjentów w zaawansowanym stadium POChP deklaruje, że ważniejszy jest dla nich komfort ich życia niż jego długość [11]. Nadrzędnym celem opieki paliatywnej jest zapewnienie jak najwyższej jakości życia pacjentów i ich rodzin w końcowym etapie choroby. Dzięki włączeniu do tego typu opieki chorzy z POChP mogliby poprawić komfort swojego życia. Objawy wynikające z zaawansowania choroby, takie jak: duszność, ból, wyniszczenie czy lęk, mogłyby być w znaczący sposób zmniejszone, a czasami wręcz całkowicie zniesione.

Dzięki wielodyscyplinarnemu charakterowi zespołu sprawującego opiekę nad pacjentami w terminalnej fazie choroby możliwe jest zaspokojenie bardzo szerokiego spektrum potrzeb pielęgnacyjnych, terapeutycznych, duchowych i psychospołecznych. W niewielkim badaniu przeprowadzonym wśród chorych na bardzo ciężką postać POChP, wszyscy pacjenci wypełniający kwestionariusze deklarowali potrzebę „dodatkowej opieki medycyny paliatywnej” [12]. Skoro sami pacjenci dopominają się o tego typu opiekę oznacza to, że jest ona rzeczywiście potrzebna wśród tej grupy chorych. Opieka paliatywna ma na celu zmniejszenie uczucia osamotnienia i strachu, a zwiększenie poczucia bezpieczeństwa zarówno wśród chorych, jak i ich rodzin. Kompleksowa opieka zapewnia również lepszą komunikację z pacjentem, która w przypadku przewlekłej i nieuleczalnej choroby jest bardzo istotna. Opieka paliatywna sprzyja również nawiązywaniu rozmów dotyczących końcowego etapu choroby i postępowania w tym trudnym dla pacjenta okresie. Dzięki ciągłości tego typu opieki potrzeby duchowe osób z POChP, o których często się zapomina, mogą być w znacznym stopniu zaspokajane.

Większość pacjentów z POChP to ludzie nieaktywni zawodowo, a w zaawansowanym stadium choroby także niesamodzielni. Wymagają oni stałej obecności i pomocy osób trzecich. Wiąże się to z poczuciem uzależnienia od pomocy innych, „bycia ciężarem”. Opieka nad takim chorym zazwyczaj sprawowana jest przez współmałżonka bądź inną bliską osobę, co wiąże się z dużym obciążeniem dla opiekuna i rezygnacją z życia zawodowego, a niekiedy także społecznego [5, 11].

Pacjenci w ciężkim i bardzo ciężkim stadium POChP znacznie częściej są hospitalizowani z powodu zaostrzeń. Wiąże się to bezpośrednio ze wzrostem kosztów leczenia. Opieka paliatywna zapewnia stałą kontrolę nad pacjentem, przez co wzrasta jakość sprawowanej opieki. Dzięki temu liczba hospitalizacji w tej grupie pacjentów może być mniejsza. Jest to korzystniejsze rozwiązanie nawet ze względów ekonomicznych.

Istotnym aspektem opieki paliatywnej jest zaangażowanie w nią rodziny pacjenta. Osoby bliskie choremu równie mocno odczuwają skutki choroby, jak sam pacjent. Dzięki opiece paliatywnej nie pozostają oni sami w cierpieniu związanym nie tylko z nieuleczalną chorobą, jaką jest POChP, ale też z poczuciem straty i pustki po śmierci bliskiej osoby.

### **Zakończenie**

Opieka paliatywna w założeniu jest opieką wspierającą pacjenta i jego rodzinę w końcowym etapie nieuleczalnej choroby. Ciągłe jednak w więk-

szości przypadków jest ona zarezerwowana dla pacjentów z chorobami nowotworowymi. Przyczyn takiego postępowania jest wiele. Wśród nich można wymienić brak przeszkolonego personelu, brak umiejętności rozmowy z pacjentem na tematy dotyczące ostatniego etapu choroby, obawa przed rozmowami o końcu życia, nieznajomość problemów i metod terapeutycznych, pielęgnacyjnych, duchowych. Często też sami pacjenci unikają trudnych rozmów dotyczących ich choroby. Taką sytuację można by było postarać się zmienić poprzez objęcie opieką paliatywną szerszej grupy pacjentów, zwłaszcza tych z chorobami chronicznymi, nie dającymi nadziei na wyleczenie, jak np. POChP.

W przypadku POChP wdrożenie opieki paliatywnej w schemat postępowania jest jak najbardziej uzasadnione. Pacjenci z POChP powinni mieć zapewniony dostęp do niej tak samo, jak chorzy z nowotworem płuc, gdyż ich końcowy etap życia wygląda bardzo podobnie. Chorzy na POChP, poza opieką lekarza pulmonologa wymagają pomocy psychologa, rehabilitanta, opieki pielęgniarskiej, pomocy w zakresie problemów socjalno-społecznych, wsparcia duchowego. Opieka nad tymi pacjentami powinna być sprawowana w sposób kompleksowy, biorąc pod uwagę wszystkie sfery i aspekty życia chorego. Nie należy też zapominać o rodzinie chorego, która razem z nim cierpi i także potrzebuje opieki i wsparcia. Holistyczna opieka paliatywna powinna być integralnym elementem procesu terapeutycznego we wszystkich przewlekłych chorobach, które ograniczają aktywność i życie chorego.

## Piśmiennictwo

1. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M.: *Opieka paliatywna w Polsce – od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego)*. Forum Medycyny Rodzinnej, 2008, 2/4, 277–285.
2. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) 2002, *Pneumologia i Alergologia Polska*, 2004, 72, 2–28.
3. Zieliński J.: *Przewlekła obturacyjna choroba płuc* [w:] *Choroby układu oddechowego*, Rowińska-Zakrzewska E., Kuś J. (red), PZWŁ, Warszawa 2004, 156–180.
4. World Health Organization [Internet] <http://www.who.int/respiratory/copd/en/> [dostęp 17.05.2009].
5. Jassem E.: *Opieka paliatywna u chorych na zaawansowaną postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*. *Pneumologia i Alergologia Polska*, 2007, 75/4, 311–312.

6. Kuna P., Pierzchała W., Jankowski M.: *Astma i POChP w pytaniach i odpowiedziach*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2008.
7. Gajewski P., Strzeszyński Ł.: *Rozpoznawanie i leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Wytyczne Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD 2006)*. Medycyna Praktyczna 2007, 2, 77–102.
8. Foroniewicz B., Mucha K.: *Przewlekła obturacyjna choroba płuc* [w:] *Choroby wewnętrzne*, Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red), PZWL, Warszawa 2006, 213–221.
9. Zieliński J., Górecka D., Śliwiński P.: *Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)*, PZWL, Warszawa 1999.
10. Zieliński J.: *Przewlekła obturacyjna choroba płuc*. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2001.
11. Modlińska A., Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M.: *Opieka paliatywna w przewlekłej chorobie obturacyjnej płuc (POChP)*. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2007, 75/4, 383–388.
12. Górska L., Krajnik M., Damps-Konstańska I., Kuziemska K., Wajda B., Jassem E.: *Potrzeba opieki paliatywnej u chorych na ciężką postać POChP (streszczenie doniesień zjazdowych)*. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2008, 76, supl. 1, 40.





Magda Koc<sup>1</sup>, Justyna Tworkowska<sup>1</sup>,  
Regina Sierżantowicz<sup>2</sup>, Katarzyna Wróbel<sup>3</sup>,  
Małgorzata Rutkowska<sup>3</sup>, Katarzyna Łagoda<sup>4</sup>

## Problem odleżyn w opiece terminalnej

Odleżyna (decubitus) jest ograniczonym obszarem martwicy tkanek, powstającym na tle działania sił kompresyjnych na naczynia krwionośne i limfatyczne, co prowadzi do spowolnienia procesów metabolicznych, nagromadzenia toksyn, obrzęku oraz obumarcia komórek. Stan może dotyczyć naskórka, tkanki podskórnej, całej grubości skóry, mięśni, a także kości. Odleżyna jest powikłaniem długotrwałego unieruchomienia pacjenta, a szczególnie konsekwencją braku zmian pozycji w łóżku i stanowi poważny problem kliniczny wielu oddziałów szpitalnych. Szczególnie u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej są powodem dodatkowych cierpień i powikłań, przez co znacznie obniżają jakość ostatnich chwil życia chorego, podwyższając koszty opieki zdrowotnej. Często problem odleżyn stanowi większe niebezpieczeństwo dla życia chorego niż jego podstawowa choroba. W Polsce częstość występowania odleżyn jest trudna do określenia, w ośrodkach monitorujących problem szacuje się w przedziale: 4,5–6,5%. W Wielkiej Brytanii dane oceniające ilość odleżyn wynoszą 14,4–22,8% [1].

Odleżyny powstają najczęściej w miejscach szczególnie narażonych na ucisk. Powodują wczesne i późne objawy. Do wczesnych zaliczamy zaczerwienienie skóry, nie znikające po usunięciu ucisku, stwardnienie obserwowanego miejsca, podwyższoną miejscowo temperaturę ciała,

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego

<sup>2</sup> Opiekun Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego

<sup>3</sup> Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego

<sup>4</sup> Opiekun Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego

obrzęk, ból, otarcia naskórka oraz pojawienie się pęcherzy na skórze. Szybkie wykrycie tych zmian i intensywna pielęgnacja powoduje cofnięcie się zmian chorobowych, natomiast brak reakcji doprowadzi do wystąpienia objawów późnych. Powstanie dużych owrzodzeń skórnych, martwicy skóry, zakażenia, owrzodzeń mogą doprowadzić do zakażenia ogólnego, a ostatecznie do zniszczenia tkanek. W zależności od czynnika chorobotwórczego występują różne typy odleżyn: zwykłe, miażdżycowe i terminalne. Leczenie odleżyny, niezależnie od jej typu, jest procesem trudnym i długotrwałym [2].

Jedną z najskuteczniejszych metod walki z odleżynami jest profilaktyka i prawidłowe postępowanie przeciwodleżynowe. Często powstanie ran odleżynowych wiąże się z predyspozycjami pacjenta do wystąpienia zmian skórnych oraz z ewidentnym błędem w sprawowaniu opieki nad pacjentem: zaburzonej obserwacji stanu ogólnego i niedostatecznych działaniach pielęgnacyjnych. Pojawienie się odleżyn to zaniedbanie, którego można uniknąć podejmując odpowiednie działania pielęgnacyjne i lecznicze [2, 3].

**Celem pracy** jest przedstawienie czynników ryzyka oraz metod oceny narażenia na powstanie odleżyn.

Bardzo istotnym elementem niezbędnym dla podjęcia działań profilaktycznych jest określenie stopnia zagrożenia odleżynami. Należy wyróżnić pacjentów szczególnie narażonych i określić czynniki, które mogą spowodować pojawienie się zmian skórnych. Następnie stworzyć indywidualny plan pielęgnowania pacjentów narażonych i realizować zamierzone cele. Najważniejsze są działania pielęgnacyjne, zahamowanie procesu zapalnego i przywrócenie skórze stanu sprzed choroby [3].

### **Czynniki ryzyka odleżyn**

Do czynników ryzyka odleżyn zaliczmy:

- Obniżenie stężenia białka w surowicy – szczególnie hipoalbuminemia,
- Niskie stężenie hemoglobiny i żelaza w surowicy,
- Unieruchomienie wynikające z ograniczonej lub całkowicie zahamowanej niesprawności fizycznej,
- Unieruchomienie przez stosowanie pasów, opatrunków gipsowych i uciskowych,
- Długotrwały ucisk ciał obcych, np. drenów, rurki intubacyjnej, zgłębnika czy cewnika,

- Zaburzenia czucia (powierzchnowego i głębokiego) u pacjenta z obecnością parastezji,
- Zniesienie czucia bólu,
- Zaburzenia krążenia,
- Ogólnie zły stan zdrowia, występowanie anemii, zaburzeń elektrolitowych, niedoborów witaminowych, obniżonego poziomu białka we krwi
- Zabieg operacyjny trwający powyżej 2 godzin, szczególnie u osób starszych z chorobami serca i naczyń oraz z cukrzycą,
- Zaburzenia przemiany materii, kiedy zwiększa się zapotrzebowanie na tlen, np. w cukrzycy,
- Choroby wpływające destruktywnie na układ krążenia krwi, tj. cukrzyca, miażdżyca, niewydolność mięśnia sercowego,
- Wyniszczenie organizmu, szczególnie w zespole wyniszczenia nowotworowego czy przewlekłej terapii bólu, gdzie pacjent często jest leżący, a dolegliwości powodują utratę łaknienia,
- Otyłość lub wychudzenie chorego
- Zaburzenia czynności zwieraczy, co powoduje ryzyko zakażenia bakteryjnego,
- Stan skóry, wszelkie zaczerwienienia, otarcia naskórka, maceracja skóry,
- Bielizna osobista nie przepuszczająca powietrza, wykonana ze sztucznych włókien z gumkami czy guzikami powodującymi dodatkowy ucisk.
- Podwyższona temperatura ciała zwiększa zapotrzebowanie skóry na tlen, przez co skraca się czas powstawania uszkodzenia. Pocenie wysusza skórę i zwiększa podatność na uszkodzenia
- Braki w pielęgnacji – niewłaściwa technika zmiany pozycji ciała, brak zmiany pozycji, nieodciążenie miejsc narażonych na ucisk, niezachowanie czystości i suchości skóry, brak sprzętu i osób do zmiany pozycji ciała, brak indywidualnego programu profilaktyki, brak wiedzy pracowników zapewniających opiekę, brak dokumentacji oraz kontroli opieki [4, 6, 8].

Miejsca szczególnie narażone na ucisk, tj. gdzie warstwa między kością a skórą jest cienka. Zaliczamy do nich:

1. Krętarze większe kości udowej,
2. Kość krzyżową i ogonową,
3. Moshnę,
4. Kostki goleni,

5. Wyrostki kolczaste kręgosłupa,
6. Łopatki,
7. Potylicę,
8. Małżowiny uszne,
9. Okolice łokci,
10. Pięty,
11. Boczne brzegi stopy [3, 4].

W ułożeniu na plecach zagrożenie odleżynowe dotyczy głównie okolicy krzyżowej, pięty, łokcia, łopatki i potylicy, ułożeniu na boku – kostka boczna goleni, kłykieć boczny uda, krętarz wielki kości udowej, wyrostek barkowy, żebra, głowa. Ułożenie brzuszne jest najbezpieczniejsze, chociaż może powodować odleżyny w obrębie palców stopy, rzepki, narządów płciowych, wyrostka barkowego, mostka, głowy. W pozycji siedzącej zagrożone są okolice kulszowe [3, 4].

### Zasady pielęgnacji pacjenta z czynnikami ryzyka odleżyn

Podstawowymi elementami działań profilaktycznych są:

1. Ocena ryzyka rozwoju odleżyn i wyróżnienie pacjentów z ryzykiem odleżyn.
2. Pielęgnacja skóry.
3. Układanie chorego i zmiana pozycji.
4. Odciążenie od ucisku miejsc narażonych na odleżyny.
5. Odżywianie i nawadnianie.
6. Fizjoterapia.
7. Wyrównywanie zaburzeń, np. poziomu cukru, hemoglobiny, żelaza, białka, wody i elektrolitów.
8. Dokumentowanie podejmowanych działań [1, 3, 4, 5].

**Stosowanie materacy przeciwodleżynowych**, które redukują ucisk na ciało oraz pobudzają krążenie. Dostępne są:

- stałociśnieniowe, rozkładające ciężar chorego na jak największą powierzchnię, a w szczególności rozpraszają ucisk nad wyniosłościami kostnymi.
- zmiennociśnieniowe, które cyklicznie zmieniają punkty ucisku na ciało. Zmiany ciśnienia powodują masaż, przez co zwiększają ukrwienie [5, 6].

**Ułożenie chorego i zmiana pozycji** jest skuteczną strategią zredukowania i/lub złagodzenia nacisku międzyfazowego, tj. ilość nacisku wytwarzanego przez wyniosłości kostne i podłoże na skórę pacjenta. Osoby

z ryzykiem odleżyn powinny co 2 godziny mieć zmianę pozycji ciała. W ułożeniu (zarówno na plecach, jak i na boku) stosujemy 30-stopniowe nachylenie w celu zmniejszenia nacisku na kość krzyżową, krętarz większy, guzy kulszowe, kostkę boczną oraz pięty. Staramy się unikać podnoszenia wezgłowia łóżka o więcej niż 30 stopni, aby nie zwiększać sił ścinających [1, 3, 4, 5].

**Pielęgnacja skóry** w zależności od potrzeb. Mycie całego ciała środkami o pH 5,5, wycieraniu polegającym na dotykaniu, a nie tarciu skóry i ostatecznie natłuszczenie, i jednoczesny masaż skóry oliwką lub balsamem [5, 6].

**Poprawa ukrwienia skóry** przez stosowanie ćwiczeń biernych i czynnych, nacieranie i oklepywanie skóry połączonych z właściwą pielęgnacją ciała.

**Dieta bogatobiałkowa i bogatowitaminowa** poprawiająca stan skóry, zwiększająca odporność całego organizmu oraz sprzyjająca gojeniu się ran. Zapotrzebowanie na białko w tym okresie jest zwiększone dwukrotnie. Norma dla zdrowego człowieka to 0,8 g/kg m.c./dobę, więc pacjent z sączącymi ranami, z zespołem wyniszczenia nowotworowego, osłabiony powinien otrzymać od 1,5 do 2 g/kg m.c./dobę, z jednoczesną suplementacją witaminową (A, C, E, B). Kwas askorbinowy, podany w dawce 1g/ dobę przyspiesza gojenie. Prawidłowe pokrycie zapotrzebowania na składniki budulcowe będzie odzwierciedlone w prawidłowym poziomie albumin w osoczu chorego. Wzrasta również zapotrzebowanie kaloryczne do 3000–4000 kcal. Cynk i żelazo należy podawać tylko w przypadku potwierdzonych niedoborów. Obecnie w żywieniu chorych wskazane jest stosowanie gotowych produktów, zawierających wszystkie niezbędne składniki odżywcze, np. Nutridrinki, Nutrison Standard i inne uwzględniające stan zdrowia oraz adekwatne do zapotrzebowania organizmu [7, 8].

**Regularne ocenianie narażenia pacjenta** na pojawienie się odleżyn za pomocą wybranych skal oceniających ryzyko.

**Obserwacja stanu skóry podczas** codziennych czynności pielęgnacyjnych, a w szczególności miejsc narażonych na powstanie odleżyn pod kątem wystąpienia pierwszych objawów oraz miejsc podatnych na odparzenia (pachwiny, pachy, a u kobiet skóra pod piersiami). Nie zaleca się stosowania gumowych podkładów, ponieważ przyczyniają się do powstawania odparzeń. Ważna jest ocena zabarwienia, grubości, temperatury, wilgotności, napięcia powłok skórnych, grubości tkanki tłuszczowej, zadrapań, wykwitów, stanu owłosienia i paznokci.

W celu ujednoczenia obserwacji i stosowania leczenia wprowadzono kilka podziałów stopnia zaawansowania odleżyn, w zależności od ich głębokości, wyglądu lub wielkości. Najczęściej stosowany jest 5-stopniowy podział wg Torrance'a:

- Stopień I – blednące zaczerwienienie – reaktywne przekrwienie i zaczerwienienie w odpowiedzi na działające ciśnienie. Lekki ucisk palcem powoduje zblednięcie zaczerwienienia co wskazuje, że mikrokrążenie jest jeszcze nieuszkodzone.
- Stopień II – nieblednące zaczerwienienie – rumień utrzymuje się po zniesieniu ucisku. Spowodowane jest uszkodzeniem mikrokrążenia, zapaleniem i obrzękiem tkanek. Może pojawić się powierzchowny obrzęk i uszkodzenia naskórka oraz pęcherze. Zwykle towarzyszy ból.
- Stopień III – uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem. Dno rany jest wypełnione czerwoną ziarniną lub rozpadającymi tkankami.
- Stopień IV – uszkodzenie obejmuje również tkankę podskórną. Martwica tkanki tłuszczowej spowodowana jest zapaleniem i zakrzepicą małych naczyń. Brzeg odleżyny jest zwykle dobrze odgraniczony, lecz martwica może dotyczyć tkanek otaczających. Dno może być pokryte czarną martwicą.
- Stopień V – zaawansowana martwica obejmuje powięź i mięśnie. Zniszczenie może obejmować stawy i kości. W ranie znajdują się rozpadające masy tkanek i czarna martwica [9].

### Skale oceny ryzyka rozwoju odleżyn

W celu szybszej i skuteczniejszej identyfikacji osób najbardziej zagrożonych ryzykiem wystąpienia odleżyn stosuje się specjalne punktowe skale, które obiektywnie oceniają predyspozycje pacjenta do ich rozwoju. Posługiwanie się powszechnie stosowanymi skalami pozwala na ujednoczenie dokonywanej oceny ryzyka, a także podjęcia działań profilaktyczno-leczniczych [10, 11, 12].

Prostą i czytelną skalą jest **skala Doren Norton**, gdzie ocenia się stan fizyczny oraz stan świadomości pacjenta, jego aktywność, samodzielność widoczną w sposobie poruszania się i zmianie pozycji, a także czynności zwieraczy odbytu oraz cewki moczowej. Jeżeli pacjent uzyska wynik niższy bądź równy 14 pkt, występuje ryzyko wystąpienia odleżyn [4, 8] (tabela 1).

**Tabela 1. Skala Norton [4]**

L.p.	Czynniki ryzyka	4 pkt	3 pkt	2 pkt	1 pkt
I.	Stan fizykalny	dobry	dość dobry	średni	bardzo ciężki
II.	Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	apatia	zaburzenia świadomości	stupor lub śpiączka
III.	Aktywność, zdolność przemieszczania się	chodzi samodzielnie	chodzi z asystą	porusza się tylko na wózku inwalidzkim	stale pozostaje w łóżku
IV.	Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	pełna	ograniczona	bardzo ograniczona	całkowita niesprawność
V.	Czynności zwieracza odbytu i cewki moczowej	pełna sprawność zwieraczy	sporadyczne moczenie się	zazwyczaj nietrzymanie moczu	całkowite nietrzymanie moczu i stolca

**Tabela 2. Skala Braden [4]**

L.p.	Czynniki ryzyka	4 pkt	3 pkt	2 pkt	1 pkt
I.	Percepcja sensoryczna	nieograniczona	lekko ograniczona	ograniczona	całkowicie ograniczona
II.	Wilgotność skóry	rzadko wilgotna	okazyjnie wilgotna	bardzo wilgotna	stale wilgotna
III.	Mobilność	prawidłowa	lekko ograniczona	ograniczona	całkowicie unieruchomiony
IV.	Aktywność	chodzi często	chodzi rzadko	na wózku	unieruchomiony
V.	Stan odżywienia	właściwy	odpowiedni	nieodpowiedni	zły
VI.	Tarcie i siły ścinające	–	nie występują	potencjalnie	stale

Skala Braden jest bardzo popularna w Stanach Zjednoczonych. Powstała w wyniku badań prowadzonych w opiece domowej i ocenia poziom percepcji bodźców czuciowych, wilgotność skóry, aktywność fi-

**Tabela 3. Skala Douglasa [4]**

L.p.	Czynniki ryzyka	4 pkt	3 pkt	2 pkt	1 pkt	0 pkt
I.	Stan odżywiania	dieta pełnowartościowa	dieta niewłaściwa	tylko płyny	żywienie pozajelitowe	–
II.	Aktywność	chodzi samodzielnie	chodzi z trudnością	porusza się tylko na wózku inwalidzkim	stale pozostaje w łóżku	–
III.	Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	pełna czynność zwieraczy	sporadyczne moczenie się	nietrzymanie moczu	całkowite nietrzymanie moczu i stolca	–
IV.	Ból	bez bólu	śląd bólu	okresowo	związane z ruchem	stały ból lub dyskomfort
V.	Stan skóry	bez zmian	skóra sucha, cienka, zaczerwieniona	uszkodzenia powierzchniowe	uszkodzenie tkanek głębokich lub jamy	–
VI.	Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	apatia	stupor	brak współpracy	śpiączka

zyczną, mobilność, stan odżywiania oraz stopień narażenia na tarcie i siły ścinające. Poniżej wartości progowej, która liczy 15 punktów występuje ryzyko wystąpienia odleżyn [4] (tabela 2).

Skala Douglasa skupia się na sześciu czynnikach ryzyka, takich jak: stan odżywiania, aktywność, czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej, ból, stan skóry oraz stan świadomości. Ryzyko wystąpienia odleżyn stwierdza się u pacjentów z wynikiem równym bądź niższym 18 punktom (tabela 3).

Dokładniejszą skalą w ocenie ryzyka rozwoju odleżyn jest skala J. Waterlow, która obejmuje aż 7 czynników predysponujących. Ocenie podlega budowa ciała, stan skóry, płeć, wiek, apetyt, zdolność ruchowa, nietrzymanie moczu i stolca oraz dodatkowe czynniki ryzyka, takie jak: stan terminalny, przebyte operacje i choroby, a także przyjmowane leki. Skala Waterlow wprowadza także podział stopni zagrożenia wystąpienia odleżyn na: bardzo wysokie ryzyko (> 20 pkt), wysokie ryzyko (15–19 pkt) oraz ryzyko (10–14 pkt) (tabela 4).



Tabela 4. Skala Waterlow [4]

L.p.	Czynniki ryzyka	0 pkt	1 pkt	2 pkt	3 pkt	4 pkt	5 pkt	6 pkt
I.	Budowa/waga w stosunku do wzrostu	średnia	powyżej średniej	otyłość	wychudzenie	–	–	–
II.	Stan skóry	zdrowa	bibułkowata, sucha, obrzęknięta, zimna	przebarwiona	Uszkodzona/plamista	–	–	–
III.	Płeć/wiek		M 14–49	K 50–64	65–74	75–80	> 81	–
IV.	Wypróżnienie	Pełne/cewnik	okresowe nietrzymanie	cewnik/nietrzymanie stolca	nietrzymanie moczu i stolca	–	–	–
V.	Zdolność ruchowa	pełna	niepokój	apatyczny	ograniczona	wyciąg	unieruchomiony	–
VI.	Apetyt	przeciętny	słaby	cewnik do żołądka	nie przyjmuje pokarmów/ano-reksja	–	–	–
VII.	Dodatkowe czynniki ryzyka	–	–	–	–	przyjmowane leki: steroidy, cytotostat. p/zapalne	niedożywienie, stan terminalny	–
							miażdżyca	–
							zawał serca	–
							niedowładny, SM, cukrzyca, udar	
	operacje: ortopedyczne, poniżej pasa, > 2 godz., kręgosłupowe	–						

Skala Dutch Consensus Prevention of Badsors CBO opisuje 10 czynników ryzyka, takich jak: stan psychiczny, stan neurologiczny, zdolność przemieszczania się, stan odżywienia, sposób żywienia, czynność zwieraczy, wiek, leki, temperatura ciała, cukrzyca. Jest to bardzo prosta i czytelna skala, która pozwala szybko ocenić oraz wychwycić pacjentów szczególnie zagrożonych ryzykiem wystąpienia odleżyn. Uzyskanie 8 punktów lub więcej kwalifikuje pacjentów do szczególnej kontroli (tabela 5).

Niektóre skale opisują także stopień zmian skórnych i rozwoju owrzo-

Tabela 5. Skala wg Dutch Consensus Prevention of Bedsores CBO [4]

Czynniki ryzyka	0 pkt	1 pkt	2 pkt	3 pkt
Stan psychiczny	dobry	obojętność, przygnębienie, dezorientacja, lęk	głęboka depresja, objawy psychopatyczne, splątanie, apatia	stupor, śpiączka
Stan neurologiczny	prawidłowy	śladowe objawy ubytkowe, osłabienie siły mięśniowej	zaburzenia czucia, niedowład połowiczny średniego stopnia obu kończyn (x2)	hemiparesis (x2), paraplegia poniżej Th6 (x3), powyżej Th4 (x4)
Zdolność przemieszczania się	dobra	niewielkie ograniczenie chodzi z pomocą, chodzi przez cały lub większość dnia pacjent na wózku inwalidzkim ze sprawnymi kończynami górnymi	leżący przez większość dnia, poza łóżkiem tylko w celu umycia się i zmiany pościeli, całymi dniami siedzi w fotelu	całkowicie obłożony, tzn. stale leżący
Stan odżywienia	dobry	średni, nie jadł przez kilka poprzednich dni	zły, nie jadł przez ponad tydzień, wymioty, biegunka	wyniszczenie, jak u pacjentów w fazie terminalnej choroby nowotworowej
Sposób żywienia	zjada samodzielnie lub jest karmiony przez sondę, ma dobry apetyt	odżywianie pozajelitowe	karmienie przez sondę przy braku apetytu	całkowity brak odżywiania
Czynność zwieraczy	dobra	sporadyczne nietrzymanie moczu	nietrzymanie moczu i/lub stolca, cewnik w pęcherzu moczowym, Uritip	całkowite nietrzymanie moczu i stolca
Wiek	poniżej 50 lat	powyżej 50 lat	powyżej 60 lat	powyżej 70 lat
Leki	żadne	kortykosteroidy, nasenne, antykoagulanty (nie dotyczy Calciprimu)	przeciwbólowe, uspokajające, przeciwnowotworowe, antybiotyki <i>p.o.</i>	antybiotyki <i>i.v.</i>
Temperatura ciała	poniżej 37,5°C	powyżej 37,5°C	powyżej 38,5°C	powyżej 39°C lub ciała poniżej 35°C
Cukrzyca	nie ma	tylko na diecie	dieta i leki doustne	dieta i insulina

dzień odleżynowych. Są one niezbędne do trafnego określenia zaawansowania zmian, dzięki czemu sposób leczenia odleżyny jest szybszy i skuteczniejszy. Są to:

- Skala wg Campbella,
- Skala wg Enisa i Sormiento,
- Skala wg Guttmana [4, 10, 11, 13].

## Podsumowanie

Problem odleżyn u pacjenta w opiece terminalnej jest bardzo poważny i często bardziej niebezpieczny niż choroba zasadnicza. Odleżyny w zależności od wielkości i lokalizacji wymagają w procesie gojenia dużych nakładów środków farmakologicznych, opatrunkowych, użycia drogiego, nie zawsze dostępnego, sprzętu. Znajomość czynników ryzyka powstawania odleżyn i ich identyfikacja stanowi podstawę działań prewencyjnych, umożliwi opanowanie procesu zapalnego oraz jest niezbędna w planowaniu indywidualnej opieki pielęgniarskiej.

## Piśmiennictwo

1. Rosińczuk-Lonaerys J., Uchmanowicz I., Arendarczyk M.: Profilaktyka i leczenie odleżyn. Wyd. Contiuo, Wrocław 2005, 37–63.
2. Szewczyk M. T., Cwajda J., Cierzniaowska K.: Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleżynowych. *Wiadomości lekarskie*, 2006, LIX, 11–12, 842–846.
3. Szewczyk M. T., Cwajda J., Cierzniaowska K., Jawień A.: Wybrane aspekty leczenia ran przewlekłych. *Przewodnik Lekarza*, 2005, 5, 54–60.
4. Szewczyk M. T., Cwajda J., Cierzniaowska K., Stodolska A., Ślusarz R.: Narzędzia oceny ryzyka rozwoju odleżyn. *Przewodnik Lekarza*, 2005, 1, 92–97.
5. Czajka H.: Zapobieganie i leczenie odleżyn. *Pielęgniarka i położna*, 2005, 2, 10–12.
6. Zbarańska K.: Odleżyny – patogeneza, profilaktyka i leczenie. *Nowa Medycyna* 2003, 1, 2–8.
7. Sierżantowicz R., Łagoda K., Sawicka J.: Rola żywienia w leczeniu odleżyn. Tych składników nie może zabraknąć. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2004, 7–8, 36–37.
8. Kiejda J., Jaracz K.: Skuteczne zapobieganie odleżynom i ich leczenie – przegląd dostępnych w Polsce metod pielęgnowania oraz leczenia. *Klinika zakażeń*, 2007, 4, 96–101.
9. Gryglewski A.: Odleżyny – profilaktyka i leczenie. *Farmaceutyczny Przegląd Naukowy*, 2007, 11–12, 2–8.
10. Fabia A., Kowalik A., Zelek A.: Przeciwdziałanie odleżynom. *Magazyn pielęgniarki i położnej*, 2005, 1–2, 37–38.

11. Kózka M.: Odleżyny – występowanie, profilaktyka i leczenie. *Rehabilitacja medyczna*, 2004, 4, 4, 29–37.
12. Michalak M.: Odleżyny i profilaktyka przeciwoodleżynowa, *Farmakoterapia*, 2000, 28–31.
13. Łuczak J., Sopata M.: Odleżyny – profilaktyka i leczenie, *Przewodnik Lekarza* 2001, 4, 7, 120–126.

Regina Sierżantowicz<sup>1</sup>, Bożena Kirpsza<sup>1</sup>, Lech Trochimowicz<sup>1,2</sup>,  
Piotr Wojskowicz<sup>2</sup>, Anna Kwiatkowska<sup>2</sup>

## Ocena bólu u pacjentów z nowotworem jelita grubego leczonych chirurgicznie

Rak jelita grubego, najczęstszy nowotwór przewodu pokarmowego, jest poważnym i narastającym problemem zdrowotnym w Polsce i na świecie. U obu płci znajduje się na drugim miejscu pod względem częstości zachorowań i przyczyn zgonów spowodowanych nowotworami [1, 2].

W Polsce liczba zachorowań wynosi ok. 11 tys. rocznie, liczba zgonów ok. 8 tys. Na świecie to najczęściej występujący nowotwór po raku płuca, piersi i żołądka [3]. Wskaźnik śmiertelności, który w Polsce wynosi 0,83, w Europie Zachodniej oscyluje w granicach 0,54–0,57, a w USA od 0,38 do 0,41. Odbytnica jest najczęstszym miejscem występowania raka [1].

Uwarunkowania genetyczne i określony styl życia stanowią czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Objawy choroby mogą pojawić się często już w zaawansowanym stadium i są to między innymi: jasnoczerwona krew pokrywająca stolec, uczucie niedostatecznego wypróżnienia, biegunka poranna, ból brzucha i/lub krocza [4]. Najczęstszym systemem klasyfikacji raka jelita grubego oraz oceną stopnia zaawansowania jest opracowany przez Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem (UICC) podział TMN. Innym systemem oceny jest klasyfikacja Dukes'a (tabela 1).

U chorego z rozpoznaniem w badaniach endoskopowych i potwierdzonym histopatologicznie rakiem jelita grubego przed planowanym leczeniem należy wykonać rutynowe badania diagnostyczne: laboratoryjne i obrazowe. Umożliwiają one ocenę wydolności narządów, a także pozwalają wybrać prawidłowy schemat terapeutyczny. Jedną z najczęstszych metod leczenia z wyboru w raku jelita grubego jest zabieg ope-

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**Tabela 1. Stopnie zaawansowania klinicznego raka jelita grubego według klasyfikacji Dukes'a w modyfikacji Astlera i Collera wraz z pięcioletnią przeżywalnością [3]**

Stopień zaawansowania wg Dukes'a	Opis	Stopień zaawansowania wg Astera i Collera	Wskaźnik pięcioletniego przeżycia (%)
A	zmiana ograniczona do błony śluzowej	A	85–90
B	nacieka błonę mięśniową, ale jej nie przekracza; węzły chłonne bez przerzutów	B <sub>1</sub>	70–75
	nacieka pełną grubość błony mięśniowej; węzły chłonne bez przerzutów	B <sub>2</sub>	60–65
C	jak B <sub>1</sub> ; przerzuty w węzłach chłonnych	C <sub>1</sub>	30–35
	jak B <sub>2</sub> ; przerzuty w węzłach chłonnych	C <sub>2</sub>	= 25
D	obecne przerzuty odległe	D	< 5

racyjny. Na rodzaj operacji mają wpływ m.in. takie czynniki, jak wielkość guza, głębokość naciekania, obecność przerzutów, odległość od brzegu odbytu, ryzyko operacyjne, zróżnicowanie raka. Najczęściej stosowane są: wycięcie miejscowe, resekcja przednia oszczędzająca zwieracze i wycięcie brzuszno-kroczone z wytworzeniem definitywnego sztucznego odbytu [5]. W Polsce funkcjonuje około 20 tysięcy osób ze stonią. Nowotwór jelita grubego jest chorobą, gdzie przebieg choroby oraz leczenie wiąże się w poszczególnych okresach jej trwania z licznymi konsekwencjami dla chorego i jego rodziny, powodując dolegliwości bólowe o silnym natężeniu oraz zmiany w funkcjonowaniu, co skutkuje obniżoną jakością życia [6].

Choroba nowotworowa powoduje ból u 40% pacjentów już w średnim stadium zaawansowania. Liczba ta wzrasta do 70–80% w stadium zaawansowanym lub terminalnym. Narastające bóle stanowią dla pacjenta i jego otoczenia problem pierwszoplanowy, przyczyniając się do degradacji fizycznej i psychicznej. Kontynuacja leczenia po wykonanym zabiegu operacyjnym terapią uzupełniającą ma na celu zmniejszenie nawrotów choroby oraz poprawę stanu pacjenta poprzez między innymi obniżenie poziomu bólu [7].

## Cel pracy

Celem pracy było porównanie dynamiki bólu kwestionariuszem ankiety EORTC QLQ-C30 oraz za pomocą skali VAS u pacjentów z nowotworem jelita grubego na etapie leczenia chirurgicznego i uzupełniającego.

## Material i metody

Grupę badawczą stanowiło 100 pacjentów z nowotworem jelita grubego. Badania prowadzono 2-krotnie na przełomie 2008/2009 roku wśród 100 pacjentów z rozpoznanym nowotworem jelita grubego, poddanych zabiegowi operacyjnemu w I Klinice Chirurgii Ogólnej UM w Białymstoku i pozostających pod opieką Poradni Stomijnej. Ponownie grupę chorych operowanych ( $n = 21$ ) lecz bez leczenia uzupełniającego badano po 3 miesiącach, a grupę chorych ( $n = 79$ ) poddanych leczeniu uzupełniającemu po 6 miesiącach. Informacje na temat dolegliwości bólowych zebrano za pomocą ankiety QLQ-C30 oraz analogowo-wzrokowej skali bólowej (VAS).

W latach 80-tych EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) zainicjowała program rozwoju metod oceny i poprawy jakości życia chorych z nowotworami złośliwymi. Do użytku wprowadzono kwestionariusze, dzięki którym w sposób wymierny można ocenić jakość życia pacjentów.

Kwestionariusz ankiety EORTC QLQ-C30 spełnia następujące wymagania: (1) jest specyficzny dla chorób nowotworowych, (2) zaprojektowany do samodzielnego wypełniania przez chorego, (3) o wielowymiarowej strukturze, obejmujący przynajmniej cztery podstawowe dla oceny funkcjonowania pacjenta płaszczyzny: podmiotowe objawy choroby, sprawność i zdolność do wykonywania czynności fizycznych, sferę psychiki i samopoczucia oraz zdolność funkcjonowania w społeczeństwie, (4) test posiada możliwość wyboru spośród stopniowanych, gotowych odpowiedzi, (5) stosunkowo krótki.

EORTC QLQ-C30 składa się z 5 skal funkcjonalnych (fizycznej, czynności, emocji, społecznej, funkcji poznawczych) i 3 skal objawów. Skale funkcjonalne charakteryzują sprawność fizyczną chorego, jego zdolność do wykonywania codziennych czynności, samopoczucie i stan emocjonalny, możliwość nawiązywania kontaktów i funkcjonowania w społeczeństwie, zdolności percepcyjne i nieprawidłowości narządów zmysłów.

**Tabela 2. Charakterystyka struktury kwestionariusza EORTC QLQ-C30**

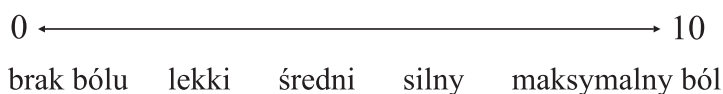
Skale	Skrót nazwy	Numer pozycji	Liczba pozycji	Zakres punktów
Skale funkcjonowania				
Funkcjonowanie fizyczne	FF	1–5	5	5–10
Funkcjonowanie w rolach (praca)	FR	6, 7	2	2–4
Funkcjonowanie poznawcze	FP	20, 25	2	2–8
Funkcjonowanie emocjonalne	FE	21–24	4	4–16
Funkcjonowanie społeczne	FS	26, 27	2	2–8
Skale objawów				
Zmęczenie	Z	10, 12, 18	3	3–12
Nudności i/lub wymioty	NW	14, 15	2	2–8
Ból	<b>B</b>	<b>9, 19</b>	<b>2</b>	<b>2–8</b>
Duszność	D	8	1	1–4
Zaburzenia snu	Zs	11	1	1–4
Brak łaknienia	A	13	1	1–4
Zaparcia	Za	16	1	1–4
Biegunka	Bieg	17	1	1–4
Finanse	F	28	1	1–4
Ogólna jakość życia	OJŻ	29, 30	2	2–24

Skale objawów, obok zmęczenia i funkcjonowania przewodu pokarmowego, oceniają i stopniują dolegliwości bólowe (tabela 2).

Wzrokowo-analogowa skala bólu (Visual Analogue Scale-VAS) jest skalą numeryczną z graficznym odcinkiem o długości 10 cm, na którym pacjent zaznacza wielkość natężenia bólu, który aktualnie odczuwa. Na dwóch końcach odcinka dziesięciocentymetrowego znajdują się pozycje skrajne w ocenie bólu: punkt „0” oznacza – nie ma bólu (brak odczucia bólu), punkt 10 ból maksymalny (ból tak silny, jak to tylko możliwe). Wzdłuż tej linii mogą znajdować się słowne określenia natężenia bólu (lekki, średni, silny) (rycina 1).

Wyniki badań poddano analizie statystycznej nieparametrycznym testem Manna-Witneya porównując dwie grupy pacjentów ze względu na zastosowany rodzaj leczenia. Przyjęto za poziom istotności ( $p < 0,05$ ).



**Ryc. 1. Wzrokowo analogowa skala bólu (Visual Analogue Scale – VAS)****Wyniki**

W przedstawionych badaniach udział wzięło 100 pacjentów z nowotworem jelita grubego, w tym 49% kobiet i 71% mężczyzn. Badani byli w wieku od 30 do 82 lat. Największą grupę stanowili ankietowani z wykształceniem średnim 40% (tabela 3).

**Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy**

Badana grupa	n	%
Płeć		
kobiety	49	49,0
mężczyźni	79	79,0
Wiek		
30–40 lat	2	2,0
41–50 lat	6	6,0
51–60 lat	27	27,0
61–70 lat	30	30,0
71–80 lat	30	30,0
81–90 lat	5	5,0
Wykształcenie		
podstawowe	10	10,0
zawodowe	28	28,0
średnie	40	40,0
wyższe	22	22,0
Ogółem	100	100,0

Pacjentów z nowotworem jelita grubego badano w zakresie oceny bólu kwestionariuszem ankiety QLQ-C30 na etapie leczenia operacyjnego. Grupa pacjentów bez leczenia uzupełniającego, tylko po zabiegu

**Tabela 4. Ocena natężenia bólu za pomocą kwestionariusza ankiety QLQ-C30 i skalą VAS podczas leczenia operacyjnego i uzupełniającego**

Bad. I	bez leczenia uzupełniającego (n = 29)				z leczeniem uzupełniającym (n = 71)				Test Manna-Whitneya
	średnia	minim.	mediana	maks	średnia	minim.	mediana	maks	
P 9	3,72	2	4	4	3,44	1	4	4	<b>0,034</b>
P 19	3,52	2	4	4	3,14	1	3	4	<b>0,010</b>
VAS	2,93	2	3	4	2,92	1	3	4	0,964

**Tabela 5. Ocena natężenia bólu za pomocą kwestionariusza ankiety QLQ-C30 i skalą VAS po leczeniu operacyjnym i na etapie terapii uzupełniającej**

Bad. II	bez leczenia uzupełniającego (n = 29)				z leczeniem uzupełniającym (n = 71)				Test Manna-Whitneya
	średnia	minim.	mediana	maks	średnia	minim.	mediana	maks	
P 9	3,03	2	3	4	2,61	1	3	4	<b>0,022</b>
P 19	2,79	1	3	4	2,41	1	4	4	0,057
VAS	2,21	1	2	4	2,30	1	2	4	0,526

operacyjnym oraz grupa pacjentów z leczeniem uzupełniającym różniła się w odczuwaniu dolegliwości bólowych, co było istotne statystycznie. Badanie skalą VAS nie potwierdziło tych zależności (tabela 4).

Kolejnym etapem badania było dokonanie ponownej oceny natężenia dolegliwości bólowych w grupie pacjentów w trakcie leczenia uzupełniającego (chemio- lub radioterapii) oraz w grupie chorych bez leczenia uzupełniającego (po wykonaniu zabiegu operacyjnego). Analiza wykazała istotność statystyczną w przypadku jednej zmiennej oceniającej ból, natomiast pozostałe zmienne tej zależności nie potwierdziły (tabela 5).

W trakcie terapii u pacjentów z nowotworem jelita grubego analizowano wpływ leczenia uzupełniającego na poprawę stanu pacjenta. Obliczenia statystyczne żadną ze skal nie potwierdziły, że dodatkowe leczenie miało wpływ na zmniejszenie dolegliwości bólowych (tabela 6).

**Tabela 6. Wpływ leczenia uzupełniającego na poprawę stanu ogólnego pacjenta**

Wartości zmienne	bez leczenia uzupełniającego (n = 29)				z leczeniem uzupełniającym (n = 71)				Test Manna- -Whitneya
	Ból (B)	średnia	minim.	mediana	maks	średnia	minim.	mediana	
P 9	0,69	- 2	1	2	0,83	- 2	1	3	0,653
P 19	0,72	- 2	1	3	0,73	- 3	1	3	0,969
VAS	0,72	- 2	1	3	0,62	- 1	1	3	0,571

### Omówienie wyników

Jakość życia jest terminem utożsamianym z dobrym samopoczuciem, satysfakcją z życia i dobrobytem. Subiektywna ocena własnego zdrowia ma znacznie większy wpływ na wiele zachowań człowieka niż ocena obiektywna, dokonywana przez lekarza (która jest zwykle lepsza od samooceny pacjenta) [4]. W piśmiennictwie znaleźć można dużo prac poruszających jakość życia po różnorodnych zabiegach operacyjnych. Świadczy to o zainteresowaniu nie tylko techniczną stroną operacji, ale także późniejszym funkcjonowaniu i odnalezieniu się w nowej sytuacji operowanych chorych [8].

Jednym z aspektów badania jakości życia chorych z nowotworem jelita grubego jest ocena natężenia dolegliwości bólowych na każdym etapie terapii. Odczuwanie bólu jest reakcją mózgu na splot zjawisk elektrycznych i chemicznych, zachodzących w innych częściach naszego ciała. Informacja o bólu jest przekazywana za pomocą zakodowanych impulsów. Komórki centralnego układu nerwowego przejmują komunikat i przekazują go wzdłuż rdzenia do mózgu. Zdarza się, że komunikat zostaje zmodyfikowany przez komórki centralnego układu nerwowego po to, aby odczucie bólu nie zostało odebrane przez mózg. Dzieje się tak między innymi, gdy jesteśmy pod wpływem silnego stresu. Ból przewlekły jest uporczywy, nawracający oraz trwa powyżej trzech miesięcy, wymaga regularnej terapii przeciwbólowej. Ból ten ma zazwyczaj złożony mechanizm powstawania, nie spełnia już roli ostrzegawczo-obronnej ani obronno-zabezpieczającej i dlatego staje się chorobą „samą w sobie”.

Ból w chorobie nowotworowej rzadko jest sygnałem alarmowym. Jego wystąpienie świadczy zwykle o znacznym zaawansowaniu procesu. Towarzyszą często różnorodne objawy somatyczne, np. zaburzenia snu,

zmniejszenie aktywności życiowej, brak apetytu, zaparcie stolca, pogorszenie funkcji seksualnych i zmiany w osobowości, ponadto często mogą towarzyszyć zaburzenia psychiczne, np. lęk czy depresja [4]. Konieczność wykonania zabiegu operacyjnego, jego rozległość i charakter również wpływa na nasilenie dolegliwości bólowych. Ból pooperacyjny nie jest zjawiskiem pożądanym, jego występowanie, niedostateczne uśmierzanie może wpływać na zaburzenie funkcji organizmu, czego skutkiem będzie między innymi: utrudniony powrót do zdrowia oraz przedłużenie hospitalizacji.

Grupa pacjentów biorących udział w badaniu zarówno po leczeniu chirurgicznym, jak i na etapie leczenia uzupełniającego odczuwała zróżnicowany poziom bólu, co było istotne statystycznie.

Leczenie chirurgiczne, niezależnie od rodzaju przeprowadzonej operacji, w nowotworach jelita grubego powinno być kontynuowane poprzez terapię uzupełniającą. Leczenie to powinno być stosowane u chorych w stanie zadawalającej sprawności ogólnej i wydolności ważnych narządów oraz bez współistnienia poważnych chorób dodatkowych. Najczęściej stosowanym algorytmem postępowania w leczeniu dodatkowym jest: przedoperacyjna, tzw. krótka lub długa radioterapia oraz pooperacyjna chemioterapia. Amerykański Instytut Zdrowia zaleca nierozszerzanie leczenia chirurgicznego w stopniu 1 zaawansowania raka (sam zabieg jest wystarczająco radykalnym procesem leczniczym) oraz o niestosowaniu leczenia uzupełniającego w stopniu 2 i 3 [10].

Pomimo istotnego postępu nadal wyniki leczenia nowotworu jelita grubego pozostają niezadowalające [9]. Całkowite wyleczenie nieodłącznie jest związane z wczesnym wykryciem zmiany rozrostowej i jej radykalnym leczeniem. Szacuje się, że spośród 100 chorych z nowotworami złośliwymi ok. 20 wyleczonych zostanie po zastosowaniu leczenia chirurgicznego, kolejnych 20 po zastosowaniu radioterapii, a niespełna 10 po podaniu chemioterapii [10]. Według Frasera [11] w przypadku chronicznej lub nieuleczalnej choroby, w ocenie leczenia muszą być brane pod uwagę czynniki bardziej subtelne niż tylko same przeżycie. Sukces operacji musi być oceniany nie tylko w aspekcie śmiertelności, zachorowalności i komplikacji, ale również w redukcji objawów bólowych, zadowolenia z operacji i ogólnej jakości życia.

Ból wywiera poważne skutki w dziedzinie życia somatycznego (metabolicznej, hemodynamicznej, mózgowej), jak i psychicznego. Leczenie uzupełniające (adjuwantowe) ma na celu zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych. Ocena natężenia dole-

gliwości bólowych w grupie badanych pacjentów po zakończonym leczeniu uzupełniającym (chemio- lub radioterapii) oraz w grupie chorych bez leczenia uzupełniającego wykazała istotność statystyczną w przypadku jednej zmiennej oceniającej ból, natomiast pozostałe zmienne tej zależności nie potwierdziły.

Badania przeprowadzone przez Camilleri-Brennana J. i wsp. [12] u 53 pacjentów po resekcji przedniej niskiej i 53 po wycięciu brzuszno-kroczo- wym, nie potwierdziły różnic w ramach skal zawartych w kwestionariuszu QLQ-C30 (w tym w zakresie dolegliwości bólowych). Grumann M. i wsp. [13] oceniali funkcjonowanie 50 pacjentów leczonych przednią resekcją, w tym 15 przednią niską i 23 brzuszno-kroczo- wym wycięciem. Badania prospektywne były przeprowadzone 3-krotnie, przed operacją, 6–9 i 12–15 miesięcy po operacji. Przedstawione przez autorów wyniki wykazały wpływ metody operacji na skalę objawów (również bólowych) ze strony przewodu pokarmowego. Lepsze wyniki po operacji brzuszno- -kroczo- wej autorzy tłumaczą większą chęcią przeżycia niż chęcią do oka- -leczonej operacji oraz pozytywną zmianą poglądów co do swoich ogra- -niczeń po operacji.

W badaniach własnych próbowano ocenić wpływ leczenia uzupeł- -niającego na obniżenie dolegliwości bólowych. Badania nie potwierdziły takiej zależności.

Biorąc pod uwagę stale wzrastającą liczbę zachorowań na raka je- -lita grubego, a zatem zwiększającą się liczbę operacji i konieczność tera- -pii uzupełniającej, celowe wydaje się badanie nasilenia objawów (w tym przede wszystkim bólowych). W krajach zachodnich 73–80% placówek ochrony zdrowia i w niektórych w Polsce zajmujących się leczeniem raka jelita grubego prowadzi badania następcze (follow up) po zabie- -gach resekcyjnych. Standardem postępowania jest obserwacja pacjenta przez okres 5 lat po operacji i dotyczy to wszystkich grup chorych, nieza- -leżnie od zastosowanego leczenia. Przedstawione badanie nie wykazało istotnego znaczenia w minimalizacji bólu bez względu na rodzaj terapii. Należałoby więc ponowić próbę oceny poziomu bólu po zakończonym procesie leczenia uzupełniającego.

## Wnioski

1. Ścisły nadzór nad grupami pacjentów z występowaniem raka jelita grubego, wdrożenie wczesnego leczenia chirurgicznego powoduje wzrost przeżywalności chorych, zwiększa poczucie bezpieczeństwa i poprawia komfort życia.

2. Monitorowanie dolegliwości bólowych w grupie pacjentów z nowotworem jelita grubego powinno być stałym elementem terapii zarówno chirurgicznej, jak i uzupełniającej.
3. Konieczna jest szeroka współpraca ze specjalistami od terapii bólu dla zmniejszenia częstości i nasilenia dolegliwości bólowych na poszczególnych etapach leczenia nowotworu jelita grubego.

## Piśmiennictwo

1. Jabłońska I., Kulig J., Legutko J.: Przednia resekcja odbytnicy – wybrane aspekty jakości życia chorych. *Współczesna Onkologia*, 2006.
2. Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce 2004. GUS, Warszawa 2006, 47–48.
3. Nowacki M. P.: Rak jelita grubego. [W:] *Onkologia kliniczna*, Krzakowski M. (red.), Warszawa 2001.
4. Ponczek D., Nowicki A.: Rak odbytnicy a jakość życia po operacji. *Współczesna Onkologia*, 2004, 8, 3, 153–159.
5. Grzebieniak Z., Kielan W.: Problemy chirurgiczne w leczeniu raka odbytnicy. *Pol. Med. Rodz.*, 2000, 2, 301–302.
6. De Walden-Gałuszko K.: Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory. *Onkol. Pol.*, 1998, 3–4, 149–152.
7. Serrie A., Thurel C.: Leczenie bólów przewlekłych w chorobach nowotworowych u dorosłych. [w:] Saint-Maurice C., Muller A., Meynadier J.: *Ból, diagnostyka, leczenie i prewencja*. Wydawnictwo Gebethner&Ska, Bydgoszcz, 1998, 108–133.
8. Gooszen A. W., Geelkerken R. H., Hermans J. wsp.: Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. *Dis. Colon Rectum*, 2000, 43, 650–655.
9. Lewandowski T.: Ból w chorobach nowotworowych. *Medycyna Rodzinna*, 2003, 6, 178–184.
10. Korniluk J., Wcisło G., Nurzyński P., Stec A., Bodnar L., Obrocka B., Szczylik C.: Leczenie uzupełniające raka jelita grubego. *Współcz. Onkol.*, 2006, 10, 3 (139–140).
11. Fraser S. A. C.: Quality of life measurement in surgical practice. *Br. J. Surg.*, 1993, 80, 163–169.
12. Camillieri-Brennan J., Steele R. J.: Objective assesment of morbidity and quality of life after burglary for low recital cancer. *Corectal. Dis.*, 2001, 4, 61–66.
13. Grumman M. M., Noack E. M., Hoffman I. A., et al.: Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extrirpation or anterior resection for rectal cancer. *Ann. Surg.*, 2001, 233, 149–156.

Dorota Kondzior<sup>1</sup>, Marta Kozłow<sup>2</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kuśak<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>1,3</sup>, Krystyna Kowalczuk<sup>1</sup>,  
Hanna Rolka Hanna<sup>1</sup>, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>

## **Pielęgnowanie pacjenta w terminalnej fazie choroby nowotworowej ze zdiagnozowanym rakiem płuca**

### **Wstęp**

**Nowotwór**, tkanka rozrastająca się w organizmie autonomicznie i wbrew ogólnoustrojowej harmonii mimo, że wywodzi się z tkanki prawidłowej [1].

Nowotwory dzielimy na łagodne i złośliwe. Niezłośliwy (np. włókniak, tłuszczak) rośnie powoli, nie niszczy okolicznych tkanek i nie daje przerzutów; złośliwy (np. rak, mięsak) rośnie szybko, przenika tkanki otoczenia i niszczy je, produktami przemiany materii zatrzuwa organizm, daje przerzuty. Nowotwór złośliwy jest popularnie określany słowem „rak”. Nie jest to jednak prawidłowe określenie medyczne. W polskim słownictwie medycznym rak (carcinoma) to wyłącznie nowotwór złośliwy pochodzenia nabłonkowego. Czerniak (melanoma) to złośliwy nowotwór tkanki barwnikotwórczej, a chłoniak (lymphoma) – złośliwy nowotwór układu chłonnego. Białaczka to nowotwór z komórek szpiku, z obecnością komórek nowotworowych we krwi obwodowej. Mięsak (sarcoma) jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z tzw. tkanek miękkich oraz z układu szkieletowego [1, 8].

### **Epidemiologia nowotworów płuc**

Wskaźniki zachorowalności na raka płuca w Polsce kształtują się powyżej średniej światowej. Według danych Centrum Onkologii w 1997 r.

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMwB

<sup>2</sup> Absolwentka Pielęgniarstwa UMwB

<sup>3</sup> PWSliP w Łomży

zarejestrowano 16 211 nowych zachorowań wśród mężczyzn i 3738 u kobiet, co stanowi odpowiednio 29,2% (mężczyźni) i 7,5% (kobiety) zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem. Roczne tempo wzrostu współczynnika umieralności na raka płuca u mężczyzn w Polsce jest w ostatnim 20-leciu 2-krotnie szybsze niż w jakimkolwiek innym kraju Europy. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn w Polsce gwałtownie się zwiększa od połowy lat 60-tych. Współczynnik umieralności wynosił wówczas 31,7 na 100 000 ludności. W pierwszej połowie lat 80-tych współczynnik umieralności wynosił 59,0 na 100 000 ludności, a w latach 90-tych – 71,3 na 100 000 ludności. Ten sam współczynnik u kobiet w połowie lat 80-tych – 7,4 na 100 000 ludności, a w pierwszej połowie lat 90-tych – 10,3 na 100 000 ludności [11].

### **Etiopatogeneza raka płuca**

Proces nowotworzenia – kancerogenezy w płucach jest wieloetapowy i zostaje zainicjowany przez szereg czynników egzo- i endogennych powodujących zaburzenia genetyczne. Kumulacja zaburzeń genetycznych i molekularnych powoduje niekontrolowany wzrost i podział komórek ze zmutowanym genotypem [3].

### **Klasyfikacja nowotworów płuc**

Według klasyfikacji WHO wśród nabłonkowych nowotworów złośliwych płuca wyróżnia się 2 grupy – NDRP (niedrobnokomórkowy rak płuca) i DRP (drobnokomórkowy rak płuca) [9].

- **Raki niedrobnokomórkowe (NDRP) dzielimy na:**
  - **Rak płaskonabłonkowy (carcinoma planoepitheliale)** – stanowi 50% wszystkich nowotworów płuca, jest to najczęściej występujący nowotwór w układzie oddechowym, bezwzględnie tytoniozależny.
  - **Rak gruczołowy (adenocarcinoma)** – stanowi około 35% wszystkich raków płuca, wywodzi się z komórek gruczołowych wytwarzających śluz i w związku z tym częściej występuje obwodowo, ma bardziej agresywny przebieg.
  - **Rak wielokomórkowy (carcinoma macrocellulare)** – częstość występowania wynosi ok. 15%. Jest nowotworem tytoniozależnym. Najczęściej lokalizuje się w okolicy wnęki lub obwodowo. Daje przerzuty odległe, wielonarządowe.
- **Rak drobnokomórkowy (DRP) (carcinoma microcellulare)** – częstość występowania wynosi 20–25% wszystkich raków. Jest nowotworem



o największej złośliwości miejscowej i odległej. W chwili wykrycia jest najczęściej w stadium rozsiewu. Jest guzem tytoniozależnym. Szerzy się przez ciągłość oraz drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych. Wcześniej daje przerzuty do wątroby, kości, szpiku, nadnerczy i mózgu [3, 9, 10].

### **Objawy kliniczne raka płuc**

Obraz kliniczny nowotworów płuca i klatki piersiowej może być zróżnicowany, zależnie od umiejscowienia nowotworu oraz jego zasięgu. Objawy mogą być związane z pierwotną zmianą, naciekaniem miejscowym lub przerzutami, a także zespołami paranowotworowymi. Objawy kliniczne w przebiegu raka płuca występują zwykle późno i są przyczyną późnej wykrywalności choroby, a w związku z tym złych efektów leczenia [3, 9].

### **Diagnostyka**

Diagnostyka raka płuca ma na celu histologiczne rozróżnienie pomiędzy DRP a NDRP i ocenę zaawansowania choroby w momencie jej wykrycia [3, 12]. Przeprowadza się: badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, RTG klatki piersiowej, badania w celu ustalenia typu histologicznego, badania w celu określenia stopnia zaawansowania.

### **Leczenie**

Wybór metody leczenia raka płuca jest ściśle związany z czasem wykrycia choroby nowotworowej, a to decyduje o ostatecznych efektach terapii. Ustalenie stopnia zaawansowania choroby ma podstawowe znaczenie w wyborze metody leczenia. Istotne znaczenie w decyzji o sposobie leczenia ma stan ogólny chorego, który jest najczęściej związany ze stopniem zaawansowania choroby [3, 11].

Metody leczenia nowotworów złośliwych to: chirurgia, chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia, immunoterapia oraz biologiczna terapia celowana [14].

### **Opieka paliatywna**

WHO określa ją, jako wszechstronną całościową opiekę nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby, sprawowaną zazwyczaj w okresie kresu życia. Opieka paliatywna jest to aktywna, całościowa opieka nastawiona na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb chorego w stanie ter-

minalnym oraz jego rodziny zarówno podczas choroby, jak i w okresie żałoby. Zaspokojenie tych potrzeb polega nie tylko na trosce o usunięcie lub znaczne złagodzenie dolegliwości somatycznych, ale również na pomocy w rozwiązywaniu problemów psychicznych, socjalnych i duchowych tych osób [4, 5].

Zarówno pacjenci, jak i rodzina nie ponoszą kosztów opieki, którą świadczy się bez względu na wiek, płeć, rasę czy wyznanie. Opieką tą może być objęty każdy zgłaszający się (lub zgłaszany przez inne osoby) chory będący w terminalnej fazie choroby oraz w razie potrzeby członkowie jego rodziny [4].

Opieka paliatywna zakłada, że umieranie jest procesem naturalnym. Działania podejmowane w jej zakresie ani nie przyspieszają, ani nie odsuwają śmierci w czasie. Są to działania podejmowane nie tylko w terminalnej fazie choroby (właściwy stan terminalny rozpoczyna się w chwili, gdy u chorego pojawiają się dolegliwości, prowadzące do nieodwracalnego pogorszenia stanu ogólnego i sprawności ruchowej, co uniemożliwia zwykle wychodzenie z domu; jest to okres właściwej opieki hospicyjnej, trwający zwykle 6–8 tygodni), ale również dużo wcześniej, gdy wiadomo, że leczenie przyczynowe nie zakończy się wyleczeniem [4, 8].

Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin przez zapobieganie lub złagodzenie dolegliwości i objawów związanych z nieuleczalną chorobą [7]. Nowoczesna koncepcja opieki paliatywnej obejmująca wszechstronną, całościową opieką człowieka umierającego i jego rodzinę kieruje się następującymi zasadami:

- uznaje autonomię i godność pacjenta,
- ceni życie, uznając umieranie za naturalny element ludzkiego losu,
- nie przyspiesza, ani nie opóźnia zgonu,
- łagodzi ból i inne dokuczliwe objawy,
- obejmuje potrzeby fizyczne, psychiczne, duchowe i socjalne chorego,
- tworzy system wsparcia umożliwiający choremu prowadzenie aktywnego oraz twórczego życia aż do śmierci (na ile to możliwe),
- pomaga rodzinie radzić sobie z chorobą bliskiego człowieka i wspiera ją w okresie osierocenia [2].

Realizacja opieki nad ciężko chorym umierającym wymaga empatii, okazania szacunku, zachowania spokoju i zapewnienia godnych warunków umierania (spokój, przyćmione światło, podanie wody do picia, zwilżenie ust, otarcie potu). Bardzo ważną umiejętnością jest wnikliwa obserwacja, która pozwala dostrzegać bieżące potrzeby pacjenta [13].

W opiece nad ciężko chorymi umierającymi nie ma reguł dotyczących postępowania. Należy postępować zgodnie z intuicją, z przyjętymi normami kulturowymi, uszanować zasady religii, która wyznaje osoba odchodząca, przestrzegać zasad etyki zawodowej. Wszystkie zabiegi higieniczne wykonywać należy w łóżku (również mycie całego ciała), w jak najdogodniejszej dla chorego pozycji. Dieta powinna być płynna, napoje podawane często, w małych ilościach – w ostatnim okresie ograniczone tylko do zwilżania ust [13].

## Cel pracy

Zapobieganie i leczenie nowotworów złośliwych, także w Polsce, stanowi największe wyzwanie w dziedzinie zdrowia na początku XXI wieku. Są one główną przyczyną przedwczesnych zgonów Polaków (przed 65-tym rokiem życia). Dlatego zapobieganie zachorowaniom, wczesne wykrywanie i leczenie nowotworów oraz walka o jakość życia (szczególnie walka z bólem) chorych na raka stają się podstawowym zadaniem [6]. Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i bio-psycho-społecznych pacjentki z rakiem płuc.
2. Ustalenie planu indywidualnej opieki pielęgniarzkiej pacjentki z rakiem płuc.

## Materiał i metody

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 70 lat chorującą na raka płuc oraz dokonano przeglądu wybranego piśmiennictwa z lat 1999–2008 z zakresu przyczyn, objawów, leczenia, pielęgnowania chorych z rakiem płuc. Materiał zebrano posługując się narzędziami badawczymi, takimi jak:

1. Wywiad, do którego użyto samodzielnie skonstruowanego arkusza do gromadzenia danych o pacjentce.
2. Analiza dokumentacji medycznej (historia choroby pacjentki, karta gorączkowa, indywidualna karta zleceń lekarskich, wyniki badań laboratoryjnych).
3. Obserwacja pacjentki.
4. Wykonywanie pomiarów bezpośrednich i pośrednich.
5. Diagnoza pielęgniarzka oraz plan postępowania pielęgnacyjnego ustalony przy pomocy procesu pielęgnowania.

## Wyniki

### Opis przypadku

Pacjentka A.L., lat 70 zamieszkała w Białymstoku, województwo podlaskie. Przebywa trzecią dobę w Białostockim Centrum Onkologicznym w Białymstoku z rozpoznaniem – nowotwór złośliwy płuca lewego płata dolnego (C34), stan po usunięciu płata dolnego płuca lewego i węzłów chłonnych śródpiersia. Pacjentkę przyjęto w trybie planowym w celach diagnostycznych i leczniczych. W czasie pobytu w szpitalu pacjentka odczuwała lęk przed chemioterapią oraz utratą włosów, wystąpiły nudności i wymioty, podwyższona temperatura ciała, brak apetytu, a także zmęczenie i osłabienie. U chorej w trakcie pobytu w szpitalu zostały przeprowadzone badania: morfologia krwi, mocz – badanie ogólne, elektrolity, enzymy, klirens kreatyniny, układ krzepnięcia, Ekg, Rtg klatki piersiowej, Tomografia Komputerowa. Założono centralne wkłucie żyłne z dojścia podobojczykowego po stronie prawej (bez powikłań).

Na podstawie przeprowadzonych badań zastosowano leczenie – chemioterapię. Pacjentkę wypisano po czterech tygodniach pobytu na oddziale w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniami do dalszej pielęgnacji oraz zgłoszeniem się do Oddziału Radioterapii w celu podania kolejnego kursu chemicznego za dwa tygodnie.

Wywiad, który posłużył do ustalenia indywidualnego planu pielęgnacji zebrano na podstawie obserwacji, analizy dokumentacji lekarskiej, pielęgniarstwa oraz arkusza do zbierania danych o pacjencie.

### 1. INFORMACJE OGÓLNE O PACJENCIE

Imię i nazwisko pacjenta: **A.L.**

Płeć: **K/M**

Data urodzenia: **XX.XX.XXXX**

Wiek: **70 lat**

Adres zamieszkania: **Białystok**

Tryb przyjęcia do szpitala: **nagły/planowany**

Stan cywilny: **wdowa**

Sytuacja rodzinna: **mieszka z rodziną**

Warunki mieszkaniowe: **bardzo dobre/dobre/złe**

Wykształcenie: **podstawowe/zawodowe/średnie/wyższe**

Zawód: **emerytka**

Źródło utrzymania: **emerytura**

### 2. INFORMACJE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZDROWOTNEJ PACJENTA

Rozpoznanie medyczne: **Nowotwór złośliwy płuca lewego płata dolnego (C34). Stan po usunięciu płata dolnego płuca lewego i węzłów chłonnych śródpiersia.**

Palenie papierosów: **tak, ile? 20 papierosów dziennie**/nie

Alkohol: **tak/nie**

Grupa krwi: **A**

Czynnik Rh: **(+)**

Nosicielstwo HBS: **ujemny**/dodatni/brak danych

Nosicielstwo HIV: **ujemny**/dodatni/**brak danych**

Przebyte choroby w przeszłości: **choroby wieku dziecięcego**

Choroby współistniejące: **brak**

Szczepienie p/wzw typu B: **tak/nie**

Alergie: **tak, jakie? .....**/nie

Aktywność fizyczna: **systematycznie**/niesystematycznie/**sporadycznie**/brak

Dieta: **lekkostrawna**

### 3. DANE O FUNKCJONOWANIU POSZCZEGÓLNYCH UKŁADÓW

#### UKŁAD NERWOWY

Świadomość: **pełna**/senność/zamroczenie/śpiączka

Kontakt słowny: **prawidłowy**/ograniczony/brak kontaktu

Sen: **prawidłowy**/trudności w zasypianiu/bezsenność

#### UKŁAD KRAŻENIA

Ciśnienie tętnicze: **120/85 mmHg**

Tętno: **75 uderzeń/min.**

Sinica skóry: **centralna**/obwodowa/**brak**

Obrzęki: **tak, lokalizacja obrzęków? .....**/nie

Omdlenia: **tak/nie**

#### UKŁAD ODDECHOWY

Liczba oddechów/min.: **27**

Charakter oddechów: **miarowy**/niemiarowy/utrudniony

Zaleganie wydzieliny: **tak, jaka? .....**/nie

Kaszel: **tak, jaki? wilgotny/suchy/mieszany.../nie**

Duszność: **wdechowa**/wydechowa/spoczynkowa/**wysiłkowa**/brak

#### UKŁAD POKARMOWY

Odżywianie: **doustne**/dożylne/przez sondę/inne

Przyjmowanie posiłków: **samodzielnie**/z pomocą

Stan jamy ustnej: **prawidłowy**/stan zapalny/suchość

Stan uzębienia: **prawidłowe**/**proteza zębowa**

Wydalenie stolca: **prawidłowe**/zaparcia/biegunka

Pragnienie: **prawidłowe**/wzmózone/zmniejszone

Inne dolegliwości: **nudności**/**wymioty**/odbijanie/zgaga/brak

#### UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

Diureza dobową: **norma**/wielomocz/skąpomocz/bezmocz

Kolor moczu: **prawidłowy**/ciemny/krwiomocz/inne

Trudności w oddawaniu moczu: **uczucie parcia**/pieczenie/nietrzymanie  
moczu/**nie występują**

Bilans płynów: **prawidłowy**/dodatni/ujemny

Miesiączka: **tak/nie**

Data ostatniej miesiączki: **około 16 lat temu**

Zabiegi ginekologiczne: **tak/nie**

**NARZĄDY ZMYŚLÓW**

Wzrok: prawidłowy/**okulary**/soczewki kontaktowe/niewidomy

Słuch: **prawidłowy**/niedosłyszenie/głuchota

Smak: prawidłowy/**zaburzony**

**SKÓRA**

Stan skóry: sucha/wilgotna/**czysta**/brudna

Zabarwienie: blada/**zaczerwieniona**/zażółcona

Zmiany dermatologiczne: tak/**nie**

Odleżyny: tak/**nie**

**STAN PSYCHICZNY**

Samopoczucie w ocenie pacjenta: bardzo dobre/dobre/**dość dobre**/złe

Pamięć: **dobra**/zaburzona

Nastroj: w normie/**obniżony**/podwyższony

Orientacja w sprawach zdrowia: dobra/**słaba**/brak orientacji

Adaptacja do warunków szpitalnych: **dobra**/zła

Reakcja na odwiedziny: **chętny**/niechętny

Lęki i niepokoje: **tak**, jakie? **Lęk przed chemioterapią, wypadaniem włosów..**/nie

**Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej**

1. **Diagnoza pielęgniarska:** obawa pacjentki przed leczeniem cytostatykami

**Cel opieki:** zmniejszenie lęku u pacjentki

**Interwencje pielęgniarskie:**

- wyjaśnienie pacjentce istoty chemioterapii,
- objaśnienie sposobu podawania leków,
- przekazanie ogólnych wskazówek w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych,
- zaproponowanie dla chorej przeczytania poradnika dla pacjentów – „Zrozumieć chemioterapię”,
- podawanie leków uspokajających zgodnie ze zleceniami lekarskimi.

2. **Diagnoza pielęgniarska:** strach przed utratą włosów

**Cel opieki:** obniżenie strachu u pacjentki spowodowanego leczeniem

**Interwencje pielęgniarskie:**

- przeprowadzenie rozmowy z pacjentką na temat wypadania włosów po podaniu leków cytostatycznych,
- poinformowanie pacjentki o:
  - używaniu łagodnych szamponów,
  - delikatnym czesaniu włosów,
  - unikaniu wykonywania trwałych ondulacji, farbowania włosów,

- zaproponowanie skrócenia włosów,
  - zastosowaniu specjalnych odżywek w czasie i po zastosowaniu chemioterapii, np. Wax, które wzmacniają cebulki włosów,
  - uprzedzenie o możliwości wystąpienia całkowitej utraty włosów w czasie leczenia chemioterapią; zaproponowanie kupienia peruki – udzielenie informacji na temat miejsca zakupu peruki i możliwości refundacji,
  - zaproponowanie noszenia chustki, kapelusza,
  - umożliwienie kontaktu z innymi pacjentkami, u których nastąpił odrost włosów,
3. **Diagnoza pielęgniarska:** dyskomfort pacjentki spowodowany odczuwaniem nudności i wymiotów
- Cel opieki:** zmniejszenie uczucia nudności, wymiotów
- Interwencje pielęgniarskie:**
- ułożenie pacjentki w pozycji grzbietowej, półwysokiej lub wysokiej z odchyleniem głowy na bok lub ułożenie w pozycji bocznej, półwysokiej lub wysokiej,
  - podanie miski jednorazowego użytku i ligniny,
  - pomoc w czasie wymiotów,
  - podanie pacjentce wody do płukania jamy ustnej,
  - zgłoszenie wystąpienia objawów niepożądanych lekarzowi prowadzącemu,
  - obserwacja pacjentki,
  - zalecanie oddychania głęboko i powoli,
  - wietrzenie pomieszczeń, usuwanie nieprzyjemnych i drażniących pacjentkę zapachów,
  - poinformowanie o noszeniu lekkich, nie uciskających ubrań,
  - podanie leków przeciwwymiotnych zgodnie z kartą zleceń
4. **Diagnoza pielęgniarska:** podwyższona temperatura ciała – 38°C
- Cel opieki:** obniżenie temperatury ciała do wartości fizjologicznych
- Interwencje pielęgniarskie:**
- poinformowanie chorej o konieczności pozostania w łóżku,
  - ograniczenie wysiłku fizycznego,
  - konsultacja lekarza prowadzącego,
  - zastosowanie zimnych okładów w okolicę pachwin,
  - zmiana bielizny osobistej i pościelowej chorej,
  - zwiększenie ilości przyjmowanych płynów,
  - założenie kontrolki temperatury ciała i mierzenie jej co 2 godziny,
  - podanie odpowiednich leków na zlecenie lekarza

5. **Diagnoza pielęgniarska:** brak apetytu spowodowany chemioterapią

**Cel opieki:** poprawa apetytu pacjentki

**Interwencje pielęgniarskie:**

- poinformowanie chorej o tym, że utrata apetytu może występować jako objaw niepożądany w przebiegu leczenia cytostatykami (chemioterapia wpływa ujemnie na apetyt, ponieważ zmienia odczuwanie smaku niektórych potraw),
- zachęcenie do spożywania posiłków,
- estetyczne podawanie posiłków,
- wprowadzenie zasady „jeść mniej, ale częściej” – jeść wtedy, gdy poczuje głód,
- poinformowanie pacjentki o konieczności jedzenia pokarmów wysokokalorycznych, wysokobiałkowych, powoli, w ciszy i spokoju,
- zalecenie używania dodatków o wyraźnym smaku, takich jak: herbata miętowa, guma do żucia, pastylki miętowe, pastylki z eukaliptusa,
- rozmowa z rodziną na temat możliwości dostarczania potraw ulubionych przez pacjenta,
- unikanie potraw budzących wstręt u pacjentki,
- wykonywanie toalety jamy ustnej przed posiłkami,
- zapobieganie i usuwanie suchości w jamie ustnej poprzez częste popijanie wód mineralnych, soków,
- zalecanie częstych spacerów

6. **Diagnoza pielęgniarska:** zmęczenie i osłabienie pacjentki

**Cel opieki:** poprawa samopoczucia pacjentki

**Interwencje pielęgniarskie:**

- zapewnienie wygody, ciszy i spokoju poprzez zastosowanie takich czynności, jak: wygodne ułożenie chorej w łóżku, wietrzenie sali, wyłączenie światła,
- utrzymanie równowagi gospodarki wodno-elektrolitowej: założenie DZM, prowadzenie bilansu płynów, podanie preparatów wielowitaminowych, podanie płynów infuzyjnych zgodnie ze zleceniem lekarza, nakłanianie pacjentki do odpowiedniego odżywiania
- zachowanie czystości otoczenia: pomoc chorej w toalecie całego ciała, zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
- wyjaśnienie pacjentce, że leki cytostatyczne mogą wpływać na ogólne osłabienie organizmu i zmęczenie



7. **Diagnoza pielęgniarska:** niedostateczna wiedza pacjentki na temat swojej jednostki chorobowej  
**Cel opieki:** zwiększenie zakresu wiedzy na temat choroby pacjentki  
**Interwencje pielęgniarskie:**
- rozmowa z pacjentką na temat przyczyn, skutków, czynników sprzyjających występowaniu raka płuc,
  - dostarczenie wiadomości na temat metod leczenia raka płuc,
  - przekazanie materiałów edukacyjnych na temat raka płuc
8. **Diagnoza pielęgniarska:** brak wiedzy na temat sposobu odżywiania w czasie chemioterapii  
**Cel opieki:** zapoznanie pacjentki z dietą w czasie chemioterapii  
**Interwencje pielęgniarskie:**
- przedstawienie spisu produktów, które są dozwolone oraz nie-wskazane,
  - zachęcenie pacjentki do stosowania diety
9. **Diagnoza pielęgniarska:** ryzyko powstania zakażenia w związku z założonym wkłuciem centralnym  
**Cel opieki:** zapobieganie zakażeniom  
**Interwencje pielęgniarskie:**
- kontrola stanu skóry wokół wkłucia, ze szczególnym uwzględnieniem: obrzęków, zaczerwienienia, odczynów alergicznych,
  - zapobieganie wysunięcia się kaniuli przez kontrolę umiejscowienia cewnika i prawidłowe ułożenie chorej,
  - zapobieganie zatorom powietrznym przez dbałość o szczelność systemu połączeń,
  - zapobieganie zakrzepom w świetle cewnika – przepłukiwanie roztworem heparyny,
  - przestrzeganie jałowości podczas zmiany opatrunków w miejscu wkłucia
10. **Diagnoza pielęgniarska:** niedostateczna wiedza rodziny pacjentki dotycząca pielęgnacji chorej w domu  
**Cel opieki:** przygotowanie rodziny do pielęgnacji i śmierci chorej  
**Interwencje pielęgniarskie:**
- rozmowa z rodziną chorej o pielęgnowaniu pacjentki w domu:
    - możliwościach zastosowania udogodnień, np. materaca przeciwoodleżynowego,
    - stosowaniu środków farmakologicznych: maści, kremów, zasypek, płynów do skóry,
    - zaopatrzenie się w pampersy

- nauczenie rodziny sposobu podawania leków, np. przyklejania plastrów przeciwbólowych,
- poinformowanie rodziny o możliwości korzystania z pomocy hospicjum domowego,
- umożliwienie kontaktu z psychologiem,
- ułatwienie spotkania z kapłanem,
- rozmowa na tematy trudne, takie jak: śmierć i umieranie

### Wskazówki do dalszej pielęgnacji

1. Zaprzestanie palenia papierosów.
2. Zalecenia dotyczące diety w trakcie chemioterapii:
  - pacjentka powinna jeść pokarmy wysokokaloryczne, wysokobiałkowe, powoli – w ciszy i spokoju,
  - zaleca się używać dodatków o wyraźnym smaku, np. pastylki miętowe, herbata miętowa,
  - **produkty dozwolone:**
    - czerwone mięsa (np. wątróbka),
    - zielone, liściaste warzywa, ziemniaki puree,
    - lody, budyń, kisiel, galaretka, koktajle mleczne,
    - odżywki dla niemowląt,
    - twarogi, makaron z serem,
    - banany, jajecznicą.
  - **produkty niewskazane:**
    - pomidory, cytryny, soki cytrynowe, grejpfrutowe i pomarańczowe, pikantne przyprawy,
    - surowe warzywa, surowe jajka, surowe mleko.
3. Zalecenie umiarkowanej aktywności fizycznej (w miarę wydolności i możliwości) – spacerować lub przebywanie na świeżym powietrzu.
4. Przekazanie ogólnych wskazówek dotyczących zastosowania leczenia chemioterapią:
  - zasad pielęgnacji włosów,
  - zasad pielęgnacji jamy ustnej,
  - poinformowanie o unikaniu opalania się,
  - należy unikać leków, które rozrzedzają krew (Aspiryna, Acard),
  - poinformowanie o zakazie stosowania baniek, naświetlania lampą Solux,
5. Systematyczne przyjmowanie leków zleconych przez lekarza.
6. Stosowanie się do zaleceń lekarza onkologa.
7. Kontrola w poradni Onkologicznej za 2 tygodnie.

## Wnioski

1. Na podstawie zebranych danych u pacjentki z rakiem płuc wyodrębnione zostały następujące problemy pielęgnacyjne:
  - obawa pacjentki przed leczeniem cytostatykami,
  - strach przed utratą włosów,
  - dyskomfort pacjentki spowodowany odczuwaniem nudności i wymiotów,
  - podwyższona temperatura ciała – do wartości 38°C,
  - brak apetytu spowodowany chemioterapią,
  - zmęczenie i osłabienie pacjentki,
  - niedostateczna wiedza pacjentki na temat swojej jednostki chorobowej,
  - brak wiedzy na temat sposobu odżywiania w czasie chemioterapii,
  - ryzyko powstania zakażenia w związku z założonym wkłuciem centralnym,
  - niedostateczna wiedza rodziny pacjentki dotycząca pielęgnacji chorej w domu.
2. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej obejmujący przede wszystkim zmniejszenie do minimum dyskomfortu spowodowanego odczuwaniem nudności i wymiotów.
3. Wiedza pacjentki na temat swojej jednostki chorobowej, leczenia, wpływu palenia papierosów na chorobę jest nie wystarczająca.
4. Pacjentka otrzymała zalecenia pielęgnacyjne dotyczące: zaprzestania palenia papierosów, stosowania diety, umiarkowanej aktywności fizycznej, przyjmowania leków zleconych przez lekarza.

## Piśmiennictwo

1. Boguta G.: Encyklopedia Popularna PWN. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, 574.
2. Ciechaniewicz W. (red.): Pielęgniarstwo ćwiczenia 2, Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
3. Daniluk J., Jurkowska G. (red.): Zarys chorób wewnętrznych. Wydawnictwo CZELEJ Sp. z o.o., Lublin 2005, 126, 129–131, 135–137.
4. De Walden-Gałuszko K., Kartacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej [w:] Założenia i podstawy ruchu hospicyjnego, De Walden-Gałuszko K., Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 14–15.

5. De Walden-Gałaszko K.: Podstawy opieki paliatywnej [w:] Zasady diagnostyki i leczenia bólu. Jarosz J., Hitler M. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 2005, 33.
6. <http://www.kodekswalkizrakiem.pl/content/view/85/133/>, 15.03.2009.
7. Jassem J., Krzakowski M. (red.): Nowotwory płuca i opłucnej. Praktyczny przewodnik dla lekarzy, Wydawnictwo Via Medica sp. z o.o., Gdańsk 2008, 1–4, 170–171.
8. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 11–12, 18–20, 206–207.
9. Krzakowski M. (red.): Onkologia kliniczna [w:] Nowotwory płuca i klatki piersiowej, Krzakowski M., Orłowski T. (red.), Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2001, 13–37.
10. Krzakowski M.: Rak płuca i inne nowotwory klatki piersiowej. Materiały zjazdowe III Kurs dla Pielęgniarek, Ameliówka, 13–16.12.1997.
11. Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A. (red.): Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 21–22, 59–62, 119, 123, 246–247.
12. Rzyman W.: Rak płuca – diagnostyka i leczenie, Gabinet Prywatny, 2008, 06–07 (176) 69–73.
13. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. (red.): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne [w:] Zasady postępowania ze starszym pacjentem w terminalnej fazie choroby, Stachowska M. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 350–351.
14. Wronkowski Z., Brużewicz Sz.: Chemioterapia i radioterapia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 26–27.

## Spis treści

### Zdrowie, choroba, uzależnienia

- Katarzyna Łagoda, Katarzyna Snarska, Grażyna Kobus, Julia Sawicka, Hanna Bachórzewska-Gajewska – *Żywność, zagrożeniem zdrowia i życia we współczesnym świecie* ..... 17
- Hanna Rolka, Monika Jarmińska, Krystyna Klimaszewska, Katarzyna Ostapowicz Van Damme, Elżbieta Krajewska-Kułał, Beata Kowalewska, Barbara Jankowiak – *Ocena stopnia akceptacji choroby przez pacjentów z rozpoznanym stwardnieniem rozsianym* ..... 29
- Hanna Rolka, Iwona Micun, Krystyna Klimaszewska, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Katarzyna Krajewska, Elżbieta Krajewska-Kułał, Beata Kowalewska, Barbara Jankowiak – *„Podaruj część siebie innym”. Opinia społeczeństwa na temat pobierania szpiku do przeszczepiania* ..... 43
- Hanna Rolka, Aneta Grochowska, Krystyna Klimaszewska, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Elżbieta Krajewska-Kułał, Beata Kowalewska, Barbara Jankowiak – *„Nie gaśmy życia, które jeszcze płonie, a jego piękny płomień świecić może jeszcze przez długi czas”. Postawy społeczeństwa polskiego wobec pobierania narządów od dawców żywych i zmarłych* ..... 57
- Grażyna Kobus, Julia Sawicka, Joanna Aleksiejuk, Katarzyna Łagoda, Katarzyna Snarska, Hanna Bachórzewska-Gajewska – *Transplantacja narządów jako dar życia – w opinii pielęgniarek* ..... 71
- Kamil Zysk, Joanna Chilińska, Krystyna Wróblewska, Anna Chojnowska, Elżbieta Krajewska-Kułał, Ewa Sieniawska, Małgorzata Góralczyk, Barbara Jankowiak, Agata Gołębiwska – *Transplantacja narządów w opinii społecznej na przykładzie wybranej populacji* ..... 81

Elżbieta Krajewska-Kułał, Cecylia Łukaszuk, Katarzyna Van-Damme Ostapowicz, Anna Baranowska, Barbara Jankowiak, Krystyna Kowalczuk, Krystyna Klimaszewska, Wojciech Nyklewicz, Matylda Sierakowska – *Solarium, tanoreksja – czy nowe śmiertelne uzależnienie?* . . . 93

Elżbieta Krajewska-Kułał, Cecylia Łukaszuk, Jolanta Lewko, Agnieszka Szyszko-Perłowska, Agnieszka Bielemuk, Dorota Kondzior, Beata Kowalewska, Katarzyna Krajewska, Hanna Rolka, Emilia Rozwadowska – *Ocena wiedzy studentów ratownictwa medycznego na temat zasad korzystania z solarium* . . . . . 105

Łukasz Zawadzki, Karolina Pietruk – *Wiedza na temat stosowania morfiny i postrzegania stereotypu morfiny przez studentów medycyny* . . . . . 117

Agata Kulikowska, Sławomir Lech Czaban, Iwona Jarocka, Katarzyna Łagoda – *Alkohol i jego społeczne konsekwencje* . . . . . 131

### **Problemy jakości życia w pracy zespołu terapeutycznego**

Bożena Okurowska-Zawada, Wojciech Kułał, Dorota Sienkiewicz, Grażyna Paszko-Patej – *Zadania zespołu rehabilitacyjnego w opiece nad pacjentem z pęcherzem neurogennym w przebiegu przepukliny oponoworrdzeniowej* . . . . . 143

Grażyna Paszko-Patej, Wojciech Kułał – *Współczesne metody stosowane w leczeniu skolioz idiopatycznych u dzieci i młodzieży* . . . . . 153

Elżbieta Topór – *Wpływ muzyki oraz rola muzykoterapii w rozwoju dziecka* . . . . . 163

Anna Jeżewska – *Zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne na przykładzie osoby z tętniakiem aorty brzusznej. Aspekty medyczne, etyczne i prawne* . . . . . 173

Grażyna Dytrych – *Pielęgnacja i rehabilitacja dziecka przedwcześnie urodzonego* . . . . . 183

Krystyna Kowalczuk, Ewa Kozłowska, Cecylia R. Łukaszuk, Elżbieta Kajewska-Kułał, Krystyna Klimaszewska, Dorota Kondzior, Beata Kowalewska, Barbara Jankowiak, Matylda Sierkowska – *Jakość życia pacjentów kwalifikowanych do zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej* 195

- Matylda Sierakowska, Katarzyna Siniakowicz, Halina Doroszkiewicz, Jolanta Lewko, Krystyna Kowalczyk, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Barbara Jankowiak, Elżbieta Krajewska-Kułał – *Ocena jakości życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów obwodowych, akceptacji niesprawności i umiejętności radzenia sobie w chorobie* . . . . . 209
- Marzena A. Humańska, Justyna Tabaczyńska, Leokadia Rezmerska, Mariola Głowacka, Mirosława Felsmann – *Udział pielęgniarki w przygotowaniu do funkcjonowania w życiu codziennym pacjentów ze stomią* . 223
- Marta Muszalik, Anna Staniszevska, Kornelia Kędziora-Kornatowska, Magdalena Grabowska – *Ból i cierpienie pacjentów w starszym wieku ze schorzeniami narządu ruchu w aspekcie analizy sprawności funkcjonalnej i jakości życia* . . . . . 233
- Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Elżbieta Krajewska-Kułał, Cecylia Łukaszuk, Barbara Jankowiak, Hanna Rolka, Anna Baranowska, Jolanta Lewko, Matylda Sierakowska, Katarzyna Krajewska, Agnieszka Bielemuk, Krystyna Kowalczyk, Krystyna Klimaszewska, Agnieszka Szyszko-Perłowska, Dorota Kondzior, Beata Kowalewska – *Jakość życia i zachowania zdrowotne dzieci w domu dziecka na podstawie badań własnych w Białymstoku i Supraślu* . . . . . 245
- Katarzyna Wróbel, Małgorzata Rutkowska, Małgorzata Rogowska, Justyna Ustymowicz, Katarzyna Łagoda, Regina Sierżantowicz – *Zasady monitorowania i terapii bólu przewlekłego w chorobie nowotworowej* 261
- Krystyna Wróblewska, Anna Chojnowska, Elżbieta Krajewska-Kułał, Joanna Chilińska, Hanna Dackiewicz, Marian Jaszewski, Ewa Fiega, Ewa Sieniawska, Małgorzata Góralczyk – *Żywnienie pozajelitowe podstawą życia komórki i organizmu – skuteczna terapia chorych hospitalizowanych w oddziałach Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w stanach zagrożenia życia* . . . . . 273

### **Problemy psychologiczne w pracy zespołu terapeutycznego**

- Wojciech Nyklewicz, Elżbieta Krajewska-Kułał – *Ocena reakcji emocjonalnej studentów pielęgniarstwa wobec śmierci* . . . . . 289
- Ewa Mojs, Marlena Filipiak, Włodzimierz Samborski – *Znaczenie rozmowy w zmaganiu się pacjentek z rakiem szyjki macicy w opinii pracowników oddziałów onkologicznych* . . . . . 299

Edyta Siwińska – <i>Nauczyciel jako profesjonalista udzielający wsparcia społecznego uczniowi w żałobie</i> .....	311
Izabela Chmiel, Janusz Czekaj, Zygmunt Pucko, Katarzyna Galas – <i>Rola grup wsparcia w życiu rodzin osieroconych</i> .....	321
Halina Pieciewicz-Szczęсна, Edyta Puzio – <i>Analiza występowania syndromu wypalenia zawodowego u pielęgniarek w regionie sanockim – badania wstępne</i> .....	333
Bożena Kirpsza, Regina Sierżantowicz, Lech Trochimowicz – <i>Poziom i struktura wsparcia psychicznego ze strony pielęgniarek, odbieranego przez pacjentów hospitalizowanych</i> .....	345
Izabela Chmiel, Maciej Górkiwicz, Antoni Czupryna, Janusz Czekaj – <i>Dopasowanie stylu wspierającego dotyku pielęgniarek do indywidualnych preferencji osób w terminalnym okresie choroby. Doniesienie wstępne</i> ...	357
Izabela Chmiel, Janusz Czekaj, Anna Kliś-Kalinowska, Jan Iwaszczyzyn – <i>Postrzeżanie dotyku przez osoby w okresie terminalnym. Doniesienie wstępne</i> .....	369
Anna Michalik, Jarosław Olszewski, Agnieszka Czerwińska, Marzena Zydorek-Strahl, Beata Frankowicz-Gasiul, Justyna Kamińska – <i>Trajektoria choroby – koncepcja rozumienia zjawiska cierpienia w praktyce medycznej</i> .....	377
Anna Michalik, Krzysztof Preis – <i>Przebieg procesu adaptacji po stwierdzeniu u płodu wady letalnej</i> .....	387

### **Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej**

Jolanta Tomaszewska, Karolina Pietruk – <i>Twój ból w moim sercu. Postrzeżanie hospicjum i opieki paliatywnej przez wolontariuszy</i> .....	399
Agata Szamborska, Karolina Pietruk – <i>Człowiek hospicjum, czyli model wolontariatu w opiece paliatywnej</i> .....	411
Kinga Krzywicka, Natalia Patyk – <i>Rola społeczna wolontariusza hospicyjnego</i> .....	423
Agnieszka Renn-Żurek, Agata Wojcierowska, Małgorzata Zapała – <i>Opieka nad chorymi z chorobą nowotworową jako źródło wzrostu i ubogacenia personelu medycznego i wolontariuszy</i> .....	433



Agata Wojcierowska, Agnieszka Renn-Żurek, Genowefa Bilicka – <i>Opieka sprawowana przez zespół hospicjum domowego w ocenie podopiecz- nych i ich rodzin</i> .....	443
Joanna Dors, Karolina Pietruk – <i>Śmierć pacjenta jako sytuacja dla per- sonelu medycznego</i> .....	453
Natalia Nowosielska, Agnieszka Zborowska, Beata Jankowska, Iza- bella Uchmanowicz, Piotr Hańczyc – <i>Zakres i formy opieki pielęgniar- skiej nad pacjentem z chłoniakiem złośliwym – zagadnienie komunikacji</i> .	467
Karolina Pietruk, Katarzyna Pawłowska, Lena Kozłowska – <i>Jakość opieki paliatywnej realizowanej w warunkach hospicjum stacjonarnego z punktu widzenia pacjentów i ich bezpośrednich opiekunów</i> .....	481
Lena Kozłowska, Karolina Pietruk – <i>Ból dziecka a ból osoby dorosłej. Postrzeganie bólu i cierpienia przez personel pracujący w hospicjum dla dzieci i dla dorosłych</i> .....	497
Bogumiła Kiełbratowska, Anna Maksimczyk, Irena Kąkol – <i>Etyka tro- ski w opiece paliatywnej</i> .....	509
Agata Kulikowska, Sławomir Lech Czaban, Iwona Jarocka, Julia Sa- wicka, Urszula Jakubowska, Piotr Jakubów – <i>Postawy wobec umiera- nia i śmierci personelu medycznego prowadzącego proces leczniczy chorych w stanach bezpośredniego zagrożenia życia</i> .....	521
Mirosława Kram, Andrzej Kurylak, Ewa Barczykowska, Jolanta Czaj- kowska-Fesio, Alicja Przybysz, Aneta Zreda-Pikies – <i>Problemy fizyczne i psychospołeczne dzieci i młodzieży w klinice onkologii. Opieka zespołu te- rapeutycznego</i> .....	535
Jolanta Kowalik, Małgorzata Frączek – <i>Opieka nad nieuleczalnie cho- rymi sprawowana przez Siostry Franciszanki od Cierpiących w Zakładzie dla Nieuleczalnie Chorych w Królikarni w Warszawie w latach 1898–1950</i>	545
Bogumiła Pawelczyk, Karolina Pietruk – <i>Znaczenie opieki paliatywnej w zaawansowanej fazie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc</i> .....	563
Magda Koc, Justyna Tworkowska, Regina Sierzantowicz, Katarzyna Wróbel, Małgorzata Rutkowska, Katarzyna Łagoda – <i>Problem odleżyn w opiece terminalnej</i> .....	575

Regina Sierżantowicz, Bożena Kirpsza, Lech Trochimowicz, Piotr Wojskowicz, Anna Kwiatkowska – <i>Ocena bólu u pacjentów z nowotworem jelita grubego leczonych chirurgicznie</i> .....	587
Dorota Kondzior, Marta Kozłow, Krystyna Klimaszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Beata Kowalewska, Krystyna Kowalczuk, Hanna Rolka Hanna, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz – <i>Pielęgowanie pacjenta w terminalnej fazie choroby nowotworowej ze zdiagnozowanym rakiem płuca</i> .....	597



Numer główny: ISBN 978-83-89934-14-7

Numer VII tomu: ISBN 978-83-89934-59-8