

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Mateusza Cybulskiego

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułąk

Tom XXIII

W drodze do brzegu życia

Tom XXIII

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



W drodze do brzegu życia

Tom XXIII

**Praca zbiorowa pod redakcją
Prof. Elżbiety Krajewskiej-Kulak
Prof. Mateusza Cybulskiego
Dr hab. Jolanty Lewko
Prof. Wojciecha Kulaka**

Białystok 2024

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

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

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

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

Recenzenci rozdziałów

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

ISBN – 978-83-971318-4-2

Wydanie I
Białystok 2024

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak

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

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

***„Jedną z najsmutniejszych rzeczy w życiu jest dotrzeć do jego kresu,
obejrzeć się z żalem za siebie i stwierdzić,
że mogłeś być kimś lepszym, dokonać więcej i mieć więcej.***

Robin Sharma

Szanowni Państwo

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

Antoni Kępiński w „Rytm życia” pisał „*Lęk przed śmiercią, nicością związany jest z egzystencją człowieka. (...) Nie można zaprzeczyć, że występuje chyba w całym świecie zwierzęcym (...). Prawdopodobnie jednak tylko człowiek potrafi lęk ten przezwyciężyć, gdy ujrzy sens swej śmierci lub bezsens swojego życia*”

W historii myśli ludzkiej podejmowano wiele prób ustosunkowania się do wszechobecnego zjawiska śmierci. W starożytności wierzono, że dzięki śmierci dusza mogła uwolnić się od cielesnego więzienia, w średniowieczu - w *memento mori*, w nowożytności w próbach dowartościowania człowieka, a XIX wiek, wraz z pojawieniem się filozofii egzystencjalnej i psychologii - na nowo zobaczono człowieka jako zmierzającego ku śmierci.

Śmierć, a raczej czas który ją poprzedza, może być różny i trzeba mieć świadomość, że tylko w ograniczonym zakresie można zmieniać scenariusz życia i na niego wpływać. Śmierć do jednych osób „przychodzi” nagle, niespodziewanie, inni umierają długo, jeszcze inni odchodzą w pełnej jasności umysłu, a jeszcze inni umierają w stanie znacznie ograniczonej świadomości.

Mówi się o tzw. złej śmierci i dobrej śmierci. Dobra śmierć to taka, gdy chory który po rozpoznaniu choroby o złym rokowaniu ma możliwość w sposób świadomy i aktywny przygotować się na ten moment.

W tym kontekście warto podkreślić rolę osób, które w ramach opieki paliatywnej zespołowo zajmują się umierającymi chorymi. To ich zadaniem jest dbałość i usilne staranie o to, aby czas przed śmiercią pacjenta był, na ile to możliwe, pozbawiony cierpienia, wypełniony poczuciem bezpieczeństwa i przeżyty aktywnie do samego końca.

Obecność przy umierającym to szczególnie trudne wyzwanie dla bliskich i wszystkich opiekunów, będące jednocześnie ważną powinnością wobec drugiego człowieka. Jest doświadczeniem, którego wagę i ciężar trudno wyrazić słowami.

W tym miejscu warto przytoczyć słowa Jolanty Marii Życzkowskiej z Hospicjum św. Łazarza w Krakowie „*Pacjent umierający — to umierający człowiek, czyjś bliski, przyjaciel — powinno się starać przekroczyć ramy profesjonalizmu „fachowca od chorób”; Czas dla chorego — jest to bezcenne.; Podjęcie próby poczucia sympatii do pacjenta; Nie wstydzisz się współczucia; Nie bać się! Należy docenić powagę sytuacji, ale nie uciekać przed nią; Nie obwiniać się; Warto uświadomić sobie, że uczestnictwo w misterium mortis jest darem i zaszczytem*”.

Redaktorzy podręcznika

*Prof. Elżbieta Krajewska-Kułąk,
Prof. Mateusz Cybulski
Dr hab. Jolanta Lewko,
Prof. Wojciech Kułąk*

SPIS TREŚCI

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ, PRAWO	13
Zygmunt Pucko: Brzydota jako warunek piękna zachodniej sztuki leczenia	15
Agnieszka Raniszewska-Wyrwa: Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza	23
Aleksander Tuteja, Laura Więcko, Liwia Olczyk, Katarzyna Trela: Terapia podtrzymująca życie. Kiedy powiedzieć stop?	39
Emilia Bielawska, Grzegorz Bejda: Aspekty cierpienia i śmierci w medycynie ratunkowej	46
Elżbieta Szlenk-Czyczerska: Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia w opinii studentów pielęgniarstwa	54
PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ I PERINATALNEJ	71
Emilia Bielawska, Grzegorz Bejda: Jak zmieniło się postrzeganie śmierci	73
Paulina Aniśko-Trambecka: Opieka paliatywna – jak ją postrzegamy	83
Paulina Aniśko-Trambecka: Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym	90
Agnieszka Raniszewska-Wyrwa: Komunikacja z pacjentem u kresu życia	109
Eliza Kolasa, Alicja Paluch: Związek <i>Helicobacter pylori</i> z nowotworem żołądka	125
Izabela Maciejewska-Paszek, Wiktoria Stępała: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia	130
Karolina Tworek, Aleksandra Musioł, Jerzy T. Marcinkowski: Od negacji do akceptacji – postawy pacjentów neurologicznych wobec rozpoznania śmiertelnej choroby	142
Paulina Zegarska: Zespół przewlekłego zmęczenia a zmęczenie związane z nowotworem	149

WYBRANE PROBLEMY W OPIECE NAD CHORYMI	153
Aleksandra Kowalczyk, Kinga Walenda, Jan Małysz, Karol Krawiec, Julia Skiba, Mariola Janiszewska: Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym	155
Alicja Paluch, Eliza Kolasa, Emilia Kamizela, Aleksandra Koźlicka, Kacper Ponikowski - Choroba Alzheimera i depresja, razem czy osobno?	168
Alicja Paluch, Eliza Kolasa, Emilia Kamizela, Aleksandra Koźlicka, Kacper Ponikowski: Nowe metody leczenia glejaka wielopostaciowego	178
Martyna Biadasiewicz, Monika Roszkowska, Konrad Barszczewski, Tomasz Lepich: Problem niedożywienia wśród pacjentów w wieku podeszłym	186
Adrian Jarzębowski: Aktywizacja osób starszych na przykładzie zajęć z fotografii na uniwersytecie trzeciego wieku "Calisia" w Kaliszu	196
Paulina Zegarska: Muzykoterapia a ból okołoperacyjny - wyniki najnowszych metaanaliz	207
Paulina Aniśko-Trambecka: Rodzina i jej funkcje	211
Paulina Aniśko-Trambecka: Choroba w rodzinie i jej wpływ na relacje rodzinne	217
Paulina Aniśko-Trambecka: Rola rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą – podstawy teoretyczne	223

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCINA, PRAWO



BRZYDOTA JAKO WARUNEK PIĘKNA ZACHODNIEJ SZTUKI LECZENIA

Zygmunt Pucko

Zakład Filozofii i Bioetyki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

WSTĘP

Piękno i brzydota to nierozłączna para, która pojawia się w różnych odsłona nieomal we wszystkich obszarach ludzkiej działalności. Powszechnie występuje również w medycynie zachodniej rozumianej jako sztuka leczenia. Jest ona jak rewers i awers tej samej monety. Bez tego duetu trudno wręcz wyobrazić sobie rozwój medycyny. Brzydota i piękno znacząco wpływają na sposób medycznego myślenia oraz udoskonalanie metod leczenia [1]. Mylnie byłoby jednakże przypuszczenie jakoby ich oddziaływanie ograniczało się do wymiaru estetycznego. Obejmuje ono również sferę epistemologiczną, terapeutyczną oraz etyczną. Niestety w medycynie więcej uwagi poświęca się roli piękna niż brzydoty. Temat piękna stale przewija się na łamach specjalistycznych czasopismach i gości na forach konferencyjnych. Brzydota zaś postrzegana jest jako *enfant terrible*, którego obecność wywołuje zakłopotanie. Takie nastawienie do brzydoty w medycynie zakrawa na paradoks, bo to właśnie jej powinna być ona szczególnie wdzięczna. Można zaryzykować stwierdzenie, że brzydota stanowi warunek piękna sztuki leczenia.

W ramach uzasadnienia sformułowanej tezy wystarczy odwołać się do historii medycyny. Już *Corpus Hippocraticum* podpowiada jaka zależność zachodzi między pięknem a brzydota. Zgodnie z duchem starożytnej medycyny greckiej inspirowanej silnie ówczesną filozofią zdrowie definiowano przez pryzmat idei piękna. Klasyczny kanon piękna wyznaczały: porządek, synchroniczny układ części, właściwe proporcje, doskonałość formy [2].

Wirtuozerskie połączenie tych elementów emanowało w dziele o postaci przestrzennej, płaszczyznowej, tekstowej lub fonicznej wytwornością, subtelnością oraz niezwykłością [3].

Według Hipokratesa zdrowie wyrażało się stanem idealnej homeostazy wewnętrznej promieniującej wdziękiem oraz delikatnością. Zdrowego człowieka nazywano *kosmios*, bo zachowywał on należyty ład i odbijał harmonię całego kosmosu. Platon w *Gorgiaszu* pisze, że

niebo i ziemia, bogowie i ludzie połączeni są wspólnotą i przyjaźnią, szacunkiem dla porządku, roztropnością, sprawiedliwością, i dlatego świat nazywają porządkiem (kosmos)[4].

W myśl zasady kontrastu odwrotnością piękna była brzydota. Zdaniem Arystotelesa wszędzie tam, gdzie pojawiał się brak miary, zachwianie równowagi pomiędzy poszczególnymi składnikami jakiejś organicznej całości, dysharmonia i asymetria można mówić o brzydocie [5]. Do jej wyrażenia istnieje bogate słownictwo, które konotuje treści związane z czymś obrzydliwym, strasznym, szkaradnym, odpychającym, ohydny, nieprzyjemnym, potwornym, obmierzłym, szpetnym, pokracznym, obscenicznym, przerażającym, szokującym [6]. Wachlarz określeń potocznie odnoszonych do brzydoty umiejętnie poszerzył Fryderyk Nietzsche, który dostrzegł w brzydocie coś więcej niż tylko brak piękna. Nietzsche widział w niej jeszcze aspekt egzystencjalny oraz etyczny. W dziele *Zmierzch bożyszcz* używał leksyki, w której roi się od asocjacji bliskich rozkładowi, destrukcji, zapowiedzi zwyrodnienia, przejawu wyczerpania, ciężkości, starczości, znużenia, bezładu, zgnilizny, rozkładu i każdego rodzaju niewoli.

ROZWINIĘCIE

Na gruncie medycyny zachodniej synonimem brzydoty były i są nadal rozmaite choroby oraz proces umierania. Egzemplifikacją brzydoty może być chociażby choroba nowotworowa twarzy. Rak pierwotnie ukryty pod niewidoczną plamką lub guzka anektuje całą połąć twarzy i ryje w niej otchłanne korytarze aż do samej kości naruszając jej regularną formę [7]. Nicestwi gładką płaszczyznę czoła i zamienia je w spróchniały kadłub. Rozrywa łuki brwiowe i obraca je w gruzowisko. Nowotwór nie oszczędza powiek szarpie je i przekształca w zdarte łachmany. Wypacza kształt nosa, wprowadza asymetrię między jego nasadą, grzbietem i wierzchołkiem [7]. Wcześniejszą linię ust zakrzywia i upodabnia do „czegoś” bezpostaciowego, czego nie można porównać z czymkolwiek znanym w naturze. Skórę pokrywającą twarz rozrywa i tym rozpruciem obnaża kulisy swego niszczycielskiej inwazji. Za nimi natknąć się można na oślizgłe kratery, ropiejące zapadliny i gnijące nisze. W takim stadium rozkładu grupy wyrazowe mięśni twarzy sterujące mimiką i zgodnie ze sobą kooperujące zanikają bezpowrotnie [7].

Turpizm śmiertelnej choroby i umierania przenikliwie opisywał w swoich utworach między innymi Lew Tołstoj. Piórem naturalistycznie namalował brzydotę ludzkiego ciała i jego biologiczną atrofie. Widok jego szpetoty oddawał oznakami zanikania oraz deformującymi odkształceniami, takimi jak: nienaturalne pozy [8], zapadnięcie piersi, wykrzywienie ust [9], opuchlizna [10], przerzedzenie włosów, wychudłe golenie, sterczące żebra [8], strzaskane kości

bioder [8]. Niesamowitość wyglądu ciała podkreślał także nadmiernym poceniem się [10], bezwładem [11], żółtym lub bladym zabarwieniem skóry, mętym wzrokiem [12]. Efekt *tremendum* choroby usuwającej ludzi z przestrzeni żyjących Tołstoj zwiększył jeszcze efektem akustycznym brzydoty wywołanym szerokim repertuarem rozmaitych dźwięków. Konający bohaterowie wydają z siebie głucho pokasływanie, dławiący gardłowy niekończący się kaszel, ciężkie westchnienia [12], żalosne jęki, stękanie [8] rżenie [12], bulgotanie w piersi [11], charczenie, bredzenie, wściekłe wrzaski [8], płacz i przeraźliwy krzyk [12].

Dla Hipokratesa przejawy wyniszczenia odgrywały pierwszoplanową rolę w procesie rozpoznawania stanu somatycznego pacjenta oraz dostosowania do niego postępowania medycznego. Z zaostzonych rysów twarzy, zamierania tkanki podskórnej, zapadniętych policzków, spieczonych ust prognozował rychły zanik życiowych funkcji. Według Hipokratesa taka twarz zapowiadała „przeniesienie pacjenta do przedsionka śmierci” [13] i wzywała lekarzy do zapewnienia mu warunków spokojnego oraz godnego zejścia. Manifestacja fizjologicznych sygnałów zniszczenia oraz sposób jego interpretacji przeszły do medycyny Zachodu pod mianem *facies Hippocratica* – twarz Hipokratesa [14].

Brzydota chorowania i agonii dała asumpt do wyklucia się sztuki medycyny paliatywnej i opieki hospicyjnej. Artyzm medycyny paliatywnej tworzą: zaawansowana aparatura, wiedza i doświadczenie personelu, zestandaryzowana forma pracy, struktura organizacyjna, maksymalna efektywność. Jej maestrię określa również postęp chirurgii oraz progres w zakresie leczenia bólu z możliwością jego całkowitego usunięcia.

Piękno troski hospicyjnej uzewnętrznia się przede wszystkim w holistyczno-podmiotowym podejściu do umierającego. Mocny nacisk kładzie się tu nie tylko na komfort fizyczny, ale też stan psychiczny, oraz wysoką kulturę współbycia. Ma ją wyróżniać wysublimowany smak, jakby powiedział Zbigniew Herbert, w którym są *wszystkie włókna duszy i chrząstki sumienia* [15]. Nad maestrią troskliwości pracuje interdyscyplinarny zespół. Tworzą go lekarze, pielęgniarki, psychoterapeuci, psychologowie, duchowni, prawnicy, pracownicy socjalni i wolontariusze, członkowie rodziny.

Tołstoj przedstawił ponadto różne kombinacje odrażających zapachów. Zazwyczaj *locus standi* chorujących lub umierających wypełnia mdła mieszanina perfum, ziół i lekarstw albo ciężka woń gnijącego ciała [16]. Odór to jedna z najokropniejszych postaci brzydoty w medycynie. Budzi wtręt w chorym oraz obrzydzenie u osób zajmujących się nim na co dzień. Według relacji personelu medycznego smród jest największą przeszkodą w procesie pielęgnacji pacjenta. Jego siedliskiem są rany nowotworowe, w których mieszczą się gniazda martwicze

zasiedlane przez bakterie chorobotwórcze produkujące sporą ilość cuchnącego wysięku i tworzące lotne związki chemiczne o ostrym, drażniącym, mdłym i dławiącym zapachu przypominającym fetor kału ludzkiego lub zepsutego mięsa. Innym źródłem odoru jest ciało chorego. Jego zapach i natężenie ulegają zmianie w zależności od rodzaju płci, czasu chorowania, stanu psychicznego, wieku czy części ciała. W medycynie antycznej gaszono je między innymi aromatem mirry. Jej właściwości wykorzystywano też do pielęgnacji jamy ustnej oraz chorób układu oddechowego [17]. Współcześnie pracuje się nad substancjami chemicznymi, które w pewnej mierze przyczyniają się do wypełnienia pięknem przestrzeni aflaktycznej. Niestety mieszają się one z odorem, zapachem kosmetyków i środków sanitarnych tworząc nową odmianę nieprzyjemnej woni.

Skazą w sztuce leczenia bliską pojmowaniu brzydoty przez Nietzschego jest medykalizacja także w stosunku do umierających. Medykalizacja upowszechnia techniczno-naukowe podejście do pacjenta. Zgodnie z duchem medykalizacji lekarze koncentrują się na rozpoznaniu jednostki chorobowej i jej przebiegu będącej dla nich niepomernie ciekawszym przypadkiem klinicznym niżli cały pacjent jako osoba. W medykalizacji pacjent zostaje zdegradowany do rangi obiektu lub właściciela jakiejś odmiany destrukcji komórek i tkanek. Dla medyków najważniejsze są biofizyczne wykładniki choroby takie jak tętno, rytmika oddechu czy zmiany zasadowo-kwasowe. Z punktu widzenia medykalizacji lekarzy mniej obchodzą psychiczne potrzeby pacjenta, czy jego duchowe problemy niż obiektywizm, uczciwość w uzyskiwaniu danych oraz techniczna kompetencja.

Ten typ brzydoty skłonił sztukę leczenia do zhumanizowania relacji lekarz-pacjent i zbliżenia jej do ideału piękna międzyludzkiej komunikacji. Taktem urzeka model interpretatywny ukierunkowany na pomoc pacjentowi w wyborze medycznej interwencji zgodnej z jego potrzebami i kultywowanymi przez niego wartościami. Pomoc lekarza nie narzuca pacjentowi żadnej strategii. On musi sam wybrać i wyrazić zgodę na interwencje medyczne oraz ich zakres. Lekarz jest doradcą pacjenta oraz przyjacielem, który go przygotowuje do autonomicznego podjęcia decyzji. Rolę lekarza w tym schemacie można oddać metaforą „geografów wartości i praw pacjenta”. Prowadzą oni pacjenta do celu medycznego najlepszą drogą uwzględniającą jego system wartości i praw. Umiejętność nawigowania wynika z wiedzy, także pozamedycznej i doświadczenia w sztuce leczenia.

Przejawami szczególnej odmiany brzydoty w wydaniu Nietzscheńskim są deficyty kapitału moralnego części lekarzy. Wielu z nich dopuszczało się wobec pacjentów również umierających różnorodnych zaniedbań i nadużyć. Niejednokrotnie pacjenci, zwłaszcza

zamożniejsi bywali traktowani przez nich w kategoriach źródła dochodu, a biedniejsi lekceważeni lub używani jako obiekty do eksperymentów klinicznych. Niski poziom moralny tej grupy lekarzy stał się impulsem do zainicjowania rewolucji kodeksowej. Thomas Persival ujął zbiorowość lekarzy jako profesję i to pozwoliło mu ugruntować obowiązki medyków w profesjonalnej odpowiedzialności za zdrowie i życie tych, którzy zostali im powierzeni. Odtąd etyka lekarska była etyką odpowiedzialności profesji jako grupy za inną poruczoną jej grupę. Z kolei w *Kodeksie etyki medycznej* opracowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Medyczne mocny nacisk został położony na zasadę wzajemności o charakterze umowy społecznej. Jednakże pojmowano ją bardziej w kategoriach etycznych niż prawnych. *Kodeks* mocno akcentował wagę misji lekarskiej i informował o niej dobitnie we „Wprowadzeniu” do *Kodeksu. Uwrażliwieni szlachetnością ich powołania jako plenipotentów nauki i jałmużników dobroczynienia i miłosierdzia lekarze powinni wykazywać nieustającą czujność w zapobieganiu włączeniu do ich gremium tych, którzy nie są do tego dostatecznie przygotowani przez odpowiednie wychowanie moralne i intelektualne ćwiczenie* [18].

W tym samym paragrafie „Wprowadzenia” wymienia się najważniejsze wartości w medycynie oraz uwypukla rolę sumienia. Wzywa się również lekarzy do powinności opieki nad chorymi z właściwą ich profesji powagą. Ponadto apeluje się o zachowanie świadomości, że troska o pacjentów zależy od umiejętności medyków, ich skupienia oraz uczciwości [18]. Zgodnie z literą *Kodeksu* lekarze powinni więc stale się uczyć jak w swoim zachowaniu łączyć delikatność z pewnością, a życzliwość z autorytetem [18].

Koniunkcja tych przymiotów ma uczynić lekarzy lepszymi i doskonalszymi profesjonalistami. Przesłanie *Kodeksu* w tej partii wyraźnie nawiązuje do ideału lekarza propagowanego przez klasyczną medycynę.

Werner Jaeger w swoim komentarzu do dialogu *Gorgiasz* zaznacza, że według Platona człowiek jest dobry, gdy mieszka w nim lub rodzi się *arete*, czyli cnota i doskonałość. Owa *arete* duszy konstytuuje się tylko przez zastosowanie właściwego porządku oraz mądrego i celowego działania [19].

Ódpowiednio do tej wykładni także lekarz staje się coraz doskonalszy przez to, że zapanowuje i urzeczywistnia się w nim właściwy dla jego natury, jego własny kosmos. Tak oto idea kosmosu rozumiana jako zdrowie i piękno w zachodniej sztuce leczenia zatoczyła koło konkretyzując się w postawie moralnej lekarza. Staje się jednocześnie klamrą spinającą niniejsze refleksje.

ZAKOŃCZENIE

Związków brzydoty z pięknem w zachodniej sztuce leczenia można podać dozwój więcej. Ich zebranie wystarczyłoby na kilku obszernych monografiach. Jednakże mnożenie kolejnych przykładów byłoby zajęciem jałowym. Snutym tu rozważaniom przyświecały inne zamiary. Przywołanie paru egzemplifikacji zostało potraktowanych w kategoriach argumentu potwierdzającego słuszność przyjętej we wstępie tezy. Roboczo można go nazwać argumentem z powszechności występowania wzajemnej zależności między brzydotą a pięknem. Wybrane zestawienia uzmysławiają również wiecznotrwałości tego związku w medycynie. Wszak ohyda w sztuce leczenia nie jest zjawiskiem, który prześladował ją tylko w odległej przeszłości. Brzydota wciąż się pojawia w rozmaitych odsłonach i nieustannie wybuchają nowe jej ogniska. Niektóre opisał Timothy Snyder w swoich szpitalnych zapiskach znanych polskiemu czytelnikowi pod tytułem *Amerykańska choroba*.

We wczesnych godzinach porannych 29 grudnia o moje ciało nie dbano należycie. Płyny nieco podniosły mi ciśnienie krwi, ale nie wdrożono żadnego konkretnego leczenia. Lekarz oraz pielęgniarki byli w stanie spędzić ze mną najwyżej kilka sekund i rzadko nawiązywali ze mną kontakt wzrokowy. Wykonywali badania krwi, zapominali o wynikach, przekazywali je z błędami, dokądś uciekali. Nieustanne roztargnienie lekarzy i pielęgniarek jest jednym z objawów naszej choroby. Każdy pacjent ma swoją historię, ale nikt jej nie śledzi. (...) Lekarze byli rozkojarzeni nawet w chwili, gdy wkłuwali mi się w plecy w poszukiwaniu płynu rdzeniowego. Rezydentka popełniła oczywisty błąd, próbując się dostać do mojego kręgosłupa, przez ranę po poprzednim nakłuciu. (...) Lekarz prowadzący musiał jej polecić, żeby wyciągnęła igłę z powrotem. Ludzie radzą sobie niemal z każdym zdarzeniem o wiele gorzej, gdy w pobliżu jest telefon komórkowy, a telefony obojga były cały czas włączone. (...) Podczas zabiegu trzy razy rozległo się dzwonienie. (...) Po ponownym wkłuciu długiej igły w mój rdzeń kręgowy w innym punkcie rezydentka podskoczyła w reakcji na dzwonek [20].

Wyszczególnione powyżej związki dowodzą, że choć brzydota jako zjawisko samo w sobie jest niepożądana, to jednak przybiera wartość instrumentalną służącą powstaniu piękna sztuki leczenia. Brzydota wstrząsa medycyną, budzi ją z uśpienia i nastroja do czujności. Wymusza na niej tworzenie oraz urzeczywistnianie rzeczy niezwykłych. Mogą nimi być choćby skuteczniejsze formy terapii. Piękno sztuki leczenia dostrzega się wszędzie tam, gdzie dochodzi do zaprzeczenia brzydocie, przeciętności i uwielbienia wyższości zdrowia. Piękno sztuki leczenia jest surowym hierarchizowaniem brzydoty. Podążając tropem Witolda Gombrowicza można nawet mówić, że piękno sztuki leczenia jawi się okrucieństwem w stosunku do

wszystkiego, co pospolite, nijakie, chore i gnilne [21]. Jej piękno jest kwestią kultywowania zdrowia i życia jako wartości niezastępowalnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Pucko Z., Przybek-Mita J.: Podwójna rola estetycznego wymiaru brzydoty w leczeniu ran przewlekłych [w:] Duchowość i cielesność w perspektywie współczesnych badań historycznych i socjokulturowych Wybrane problemy. B. Płonka- Syroka, M. Dąsał (red.). Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, 2020: 81-94.
2. Platon.: Fileb, 64, A, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1991.
3. Tatarkiewicz Wł.: Dzieje sześciu pojęć. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988: 116.
4. Platon.: Gorgiasz 507 e. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1991.
5. Arystoteles.: Poetyka 1450 b, 38. Warszawa 1988.
6. Eco.: Historia brzydoty. Rebis, Poznań 2009: 16.
7. Pucko Z., Szymańska P., Bazaliński D.: Rana nowotworowa twarzy w perspektywie interdyscyplinarnej [w:] Medycyna Paliatywna, 2021, 3(13), 124-131.
8. Tołstoj L.: Wojna i pokój. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1973, 3, 170, 312, 314.
9. Tołstoj L.: Sonata Kreutzerowska. Książka i Wiedza, Warszawa 1987: 105.
10. Tołstoj L.: Anna Karenina [w:] L. Tołstoj.: Dzieła. Warszawa 1956, 2, 86.
11. Tołstoj L.: Trzy śmierci, Czytelnik, Warszawa 1952: 72-73, 76
12. Tołstoj L.: Śmierć Iwana Iljicza. Książka i Wiedza Warszawa 1968: 117
13. Chadwick J.: Hippocratic writings. Penguin, Harmondsworth 1978: 170-171
14. Marinella M.A.: On the Hippocratic facies, Journal of Clinical Oncology. 2008, 36(21), 3639.
15. Herbet Z.: Potęga smaku. www.google.com/search?q=potęga+smaku+tekst&oq=potęga+smaku&aqs=chrome, data pobrania 22.04.2024.
16. Tołstoj L.: Dzieciństwo – Lata chłopięce – Młodość, Czytelnik, Warszawa 1952: 112.
17. Molski M.: Chemia piękna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2009: 2.
18. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009: 27.
19. Jaeger J.: Paidea. Pax, tom. II, Warszawa 1964: 194-105

Brzydota jako warunek piękna zachodniej sztuki leczenia

20. Snyder T.: Amerykańska choroba. Szpitalne zapiski o wolności. Znak Horyzont, Kraków 2021: 38-38
21. Gombrowicz W.: Dzienniki 1957-1961. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1988: 217.

**CHORY I LEKARZ W OBLICZU UMIERANIA I ŚMIERCI.
WĄTKI TANATOLOGICZNE W MYŚLI JULIANA
ALEKSANDROWICZA**

Agnieszka Raniszewska-Wyrwa

Katedra Ekonomii i Marketingu, Wydział Zarządzania, Politechnika Bydgoska im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich, Bydgoszcz

WSTĘP

Śmierć jest zjawiskiem nierozzerwalnie związanym z życiem; spośród wszystkich żywych istot jednak tylko człowiek posiada świadomość nieuchronności kresu swego istnienia, której zazwyczaj towarzyszy lęk przed umieraniem oraz niepewność, co i czy w ogóle cokolwiek, po śmierci nastąpi.

Na co dzień ludzie rzadko bywają świadkami cudzej śmierci, gdyż współcześnie najczęściej nie następuje ona w rodzinnym domu, lecz zamknięta jest w szpitalnych murach. Śmierć znana jest zatem współczesnemu człowiekowi głównie z filmów czy przekazów medialnych, gdzie na ogół ukazywana jest jako zdarzenie bolesne i przerażające, stąd też nie lubi on myśleć o czekającym go nieuchronnie końcu i dopóki może, unika rozmów na trudny dla siebie temat. Zmienia się to jednak szczególnie wtedy, gdy zaistnieją przesłanki wskazujące, że moment śmierci jest coraz bliżej. Ludzie wówczas, niekiedy dość nagle i niespodziewanie - choćby w sytuacji, gdy pojawi się informacja o zaawansowanej nieuleczalnej chorobie - muszą stanąć twarzą w twarz z obawami i wątpliwościami, które dotychczas starali się usuwać ze świadomości; „nie wiemy, jak spisujemy się w trakcie owego ponurego doświadczenia, czy potrafimy odejść z godnością, czy też kurczowo trzymając się niemożliwego, ukażemy słabość naszego charakteru i śmieszność daremnych wysiłków powstrzymania konieczności. Przeraża nas też możliwość zdania się na łaskę innych, bycia dla nich ciężarem, uzależnienia, które może rodzić poczucie wstydu i niezadowolenia z własnej niemocy” [1].

Sposób percepcji procesu umierania i śmierci - jako zjawisk naturalnych i koniecznych lub wrogich i odpychających, niepewność czy śmierć jest ostatecznym kresem czy może początkiem czegoś innego, kształtuje postawę umierającego wobec tychże zdarzeń, wpływa też na zachowanie się względem niego osób z jego otoczenia oraz, szczególnie współcześnie, gdy

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

proces umierania został „przekazany” szpitalom, na postrzeganie roli lekarza, na wysuwane wobec niego oczekiwania, choćby dotyczące zapewnienia odpowiednich warunków i atmosfery umierania. Problemy te, za szczególnie znaczące, głównie dla filozofii i medycyny, uznawał Julian Aleksandrowicz (1908-1988), który uczynił je obiektem swych rozważań.

POSTAWY WOBEC ŚMIERCI

Śmierć od dawna stanowi istotny element „wszystkich gałęzi sztuki, wszystkich tradycji religijnych i wszystkich kultur” [2], refleksja na temat umierania i śmierci obecna była i jest w filozofii oraz bywa podejmowana przez „zwykłych” ludzi, ujawniając dokonujące się na przestrzeni czasu zmiany w sposobie myślenia i postawach wobec tych zjawisk.

I tak, w starożytnej Grecji, wraz z orfizmem, narodziła się pierwsza koncepcja dualistyczna; przekonanie, że człowiek składa się z ciała i duszy. Według orfików dusza jest nieśmiertelna, a zatem nie umiera wraz z ciałem, lecz, by odpokutować swoje winy, kolejno wiąże się z następnymi ciałami poprzez cykl ponownych narodzin, któremu kres położyć może odpowiedni sposób życia, obejmujący praktyki oczyszczeń. Człowiek przestrzegający tego modelu życia otrzyma nagrodę w życiu pozagrobowym, zaś ten, kto go nie respektuje, zostanie ukarany [3].

Grecki filozof Sokrates (469-399 p.n.e.) przekonywał, że śmierć nie jest niczym strasznym, a niekiedy nawet pożądanym, gdyż pozwala wyzwolić się duszy z okowów ciała usuwając tym samym przeszkodę stojącą na drodze do zdobycia ostatecznej prawdy; wskazywał, że „obawiać się śmierci (...) to myśleć, że się wie to, czego człowiek nie wie. Bo przecież o śmierci żaden człowiek nie wie, czy czasem nie jest dla nas największym ze wszystkich dobrem, a tak się jej ludzie boją, jakby dobrze wiedzieli, że jest największym złem. (...) Otóż jednym z dwóch jest śmierć. Bo albo tam nic nie ma i człowiek po śmierci nawet wrażeń żadnych nie odbiera od niczego, albo jest to, jak mówią, przeobrażenie jakiegoś i przeprowadzka duszy stąd na inne miejsce” [4].

W poglądach ucznia Sokratesa, Platona (427-347 p.n.e.), kontynuację znalazły przekonania orfików na temat nieśmiertelnej duszy i reinkarnacji. Twierdził on, że „jeśli dusza jest nieśmiertelna, to dbać należy nie tylko o ten czas, który nazywamy życiem, ale o cały czas (...) Gdyby śmierć stanowiła zerwanie ze wszystkim w ogóle, byłoby to jak znalazł dla ludzi złych: pozbyć się ciała, a wraz z duszą zbyć się i swoich złości. Ale teraz, skoro dusza zdaje się być nieśmiertelna, to chyba nie masz dla niej innej ucieczki od zła ani innego zbawienia, chyba to jedno: stać się jak najlepszą i najrozumniejszą [5]”. Właściwe postępowanie umożliwia zatem

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

nie tylko przewyciężenie lęku przed śmiercią, lecz również rzutuje na to, jakie będzie kolejne życie w kręgu wcieleń.

Odmienny sposób postrzegania śmierci uwidaczniał się w myśli Epikura (341-270 p.n.e.), zdaniem którego jest ona kresem istnienia zarówno ciała, jak i duszy. Epikur wskazywał, że śmierci nie należy się obawiać, ponieważ gdy tylko ona nadejdzie zanika świadomość i wszelkie odczucia. Śmierć nie jest straszna również z powodu tego, co mogłoby nastąpić po niej, gdyż dusza ginie podobnie jak ciało, a zatem z człowieka nie pozostaje nic, co mogłoby czegokolwiek doświadczać. Doprowadziło to Epikura do przekonania, że śmierć „wcale nas nie dotyczy, bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma. Wobec tego śmierć nie ma żadnego związku ani z żywymi, ani umarłymi; tamtych nie dotyczy, a ci już nie istnieją. Jednakże tłum raz stroni od śmierci jako największego zła, to znowu pragnie jej jako kresu nędzy życia” [6].

Na nieuchronność śmierci, jako elementu nierozdzielnie powiązanego z życiem, wskazywał Seneka (55 p.n.e. - 40 n.e.), pouczając, iż człowiek nie dlatego umiera, że choruje, lecz dlatego, że żyje. Kres jest czymś nieodwołalnym także i wtedy, kiedy nastąpi wyzdrowienie, bo gdy powróci się do zdrowia, ujdzie się chorobie, ale nie śmierci [7]. Z faktu nieodwołalności śmierci nie wynika jednak, iż należy się jej obawiać, wręcz przeciwnie, „śmierć jest wyzwoleniem od wszelkich cierpień i kresem, poza który nie sięgają nasze nieszczęścia”[8].

Rozważania Platona wywarły wpływ na myśl św. Augustyna (354-439), przedstawiciela wczesnej filozofii chrześcijańskiej, który twierdził, że dusza jest doskonalsza od ciała, którym kieruje, a ponadto jest nieśmiertelna, gdyż uświadamiając sobie prawdy wieczne ma udział w wieczności. Podobnie jak Seneka, tak również Augustyn postrzegał życie, jako śmiertelną chorobę, która pojawia się wraz z momentem narodzin [9], a zatem śmierć stanowiła dla niego zdarzenie, które, choć jego pora jest nieznana, nastąpi nieuchronnie [10].

We wczesnym średniowieczu śmierć traktowana była jako fakt konieczny i naturalny, który zapowiada swoje przyjście, dając człowiekowi czas na przygotowanie się. Uznawano, iż śmierć zwiastują różne zjawiska z życia codziennego, które interpretowano jako znaki, a także przeczucia, spośród których za szczególnie pewne uznawano ukazanie się ducha, choćby nawet tylko we śnie [11]. Śmierć miała charakter publiczny, człowiek umierał w domu, w otoczeniu innych - tak najbliższych, jak i dalszych. Śmierć wywoływała lęk, ale człowiek był z nią pogodzony poprzez rytuały kulturowe, które ją uspołeczniały - była więc ona w pewien sposób *oswojona*, a człowiek miał świadomość, że śmierć jest faktem, który dotyczy wszystkich.

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

Zmian w takim stosunku do śmierci dokonał wiek XI, kiedy to „poczucie własnej tożsamości odniosło zwycięstwo nad poddaniem się zbiorowemu losowi. Człowiek odrywał się od wspólnoty (...) w nowo uzyskanej świadomości siebie” [11], ale zrodziła się również świadomość indywidualizacji śmierci, z którą łączył się wzrost lęku przed nią. Od końca XVI wieku lęk ten zaczął towarzyszyć człowiekowi niemalże od momentu narodzin. Życie jawiło się jako krótkie i kruche, a człowiek jako istota, która w każdej chwili może zostać powołana przed oblicze Stwórcy.

Pod koniec wieku XIX śmierć nadal wywoływała strach, ale zaczęła być też postrzegana jakoś coś, co budzi odrazę, co staje się nieprzyzwoite, czego nie ukazuje się publicznie; ludzie „nie chcą wpuszczać wszystkich do pokoju cuchnącego moczem, potem, ropą, zabrudzoną pościelą. Wchodzą tam tylko nieliczni, bliscy, którzy potrafią opanować odrazę, i ci, którzy chorego leczą i pielęgnują. Tworzy się nowy obraz śmierci: śmierci brzydkiej i ukrywanej, bo jest brzydka i brudna” [11]. W drugiej połowie wieku XX nastąpiło przeniesienie człowieka znajdującego się u kresu życia z domu do szpitala, czego konsekwencją stało się zapoczątkowanie okresu samotnego umierania. Zwiększył się dystans pomiędzy umierającym i otoczeniem, a śmierć zaczęła być usuwana ze świadomości indywidualnej oraz społecznej, postępowało jej *zdziczenie*; „kiedy tę śmierć, z którą człowiek był spoufalony, nazywamy oswojoną, nie chcemy przez to powiedzieć, że niegdyś była dzika, a następnie ją oswojono. Przeciwnie, chcemy powiedzieć, że dzisiaj stała się dzika, choć przedtem taka nie była. Najstarsza śmierć była oswojona” [11].

MEDYKALIZACJA ŚMIERCI

Zjawisko przenoszenia umierającego do szpitala związane było z jednej strony z faktem, iż w nowych warunkach życia człowiek terminalnie chory nie wpisywał się w rytm funkcjonowania rodziny, a z drugiej - z postępem, który dokonał się w medycynie.

Już w początkach XX wieku bliscy umierającego zaczynają odczuwać potrzebę chronienia swojej prywatności przed natarczywą ciekawością innych, nieukazywania im tego, co może wywoływać niechęć czy odrazę, niewprowadzania obcych w świat choroby, cierpienia i umierania, a jednocześnie nie dzielą, jak miało to miejsce dawniej, trudu opieki i pielęgnacji chorego, znoszenia budzących wstręt zjawisk towarzyszących niejednokrotnie chorobie z nikim spoza swojego kręgu, który współcześnie nieustannie się zmniejsza ograniczając się często wyłącznie do najbliższych krewnych lub nawet samych małżonków [11]. Obecność terminalnej choroby, w drugiej połowie XX wieku, staje się coraz bardziej uciążliwa i coraz trudniejsza do

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

zniesienia; postępy, które dokonały się „w dziedzinie komfortu, intymności, higieny osobistej i aseptyki sprawiły, że wszyscy stali się mniej odporni: nic nie można poradzić na to, że zmysły nie tolerują już woni i widoków, które jeszcze z początkiem wieku XIX, wraz z cierpieniem i chorobą, składały się na codzienność. Objawy fizjologiczne przeszły z codzienności do aseptycznego świata higieny, medycyny i moralności, których początkowo nie rozróżniano” [11]. Dodatkowo, szczególnie w miastach, obecność ciężko chorego wiąże się z ogromnym wysiłkiem, aby pogodzić opiekę domową z pracą zawodową.

Z drugiej strony, rozwój medycyny spowodował, iż zapewnienie profesjonalnego postępowania diagnostycznego i leczniczego coraz częściej wymaga pobytu w szpitalu (w którym zatrudnione są osoby posiadające fachową wiedzę oraz znajduje się specjalistyczny sprzęt), co wywołuje i wzmacnia przekonanie, że miejsce osoby chorej jest w szpitalu lub innej placówce medycznej [12]. W szpitalach wykorzystuje się różne metody usuwania lub łagodzenia cierpienia i innych dolegliwości związanych z chorobą i agonią, które niekiedy można byłoby zastosować także w domu, jednakże często wiąże się to z kosztami i trudnościami zbyt poważnymi, by rodzina mogła im podołać, dlatego też zjawisko umierania w szpitalu idzie w parze z rozwojem „lekarskich metod łagodzenia bólu i - w obecnym stanie rzeczy - materialnych trudności w stosowaniu ich w domu” [11]. Stopniowo, choć ludzie nie zawsze to przyznają, szpital staje się miejscem, które „ofiarowuje rodzinom azyl, gdzie mogą ukryć kłopotliwego pacjenta, którego ani obcy, ani one same nie mogły dłużej znosić; z czystym sumieniem przekazują innym opiekę (...), aby powrócić do normalnego życia. (...Przeprowadzka do szpitala) została przez rodziny zaakceptowana i przez ich współudział upowszechniona i ułatwiona” [11].

Umieranie w domu zaczyna stawać się czymś nie do przyjęcia, starzenie w domu bywa coraz trudniejsze, a ludzie czują się coraz mniej odpowiedzialni w kwestii zdrowia oczekując, że wyręczą ich w tym instytucje medyczne. Przekonanie, że troska o zdrowie jest sprawą medycyny i lekarza, w którym coraz częściej „widzi się kogoś, kto odpędza śmierć od pacjenta, pogromcę kostuchy, wybawcę od lęku przed śmiercią” [13] wpływa na to, że człowiek poważnie chory czy umierający trafia do szpitala. Rodzina czuje się uwolniona od odpowiedzialności za decydowanie o końcowym okresie życia chorego „na rzecz uczonego-cudotwórcy, znającego tajemnice zdrowia i cierpienia, który lepiej niż ktokolwiek wie, co należy robić, i który w konsekwencji winien o wszystkim suwerennie decydować” [11].

Wraz z wytworzeniem się nowego modelu śmierci, *śmierci zmedykalizowanej*, przestaje być ona postrzegana jako zjawisko naturalne, lecz jako porażka lekarza w staraniach

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

o wyleczenie choroby, jako „rezultat bezsilności albo niezręczności, o którym trzeba zapomnieć” [11]. Daje się zatem zauważyć, że medycyna szpitalna w XX wieku bazuje na kilku założeniach, które można nazwać *ideologią szpitalną* [14]. Pierwsze z nich - *wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi* leży u podstaw zjawiska, jakim jest uprzedmiotowienie choroby; lekarz skupia się na walce z nią, na konkretnym „uszkodzeniu” organizmu, ale nie na człowieku, który choroby doświadcza. Drugie założenie, *zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów*, stanowi przejaw wiary w moc medycyny oraz przekonania człowieka, że nie jest on odpowiedzialny za swoje zdrowie i że to lekarz jako ekspert w dziedzinie zdrowia podejmie, za i dla niego, właściwe decyzje. Bliskim chorego zaczyna zaś towarzyszyć poczucie, że z uwagi na profesjonalizm i samowystarczalność personelu, oni stają się przy nim niepotrzebni, że „szpital potrafi wyleczyć bez udziału rodziny” [14]. Ostatnie z założeń, *śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka może człowieka spotkać*, skłania do traktowania medycyny jako działalności, której zadaniem jest ochrona przed śmiercią. Lekarz postrzega chorobę jako wyzwanie, a swym celem czyni jej wyleczenie, dlatego „przeżywa każdą śmierć jako niepowodzenie. Stąd też fałszywe oczekiwanie pacjentów (...) Nie chce się uznać Śmierci, tego wielkiego, nieusuwalnego i nieuleczalnego faktu” [14].

Człowiek trafiający do szpitala odczuwa obawę, co przyniesie przyszłość; znajduje się z dala od rodziny i znajomych, wśród wielu obcych ludzi, czasem nie posiada wiedzy i nie rozumie, co się z nim i wokół niego dzieje, a to rodzi napięcie i lęk oraz pogłębia poczucie bezsilności i osamotnienia. Z drugiej strony, odczuwa nadzieję, oczekuje pomocy i ufa, że lekarze - eksperci zrobią co tylko możliwe, by wyzwolić go z kryzysowej sytuacji, w której się aktualnie znalazł. Okazuje się jednak, że ich starania nie zawsze zwieńczone są powodzeniem, że medycyna i lekarze nie mogą uczynić wszystkiego, a śmierć ostatecznie pozostaje niepokonana.

Uznanie śmierci za wroga, z którym należy walczyć, powoduje, iż niejednokrotnie lekarze śmierć traktują jako prywatną porażkę i aby jej nie ponieść lub odsunąć w czasie, podejmują wysiłki reanimacji także wówczas, gdy nie mają one szans powodzenia lub nie przerywają zabiegów sztucznie podtrzymujących życie, popadając w „terapeutyczne zaciętrzewienie”. Z drugiej zaś strony, lekarze mając poczucie, iż w niektórych przypadkach pozostają bezradni, niekiedy starają się je usunąć ze świadomości poprzez ograniczanie kontaktów z kimś, komu w ich przekonaniu nic nie może już pomóc. Tymczasem to właśnie człowiek terminalnie chory, obawiający się o swoje życie lub mający świadomość zbliżającego się nieuchronnie kresu,

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

przebywający samotnie w szpitalu, często najbardziej potrzebuje partnerskiej relacji, wsparcia psychicznego i empatii, by poradzić sobie z sytuacją, której doświadcza.

Śmierć zostaje więc odebrana zarówno jednostce, jak i rodzinie, przeświadczonej o swej bezsilności, oraz społeczeństwu i wraz z chorobą zamknięta w murach placówek medycznych; staje się zmedykalizowana.

LEKARZ WOBEC UMIERANIA I ŚMIERCI

Kwestię postawy chorego, a przede wszystkim lekarza, wobec śmierci oraz zapewnienie odpowiednich warunków umierania uważał Julian Aleksandrowicz za najtrudniejsze problemy filozofii i medycyny, stąd też poświęcił im wiele miejsca w swojej myśli.

Aleksandrowicz sądził, iż każdy człowiek powinien być przygotowywany do odejścia, a jego stosunek do własnej śmierci „jest miarą i wyrazem jego kultury oraz dojrzałości życiowej” [15]. Był zdania, iż pełnię człowieczeństwa osiąga się wraz z pozyskaniem świadomości o skończoności swego istnienia. W duchu Seneki i św. Augustyna postrzegał śmierć jako „wyrok”, który „narodziny wnoszą ze sobą w nasze życie, w fakt egzystencji” [15]. Z tego też powodu wskazywał na potrzebę publicznych dyskusji na temat śmierci, które pomogłyby oswoić się z myślą o niej, zrozumieć i zaakceptować, iż jest ona zjawiskiem biologicznym, a życie człowieka dobiegnie kresu, podobnie jak ma to miejsce w przypadku każdego innego żywego organizmu, z tym że po człowieku pozostanie ślad w postaci jego myśli i postępów [16]. Aleksandrowicz podkreślał zatem, że śmierć jest zjawiskiem nieuniknionym, dotyczącym wszystkich bez wyjątku i u wszystkich wywołującym lęk, aczkolwiek jego intensywność uzależniona jest od indywidualnych cech oraz instynktu samozachowawczego. Sądził, iż świadomość powszechności śmierci, przekonanie, że *wszyscy umrzemy*, które było charakterystyczne dla modelu śmierci oswojonej, powoduje, iż człowiek mniej się śmierci obawia i łatwiej mu „akceptować ten fakt nierozzerwalnie przecież związany z istnieniem każdej formy życia” [16], jednakże lęk nie zostaje wyeliminowany całkowicie. Rozważając, dlaczego ludzie odczuwają strach przed kresem życia i na myśl o nim poszukują pocieszenia i uspokojenia Aleksandrowicz odwoływał się do myśli Epikura i wskazywał, że dla człowieka nie jest straszna myśl o unicestwieniu, lecz o tym, że śmierć tego unicestwienia nie przyniesie, a zatem obawia się on „nie zakończenia życia, lecz „gniewu bogów”” [16].

Centralny punkt myśli Aleksandrowicza na temat kresu życia człowieka stanowiły przemyślenia dotyczące postawy i obowiązków lekarzy wobec chorych i umierających. Podkreślał on, że zadaniem lekarza jest realizowanie starań o to, by uwolnić człowieka od lęku

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

i zastąpić go wiarą, iż potrafi się „przyjąć śmierć, jak nakazuje ludzka godność” [16]. Nieocenione mogą być tu partnerskie kontakty z pacjentem, mające u podstaw wzajemne zaufanie i zrozumienie, nieunikanie rozmów na trudne tematy, jeżeli chory takie rozmowy inicjuje lub sygnalizuje ich potrzebę. Człowiek umierający powinien mieć poczucie, że ma możliwość zadawania pytań lekarzowi i uzyskania przystępnych odpowiedzi, artykułowania swoich emocji i omówienia obaw. Wsparcie psychiczne, dodanie otuchy, „pomoc w zrozumieniu spraw, z którymi chory nie może sobie sam poradzić, niosą prawdziwą pociechę” [17] i mogą być najskuteczniejszym sposobem redukcji negatywnych emocji.

Zdaniem Aleksandrowicza, szczególnie istotna w ostatnich chwilach życia jest troska lekarza o to, by maksymalnie ograniczyć cierpienia fizyczne, by nie przedłużać niepotrzebnie procesu umierania. Miał on jednak świadomość, iż lekarze niejednokrotnie przysparzają konającemu zbędnych cierpień pobudzając farmakologicznie funkcjonowanie kory mózgowej i serca, co intensyfikuje duszności i uczucie lęku [17]. Może to być konsekwencją nieświadomości, braku doświadczenia lub wiedzy z zakresu tanatologii, albo też „zaciętrzewienia terapeutycznego”, gdy zgodnie z modelem śmierci zmedykalizowanej śmierć uznana zostanie za wroga, z którym należy bezwzględnie walczyć. Medykalizacja procesu umierania może zatem do obawy przed śmiercią jako taką, dodawać obawę człowieka, iż jego śmierć stanie się sprawą innych, a on sam ztratci podmiotowość i będzie postrzegany wyłącznie jako kolejny przypadek przez lekarzy, „których decyzje pozostają niepodważalne, choć często są niezrozumiałe dla pacjenta” [18].

Aleksandrowicz zauważał także, iż zdarzają się sytuacje odmienne, kiedy to lekarze w przekonaniu, że są bezradni, ponieważ ich wiedza w niczym nie może już pomóc, „odwracają się od umierającego i zostawiają go sam na sam ze śmiercią. I chyba każdy lekarz może się na tym złapać, że większą uwagę koncentruje na człowieku, który ma szansę przeżycia. Jest to prawda obiektywna, lecz zła, dlatego ten rutynowy „obyczaj” musi się zmienić” [15]. Postępowanie takie może wynikać z faktu, że dla lekarza chory, w przypadku którego wiedza z zakresu medycyny okazuje się bezużyteczna, staje się powodem do podważenia zaufania w jej możliwości, ale także przyczyną zawstydzenia lub upokorzenia z powodu własnego niepowodzenia i „uczucia te stara się od siebie odsunąć, unikając spotkania z człowiekiem, któremu w swoim przekonaniu nic już pomóc nie może. Śmierć staje się coraz bardziej odhumanizowana” [19]. Aleksandrowicz źródła takiego zachowania doszukiwał się też w nie do końca być może uświadomionym sposobie myślenia i wartościowania człowieka, który pozostaje pod wpływem paradygmatu redukcjonistycznego, kartezyjskiego. Lekarz zmagając

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

się z chorobą nie postrzega pacjenta doświadczającego tej choroby jako jedność psychofizyczną, lecz według parametrów wydajności jego organizmu; jeżeli zatem, lekarz choćby podświadomie przyjmie, iż „człowiek jest kartezjańską maszyną, to póki ta maszyna jest jako tako sprawna, człowiek jest coś wart. Jeśli zaś nie, jeśli „nie produkuje”, staje się wrakiem” [15].

Zarówno przysparzanie umierającemu niepotrzebnych cierpień, jak i opuszczanie go u kresu życia uważał Aleksandrowicz za zachowania wymagające przeciwdziałania. Akcentował zatem konieczność sprzeciwiania się uprzedmiotowianiu człowieka, traktowaniu go jak mechanizm składający się z elementów, których naprawa wymaga odwiedzenia różnych specjalistów od leczenia poszczególnych narządów. Szczególnie medycyna powinna pielęgnować i rozwijać wiedzę o człowieku jako niepowtarzalnej wartości, a wsparciem dla niej w realizowaniu tego postulatu mogą być nauki humanistyczne, a zwłaszcza etyka. Umiejętność właściwego zachowania wobec innych, poszanowania ich i własnej godności, wymaga włączenia w ramy sztuki lekarskiej, gdyż bez tego „nawet najlepszy naukowiec marnym będzie lekarzem” [15].

Aleksandrowicz wskazywał, że zamiast bezskutecznie przedłużać agonię należy nie tylko wszelkimi dostępnymi środkami redukować cierpienia fizyczne, ale również psychiczne, wykorzystując w tym celu specyfiki mogące wyeliminować lęk przed śmiercią. Zalecał również sięgnięcie po psychoterapię, by pomóc człowiekowi w osiągnięciu spokoju, ale także, by stworzyć wokół niego odpowiednią atmosferę, gdyż umieranie w samotności, z którym coraz częściej można spotkać się w szpitalach, nasila cierpienie [15]. Istotną kwestią jest również zapewnienie umierającemu przekonania, że „nie odchodzi anonimowo jako „biologiczna maszyna wyrzucona na złom”, ale jako określona wartość” [15]. Troskę o człowieka, którego życie dobiega kresu, postrzegał Aleksandrowicz jako probierz „lekarskiej kultury wchodzącej w zakres *ethosu* tego zawodu” [15]. Podkreślał też, że śmierć jest trudnym doświadczeniem także dla rodziny umierającego, a zatem nie należy zaniedbać starań o zmniejszenie jej cierpień.

Medykalizacja śmierci, przekazanie jej w ręce lekarzy, a tym samym technicyzacja procesu umierania spowodowały, że człowiek może mieć poczucie utraty kontroli nad kresem własnego życia [18], stąd też zdarza się, iż bardziej niż samej śmierci, obawia się, że będzie sztucznie podtrzymywany przy życiu, że będzie cierpieć. Z tego też powodu niektórzy ludzie próbują tworzyć własną wizję swojej śmierci, niekiedy nawet chcieliby ją zaplanować, by mogli umrzeć w spokoju, bez niepotrzebnego przedłużania bólu; pojawiają się zatem rozmyślenia o możliwości eutanazji. Odnosząc się do tego problemu Aleksandrowicz wskazywał, iż praktyka taka pozostawałaby w sprzeczności z przekonaniem, że życie jest wartością najwyższą. Uważał,

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

iz zarozumiałością byłoby przypisywanie sobie prawa do spowodowania przedwczesnej śmierci innego człowieka, nawet doświadczającego nieuleczalnej choroby. Sądził, że jeśli ktoś „uzurpuje sobie prawo do manipulowania drugą osobą jak przedmiotem, jak kółkiem w mechanizmie społecznym, to postawa taka jest już niegodna człowieka” [16]. Można przypuszczać, iż swoimi rozważaniami objął głównie problem eutanazji niedobrowolnej, gdyż w przypadku dobrowolnej wszelkie postępowanie byłoby konsekwencją respektowania woli i świadomej prośby samego pacjenta, a nie przejawem traktowania go w sposób przedmiotowy.

Aleksandrowicz zauważał też, że postawa wobec śmierci może pozostawać w związku z wrażliwością moralną, która uzależniona jest z kolei od rozwoju stosunków społecznych warunkowanych poziomem bytu materialnego, czego potwierdzeniem może być fakt, iż „warunki życia koczowniczego sankcjonowały uśmiercanie starców i kalekich dzieci” [20]. Wrażliwość moralna współczesnych społeczeństw uznaje za istotne m.in. wolność osobistą, prawo do ochrony zdrowia i godności osobistej, które przynależą człowiekowi także u kresu jego życia.

Od drugiej połowy XX wieku widoczne jest wzrastanie zainteresowania problematyką tanatologiczną, co przyczyniło się do powstania wielu prac, które rozpatrują śmierć „w perspektywie psychologicznej, socjologicznej, etycznej, antropologicznej. Wielowymiarowość umierania powoduje jednak, że nie można wypracować jednolitej teorii wyjaśniającej te procesy” [21]. Dostrzegali to również Aleksandrowicz, w opinii którego, pomimo wielu prób zgłębienia jej istoty, śmierć pozostaje egzystencjalnym faktem, który nadal okryty jest niewiedzą; nie udaje się jednoznacznie określić czym ona jest, a stosunek człowieka do śmierci można wyrazić słowami: „dla przyrodnika jest zagadką jak życie, dla fizyka - przeinaczeniem jeno materii, dla wierzącego - odrodzeniem w innym bycie, a dla cierpiących - chyba wyzwoleniem” [16].

NIE MA NIEULECZALNIE CHORYCH

Niemożność poznania istoty śmierci oraz niepewność w kwestii tego, jak będzie się umierać - bez bólu, spokojnie czy w cierpieniu, w otoczeniu bliskich, a może obcych sobie ludzi, czy w samotności, wzbudza i potęguje lęk przed tym, co nieuniknione. W przypadku wielu osób jedną z trudniejszych wizji może być perspektywa oczekiwania kresu w przebiegu choroby terminalnej. Człowiekowi często trudno jest zaakceptować sam fakt własnej skończoności, a już tym bardziej, gdy dość nagle zaczyna się on jawić, jako coraz bliższa perspektywa, jako „wyrok”, który może zostać wykonany nieomal w każdym momencie. Chory wspiera się

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

nadzieją, że może jednak uda się go odroczyć, że może uda się życie przedłużyć, gdyż „człowiek może stracić życie, ale nigdy nadzieję na wyleczenie” [16].

Julian Aleksandrowicz wskazywał, że śmierć jest nierozzerwalnie powiązana z życiem, ale należy dążyć do eliminowania wszystkiego, co może przyczynić się do przedwczesnego jej nadejścia. Wyrażał przekonanie, iż z profilaktyką nieuleczalnych dotychczas chorób tożsama jest ochrona środowiska przyrodniczego [22]. Kładł mocny akcent na fakt, że człowiek poprzez niekorzystne przekształcenia środowiska, w którym żyje, przyczynia się do zaistnienia czynników wyzwalających choroby prowadzące do przedwczesnych zgonów, a zatem, jak zauważał, istnieją teoretyczne przesłanki, że w podobnym stopniu człowiek może im przeciwdziałać. Realizowanie tego zamysłu zależne byłoby jednak od tego, czy „w krąg nauk zintegrowanych włączy się również nauki humanistyczne i etyczne. One bowiem jedynie wskazać mogą drogę do egalitaryzmu biologicznego i etycznego warunkującego profilaktykę, a więc zapobieganie przedwczesnym zgonom z powodu chorób uważanych za nieuleczalne” [22].

Jak jednak zauważał Aleksandrowicz, w obliczu takich chorób, a zwłaszcza nowotworowych, u lekarzy niejednokrotnie pojawia się przekonanie o własnej bezradności tak w zapobieganiu im, jak i leczeniu. Podejmowane zaś przez oficjalną medycynę postępowania ograniczają się zazwyczaj do tradycyjnych metod i rzadko decyduje się ona „podjąć intelektualny i moralny wysiłek nowatorskich poszukiwań przyczyn chorób dziś jeszcze uważanych za nieuleczalne” [22]. Z tego też powodu nauka lekarska nie sprzyja zdrowiu społeczeństw, ani nie spełnia ich oczekiwań.

Dokonując w tym kontekście rozróżnienia pomiędzy naukowcami i uczonymi wskazywał, iż do grona tych pierwszych zaliczyć trzeba wszystkich tych, którzy ograniczają swoją działalność utrwalonymi schematami i skupiają się na poprawianiu starych teorii, w niewielkim zatem stopniu będąc nowatorami i nie przyczyniając się tym samym do postępu. Postawą, którą niejednokrotnie prezentują przedstawiciele tego środowiska jest „zjawisko zacietrzewienia, nie dopuszczającego myśli o *nowym* pod pozorem niezbędnego w nauce sceptycyzmu” [22]. Uczonymi określał zaś Aleksandrowicz tych, których charakteryzuje nieustępliwe dążenie do zgłębiania prawdy. W przypadku uczonego, będącego lekarzem, nieodzowna jest twórcza wyobraźnia i chęć pozyskania wiedzy na temat zachowania zdrowia, które stanowią podstawę do rozważań o „możliwości przeciwdziałania przedwczesnym zgonom wskutek chorób uważanych wciąż jeszcze za nieuleczalne” [22]. Poszukując sposobów eliminowania i zapobiegania wystąpieniu czynników chorobotwórczych powinien lekarz współdziałać

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

z przedstawicielami innych profesji, gdyż dzięki interdyscyplinarności zaistnieją większe możliwości zrealizowania celu.

Aleksandrowicz podkreślał, że wiedza stwarza nadzieję na lepsze jutro [15], sądził, iż w przyszłości człowiek zostanie uwolniony od przekonania o nieuleczalności określonych chorób oraz przeświadczenia o bezcelowości podejmowania wobec nich starań, gdyż i tak skazane są na niepowodzenie. Nim jednak to nastąpi konieczne jest zadbanie o właściwe postępowanie w przypadku osób nieuleczalnie chorych, co wpisuje się w zakres obowiązków lekarza, podobnie „jak zapobieganie chorobie, rozpoznawanie jej i leczenie. Nie wolno odbierać pacjentowi nadziei, ale tak przygotować atmosferę moralną wokół umierającego, aby odebrać śmierci aurę grozy” [15]. Nadzieja często też pomaga zachować spokój, znosić wszelkie badania i cierpienie.

Pozbawianie nadziei jest zarówno niezgodne z etyką lekarską, jak i może przyczynić się do nasilenia choroby. W opinii Aleksandrowicza, jeżeli nie ma innej metody poprawienia stanu pacjenta, akceptowalne są wszystkie sposoby podtrzymania nadziei. Biorąc za punkt wyjścia przekonanie, iż poczucie beznadziejności negatywnie wpływa na zdrowie chorego, podkreślał on, że „jedenaste przykazanie brzmi: NIE ODBIERAJ NADZIEI. Nie chodzi tu o budzenie iluzji, lecz o podtrzymanie nadziei. Różnica jest subtelna, ale (...) wyczuwalna” [17]. Wskazywał, że dzięki właściwej psychoterapii oraz wzbudzeniu chęci do realizowania się poprzez aktywność artystyczną lub naukową człowiek uznany za nieuleczalnie chorego może „odzyskać subiektywne poczucie zdrowia” [16].

Stosunek do nieuleczalnie chorego weryfikuje predyspozycje lekarza; powinien on chcieć, by szpital stał się miejscem nie cierpienia, lecz nadziei. Z tego też powodu Aleksandrowicz postulował, aby w szpitalach dążyć do formowania aktywności pracowników i klimatu psychicznego w zgodzie z założeniem, że „nie ma nieuleczalnie chorych, ograniczona jest jedynie nasza wiedza o życiu i śmierci poprzedzonej umieraniem” [16]. Zdawał sobie jednak sprawę, iż w społeczeństwie funkcjonuje obraz szpitala, jako miejsca, w którym następuje kres, stąd też zastąpienie go wizją szpitala jako źródła nadziei może wydawać się przedsięwzięciem utopijnym

Podobnie, miał też Aleksandrowicz świadomość, iż działania urealniane nadzieję na uchronienie ludzi od lęku przed chorobami i czynnikami wiodącymi do przedwczesnych zgonów nie są w jego czasach powszechne, a nawet bywają postrzegane jako utopia, jednakże uważał, że życie chorych byłoby trudniejsze, „gdyby na ich drodze zabrakło ludzi z twórczą wyobraźnią, doceniających wagę „utopijnego” myślenia, często intuicyjnego. Stanowi ono

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

niezbędne tworzywo nadziei. Wiadomo, że bez „utopii” zagraża ludzkości marazm. Społeczeństwu o rozwiniętej świadomości potrzebna jest zarówno wiedza historyczna jak i nadzieja. Bez pierwszej grozi powtarzanie pomyłek raz już popełnionych, bez drugiej hamowanie postępu” [22].

PODSUMOWANIE

Zagadnienie umierania i śmierci to istotny problem tak dawniej, jak również (a może: szczególnie?) współcześnie. Wraz z nastaniem okresu (najczęściej) samotnego umierania w szpitalach, usuwania lub spychania śmierci na obrzeża świadomości tak indywidualnej, jak i społecznej, człowiekowi jest jeszcze trudniej, niż miało to miejsce niegdyś, stanąć w jej obliczu. Wsparciem w sytuacji kryzysowej może być rodzina, otoczenie, jak również personel medyczny, szczególnie lekarze, którzy powinni mieć systematyczny kontakt z umierającym. Nie zawsze jednak chory może na to wsparcie, nawet członków rodziny, liczyć, a może to wynikać z faktu nieumiejętności w towarzyszeniu umierającemu, gdyż nie obcując wcześniej ze śmiercią, kiedy przyjdzie stanąć naprzeciw niej, nie są oni na to przygotowani i nie wiedzą jak się zachować, aby pomóc, a nie przysporzyć dodatkowych przykrości; często też starają się skrywać swoje prawdziwe uczucia, by nie pozbawić chorego nadziei. Bliscy mogą także obawiać się trudnych dla nich rozmów, tego, czy będą potrafili znaleźć właściwe słowa w krytycznym dla wszystkich okresie; mogą być też przygnębieni i zatrwożeni swoją bezsilnością oraz wizją pustki, która po umierającym pozostanie. Ponadto często postrzegają śmierć jako coś obcego, nieokiełznanego, co, prędzej czy później, zmanifestuje swoją władzę także nad nimi samymi, a to może nasilać lęk i psychiczny dyskomfort.

W tej perspektywie szczególnego znaczenia nabiera postulat Aleksandrowicza, by człowiek był przygotowywany do odejścia, by oswajał się z myślą o śmierci, akceptował, iż jest ona naturalnym zjawiskiem biologicznym, które dotyczy wszystkich, a łatwiej mu będzie przyjąć tak śmierć innych, jak i zachować spokój w obliczu własnej, kiedy nadejdzie.

Współcześnie jednak, kwestie związane z umieraniem i śmiercią najczęściej przekazywane są w ręce lekarzy - ekspertów, którzy potrafią życie przedłużyć i ostatecznie decydują komu pozwolić odejść, a wobec kogo kontynuować wysiłki, nawet jeśli szanse na powodzenie są niepewne. Dzisiejsza medycyna postrzegana jest zatem jako metoda walki ze śmiercią, chory traktowany jest zaś jak obiekt do wyleczenia, a dolegliwość jak przeszkoda do pokonania; „medycyna wypełnia ludzkie życie, a śmierć jest coraz częściej rozumiana jako jej słabość” [23]. W chwili jednak, gdy następuje śmierć, lekarz uchodzi za pokonanego, dlatego

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

też, chcąc uniknąć porażki, lekarzom zdarza się albo popadać w zacierzewienie, przysparzając umierającemu niepotrzebnych cierpień albo opuszczać go w ostatnich chwilach życia. Aleksandrowicz postępowania takie postrzegał jako wymagające przeciwdziałania, podkreślał, że medycyna powinna podtrzymywać i propagować wiedzę o człowieku jako niepowtarzalnej wartości, zaś „lekarz, dobry lekarz-humanista, musi umieć również towarzyszyć choremu w godzinie śmierci” [22]. W zakres powinności lekarza wpisywał zatem troskę o redukcję cierpień tak fizycznych, jak i psychicznych, o wyzwolenie od lęku przed nieuniknionym oraz uformowanie wokół umierającego odpowiedniego klimatu, co łącznie pozwoli mu spokojniej zbliżyć się do brzegu życia. Niezbędne jest podmiotowe traktowanie chorego, partnerskie z nim relacje powstałe na fundamencie wzajemnego zaufania i empatii. Bycie partnerem przyczynia się do tego, że „lekarz w wyczulony sposób odczytuje i reaguje na uczucia, nastroje i emocje pacjenta” [24]. Wyrazy troski o człowieka umierającego wpisywał Aleksandrowicz w ramy *ethosu* zawodu lekarskiego.

Umieranie i śmierć bliskiej osoby jest trudnym doświadczeniem także dla rodziny; będzie ona musiała zmierzyć się nie tylko z żalem i bólem odczuwanym po stracie, z pytaniami, jak poradzić sobie z zaistniałą pustką, ale częstokroć także z koniecznością całkowitego przeorganizowania dotychczasowego życia, zanikiem poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji. Nie do przecenienia w tym kontekście jest zalecenie Aleksandrowicza, by lekarz nie unikał kontaktu z bliskimi umierającego, lecz raczej podejmował starania o zmniejszanie ich cierpień. Poszerzenie zaangażowania lekarza w proces umierania może wyrażać się poprzez empatyczne reagowanie, rozmawianie z chorym i jego rodziną o towarzyszących im uczuciach i obawach, dodawanie otuchy oraz osvajanie z wizją śmierci, jako naturalnej konsekwencji życia.

Będąc zdania, iż w przyszłości zaniknie przekonanie o nieuleczalności określonych chorób (prowadzących do przedwczesnych zgonów) oraz daremności prób ich leczenia, Aleksandrowicz podkreślał, że do tego czasu konieczne jest zadbanie o właściwe postępowanie w przypadku osób uznawanych za nieuleczalnie chore, a szczególnie niepozabawianie ich nadziei. Odwołując się do własnych doświadczeń, wskazywał na pozytywną rolę nadziei w kształtowaniu subiektywnego poczucia zdrowia; „poznałem siłę nadziei i destrukcyjną moc rozpacz. Trwam i zalecam trwanie przy nadziei. Nigdy bowiem nie wiadomo, w której chwili i skąd przyjsć może ocalenie” [22].

Jako że śmierć jest czymś, co dotyczy wszystkich żywych istot, a zatem i człowieka, nieustająco będzie budziła emocje i skłaniała do refleksji. Wraz z rozwojem nauki i techniki mogą rodzić się nowe wątpliwości, nowe pytania dotyczące umierania i śmierci, jednakże

Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci. Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza

zawsze pozostanie ona nieodwołalnym faktem, z którym wszystkim przyjdzie się kiedyś zmierzyć. Można zatem uznać, że długo jeszcze nie straci aktualności myśl Aleksandrowicza, iż „Miarą kultury zdrowia każdego społeczeństwa jest troska o umierających, o zapewnienie im spokoju psychicznego w chwilach konania, troska o już martwe biologiczne struktury, którym należy zapewnić ochronę przed profanacją, jak również troska o zmniejszenie cierpień rodziny konającego. Spełnienie tych trzech warunków jest takim samym (...) obowiązkiem zawodu lekarskiego, jak obowiązek rozpoznawania chorób, ich leczenia, rokowania i zapobiegania im” [16].

PIŚMIENNICTWO

1. Adamkiewicz M.: Zagadnienie śmierci w bioetyce. Wydawnictwo Wojskowej Akademii Technicznej, Warszawa 2002.
2. Goutierre M.-D.: Człowiek w obliczu własnej śmierci. Absurd czy zbawienie? Wydawnictwo eSPe, Kraków 2001.
3. Reale G.: Historia filozofii starożytnej. Od początków do Sokratesa. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 2000.
4. Platon: Obrona Sokratesa [w:] Platon: Dialogi. Unia Wydawnicza „VERUM”, Warszawa 1993, 181-208.
5. Platon: Fedon [w:] Platon: Dialogi. Unia Wydawnicza „VERUM”, Warszawa 1993, 225-295.
6. Diogenes Laertios: Żywoty i poglądy słynnych filozofów. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982.
7. Seneka L. A.: Listy moralne do Lucyliusza [w:] Seneka L.A.: Myśli. Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2003: 189-271.
8. Seneka L. A.: O pocieszeniu do Marcji [w:] Seneka L.A.: Myśli. Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2003: 73-85.
9. Augustyn św.: Państwo Boże. Wydawnictwo Antyk, Kęty 1998.
10. Augustyn św.: Wyznania. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1987.
11. Ariès P.: Człowiek i śmierć. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1992.
12. Pera H.: Sam nie podołam [w:] Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Bortnowska H. (red.). Wydawnictwo ZNAK, Kraków 1980: 177-252.
13. Illich I.: Wywłaszczenie zdrowia [w:] Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Bortnowska H. (red.). Wydawnictwo ZNAK, Kraków 1980: 122-128.

**Chory i lekarz w obliczu umierania i śmierci.
Wątki tanatologiczne w myśli Juliana Aleksandrowicza**

14. Wilson M.: Zdrowie, postawy i wartości [w:] Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Bortnowska H. (red.). Wydawnictwo ZNAK, Kraków 1980: 102-121.
15. Aleksandrowicz J., Duda H.: U progu medycyny jutra. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
16. Aleksandrowicz J.: Sumienie ekologiczne. Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
17. Aleksandrowicz J., Stawowy E.: Tyle wart człowiek... Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1992.
18. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. UNIVERSITAS, Kraków 2004.
19. Brzeziński T.: Etyka lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
20. Aleksandrowicz J.: Wiedza stwarza nadzieję. Wiedza Powszechna, Warszawa 1975.
21. Ślęczek-Czakon D.: Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.
22. Aleksandrowicz J.: Nie ma nieuleczalnie chorych. Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1987.
23. Sydow K.: Ryzyko a śmierć. O różnych strategiach życia [w:] Śmierć jako norma, śmierć jako skandal. Kuligowski W., Zwierzchowski P. (red.). Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2004: 64-75.
24. Leathers D.G.: Komunikacja niewerbalna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

TERAPIA PODTRZYMUJĄCA ŻYCIE. KIEDY POWIEDZIEĆ STOP?

Aleksander Tuteja, Laura Więcko, Liwia Olczyk, Katarzyna Trela

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierunek Lekarski

OPIEKA U SCHYŁKU ŻYCIA

W leczeniu pacjentów niezmiernie ważne jest prawidłowe i racjonalne dobranie terapii przez zespół medyczny. Śmierć jest nieodzownym elementem życia, a mimo to aspekt opieki u schyłku życia był w ogromnym stopniu pomijany w przeszłości. Dążąc do lepszego zrozumienia i efektywniejszego leczenia schorzeń, współczesna medycyna często nie dostrzega nieuchronności postępu choroby i czasem stawia na bardziej agresywny proces leczenia niż jest wymagany. Skutkiem tych czynności może być niezapewnienie pacjentom odpowiedniej opieki pod koniec życia [1].

Pacjentów nieuleczalnie chorych cechuje krótki czas trwania leczenia, jak i zmiana leczenia ze schematu leczniczego na opiekę wspomagającą lub paliatywną. Światowa Organizacja Zdrowia określa opiekę paliatywną jako „aktywną, całkowitą opiekę nad pacjentami, których choroba nie reaguje na leczenie” [1].

Opieka nad pacjentem nieuleczalnie chorym opiera się w znacznym stopniu na:

- zmniejszaniu objawów
- zapewnieniu komfortu
- utrzymaniu względnej jakości życia
- zapewnieniu godnego umierania [2].

Co ważne, opieka pacjenta z chorobą terminalną nie powinna ograniczać się wyłącznie do oddziałów intensywnej terapii [3].

W omawianym przypadku ogromnie ważna jest zgrana praca zespołu opieki zdrowotnej, który składa się z kilku różnych członków, a każdy z nich pełni swoją unikalną rolę. Wsparcie lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów oraz duchowych stanowi fundament opieki paliatywnej. Kiedy specjaliści sprawujący opiekę nad chorym współpracują ze sobą, pacjentem oraz jego rodziną, proces terapii jest w zdecydowanym stopniu bardziej wartościowy dla pacjenta [6].

Terapia podtrzymująca życie. Kiedy powiedzieć stop?

Musimy jednak pamiętać, iż opieka u schyłku życia jest nieodłącznie związana z zaprzestaniem stosowania metod, mających na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz tempo wycofywania leczenia powinno być indywidualne dla każdego pacjenta [2,7].

INTENSYWNA TERAPIA

Na oddziałach intensywnej terapii podejmowane są działania mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia. Pacjenci trafiają na OIOM z powodu potencjalnie odwracalnej niewydolności jednego/kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego. Trzeba pamiętać, iż pacjenci kwalifikowani są do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii zgodnie z aktualnymi Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Te wytyczne dokładnie mówią o sposobie kwalifikacji oraz kryteriach przyjęcia pacjentów [4,5]. Pacjenci, którym łatwiej dostępna interwencja na oddziałach szpitalnych nie pomogła, prawdopodobnie umrą, jeśli nie otrzymają zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych [3]. Nawiązując do tematu pracy musimy wiedzieć iż, na oddział intensywnej terapii nie należy przyjmować pacjentów z nieuleczalną chorobą, którzy nie odnieśliby żadnych korzyści z intensyfikacji opieki [2].

Tak jak kryteria przyjęcia na oddziały intensywnej terapii (OIT) są powszechnie znane i rozumiane, tak znacznie trudniej jest jednak osiągnąć zgodność i opracować formalne punkty określające, kogo wykluczyć z przyjęcia i kiedy zakończyć terapię o zwiększonej intensywności [3].

TERAPIA DAREMNA

Podtrzymywanie funkcjonowania niewydolnych narządów, pomimo braku wyraźnych korzyści terapeutycznych tj. przeżycie i wypisanie z oddziału intensywnej opieki, nazywane jest terapią daremną (ang. futile therapy) [7]. Taka forma leczenia może przedłużać proces umierania, co zazwyczaj wiąże się z potęgowaniem dolegliwości chorego [7, 8]. Pomimo tego badania wykazują, że ponad 60% polskich lekarzy przyznaje się do działań resuscytujących u pacjentów o znacznie zaawansowanej chorobie, u których brak jest szans na poprawę. Motywem są najczęściej obawy przed postawieniem zarzutów o nieudzielenie pomocy [8]. Warto podkreślić, że odstępienie od terapii daremnej, nie jest równoznaczne z rezygnacją personelu medycznego z pomocy pacjentowi. Zmianie ulega jedynie cel leczenia. Zamiast terapii nastawionej na podtrzymywanie niewydolnych narządów, leczenie skupia się na

Terapia podtrzymująca życie. Kiedy powiedzieć stop?

zapewnieniu jak największego komfortu choremu. Opiekę pielęgniarską, eliminację doznań takich jak: ból, drgawki, duszność, niepokój oraz zapewnienie żywienia i nawodnienia [7,9].

PERSPEKTYWA LEKARZA

Na zespole lekarskim zajmującym się pacjentem sztucznie podtrzymywanym do życia ciąży ciężar etyczny oraz prawny. Ze względu na fakt, że osoby na oddziałach intensywnej terapii (OIT) często nie są w stanie podjąć świadomej decyzji o kontynuacji leczenia (80%), ciężar wystawienia opinii na temat zasadności terapii uderza w lekarzy [7]. Często traktują oni śmierć jako swoją osobistą porażkę, zapominając, że jest ona nieodłącznym elementem ludzkiego życia [9].

Działania lekarzy po podjęciu decyzji o zaprzestaniu terapii daremnej, obejmują formę niepodjęcia leczenia, czyli brak wprowadzania nowych metod lub formę odstąpienia od stosowanej metody terapeutycznej [7].

Niezwykle ważne jest pełne poinformowanie pacjenta jak i członków rodziny o zmianach fizjologicznych jakie nastąpią po odstąpieniu od terapii. Personel medyczny powinien umożliwić dostęp do odpowiedniej opieki duchowej - obejmującej określone rytuały kulturowe czy religijne oraz jeśli jest to możliwe, zapewnienie prywatnej przestrzeni pacjentowi jak również jego rodzinie [10].

W pracy lekarza z pacjentem na skraju życia, niezbędne są jasne wytyczne. W roku 2014 opublikowane zostały pierwsze regulacje dotyczące terapii daremnej zawierające 12 punktów, mogących pomóc lekarzowi w podjęciu decyzji dotyczącej zasadności terapii [7].

PERSPEKTYWA PRAWNA

Z prawnego punktu widzenia, terapia daremna może rodzić wiele skomplikowanych problemów, zarówno w odniesieniu do praw pacjentów, jak i obowiązków lekarzy. Prawo dotyczące terapii daremnej w Polsce jest złożone i opiera się na różnych źródłach, w tym Kodeksie Etyki Lekarskiej, ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisach prawa cywilnego. Przede wszystkim pacjent musi zostać poinformowany prognozach i możliwościach leczenia jak i rokowaniu (art. 9 ust. 1 u.p.p. i art. 31 u.z.l.) [11,12,13]. Ma także prawo do odmowy leczenia, nawet w sytuacji ratującej życie. W odniesieniu do umierającego pacjenta, ustawa przewiduje możliwość ograniczenia przekazywanych informacji (art. 31 ust. 4 u.z.l.) [13]. Zgodnie z tym przepisem, w wyjątkowych sytuacjach, jeśli rokowanie jest niekorzystne, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i rokowaniu, jeżeli uzna, że jest to w najlepszym interesie pacjenta. W odniesieniu do umierających pacjentów, Kodeks

Terapia podtrzymująca życie. Kiedy powiedzieć stop?

Etyki Lekarskiej (KEL) precyzuje, że lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę chorego. Decyzja o reanimacji należy do lekarza i opiera się na ocenie szans terapeutycznych (art. 33 ust. KEL) [14]. Niewątpliwie lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu odpowiednią opiekę paliatywną i godne warunki umierania. Medyk winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jak najwyższą jakość kończącego się życia (art. 31 ust. KEL) [14]. Należy podkreślić, że odstępianie od świadczeń medycznych o charakterze daremnym jest zgodną z etyką zawodu procedurą medyczną wobec pacjenta umierającego i w żadnym stopniu nie stanowi eutanazji czy pomocy w samobójstwie, które są prawnie zakazane (art. 32 ust. KEL) [11,14].

PERSPEKTYWA ETYCZNA

W medycynie istnieją cztery podstawowe zasady dotyczące opieki nad chorym. Należą do nich:

1. szacunek dla autonomii pacjenta
2. zakaz szkodzenia (*Primum non nocere*)
3. zasada czynienia dobra
4. poszanowanie zasad sprawiedliwości

Szacunek do autonomii pacjenta dotyczy respektowania woli pacjenta odnośnie jego stanu zdrowia. Zakaz szkodzenia odnosi się do obowiązku zapobiegania szkodliwym działaniom. Zasada czynienia dobra mówi o działaniu terapeutycznym w jak najlepszym interesie chorego. Natomiast zasada sprawiedliwości nakłada obowiązek równego traktowania pacjentów. W medycynie kresu życia należy pamiętać również o szacunku do życia jak i akceptacji nieuchronności śmierci [15,16,17].

31 marca 2005 roku zmarła Terri Schiavo (ur. 3 grudnia 1963 r.), po 15. latach sztucznego podtrzymywania na życiu jej mąż podjął decyzję o zaprzestaniu takiego działania. Na długo przed śmiercią los kobiety budził żywą dyskusję o kwestie medyczne, etyczne i prawne. Spór dotyczył wielu aspektów, jednym z nich było pytanie: czy wstrzymanie lub rezygnacja z terapii podtrzymującej życie jest etyczną decyzją? Szukając odpowiedzi Mueller odnosi się do zasady etycznych dotyczących opieki nad chorym. Mianowicie do szacunku dla autonomii pacjenta. Pacjent zgodnie z tą zasadą ma prawo decydować co czyni się z jego ciałem. Nieposzanowanie woli pacjenta uważa się za nieetyczne, niezależnie jakimi motywami kieruje się lekarz [16]. Jeśli jednak pacjent nie jest w stanie podjąć decyzji ze względu na brak

kontakty, odpowiedzialność spada na personel medyczny. Decyzję o zaprzestaniu terapii daremnej powinni podejmować, co najmniej dwaj specjaliści. Przed jej podjęciem należy skonsultować się z pacjentem lub jego rodziną. Choć zgoda rodziny nie jest konieczna, etyka wymaga, aby poinformować przedstawicieli pacjenta i uzgodnić dalsze kroki (np. dotyczącej zmiany leczenia na opiekę paliatywną) [15].

TERAPIA DAREMNA W OCZACH BLISKICH

Niewątpliwie decyzja o podejmowaniu lub zaprzestaniu terapii daremnej z perspektywy rodziny pacjenta jest jedną z trudniejszych sytuacji w życiu. Bliscy muszą mierzyć się z wyzwaniem zarówno w aspekcie emocjonalnym jak i etycznym i prawnym. Rodziny powinny zostać otoczone opieką psychologiczną a także mieć przestrzeń do pożegnania się z pacjentem. W przypadku długotrwałej choroby bliscy powinni zostać uświadomieni o możliwości wystąpienia dylematu dotyczącego terapii daremnej odpowiednio wcześniej [18]. Lekarz powinien szanować nadzieję rodziny, ale jednocześnie jest zobowiązany do zachowania realistycznej oceny sytuacji. Sens takiej koncepcji bardzo dobrze oddają słowa: zachować nadzieję, ale być przygotowanym na najgorsze [19]. Istotnym jest także pomoc rodzinie w przejściu przez etapy choroby, aby uniknąć próśb o terapię daremną [18].

Badania wykazują, że wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia pacjenta zmienia się ocena opcji leczenia przez pacjentów i ich rodziny. W porównaniu ze zdrowymi osobami, pacjenci z ciężkimi chorobami są bardziej skłonni wybierać zaawansowane metody leczenia o niewielkich korzyściach terapeutycznych. Dla pacjentów i ich rodzin nawet jednoprocetowa szansa jest znacznie lepsza niż jej brak, dlatego ich perspektywa powinna być uwzględniana przez lekarzy przy podejmowaniu decyzji o zasadności leczenia [20].

W przypadku pacjenta, który nie odzyskał przytomności po resuscytacji krążeniowo-oddechowej, można zastosować okres intensywnej opieki i leczenia podtrzymującego życie. Celem takiej procedury jest zapewnienie rodzinie więcej czasu na zaakceptowanie, że pacjent umrze, i umożliwienie im pogodzenia się z tym. Jeśli nie ma pewności co do skuteczności środków leczniczych, można rozpocząć leczenie i po pewnym czasie ocenić jego wyniki. Ponadto, powinna istnieć pisemna umowa między lekarzem a pacjentem lub jego bliskimi. W umowie tej należy określić jasne cele leczenia; jeśli zostaną osiągnięte, leczenie będzie kontynuowane. W przypadku ich nieosiągnięcia, lekarz może przerwać środki podtrzymujące życie. Umowa powinna również określać okres oceny efektów leczenia, który może wynosić od kilku dni do kilku tygodni. Takie podejście często pomaga rodzinie zaakceptować fakt, że

dalsze leczenie jest daremne, a także wspiera zespół opieki, dając poczucie, że zrobili wszystko, co możliwe [21].

PIŚMIENNICTWO

1. Lee DH. Approach to end of life care. *Ochsner JOURNAL*, 2002, 4(2), 98-103.
2. Divatia JV. End-of-life Care in the Intensive Care Unit: Better Late Than Never? *The Indian Journal of Critical Care Medicine*, 2020, 24(6), 375-377.
3. Wilkinson DJ, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the ICU. *Current Opinion in Anesthesiology*. 2011, 24(2), 160-165.
4. Dz.U. 2022 poz. 392, Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, Data ogłoszenia:2022-02-15, Data wydania:2022-01-18, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220000392/O/D20220392.pdf>, data pobrania 25.07.2024.
5. Kusza K, Piechota M. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii - luty 2012.
6. Huffman JL, Harmer B. End-of-Life Care. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
7. Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z.: Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapii*. 2014.
8. Broczek K., Lewandowski M.: *Zdrowie Seniorów - Wspólny cel współczesnej kardiologii i geriatryi*. Lewandowski M. (red.). Wyd. Medical Tribune Polska, 2020.
9. Damps M, Gajda M, Stołtny L, Kowalska M, Kucewicz-Czech E. Limiting futile therapy as part of end-of-life care in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2022, 54(3), 279-284.
10. Maneka A Braganza, Alastair J Glossop, Vandana A Vora, Treatment withdrawal and end-of-life care in the intensive care unit, *British Journal of Anaesthesia Education*, 2017, 17(12), 396–400.
11. Stanowisko Zespołu powołanego przy Rzeczniku Praw Pacjenta ds. opracowania standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego

Terapia podtrzymująca życie. Kiedy powiedzieć stop?

- się życia, Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia, Warszawa, 2021, data pobrania 15.06.2024.
12. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090520417/U/D20090417Lj.pdf>, data pobrania 15.06.2024 rok.
 13. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj.pdf>, data pobrania 15.06.2024.
 14. Kodeks Etyki Lekarskiej 2024, https://nil.org.pl/uploaded_images/1716532642_kel.pdf data pobrania 15.06.2024.
 15. Niemiec M.: Aspekty etyczne dotyczące końca życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; wyd. Via Medica
 16. Paul S. Mueller, Historia Terri Schiavo – aspekty etyczne i prawne oraz wnioski dla lekarzy. https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46412,historia-terri-schiavo-aspekty-etyczne-i-prawne-oraz-wnioski-dla-lekarzy, data pobrania: 15.06.2024.
 17. Bartoszek A.: Uporczywa terapia przeciwnowotworowa — aspekty etyczne. Hematologia 2012, 3(2), 136–142.
 18. Hardwig J. Families and futility: forestalling demands for futile treatment. The Journal of Clinical Ethics. 2005, 16(4), 335-344.
 19. Damps M, Gajda M, Stołtny L, Kowalska M, Kucewicz-Czech E. Limiting futile therapy as part of end-of-life care in intensive care units. Anaesthesiol Intensive Ther. 2022, 54(3), 279-284.
 20. Aghabarary M, Dehghan Nayeri N. Medical futility and its challenges: a review study. The Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 2016, 20, 9, 11.
 21. Šarić, L., Prkić, I. & Jukić, M. Futile Treatment—A Review. Bioethical Inquiry, 2017, 14, 329–337.

ASPEKTY CIERPIENIA I ŚMIERCI W MEDYCYNIE RATUNKOWEJ

Emilia Bielawska¹, Grzegorz Bejda²

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, Białystok
2. Centrum Zdrowia Psychicznego MindHealth Białystok

WPROWADZENIE

Etyka i moralność w medycynie XX i XXI wieku zrodziły się z naturalnych, realnych potrzeb człowieka. Pod słownikowym pojęciem etyki rozumie się „ogół zasad i norm postępowania, przyjętych w danej epoce i danym środowisku” [1].

Z biegiem lat rozwój zasad etycznych w opiece nad pacjentem nabrał rozpędu. Dawniej pacjent traktowany przedmiotowo, jako „chory” wymagający fizycznej naprawy przez rzemiosło jakim jest medycyna. Dziś na całym świecie obowiązuje holistyczne podejście do pacjenta. W żadnej z dziedzin medycyny nie pomija się aspektów duchowych, psychologicznych i społecznych pacjenta jako człowieka. Personel medyczny także powinien uwzględnić pełne dobro pacjenta, jego świat wartości i jego interpretację zdrowia i życia [2].

W ostatnich latach obserwuje się zwiększenie zainteresowania tematyką cierpienia, umierania i śmierci, zarówno w kontekście pacjentów i ich najbliższych, ale także personelu medycznego oraz jednostek świadczących usługi zdrowotne. Powstają co raz to nowe narzędzia pomiaru satysfakcji z opieki w stanie trwałego uszczerbku na zdrowiu, choroby, w czasie umierania, dostępne dla pacjentów oraz dla ich najbliższych. Wszystko to ma na celu zrozumienie pacjenta, jego potrzeb nie tylko fizycznych, ale także psychicznych, duchowych, społecznych. Poprawa jakości opieki nad pacjentem w każdym tego słowa znaczeniu, stała się priorytetem medycyny w XXI wieku [3].

Państwowy System Ratownictwa Medycznego (PRM) stworzono w Polsce by w sposób skoordynowany pomóc każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zdrowotnego, rządzi się nieco innymi prawami, niż ustabilizowana już opieka szpitalna, paliatywna, hospicyjna [4].

W ratownictwie medycznym, w skład którego wchodzi m.in. Szpitalne Oddziały Ratunkowe oraz Pogotowie Ratunkowe, pojęcie cierpienia, choroby, umierania zawsze można związać z przymiotnikiem „nagły”. Wobec tego, priorytetem stało się i jest nadal, utworzenie procedur chroniących zdrowie i życie – w aspekcie fizycznym. W medycynie ratunkowej, niestety czas na zajmowanie się psychologicznym podejściem do cierpienia, urazu i umierania

jest znacząco ograniczony, nie raz sytuacja nie przewiduje tego czasu wcale. Personel PRM często narażony jest na stres związany z ogromnym wachlarzem problemów na miejscu zdarzenia, a decyzje dotyczące zdrowia i życia człowieka, wielokrotnie podejmowane są w ciągu sekund [5].

W celu ujednoczenia i niejako „ułatwienia” pracy ratowników medycznych i pielęgniarek, a także poprawy jakości opieki pod względem psychologicznym, duchowym i społecznym, dotyczącym pacjentów i ich najbliższych, powstał szczególny dział w Europejskich Wytycznych Resuscytacji. Dział ten dotyczy „Etyki w resuscytacji i decyzji dotyczących końca życia.” [6]. Wytyczne i standardy postępowania oparte na najnowszych badaniach dotyczą m.in.[6]:

- Ochrony autonomii i godności pacjenta – podejmowanie procedur z uwzględnieniem wspólnego podejmowania decyzji, aby proces leczenia przebiegał zgodnie z wolą pacjenta, szczególnie jeśli chodzi o wdrożenie inwazyjnych procedur takich jak wentylacja mechaniczna, podejmowanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO); łagodzenie objawów psychicznych i fizycznych do poziomu akceptowanego przez pacjenta
- Poprawę komunikacji – system opieki zdrowotnej powinien zapewnić personelowi medycznemu szkolenia z zakresu umiejętności komunikacyjnych, aby zwiększyć komfort pacjenta oraz własny personelu, poprawić jakość opieki oraz uniknąć nieporozumień podczas komunikacji; życzliwe towarzyszenie, budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania
- Podejmowanie decyzji o rozpoczęciu i zakończeniu RKO – system ochrony zdrowia powinien wdrożyć kryteria niepodejmowania i zaprzestania RKO, określić efekt udanej resuscytacji z jakością przeżycia w perspektywie długoterminowej
- Określić kryteria zaprzestania uporczywej terapii – pacjent ma prawo do odmowy terapii przedłużającej proces umierania, terapie takie wielokrotnie niepotrzebnie obciążają psychicznie także rodzinę i personel.

Biorąc pod uwagę względy etyczne i moralne, w podejściu do pacjenta i jego najbliższych, medycyna ratunkowa w sytuacjach nagłego uszczerbku na zdrowiu lub nagłego zatrzymania krążenia powinna dążyć do skupienia się także na:

- Włączeniu w miarę możliwości sytuacyjnych psychologicznych i duchowych aspektów w opiece nad pacjentem;
- Nieprzyspieszaniu oraz nie odraczaniu śmierci;

Aspekty cierpienia i śmierci w medycynie ratunkowej

- Zapewnieniu ulgi w cierpieniu do poziomu akceptowalnego przez pacjenta;
- Oferowaniu systemu wsparcia rodzinie i najbliższym;
- Poszanowaniu godności pacjenta i jego najbliższych [7].

Etyka i moralność w medycynie ratunkowej XXI wieku, ma za zadanie podtrzymanie i rozwój holistycznego podejścia do pacjenta, będącego w nagłym stanie zagrożenia życia i zdrowia, w stanie urazu, uszczerbku na zdrowiu, w stanie umierania. Zasady określone przez Europejską Radę Resuscytacji powinny być wdrażane w PRM, a jednostki zatrudniające personel medyczny zobowiązane są do ciągłego poszerzania kwalifikacji personelu, nie tylko pod względem manualnych czynności ratowniczych, ale także pod kątem psychologicznego podejścia do pacjenta, który często znajduje się w „najgorszej sytuacji w swoim życiu.” [6].

JAKOŚĆ I STYL ŻYCIA, A PODEJŚCIE DO ŚMIERCI I CIERPIENIA PACJENTA

Według Światowej Organizacji Zdrowia – World Health Organisation, jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [8].

Ogólnie powszechnie uważa się, że dokładne określenie satysfakcji z życia człowieka jest trudne, poprzez złożoność i wielowymiarowość tego pojęcia. Ciągły rozwój psychologii i medycyny oraz wnikliwe badania nad tematem jakości życia, pozwoliły m.in. na stworzenie kwestionariuszy analizujących i oceniających jakość życia człowieka [9].

Praca zawodowa jest w życiu każdego człowieka, jedną z najważniejszych aktywności. Odnoszenie sukcesów zawodowych, satysfakcja z pracy, ciągły rozwój, są więc czynnikami w dużej mierze kształtującymi nasze poczucie jakości życia [10].

Zbytne obciążenie zawodowe, ciągłe narażenie na czynniki stresogenne, brak profesjonalnego wsparcia ze strony pracodawcy, współpracowników, rodziny mogą w znacznym stopniu obniżyć jakość życia, co za tym idzie wpłynąć na styl życia, podejmowane w przyszłości decyzje dotyczące radzenia sobie ze stresem związanym z pracą. Spadek zadowolenia z pracy oraz spadek oceny satysfakcji z życia wiąże się również ściśle z wypaleniem zawodowym, zobojętnieniem w stosunku do cierpienia i śmierci oraz pacjentów zahamowaniem rozwoju osobistego i zawodowego [11].

WORK – LIFE BALANCE, A POSTAWA WOBEC PACJENTA

W języku angielskim funkcjonuje określenie „*work - life balance*” (WLB), co w dużym uproszczeniu oznacza subiektywny stan równowagi między życiem zawodowym, a prywatnym

[12]. Wśród ratowników medycznych i pielęgniarek często można zaobserwować zachwianie równowagi między pracą, a życiem prywatnym, poprzez pracę w nie jednym, a kilku miejscach na raz, lub pracę jako pracownik „kontraktowy” w godzinach znacznie przekraczających jeden etat.

Utrzymanie dobrego poziomu WLB jest jednym z ważniejszych elementów kształtujących wydajność w pracy oraz utrzymujących jakość życia na wysokim dla danej jednostki poziomie. Rasmus [13] w swoich badaniach dowiódł, iż zakłócony stosunek WLB wpływa na szybkie pojawienie się wypalenia zawodowego, zubożenia w stosunku do pacjenta, spadku jakości wykonywanych czynności, a w życiu prywatnym spadku jakości relacji osobistych oraz wybierania złych form radzenia sobie ze stresem [13].

Złe samopoczucie spowodowane zaburzeniem stosunku praca – odpoczynek oraz zbyt wiele godzin spędzonych w stresie związanym z walką o ludzkie życie i zdrowie, może powodować powstanie nieodpowiedniej postawy wobec pacjentów i ich rodzin, często aż do depersonalizacji i całkowitego zubożenia [14].

Ratownik medyczny i pielęgniarka systemu PRM to pracownicy ciągle narażeni na wydarzenia traumatyczne, sytuacje stresowe oraz wielokrotnie agresję ze strony pacjentów i ich rodzin. Potrzeba wsparcia psychologicznego w miejscu pracy jest bezsprzeczna, a jednak ciągle traktowana niedbale i bez należytej staranności przez pracodawców. Przygotowanie do zawodu już na płaszczyźnie edukacji skupia się częściowo na etyce zawodu, psychologii i socjologii. Według badań Kołodziej potrzeba większej uwagi nad szkoleniem z zakresu komunikacji, psychologii, strategii radzenia sobie ze stresem, utrzymania równowagi praca – odpoczynek, już na etapie studiów z ratownictwa medycznego czy pielęgniarstwa, a także w późniejszym czasie wzmocnionych działań ze strony pracodawcy w postaci okresowych szkoleń i testów psychologicznych [15].

MECHANIZMY KSZTAŁTUJĄCE POSTRZEGANIE CIERPIENIA I ŚMIERCI

Pomimo faktu, że cierpienie, umieranie, śmierć są nieodłącznym elementem życia człowieka, to fakt codziennej pracy z osobami cierpiącymi, umierającymi, wśród traumatycznych wydarzeń, jest nadzwyczajnie trudny. Specyfika pracy powoduje powstanie różnych postaw i przekonań dotyczących stanów w jakich znajduje się pacjent, a postawy te kształtowane są w dużej mierze przez wieloletni, częsty kontakt z czynnikami obciążającymi emocjonalnie jakimi są śmierć i cierpienie człowieka [16].

Wśród elementów obciążających emocjonalnie, stresogennych w pracy ratowników medycznych i pielęgniarek Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) i Pogotowia

Ratunkowego najczęściej wymienia się [17]:

- Zmianowy system pracy – rozregulowanie „zegara biologicznego”, wykonywana przez ratowników medycznych i pielęgniarki praca wymaga ciągłego, maksymalnego skupienia niezależnie od pory dnia i nocy, a praca w systemie zmianowym wpływa znacząco na poziom funkcji poznawczych, co za tym idzie obniżenie jakości pracy,
- Ciągły kontakt z czynnikami biologicznymi (krew, wydzieliny, wydaliny) – zwiększa ryzyko zakażenia chorobami zakaźnymi,
- Agresję ze strony pacjentów oraz osób postronnych – lęk w związku z sytuacją zastaną na miejscu zdarzenia,
- Odpowiedzialność za ludzkie życie i zdrowie,
- Pracę pod presją czasu – ratownictwo medyczne to najczęściej stany nagłe, wymagające natychmiastowych decyzji i interwencji,
- Zmieniające się warunki środowiskowe – szeroki wachlarz zdarzeń, wymaga ciągłego opanowania i niezbędnej wiedzy,
- Codzienną pracę z ludzkim cierpieniem, urazami, uszczerbkami na zdrowiu,
- Częsty kontakt ze śmiercią.

Złożoność problemu obciążenia emocjonalnego ratowników medycznych i pielęgniarek, powoduje, iż w środowisku tym wykształcają się różnego rodzaju postawy wobec doświadczania cierpienia i śmierci pacjenta. W kontekście psychologicznym „postawa” to stała skłonność negatywna lub pozytywna zajmowana wobec jakiegoś zjawiska, osoby, sytuacji [18].

Na postawy wobec cierpienia i śmierci, ratowników medycznych i pielęgniarek oprócz ogromnego wpływu samej pracy, mają także wpływ różne inne czynniki, takie jak:

- Kulturowe i religijne – pomagają zrozumieć śmierć, nadać jej „znaczenie”,
- Społeczne i rodzinne – według badaczy, stosunek człowieka do cierpienia i śmierci w dużej mierze może ukształtować rodzina i społeczeństwo, obserwacja podejścia do śmierci wśród najbliższych [19].

Liczne badania wykazują, iż pracy z cierpieniem, nagłym urazem, umieraniem i śmiercią najczęściej towarzyszą silne emocje, wyniki badań jako najczęstsze ukazują [20]:

- lęk,
- smutek, współczucie,
- żal, przygnębienie,
- obojętność, pustka,

- gniew, bezradność.

Nakładanie się tych trudnych emocji przez lata pracy, wymaga adaptacji. W pielęgniarkach i ratownikach medycznych, często automatycznie, nieświadomie kształtują się wzorce zachowań, mechanizmy obronne, de Walden-Gałuszko wyróżnia [21]:

Mechanizmy obronne negatywne:

- unikanie kontaktu z cierpiącym, umierającym, poszkodowanym,
- nadmierną rzeczowość, zagłębianie się w statystyki i teorie książkowe w rozmowie z pacjentem i/lub rodziną,
- zachowywanie dystansu, poprzez celową postawę „niedostępności i wyższości”,
- uciekanie w instrumentalność i zadaniowość, by jak najmniej czasu spędzić na faktycznej obserwacji cierpienia i umierania,

Mechanizmy obronne pozytywne:

- empatyczny, ciepły kontakt z pacjentem i rodziną,
- podnoszenie kwalifikacji, kursy i szkolenia z komunikacji, psychologii, psychotematologii,
- współpraca z psychologiem w miejscu pracy, w celu rozumienia emocji własnych i emocji pacjenta, oraz sposobów radzenia sobie w sytuacjach traumatycznych.

De Walden-Gałuszko wyróżnia trzy podstawowe postawy pozytywne [21]:

- partnerska – pacjent jest partnerem w procesie opieki, jest częścią dialogu, w miarę możliwości bierze udział w procesie leczenia,
- filozoficzno-heterocentryczna – zakłada strategię poczucia użyteczności, sensowności w procesie opieki i leczenia personel czuje się potrzebny,
- religijna – determinowana przez stosunek do wiary, personel mocno wierzący pracę swą po części traktuje jako służbę Bogu poprzez pracę dla człowieka.

Pomimo wykształcenia się specyficznych mechanizmów obronnych, emocje towarzyszące pracy z cierpieniem i śmiercią nie zanikają. Częsty kontakt z pacjentem cierpiącym, umierającym u części ratowników medycznych i pielęgniarek, może powodować zaburzenia w przystosowaniu do pracy. Najlepiej poznanym zaburzeniem adaptacji jest zespół wypalenia zawodowego. Objawia się on niechęcią do pracy, negowaniem wyznawanych dotąd wartości i postaw wobec pacjentów, uprzedmiotowieniem pacjenta, spadkiem jakości wykonywanych czynności, drażliwością i przygnębieniem. Inne formy dezadaptacji do pracy to między innymi zaburzenia nerwicowe spowodowane wieloletnim nakładaniem się obciążających emocji, lęków i czynników stresogennych w pracy oraz uzależnienia od leków,

alkoholu, narkotyków jako forma „radzenia sobie” z obciążeniem w pracy [21].

W zakresie przeciwdziałania powstania syndromu wypalenia zawodowego u ratowników medycznych i pielęgniarek, niezbędna jest współpraca na osi pracodawca – pracownik. Wdrożenie szkoleń, kursów, obowiązkowych, cyklicznych spotkań z psychologiem zakładowym to tylko część z możliwych rozwiązań. Całkiem nowym rozwiązaniem proponowanym w wielu dziedzinach jest tzw. Trening Umiejętności Społecznych (TUS). Polega on na stawianiu uczestnika kursu w określonych sytuacjach w warunkach symulacji, pozwolenie na przeżywanie uczuć oraz naukę prawidłowego rozpoznawania własnych uczuć i pracy nad nimi. Wprowadzenie tego rodzaju szkolenia w struktury PRM, lub nawet wcześniej w system studiów ratownictwa medycznego i pielęgniarstwa pozwoliłyby na uniknięcie problemów ze zdrowiem psychicznym personelu, co za tym idzie poprawę jakości pracy z pacjentem umierającym [16].

PIŚMIENNICTWO

1. Słownik PWN, 2023.
2. Biesaga T.: Etyka Medyczna, KUL, Lublin, 2016.
3. Kuźmich I.: Wybrane aspekty pomiaru jakości umierania i śmierci w opiece paliatywnej, *Hygela Public Health*, 2016, 51(3), 262-268.
4. ISAP, 2023
5. Brongel L.: Złota godzina, czas życia, czas śmierci, Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 2007.
6. ERC, 2021
7. Życzkowska J.: „Dobra śmierć“, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia, *Medycyna Paliatywna w praktyce*, 2016, 10(2): 48-53.
8. WHO, 2023
9. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2011.
10. Brough P.: *Work-life Balance: Definitions, Causes and Consequences*, Melbourne, 2020.
11. Sak-Skowron M.: Determinaty satysfakcji z pracy – studium teoretyczne, *Marketing i Zarządzanie*, 2017, 2(48), 243-253.
12. Tkalych M.: Social and Psychological Support for Personal in Organisations: Work-life Balance Programmes, *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*, 2020, 8, 159-166.

13. Rasmus P.: Obciążenie pracą i radzenie sobie ze stresem, a stan zdrowia pracowników systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w kontekście work-life balance, *Medycyna Pracy*, 2020; 71(5), 587-593.
14. Rasmus P.: Wpływ traumatycznych wydarzeń na życie pracowników systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2018,12, 386-392.
15. Kołodziej B.: Potrzeba wsparcia psychologicznego ratowników medycznych w kontekście wsparcia psychologicznego funkcjonariuszy policji i straży pożarnej, *JEcoHealth*, 2011, 15 (1), 35-38.
16. Kowalenko M., Krajewska-Kułak E., Kowalewska B. Śmierć pacjenta jako obciążenie w grupie zawodowej pielęgniarek, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2023.
17. Sip M.: Ewolucja zawodu ratownika medycznego w Polsce oraz zagrożenia związane z jego wykonywaniem, *Hygeia Public Health*, 2019, 54 (1), 15-22.
18. Kaczor-Szkodny P.: Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2021, 27(1), 45-49.
19. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania, *Medycyna Paliatywna*, 2013; 5(4), 163-170.
20. Niedojad K.: Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego, *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2016, 1(3), 12-18.
21. De Walden-Gałuszko K.: *U Kresu, Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk, 1996.

**DYSKRYMINACJA OSÓB STARSZYCH ZE WZGLĘDU NA WIEK
W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA
W OPINII STUDENTÓW PIELEŃNIARSTWA**

Elżbieta Szlenk-Czyczerska

Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego, Opole

WSTĘP

Starzenie się traktowane jest jako naturalne zjawisko rozwojowych zmian swoistych dla każdego etapu życia, a jego cechą charakterystyczną jest wielokierunkowość. Jest zatem mechanizmem nieuniknionym, a w przypadku człowieka procesem bardzo indywidualnym i zależnym od wielu czynników. Zmiany, które ze sobą niesie są stopniowe i nieodwracalne oraz co istotne, dotyczą wielu sfer życia [1,2].

Z dostępnych danych wynika, że w perspektywie do roku 2060 populacja Polski będzie stawała się coraz starsza. W tym miejscu należy podkreślić, że tempo tego procesu będzie należeć do najszybszych w Unii Europejskiej. Przewiduje się, że liczba ludności w wieku 60. lat i więcej w 2060 roku wynosić będzie 11,9 mln osób, czyli o 21% więcej niż w 2022 roku. Z tego wynika, że w 2060 roku osoby starsze stanowić będą 38,3% społeczeństwa [3,4].

Nasilający się proces starzenia się społeczeństwa stawia nowe wyzwania przed ochroną zdrowia. Osoby po 65. roku życia stanowią największą grupę pacjentów zakładów opieki zdrowotnej. W związku z wielochorobowością i pogarszającą się sprawnością funkcjonalną osoby starsze wymagają szczególnego podejścia ze strony personelu medycznego [5]. Działania na rzecz osób starszych są ważne zarówno dla społeczeństwa, jak i dla organów rządowych.

Zgodnie z Konstytucją RP władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom w podeszłym wieku [6]. Polityka senioralna ma na celu podejmowanie działań, które są ukierunkowane na tworzenie warunków do godnego i zdrowego starzenia się. Niestety, bardzo często rzeczywistość okazuje się zupełnie inna i ludzie starsi stanowią kategorię, którą traktuje się jako marginalną i nieistotną.

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

Problem dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jest zjawiskiem, którego doświadczają seniorzy np. w oddziałach szpitalnych, przychodniach lekarza rodzinnego, poradniach specjalistycznych, itp. Bardzo często przejawy niewłaściwego traktowania (zaniedbanie, lekceważenie i złe podejście) kierowane jest ze strony personelu medycznego świadczącego usługi na rzecz osób starszych. W opinii Twardowskiej-Rajewskiej, zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek jest problemem złożonym i powinno być rozpatrywane na kilku poziomach. Należy uwzględnić zarówno usługobiorców (pacjentów), jak i usługodawców (pracowników ochrony zdrowia), a także instytucje finansujące (Narodowy Fundusz Zdrowia, firmy ubezpieczeniowe). Według autorki, na zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w ochronie zdrowia wpływa:

- presja ekonomiczna – personel medyczny (lekarze i pielęgniarki środowiskowe) zmuszeni są do szukania oszczędności finansowych, co ogranicza dostęp osób starszych do leczenia,
- system kształcenia – np. brak obligatoryjnego kształcenia przyszłych lekarzy w dziedzinie geriatry na większości wyższych uczelni, który przyczynia się do nieznajomości specyfiki pacjenta w wieku podeszłym, a co za tym idzie niesie ze sobą ryzyko nieprofesjonalnego podejścia do chorego w wieku podeszłym,
- zbyt mały nacisk na profilaktykę – ogólny schemat leczenia polega na diagnostyce, która pozwala na rozpoznanie choroby i wdrożenia odpowiedniego leczenia; programy profilaktyczne mają ograniczenia wiekowe (np. bezpłatna mammografia do 70. r.ż.),
- brak spójnego systemu opieki geriatrycznej – w polskim systemie mało jest geriatrów i łóżek szpitalnych przeznaczonych dla osób starszych oraz zapewniających holistyczną opiekę, obejmującą zarówno aspekt somatyczny, jak i psychoneurologiczny; do opieki nad chorymi starszymi nie włącza się zespołów profesjonalistów zapewniających kompleksowość opieki [7].

Według Szukalskiego definiując pojęcie ageizmu w opiece zdrowotnej, powinno się dostrzec różnicę pomiędzy „uczynkami” a „zaniedbaniem”. Do „uczynków” zalicza się między innymi niezapewnienie świadczeń medycznych osobom starszym, ograniczenie dostępu do badań oraz programów profilaktycznych, niejasność przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta starszego oraz problem z otrzymaniem protez lub sprzętu rehabilitacyjnego. Natomiast „zaniedbania”, opisywane są jako brak systemowej opieki geriatrycznej, kierowanej do osób w wieku podeszłym [8].

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

Ważna jest edukacja personelu medycznego w zakresie specyfiki pracy z osobami starszymi. Należy podkreślić, że osoby wykonujące zawód medyczny powinny przejawiać pozytywną postawę wobec osób starszych. Jest to warunek konieczny, aby zapewnić szczególną opiekę zdrowotną tej grupie pacjentów.

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie opinii studentów pielęgniarstwa na temat starzenia się i starości oraz zjawiska występowania dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu uczestniczyło 70 studentów pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego, w tym 65 kobiet i 5 mężczyzn. Kwestionariusz został rozesłany i udostępniony online studentom pielęgniarstwa za pośrednictwem aplikacji Microsoft Teams. Ankieta we wstępie zawierała informacje dotyczące celu, metody oraz anonimowości badania. Wypełnienie i przesłanie ankiety było równoznaczne z wyrażeniem zgody na badanie. Badanie prowadzono od 1 grudnia 2021 roku do 30 stycznia 2022 roku.

W niniejszym badaniu wykorzystano samodzielnie stworzony kwestionariusz, który składał się z 23 pytań. Pytania od 1 do 4 dotyczyły danych społeczno-demograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania oraz rok i stopień studiów). Pytanie 5 miało na celu ustalenie czy studenci chcieliby w przyszłości pracować z osobami starszymi w kontekście sprawowania nad nimi opieki. Pytania od 6 do 12 miały na celu określenie poziomu wiedzy studentów na temat procesu starzenia się oraz problemów zdrowotnych i społecznych związanych z okresem starości. Pytania od 13 do 17 dotyczyły zjawiska dyskryminacji osób starszych w placówkach ochrony zdrowia. Z kolei, pytania od 18 do 22 odnosiły się do oceny relacji studentów z osobami starszymi w życiu codziennym, ustalenia wiedzy studentów w zakresie instytucji i organizacji zajmujących się pomocą osobom starszym, ustalenia czy wiedza zdobyta w czasie studiów pielęgniarstkich wpłynie na stosunek studentów do osób starszych, ustalenia czy w opinii ankietowanych osoby starsze są potrzebne społeczeństwu oraz opinii studentów na temat zapewnienia osobom starszym opieki medycznej w naszym kraju. Ostatnie pytanie odnosiło się do obawy studentów związanej z własną starością.

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

Do gromadzenia zebranych danych posłużono się platformą Formularze Google oraz arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 2019. Obliczenia wykonano w programie MS Office 2019.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

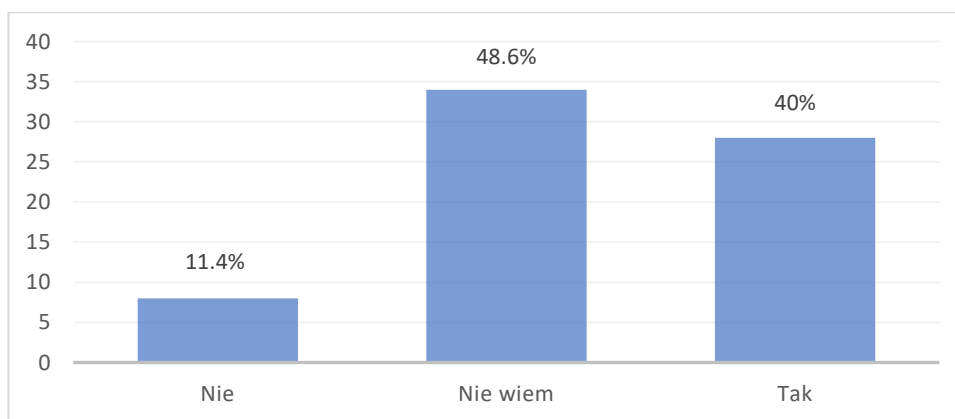
Większość badanych studentów pielęgniarstwa stanowiły kobiety – 92.9% (n = 65). W badanej grupie (n = 70), przeważały osoby w wieku 21 lat, stanowiły 40% (n = 28). Najmłodsza osoba miała 19 lat, a najstarsza 49 lat. Analiza zmiennej miejsce zamieszkania wykazała, że większość studentów mieszkała na wsi – 61.4 % (n = 43). Wśród badanych, większość stanowiły osoby na III roku studiów pierwszego stopnia – 52.9% (n = 37) (tab. 1).

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne badanej grupy

Zmienna	Kategoria	n	%
Płeć	kobieta	65	92.9
	mężczyzna	5	7.1
Wiek	19 lat	4	5.7
	20 lat	10	14.3
	21 lat	28	40
	22 lata	12	17.1
	23 lata	5	7.1
	24 lata	4	5.7
	25 lat	2	2.9
	26 lat	1	1.4
	34 lata	1	1.4
	35 lat	1	1.4
	37 lat	1	1.4
49 lat	1	1.4	
Miejsce zamieszkania	wieś	43	61.4
	miasto do 20 tyś.	5	7.1
	miasto od 21 do 50 tyś.	2	2.9
	miasto od 51 do 100 tyś.	3	4.3
	miasto powyżej 100 tyś.	17	24.3
Rok i stopień studiów	I rok (studia I stopnia)	6	8.6
	II rok (studia I stopnia)	13	18.6
	III rok (studia I stopnia)	37	52.9
	I rok (studia II stopnia)	9	12.9
	II rok (studia II stopnia)	5	7.1

Stosunek studentów pielęgniarstwa do starości w kontekście sprawowania opieki nad osobami starszymi

Większość studentów pielęgniarstwa na pytanie *czy chcieliby w przyszłości pracować z osobami starszymi w kontekście sprawowania nad nimi opieki* odpowiedziała *nie wiem* – 48.6% (n = 34). 40% (n = 28) badanych wyraziło chęć sprawowania opieki nad osobami starszymi w przyszłej pracy zawodowej, natomiast 11.4% (n = 8) osób zdecydowanie odpowiedziało *nie*. Studenci, którzy nie chcieli w przyszłości opiekować się osobami starszymi motywowali swoją odpowiedź: słabymi efektami leczenia osób starszych, brakiem cierpliwości, bardzo trudną pracą i wymagającą zrozumienia, złymi doświadczeniami oraz trudnościami w opiece. Dwie osoby stwierdziły, że wolą opiekować się dziećmi (Ryc. 1).



Rycina 1. Opinia respondentów na temat pracy z osobami starszymi w kontekście sprawowania nad nimi opieki (opracowanie własne)

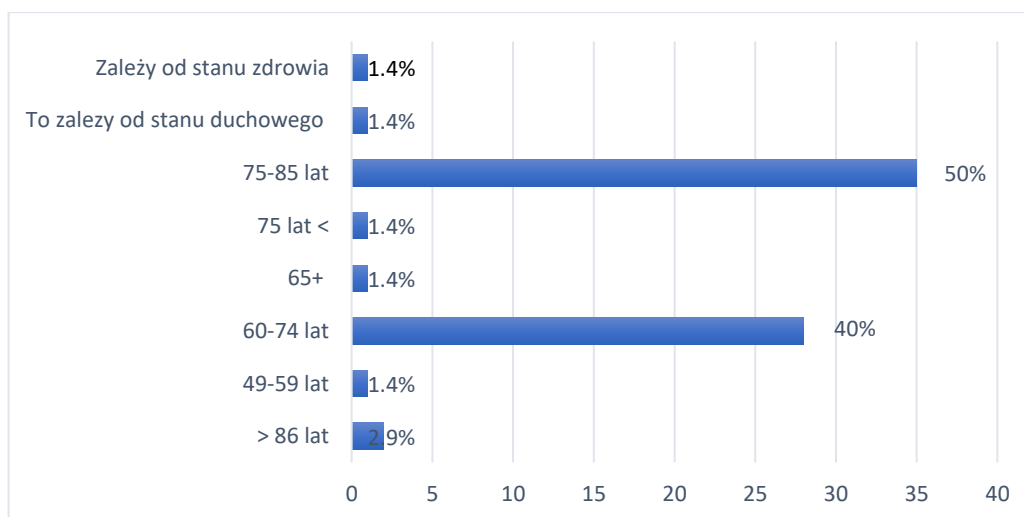
Kiedy zaczyna się starość?

Na pytanie *kiedy zaczyna się starość?*, 50% (n = 35) badanych odpowiedziało, że starość zaczyna się w wieku od 75 do 85 lat. Z kolei 40% studentów pielęgniarstwa uważało, że starość zaczyna się w wieku od 60 do 74 lat (Ryc. 2).

Analiza pytania wielokrotnego wyboru dotyczącego skojarzeń ze słowem starość, wykazała, że dla większości studentów pielęgniarstwa starość kojarzy się z *emeryturą* – 68.6% (n = 48) i *chorobą* – 61.7% (n = 47). Z *doświadczeniem życiowym* starość powiązało 58.6% (n = 41) badanych. Opiekę nad wnukami zaznaczyło 57.1% studentów (n = 40). Stwierdzono, że 45.7% (n = 32) badanych starość kojarzyło się z *modlitwą*, a 44.3% (n = 31) z *samotnością*. Dla 42.9% (n = 30) studentów pielęgniarstwa starość to: *bezradność* oraz *słabość i czas dla bliskich*. 40% (n = 28) badanych powiązało starość z *niedołężnością*, 31.4% (n = 22) z *bólem*,

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

natomiast ze *smutkiem* 28.6% (n = 20). Dla 25.7% (n = 18) osób starość to *złota jesień życia*. 24.3% (n = 17) badanych powiązało starość z *wykluczeniem społecznym, ciężką sytuacją materialną oraz niesprawnością intelektualną i społeczną*. Natomiast 20% (n = 14) osób kojarzyło starość z *autorytetem*. 11.4% (n = 8) badanych starość utożsamiało ze *szczęściem*. A dla 5.7% (n = 4) studentów, starość to *realizacja zainteresowań*.



Rycina 2. Kiedy zaczyna się starość? – opinia respondentów (opracowanie własne)

Jakie według Pani/Pana choroby/problemy zdrowotne występują najczęściej u osób starszych?

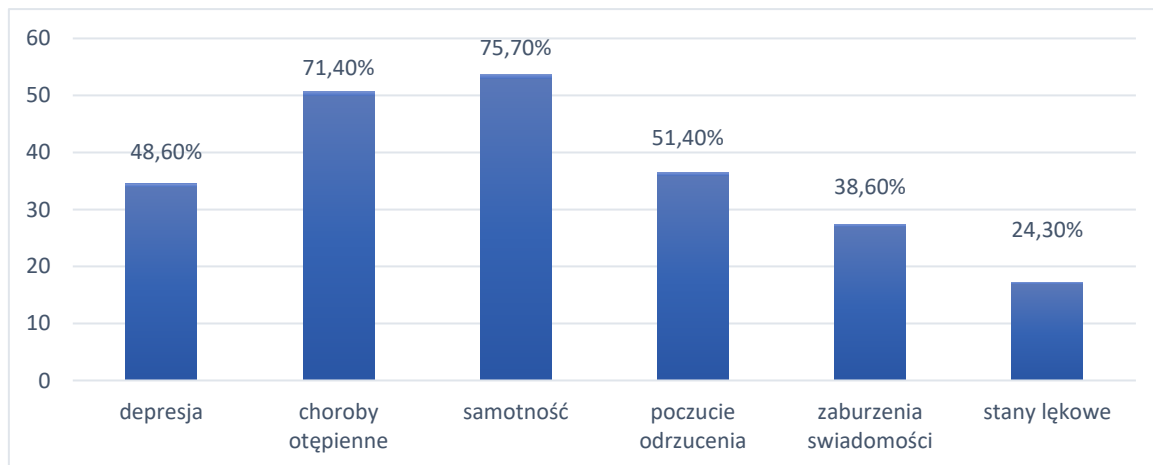
Analiza pytania wielokrotnego wyboru dotyczącego najczęstszych problemów zdrowotnych występujących u osób starszych wykazała, że studenci wskazywali przede wszystkim na *zaburzenia słuchu* – 84.3% (n = 59), *choroby układu krążenia* 82.9% (n = 58), *zaburzenia wzroku* – 56% (n = 80), *problemy z poruszaniem się* – 75.7% (n = 53), *choroby układu kostno-stawowego* – 65.7% (n = 46), *nietrzymanie moczu* – 62.9% (n = 44), *cukrzycę* – 61.4% (n = 43), *upadki* – 51.4% (n = 36), *zaburzenia snu* – 38.6% (n = 27), *choroby układu oddechowego* – 28.6% (n = 20), *osteoporozę* – 27.1% (n = 17) oraz *demencję i nietrzymanie stolca* – 1.4% (n = 1).

Jakie według Pani/Pana są największe problemy u osób starszych w sferze psychicznej?

Analiza pytania wielokrotnego wyboru dotyczącego największych problemów, które występują u osób starszych w sferze psychicznej, wykazała, że studenci pielęgniarstwa najczęściej wskazywali na *samotność* – 75.7% (n = 53), *choroby otępienne* – 71.4% (n = 50), *poczucie odrzucenia* – 51.4% (n = 36) i *depresję* – 48.6% (n = 34). *Zaburzenia świadomości*

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

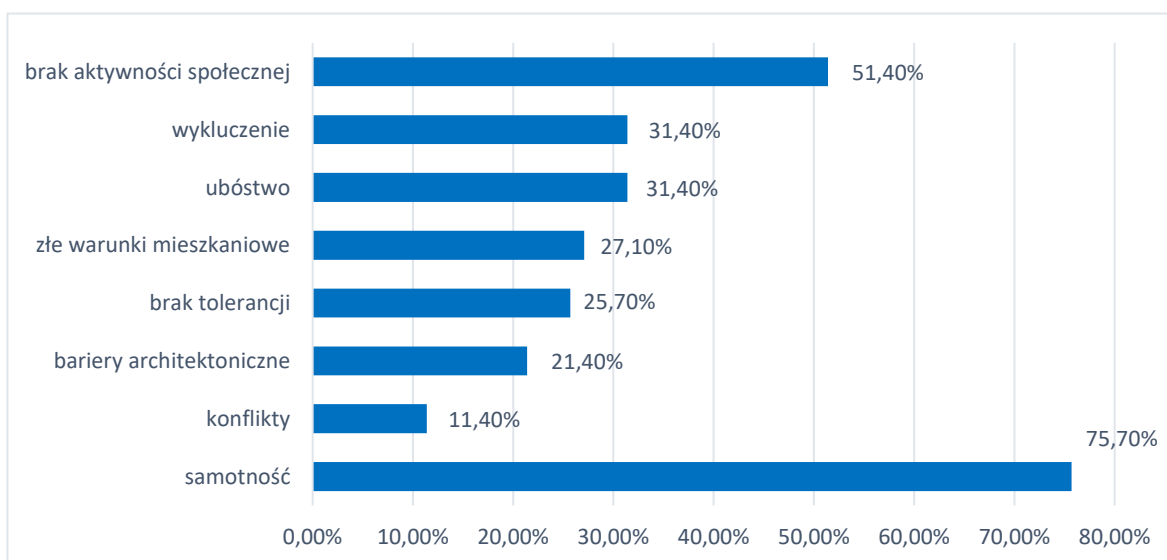
wskazało 38,6% (n = 27) badanych, natomiast *stany lękowe* zaznaczyło wśród swoich odpowiedzi 24,3% (n = 17) studentów (Ryc. 3).



Rycina 3. Największe problemy u osób starszych w sferze psychicznej w opinii studentów (opracowanie własne)

Jakie według Pani/Pana są największe problemy osób starszych w sferze społecznej?

Do największych problemów osób starszych w sferze społecznej w opinii studentów pielęgniarstwa należą *samotnořć* – 75,5% (n = 53) i *brak aktywności społecznej* – 51,4% (n = 36). Następnie *wykluczenie* – 31,4 (n = 22) i *ubóřtwo* – 31,4% (n = 22). *Złe warunki mieszkaniowe* wskazało 27,1% (n = 19) badanych. *Brak tolerancji* zaznaczyło wśród swoich odpowiedzi 25,7% (n = 18) studentów. 21,4% (n = 15) badanych wskazało na *bariery architektoniczne*, a 11,4% (n = 8) na *konflikty* (Ryc. 4).



Rycina 4. Największe problemy osób starszych w sferze społecznej w opinii ankietowanych (opracowanie własne)

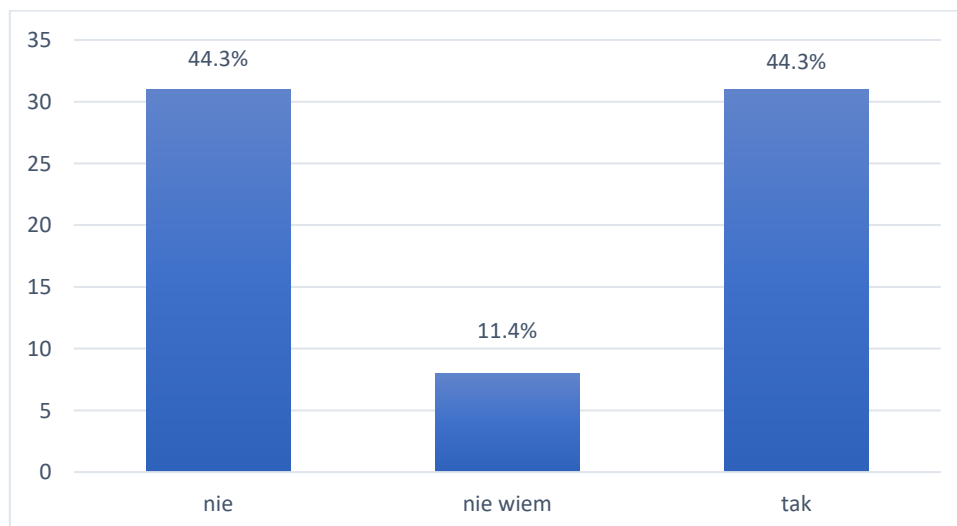
Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

Proszę rozwinąć pojęcie - "Osoby starsze"...

Analiza pytania wielokrotnego wyboru: *Osoby starsze...*, wykazała, że studenci najczęściej wskazywali, iż osoby starsze w ich opinii *posiadają duże doświadczenie i wiedzę* – 65.7% (n = 46), *są schorowane* – 52.9% (n = 37), *są zapomniane* – 45.7% (n = 32), *trudno radzą sobie we współczesnym świecie* – 41.4% (n = 29), *są potrzebne* – 40% (n = 28), *są nadmiernie zainteresowane życiem innych* – 34.3% (n = 24), *są trudne w komunikacji* – 32.9% (n = 23), *zawsze mają czas dla bliskich* – 31.4% (n = 22), *są mało aktywne społecznie* – 22.9% (n = 16), *są bardzo naiwne* – 18.6% (n = 13), *są mało cierpliwe* – 14.3% (n = 10). 12.9% (n = 9) badanych wskazało, że osoby starsze *są obdarzone szacunkiem, ale potrzebują ciągłej opieki*. 2.9% (n = 2) stwierdziło, że osoby starsze *są niezależne i samodzielne*, natomiast 1.4% (n = 1) wskazało, że są *pozytywnie nastawione do życia*.

Przejawy niewłaściwego traktowania osób starszych w placówkach ochrony zdrowia w opinii studentów pielęgniarstwa

W odpowiedzi na pytanie dotyczące zjawiska dyskryminacji osób starszych w placówce ochrony zdrowia 44.3% (n = 31) studentów odpowiedziało, że spotkało się z przejawami niewłaściwego traktowania osób starszych w placówkach ochrony zdrowia, 44.3% (n = 31) zaznaczyło odpowiedź *nie wiem*, natomiast 11.4% (n = 8) osób nie spotkało się z takimi przejawami wobec osób starszych (Ryc. 5).

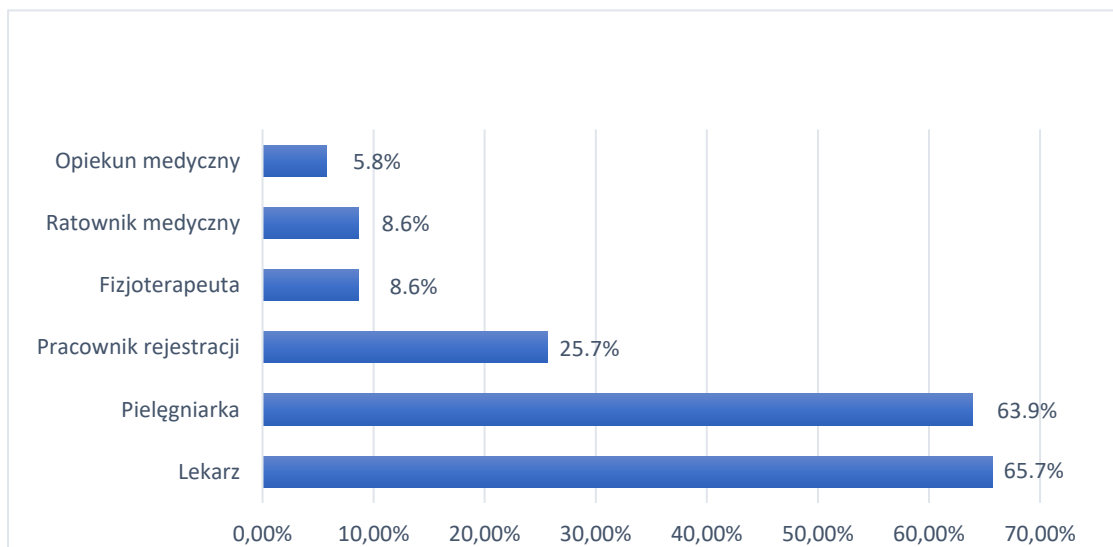


Rycina 5. Zjawisko dyskryminacji osób starszych w placówce ochrony zdrowia w opinii badanych (opracowanie własne)

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

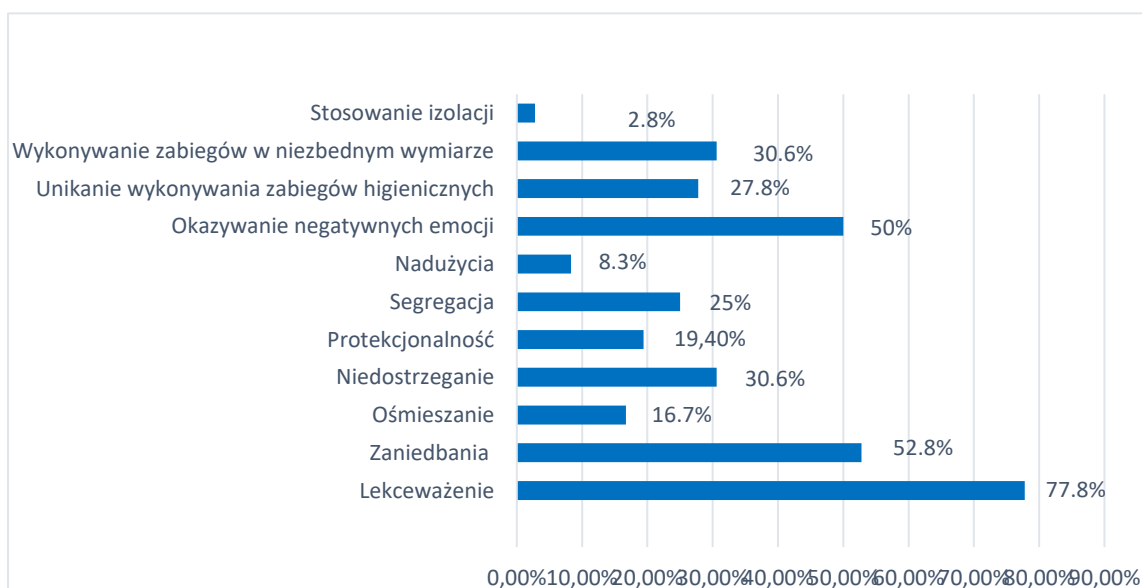
Personel medyczny, który w opinii studentów dyskryminował osoby starsze

Studenci, którzy spotkali się z przejawami dyskryminacji osób starszych w placówkach ochrony zdrowia zostali poproszeni o wskazanie tych osób. 65.7% (n = 23) studentów było świadkiem dyskryminacji osoby starszej przez lekarza, 63.9% (n = 22) wskazało pielęgniarkę, 25.7% (n = 9) – pracownika rejestracji, 8.6% (n = 3) fizjoterapeutę oraz ratownika medycznego, natomiast 5.8% (n = 20) – opiekuna medycznego (Ryc. 6).



Rycina 6. Personel medyczny, który w opinii studentów dyskryminował osoby starsze (opracowanie własne)

Przejawy niewłaściwego traktowania osób starszych z jakimi mieli do czynienia respondenci



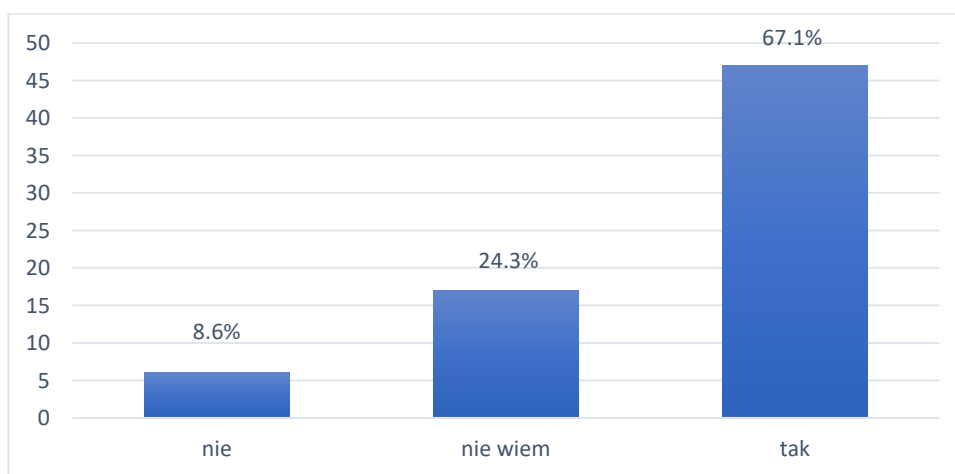
Rycina 7. Przejawy dyskryminacji wobec osób starszych z jakimi mieli do czynienia studenci pielęgniarstwa (opracowanie własne)

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

Studenci, którzy byli świadkami przejawów niewłaściwego traktowania osób starszych zostali następnie poproszeni o wskazanie z jakimi przejawami dyskryminacji mieli do czynienia. Stwierdzono, że do najczęściej wymienianych przez studentów pielęgniarstwa przejawów dyskryminacji należało *lekceważenie* – 77.8% (n = 28), *zaniedbania* – 52.8% (n = 19), *okazywanie negatywnych emocji* – 50% (n = 18), *wykonywanie zabiegów w niezbędnym wymiarze oraz niedostrzeżenie* – 30.6% (n = 11). 27.8% (n = 10) wskazało na *unikanie wykonywania zabiegów higienicznych*, 25% (n = 9) studentów zaznaczyło *segregację* jako przejaw dyskryminacji, której byli świadkiem. *Protekcjonalność* wskazało 9.4% (n = 7) badanych, 16.7% (n = 6) było świadkiem *ośmieszania* osób starszych, 8.3% (n = 3) wskazało *nadużycia* wobec osób starszych, natomiast stosowanie *izolacji* wskazało 2.8% (n = 1) badanych (ryc. 7).

Dyskryminacja ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia jako problem społeczny w opinii studentów pielęgniarstwa

Następnie studenci pielęgniarstwa zostali poproszeni o wyrażenie opinii czy dyskryminacja ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia stanowi problem społeczny. Stwierdzono, że 67.1% (n = 47) badanych uważa, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia stanowi problem społeczny. 24.3% (n = 17) studentów odpowiedziało na to pytanie – *nie wiem*. Dla 8.6% (n = 6) badanych, zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia *nie* stanowi problemu społecznego (Ryc. 8).



Rycina 8. Czy dyskryminacja ze względu na wiek stanowi problem społeczny w opinii studentów pielęgniarstwa (opracowanie własne)

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

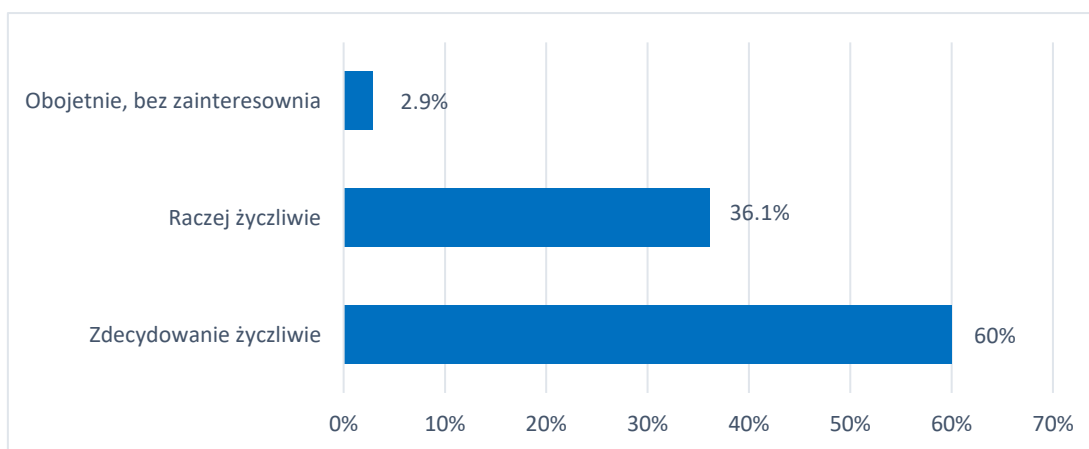
Zapobieganie dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia w opinii respondentów

Analiza pytania dotyczącego sposobów zapobiegania dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia wykazała, że studenci najczęściej wskazywali na *konieczność edukacji personelu medycznego pod kątem kształtowania wiedzy na temat osób starszych oraz przedstawiania pozytywnego wizerunku osób starszych*.

Interesująca wydawać się może odpowiedź jednej osoby, która wskazała: *uwazam, iż dyskryminacja jest problemem leżącym w ludziach, nie w instytucji, a zmiany należy wprowadzać poprzez edukację społeczeństwa na temat procesu starzenia się i starości*.

Samoocena studentów pielęgniarstwa na temat swoich relacji z osobami starszymi

Stwierdzono, że studenci pielęgniarstwa oceniają swoje relacje z osobami starszymi w większości jako *zdecydowanie życzliwe* – 60% (n = 42), 36.1% (n = 26) oceniło te relacje jako *raczej życzliwe*, a 2.9% (n = 2) badanych oceniło je jako *obojętne, bez zainteresowania* (Ryc. 9).



Rycina 9. Jak ocenia Pani/Pan swoje relacje z osobami starszymi? (opracowanie własne)

Znajomość wśród studentów instytucji i organizacji zajmujących się pomocą osobom starszym

Analiza wiedzy studentów w zakresie instytucji i organizacji zajmujących się pomocą osobom starszym wykazała, że studenci pielęgniarstwa nie są w wystarczającym stopniu zorientowani, jakie instytucje i organizacje w Polsce zajmują się pomocą osobom starszym. Większość badanych wskazała takie instytucje jak: MOPS, DPS, Caritas oraz Domy Pomocy Społecznej – 90% (n = 63).

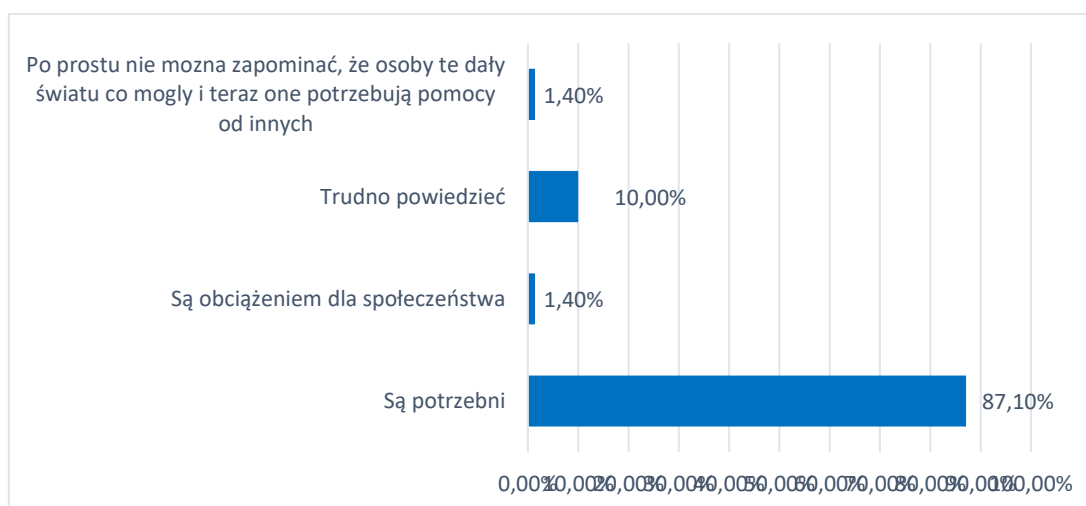
Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

Wpływ wiedzy zdobytej w czasie studiów na stosunek do osób starszych

Analiza pytania: „W jaki sposób wiedza, którą Pani/Pan zdobędzie w czasie studiów pielęgniarstwa wpłynie/wpłynęła na stosunek do osób starszych?” wykazała, że studenci najczęściej wskazywali, że dzięki wiedzy na temat największych schorzeń, chorób, problemów osób starszych wiedzą jak zajmować się osobami starszymi i są bardziej wyrozumiali wobec nich.

Opinia na temat tego, czy osoby starsze są potrzebne społeczeństwu

Stwierdzono, że większość studentów pielęgniarstwa (81.7%; n = 61) uważało, że osoby starsze są potrzebne społeczeństwu. 10% (n = 7) badanych uważało, że *trudno powiedzieć*. 1.4% (n = 1) respondentów oceniło, że *osoby starsze dały światu co mogły i teraz one potrzebują pomocy od innych*, natomiast 1.4% (n = 1) uważało, że *osoby starsze są obciążeniem dla społeczeństwa* (Ryc. 10).

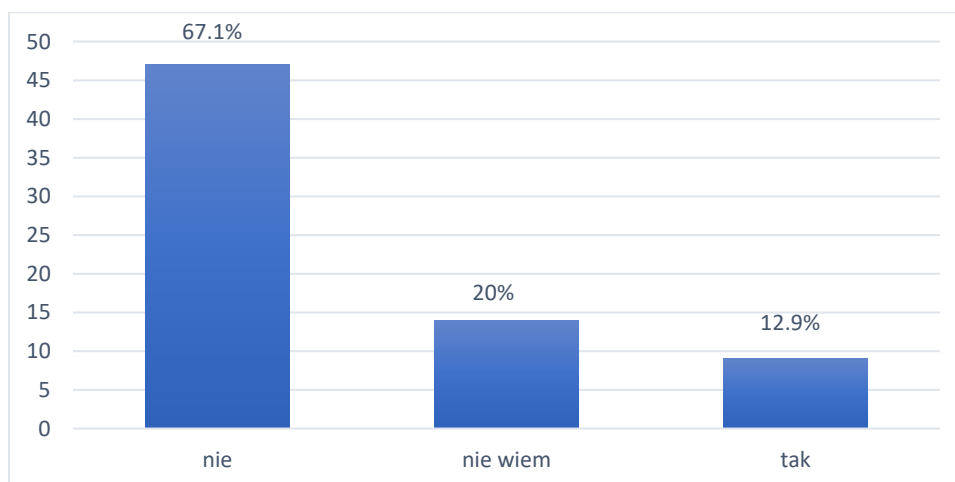


Rycina 10. Czy według Pani/Pana osoby starsze są potrzebne społeczeństwu? (opracowanie własne)

Zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej w naszym kraju dla osób starszych w opinii respondentów

Analizując pytanie, dotyczące zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej osobom starszym w Polsce, stwierdzono, że 67% (n = 47) osób uważało, iż osoby starsze *nie* mają zapewnionej opieki medycznej w naszym kraju. 13% (n = 9) respondentów stwierdziło, że opieka ta jest zapewniona na odpowiednim poziomie, natomiast 20% (n = 14) studentów odpowiedziało na to pytanie *nie wiem* (Ryc. 11).

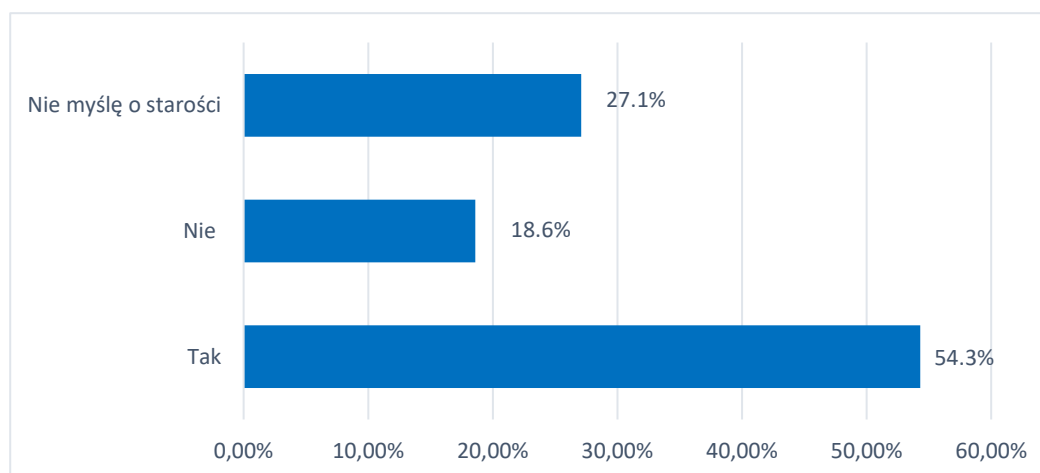
Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa



Rycina 11. Czy osoby starsze mają w Polsce zapewnioną odpowiednią opiekę medyczną?
(opracowanie własne)

Czy boi się Pani/Pan starości?

Na pytanie dotyczące obaw związanych z własną starością, 54.3% (n = 38) osób odpowiedziało, że *boi się starości*, 27.1% (n = 19) stwierdziło, że *nie myśli w tej chwili o starości*, natomiast 18.6% studentów odpowiedziało, że *nie boi się starości* (Ryc. 12).



Rycina 12. Czy boi się Pani/Pan starości? (opracowanie własne)

DYSKUSJA

Problem starzenia się i starości jest bardzo dużym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia. Bez wątplenia starzenie się społeczeństwa pociąga za sobą konieczność przeorganizowania systemu opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki geriatrycznej. Osoby starsze stanowią bowiem większość pacjentów w poradni lekarza rodzinnego i zwiększoną liczbę przyjęć na oddziałach szpitalnych [9].

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

Jak wykazały badania własne, 48.6% badanych na pytanie dotyczące starości w kontekście sprawowania opieki nad osobami starszymi odpowiedziało *nie wiem*. Osoby, które zdecydowanie odpowiedziały, że *nie* chcą w przyszłości opiekować się osobami starszymi motywowały swoją odpowiedź: słabymi efektami leczenia osób starszych; brakiem cierpliwości; bardzo trudną pracą, wymagającą zrozumienia oraz złymi doświadczeniami, a także trudnościami w opiece.

Analiza badań własnych wykazała, że studenci pielęgniarstwa najczęściej kojarzą słowo starość z emeryturą i chorobą. Rozpowszechnianie tzw. kultu młodości, negatywne stereotypy, a także rozwój takich zjawisk jak wykluczenie i dyskryminacja ze względu na wiek powoduje, że obecnie dominuje wizerunek osoby starszej schorowanej i niedołejnej. A tymczasem znaczna niesamodzielność i potrzeba wsparcia w codziennych czynnościach dotyczy tylko kilku procent osób starszych [10].

W badaniu własnym studenci pielęgniarstwa wykazali się znajomością najczęstszych problemów zdrowotnych występujących u osób starszych. W ich opinii, do największych problemów osób starszych w sferze psychicznej należą: samotność, poczucie odrzucenia i depresja, natomiast w sferze społecznej należą samotność i brak aktywności społecznej. Nasuwa się pytanie o to, jak można skutecznie przeciwdziałać temu zjawisku, jeśli tylko 60% studentów w niniejszym badaniu oceniło swoje relacje z osobami starszymi jako zdecydowanie dobre.

Zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek jest znane od lat. Na pytanie dotyczące przejawów dyskryminacji ze względu na wiek w ochronie zdrowia 44.3% studentów pielęgniarstwa odpowiedziało, że spotkało się z przejawami niewłaściwego traktowania osób starszych w placówkach medycznych, natomiast 44.3% odpowiedziało, że nie wie, czyli byli świadkami takiego traktowania pacjentów w wieku podeszłym. Tylko 11.4% studentów nie spotkało się z takimi przejawami. Studenci w badaniach własnych zgłaszali, że byli najczęściej świadkiem dyskryminacji osoby starszej przez lekarza, drugą stosunkowo często dyskryminującą osobą była pielęgniarka. Wyniki te są zgodne z wynikami Kropińskiej [11]. Do najczęściej wymienianych przez studentów przejawów dyskryminacji należało lekceważenie, zaniedbania, okazywanie negatywnych emocji oraz wykonywanie zabiegów w niezbędnym wymiarze i niedostrzeżenie.

Wyniki badań własnych wykazały, że studenci w większości widzieli dyskryminację jako problem społeczny (61.7%). Zdecydowana większość wskazała na konieczność edukacji personelu medycznego pod kątem kształtowania wiedzy na temat osób starszych oraz

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

przedstawiania ich pozytywnego wizerunku. Interesująca wydawać się może wypowiedź osoby, która wskazała, iż uważa, że dyskryminacja jest problemem leżącym w ludziach, nie w instytucji, a zmiany należy wprowadzać poprzez edukację społeczeństwa na temat procesu starzenia się i starości.

Większość respondentów w niniejszym badaniu oceniło negatywnie poziom opieki medycznej nad osobami starszymi w Polsce. Zwraca uwagę niedostateczna wiedza studentów na temat organizacji i instytucji udzielających pomocy osobom starszym np. organizacji pozarządowych działających również w Polsce. Wydaje się, że jest to obszar, który powinien stać się przedmiotem działań edukacyjnych.

Optymistycznym wynikiem badań jest przekonanie studentów pielęgniarstwa, że kształcenie, którego są uczestnikami, zmienia pozytywnie ich stosunek do starości. Analiza wykazała, że studenci najczęściej wskazywali, że dzięki wiedzy na temat najczęstszych schorzeń i problemów osób starszych wiedzą jak zajmować się tą grupą pacjentów i są bardziej wyrozumiali wobec nich. Niepokojące wydają się natomiast wyniki dotyczące podejścia do starości, 54.3% respondentów odpowiedziało, że boi się starości. Co może być odzwierciedleniem tego, że większość studentów wskazuje na negatywne cechy starości, wpisując się w stereotyp postrzegania starości przez pryzmat trudnego etapu życia i negatywnego nastawienia otoczenia. 27.1% respondentów stwierdziło, że nie myśli w tej chwili o starości, natomiast 18.6% odpowiedziało, że nie boi się starości. Należy zastanowić się, czy jest to zjawisko pozytywne? A może odsuwanie myśli o starości uniemożliwia takie przygotowanie się do tego okresu, aby był on jak najbardziej produktywny i szczęśliwy?

Podsumowując, dyskryminacja ze względu na wiek jest obecna w polskim systemie ochrony zdrowia. W związku z powyższym, szczególnego znaczenia nabiera konieczność edukacji medycznej ukierunkowanej na relacje między pracownikami ochrony zdrowia a osobami starszymi.

WNIOSKI

1. Większość studentów pielęgniarstwa nie potrafiło określić, czy chciałoby w przyszłości opiekować się osobami starszymi.
2. Badani reprezentowali dość dobry poziom wiedzy o problemach zdrowotnych i społecznych towarzyszących procesom starzenia się.
3. Dla większości studentów pielęgniarstwa starość kojarzy się z emeryturą i chorobą.

Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony opinii studentów pielęgniarstwa

4. W opinii studentów pielęgniarstwa do najczęstszych problemów zdrowotnych występujących u osób starszych należą kolejno: zaburzenia słuchu, choroby układu krążenia, zaburzenia wzroku, problemy z poruszaniem się, choroby układu kostno-stawowego, nietrzymanie moczu, cukrzyca, upadki, zaburzenia snu, choroby układu oddechowego, osteoporoza oraz demencja i nietrzymanie stolca.
5. W opinii ankietowanych do największych problemów, które występują u osób starszych w sferze psychicznej należą: samotność, choroby otępienne, poczucie odrzucenia i depresja.
6. Do największych problemów osób starszych w sferze społecznej w opinii studentów pielęgniarstwa należą samotność i brak aktywności społecznej.
7. W oparciu o opinię studentów pielęgniarstwa można stwierdzić, że występuje ageizm wśród personelu medycznego. Zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek wśród pracowników ochrony zdrowia obserwowano aż 44% badanych.
8. Studenci najczęściej byli świadkami dyskryminacji osoby starszej przez lekarza, drugą często dyskryminującą osobą była pielęgniarka.
9. Do najczęściej obserwowanych i wymienianych przez studentów pielęgniarstwa przejawów dyskryminacji wobec osób starszych należało lekceważenie, zaniedbania, okazywanie negatywnych emocji, wykonywanie zabiegów w niezbędnym wymiarze oraz niedostrzeżenie.
10. Edukacja personelu medycznego w zakresie specyfiki pracy z osobami starszymi, wydaje się być ważnym elementem podniesienia jakości opieki nad tą grupą pacjentów w ochronie zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Ziomek-Michalak K.: Starzenie się i starość w percepcji studentów przygotowujących się do zawodu pracownika socjalnego. *Gerontologia Polska*, 2016, 24, 167-175.
2. Gutowska A.: (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 2015, 8, 10-33.
3. Główny Urząd Statystyczny. Obszary tematyczne. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 roku. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2022-roku,2,5.html>, data pobrania 20.06.2024.
4. European Commission. European Website on Integration. Demography report 2010 - Older, more numerous and diverse Europeans Europa. <https://ec.europa.eu/migrant->

integration/librarydoc/demography-report-2010---older-more-numerous-and-diverse-europeans, data pobrania 12.02.2022.

5. Burak A., Reczyńska A.: Dyskryminacja pacjentów w starszym wieku przez pracowników ochrony zdrowia. *Geriatrics*, 2015, 9, 218-226.
6. Sejm. Akt prawny. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/U/D19970483Lj.pdf>, data pobrania 23.03.2022.
7. Twardowska-Rajewska J.: Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia [w:] Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Strategia wprowadzenia roku 2007 – Europejski Rok Równych Szans Dla Wszystkich. Warszawa, ARFwP, 2005, 48-53.
8. Szukalski P.: Dyskryminacja ze względu na wiek jako bariera jakości życia seniorów [w:] Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy. Janiszewska A. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2015, 11-23.
9. Forman DE., Rich MW., Alexander KP.: Opieka kardiologiczna nad osobami w starszym wieku. Czas na nowy model opieki. *Medycyna Wieku Podeszłego*, 2011, 1(2), 49-60.
10. Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T.: Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku. [w:] *PolSenior Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.). Wydawnictwo Termedia, Warszawa, 2012, 81-94.
11. Kropińska S.: Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. <http://www.wbc.poznan.pl/Content/298683/index.pdf>. data pobrania 16.04.2022.

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ I PERINATALNEJ



JAK ZMIENIAŁO SIĘ POSTRZEGANIE ŚMIERCI

EMILIA BIELAWSKA¹, GRZEGORZ BEJDA²

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, Białystok
2. Centrum Zdrowia Psychicznego MindHealth Białystok

ŚWIATOPOGLĄD SPOŁECZNY

Pierwsze opisy dotyczące śmierci, w tym także chorób i cierpienia człowieka, mają swój początek w starożytności i pojawiały się sukcesywnie wraz z rozwojem filozofii. Filozofowie greccy nieustannie próbowali zrozumieć sens życia, cierpienia i śmierci [1].

Analizy historyczne wskazują, iż społeczne postawy wobec chorób i śmierci ulegały przemianom na przestrzeni wieków. W większym lub mniejszym stopniu wpływ na stosunek do chorób, cierpienia i śmierci miała obowiązująca na danym terenie religia [2].

Utrzymująca się wiara w nieśmiertelność duszy należy do kanonu wiary chrześcijańskiej, judaizmu i islamu, wobec tego w średniowiecznej Europie istniał pogląd, iż śmierć do tylko przejście do innej formy życia [2].

Fatalistyczna filozofia życia niosła w średniowieczu za sobą przeświadczenie, że choroba, cierpienie i śmierć są niekwestionowaną decyzją Boga, cierpienie jest odkupieniem za grzechy, a ten kto umarł - osiągnął "spokój Boży". Ówczesny światopogląd nasilały przetaczające się przez średniowieczną Europę epidemie – śmierć była codziennością, była oswojona. Cmentarze lokalizowane były, w centrum miast oraz wsi, co miało nieustannie przypominać ludziom obowiązujące hasło "memento mori" [3].

Zmianę światopoglądu, można zaobserwować już w okresie oświecenia. Intensywny rozwój nauki, techniki oraz medycyny, znacznie oddalił tok myślenia społeczeństwa od średniowiecznej filozofii życia i śmierci. Wraz z rozwojem higienizacji oraz poprawą warunków życia, znacząco zmniejszyła się śmiertelność [3]. Postawa wobec śmierci stała się bardziej racjonalna. Powoli wypierano przekonanie, iż cierpienie jest najwyższą formą ofiary Bogu, a śmierć wraz z rozwojem medycyny przestała być postrzegania jako coś nieuchronnego. Szybki rozwój industrializacji, urbanizacji, medycyny w tym powstanie pierwszych szpitali spowodował, przesunięcie opieki i doświadczania śmierci z rodzin na specjalistów. Chorowanie i śmierć zaczęły być tematem tabu, społeczeństwo powoli zaczęło odchodzić od długich religijnych rytuałów przejścia, a cmentarze z centrów siedlisk przenoszono na obrzeża miast

Jak zmieniało się postrzeganie choroby i śmierci

lub poza nie [4]. Towarzyszyły temu zmiany w hierarchii społecznej, przez szybkie zmiany przemysłowe, największym szacunkiem w społeczeństwie zaczęto darzyć ludzi sprawnych zdrowych, produktywnych, a nie tak jak dotąd doświadczoną życiowo starszyznę. Ludzie starych i schorowanych co raz częściej odsuwano na bok, zjawisko to pogłębiło usuwanie chorób i śmierci ze świadomości społecznej [5].

Światopogląd, który miał swój początek w oświeceniu, trwał aż do XX wieku. Początek XX wieku to postępująca laicyzacja śmierci, nastąpiło całkowite zawłaszczenie choroby i śmierci przez medycynę. Według społeczeństwa opieka nad schorowanym czy umierającym stała się obciążająca, a oglądanie śmierci uznano za coś nieprzyzwoitego [2]. Choroba i śmierć identyfikowana była z czymś nieestetycznym, brudnym, cuchnącym, dlatego też coraz rzadziej zajmowano się chorym i umierającym w domu, a częściej w szpitalach, gdzie chorowanie i śmierć zostały całkowicie odczłowieczone. Jeszcze w latach 50. XX wieku medycyna skupiała się na fizycznych aspektach choroby i śmierci, według filozofii iż ważniejsze jest wyleczenie choroby, niż troska o ludzi [5].

STAROŻYTNOŚĆ

Informacje o poziomie opanowania wiedzy o funkcjonowaniu organizmu ludzkiego, postawie medycyny wobec chorób, cierpienia i śmierci w antycznych cywilizacjach mają w charakter szczątkowy. Najczęściej człowieka uważano za nierozdzielny element przyrody. Z punktu widzenia starożytnych medyków człowiek chory, cierpiący na różne dolegliwości był pod wpływem działania nieprzychylnych sił zewnętrznych (demonów, bogów, niezycliwych ludzi), a końcowa faza cierpienia – śmierć, była skutkiem kary zesłanej przez wszechświat. Czołowi starożytni prekursorzy medycyny tacy jak Hipokrates i Galen, uważali iż wiedza o człowieku powinna być budowana na badaniach empirycznych, a nie subiektywnych odczuciach człowieka [6].

ŚREDNIOWIECZE

Rozwój medycyny w początkach średniowiecza został, poprzez upadek wysoko rozwiniętej cywilizacji antycznej, znacznie zahamowany. Ogromną rolę w podtrzymaniu i powolnym rozwoju medycyny przejęły nowopowstające zakony w tym benedyktyni. Reguły panujące w zakonach nakładały na mnichów obowiązek pomocy chorym, cierpiącym umierającym w służbie Chrystusowi. Mnisi naukę sztuki lekarskiej podejmowali poprzez kształcenie się z ocalałych antycznych opracowań. Oprócz postawy badawczej cechowało ich przeświadczenie o szerokopojętym rozumieniu cierpienia ludzkiego. Istnieją zapisy mówiące

Jak zmieniało się postrzeganie choroby i śmierci

o ścisłym związku zdrowienia z wspomaganie cierpiącej duszy – co różniło średniowieczne podejście do chorób i śmierci od tego z wieków starożytnych [7].

ODRODZENIE, CZASY PRZEDNOWOŻYTNE

W oświeceniu nowością, która dała impuls do szybkiego rozwoju medycyny oraz skierowania nauki na nowe tory, było rozpoczęcie nauczania przy łóżku chorego. W tym też okresie położono nacisk na ścisły związek medycyny z naukami przyrodniczymi tj. biologią, chemią, fizyką. Od XVI wieku zaczęła powstawać nowoczesna anatomia, człowieka analizowano jak podobnie jak organizm zwierzęcy, jako maszynę, a lekarzy jako mechaników ciała ludzkiego [8].

Biologiczno-medyczne aspekty śmierci okazały się nie lada wyzwaniem, gdy francuski lekarz z XVIIIw., John Bruhier ustalił 52. przypadki pogrzebania człowieka żywcem. W związku z czym by uniknąć kolejnych takich przypadków, Akademia Medyczna w Paryżu w 1874 roku ufundowała nagrodę za udokumentowane badaniami podanie cech niekwestionowanego zgonu człowieka. Pierwszy raz w historii ludzkości próbowano określić precyzyjną definicję śmierci i kryteria zgonu. Zaczęło to budzić lęk w środowisku lekarskim, ponieważ wielu z lekarzy osądzono później o morderstwo. Spór dotyczący kryteriów i definicji śmierci zakończył się w 1882 roku, poprzez uznaniem testu dr Icarda. Test polegał na wstrzyknięciu do żyły specjalnego barwnika, jeśli kolor ciała człowieka po wstrzyknięciu się nie zmieniał, oznaczało to niepodważalnie zgon, jeśli kolor ciała uległ zmianie, oznaczało to, że człowiek wciąż żył [3].

Odchodziło się coraz dalej od postrzegania jednostki jako człowieka cierpiącego w swojej chorobie. Odrodzenie przyniosło za to wiele wybitnych osiągnięć w dziedzinie medycyny [8]. Wiek XIX dał solidne podwaliny współczesnej medycynie, choć aż do XX wieku medycyna traktowała przede wszystkim o leczeniu chorób fizycznych, z praktycznie całkowitym pominięciem psychiki człowieka podczas choroby, urazu. Potrzeby psychiczne pacjenta jeszcze długo, były tematem całkowicie pomijanym podczas procesu leczenia [5].

SPOŁECZNE POSTRZEGANIE ŚMIERCI I CIERPIENIA

Na przestrzeni wieków, powoli, ale systematycznie dokonywała się zmiana sposobu postrzegania cierpienia, chorób, śmierci. Wiek XX to postępujące osłabienie wpływu religii na życie społeczeństw, pędzący rozwój technologii, szybko postępująca medykalizacja śmierci, chorób i cierpienia z nimi związanych. W związku z chorobą, cierpieniem, uszczerbkiem na zdrowiu, śmiercią pojawiło się w człowieku wiele krytycznych emocji, od obawy i lęku,

poprzez popłoch, bojaźń aż do skrajnej wściekłości [9].

Już w latach 90. ubiegłego wieku, ksiądz J. Makselon badając postawy wobec śmierci, stwierdził, iż „sposób pojmowania świata i życia ma niewątpliwie wpływ na światopogląd dotyczący śmierci” [10].

Choroba i śmierć to szczególne kategorie w życiu człowieka. Choroba dotycząca nas samych, bądź bliskiej nam osoby, najczęściej przekreśla nasze dotychczasowe życie, aktywność społeczną i zawodową. Śmierć zaś, postrzegana jest jako unicestwienie życia, utratę tożsamości, wykluczenie z przyszłości o której jako istoty myślące – nieustannie snujemy rozważania [11].

Według psychologów istnieją różne typy postaw wobec śmierci, zwracają szczególną uwagę na aspekty poznawcze – zwłaszcza myślenie o śmierci, tak na przykład Szaniawski [12] wyróżnia pięć podstawowych postaw, ściśle związanych z osobowością człowieka:

- ambiwalentna – kontrastowa, zawierająca przeciwstawne uczucia, tj. z jednej strony człowiek myśli o śmierci, analizuje ją świadomie, a z drugiej strony myślenie to może działać hamująco, powodując silny lęk
- spokojna – umieranie i śmierć są akceptowane, uważane za naturalny porządek
- religijna – pojmowanie śmierci według wiary, śmierć to nie koniec, a początek
- unikowa – ignorowanie, lekceważenie myślenia o własnej śmierci, ciągłe uchylenie się od tematu
- przerażona – częste rozważania na temat problemu życia i śmierci, strach przed śmiercią.

Elisabeth Kubler-Ross w swych obserwacjach dotyczących postaw wobec śmierci wyróżnia pięć etapów reakcji na ciężką chorobę i śmierć [13]:

- zaprzeczanie i izolacja – jak twierdzi Kubler-Ross „negacja jest przejściową formą obrony”,
- gniew – w tym etapie gniew skierowany jest w różnych kierunkach, rozpacz wobec choroby i śmierci rodzi się z bezgranicznej woli życia,
- targowanie się – to trzeci etap reakcji na chorobę i śmierć, w rzeczywistości jest to próba odroczenia wydanego wyroku, w reakcji tej człowiek często odnosi się do prób naprawy relacji z Bogiem „jeśli z tego wyjdę, będę chodził do kościoła, będę lepszym człowiekiem” itp.,
- depresja – często w chorobie lub w obliczu śmierci pojawia się w człowieku poczucie

Jak zmieniało się postrzeganie choroby i śmierci

ogromnej straty, zmiany trybu życia, wykluczenia społecznego, bezradności, co jest przyczyną narastającego nastroju depresyjnego,

- pogodzenie się – ostatni etap zmagania się z chorobą i wyrokiem śmierci, reakcja w której człowiek pozbawiony jest wszelkich głębokich emocji, które nim targały do tej pory, czas odpoczynku i spokojnego oczekiwania na nieuniknione.

Według komunikatu z badań przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej w październiku 2019 roku, wykazano, iż większość Polaków nie myśli o śmierci w ogóle lub myśli o niej bardzo rzadko. Porównanie tego badania z poprzednim, przeprowadzonym w 2001 roku, jednoznacznie wskazuje na charakterystyczną dla społeczeństwa XX i XXI wieku tendencję do spychania śmierci „na margines” i unikania konfrontacji z tym trudnym tematem [14].

Ten trend myślowy według wielu badaczy związany jest z najbardziej powszechną emocją dotyczącą choroby i śmierci – lękiem [15].

Szaniawski przedstawiając typy reakcji człowieka wobec śmierci wyróżnił lęk [12]:

- przed procesem umierania,
- przed wczesną śmiercią,
- o kogoś, kto cierpi po śmierci,
- przed zniszczeniem istnienia,
- o ciało po śmierci,
- przed nieznanym,
- przed kontaktem ze zwłokami,
- przed wszystkim, co przypomina śmierć.

Makselon [10] w swoich rozważaniach zasugerował, aby podział lęku przed śmiercią uprościć do:

- lęku przed własną śmiercią,
- lęku o śmierć bliskiej osoby,
- lęku wobec ogólnego zjawiska śmierci.

Według psychologów lęk przed śmiercią stał się zjawiskiem powszechnym, co może być związane z rozpowszechniającą się co raz szybciej laicyzacją społeczeństwa, gdyż brak wiary w istnienie po śmierci, prowadzi do lęku przed „całkowitym unicestwieniem”. Lęk ten sprowadza natomiast społeczeństwo do rozpowszechniania tabuizacji chorób, cierpienia i śmierci [15].

TABUIZACJA ŚMIERCI

Zapoczątkowane w XIX wieku zepchnięcie chorób i śmierci na margines przyczyniło się do powstania nowego modelu postępowania – odizolowania chorób i śmierci. Druga połowa wieku XX, według wielu badaczy zajmujących się postawami społeczeństwa wobec śmierci i umierania, to szczyt „tabu śmierci” [12].

Tabu to temat o którym mówić nie wypada, temat zakazany [16]. Tak też stało się ze śmiercią i umieraniem w XX wieku - stała się tematem wykluczonym z obszaru refleksji, jak i każdego aspektu życia. Szybko odradzające się po II wojnie światowej społeczeństwo odsunęło się od chorych i umierających, coraz częściej umieszczając takie osoby w szpitalach lub specjalnie ku temu stworzonych ośrodkach (hospicjach, domach opieki). Temat śmierci stał się ignorowany, przemilczany, niewygodny zarówno dla chorych jak i dla ich bliskich. Jediną akceptowalną formą umierania staje się śmierć cicha, spokojna, nie rzucająca się w oczy, nie wołająca o pomoc – najlepiej na uboczu, w zakątku szpitala [9].

Charakterystyczne w XX w odsunięcie śmierci „na dystans”, spowodowało szereg zmian. Według nowoczesnego społeczeństwa śmiercią zajmować się bowiem nie wypada. Powstały więc specjalistyczne firmy z usługami pogrzebowymi, które stanęły przed trudnym zadaniem – usunięcia źle wyglądającego obrazu śmierci i zastąpienie go estetyczną wersją. Dodatkowo makijażu, chłodziarek przyczyniło się do usunięcia prawdziwego oblicza śmierci [11].

Człowiek w XX i XXI wieku nie chce mieć do czynienia z nieestetycznym obrazem choroby i śmierci. Śmierć została sprowadzona do poziomu wstydlivej dolegliwości, którą powinno się ukryć [11].

MEDYKALIZACJA ŚMIERCI

W XX wieku rozpędu nabiera medykalizacja śmierci. Związane jest to ściśle z opisanym wyżej tabu śmierci, ale także z szybkim rozwojem medycyny. Społeczeństwo staje się co raz mniej „odporne” na choroby i śmierć, starając się znaleźć odpowiednie miejsce na umieszczenie tego trudnego tematu. Miejscem takim stają się szpitale, hospicja, domy opieki [17].

Współcześni ludzie, chcąc jak najszybciej wrócić do „normalnego życia” oddają chorych, cierpiących, umierających w ręce specjalistów. W taki sposób szpitale i nowopowstające w XX wieku hospicja stają się miejscem osamotnionej, odrzuconej śmierci w odosobnieniu [17].

Człowiek umierający, cierpiący staje się „pacjentem”, „medycznym przypadkiem”, choroba dolegliwością z objawami fizycznymi, a śmierć skutkiem ubocznym życia [17].

PORNOGRAFIA ŚMIERCI

Według wielu badaczy zajmujących się tanatologią w XX i XXI wieku koegzystują ze sobą [18]:

- kryzys śmierci
- pornografia śmierci
- renesans śmierci.

Określenia „pornografia śmierci”, użył po raz pierwszy Geoffrey Gorer w 1979 roku, zauważając, iż część społeczeństwa mimo oczywistego lęku przed własną śmiercią, z chęcią przyjmuje wiadomości o tragedii i śmierci innych, im bardziej drastycznej i „widowskowej” tym lepiej [19].

Śmierć naturalna jest wstydliva, tuszowana, natomiast choroba, gwałtowny uszczerbek na zdrowiu, nagła tragiczna śmierć w XX wieku zaczęła odgrywać istotną rolę w wyobraźni człowieka, wraz ze wzrostem zainteresowania tematami tanatycznymi w ogólnodostępnych mediach. Wiek XXI to masowa inwazja tragedii i śmierci przekazywanej odbiorcy w radiu, telewizji czy Internecie. Jest to dla człowieka śmierć „bezpieczna” bo odległa, schowana „za ekranem”, dotycząca bezimiennych ofiar. Budzi więc w człowieku ciekawość, lecz najczęściej nie sprawia większego wrażenia, nie powoduje lęku – ponieważ w żaden sposób nie dotyka odbiorcy osobiście. Staje się więc interesującym widowiskiem, skierowanym na obrazy drastyczne i gwałtowne, tworząc swego rodzaju pruderię XXI wieku [9].

Śmierć jako element popkultury, szybko rozwija się również w internecie. W 1995 roku w Kanadzie powstał pierwszy cybercmentarz (*World Wide Cementary*). Cybercmentarze, zwane także e-memoriami, polegają na tworzeniu wirtualnych miejsc pamięci. Według Cyrek, przeniesienie obrzędów kultury funeralnej do internetu spłaszcza ich rolę w społeczeństwie [20]. Związane to może być ściśle z trwającą od ponad półwiecza tendencją do wypieraniem obrazu śmierci z życia realnego i pojawieniem się nowego wizerunku Tantosa – „śmierci estetycznej” [9].

ŚMIERĆ I CIERPIENIE WE WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNIE

Wiele osób kojarzy pierwsze studia nad umieraniem, cierpieniem i śmiercią z pracą amerykańskiej lekarki Kubler-Ross, która podjęła ten trudny temat w 1969 roku w swojej książce pt. „Rozmowy o śmierci i umieraniu”. Jednakże fakt jest taki, iż korzenie badań nad zjawiskiem śmierci sięgają wcześniej. W swojej książce „Handbook of Thanatology” Meagher podkreśla, że najprawdopodobniej najwcześniej wysiłek zrozumienia psychologicznych

Jak zmieniało się postrzeganie choroby i śmierci

procesów choroby i umierania podjął Lindemann w 1944 roku, podejmując badania nad reakcją na śmierć przedstawił pojęcie „anticipatory grief” – żałoby, smutku w oczekiwaniu na śmierć bliskiej osoby [21].

W latach 60 i 70 XX wieku widać znaczący wzrost zainteresowania tematyką śmierci w środowisku medycznym oraz psychologicznym. Prace nad tematem cierpienia i umierania podejmują m.in. Feifel w 1959 roku, publikując „The Meaning of Death” oraz w tym samym roku (1959) Cicely Saunders wydając serię artykułów dotyczących różnych aspektów chorób, cierpienia, umierania i śmierci, badania swe Saunders oparła na opiece nad umierającymi pacjentami. W 1965 roku Glaser i Straus opublikowali książkę „Awareness of Dying”, w której przedstawili badania nad psychologicznym podejściem pacjentów do ich własnej śmierci [21].

Wobec znacznego wzrostu zainteresowania cierpieniem i śmiercią, jako zagadnieniem złożonym nie tylko ze śmierci człowieka, jako śmierci ciała, ale także w wymiarze egzystencjalno-filozoficznym, w XX wieku pojawiają się nowe dziedziny nauki takie jak bioetyka, antropologia śmierci czy tanatologia [11].

Tanatologia to interdyscyplinarna nauka zajmująca się „analizą i definiowaniem śmierci człowieka” [16], łącząca w sobie m.in. elementy bioetyki, medycyny, filozofii i teologii. Złożona struktura tematu często bowiem wymaga współpracy różnych środowisk, analizy badań i poglądów.

DEFINICJA ŚMIERCI

Gdy w latach 60 XX wieku nastąpił rozwój technik reanimacyjnych oraz upowszechnienie stosowania respiratorów, spowodowało to pojawienie się „nowego” rodzaju pacjenta: nieprzytomnego (często miesiącami), sztucznie podtrzymywanego przy życiu dzięki zaawansowanym zabiegom medycznym. W związku z tym wymusiło to na środowisku medycznym poszukiwanie nowej definicji śmierci, ponieważ niewystarczająca okazała się klasyczna definicja krążeniowo-oddechowa, która za fakt śmierci uważała ustanie krążenia i oddychania [22].

Problem aktualnej i jednolitej, obowiązującej powszechnie definicji śmierci stał się naglący, ponieważ jednocześnie prężnie rozwijała się nowa dziedzina medycyny – transplantologia. W związku z tym, aby uniknąć problemów natury etycznej, należało definicję tę uaktualnić o nowo zdobytą wiedzę na temat śmierci mózgowej oraz wprowadzić do ogólnoświatowego obiegu. Dokonano tego po raz pierwszy na 22 Walnym Zgromadzeniu w Sydney w 1968 roku, gdzie Światowy Związek Lekarzy opracował i opublikował dokument dotyczący „orzeczenia o śmierci człowieka”, znany jako „Deklaracja z Sydney”. Deklaracja

opierała się na całościowym podejściu do śmierci, postulowała m.in. o tym, iż „chodzi o los człowieka jako całości”. Najważniejszym aspektem dotyczącym nowej definicji śmierci, było stwierdzenie nieodwracalności procesu, miało to być zagwarantowane przez badania prowadzące do stwierdzenia ustania wszystkich funkcji mózgu. Dokładny opis wymogów i badań podjęto w Raporcie Harvardzkim z 1970 roku [23].

W Polsce pierwsza definicja śmierci mózgowej została wprowadzona w 1984 roku, z biegiem czasu poddawana była modyfikacjom. Aktualnie obowiązującym aktem jest obwieszczenie Ministra Zdrowia z 4 grudnia 2019 roku, ustalające kryteria i sposoby stwierdzania śmierci mózgu [24].

PIŚMIENNICTWO

1. Orbik Z.: Problematyka śmierci w filozofii starożytnej, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej Seria Organizacja i Zarządzanie, 2013, 1897, 267-280.
2. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa, Wydawnictwo IfiS Pan, Warszawa, 2005.
3. Bołoz W.: Historyczne i współczesne postawy wobec śmierci, *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 2005, 3, 173-186.
4. Ostrowska A.: Przemiany postaw wobec śmierci, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2016, 10(2), 41-47.
5. Pawlak A.: Społeczne postrzeganie śmierci i umierania we współczesnej perspektywie tanatologicznej, *Acta Universitatis Lodzianensis Folia Sociologica*, 2003, 30, 57-67.
6. Brzeziński T.: Historia medycyny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1995, 50-89.
7. Supady J.: Prekursorzy medycyny klasztornej w początkach średniowiecza, *Health Promotion & Physical Activity*, 2019, 2(7), 15-16.
8. Domosławski Z.: Wprowadzenie do medycyny, Kolegium Karkonoskie Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Jelenia Góra, 2007, 17-55, 78-84.
9. Zakowicz I.: Tanatyczny tryptyk ponowoczesności: Kryzys, pornografia i renesans śmierci, *Ogrody Nauk i Sztuk*, 2011, 56-67.
10. Makselon J.: Przedmiotowy aspekt postaw wobec śmierci, *Analecta Cracoviensia*, 1984, 16, 359-378.
11. Sahaj T.: Człowiek i śmierć w ponowoczesnym społeczeństwie europejskim, *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria*, 2008, 1(65), 138-146.
12. Szaniawski T.: Typy postaw wobec śmierci, a osobowość, *PAT*, Kraków, 1998, 23-26.

13. Kubler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu, Media Rodzina, Poznań, 2021.
14. CBOS: Stosunek do śmierci i zwyczaje funeralne, komunikat z badań, 136/2019.
15. Jankowska M.: Psychologiczne aspekty postaw wobec śmierci, Wokół Dobra Prawdy i Piękna, Kwartalnik Naukowy, 2018; 4(36), 373-394.
16. Słownik PWN, 2023
17. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M. Współczesne postawy wobec śmierci i umierania, Medycyna Paliatywna, 2013; 5(4), 163-170.
18. Kołobuszeński J.: Problemy współczesnej tanatologii, Wydawnictwo WTN, Wrocław, 1997.
19. Gorer G.: Pornografia śmierci, Teksty: teoria literatury, krytyka, interpretacja, 1979, 3(45), 197-203.
20. Cyrek B.: Kultura funeralna w cyberprzestrzeni. Co łączy wirtualne cmentarze i media społecznościowe?, Kongwistyka i Media w Edukacji, 2017, 2, 92-100.
21. Meagher D.: Handbook of Thanatology, Routledge, New York, 2013, 17-23.
22. Pała A.: Zjawisko śmierci – zmora medycyny, Semina Scientiarum, 2014; 13, 115-139.
23. Roczeń R.: Neurocentryczne koncepcje śmierci człowieka. Esej medyczno-filozoficzny, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, 2011, 1-42.
24. Monitor Polski, 2020

OPIEKA PALIATYWNA – JAK JĄ POSTRZEGAMY

Paulina Aniśko-Trambecka

Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Absolwentka Szkoły Doktorskiej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku

*Trzy życzenia osób umierających:
“Pomóż mi, wysłuchaj mnie, bądź ze mną”
Cicely Saunders, prekursorka ruchu hospicyjnego*

Choroba w momencie pojawienia się w rodzinie nie jest problemem dotyczącym wyłącznie osoby chorej, bowiem w jej przeżywaniu uczestniczą wszyscy jej członkowie,

Personel medyczny, jak podkreślają Zielazny i wsp. [1] w pierwszej kolejności skupia się na prowadzeniu diagnozy i ustaleniu metod leczenia chorego, niestety z reguły pomijając system rodzinny. Nie można jednak zapominać, że aby rodzina i opiekunowie mogli dobrze opiekować się przewlekle chorym niezbędne jest przekazanie im wiedzy na temat choroby nowotworowej, jej etiologii, przebiegu, planowanej terapii i jej możliwych skutków ubocznych a także w zakresie rokowania i ograniczeń w funkcjonowaniu chorego. Hospitalizacja oraz opieka nad chorym członkiem rodziny to niezwykle trudne doświadczenie.

W związku z powyższym, ważnym problemem wydaje się być postrzeganie opieki paliatywnej przez rodziny chorych onkologicznie.

Opieka paliatywna, zgodnie z założeniami WHO, za Czerwik-Kulpa [2], to aktywna i całościowa opieka świadczona wszystkim pacjentom, u których choroba nie reaguje już na leczenie przywracające zdrowie.

W opinii Doboszyńskiej [3] „*opieka paliatywna jest czynną, całościową opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Obejmuje zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego*”.

Głównym celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin oraz objęcie holistyczną opieką pacjentów w końcowym stadium wszystkich chorób, w których nie ma leczenia przyczynowego (np. chorych w końcowym stadium chorób nowotworowych, chorych na choroby neurologiczne, chorych z niewydolnością serca, chorych na AIDS, chorych na nienowotworowe choroby układu oddechowego, osoby w podeszłym wieku) [2]

Z opieką paliatywną nieuchronnie kojarzy się hospicjum. „*Hospes*”, za Sauders [3], oznacza „zarówno przybysza, jak i gospodarza”, a „*hospitium* - zarówno miejsce, w którym się spotykają (gościnny dom, gospoda,) jak i wzajemny do siebie stosunek (przyjaźń, gościnne przyjęcie)”.

Po raz pierwszy użyto słowa „hospicjum” dla określenia miejsca przeznaczonego dla umierających, kiedy to w roku 1842 Jeanne Gardier, za Wałdowską [4], otworzyła w Lyonie pierwszy dom dla umierających („Hospicjum i Kalwaria”). Ciałkowska-Rysz [5] uważa, iż w świadomości społecznej hospicjum za często jest określane jako miejsce śmierci chorego, a za rzadko postrzegane jako miejsce profesjonalnej opieki medycznej, miejsce wsparcia, godnego życia, aż do naturalnej śmierci.

Bardzo często opieka paliatywna mylona jest z opieką nad przewlekle chorymi, opieką długoterminową lub geriatrią [7].

Raport CBOS z 2009 roku [8] przeprowadzony na reprezentatywnej próbie losowej 1096 dorosłych mieszkańców Polski wykazał, iż wiedza o założeniach i funkcjonowaniu opieki hospicyjnej jest wśród Polaków dość mocno zróżnicowana. W tej tematyce nie orientowało się 24% badanych, 36% wykazywało jedynie podstawowy zakres informacji, a niecałe 30% miało przeciętną wiedzę na ten temat. Jedynie 10% ankietowanych dobrze orientowało się w działalności hospicjów. Z działalnością hospicyjną nie zetknęło się 52% badanych, ponieważ w ich miejscowości, ani w jej okolicy, nie funkcjonował taki ośrodek, nikt z ich bliskich nie był objęty opieką hospicyjną, a ani oni sami, ani nikt z ich rodziny/znajomych nie nigdy nie pracował w hospicjum jako wolontariusz. Większość badanych (61%) zdawała sobie sprawę kim na co dzień zajmują się hospicja, to jednak 17% stwierdziło, że obejmują opieką tylko ludzi chorych, samotnych i starszych, a 14% że wyłącznie osoby umierające na nowotwór [8].

W badaniu Łukaszuk i wsp. [9] tylko 47% ankietowanych myślało o nim pozytywnie, a dla 48% respondentów pierwsze nasuwające się skojarzenia o hospicjum były negatywne.

Śmierć stanowi bardzo drażliwy oraz delikatny temat w życiu i zawsze jest dla każdego przeżyciem ogromnie traumatycznym.

W opinii Coppa [10] współczesne społeczeństwo nie akceptuje śmierci jako naturalnej części życia człowieka, zaś personel opiekujący się chorym, jest przez ciągle umacniany w swoim lęku przed umieraniem i śmiercią.

W tym kontekście pojawia się problematyka eutanazji, która jest ciągle tematem absorbującym zarówno społeczeństwo, jak i ludzi wykonujących zawody medyczne, tematem drażliwym, kontrowersyjnym, co do którego nie ma powszechnej zgody.

W piśmiennictwie, za Błaszczuk [11] funkcjonuje wiele terminów dotyczących eutanazji, jak np.: eutanazja dobrowolna/niedobrowolna, kryptanazja, eutanazja czynna/bierna, sedacja terminalna, dystanazja, terapia uporczywa, ortotanazja, wspomagane samobójstwo, samobójstwo za pomocą lekarza, prawo do śmierci w godności.

Analiza CBOS [8] z 2009 roku wykazały, iż Polacy wyrażają różne opinie na temat postępowania lekarza, który pomaga nieuleczalnie chorym, na ich prośbę, w umyślnym skróceniu życia: 42% wyrażało tego akceptację, a 40% dezaprobatę. Nieco więcej osób (44%) sprzeciwiało się spełnianiu przez lekarzy woli cierpiących, nieuleczalnie chorych domagających się podania im środków powodujących śmierć, niż uważało, że lekarze powinni to czynić (40%). W społeczeństwie przeważała też opinia (37%), iż nie należy karać lekarzy za ułatwianie chorym śmierci na ich życzenie i pod wpływem współczucia. O ile spełnienie prośby osoby nieuleczalnie chorej i cierpiącej uznać za eutanazję, to więcej ankietowanych uważało takie postępowanie za nie dające się usprawiedliwić (43%), niż takie, które można usprawiedliwić (30%) [8].

Respondenci z badania Bartusek [12] za największe problemy opieki paliatywnej uważali małą liczbę ośrodków opieki stacjonarnej i poradni paliatywnej. Istotny problem w opinii pielęgniarek (19,3%) i lekarzy (4%) stanowiła też wzrastająca liczba chorych na schorzenia przewlekłe oraz zdaniem 19,7% pielęgniarek i 24,6% lekarzy - brak wiedzy społeczeństwa na temat opieki paliatywnej [12].

Leppert i wsp. [13] porównywali trudności w przekazywaniu niepomysłnych wiadomości o chorobie i rokowaniu przez studentów i lekarzy. Odsetek badanych, gotowych do przekazania pełnych informacji, wynosił wśród studentów 28%, a wśród lekarzy 24%. Chęć uzyskiwania pełnych informacji w tym zakresie wyraziło 84% studentów i 80% lekarzy [13].

Mess i wsp. [124] oceniali potrzebę informowania chorego w stanie terminalnym. Większość pacjentów (85%) z tego badania twierdziła, że człowiek zawsze powinien wiedzieć, że choruje na nieuleczalną chorobę. Nieco mniej (70%) uznawało konieczność wiedzy o zbliżającej się śmierci, uważając iż jest im ona potrzebna, aby móc podjąć jeszcze próbę

leczenia, a także aby zdążyć uporządkować swoje życie i przygotować się na to co nieuchronne [14]. Najwięcej (89,8%) obecnie badanych członków rodzin chorych było przekonanych, że informacje udzielane rodzinie powinny być wyczerpujące (89,8%), rodzina powinna uzyskać pełen zasób informacji o rokowaniu chorego (76,4%), pacjent i rodzina powinni być informowani o przysługujących prawach (65,2%) oraz lekarz i pielęgniarka powinni chętnie udzielać informacji rodzinie chorego.

W Irlandii np., za Coughlan [15] znakomita większość pacjentów otrzymujących chemioterapię z powodu choroby nowotworowej znała rozpoznanie, podczas gdy w Hiszpanii jedynie 32% pacjentów otrzymało informację o ich aktualnym stanie zdrowia.

Badania Centeno-Cortesa i Nuneza-Olarte [16] wykazały, iż pełną wiedzę o swoim rozpoznaniu posiadało 42% pacjentów na oddziałach paliatywnych oraz jedynie 27% przebywających na oddziałach onkologicznych.

Wspomniane wcześniej badania CBOS z 2009 roku [8] wykazały, iż Polacy niemal powszechnie wypowiadają się o opiece paliatywnej z uznaniem. Działalność hospicjów domowych popierało 94% badanych, a stacjonarnych 96%. Jednakże, mimo dość powszechnego społecznego poparcia dla działalności hospicyjnej, większość respondentów (57%) uważało, iż hospicjum stacjonarne to miejsce, do którego osoby umierające powinny trafiać tylko w wyjątkowych sytuacjach, np. gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić im specjalistycznej opieki. W innych przypadkach umierający powinni przebywać raczej w domach [8].

Opiekę paliatywną/hospicyjną, za Pyszkowska [17], powinien sprawować zespół wielodyscyplinarny, w skład którego wchodzi lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, kapelan i wolontariusze, kwalifikowani opiekunowie niemedyczni, przy współudziale przeszkolonych członków rodziny, opiekunów. Trzon zespołu stanowią wykwalifikowani lekarze i pielęgniarki, a kieruje nimi lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz doświadczony w sprawowaniu opieki paliatywnej, mający należne przeszkolenie w tej dziedzinie [17].

Respondenci z badania Masłowskiego [18,19], będący członkami zespołu hospicyjnego, uważali opiekę duchową, jako komplementarną w systemie wsparcia holistycznego i zdecydowanie uważali, że należy poszerzyć podmiot podejmujący pomoc duchową w hospicjum o siostry zakonne (37.3%), osoby po starcie kogoś bliskiego (28.5%), kleryków z seminarium duchownego (25.8%), stałych duchownych (18.7%), świeckich szaferów eucharystii (11.9%) i świeckich członków ruchów religijnych (11.9%) [18,19].

Opieka paliatywna i hospicyjna, korzysta z wiedzy interdyscyplinarnej i zasad holistycznego podejścia do chorych, starając się zaspokoić ich potrzeby fizyczne, psychologiczne, socjalne i duchowe.

W badaniu Bejdy i wsp. [20] obecność kapelanów w hospicjach nie wzbudzała prawie żadnego sprzeciwu - „za” opowiedziało się aż 87,3% badanych.

Masłowski [18,19] w swoich badaniach wykazał, iż chorzy umierający z powodu choroby nowotworowej, spośród praktyk religijnych, najbardziej wspierających w cierpieniu, z reguły wymieniali mszę świętą (53,4%) i modlitwę różańcową (62,3%), a w dalszej kolejności - nabożeństwo drogi krzyżowej (20,7%), rozważanie tekstów Pisma Świętego (18,4%), lekturę książek religijnych (17,8%) lub modlitwy litanijne (10,3%).

Za najczęstsze przyczyny niskiego poziomu satysfakcji pacjentów z opieki wymienia się [21]:

- zbyt rzadkie kontakty z pracownikami medycznymi zaangażowanymi w opiekę,
- złą kontrolę objawów, w tym bólu,
- złą komunikację,
- niedostateczne wyposażenie w sprzęt służący opiece,
- brak wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny.

Nie można także zapominać o udziale rodziny w świadczeniu opieki paliatywnej. W opinii Lecouterieri wsp. [22], jest zwykle bardzo ważny, zwłaszcza w przypadku, gdy pacjent objęty jest hospicyjną opieką domową.

PIŚMIENNICTWO

1. Zielazny P., Zarzeczna-Baran M., Wojtecka A.: System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19(4), 439–444.
2. Czerwik-Kulpa M. Oczekiwania chorych z bólami nowotworowymi i stopień ich zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej. *Psychoonkologia*, 2009, 1-2, 11-16.
3. Doboszyńska A.: Opieka paliatywna, *Przewodnik Lekarza*, 2007, 1, 128.
4. Saunders C.: Historia ruchu hospicyjnego, *Nowotwory*, 1993, 43, 106.
5. Wałdowska K.: Od przytułku do hospicjum. *Więź*, 1999, 2, 50-52.
6. Ciałkowska-Rysz A.: Wskazania do objęcia opieką paliatywną. *Medycyna Paliatywna*, 2010, 1, 6-8.

7. Kieszowska-Grudny K., Zając K., Winiarska A. (wsp.): Pierwsze objawy chorób nowotworowych a zachowanie pacjentów. Jak długo pacjenci zwlekają z wizytą u lekarza i gdzie szukają informacji medycznej, *Psychoonkologia*, 2016, 20(3), 123-132.
8. Raport CBOS, Komunikat z badań BS/142/2009, Opinia społeczna o eutanazji, CBOS, Warszawa, 2009.
9. Łukaszuk C. R., Dąbrowska A., Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E.: Opieka paliatywna/hospicyjna w opinii społecznej [w:] W drodze do brzegu życia, tom. IX, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R, Lewko J.(red.), Duchno, Duchno sp. z o.o., Białystok, 2011: 79- 91.
10. Copp G.: Palliative care nursing education: a review of research findings, *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19, 552–557.
11. Błaszczuk J.: Eutanazja-mity, *Onkologia Polska*, 2005, 8, 193-194.
12. Bartusek M.: Opieka paliatywna/hospicyjna w świetle wypowiedzi pielęgniarek i lekarzy, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D*, 2004, 14, 103-109.
13. Leppert W., Łuczak J., Góralski P.: Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny, *Polska Medycyna Paliatywna*, 2005, 4, 67-76.
14. Mess E., Bienias T., Lisowska A., Jonak K., Twardak I., Mańkowska M., Chybicki M: Prawo do godnej śmierci, *Onkologia Polska*, 2007, 10, 190-194.
15. Coughlan MC: Knowledge of diagnosis, treatment and its side-effects in patients receiving chemotherapy for cancer. *European Journal of Cancer*, 1993, 2, 66-71.
16. Centeno-Cortes C., Núñez-Olarte J.M. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses, *Palliative Medicine*, 1994, 8(1), 39-44.
17. Pyszkowska J. Opieka paliatywna – formy realizacji, zasady współpracy z lekarzem rodzinnym. *Przewodnik Lekarza*, 2007, 2, 198-201.
18. Masłowski K.: Zespół hopicyjny w opiece duchowej, http://www.czytelniamedyczna.pl/nm_op09.php, data pobrania 16.05.2023.
19. Masłowski K.: Zespół hopicyjny w opiece duchowej, http://www.czytelniamedyczna.pl/nm_op09.php, data pobrania 16.05.2023.
20. Bejda G. Lewko J. Kulak-Bejda A.: Postrzeganie roli kapelana szpitalnego w zespole terapeutycznym, *Medycyna Paliatywna*, 2017, 9(3), 157–163.

Opieka paliatywna -jak ją postzegamy

21. De Walden-Gałaszko K, Majkowiec M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i w praktyce. AM Gdańsk, Gdańsk, 2000.
22. Lecouterier J, Jacoby A, Bradshaw C Lovel T, Eccles M. Lay carers' satisfaction with community

**ROLA RODZINY W OPIECE NAD OSOBĄ
Z PROBLEMEM NOWOTWOROWYM**

Paulina Aniśko-Trambecka

Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Absolwentka Szkoły Doktorskiej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku

*Rodzina oznacza,
że nikt nie zostaje pozostawiony w tyle ani zapomnian*

David Ogden Stiers

Paradygmat ujmowania rodziny w podejściu systemowym, pozwala stwierdzić, że choroba (na zasadzie przyczynowości cyrkularnej) ma istotny wpływ nie tylko na osobę chorującą, lecz także na wszystkich członków rodziny, w konsekwencji prowadząc do zaburzeń całokształtu w jej funkcjonowaniu [1,2,3].

Zmiany jakie zachodzą w rodzinie, mogą mieć charakter uniwersalny i dotyczyć większości rodzin, lecz występują również zmiany specyficzne, nietypowe, które są charakterystyczne dla konkretnej rodziny. W tej kwestii, zdaniem socjologa, prof. Anny Titkow, bardzo ważne jest występowanie dyskomfortu psychicznego spowodowanego chorobą, który wpływa na chorego oraz w konsekwencji na jego rodzinę, w sposób przejściowy, bądź trwały. Przebieg procesu leczenia oraz czas jego trwania także mają ogromny wpływ na podjęcie przez rodzinę nowych zadań, pozwalających jej na uniknięcie negatywnych konsekwencji choroby i realizację nowych, często nieznanych do tej pory zadań [1,2,3].

Uważa się, że reakcja rodziny na chorobę jest procesem wieloczynnikowym, zależnym od m.in. wieku osoby chorej, poziomu wzajemnej akceptacji członków rodziny, poziomu ich spójności oraz rodzaju zasobów psychicznych jakie posiada rodzina. Zmiany powstałe po postawieniu diagnozy choroby u jednego z członków rodziny mogą przyjmować charakter

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

adaptacyjny, który sprzyja procesowi terapeutycznemu oraz zwiększa poziom integracji rodziny, ukazując jej nowe możliwości. Charakter dezadaptacyjny, może prowadzić do utrwalenia nieprawidłowych oraz patologicznych wzorców interakcji. Zmiany wywołane chorobą, mające wpływ na zaburzenia relacji w rodzinie, powodują również zmiany w jej otoczeniu społecznym, co prowadzi do zaburzeń jej funkcjonowania w szerszym makrosystemie [1,2,3].

Jednym z obowiązków lekarza onkologa jest konieczność przeprowadzania rozmów z pacjentami (i z ich rodzinami – za zgodą pacjenta) dotyczących diagnozy choroby nowotworowej, możliwych sposobów leczenia oraz rokowania. Odbywanie takich rozmów uznaje się za jeden z najtrudniejszych elementów tej dziedziny medycyny. W przypadku lekarzy wiąże się one często z dodatkowym stresem oraz negatywnymi emocjami. Oprócz emocji lekarza, proces przekazywania trudnych informacji wymaga, aby zmierzyć się z emocjami chorego, opanować jego stres oraz zwalczyć wszelkie obawy. Istnieje szereg dokumentów m.in. Karta Praw Pacjenta, Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz Kodeks Etyki Lekarskiej, które nakładają na lekarza obowiązek poinformowania pacjenta o jego stanie zdrowia (poza wyjątkowymi sytuacjami, kiedy to niepomyślnie informacje mogą mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia chorego). Obecne są w związku z tym regulacje dotyczące przekazywania informacji samemu pacjentowi, lecz nie znalazły się żadne paragrafy, które mówiłyby o tym kto ma przekazać informacje np. o diagnozie choroby nowotworowej rodzinie pacjenta. Do decyzji pacjenta należy, z jakiego źródła jego rodzina dowie się o jego chorobie [4].

Opieka nad pacjentem chorym onkologicznie w coraz większej liczbie przypadków jest sprawowana w środowisku domowym pacjenta, przez co to członkowie rodziny są najistotniejszymi opiekunami, pomagającymi choremu w codziennych czynnościach oraz zastępowaniu go w dotychczas wykonywanych obowiązkach. Jeśli sytuacja tego wymaga, członkowie rodziny sprawują nawet czynności medyczne nad pacjentem. Ferrario w swoim artykule „*A comparative assesment of psychological ad psychosocial characterisctic of cancer patients and their caregiver*” stwierdził, że opiekunami osoby chorej na nowotwór może być najbliższa rodzina t.j. małżonkowie, dzieci oraz dalsi krewni, bądź osoby spowinowacone [5].

Elisabeth Kübler – Ross [6] twierdziła, że „życie nie kończy się wraz z diagnozą jakiejś bardzo poważnej choroby, ale tak naprawdę się zaczyna. Zaczyna się właśnie w tym momencie, bo kiedy dociera do nas to, że możemy umrzeć, zaczynamy w pełni rozumieć, że

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

żyjemy”. Wiadomość o chorobie nowotworowej najczęściej jednak w pierwszej chwili jest traktowana jak wyrok śmierci, pomimo iż wczesne wykrycie raka często wiąże się z jego wyleczeniem. Rozwijają się silne reakcje emocjonalne („zalew uczuć”). Pojawiają się lęk, smutek, rozpacz, bezsilność, zagubienie, a często także poczucie niezrozumienia [6-10].

Badania przeprowadzone przez Kiszczewską-Grudny i wsp., na grupie 101 pacjentów kliniki Radioterapii hospitalizowanych w Szpitalu MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, wykazały, że 93% respondentów samodzielnie rozpoznało niepokojące objawy i w związku z tym zgłosił się do lekarza [11].

Nie można zapominać, że moment, w którym rodzina dowiaduje się o chorobie nowotworowej, jest dla niej bardzo stresujący. Musi z jednej strony zachować spokój, a z drugiej zmierzyć się z ogromnym lękiem o zdrowie/życie członka rodziny. Staje w obliczu nowej sytuacji, swoistego chaosu dotychczasowego życia oraz jego dezintegracji. Musi zmobilizować się do działania, rozplanować nowe obowiązki poszczególnym członkom rodziny, przeorganizować codzienność [4,12,13,14].

W momencie pojawienia się choroby w rodzinie, zdrowi członkowie rodziny zostają obciążeni nowymi zadaniami i często muszą nabyć nieznane im dotychczas umiejętności [4,12,13,14].

Niestety w zależności od stopnia zaawansowania choroby, zastosowanych metod terapii oraz kondycji chorego, objawy choroby mogą się stawać coraz bardziej widoczne, wygląd chorego się zmienia, pojawia się i narasta ból oraz zmęczenie. U członków rodziny opiekującej się chorym może rozwijać się frustracja i zaburzenia nastroju [4,12,13,14]. Na szczęście świadomość społeczna dotycząca istotności opieki psychoonkologicznej w ostatnich latach jest coraz większa. Łatwiejszy i krótszy jest również dostęp do takich form pomocy. Praktycznie każdy ośrodek oferujący leczenie onkologiczne zapewnia pomoc psychologiczną oraz psychoonkologiczną. Znaczenie wsparcia psychoonkologicznego ukierunkowanego na osoby bliskie pacjentów leczących się z powodu nowotworów złośliwych jest niezwykle istotne ze względu na potrzebę podniesienia efektywności pomocy, która jest przez nich udzielana, jak również obciążenia i emocje jakie odczuwają w trakcie całego procesu leczenia. Istnieją publikacje wskazujące na potrzebę takiej formy pomocy rodzinom pacjentów [15,16,17].

Piotrowska [18] badaniem objęła 10. głównych opiekunów chorych terminalnie i okazało się, że doświadczali oni problemów dotyczących zmian w funkcjonowaniu rodziny, reakcji emocjonalnych oraz dylematów moralnych. W rodzinie dezorganizacja życia polegała na zmianie ról jej członków z koniecznością uwzględnienia na pierwszym miejscu planów

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

chorego i opiekuna, przewartościowaniu problemów rodzinnych oraz ograniczeniu kontaktów społecznych [18].

Badania Ferrario i wsp. [19] wykazały, że 20% opiekunów chorych z nowotworami miało problemy z wypełnianiem dodatkowych obowiązków wynikających z opieki nad nim (np. z częstym dowozem pacjenta do szpitala na badania kontrolne), a 60% opiekunów musiało zrezygnować z dotychczasowych przyzwyczajzeń lub sposobów spędzania wolnego czasu (jak np. hobby, spotkania z przyjaciółmi).

Reakcje emocjonalne rodzin z badania Piotrowskiej [18] dotyczyły lęku przed śmiercią bliskiego oraz nasilenia tęsknoty i cierpienia wynikających ze świadomości zbliżającego się osamotnienia.

Trevino i wsp. [20] objęli badaniem 540. opiekunów pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową oraz 9282 osób z populacji ogólnej. Okazało się, że w grupie opiekunów chorych na raka, w porównaniu do populacji ogólnej, prawdopodobieństwo epizodu depresji było ponad siedem razy większe, ryzyko występowania zespołu lęku uogólnionego - trzy razy wyższe oraz 2,5 razy częściej współwystępowała u nich depresja i lęk uogólniony [20].

Hu i wsp. [21] przez siedem lat obserwował ponad 540. tysięcy małżonków/partnerów osób chorujących na nowotwór i blisko 3. miliony osób ze zdrowym współmałżonkiem/partnerem i stwierdził wyższe ryzyko wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń psychicznych, depresji, lęku, zaburzeń związanych ze stresem oraz nadużywania substancji wśród małżonków pacjentów z rakiem, w porównaniu z małżonkami osób, które takiej diagnozy nie otrzymały. Szczególnie wysoki wzrost ryzyka dotyczył pierwszego roku po rozpoznaniu raka i bardziej widoczny był wśród małżonków pacjentów ze zdiagnozowanym typem raka o złym rokowaniu, w zaawansowanym stadium choroby oraz gdy pacjent zmarł w okresie obserwacji [21].

Wiele badań, za Goren i wsp. [22] wskazuje, że 20%-30% małżonków przewidujących możliwą utratę życia partnera cierpiało z powodu zaburzeń psychicznych oraz zwiększonej zachorowalności. Szacuje się, za Park i wsp. [23] że około 40% opiekunów cierpi z powodu lęku, a ponad 80% doświadcza objawów depresji, jako konsekwencji opieki nad chorym z problemem nowotworowym.

Moghaddam i wsp. [24] przeprowadzili badanie w grupie 167 mężczyzn i 133 kobiet opiekujących się chorymi na nowotwór i 46,3% z nich wykazywało ciężką depresję, a 53% - stany lękowe [24].

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

Pan i Lin [25] przeanalizowali 85. badań opublikowanych w latach 2001–2021 (25 krajów) którymi objęto 6077 opiekunów pacjentów. Pozwoliło to im na stwierdzenie, że średnia częstość występowania depresji wśród opiekunów wyniosła 25,14%, jednak zależała od regionu geograficznego, stopnia zaawansowania nowotworu u pacjenta i stopnia depresji, a także stosowanych mierników oceny depresji. Generalnie częstość występowania malała wraz ze średnim wiekiem opiekunów i odsetkiem opiekunów będących małżonkami [25].

Bedaso i wsp. [26] dokonując metaanalizy 35. badań (11396 badanych) stwierdzili występowania depresji wśród 42,1% opiekunów pacjentów chorych na raka. Łączna częstość występowania depresji była większa w badaniach, w których wykorzystano dane przekrojowe (42%) niż dane podłużne (34%). Autorzy zaobserwowali także wyższy wskaźnik depresji wśród opiekunek w porównaniu z opiekunami [26].

W opinii Rospęka [16] wyzwaniem dla terapeutów jest wczesne ustalenie potrzeb rodziny, ponieważ ściśle ze sobą jest powiązane dobre samopoczucie pacjentów i ich (efekt synergiczny). Autor [16] podkreśla, że terapia rodzinna stwarza możliwość podejmowania przez poszczególnych członków rodziny świadomych decyzji, a to sprzyja zmniejszeniu ich lęku przed nieznaną sytuacją związaną z chorobą nowotworową w rodzinie. Terapia związana z rozwiązywaniem problemów i wykorzystywana w celu udzielenia silnego wsparcia psychologicznego rodzinie oraz zmniejszenia jej lęku, jest określana jako COPE:

- **Creativity** - Kreatywność - korzystanie z różnych perspektyw w celu zdiagnozowania problemu;
- **Optimis** - pozytywne, ale realistyczne podejście do procesu rozwiązywania problemów;
- **Planning** - wyznaczanie celów i określanie kroków zmierzających do ich osiągnięcia
- **Expert Information** - pomoc opiekunom chorego rozeznac, gdzie i kiedy mają szukać profesjonalnej pomocy [16].

Znalazło to potwierdzenie w badaniu Bernard i wsp. [27], w którym wzięło udział 121. pacjentów leczonych w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Okazało się w nim, że 94% badanych przyznała się do odczuwania lęku w trakcie diagnozowania i terapii. Ponad połowa respondentów uważała, że odczuwa wysokie natężenie lęku w trakcie pobytu w szpitalu onkologicznym. Jest to o tyle ważne, że wsparcie społeczne, informacyjne czy emocjonalne udzielane przez personel medyczny bardzo pomaga pacjentowi przezwyciężyć negatywne emocje związane z terapią oraz wspieranie emocjonalne wpływa na podwyższenie poziomu jakości życia w chorobie.

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

Bardzo istotnym aspektem wpływającym jakość życia chorych onkologicznych i na funkcjonowanie ich rodziny jest sytuacja materialna, która w przypadku choroby nowotworowej może ulec pogorszeniu.

Badania Wrażeń i wsp. [28] pozwoliły na stwierdzenie, że połowa ankietowanych przyjmująca terapię z powodu nowotworu gruczołu piersiowego odczuła pogorszenie sytuacji materialnej. Badania kobiet leczonych z powodu nowotworu szyjki macicy również wskazały na zmianę sytuacji materialnej w sposób negatywny [28]. Wyniki kolejnej badanej grupy pacjentów leczonych z powodu nowotworu płuc również wykazały pogorszenie sytuacji materialnej rodziny w trakcie choroby nowotworowej (85% badanych uznało swoją sytuację materialną za złą) [29]. Podobny wniosek uzyskano w trakcie badań dotyczących jakości życia pacjentów z nowotworem krtani, w którym określili, że w 52% sytuacja materialna uległa znacznemu pogorszeniu, w 26% nieznacznemu pogorszeniu, a w 16% sytuacja materialna chorych była określana jako bardzo zła [30].

Götze i wsp. [31] wykazali po terapii przeciwnowotworowej stwierdzono zaburzenia jakości życia pacjentów przede wszystkim w obszarze emocjonalnym i społecznym, a także w zakresie pełnienia ról. Stwierdzili największe nasilenie objawów zmęczenia, zaburzeń snu i trudności finansowych. Rodzina chorych miała niższą jakość życia w porównaniu z populacją ogólną w każdym punkcie oceny ($p < 0,05$) [31].

Szacuje się, że u opiekunów pacjentów z zaawansowanym nowotworem złośliwym zaburzenia snu o różnym nasileniu (od umiarkowanego do ciężkiego) dotyczyły 72% badanych, a u ok. 44% średni czas snu uległ ewidentnej redukcji [32]. Z lepszą jakością życia wiązały się wsparcie społeczne, zatrudnienie na pełen etat, stopień zaawansowania nowotworu 0-2, czas od rozpoznania < 1 rok oraz niższy poziom lęku i depresji. Z kolei na jakość życia rodziny zależała od zatrudnienia na pełen etat, wsparcia społecznego oraz niższego poziomu lęku i depresji [31]. Uważa się [31,33], że pacjenci przyjmujący terapię z powodu nowotworu złośliwego, odczuwają duże poczucie lęku i obawy o przyszłość swoją oraz rodziny.

Według badań połowa dzieci pacjentów chorych onkologicznie, z powodu choroby rodzica ma problemy emocjonalne [31,34]. Szczególnie ciężką i trudną dla nich sytuacją są zmiany dezadaptacyjne w funkcjonowaniu całej rodziny, a także zły stan psychiczny chorego rodzica, w szczególności depresja. Bardzo często dzieci pacjentów obawiały się o śmierć rodzica. Dzieci nie mając wiedzy oraz doświadczenia jak się powinny zachować, często działają intuicyjnie kierując się emocjami. Choroba rodzica często także powoduje

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

przyspieszanie procesu dojrzewania dziecka, zwiększa bowiem ilość obowiązków jakie muszą realizować, często muszą wspierać pozostałych członków rodziny i chorego rodzica [31,34]. W przypadku dzieci i nastolatków choroba nowotworowa któregoś z rodziców to konfrontacja z bardzo trudnymi emocjami. Często nie do końca rozumieją co się dzieje w ich rodzinie, wyczuwają jednak napięcie oraz niepokój rodziców. Widzą także zmiany w dotychczasowym podziale ról w rodzinie. Nie umykają im także zmiany w wyglądzie chorego rodzica [4, 12,13,14].

Dość często rodzice, którzy są zaangażowani w czynności związane z terapią/rehabilitacją, nie poświęcają dzieciom wystarczającej ilości czasu. Często zdarza się, że w obliczu trudności jakie mają w związku z chorobą w rodzinie, odsuwają problemy dziecka na drugi plan [4, 12,13,14].

Choroba nowotworowa rodzica wywala nie tylko liczne negatywne reakcje u dziecka, takie jak zmiany nastroju i samooceny, ale także może spowodować trudności szkolne, zaburzenia relacji społecznych i międzyosobowych oraz objawy somatyczne [35].

Osoby chore na nowotwór oraz ich rodziny, mają obecnie różnorodne możliwości korzystania ze źródeł umożliwiających im pozyskanie dodatkowych informacji na temat choroby, sposobów leczenia oraz dostępnych form wsparcia.

Kieszkowska-Grudny i wsp. [36] analizowali odpowiedzi 111 badanych chorych na nowotwory łagodne oraz 108 chorych na nowotwory hematologiczne i wskazali, że pacjenci w zdecydowanej większości byli zainteresowani otrzymaniem dodatkowych informacji o swoim stanie zdrowia. Osoby, które miałyby przekazywać informacje chorym to w większości przypadków lekarz (92%), pielęgniarka (76%) oraz członkowie rodziny (57%) i przyjaciele (33%) [36].

Badanie wykonane przez Bielasz i wsp. [37] związane z poszukiwaniem wiedzy na temat własnej choroby oraz stosowania alternatywnych metod terapii wśród pacjentów poddawanych radioterapii, także pozwoliły na stwierdzenie, że 83% przez nich badanych wykazywała chęć poszerzenia wiedzy dotyczącej własnej choroby, poza informacjami przekazanymi przez personel medyczny. Głównym źródłem dodatkowej wiedzy były gazety i czasopisma niemedyczne (25%), rozmowy z osobami z najbliższego otoczenia (22,9%), telewizja (20,8%) oraz Internet (14,6%) [37]. Potwierdziły to również badania przeprowadzone przez Życińską i wsp. [38] na grupie 411 respondentów. Zdecydowana większość badanych (79,5%) wykazywała bowiem chęć do poszerzenia swojej wiedzy na

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

temat własnej choroby. Najpopularniejszym źródłem uzyskanej wiedzy w analizowanej grupie był lekarz (38,9%), a następnie medyczne czasopisma popularnonaukowe (15,47%) oraz znajomi i przyjaciele (14,11%).

Niestety w dostępnej literaturze nie znaleziono opublikowanych badań opisujących chęci oraz formy zdobywania wiedzy przez najbliższą rodzinę pacjentów z chorobą nowotworową.

Jak już wcześniej wspomniano, że choroba nowotworowa to niepomyślna zmiana sytuacji życiowej człowieka. Już sama diagnoza jest sytuacją bardzo traumatyczną, wyzwalającą stres, a z drugiej strony, pojawiają się występują kryzysy w czasie trwania choroby, począwszy od procesu leczenia, poprzez zmiany przebiegu choroby (wznowy, progresję, przerzuty, inne problemy) i kryzys emocjonalny (problem w kontrolowaniu emocji, depresja, nerwica, myśli samobójcze) do kryzysu wsparcia społecznego (problemy w małżeństwie i/lub rodzinie, rozwody, brak empatii z otoczenia) [7-10].

Teoria Lazarusa i Folkmana [39] zakłada, że stres to "określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi". Autorzy [39] twierdzą, że „stres psychologiczny nie jest <umiejscowiony>, ani w samej sytuacji, ani w osobie, pomimo że jest uwarunkowany przez cechy środowiska i przez właściwości człowieka znajdujące się w określonej sytuacji”. W sytuacji stresu dochodzi do konfrontacji umiejętności, wartości i przekonań posiadanych przez człowieka z wnoszonymi przez daną sytuację wymaganiami, ograniczeniami i zasobami. Relację taką określają jest mianem transakcji, zakładając że nie tylko otoczenie wpływa na osobę, ale również dana osoba może wpływać na otoczenie [39].

Wyniki opublikowane w 2018 roku przez Drychniewicz i Rzepę [40] dotyczyły weryfikacji związku pomiędzy poziomem lęku, akceptacją choroby oraz radzeniem sobie ze stresem przez pacjentki nieonkologiczne i onkologiczne. Badanie zostało przeprowadzone na grupie 50. chorych onkologicznie i 50. chorych z brakiem diagnozy choroby nowotworowej. Respondenci (chorzy onkologicznie) uzyskali średnio 54,35 pkt. w formie radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu (zakres punktów wynosił od 16 – 80 pkt). Styl skoncentrowany na emocjach wskazał średni wynik ankietowanych na 49,6 pkt. Styl opisujący angażowanie się w czynności zastępcze w analizowanym badaniu opisywał średni wynik chorych onkologicznie kobiet na 22,64 pkt. W stylu walki ze stresem przez poszukiwanie kontaktów towarzyskich badani uzyskali 16,53 pkt. [40].

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

Jakość życia opisywana jest jako „obraz własnego położenia życiowego, dokonany przez człowieka w wybranym odcinku czasu” [41].

Ocena jakości życia u chorych z problemem nowotworowym stanowi istotny element opieki holistycznej. Z jednej strony umożliwia ocenę efektów leczenia nie ograniczając się wyłącznie do wskaźników biologicznych, obiektywnych, lecz uwzględnia także subiektywną opinię samego pacjenta [42]. Warto pamiętać, że pacjenci mogą w różny sposób reagować na diagnozę, stosowane leczenie, a ich jakość życia zależy od wielu czynników [42].

Badania przeprowadzono wśród 80. pacjentów z rozpoznaniem drobnokomórkowego raka płuca w trakcie leczenia chemioterapeutycznego (cykl I i IV). Stwierdzono, że niezależnie od cyklu chemioterapii, funkcjonowanie pacjentów było obniżone średnio o ok. 40–50% w zakresie fizycznym, emocjonalnym, poznawczym oraz w rolach społecznych i w pracy. Najwyższe wartości pacjenci uzyskali w zakresie zmęczenia, bezsenności oraz problemów finansowych. Stwierdzono ujemną korelację pomiędzy nasileniem występowania zmęczenia a jakością życia pacjentów [42].

Zielińska- Więczkowska i Betlakowski [44] u chorych, którzy rozpoczęli chemioterapię, stwierdzili niższe parametry jakości życia i stanu zdrowia oraz większe natężenie objawów chorobowych, zwłaszcza w zakresie występowania nudności.

Z kolei Leppert [45] wykazał u ponad połowy chorych trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Glińska i wsp. [46] badając satysfakcję z życia za pomocą skali SWLS u 50. osób z wyłonioną stomią stwierdziła bardzo niski poziom zadowolenia z życia, nieznacznie tylko wyższy u mężczyzn.

Odmienne wyniki uzyskali Zielińska-Więczkowska i Mirota [47] w grupie 90. pacjentów Klinicznego Oddziału Gastroenterologicznego i Poradni Chorób Jelit stwierdzając wyższy średni wynik punktowy na skali SWLS ($20,10 \pm 5,57$ pkt.).

Także Kapela i wsp. [48] w badaniu 92. pacjentów chorych na raka jelita grubego leczonych metodą chemioterapii w warunkach szpitalnych wykazali, że ich satysfakcja z życia osiągnęła wartości nieco większe (55,8%) od średnich.

W ujęciu biologicznym stres określa się jako reakcję na bodźce powodujące zaburzenia prawidłowej homeostazy organizmu, a choroba nowotworowa jest wyjątkowym rodzajem sytuacji stresowej działającej jako stresor biologiczny. Stres powiązany z nowotworem ma swoje źródło w objawach somatycznych, stanie zagrożenia życia, brak pewności rokowania oraz zmianie zarówno w sytuacji zawodowej jak i prywatnej.

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

W literaturze przedmiotu [49-54] wśród następstw stresu w przebiegu choroby wyróżnia się obniżenie nastroju oraz/lub nadmierne pobudzenie emocjonalne; zmiany somatyczne (np. podniesienie poziomu kortyzolu, podniesienie ciśnienia krwi) oraz zaburzenia procesów poznawczych (np. trudności z koncentracją, obsesyjne myśli wywołujące uczucie lęku, dezorganizacja myślenia).

Soria-Reyes i wsp. [55] badaniem objęli 215 hiszpańskich pacjentów z rakiem piersi, którzy wypełnili kwestionariusze PSS-10 i stwierdzili, że ankietowane pacjentki uzyskały średnio 21,58 pkt. w zakresie punktowym od 0 do 40 pkt..

Pilleron i wsp. [56] dokonali analizy 8720 pozycji literaturowych, w których uwzględniono 19 badań (11 ilościowych, 6 jakościowych, 2 metody mieszane), głównie ze Stanów Zjednoczonych, Holandii i/lub Belgii, a większość opublikowano od 2010 roku. W pracach oceniano samotność za pomocą Skali Samotności De Jong Gierveld oraz Skali Samotności UCLA i okazało się, że aż 50% osób czuło się samotnych, a często skorelowane z powyższym depresja i lęk. Autorzy [56] podkreślają, że samotność może nasilać się w ciągu pierwszych 6-12 miesięcy podczas leczenia. Żadne badania nie badały wpływu samotności na opiekę nad chorymi na raka i wyniki zdrowotne.

Rębiałkowska-Stankiewicz [57] podkreśla, że „samotność obok miłości, wolności, rozwoju można zaliczyć do fundamentalnych wartości opisujących charakter ludzkiego życia. Jest zjawiskiem powszechnym, uniwersalnym, ponadczasowym. Dotyka człowieka w każdej fazie jego rozwoju. Szczególnie trudna wydaje się być w przewlekłej chorobie”.

Hejwosz [58] z kolei zwraca uwagę, że w chorobie sprzyjają przekonaniu o samotności brak pełnej informacji o chorobie, pośpiech, paternalizm oraz brak wsparcia lub nieadekwatne wsparcie, a nie wyklucza tego posiadanie dużej rodziny.

W badaniu Kornaszewskiej-Polak [59] aż 53% pacjentów zgłaszało że osamotnienie było doświadczane w różnego typu relacjach interpersonalnych, jednakże najdotkliwiej w bliskich związkach (relacje romantyczno-seksualne).

Specyficzny dla chorób nowotworowych przebieg oraz inwazyjne metody terapii powodują, że nowotwór jest nowotwór jest ujmowany w kategoriach ciężkiej choroby przewlekłej. Chorobie takiej zawsze towarzyszy lęk, obawa przed bólem, zachwianie podstawowych wartości i celów życiowych. Lęk potęgują społeczne mity o raku, o cierpieniu oraz prawdopodobnej wizji śmierci. Nawarstwienie się tych wszystkich rzeczy może prowa-

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

dzić do błędnego postrzegania własnej sytuacji zdrowotnej i pojawienia się poczucia samotności w walce z nowotworem.

Kopczyńska-Tyszko [60] podkreśla, że samotność najczęściej doświadczana jest negatywnie (osamotnienie) i stanowi ograniczenie rozwoju jednostki, zaburzając jego normalne funkcjonowanie. Jej przeciwieństwem jest samotność przeżywana pozytywnie (dobra samotność), która może być postrzegana jako szansa rozwoju, motywująca chorego do poszukiwania poczucia sensu, „wpisywania choroby we własną biografię”. Niestety samotność negatywna w połączeniu z przeżywaniem przewlekłej i źle rokującej choroby, nie sprzyja zadaniowemu radzeniu sobie ze skutkami raka [60].

Kurowska i Jaworska [61] przebadaly 78. pacjentów będących w trakcie terapii onkologicznej w Centrum Onkologii w Bydgoszczy i na podstawie analizy stylów radzenia sobie ze stresem wykazały, że najczęściej stosowanym stylem przez badanych był styl zadaniowy (prawidłowa reakcja na stres). Jednocześnie wyższy był także poziom reakcji emocjonalnych niż unikowych [61].

Dryhinicz i Rzepa [40] badaniem objęły po 50 kobiet z chorobą onkologiczną i nieonkologiczną. Okazało się, że statystycznie istotne różnice wystąpiły wyłącznie w przypadku strategii skoncentrowanej na emocjach, na którą częściej wskazywały pacjentki onkologiczne niż nieonkologiczne [86].

Mazurkiewicz [62] analizowała style radzenia sobie w sytuacji stresowej w grupie 40. kobiet napromieniowanych z powodu nowotworu złośliwego w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. Autorka [62] stwierdziła istotną dodatnią korelację między potraumatycznym rozwojem a stylem skoncentrowanym na zadaniu i stylem skoncentrowanym na unikaniu. Kobiety z niskim poziomem potraumatycznego rozwoju cechował niski poziom stylu skoncentrowanego na zadaniu, przeciętny poziom stylu skoncentrowanego na emocjach, przeciętny poziom w stylu skoncentrowanym na unikaniu. Badane uzyskały przeciętny poziom angażowania się w czynności zastępcze i niski poziom poszukiwania kontaktów towarzyskich. Kobiety z przeciętnym poziomem potraumatycznego rozwoju charakteryzowały się przeciętnym poziomem w każdym ze stylów radzenia sobie w sytuacji stresowej oraz w obu formach radzenia sobie ze stresem zorientowanych na unikaniu. Kobiety z wysokim poziomem potraumatycznego rozwoju osiągnęły wynik przeciętny w stylu skoncentrowanym na zadaniu, niski poziom w stylu skoncentrowanym na emocjach i wysoki w stylu skoncentrowanym na unikaniu. W angażowaniu się w czynności zastępcze badane osiągnęły wysoki poziom,

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

a w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich poziom przeciętny [62].

Basińska [63] badając strategie stosowane przez kobiety chore na nowotwory narządów rodnych wykazała, że częściej stosowały one, w porównaniu z kobietami zdrowymi, strategie emocjonalne i unikowe, rzadziej zadaniowe.

Proces nowotworowy, jak już także wspomniano, powoduje szereg negatywnych skutków oraz zmian w wielu aspektach życia. Pacjenci są np. ewidentnie narażeni na uraz psychiczny związany z zastosowanym procesem leczenia, który często ma wpływ na zmianę w wyglądzie ciała pacjenta. Silne reakcje emocjonalne, jako odpowiedź na zagrożenie zdrowia i życia, są w chorobie nowotworowej naturalnym zjawiskiem. Silnie przeżywane emocje niepożądane, „trudne”, jak np. niepokój, strach, gniew, złość, żal, smutek, są źródłem dyskomfortu psychicznego i fizycznego. Każdy człowiek ma własny sposób radzenia sobie z trudnymi emocjami. Niektórzy potrzebują rozmów z bliskimi, inni wolą znaleźć sobie jakieś zajęcie aby odwrócić uwagę od tego, co jest dla nich przykre, a jeszcze inni płaczą.

Glińska i wsp. [64] przeprowadzili badania wśród 100. pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego. Większość badanych osób cechował dosyć wysoki ogólny wskaźnik kontroli emocji, który nasilał się z wiekiem. Autorzy [64] zaobserwowali nasilenie tłumienia emocji w skali gniewu w każdym okresie choroby.

Naturalnym i niemal bezwarunkowym odruchem każdego człowieka, który znalazł się w sytuacji zagrażającej jego życiu, mogącej wywołać kryzys życiowy jest odnalezienie wsparcia społecznego. Osoby chore na nowotwór potrzebują kontaktu z otoczeniem, poczucia świadomości, że są normalnymi ludźmi nawet w tak trudnej sytuacji jak choroba nowotworowa. Radzenie sobie przez chorego w sytuacji choroby, za Streulau [65] obejmuje wszystkie jego wysiłki, pozytywne/negatywne, konstruktywne/niekonstruktywne, w reakcji na stres. W procesie „samoradzenia”, za Sęk [66,67,68] bardzo istotnym zasobem jakim powinna dysponować osoba chora, jest wsparcie społeczne, polegające na zaspokajaniu potrzeb w sytuacjach trudnych, a udzielane/gwarantowane przez osoby znaczące i/lub grupy odniesienia. W przypadku osób leczonych onkologicznie ważnym źródłem wsparcia są członkowie rodziny, przyjaciele, grupy samopomocy oraz personel medyczny.

Badania Glińskiej i wsp. [64] wykazały, że największe wsparcie pacjentki z problemem nowotworowym otrzymały od lekarzy (27%) oraz rodziny (34%), a jedynie w 8% od grup wsparcia. Nie można jednak zapominać, że choroba nowotworowa pojawiająca się w rodzinie, dotyczy tylko chorego. Nigdy tak się nie dzieje. Także osobom z najbliższego

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

otoczenia chorych udzielają się silne emocje, obawy, zmartwienia. W psychologii członkowie rodziny nazywa się "pacjentami drugiego rzutu". Oni także, podobnie jak chory, potrzebują różnych form wsparcia, głównie emocjonalnego i informacyjnego. W dostępnej literaturze istnieje wiele publikacji związanych z poziomem wsparcia społecznego jakie otrzymują pacjenci, lecz niestety nie ma odniesień co do rodzajów i zakresu wsparcia społecznego jakie otrzymują rodziny chorych.

Wśród 79. pacjentów z chorobą nowotworową w starszym wieku objętych opieką stacjonarną i domową NZOZ „Dom Sue Ryder” w Bydgoszczy, z badania Zielińskiej-Więczkowskiej i wsp. [3] poziom globalnego wsparcia społecznego był wysoki (średnia 47,88 pkt.), na granicy przeciętnego. Najwyżej oceniono wsparcie emocjonalne (średnia 8,64 pkt.), następnie wsparcie informacyjne (11,56 pkt.), instrumentalne (12,94 pkt.) oraz wartościującego (14,74 pkt.) [3].

Współczesna psychoonkologia, za Kulpa i wsp. [69] chcąc znaleźć odpowiedź, jakie czynniki wspomagają proces leczenia, sprzyjają stworzeniu dobrej relacji terapeutycznej, spowalniają postęp choroby oraz ułatwiają proces adaptacji do trudnej sytuacji życiowej w związku z chorobą, ocenia wyznaczniki funkcjonowania osób chorych. Jednym z takich wyznaczników jest przekonanie o własnej skuteczności, czyli „osobiste sprawstwo” przekładające się na działanie, w tym modyfikację zachowań zdrowotnych. Przejawia się ono przekonaniem jednostki w kwestii posiadania potencjału do działania i realizacji obranego celu, bez względu na przeszkody i ograniczenia. Pozwala przewidzieć, jak sprawnie jednostka jest w stanie poradzić sobie z nieznanymi i wymagającymi sytuacjami. Autorzy [69] badaniami objęli 639. osób z chorobami nowotworowymi leczonych w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i uzyskali wynik wskazujący na dość silne ich przekonanie o własnej skuteczności. We wszystkich grupach przeważały wyniki średnie lub wysokie. Średni wynik w omawianym badaniu wyniósł 30,1 pkt. Nowotworem przy jakim chorzy odczuwali najniższy wynik poczucia własnej skuteczności był nowotwór gruczołu piersiowego (śr. 29,4 pkt.) oraz nowotwory narządu rodowego (29,5 pkt.). Pacjenci z nowotworem gruczołu moczowego (32,3 pkt.) oraz nowotworami układu pokarmowego (31,5 pkt.) uzyskali najwyższy wymiar poczucia własnej skuteczności [63].

Wyniki badań np. Hirai i wsp. [114] czy Börsbo i wsp. [70] prowadzone w grupie pacjentów z chorobą nowotworową wykazały, że ich przekonanie o własnej skuteczności plasowało się na co najmniej średnim poziomie.

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

Z kolei Schwarzer i wsp. [71] potwierdzili u pacjentów po operacji złośliwego guza, że poczucie własnej skuteczności jest ważnym zasobem chorego i wiąże się z lepszym jego przystosowaniem do choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Makiełko-Jarża G.: Rodzina w obliczu choroby-wybrane zagadnienia, Państwo i Społeczeństwo, 2007, 7(3), 23-27.
2. Osińska K.: Umiejętność chorowania, [w]: Refleksje nad etyką lekarską. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1992.
3. Gulla B.: System rodzinny w obliczu doświadczenia choroby somatycznej, [w:] Wymiary przestrzeni życiowej współczesnej rodziny, (red.) G.J. Makiełko. Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2008.
4. Zielazny P., Zarzeczna-Baran M., Wojtecka A.: System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, 19(4), 439–444.
5. S. R. Ferrario, A.M. Zotti, G. Massara (wsp.): A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers, Psychooncology, 2003, 12, 2.
6. Kübler– Ross E., Rozmowy o śmierci i umieraniu, Wyd. Media Rodzina, Warszawa, 1979.
7. Pietrzyk A.: Ta choroba w rodzinie. Psycholog o raku. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2006.
8. Dorfmueller M., Dietzfelbinger H. Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne, Wyd. medyczne Urban&Partner, Wrocław, 2009.
9. Mausch K., Ryś E.: Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie. Wybrane zagadnienia w kontekście psychoonkologii i logopedyki, Akademia im. Jakuba z Paradyża, Gorzów Wielkopolski, 2020.
10. de Walden – Gałuszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej, Wyd. PZWL, Warszawa, 2015.
11. Kieszowska-Grudny K., Zając K., Winiarska A. (wsp.): Pierwsze objawy chorób nowotworowych a zachowanie pacjentów. Jak długo pacjenci zwlekają z wizytą u lekarza i gdzie szukają informacji medycznej, Psychoonkologia, 2016, 20(3), 123-132.

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

12. Budziszewska B. K., Piusińska – Macoch R. i wsp. Psychologiczne problemy rodziny pacjentów z chorobami nowotworowymi krwi w koncepcji systemowej. *Acta Haematologica Polonica*, 2005, 36(3), 317-325.
13. Kowalczyk M.: Miłość i gniew. Koszty emocjonalne rodzin w kontekście opieki nad bliskim chorym. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2012, 6(1), 23-27.
14. Winch B.: Komunikacja z rodziną pacjenta chorego onkologicznie. *Current Gynecologic Oncology*, 2014, 12(2), 155-171.
15. Glombik K.: Istota odpowiedzialności rodziny za osobę chorą, *Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego*, 2020, 40(2), 53-67.
16. Rospęk P.: Konsekwencje choroby nowotworowej w rodzinie, *Studia Pastoralne* 2020, 16, 126-141.
17. Zimmermann A: Krankheitsverarbeitung und psychosoziales Umfeld. *Manual Psychoonkologie*. Tumorzentrum und W. Zuckschwerdt Verlag, München 2005, 11-13.
18. Piortrowska E.Z.: Problemy społeczne rodzin opiekujących się swoimi bliskimi w terminalnym okresie choroby nowotworowej, *Medycyna Paliatywna*, 2015, 7(1), 45-57.
19. Trevino K.M., Prigerson H.G., Shen M.J., et al.: Association between advanced cancer patient-caregiver agreement regarding prognosis and hospice enrollment, *Cancer*, 2019, 15, 125(18), 3259-3265.
20. Hu K., Liu Q., László K.D.: Risk of Psychiatric Disorders Among Spouses of Patients With Cancer in Denmark and Sweden, *JAMA Netw Open*. 2023, 6(1), e2249560.
21. Goren A., Gilloteau I., Lees M. et al.: Quantifying the burden of informal caregiving for patients with cancer in Europe. *Support Care Cancer*, 2014, 22(6), 1637-1646.
22. Park B., Kim S.Y., Shin J. et al.: Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient – family caregiver dyads in Korea, *Support Care Cancer*, 2013, 21(10), 2799-2807.
23. Moghaddam Z.K., Rostami M., Zeraatchi A. et al. Caregiving burden, depression, and anxiety among family caregivers of patients with cancer: An investigation of patient and caregiver factors, *Frontiers in Psychiatry*, 2023, 28, 14, 1059605.
24. Pan Y-Ch., Lin Y-S.: Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence of Depression Among Caregivers of Cancer Patients, *Frontiers in Psychiatry*, 2022, 13, 817936.

**Rola rodziny w opiece
nad osobą z problemem nowotworowym**

25. Bedaso A., Deneju G., Duko B.: Depression among caregivers of cancer patients: Updated systematic review and meta-analysis, *Psychooncology*, 2022, 31(11), 1809-1820.
26. Bernad D., Zysnarska M., Pyszczorska M., Bączyk G., Jędrasiak L. Wsparcie społeczne udzielane przez personel medyczny jako czynnik obniżający lęk u pacjentów leczonych na oddziałach onkologicznych, *Nowiny Lekarskie*, 2008, 77(6), 421–425.
27. Wrażeń M., Wasilewski T.P., Michalik J. i wsp. Quality of life after surgical treatment of breast cancer, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(6), 671-684.
28. Lachowicz M., Raszeja S.: Jakość życia pacjentów z rakiem płuc objętych opieką paliatywną. [w:] *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, (red.) Podgórska M. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk, 2017.
29. Osowiecka K., Rucińska M., Nawrocki S.: Przeżycia chorych na raka krtani leczonych napromienianiem w latach 2003-2006 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mzaurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, *Nowotwory Journal of Oncology*, 2014, 64(3), 237-246.
30. Götze H., Ernest J., Brägler E., (wsp.): Predictors of quality of life of cancer patients, their children, and partners, *Psychooncology*, 2015, 24(7), 787-795.
31. Maltby K.F., Sanderson Ch.R., Lobb E.A., Phillips J.L.: Sleep disturbances in caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review, *Palliative & supportive care*, 2017, 15(1), 125-140.
32. Orford J.: *Community Psychology: Challenges, Controversies and Emerging Consensus*. Wydawnictwo John Wiley & Sons, Chichester, 2008.
33. Ulaniecka N.: *Doświadczenie choroby nowotworowej*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 2021.
34. Su Y, Ryan-Wenger NA. Children’s adjustment to parental cancer: a theoretical model development. *Cancer Nursing*, 2007, 30(5), 362-381.
35. Kieszowska-Grudny A., Rucińska M., Sopol A., (wsp.): Poszukiwanie informacji na temat choroby oraz satysfakcja z informacji otrzymanej w grupie chorych na nowotwory hematologiczne i nowotwory lite, *Nowotwory Journal of Oncology* 2015, 65(4), 281-291.
36. Bielasz K., Plutowski D., Sokołowski F., (wsp.): Poszukiwanie wiedzy na temat własnej choroby oraz stosowanie alternatywnych metod terapii wśród pacjentów poddawanych

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

- radioterapii, *Psychoonkologia*, 2015, 2, 43-48.
37. Życińska K., Krupa R., Osmólska-Dąbrowska J., (wsp.): Źródła wiedzy pacjenta na temat swojej choroby, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2006, 8 (3), 816-821.
38. Lazarus R.S.: Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 1986, 3-4, 40-41.
39. Dryhniewicz M., Rzepa T.: Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne, *Annales*, 2018, 31(1), 7-21.
40. Schipper H., Clinch J., Powell V., Definitions and conceptual issues. [W:] Spilker B. (red), *Quality of life assesment in clinical trials*. Raven Press, New York 1990: 11–25.
41. Dębska G., Milaniak I., Moskal J. Wpływ zmęczenia na jakość życia pacjentów z drobnokomórkowym nowotworem płuc w zależności od cyklu chemioterapii. *Psychoonkologia*, 2015; 19: 49–55.
42. Kowalik S.: Jakość życia pacjentów w procesie leczenia. [W:] *Elementy psychologii klinicznej*. Tom IV. Waligóra B (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1995: 27-47.
43. Zielińska-Więczkowska H, Betlakowski J. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współczesna Onkologia*, 2010, 14(3), 276-280.
44. Leppert W. Ocena objawów u chorych na zaawansowanego raka płuca w opiece paliatywnej stacjonarnej i domowej. *Medycyna Paliatywna*, 2010, 2(2), 92-99.
45. Glińska J., Jaros A., Lewandowska M. i wsp: Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2014, 3(8), 128–132.
46. Zielińska-Więczkowska H., Mirotta P. Ocena akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i klinicznych *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2021, 27(3), 306–311.
47. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S.A., Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 26(1), 53–61.
48. Baker SR. Dispositional optimism and health status, symptoms and behaviours: Assessing idiopathic relationships using a prospective daily diary approach. *Psychology & Health*, 2007, 22(4), 431–455.

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

49. Heszen-Niejodek I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wyd. Naukowe PWN, Poznań, 2007.
50. Surman M., Janik M.E.: Stres i jego molekularne konsekwencje w rozwoju choroby nowotworowej. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2017, 71, 485-499.
51. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Osobowość, stres a zdrowie. Wyd. Difin, Warszawa, 2010.
52. Scheier M.F., Carver C.S.: On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 1993, 2(1), 26–30.
53. Seligman M.E.P.: Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie. Wyd. Media Rodzina, Poznań, 1993.
54. Stokłosa T.: Psychoneuroimmunologia [W:] *Immunologia*. Jakóbisiak M (red.). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2002, 326-336.
55. Soria-Reyes L.M., Cerezo M.V., Alcaron R. et al. Psychometric properties of the perceived stress scale (pss-10) with breast cancer patients, *Stress & Health*, 2022, 39, 115-124.
56. Pilleron S., Sun V., Ayala A.P., et al. Loneliness in older adults living with cancer: A scoping review of the quantitative and qualitative evidence on behalf of the International Society of Geriatric Oncology Nursing and Allied Health Interest Group, *Journal of Geriatric Oncology* 2023, 14(5), 101519.
57. Rębiałkowska-Stankiewicz M.: Samotność w chorobie nowotworowej-z praktyki działalności Akademii Walki z Rakiem w Toruniu, *Forum Oświatowe*, 2014, 1(51), 159-166.
58. Hejwosz D. A. (2008). Paternalizm medyczny a proces edukacji pacjentów: wybrane aspekty [W:] *Edukacja zdrowotna: możliwości, problemy, ograniczenia*, Cyłkowska-Nowak M. (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 2008: 228–237.
59. Kornaszewska-Polak M., Marcinkowska U., Skrzyńska-Rafałowska A., Rogoziński P. Poczucie osamotnienia wśród pacjentów z przewlekłymi schorzeniami płuc. Część 1. Poczucie osamotnienia w bliskich związkach, *Hygeia Public Health*, 2016, 51(2), 215-220
60. Kopczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór [W:] *Zmagając się z chorobą nowotworową: psychologia współczesna wobec pacjentów*

Rola rodziny w opiece nad osobą z problemem nowotworowym

- onkologicznych, Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 1999:125-142.
61. Kurowska K., Jaworska M.: Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18(4), 429–434.
 62. Mazurkiewicz A.: Style radzenia sobie ze stresem u pacjentek doświadczających potraumatycznego rozwoju leczonych onkologicznie, *Oncology and Radiotherapy*. 2017, 4(42), 039-044.
 63. Basińska B.: Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia. *Przegląd Psychologiczny*, 2004, 47, 109-119.
 64. Glińska J., Krzemińska B., Lewandowska M., (wsp.): Kontrola emocji w pacjentów z nowotworem gruczołu piersiowego. Rola wsparcia społecznego, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2014, 1, 41-47.
 65. Strelau J.: *Psychologia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2000.
 66. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia społecznego, wybrane koncepcje teoretyczne [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* Sęk H., Cieślak R. red., Wyd. PWN, Warszawa, 2004: 11-28.
 67. Sęk H., Cieślak R.: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wyd. PWN, Warszawa, 2004.
 68. Sęk H.: Wsparcie społeczne — co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym? *Przegląd Psychologiczny*, 1986, 29, 791–800.
 69. Kulpa M., Kosowicz M., Ziętalewicz U.: Poczucie własnej skuteczności u pacjentów z chorobami onkologicznymi. Porównanie danych z populacyjnymi, *Medycyna Paliatywna* 2016, 8(2), 75-79.
 70. Hirai K., Suzuki Y., Tsuneto S. et al. A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psychooncology*, 2002, 11, 221-229.
 71. Børsbo B., Gerdle B., Peolsson M. Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophizing on disability, quality of life and health in chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 2010, 17, 1387-1396.

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM U KRESU ŻYCIA

Agnieszka Raniszewska-Wyrwa

Katedra Ekonomii i Marketingu, Wydział Zarządzania, Politechnika Bydgoska im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich, Bydgoszcz

*Lekarz, dobry lekarz-humanista,
musi umieć również towarzyszyć choremu w godzinie śmierci*

Julian Aleksandrowicz

WSTĘP

Człowiek, który z powodu zaawansowanego wieku lub choroby terminalnej doświadcza cierpień fizycznych i psychicznych oraz lęku przed śmiercią, zazwyczaj odczuwa potrzebę wsparcia; może ono pomóc złagodzić trudne doznania, wzmocnić nadzieję, zmotywować do mierzenia się z kryzysową sytuacją, ale także, gdy nadejdzie czas, przygotować do odejścia.

Współcześnie umieranie i śmierć przeniesione zostały z domu do szpitala i innych placówek medycznych, stąd też osobami, które najczęściej przebywają w otoczeniu umierającego są przedstawiciele opieki zdrowia, dlatego to od nich, poza bliskimi, będzie on wyglądał zrozumienia i pociechy. Aby personel medyczny z wyczuciem reagował na potrzeby pacjenta, również emocjonalne, niezbędne jest nawiązanie z nim partnerskiej relacji, co w dużym stopniu możliwe jest dzięki empatii oraz dobremu opanowaniu umiejętności komunikacyjnych. Umiejętności te można doskonalić, a dzięki temu zyskać większą świadomość ich znaczenia i wpływu na kontakty z pacjentem, dogłębniej zrozumieć rolę komunikatów werbalnych i niewerbalnych oraz rozpoznawać możliwe błędy, a poprzez to łatwiej unikać ich popełniania i w konsekwencji budować właściwą relację z pacjentem, zdobywać jego zaufanie i wspierać w szczególnie trudnym dla niego okresie.

POTRZEBA I UMIEJĘTNOŚĆ KOMUNIKACJI

Osoba w wieku starczym lub terminalnie chora przebywając w placówce medycznej zazwyczaj przeżywa duże napięcie, odczuwa przygnębienie i lęk. Nie jest pewna, co przyniesie los, czy jej nadzieje na poprawę i powrót do domu są realistyczne, czy jednak się nie ziszczą i nigdy do domu nie powróci. Może doświadczać sprzecznych emocji, zmian nastrojów, raz

w przyływie nadziei będzie snuła choćby krótkoterminowe plany, by za chwilę przestać dostrzegać sens kontynuowania jakiejkolwiek terapii, skoro i tak wiadomo, że nic nie może zmienić tego, co nieuniknione. Ciężko chory i umierający zazwyczaj postrzega swoją sytuację, jako coś nie do zniesienia, stąd też zazwyczaj pragnie „partnera, rozumiejącego przewodnika (...) odczuwa potrzebę wypowiedzenia się” [1], jednak w wahaniach między nadzieją a zwątpieniem, może zarówno odrzucać kontakt z personelem medycznym, jakiegokolwiek próby wsparcia psychicznego, jak i, w innym momencie, do niego dążyć oraz oczekiwać poświęcenia większej uwagi.

Współpraca z pacjentem znajdującym w sytuacji granicznej może nie być łatwa i wymaga umiejętności zrozumienia jego uczuć, rozpoznania potrzeb oraz empatycznego reagowania, by pomóc mu lepiej radzić sobie z trudnymi emocjami oraz wzmocnić poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości [2]. Pomimo, że opieka nad takimi pacjentami stanowi integralny aspekt pracy w wielu różnych placówkach opieki zdrowotnej chory taki nie zawsze jednak może na wsparcie liczyć, gdyż nie wszyscy lekarze i pielęgniarki posiadają odpowiednie umiejętności komunikacyjne, w związku z czym czują się niekomfortowo mając zainicjować rozmowę; ponadto obawiając się osłabienia nadziei i zwiększenia niepokoju pacjentów wahają się przed rozpoczęciem otwartych, bezpośrednich i szczerych rozmów, których potrzebę odczuwa większość chorych [3]. Bywa też tak, że przeszkodę w nawiązaniu z personelem kontaktu, pozwalającego pacjentom uwierzyć, że są „otoczeni uwagą także jako ludzie” [1], a nie tylko niesprawne biologiczne mechanizmy, stanowi organizacja pracy w placówce, która skutkuje brakiem czasu i stałym pośpiechem. Wpływ na wzajemne relacje może mieć również występujące niekiedy zjawisko etykietowania pacjenta jako „trudnego” [4], co w powszechnym odbiorze jest synonimem uciążliwego, uprzykrzającego się, wiecznie niezadowolonego, a zatem wywołuje konotacje pejoratywne; jego zaistnieniu sprzyja pochopne wydawanie i powielanie opinii na temat chorego. Może to ujemnie odzwierciedlać się w nastawieniu do pacjenta, który będąc postrzeganym jako konfliktowy czy roszczeniowy, spotka się nie z przejawami zrozumienia dla jego potrzeb, lecz mniejszą przystępnością, szorstkością i chłodem, których przyczyną jest w istocie brak dojrzałości „do spotkania z cierpiącym człowiekiem. (...Trzeba pamiętać, że równie ważne jak) umiejętność wykonywania zabiegów i korzystania z przyrządów (...) jest wyrabianie właściwego podejścia do człowieka, wczuwanie się w jego sytuację” [1], empatia pozwalająca na jego zrozumienie, bez piętnowania czy wydawania nieprzemyślanych osądów. Budując opinię na temat pacjenta personel powinien mieć świadomość, jak duże obciążenie psychiczne stanowi dla niego szpitalny tryb funkcjonowania, często całkowita zależność od innych, obawa o jutro oraz tego, że doświadczając strachu i cierpienia pacjent

może nie potrafić w danej chwili wyrażać swoich obaw, emocji czy potrzeb w inny sposób - ta świadomość pozwala osobom w otoczeniu chorego na lepsze jego zrozumienie oraz transformację swoich reakcji.

Duże znaczenie, z perspektywy komunikacyjnej, ma też fakt, iż lekarzom zdarza się unikać „spotkania z człowiekiem, któremu w swoim przekonaniu (...) już pomóc nie mogą” [5], co jest tożsame z zaistnieniem deficytu komunikacyjnego. Takie postępowanie może wiązać się z (niekiedy nie do końca nawet uświadomionym) uznawaniem paradygmatu redukcjonistycznego, w zgodzie z którym człowiek jest biologicznym mechanizmem, stąd też postępowania medyków niejednokrotnie zorientowane są na „naprawę” jego części, a gdy ta staje się niemożliwa, postrzegają to jako skutek swojej, i medycyny, bezsilności, więc „odwracają się od umierającego i zostawiają go sam na sam ze śmiercią” [6]. Niektórzy pracownicy medyczni, zwłaszcza lekarze, nawet pomimo dostrzegania potrzeby wspierania osoby u kresu życia, kwestionują swoją rolę w tym zakresie, jako swą główną kompetencję zawodową wskazując diagnozowanie i leczenie dolegliwości, a nie towarzyszenie komuś, komu pomóc już nie mogą [3], zaś zadanie udzielania wsparcia choremu cedują zazwyczaj na bliskich, jeżeli tacy są, lub na psychologów. A przecież to właśnie człowiek, którego życie dobiega kresu, często przebywający samotnie w murach placówki medycznej, przykuty do łóżka, niesamodzielny, najbardziej potrzebuje holistycznej opieki, otuchy, wysłuchania i rzeczywistej uwagi; szczególnie zaś oczekuje tego od osób, które zdążył już poznać i z którymi nawiązał relację charakteryzującą się pewnym poziomem zaufania. Pragnie, by lekarze i pielęgniarki spróbowali prawdziwie wczuć się w jego sytuację, gdyż „nie trzeba mu słów fałszywego współczucia, tylko więcej zrozumienia, poważnego podejścia do (...jego) trosk i niepokojów” [1]. Bardzo ważnym czynnikiem wspierającym zaspokajanie tych potrzeb pacjenta, które dotyczą społeczno-emocjonalnych aspektów opieki i terapii jest posiadanie przez personel medyczny umiejętności przekazywania i odczytywania emocji wyrażanych bez użycia słów, czyli pozawerbalnie [7]. Zdolność ta jest nieoceniona szczególnie wówczas, gdy różne ograniczenia - osłabienie, spowolnienie, zmęczenie występujące z szczególną intensywnością w przypadku osób w zaawansowanym wieku lub ciężko chorych - utrudniają lub nawet uniemożliwiają komunikację werbalną. Okazane zainteresowanie oraz wsparcie, jakiego udzieli personel „w zrozumieniu spraw, z którymi chory nie może sobie sam poradzić, niosą prawdziwą pociechę” [8] i mogą być nieocenione przy redukowaniu doświadczanych przez niego negatywnych emocji, pomóc odzyskać lub odnaleźć wewnętrzną równowagę oraz wzmocnić poczucie bezpieczeństwa.

Należałoby zatem zachęcać pracowników medycznych, szczególnie lekarzy, aby uznali swoją rolę w towarzyszeniu tym osobom, których wyleczyć nie mogą, tym bardziej, że „wyobraźnia i wczuwanie się to najlepszy fundament dla mostu pomiędzy człowiekiem a człowiekiem” [1], dzięki któremu dojść można do pogłębieniu zaufania, podtrzymania nadziei, co wpływa na bardziej pozytywny stosunek chorego do własnej sytuacji. Ponadto właściwa komunikacja i partnerskie relacje ułatwiają pacjentowi „zajęcie bardziej aktywnej postawy i zarazem przyjęcie pomocy” [1] oraz zwiększają szanse na przestrzeganie przez niego zaleceń [9].

Umiejętność komunikacji powinna być rezultatem „zarówno wiedzy nabytej w procesie nauki (na studiach, ale również i podczas specjalistycznych szkoleń), jak i posiadanej empatii, będącej nieodzowną częścią powołania do zawodu lekarza” [10]. Niestety stopień obecności problematyki komunikowania o umieraniu i śmierci w programach nauczania medycyny i pielęgniarstwa niejednokrotnie okazuje się być niewystarczający, w następstwie czego wielu pracowników medycznych nie dysponuje wiedzą niezbędną do właściwego prowadzenia rozmów z osobami u schyłku życia. Z tego powodu szczególnie istotne jest wzmocnienie świadomości lekarzy i pielęgniarek na temat potrzeby i znaczenia właściwej komunikacji oraz zintensyfikowanie troski o doskonalenie umiejętności z jej zakresu, np. dzięki zwiększeniu w procesie kształcenia na kierunkach medycznych roli przedmiotów obejmujących te zagadnienia, by ich absolwenci nie zapominali, że „nie tylko lekarstwa pomagają, czasem dobre słowo, szczerza rozmowa znaczy więcej” [1].

BARIERY W KOMUNIKACJI WERBALNEJ

Jedną z najbardziej istotnych barier w komunikacji może być *asymetria w relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem*. Lekarze zazwyczaj są postrzegani jako strona posiadająca władzę, nie zawsze też traktują pacjentów jak równych sobie, zdarza się, że zwracają się do nich protekcjonalnie, zamiast wchodzić z nimi w interakcję i uwzględniać fakt, iż komunikacja powinna być skoncentrowana na pacjencie [7].

Zdaniem Stewarta i Roter *stopień kontroli* posiadanej przez uczestników relacji lekarz-pacjent jest istotnym elementem określającym jej charakter; w związku z tym można wyróżnić kilka rodzajów relacji uzależnionych od tego czynnika, jak choćby „*paternalizm* (duża kontrola lekarza i niewielka kontrola pacjenta), *konsumeryzm* (niewielka kontrola lekarza i duża kontrola pacjenta), *wzajemność* (znacznym stopień kontroli zarówno pacjenta, jak i lekarza) oraz *nieobecność* (zarówno pacjent, jak i lekarz mają niewielką kontrolę)” [7].

W przypadku, kiedy kontrola lekarza jest przeważająca, to on będzie decydował, co - jego zdaniem - jest najlepszym rozwiązaniem dla pacjenta, którego rola sprowadzi się do zgadzania się z lekarzem; będzie to zatem taki rodzaj interakcji, który nie będzie kładł prawie w ogóle nacisku na wzajemną, zrównoważoną komunikację [7], a tym samym ograniczy lub nawet wykluczy możliwość budowania zaufania. Niekiedy zdarza się, że w stosunku do pacjentów w starszym wieku personel stosuje zwroty typu „babciu”, „dziadku” lub zdrobnienia imion nie okazując faktycznej uwagi i szacunku, a „poklepywanie i nieproszona poufałość wcale im nie pomaga” [1], może zaś naruszać potrzebę godności i wzbudzić poczucie podległości, co nie sprzyja kształtowaniu stosunków partnerskich, podobnie jak przeświadczenie o byciu ignorowanym, które może się pojawić, gdy „podczas wykonywania zabiegów pielęgniarki rozmawiają między sobą o własnych sprawach czy wręcz o programie telewizyjnym - tak jakby chory (...) był „powietrzem”, „nikim”” [1].

Najwłaściwszą, z perspektywy komunikacyjnej, relacją jest wzajemność, jako że opiera się na postrzeganiu siebie jako równoprawnych podmiotów, co jest szczególnie istotne, gdy rozmówcą pracownika medycznego jest człowiek u kresu życia, a zatem często zagubiony, bezradny, pełen obaw, który odczuwa nie potrzebę poddania się narzuconym bezdyskusyjnie wytycznym, lecz zrozumienia i uszanowania jego uczuć, okazania troski i dodania otuchy.

Przeszkodą w interakcji komunikacyjnej mogą być również same podejmowane *tematy, rozmowa o których zarówno dla lekarza, jak i chorego jest trudna*. W przypadku części pacjentów niełatwo może być mówić nawet o własnych dolegliwościach, gdyż z jednej strony mogą obawiać się uzyskania informacji ostatecznie odbierających nadzieję, a z drugiej doświadczać dyskomfortu opowiadając o postrzeganych jako wstydlive szczegółach funkcjonowania swojego organizmu. Dla personelu medycznego trudne mogą być pytania wypływające z lęku przed długotrwałym umieraniem i śmiercią, stąd też kiedy chory zaczyna je stawiać, część z nich „wykonuje unik, rzuca komunały; „jakoś to będzie”, „nie trzeba się tak przejmować”” [1], jednakże pytań takich nie powinno się zbywać czy bagatelizować. Niewłaściwe jest również zdawkowe uspokajanie, udzielanie nieprzemyślanych odpowiedzi, nierozważnych porad czy umniejszanie obaw chorego [10], gdyż powoduje to, że pogrąża się on w poczuciu niezrozumienia i osamotnienia.

Lekarz powinien także pamiętać, że bardzo istotne jest *dostosowanie używanego języka do konkretnego pacjenta*, gdyż efektywne przekazywanie informacji możliwe jest tylko wtedy, gdy wykorzystywane „dźwięki i symbole są rozumiane przez wszystkich uczestników procesu komunikowania, tzn. (pod warunkiem), że ma miejsce wspólnota semiotyczna” [11]. Jeżeli

pacjent nie rozumie informacji, może to potęgować jego niepokój i lęk, jednakże lekarze często nie zauważają, że pacjenci nie zrozumieli przekazu i „nie zadają pytań, ponieważ nie wiedzą, o co pytać. Poza tym wstydzą się ujawnienia przed lekarzem swojej niewiedzy” [12]. Lekarz nie powinien zatem interpretować milczenia pacjenta jako przejawu braku zainteresowania, lecz spróbować odczytać jego emocje i sprawdzić, w jakim stopniu został przez niego rozumiany, aby wyeliminować ewentualne wątpliwości chorego.

W procesie komunikacji *ważne jest także to, by lekarz właściwie zrozumiał pacjenta*, w czym przeszkodzić może brak precyzji jego wypowiedzi oraz umiejętności wyjaśniania. Celem uniknięcia nieporozumień i uzyskania pewności, iż komunikat został właściwie przez lekarza odczytany, pomocne może być sprawne wykorzystanie kilku technik. Technika *parafrazy* polega na powtórzeniu własnymi słowami pozyskanych od pacjenta informacji, technika *klaryfikacji* na uszczegółowieniu przekazu za pomocą dodatkowych pytań, zaś technika *konfrontacji* na zweryfikowaniu wypowiedzi dzięki krótkim komentarzom np. w sytuacji dostrzeżenia niespójności pomiędzy komunikatem werbalnym, a niewerbalnym [13].

Samo posługiwanie się wspólnym, obustronnie zrozumiałym językiem może jednak nie wystarczyć do tego, by kontakt z lekarzem był dla pacjenta zadowalający. Niezbędne jest także dostrzeganie jego doświadczeń i emocji, stąd też istotną kwestią jest nabycie zdolności identyfikowania potrzeb komunikacyjnych chorych; część z nich będzie oczekiwała ograniczenia rozmowy wyłącznie do przekazu informacji o charakterze medycznym, dotyczących ich stanu, gdyż wkraczanie na płaszczyznę emocjonalną będzie dla nich zbyt trudne lub nie będą na to jeszcze gotowi, inni zaś wręcz przeciwnie - mogą oczekiwać poszerzenia komunikatu o rozmowy odnoszące się do doznawanych przez siebie uczuć lub nawet będą to dla nich kwestie najbardziej znaczące, gdyż odczuwają chęć podzielenia się swoimi obawami i wątpliwościami, a także potrzebę zrozumienia i wsparcia psychicznego.

Istotnym dla pacjentów aspektem komunikowania werbalnego jest *rodzaj pytań zadawanych przez lekarza*. Nie jest wskazane kierowanie do chorych pytań sugerujących odpowiedzi, jak również zaczynających się od „dlaczego?”, ponieważ mogą wzbudzać poczucie zagrożenia oraz bycia przymuszonym do udzielenia odpowiedzi [14].

Formułowanie pytań zamkniętych, czyli takich, które zazwyczaj rozpoczynają się od słowa „czy” i na które można odpowiedzieć tylko „tak” lub „nie” także może stanowić poważną barierę w rozmowie. Zadawanie takich pytań często jest niezbędne, aby uzyskać jednoznaczne odpowiedzi czy doprecyzować, co pacjent ma na myśli, jednakże należy starać się korzystać z nich z umiarem, gdyż w przeciwnym wypadku można stworzyć atmosferę przesłuchania.

Dodatkowo trzeba pamiętać, iż szczególnie dla osoby u kresu życia bardzo znacząca może być potrzeba swobodnego wypowiedzenia się na temat doświadczanych dolegliwości, ale też wątpliwości i niepokojów, stąd też trzeba zmierzać w stronę komunikacji otwartej. W jej przypadku sposób sformułowania pytań daje pacjentowi możliwość do powiedzenia o swoich odczuciach oraz „poczucie wpływu na przebieg rozmowy. Wzrasta też poczucie zrozumienia, ponieważ chory może wypowiadać się, używając potocznych sformułowań, nie musi dopasowywać się do języka używanego przez lekarza. Zadawanie otwartych pytań pozwala pacjentowi czuć się mniej przedmiotowo, stwarza wrażenie, że jest on najważniejszą osobą w tej relacji. Poza tym, gdy pacjent ma możliwość swobodnej wypowiedzi, to wzrasta jego zaangażowanie” [15].

KOMUNIKACJA NIEWERBALNA

W relacjach międzyludzkich informacje przekazywane są werbalnie, za pomocą słów, oraz niewerbalnie (pozasłownie), czyli poprzez m.in. gesty, mimikę, spojrzenie, postawę ciała, ton głosu, wygląd czy dotyk. Zakres informacji, które można przekazać słownie jest większy, niż w przypadku tych, które przekazywane są niewerbalnie, ponadto są one bardziej zróżnicowane i mogą dotyczyć tego, co obecne, przeszłe i przyszłe, jak również odczuć, poglądów i myśli [16]. Informacje sygnalizowane pozawerbalnie są prostsze i sprowadzają się głównie do okazywania odczuwanych aktualnie emocji. Komunikacja niewerbalna stanowi uzupełnienie, wzmocnienie lub zaprzeczenie ustnych i przekazanych bezpośrednio treści.

Często, choć nie zawsze, sygnał pozawerbalny jest zachowaniem nieświadomym, niezamierzonym, spontanicznym, dlatego informacje przekazywane w taki sposób są trudniejsze do zafałszowania i oddziałują na rozmówców w większym stopniu niż słowa; zazwyczaj też „bardziej niż przekaz werbalny świadczą o prawdziwym nastawieniu” [16], dlatego w przypadku niezgodności obu rodzajów komunikatów, to przekazy werbalne uznawane są za nieprawdziwe [17,18]. Warto zatem pamiętać, iż w odczuciu większości ludzi, to „mimika twarzy, fryzura, tembr głosu, tempo mówienia, gesty, postawa ciała, sposób poruszania się - mówi więcej, niż wszystkie wypowiedziane (...) słowa” [19]. Z tego też powodu bardzo ważna jest troska o utrzymanie zgodności komunikatów werbalnych i pozawerbalnych, gdyż jej wysoki poziom zwiększa zaufanie do rozmówcy, poczucie bezpieczeństwa, zaś brak spójności wywołuje przeświadczenie, że w relacji jest coś nieprawdziwego oraz wzbudza niepokój, napięcie i podejrzliwość, które skłaniają do zachowania ostrożności. W przypadku komunikacji niewerbalnej potrzebna jest zatem zarówno umiejętność rozpoznawania i dekodowania

niewerbalnych sygnałów rozmówcy, jak również świadomość własnych zachowań pozawerbalnych [18].

W opiece zdrowotnej komunikacja niewerbalna spełnia niezmiernie istotną rolę, ponieważ zarówno pacjenci, jak i pracownicy medyczni zwracają uwagę na sygnały wysyłane przez drugą stronę, z tego też powodu znaczące są dwa aspekty tej komunikacji - pozasłowne przekazy personelu, szczególnie lekarzy, oraz pacjentów. Z perspektywy pacjenta komunikacja niewerbalna może być znacząca z powodu kilku przyczyn, do których zalicza się: zmniejszanie niepewności w sytuacjach, które ją wywołują, poprzez opieranie się na informacjach, które niezamierzenie pozawerbalnie komunikuje lekarz, a które odbierane są jako najbardziej pewne; możliwość określania prawdziwego znaczenia wypowiedzi w sytuacji, gdy przekaz werbalny odbierany jest jako nieszczerzy; uzyskanie informacji jeszcze przed pojawieniem się przekazu ustnego, np. mimika lekarza może pomóc określić, jakie są wyniki badań; pozyskanie informacji, gdy lekarz jest nieprzystępny lub nie ma czasu na rozmowę [7]. Z punktu widzenia lekarza komunikacja niewerbalna ma znaczenie, ponieważ: stan pacjenta może uniemożliwiać lub ograniczać przydatność komunikacji werbalnej; niewypowiedziane przekazy mogą być najpewniejszym źródłem informacji na temat uczuć czy nastroju; może być jedynym sposobem kontaktowania się w sytuacjach kryzysowych, np. dotyk dłoni pacjenta w stanie śpiączki [7].

Według D.G. Leathers'a, w kontekście medycznym, w którym zachodzi relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem, komunikacja niewerbalna może służyć takim funkcjom, jak wymiana emocji, metakomunikacja, ochrona poczucia Ja, udzielanie wsparcia oraz kształtowanie i kierowanie wrażeniem [7]. W przypadku pacjenta u kresu życia szczególnie ważne jest poprawne odczytywanie jego odczuć i nastrojów oraz wrażliwe reagowanie, czyli wymiana emocji (której najskuteczniejszymi środkami są: mimika, dotyk i głos), stąd też lekarz powinien starać się te umiejętności rozwijać. Bardzo istotna jest również funkcja metakomunikacyjna, którą spełniają sygnały pozawerbalne pomagające zrozumieć, zarówno lekarzowi, jak i pacjentowi, niejasne dla niego przekazy słowne; do sygnałów metakomunikacyjnych zaliczane są „niezamierzone grymasy, szybkie ruchy gałek ocznych, ostry ton głosu oraz gesty - adaptory, które wyrażają podwyższone napięcie” [7].

Komunikacja niewerbalna może być też wykorzystywana w celu ochrony poczucia Ja, które bywa zagrożone szczególnie w przypadku pacjentów najbardziej bezsilnych i niesamodzielnych, np. z powodu braku czy naruszania ich prywatności. Pozawerbalne przekazy, jak to „czy lekarz odnosi się do pacjenta jako partnera interakcji, sygnalizując to przez komunikowanie się na wysokości jego wzroku (a nie spoglądanie z góry na pacjenta leżącego

przed nim w szpitalnym łóżku) (...) mogą informować pacjentów, czy ich poczucie Ja jest zagrożone czy chronione. (... Jeśli ma być niezagrażone, ważne jest), aby lekarz, posługując się specyficznymi gestami i zachowaniami wzrokowymi, podkreślił, że bardziej zależy mu na stworzeniu z pacjentem relacji partnerskiej, niż na utrzymywaniu z nim relacji o charakterze przełożony - podwładny” [7].

Wspieranie pacjenta jest również bardzo istotną funkcją komunikacji pozawerbalnej, która realizuje się za pomocą wielu środków, a szczególnie za pośrednictwem dotyku, np. uścisku dłoni. Trzeba jednak mieć na uwadze fakt, że dzięki dotykowi można wzmocnić poczucie bezpieczeństwa, ułatwić nawiązanie emocjonalnej więzi oraz zwiększyć zaufanie, ale również wzbudzić niepokój czy nieprzyjemne odczucia, stąd też niezmiernie ważne jest, aby umieć zauważać niekiedy bardzo subtelne sygnały, poprzez które pacjent komunikuje, jaki dotyk jest dla niego akceptowalny [20]. Przekaz pozawerbalny może wpływać na kształtowanie i kierowanie wrażeniem; właściwości wizerunku definiujące „wrażenia wywierane przez daną osobę, to wiarygodność, atrakcyjność interpersonalna oraz dominacja” [7], a wszystkie one są bardzo pożądanymi atrybutami komunikacji niewerbalnej lekarza, szczególnie będącego w relacji z pacjentem u kresu życia. Aby uwydatnić swoją wiarygodność lekarz powinien odpowiednio modulować głos, unikać niektórych sygnałów wokalnych, jak na przykład zawahań, zająknięć, które mogą wywoływać wrażenie niepewności czy chwiejności, nie ujawniać fizycznego napięcia, lecz okazywać „pewność siebie, spokój i opanowanie. (...) Nawiązanie kontaktu wzrokowego z pacjentem wpłynie na odczucie autentyczności relacji” [21]. Wzmocnieniu atrakcyjności interpersonalnej, a przede wszystkim sympatii do lekarza sprzyjają „zachowania świadczące o dużej bezpośredniości, na przykład utrzymywanie kontaktu wzrokowego, bezpośrednie zorientowanie ciała, nachylenie do przodu oraz dostosowany do sytuacji dotyk” [7]. Szczególnie ważną kwestią, zwłaszcza w relacji z osobą niesamodzielną, zdaną na opiekę personelu medycznego, są pozawerbalne przekazy świadczące o *dominacji*, których ocena uzależniona jest od stopnia jej okazywania; i tak, przerywanie wypowiedzi pacjenta, zmienianie tematu, mówienie donośnym głosem czy uporcezywie wpatrywanie się komunikują nadmierną dominację i zbyt kontrolujące zachowanie, lecz zdecydowane gesty, zrównoważona pewność siebie mające źródło w poczuciu panowania nad sytuacją, mogą być korzystne, gdyż sprzyjają zaufaniu i sympatii [7]. Warto wspomnieć, że ludzie zazwyczaj postrzegają osoby wzbudzające ich sympatię jako bardziej moralne, stąd też zgodnie z prawem sympatii Kevina Hogana, które powiada, że jeśli ktoś przedstawia prośbę, a człowiek sądzi, że ma prosić na względzie jego dobro, to z większym prawdopodobieństwem ją spełni [22],

można przypuszczać, iż sympatia do pracowników medycznych odczuwana przez chorego zintensyfikuje jego skłonność do stosowania się do ich zaleceń.

Sposób komunikowania niewerbalnego wpływa na stopień efektywności porozumiewania oraz może pomóc lub utrudnić nawiązanie partnerskiej relacji z pacjentem, stąd też lekarze powinni posiadać świadomość własnych przekazów pozawerbalnych i tego, że w większym stopniu, niż wypowiedziane słowa, mogą one wpływać na kontakt z pacjentem, co jest szczególnie istotne w przypadku osób u schyłku życia, które bywają bardziej wyczułone na przekaz pozasłowny, przypuszczając, iż pewne treści mogą nie być im w pełni ujawniane werbalnie.

Lekarze nie potrafiący zbudować relacji z pacjentami zazwyczaj wysyłają niewerbalnie sygnały, które są przez nich odbierane jako oznaka nadmiernej dominacji, nieszczerości, ignorowania, obojętności, niechęci, braku zaangażowania czy zainteresowania. Zachowania wzbudzające takie wrażenia to np. krzyżowanie rąk wskazujące na postawę zamkniętą, napięcie ciała informujące o zdenerwowaniu, splatanie palców oznaczające chęć ukrycia negatywnych uczuć lub myśli, zakładanie nogi na nogę wyrażające dominację i pewność siebie, odchylenie się do tyłu podczas siedzenia mówiące o wycofaniu lub braku zainteresowania, utrzymywanie zbyt intensywnego kontaktu wzrokowego sugerujące chęć wymuszenia uległości i uzyskania przewagi, brak kontaktu wzrokowego utożsamiany z brakiem zainteresowania, komunikowanie się powyżej wysokości wzroku pacjenta (zwłaszcza leżącego) interpretowane jako podkreślanie dominacji, spoglądanie na zegarek sugerujące pośpiech czy oszczędna gestykulacja [7,16,18].

Skutecznemu porozumiewaniu oraz nawiązywaniu kontaktu sprzyjać będzie zajmowanie przez lekarza miejsca w taki sposób, aby był zwrócony twarzą do pacjenta, a unikanie krzyżowania rąk i nóg będzie odczytywane jako większa otwartość, gotowość do rozmowy oraz zainteresowanie [7]. Odzwierciedlanie swoją postawą gestów rozmówcy, czy jego sposobu siedzenia, jest z kolei przejawem zaufania i życzliwości. Zachowanie takie pojawia się „naturalnie, gdy obie strony czują się dobrze w swoim towarzystwie. Odzwierciedlanie może więc wprawiać rozmówców w stan odprężenia. Ludzie odczuwający podobne emocje dopasowują do siebie ruchy ciała. Wiedza o tym mechanizmie może pomóc w wytworzeniu porozumienia” [4]. Ukazywanie otwartych dłoni podczas rozmowy jest wyrazem postawy otwartej, potwierdzeniem uczciwych intencji, natomiast lekkie odchylenie głowy na bok i ku górze informuje o zainteresowaniu. Bardzo istotne w budowaniu relacji jest też utrzymywanie niezbyt intensywnego kontaktu wzrokowego; słuchając, lekarz może go podtrzymywać, kiwając jednocześnie głową, co wyraża pełne zrozumienie [17]. W przypadku pacjentów leżących lekarz

powinien usiąść przy łóżku i podwyższyć jego część głowową, aby nie patrzeć na chorego z góry, a tym samym zmniejszyć asymetrię w relacji z nim [4]. Przekazując szczególnie trudne wiadomości lekarz nie powinien utrzymywać stałego kontaktu wzrokowego z chorym, ponieważ skupienie uwagi na pacjencie może być dla niego krępujące, co w efekcie „nie pozwoli mu swobodnie wyrazić emocji ani dogłębnie przemyśleć usłyszanych informacji” [4].

Lekarz dążący do porozumienia oraz potrafiący nawiązać więź z pacjentami odbierany jest przez nich jako osoba serdeczna, zainteresowana oraz wrażliwa, zaś to, w jakim stopniu pacjent postrzega lekarza jako człowieka wrażliwego wpływa na jego poziom satysfakcji; jako że „wrażliwość lekarza jest najsilniej komunikowana przez jego zachowania niewerbalne (...) pacjenci doświadczają największej satysfakcji, znajdując się w interakcji z lekarzami, którzy najskuteczniej posługują się komunikacją niewerbalną” [7].

EMPATIA A KOMUNIKACJA

Człowiek zbliżający się do kresu życia, często doświadczający samotności, cierpienia i lęku szczególnie intensywnie może odczuwać potrzebę kontaktu z drugą osobą, która w tych trudnych chwilach będzie towarzyszem chcącym wysłuchać i zrozumieć. By relacja z umierającym była autentyczna nieocenioną jest zdolność empatii, czyli identyfikowania i współodczuwania emocji, skupienia się na drugim i słuchania jego słów tak, by dostrzec skrywane się za nimi uczucia i potrzeby. Osoba empatyczna potrafi wczuć się w stany wewnętrzne i sytuację drugiego człowieka, spojrzeć na nią z jego punktu widzenia, a dzięki temu reagować w bardziej współczujący i świadomy sposób. Marshall B. Rosenberg rozumiał empatię jako „pełne szacunku rozumienie ludzkich doświadczeń, (wskazywał, że wymaga ona) skupienia całej uwagi na komunikacie do osoby. Ofiarowujemy jej wtedy czas i przestrzeń, których potrzebuje, żeby w pełni wyrazić siebie i nabrać pewności, że została zrozumiana” [23]. Z kolei Julian Aleksandrowicz postrzegał empatię jako poczucie życzliwości oparte na współodczuwaniu i podkreślał, że stanowi ona niezbędny element relacji lekarz - pacjent [6].

Empatia zorientowana jest na drugiego człowieka, dlatego jest dobrą podstawą partnerskiej, wspierającej komunikacji z pacjentem. Na gruncie medycznym umiejętność empatii obejmuje świadomość dyskomfortu i cierpienia oraz rozpoznawania doświadczeń towarzyszących chorobie [9]. Okazywanie pacjentowi empatii ułatwia mu ujawnianie emocji, co jest szczególnie istotne w przypadku osób u kresu życia. Komunikacja empatyczna opiera się na otwartości, szacunku, zrozumieniu i uwzględnieniu potrzeb, dzięki czemu buduje się atmosfera zaufania oraz zwiększa poczucie bezpieczeństwa.

Empatię i umiejętność jej okazywania można doskonalić, jednakże wymaga to zaangażowania oraz chęci zrozumienia rozmówcy. Rozwijanie tych umiejętności może dokonywać się poprzez samodzielną obserwację mowy ciała innych, aktywne słuchanie i zwiększenie otwartości na różne perspektywy oraz dzięki programom szkoleniowym z zakresu technik empatycznej komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej.

Osoby empatyczne posiadają zdolność identyfikowania uczuć doświadczanych przez rozmówcę, których współdziałanie może odzwierciedlać się zarówno przez słowa, jak i odpowiednie gesty, jak np. częstsze utrzymywanie kontaktu wzrokowego czy przechylenie się w umiarkowany sposób w stronę drugiej osoby [7]. Trzeba jednak pamiętać, aby komunikaty te pozostawały ze sobą w harmonii, ponieważ „istotnym składnikiem w relacji pomagania i rozmowy wspierającej jest spójność wewnętrzna lub autentyczność; (...troska, o to, by nie dochodziło do) rozdzwieku między przeżyciami wewnętrznymi a ich uzewnętrznianiem. Rozdzwięk powoduje oniesmielenie i niepokój. Taka osoba nie wzbudza zaufania” [14], a bez niego nie jest możliwe zbudowanie partnerskiej, autentycznej relacji.

Pacjenci najczęściej odczuwają potrzebę rozmowy, podczas której będą mieli poczucie bycia jej pełnoprawnymi uczestnikami oraz tego, że lekarze i pielęgniarki bardziej wczują się w ich emocje, stąd też rozmowa wspierająca powinna spełniać pewne wymagania, zgodnie z którymi „1. partner powinien dysponować czasem, 2. powinien słuchać z całą uwagą, 3. brać poważnie (...chorego i jego) sprawy, 4. być blisko, lecz zarazem nie narzucać się, 5. unikać sloganów i frazesów, 6. szukać odpowiedzi razem (...z chorym), a nie zmuszać do przyjęcia tej, którą z góry założył” [1]. Powinna to zatem być rozmowa prawdziwa, „obie strony muszą w niej realnie uczestniczyć” [1]. Biorąc pod uwagę rozliczne obowiązki pracowników medycznych zrealizowanie tych wymogów nie jest łatwe, lecz dostrzegając jak duże znaczenie dla wielu osób terminalnie chorych lub w starczym wieku i często samotnych, ma okazanie zrozumienia i empatii oraz to, że może ono stanowić „element terapii, to może kształcenie personelu pójdzie bardziej w tym kierunku i sprawa pomału dorośnie do praktycznych rozwiązań” [1].

Budowanie zaufania jest w znacznym stopniu utrudnione, gdy zabraknie rozmów o emocjach, aby jednak pacjent miał poczucie, że został naprawdę wysłuchany lekarz powinien reagować w taki sposób, aby pokazać mu, że został również zrozumiany. Podstawą empatycznej komunikacji jest zatem rozumiejące słuchanie, które nie ogranicza się wyłącznie do skupienia uwagi na wypowiedzianych słowach, lecz także sygnałach pozawerbalnych, które mogą nieść najwięcej informacji na temat odczuwanych przez pacjenta emocji. Słuchanie takie umożliwi zatem nie tylko zrozumienie komunikatu słownego, lecz również uczuć mu

towarzyszących, bez oceniania i osądzania. Lekarz powinien zewnętrznie okazywać pacjentowi, że go słucha, a może to uczynić poprzez „zwroty potwierdzające słuchanie, wyrażające zainteresowanie relacją z chorym i treścią jego wypowiedzi. Są to gesty i zachowania typu: skinienie głową, pochylenie w kierunku rozmówcy, uśmiech na twarzy, zadawanie pytań uściślających wypowiedź, krótkie potwierdzenia słowne oraz skinienia głową zsynchronizowane z mową. Takie zachowania świadczą o zainteresowaniu i bardzo zachęcają do mówienia” [14].

W związku z faktem, iż potwierdzony jest pozytywny związek pomiędzy satysfakcją pacjenta i empatią lekarza [7] oraz tym, że pacjenci postrzegający swoich lekarzy jako osoby współczujące i otwarte na rozmowy o emocjach odczuwają mniejszy poziom lęku [9] uzasadniona wydaje się potrzeba zachęcania personelu medycznego do rozwijania umiejętności z zakresu empatycznego komunikowania się. Pracownicy medyczni powinni rozumieć, że sposób, w jaki się komunikują, ma istotne znaczenie dla jakości ich relacji z pacjentem, a zatem doskonalenie umiejętności empatycznej komunikacji werbalnej, jak i pozawerbalnej może pomóc w świadomym kształtowaniu ich reakcji oraz budowaniu zrozumienia i współczucia, także w tak trudnej i wymagającej sytuacji, jaką niewątpliwie jest towarzyszenie osobom umierającym.

PODSUMOWANIE

Człowiek u kresu życia odczuwający potrzebę wsparcia ze strony personelu medycznego nie zawsze może na nie liczyć, gdyż nierzadko na przeszkodzie stoi brak odpowiednich umiejętności komunikacyjnych, obawa że zamiast pomóc można niezamierzenie zaszkodzić, przysparzając dodatkowych niepokojów i wątpliwości. Ponadto część pracowników medycznych unika kontaktów z pacjentem, któremu w swoim odczuciu nie mogą już pomóc lub kwestionuje swoją rolę w towarzyszeniu osobie umierającej.

Nawiązanie partnerskich stosunków z chorym mogą także utrudniać bariery komunikacyjne, do których należy przede wszystkim niesymetryczność relacji, niedostosowanie używanego języka do konkretnej osoby, niezdolność identyfikowania potrzeb komunikacyjnych chorych czy niewłaściwy sposób formułowania pytań.

Bardzo istotną kwestią w porozumiewaniu się z pacjentem są także obustronne komunikaty pozawerbalne, które informują o doświadczanych emocjach. Informacje przekazywane w taki sposób wywołują na rozmówców większy wpływ niż słowa, a utrzymanie zgodności komunikatów werbalnych i pozawerbalnych intensyfikuje zaufanie, które jest czynnikiem nieodzownym w budowaniu relacji. Lekarz powinien zatem posiadać umiejętność

rozpoznawania i odczytywania niewerbalnych sygnałów rozmówcy, jak również świadomość własnych zachowań pozawerbalnych.

Istotny element relacji lekarza z pacjentem stanowi zdolność empatii, czyli współodczuwania emocji i skupienia się na drugim człowieku, dzięki której relacja ta staje się bardziej autentyczna. Komunikacja empatyczna bazuje na szacunku, otwartości oraz zrozumieniu i uwzględnieniu potrzeb.

Sposób porozumiewania się ma niebagatelne znaczenie dla jakości kontaktów z pacjentami, stąd też należy dążyć do wzmacniania świadomości tego faktu wśród pracowników medycznych, aby mieli na uwadze doskonalenie swoich umiejętności z zakresu empatycznej komunikacji zarówno werbalnej, jak i pozawerbalnej. Świadomość znaczenia zdolności komunikacyjnych „pomaga też zrozumieć świat chorego i odczytać sygnały, które wysyła w nadziei uzyskania wsparcia” [18].

PIŚMIENNICTWO

1. Pera H.: Sam nie podołam [w:] Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Bortnowska H. (red.). Wydawnictwo ZNAK, Kraków 1980, 177-252.
2. Kleja J., Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J.: Komunikacja w opiece paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2010, 4(2), 81-85.
3. Felber S.J., Guffi T., Brem B.G., Schmitz F.M., Schnabel K.P., Guttormsen Schär S., Eychmüller S., Zambrano S.C.: Talking about dying and death: Essentials of communicating about approaching death from the perspective of major stakeholders. *Palliative and Supportive Care*, 2023, 6, 1-10.
4. Sobczuk J., Kazienko M., Ferenc S., Kurzelewska-Sobczak A., Paprocka-Borowicz M. i wsp.: Komunikacja w opiece paliatywnej - nieoczywista oczywistość? [w:] *W drodze do brzegu życia*. T. 16. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Lewko J., Łukaszuk C. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2018: 418-431.
5. Brzeziński T.: *Etyka lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
6. Aleksandrowicz J., Duda H.: *U progu medycyny jutra*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
7. Leathers D.G.: *Komunikacja niewerbalna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
8. Aleksandrowicz J., Stawowy E.: *Tyle wart człowiek...* Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1992.

9. Levin T.T., Moreno B., Silvester W., Kissane D.W.: End-of-life communication in the intensive care unit. *General Hospital Psychiatry*, 2010, 32, 433-442.
10. Dyk T., Kolwitz M.: Problemy komunikacyjne w otoczeniu pacjenta w kontekście emocji związanych ze śmiercią. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2017, 63(4), 18-22.
11. Dobek-Ostrowska B.: *Komunikowanie polityczne i publiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
12. Winch B., Nitsch-Osuch A., Życińska K., Wardyn K. A.: Komunikacja z pacjentem z chorobą nowotworową. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2006, 8(3), 1150-1155.
13. Łampika K., Barański J.: Techniki rozmowy z pacjentem [w:] *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*. Mastalerz-Migas A., Jankowska A.K., Barański J. (red.). Edra Urban & Partner, Wrocław 2021, 7-11.
14. Rozen B.: Komunikacja z osobą chorą i będącą u kresu życia - znaczenie terapeutyczne. *Studia Warmińskie*, 2021, 58, 409-431.
15. Olchowska-Kotala A.: Wyznaczniki efektywności postępowania lekarskiego w oczach pacjenta [w:] *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. (red.). Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 1999: 149-154.
16. Czarnawska M.M.: *Podstawy negocjacji i komunikacji*. Wyższa Szkoła Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusku, Pułtusk 2003.
17. Podgórecki J.: *Komunikacja społeczna*. Instytut Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2000.
18. Jankowska A.K., Ratajska A.: Komunikacja werbalna i niewerbalna [w:] *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*. Mastalerz-Migas A., Jankowska A.K., Barański J. (red.). Edra Urban & Partner, Wrocław 2021: 1-6.
19. Klatta P.: *Podstawy komunikacji społecznej – przewodnik do ćwiczeń*. Red Frog, Gorzów Wielkopolski 2009.
20. Raniszewska-Wyrwa A.: Etyka dotyku. Aspekty etyczne wykorzystywania dotyku w praktykach terapeutycznych. *Studia Philosophiae Christianae UKSW*, 2014, 50(2), 85-104.
21. Jarosz M.: Przekazywanie niepomyślnych informacji w praktyce klinicznej. *Onkologia w praktyce klinicznej*, 2013, 9(6), 225-229.
22. Hogan K.: *Psychologia perswazji. Strategie i techniki wywierania wpływu na ludzi*. Jacek Santorski & Co, Warszawa 2005.

23. Rosenberg M.B.: Porozumienie bez przemocy. O języku serca. Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 2003.

ZWIĄZEK HELICOBACTER PYLORI Z NOWOTWOREM ŻOŁĄDKA

Eliza Kolasa, Alicja Paluch

Uniwersytet Medyczny Lublin, Studentki 5 roku

HELICOBACTER PYLORI

Helicobacter pylori (*H. pylori*) to bakteria Gram-ujemna, którą jest zakażone około połowy populacji ludzkiej na całym świecie. Jej występowanie różni się w zależności od obszaru geograficznego i jest uwarunkowane wieloma czynnikami [1,2,3].

Pomimo wysokiej częstości występowania, tylko podgrupa osób zakażonych *H. pylori* rozwija poważną patologię żołądka i dwunastnicy. Uważa się zatem, że patogenezę zakażenia *H. pylori* i wynik choroby są pośredniczone przez złożoną interakcję między czynnikami wirulencji gospodarza, środowiska i bakterii. Ponadto zakażeniu *Helicobacter pylori* sprzyjają, takie czynniki jak złe warunki higieniczne, słaby stan zdrowia i odporność, kolonizacja jamy ustnej, tworzenie biofilmu przez bakterie, oraz przekształcanie się bakterii w trudniejsze do wykrycia formy kokkoidalne. Te czynniki zwiększają ryzyko zakażenia oraz jego nawrotów. Zakażenie może nastąpić drogą oralno-oralną lub fekalno-oralną, a patogen posiada różne mechanizmy, które poprawiają jego zdolność do poruszania się, przylegania i manipulowania mikrośrodowiskiem żołądka, umożliwiając kolonizację narządu o silnie kwaśnym świetle [1,2,3].

Bakteria ta wykorzystuje czynniki wirulencji takie jak ureaza, która neutralizuje kwas żołądkowy, pozwalając na przetrwanie w kwaśnym środowisku. Ponadto, białka adhezyjne umożliwiają jej przyczepianie się do komórek nabłonka żołądka. Produkcja toksyn, takich jak cytotoksyna wakuolizująca (VacA) i białko CagA, prowadzi do uszkodzenia komórek gospodarza i stymulacji reakcji zapalnych [4].

Helicobacter pylori wykorzystuje system sekrecji typu IV (T4SS), aby wstrzykiwać białka wirulencyjne do komórek gospodarza, co zmienia ich funkcje i sprzyja procesom chorobotwórczym. Lipopolisacharydy (LPS) w ścianie komórkowej bakterii wywołują silną odpowiedź immunologiczną, przyczyniając się do zapalenia. Geny *oipA*, *babA* i *sabA* kodują białka adhezyjne, które zwiększają zdolność bakterii do kolonizacji i indukcji stanu zapalnego w żołądku [5].

Związek *Helicobacter pylori* z nowotworem żołądka

Coraz większa liczba badań wskazuje, że zakażenie *H. pylori* może być związane z licznymi chorobami pozażołądkowymi, takimi jak choroby neurologiczne, dermatologiczne, hematologiczne, oczne, sercowo-naczyniowe, metaboliczne, wątrobowo-żółciowe, a nawet alergiczne [6].

HELICOBACTER PYLORI A NOWOTWÓR ŻOŁĄDKA

Rak żołądka pozostaje poważnym, problemem klinicznym, z ponad 1 milionem nowych przypadków na całym świecie. Jest czwartym najczęściej występującym nowotworem u mężczyzn i siódmym najczęściej występującym nowotworem u kobiet [7].

Czynniki ryzyka predysponujące do raka żołądka obejmują zakażenie *Helicobacter pylori*, palenie tytoniu, nawyki żywieniowe (duże spożycie konserwowanych solą, wędzonych produktów, czerwonego i przetworzonego mięsa, niskie spożycie świeżych owoców i warzyw) oraz zakażenie wirusem Epsteina-Barr (EBV), a także modyfikacje społeczności mikrobiologicznej spowodowane długotrwałym stosowaniem inhibitorów pompy protonowej [8].

Helicobacter pylori (*H. pylori*) jest najczęstszą przyczyną wrzodów żołądka i stanowi czynnik ryzyka wystąpienia raka żołądka udowodniony w różnych badaniach klinicznych. Około 20% osób zakażonych *H. pylori* rozwija przednowotworowe zmiany żołądkowe w późniejszych etapach życia, z czego około 2% zakażonych osób rozwija raka żołądka. Istnieje kilka cech *H. pylori*, które zostały powiązane z wystąpieniem raka. Wśród nich obecność pewnych głównych czynników wirulencji, w tym genu związanego z cytotoxyną A (CagA), wakuolizującej cytotoksyny (VacA) i zewnętrznego białka zapalnego A (OipA) odgrywa znaczącą rolę w wywoływaniu raka żołądka prowadząc do przewlekłego stanu zapalnego śluzówki żołądka, co zwiększa ryzyko uszkodzenia komórek nabłonka ściany żołądka co sprzyja karcynogenezie [9].

Po połknięciu i dostaniu się do ludzkiego żołądka, *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) przyjmuje kilka skutecznych strategii, aby przylegać i kolonizować błonę śluzową żołądka i przemieszczać się do różnych jego obszarów. Dąży do uzyskania większej ilości składników odżywczych i ucieczki z niesprzyjającego środowiska żołądka, co prowadzi do ostrej infekcji i przewlekłego zapalenia żołądka, które jest podstawą złośliwych guzów żołądka [10]. Dodatkowo historia rodziny i genetyczna podatność mogą także odgrywać istotną rolę w karcynogenezie. Dieta z wysoką zawartością soli lub uboga w świeże owoce i warzywa zwiększa ryzyko zakażenia *H. pylori*. Palenie papierosów, narażenie na niektóre substancje chemiczne są dodatkowymi czynnikami ryzyka [11].

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Wczesna diagnostyka raka żołądka opiera się głównie na endoskopii z biopsją, umożliwiającą bezpośrednio oglądanie i pobieranie próbek tkanek. Dodatkowo, stosuje się obrazowanie radiologiczne (np. tomografię komputerową), badania laboratoryjne (np. markery nowotworowe) oraz endoskopię z chromoendoskopią dla zwiększenia dokładności diagnostycznej. Regularne badania zdrowia oraz szybkie konsultacje medyczne w przypadku niepokojących objawów, jak bóle brzucha czy utrata masy ciała, są kluczowe dla skutecznej detekcji raka żołądka [12].

Leczenie eradykacji *Helicobacter pylori* jest powszechnie wykonywane w celu poprawy stanu zapalnego błony śluzowej żołądka, przyspieszenia gojenia się wrzodów i zmniejszenia częstości występowania raka żołądka. Istotnym problemem terapeutycznym jest fakt iż na świecie stosowane są równe schematy leczenia oraz narasta oporność bakterii spowodowana niekontrolowanym stosowaniem antybiotykoterapii [13]. Wymaga precyzyjnej diagnostyki i indywidualnego podejścia do pacjenta, aby zminimalizować ryzyko oporności i skutków ubocznych związanych z długotrwałym stosowaniem antybiotyków. W przypadkach opornych stosuje się terapie cztero- i pięciokrotne, zawierające kombinacje antybiotyków (amoksycylina, klarytromycyna, metronidazol, tetracyklina) i leków zmniejszających kwasowość żołądka. Monitorowanie skuteczności odbywa się za pomocą testów oddechowych, testów antygenowych *H. pylori* lub testów PCR [14,15]. Po zakończonej eradykacji istotne jest aby zadbać o odbudowę mikrobiomu jelitowego. Odbudowa mikrobiomu jelitowego polega na przywróceniu zdrowej równowagi bakteryjnej w jelitach. Można to osiągnąć poprzez stosowanie probiotyków zawierających korzystne szczepy bakterii, które wspierają zdrowie jelit. Dodatkowo, spożywanie prebiotyków, czyli substancji odżywczych dla korzystnych bakterii jelitowych, oraz błonnika pokarmowego może wspomóc wzrost pożądaných mikroorganizmów. Ważne jest także unikanie nadmiernego stosowania antybiotyków oraz dbanie o zdrowy styl życia, obejmujący regularną aktywność fizyczną i odpowiednie zarządzanie stresem. Odbudowa mikrobiomu jest procesem indywidualnym, wymagającym dostosowania do potrzeb zdrowotnych i preferencji każdej osoby, z uwzględnieniem porady specjalistów [16,17].

PODSUMOWANIE

Helicobacter pylori jest bakterią o globalnym zasięgu, wpływającą na zdrowie około połowy populacji ludzkiej. Pomimo wysokiej częstości zakażeń, tylko niewielki procent osób rozwija poważne choroby żołądka i dwunastnicy, co wskazuje na złożoność patogenezy,

w której istotną rolę odgrywają czynniki wirulencji bakterii, odporność gospodarza oraz warunki środowiskowe. Związek między zakażeniem *H. pylori* a rakiem żołądka jest dobrze udokumentowany, co czyni tę bakterię jednym z kluczowych czynników ryzyka. Liczne czynniki zjadliwości bakterii przyczyniają się do przewlekłego zapalenia i uszkodzeń komórek, które mogą prowadzić do karcynogenezy. Wczesne wykrycie zakażenia i jego skuteczne leczenie są zatem kluczowe w redukcji ryzyka rozwoju raka żołądka. Diagnostyka zakażenia *H. pylori* oraz wczesnego stadium raka żołądka jest możliwa dzięki zaawansowanym technikom endoskopowym, obrazowaniu radiologicznemu i badaniom laboratoryjnym. Wczesne wykrycie pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia, które może obejmować różne schematy antybiotykoterapii oraz leki zmniejszające kwasowość żołądka. Jednakże, narastająca oporność bakterii na antybiotyki stanowi poważne wyzwanie, co wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta oraz monitorowania skuteczności leczenia. Efektywne zarządzanie zakażeniem *H. pylori* może znacząco zmniejszyć ryzyko poważnych chorób żołądka, w tym raka, oraz poprawić jakość życia pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. de Brito B. B., da Silva F. A. F., Soares A. S., Pereira V. A., Santos M. L. C. et al. Pathogenesis and clinical management of *Helicobacter pylori* gastric infection. *World journal of gastroenterology*, 2019, 25(37), 5578
2. Šterbenc A., Jarc E., Poljak M., Homan M. *Helicobacter pylori* virulence genes. *World journal of gastroenterology*, 2019, 25(33), 4870.
3. Sun Y., Zhang J. *Helicobacter pylori* recrudescence and its influencing factors. *Journal of cellular and molecular medicine*, 2019, 23(12), 7919-7925.
4. Sharndama H. C., Mba I. E. *Helicobacter pylori*: an up-to-date overview on the virulence and pathogenesis mechanisms. *Brazilian Journal of Microbiology*, 2022, 53(1), 33-50.
5. Ansari S., Yamaoka, Y. *Helicobacter pylori* virulence factors exploiting gastric colonization and its pathogenicity. *Toxins*, 2019, 11(11), 677.
6. Baj J., Forma A., Flieger W., Morawska I., Michalski A. et al. Zakażenie *Helicobacter pylori* i choroby pozażołądkowe — skupienie się na ośrodkowym układzie nerwowym. *Komórki*, 2021, 10 (9), 2191.
7. Sexton R. E., Al Hallak M. N., Diab M., Azmi A. S. Gastric cancer: a comprehensive review of current and future treatment strategies. *Cancer and Metastasis Reviews*, 2020, 39(4), 1179-1203.

8. Gullo I., Grillo F., Mastracci L., Vanoli A., Carneiro F. et al. Precancerous lesions of the stomach, gastric cancer and hereditary gastric cancer syndromes. *Pathologica*, 2020, 112(3), 166.
9. Muzaaheed. *Helicobacter pylori* oncogenicity: mechanism, prevention, and risk factors. *The Scientific World Journal*, 2020, 2020(1), 3018326.
10. Mu T., Lu Z. M., Wang W. W., Feng H., Jin Y. et al. *Helicobacter pylori* intragastric colonization and migration: Endoscopic manifestations and potential mechanisms. *World Journal of Gastroenterology*, 2023, 29(30), 4616.
11. Bakhti S. Z., Latifi-Navid S., Safaralizadeh R. *Helicobacter pylori*-related risk predictors of gastric cancer: The latest models, challenges, and future prospects. *Cancer medicine*, 2020, 9(13), 4808-4822.
12. Ito M., Tanaka S., Chayama K. Characteristics and early diagnosis of gastric cancer discovered after *Helicobacter pylori* eradication. *Gut and Liver*, 2021, 15(3), 338.
13. Suzuki S., Kusano C., Horii T., Ichijima R., & Ikehara H. The ideal *Helicobacter pylori* treatment for the present and the future. *Digestion*, 2022, 103(1), 62-68.
14. Shah S. C., Iyer P. G., Moss S. F. AGA clinical practice update on the management of refractory *Helicobacter pylori* infection: expert review. *Gastroenterology*, 2021, 160(5), 1831-1841.
15. Shah S. C., Iyer P. G., Moss S. F. AGA clinical practice update on the management of refractory *Helicobacter pylori* infection: expert review. *Gastroenterology*, 2021, 160(5), 1831-1841.
16. Saxena A., Mukhopadhyay A. K., Nandi S. P. *Helicobacter pylori*: Perturbation and restoration of gut microbiome. *Journal of biosciences*, 2020, 45, 1-15.
17. Chen C. C., Liou J. M., Lee Y. C., Hong T. C., El-Omar E. M. et al. The interplay between *Helicobacter pylori* and gastrointestinal microbiota. *Gut microbes*, 2021, 13(1), 1909459.

OCENA WIEDZY PIELEŃNIAREK NA TEMAT OPIEKI NAD PACJENTEM W SCHYŁKOWYM OKRESIE ŻYCIA

Izabela Maciejewska-Paszek, Wiktoria Stępała

Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego Katedry Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WSTĘP

Opieka nad pacjentem w schyłkowym okresie życia, to trudny ale jakże ważny dział medycyny. Zajmuje się opieką nad pacjentami nieuleczalnie chorymi. Personel opiekujący się pacjentami nie jest w stanie przywrócić zdrowia pacjentom, ale ich działanie ma na celu zminimalizowanie skutków choroby i zredukowanie ich cierpienia. Najważniejsze w tej opiece jest holistyczne podejście do pacjenta [1,2,3].

W obecnych czasach temat śmierci jest często omijany, Jest to temat tabu, którego społeczeństwo nie chce podejmować. Rodzina pacjenta najczęściej nie jest przygotowana do opieki nad pacjentem w krańcowych etapach życia. Rolę ta przejmuje zespół terapeutyczny, a w szczególności kadra pielęgniarska. Relacja pacjent – pielęgniarka jest zwykle bardzo bliska. Ciągłe towarzyszenie pacjentowi, przeprowadzanie czynności medycznych i pielęgnacyjnych sprawia, że pacjent zaczyna być związany emocjonalnie z pielęgniarką. Pełni ona funkcję tłumacza, niezrozumiałych merytorycznie zarówno dla pacjenta jak i jego rodziny zagadnień medycznych. Sprawowanie opieki nad pacjentem u schyłku życia wymaga nie tylko profesjonalizmu i ogromnej wiedzy, ale także dojrzałości, wrażliwości emocjonalnej i empatii. Towarzyszenie pacjentowi to nie tylko sama obecność, lecz przede wszystkim opieka nad pacjentem, słuchanie pacjenta i jego obserwowanie.

Obserwacja pacjenta (o ile jest możliwy kontakt z pacjentem) to wysłuchanie pacjenta i jego najbliższych, pozwala na uzyskanie informacji na temat tego, co jest ważne dla chorego. Pozwala na okazanie mu niezbędnego wsparcia emocjonalnego. To pielęgniarka zwykle powinna dążyć do uzyskania kontaktu z chorym. Bardzo często sama jej obecność pełni pewnego rodzaju terapię dla pacjenta [4].

Praca pielęgniarek w oddziałach intensywnej opieki i oddziałach paliatywnych obejmuje wszelkie działania, które mają na celu zniwelowanie dolegliwości bólowych,

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

zmniejszenie lęku pacjenta, zapewnienie komfortu i wspieranie rodziny pacjenta [3, 5]

Celem badań było określenie poziomu wiedzy kadry pielęgniarskiej na temat opieki w schyłkowym okresie życia zarówno w Oddziale Intensywnej Terapii jak i Oddziałach Opieki Paliatywnej. W badaniach skupiono się na:

- ocenie przygotowania kadry pielęgniarskiej do opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia,
- poznaniu emocji towarzyszących pielęgniarkom i pielęgniarzom podczas opieki nad pacjentem u schyłku życia,
- ocenie wpływu na psychikę oraz podejście do życia personelu pielęgniarskiego sprawującego opiekę nad pacjentem u schyłku życia.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami ankietowymi objęto 70 osób pielęgniarskiej kadry medycznej, obojga płci w wieku od 20 do 61 lat pracujących w Oddziale Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. Prof. Kornela Gibińskiego w Katowicach oraz Oddziale Opieki Paliatywnej Powiatowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Będzinie i w Szpitalu w Czeladzi za pisemną zgodą kierowników poszczególnych jednostek. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem sondażu diagnostycznego. Dane zebrano w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała 26 pytań. Pierwsze 10 pytań dotyczyło tzw. metryczki określającej dane o respondentach. W kolejnych szesnastu pytaniach w przeważającej części zamkniętych ankietowani odpowiadali na zagadnienia dotyczące całościowej holistycznej opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia.

WYNIKI

Liczebność respondentów z podziałem na płeć przedstawia tabela 1.

Tabela 1 Liczebność grupy z podziałem na płeć badanych

Grupa badana	
kobiety	91,4%
mężczyźni	8,6%

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

Z danych wynika, że w grupie badanych osób była przeważająca część kobiet, co jest zrozumiałe z racji w dalszym ciągu przeważającej części płci żeńskiej w zawodzie.

Analizując rozkład ankietowanych w zależności od wieku (tab.2), badani dzielą się na 5 grup wiekowych, co jest dobrym parametrem, ze względu na różne doświadczenia zawodowe. Najwięcej osób znajduje się w przedziale wiekowym 20-30 lat (55,72%), a najmniej w przedziale powyżej 60 lat (1,4%).

Tabela 2. Podział ankietowanych ze względu na wiek

Wiek badanych w latach	Procentowy udział badanych
20-30	55,72%
31-40	17,14%
41-50	20,0%
51-60	5,71%
Powyżej 60	1,43%

Z wykształcenia ponad połowa ankietowanych posiadała tytuł licencjata pielęgniarstwa, co stanowi (57,1%). Kolejne miejsca zajęli respondenci legitymujący się tytułem magistra pielęgniarstwa (22,9%), ukończone liceum lub studium medyczne (20%).

Kolejne pytanie dotyczyło miejsca zamieszkania ankietowanych. Większość respondentów pochodziła z większych miast pod względem liczebności mieszkańców. Największa ilość, bo aż 29 respondentów zamieszkuje miasta powyżej 100 tys. mieszkańców co stanowi 41,4%. Najmniej respondentów pochodziło z miast 10 tys. Mieszkańców (7,1%).

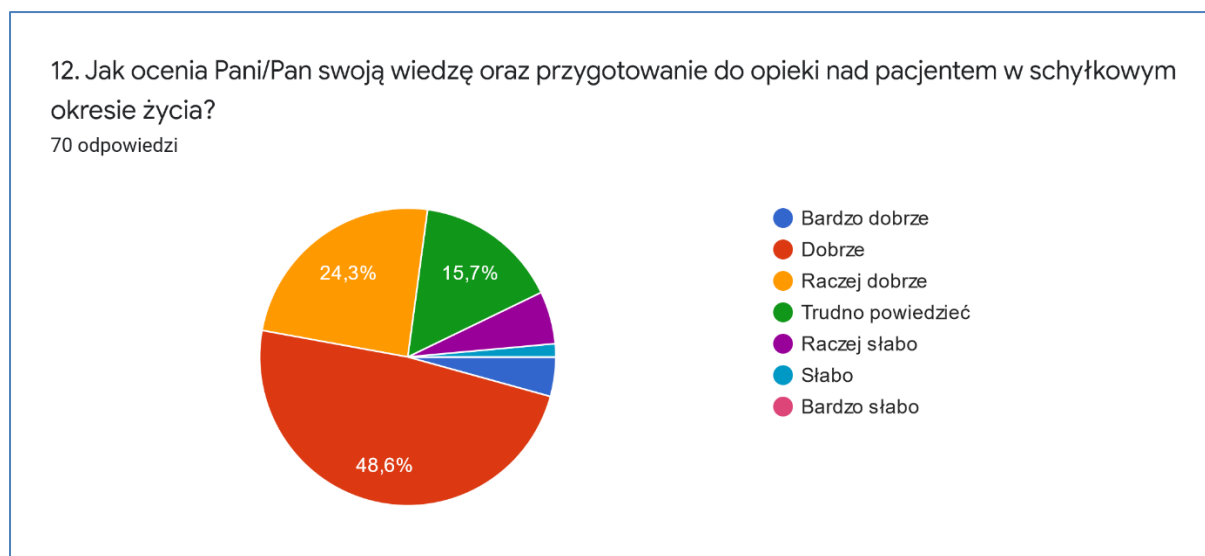
Określając miejsce pracy respondenci deklarowali w przeważającej części (62,9%) zatrudnienie w oddziałach intensywnej opieki medycznej w stosunku do oddziałów opieki paliatywnej (37,1%)

Nie bez znaczenia w opiece nad pacjentami ma długość stażu pracy. Najwięcej ankietowanych deklarowało staż poniżej 5 lat (51,4%). Staż od 5 do 10 lat deklarowało (15,7%), od 11 lat do 20 lat w zawodzie pracowało (12,9%), od 21 lat do 30 lat - (15,7%), natomiast od 31 lat i więcej - 4,3%).

Część zasadnicza ankiety obejmowała pytania od 11 do 26 i dotyczyła definicji schyłkowego okresu życia, która znało (95,7%) respondentów. Pozostałe (4,3%) odpowiedziały, że niestety nie wiedzą czym jest schyłkowy okres życia. W Kolejnym pytaniu

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

które w ankiecie oznaczono nr 12, respondenci oceniali swoją wiedzę oraz przygotowanie do opieki nad pacjentem, wyniki przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1 Wykres przedstawiający ocenę wiedzy oraz przygotowania respondentów do opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia.

Kolejne 13 pytanie dotyczyło informacji na temat tego, czy ankietowani w swoim miejscu pracy zajmowali się pacjentami w schyłkowym okresie życia. Zdecydowana większość, bo aż 64 respondentów odpowiedziała, że sprawowała opiekę nad taką osobą. Pozostała część - 6 osób - nie miało w swojej pracy styczności z pacjentem w schyłkowym okresie życia, wyniki przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Wykres przedstawiający informacje na temat sprawowania opieki w miejscu pracy ankietyowanych nad pacjentem u schyłku życia.

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

Pytanie nr 14 było pytaniem otwartym i dotyczyło opinii ankietowanych jak powinna wyglądać opieka nad pacjentem w schyłkowym okresie życia?

Przeważająca część respondentów odpowiadała, że ważne jest podejście holistyczne do pacjenta oraz terapia przeciwbólowa, która ma na celu uśmierzenie bólu, ale przede wszystkim poprawę jakości życia pacjenta paliatywnego. Ponad połowa ankietowanych twierdzi, że ważnym aspektem jest również komfort pacjenta oraz jego potrzeby somatyczne, psychosocjalne i duchowe. Z kolei pozostała grupa uważa, że personel pielęgniarski powinien wykazywać takie postawy względem pacjentów jak: okazywanie wsparcia pacjentowi jak i jego rodzinie, towarzyszenie pacjentowi w ostatnich chwilach życia, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, intymności, zrozumienia, cierpliwości, empatii, traktowaniem pacjenta z szacunkiem oraz należytą godnością.

Ankietowanych w pytaniu 15 zapytano o emocje, które towarzyszą pacjentowi w schyłkowym okresie życia. W pytaniu można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi. Najwięcej odpowiedzi dotyczyło strachu (78,6%). Kolejnymi odpowiedziami ze sporą ilością głosów był lęk (65,7%), niepokój (60%) oraz rezygnacja (58,6%). Najrzadziej odczuwane emocje przez pacjenta, to według respondentów gniew (27,1%) oraz spokój (20%) (Rycina 3).

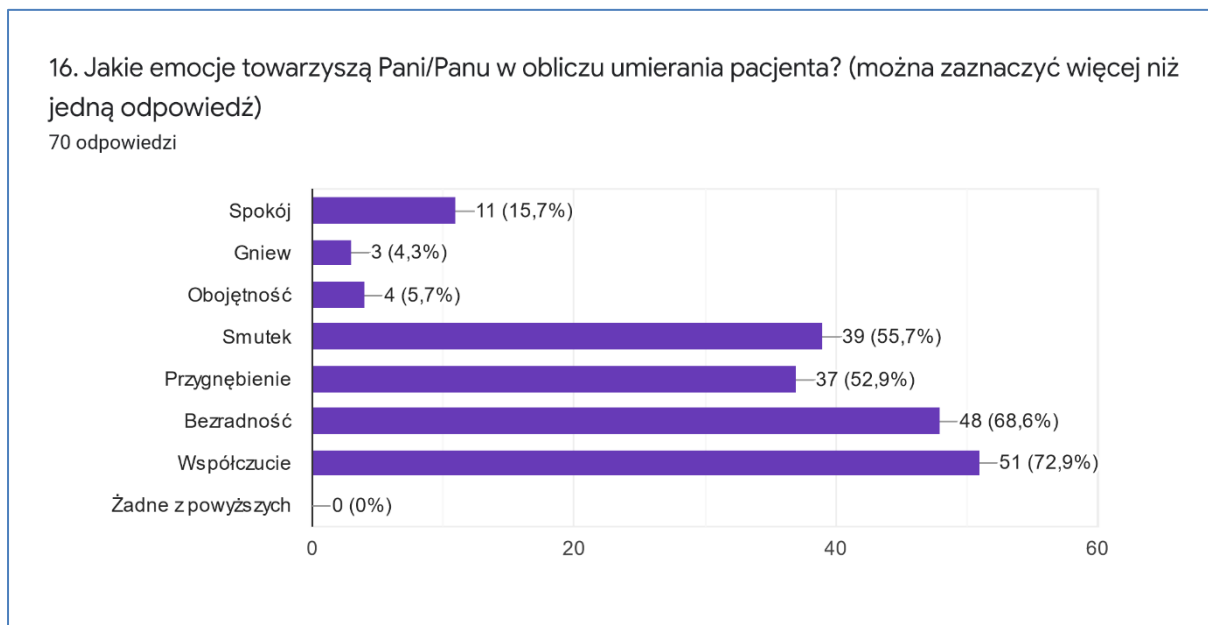


Rycina 3 Emocje towarzyszące pacjentom w schyłkowym okresie życia według ankietowanych

Poza emocjami odczuwanymi przez pacjentów, ważnym elementem są także emocje jakie towarzyszą personelowi pielęgniarskiemu opiekującym się opisywanymi pacjentami. Pytanie 16 posiadało możliwość odpowiedzi wielokrotnego wyboru. Najczęściej odczuwane

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

przez personel pielęgniarski emocje według ankietowanych to współczucie (72,9%), bezradność (68,6%). Rzadziej smutek (55,7%) i przygnębienie (52,9%). Natomiast najmniejszą liczbę odpowiedzi respondenci poświęcili emocjom takim jak spokój (15,7%), obojętność (5,7%) oraz gniew (4,3%), Rycina 4.



Rycina 4. Emocje towarzyszące ankietowanym w obliczu umierania pacjenta

Emocje są ważnym czynnikiem w pracy jak i w życiu prywatnym. Dlatego w pytaniu nr 17-21 starano się uzyskać odpowiedzi na pytania ze sfery psychologicznej personelu pielęgniarskiego i możliwości korzystania z porad psychologa, a także wyboru miejsca pobytu pacjenta w stanie paliatywnym. Przeważająca ilość respondentów odpowiedziała, że opieka nad takim pacjentem wpływa na psychikę oraz podejście do życia (84,3%). Zaledwie 11 osób twierdzi, że opieka nad pacjentem u schyłku życia nie wpływa w żaden sposób na personel pielęgniarski. Spora część odpowiadała, że wiąże się to z negatywnymi emocjami, takimi jak: przygnębienie, obojętność, smutek, złość, bezradność, co w efekcie może prowadzić do bezsenności, stanów depresyjnych czy co gorsza do wypalenia zawodowego. Część ankietowanych twierdzi również, że opieka nad takim pacjentem niesie za sobą przemyślenia na temat kruchości życia, niedoceniań tego co mamy, nieuchronnej śmierci naszych najbliższych oraz nas samych. Z kolei niewielka część respondentów twierdzi, że opieka nad pacjentem u schyłku życia uwrażliwia, oswaja nas w pewien sposób ze śmiercią oraz skłania

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

nas do tego, aby doceniać swoje zdrowie i życie. Kolejna kwestia dotyczyła konieczności wcześniejszego przygotowania pracownika do sprawowania opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia. Znaczna część ankietowanych - (84,3%) uważa, że potrzebne jest wcześniejsze przygotowanie do sprawowania takiej opieki. Pozostała część respondentów - (15,7%) - nie widzi takiej konieczności. Zapytano również o konieczność zapewnienia opieki psychologa personelowi pielęgniarskiemu. Zdecydowana większość (95,7%) była za zapewnieniem takiej opieki, natomiast pozostałe (4,3%) oznajmiły, że w ich opinii nie jest potrzebna taka pomoc. Kolejnym pytaniem jakie zostało zadane ankietującym dotyczyło możliwości wyboru przez chorego miejsca, w którym zostanie objęty pacjent opieką w trakcie schyłkowego okresu życia. Znaczna większość respondentów 62 osoby, uważa, że pacjent u schyłku życia powinien mieć możliwość dokonania wyboru miejsca, w którym chce spędzić ostatnie chwile swojego życia. Oczywiście jeśli jest on w stanie podjąć taką decyzję. Twierdzą oni, że pacjent może poczuć się wtedy ważny oraz decyzyjny. Najważniejsze jest spełnienie być może ostatniej woli chorego, aby mógł on czuć się w wybranym przez siebie miejscu komfortowo, bezpiecznie, a rodzina mogła mieć zapewnioną możliwość odwiedzin. Bez znaczenia jest fakt czy będzie to szpital, specjalny ośrodek czy dom chorego. Z kolei niewielka część ankietowanych, ma zgoła odmienne zdanie. Uważają oni, że pacjent u schyłku życia, ze względu na chorobę może nie do końca być świadomy swoich decyzji. Powinien on znajdować się w miejscu, gdzie będzie możliwe zapewnienie mu specjalistycznej, pełnowymiarowej oraz stałej opieki, ze względu na jego stan zdrowia.

W pytaniu nr 22 z możliwością zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi, ankietowanemu zostali zapytani o rolę pielęgniarki dotyczącą opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia. Najwięcej osób wybrało opcję pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności (87,1%). Kolejną najczęściej wybieraną odpowiedzią było zapewnienie pacjentowi poczucia zaopiekowania (82,9%), towarzyszenia (64,3%) oraz wspierania pacjenta (68,6%). Rzadziej zaznaczane odpowiedzi to podnoszenie na duchu (35,1%) oraz traktowanie pacjenta jako równego sobie (41,4%). Najrzadziej wybierana odpowiedź to wyręczenie chorego, którą zaznaczyło zaledwie 2 respondentów (rycina 5).

Następne pytania dotyczyły sfery zmian i przygotowania personelu do opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia. Personel był podzielony jeżeli chodzi o rozmowę na temat śmierci i umierania zarówno z samym pacjentem jak i jego rodziną. Na pytanie o warunki jakie spełniają placówki w których przebywa pacjent, przeważająca ilość ankietowanych -84,3% - odpowiedziała, że w ich miejscu pracy są zapewnione odpowiednie

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

warunki do sprawowania opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia. Z kolei pozostała grupa respondentów (15,7%) uważa, że w ich miejscu zatrudnienia nie ma odpowiednich warunków do opieki nad pacjentem u schyłku życia. Ponad połowa ankietowanych nie zmieniłaby niczego, w sprawowaniu opieki nad pacjentem u schyłku życia. Pozostała część respondentów uważa, że chętnie wzięłaby udział w kursach, szkoleniach dotyczących sposobów rozmowy z pacjentem w schyłkowym okresie życia oraz jego rodziną, aby być lepiej przygotowanym do pracy. Ważnym aspektem jest również, zwiększenie liczby wykwalifikowanego personelu medycznego oraz umożliwienie korzystania ze wsparcia psychologa przez personel medyczny. Korzystnym byłoby również wykazywanie empatii, zredukowanie obojętności oraz indywidualne podejście do każdego pacjenta i poświęcenie mu jak najwięcej czasu.



Rycina 5. Rozkład opinii ankietowanych na temat roli pielęgniarki dotyczącej opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia.

DYSKUSJA

Starzejące się społeczeństwo i rozwój medycyny bez wątpienia spowodował wydłużenie życia. Niestety nie wiąże się to z jego jakością. Badacze na całym świecie coraz częściej wskazują jak istotny jest to aspekt nie tylko dla personelu medycznego, ale także dla samego chorego i jego rodziny. Sprawowanie opieki nad pacjentem u schyłku życia wymaga dojrzałości, wrażliwości emocjonalnej, profesjonalizmu oraz okazywania empatii w odpowiednich chwilach. Towarzystwo pacjentowi to nie tylko sama obecność, lecz przede wszystkim opieka nad pacjentem, słuchanie pacjenta i jego obserwowanie. To pielęgniarka

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

zwykle powinna dążyć do uzyskania kontaktu z chorym. Bardzo często sama jej obecność pełni pewnego rodzaju terapię dla pacjenta [4]. Bardzo ważne jest prawidłowe dokonanie oceny objawów towarzyszących pacjentowi, takich jak dyskomfort i cierpienie. Należy również dużą uwagę zwracać na niewerbalne sygnały pacjentów, które mogą wskazywać na cierpienie pacjenta w szczególności u chorych z zaburzeniem świadomości. lub opisanie przez chorego dolegliwości jest niemożliwe. Główne objawy towarzyszące okresowi umierania: ból, duszność, wydzielina, wymioty, suchość w jamie ustnej, zatrzymanie lub nietrzymanie moczu wymagają wdrożenia odpowiednich działań. Zwykle niezbędna jest jednak modyfikacja terapii oraz zmiana drogi podawania leków. Jeśli pojawią się nowe objawy i wcześniejsze leczenie okaże się nieskuteczne, konieczne jest rozpoczęcie leczenia zapewniającego pacjentowi komfort [6, 7]. Sami pacjenci jak również ich rodziny obawiają się, że okres umierania będzie wiązał się z nasileniem bólu, co będzie wymagało stosowania odpowiednich środków aż do końca życia. Ważne jest jednak, aby pamiętać, że objawy takie jak: pojękiwanie i płaczliwość mogą wskazywać również na pobudzenie, splątanie lub inne zaburzenia neurologiczne [8, 9]. Z tego względu tak kluczowe jest uważne odczytywanie komunikatów niewerbalnych oraz ich dokładna interpretacja [10-12].

Najczęstszym problemem pacjentów w schyłkowym okresie życia jest zwiększone ryzyko pojawiania się odleżyn, pomimo stosowanej profilaktyki. Dlatego czasem należy wybrać działanie, które będzie niosło ze sobą więcej korzyści dla danego pacjenta [13]. Pacjenci znajdujący się w grupie ryzyka, powinni być objęci profilaktyką przeciwoleżynową, aby zmniejszyć ciśnienie działające na tkanki i nie dopuścić do powstania odleżyn.

Każdy pacjent posiada indywidualne potrzeby, które u schyłku życia zwykle ulegają zmianie [14-17]. Pacjentowi u schyłku życia towarzyszą tzw. etapy umierania. Są to dynamiczne i sprecyzowane stany, z towarzyszącymi specyficznymi reakcjami, które mogą, lecz nie muszą pojawiać się po sobie po kolei [18-21]. Wymienione powyżej etapy, które towarzyszą chorym w związku ze zbliżającym się końcem ich życia, w psychologii to tzw. mechanizmy obronne, czyli reakcje pojawiające się w związku z trudnymi sytuacjami [22-23]. Zasada akceptacji i nieuchronności śmierci, jest kluczowym celem opieki paliatywnej, jakim jest dobra jakość życia pacjenta [24]. E. Kübler-Ross na podstawie swoich obserwacji określiła, że dla pacjenta w schyłkowym okresie życia sama śmierć nie stanowi problemu, lecz obawia się on procesu umierania, beznadziejności oraz samotności. Rozwiązaniem, dla umierającego człowieka jest wyrażenie zgody na obecność osób najbliższych. Z tego względu konieczne jest zapewnienie nieograniczonej możliwości odwiedzin chorego, również w godzinach

wieczornych oraz nocnych. Jest to ważne, ponieważ lęk, który pojawia się u pacjenta w związku z okresem umierania, nasila się w związku z odosobnieniem lub przebywaniem w obcym miejscu. Ma to miejsce zwłaszcza w szpitalach, w których personel medyczny jest skoncentrowany na należyтым wykonywaniu należących do nich obowiązków, a co za tym idzie zaniedbania relacji z pacjentami, co potwierdziły także nasze badania [25]. Opieka personelu medycznego nad pacjentem u schyłku życia powinna skupiać się przede wszystkim na indywidualnym podejściu do każdego pacjenta, jest to ważne, ponieważ każdy chory „odchodzi” inaczej, na różne sposoby odczuwa emocje towarzyszące okresowi umierania. W należytej opiece należy zwrócić uwagę na utrzymanie troskliwego kontaktu, pamiętając jednocześnie o cierpliwości, okazywaniu szacunku pacjentowi jako człowiekowi, wykazywania się taktem, empatią, a także pokorą, zarówno wobec chorego jak i jego najbliższych. Ważne jest odpowiednie zachowanie się do zaistniałej sytuacji [26]. Towarzyszenie pacjentowi powinno cechować się nienarzucaniem, wyczuciem, jednocześnie wspierając pacjenta spojrzeniem, dotykiem lub choćby wspólnym spędzaniem czasu w ciszy. Pacjenci w takich chwilach doceniają każdy najmniejszy gest, nawet bardziej niż niejedno słowo wsparcia. Z kolei ze strony personelu medycznego towarzyszenie pacjentowi jest odzwierciedleniem empatii, dobroczynności, solidarności oraz miłosierdzia [27].

WNIOSKI

Personel pielęgniarski spełnia istotną rolę w opiece nad pacjentem będącym u schyłku swojego życia.

Godna śmierć to także szacunek personelu medycznego nie tylko dla pacjenta ale także dla samego siebie.

PIŚMIENNICTWO

1. Coelho C., Yankaskas J. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2017, 29 (2), 222-230.
2. Crooms R., Gelfman L. Palliative Care and End-of-Life Considerations for the Frail Patient. *Anesthesia and Analgesia*, 2020, 130(6), 1504-1515.
3. Rudzka A., Kulesza-Mrowiecka M., Kopański Z., Nadashkevych O., Tabak J., i wsp. Cele, założenia i organizacja opieki paliatywno - hospicyjnej w Polsce. *Journal of Clinical Healthcare*, 2018, 30-35.

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem w schyłkowym okresie życia

4. Lesiak A., Marć M., Fudali K., Fąfara A., Krakowiak A., i wsp. Dylematy etyczne towarzyszące pielęgniarce podczas opieki nad pacjentem umierającym. *Viša osvita ta praktika v medsestrinstvi : materili naukovo-praktičnoï konferenciï z mižnarodnoû učasťu*, Žitomir 2020.
5. Dzierżanowski T. Definicje opieki paliatywnej – przegląd narracyjny i nowa propozycja. *Medycyna Paliatywna*, 2021, 13(4),187–200.
6. Oechsle K. Palliative care. *Der Internist*, 2018, 59(9), 921-933.
7. De Walden-Gałaszko K, Kaptacz A. *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*. Wyd. PZWL, Warszawa, 2017.
8. Samoń H, Panasiuk L. Satysfakcja pacjentów z leczenia przeciwbólowego w hospicjum domowym. *Aspekty zdrowia i choroby*, 2017, 41–50.
9. Crombeen A., Lilly E. Management of dyspnea in palliative care. *Current Oncology*, 2020, 27(3), 142-145.
10. Czyżowska N. Opieka skoncentrowana na godności jako odpowiedź na potrzeby osób u kresu życia. *Fides et Ratio*, 2018, 33(1), 161-171.
11. Krajewska-Kułąk E., Dzierżanowski T., Krzyżanowski D., Cybulski M., *Opieka paliatywna. Poradnik dla lekarzy i pielęgniarek rodzinnych oraz rodzin pacjentów*. Difin, Warszawa 2018.
12. Kwiatkowska M., Kikolska M., Płoszka S., Żółtowska K., Wojciechowska Z., i wsp. Ocena skuteczności działań pielęgnacyjno-opiekuńczych nad pacjentami z ryzykiem powstania odleżyn. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, 2018, 12(13), 4-14.
13. Sikora B., Sikora-Szubert A., E. Rola opieki paliatywno-hospicyjnej w tworzeniu systemu opieki nad chorym u kresu życia. *Zeszyty naukowe KSW*. Włocławek 2017, 127-145.
14. Grądalski T., Kochan K. Oczekiwania głównych opiekunów chorych niezdolnych do wyrażenia woli u kresu życia. *Medycyna Paliatywna*, 2017, 9(1), 21–29.
15. Wach B. Terminalna sedacja – między opieką paliatywną a eutanazją. *Analiza i Egzystencja*, 2017, 37, 25-41.
16. Patel Ch., Kleinig P., Bakker M., Tait P. Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life. *Australian Journal of General Practice*, 2019, 48(12), 838-845.
17. Tyrrella P., Harberger S., Siddiqui W. Stages of Dying. In: *Stat Pearls*. Treasure Island, Stat Pearls Publishing; 2022, 202-216.

18. Casula C. Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 2018, 7(1), 32-40.
19. Michalczuk T., Piszcz P., Ślifirczyk A., Zalewski., Krajewska – Kułak E. Życie przed śmiercią – służba chorym umierającym. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2018, 406-417.
20. Kowalski E. Towarzystwo osobie umierającej przez rodzinę. Etyka końca życia. *Studia Nauk Teologicznych*, 2021, 233-249.
21. Dzierżanowski T., Binnebesel J. Godność w umieraniu. *Medycyna Paliatywna*, 2019, 11(4), 156–162.
22. Sielicka E, Iwański R. Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym w perspektywie aglomeracji szczecińskiej. *Polityka Społeczna*, 2018, 4, 30-35.
23. Smith A., Torres L., Burton C. Patient Rights at the End of Life: The Ethics of Aid-in-Dying. *Professional Case Management*, 2020, 25(2), 77-84.
24. Bętkowska I., Zylicz Z. Stany nagłe w opiece paliatywnej - praktyka kliniczna poparta faktami. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2017, 4,: 153-165.
25. Kalinowski M.; Wsparcie rodzin osób w stanie terminalnym – na podstawie badań w Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie. Wybrane aspekty medyczne i psychologiczne. *Służąc rodzinie i ojczyźnie*, Wyd. Bernardinum,, 2020, 161-171.
26. Kaptacz I. Ocena jakości życia, akceptacji choroby, potrzeb i oczekiwań pacjentów objętych domową opieką paliatywną – wstępne badanie pilotażowe. *Medycyna Paliatywna*, 2018, 10(3), 137–144.
27. Stelcer B. Komunikowanie się z chorym umierającym i jego rodziną [W:] *Kultura śmierci, kultura umierania*, Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Bejda G., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2016:75-89.

**OD NEGACJI DO AKCEPTACJI
– POSTAWY PACJENTÓW NEUROLOGICZNYCH
WOBEC ROZPOZNANIA ŚMIERTELNEJ CHOROBY**

Karolina Tworek^{1,2}, Aleksandra Musioł¹, Jerzy T. Marcinkowski^{3,4,5}

1. Oddział Neurologiczny, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu
2. Uniwersytet Kaliski, Wydział Medyczny i Nauk o Zdrowiu
3. Katedra Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Zielonogórskiego
4. Uczelnia Łazarskiego w Warszawie - Wydział Medyczny
5. Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

WPROWADZENIE

W codziennej praktyce zawodowej lekarz spotyka się z pacjentami u których postawiono niepomysłną diagnozę. Wobec wiadomości o złym rokowaniu zarówno chorzy jak i ich rodziny uruchamiają mechanizmy obronne ułatwiające funkcjonowanie w nowej, trudnej rzeczywistości. Proces przyjęcia trudnej wiadomości u wielu pacjentów jest długotrwały. Akceptacja jest kluczowym elementem w przystosowaniu się do życia z chorobą.

OPIS PRZYPADKU 1

45. letni pacjent, z wykształcenia lekarz weterynarii, z rozpoznaniem stwardnieniem zanikowym bocznym (łac. *sclerosis lateralis amyotrophica* – SLA) został przywieziony do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu utraty przytomności. Zespół Ratownictwa Medycznego został wezwany przez żonę chorego. Po podaniu tlenu w domu pacjent odzyskał przytomność, żona nalegała jednak na przetransportowanie chorego do szpitala.

Z dokumentacji medycznej chorego wynikało, że SLA zostało rozpoznane 6 miesięcy wcześniej na podstawie stanu klinicznego oraz jednoznacznego wyniku badania elektrofizjologicznego. Żona chorego nie zgadzała się z diagnozą, konsultowała więc przypadek męża u kolejnych neurologów, którzy potwierdzali rozpoznanie. Mimo tego, żona zapisywała chorego na badania EMG w różnych pracowniach na terenie kraju – wszystkie wyniki wskazywały na SLA. W trakcie postępu choroby u pacjenta występowały zaburzenia

Od negacji do akceptacji – postawy pacjentów neurologicznych wobec roz- śmiertelnej choroby

połykania utrudniające spożywanie posiłków. Ograniczenie przyjmowania pokarmów oraz narastające zaniki mięśniowe spowodowały znaczący spadek masy ciała chorego. Żona negowała fakt, że zmniejszenie masy ciała wynika z progresji choroby, postanowiła więc wykluczyć choroby nowotworowe. Komercyjnie wykonała badania endoskopowe (gastroskopię i kolonoskopię) w których nie stwierdzono patologii.

W SOR chorego został skonsultowany przez neurologa. W badaniu neurologicznym stwierdzono znaczące zaniki mięśniowe zwłaszcza mięśni dłoni i tułowia, obecność fasykulacji, spastyczny niedowład kończyn dolnych, obustronnie dodatni objaw Babińskiego. Chorego był przytomny, logiczny, prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie. Na zadane pytania odpowiadał cicho, z wyraźnym wysiłkiem oddechowym. Konsultujący neurolog zapytał chorego czy zna rozpoznanie i czy jest świadomy rokowania. Chorego odpowiedział twierdząco. Neurolog zapytał czy pacjent rozważał zastosowanie inwazyjnej wentylacji mechanicznej oraz czy wyraża na nie zgodę. Chorego odpowiedział że przemyślał temat i nie wyraża zgody na zastosowanie tej terapii. Pacjent został zapytany czy jest świadomy faktu że odstępnie od wentylacji mechanicznej doprowadzi do jego śmierci w nieodległej przyszłości. Chorego odpowiedział twierdząco. W obecności dwóch świadków pacjent ustnie odmówił przyjęcia do szpitala (z uwagi na znaczące zaniki mięśni dłoni złożenie własnoręcznego podpisu było niemożliwe). Żona chorego twierdziła iż nie jest on logiczny i groziła zgłoszeniem sprawy do prokuratury oraz Rzecznika Praw Pacjenta. Chorego został przewieziony do miejsca zamieszkania karetką transportową. Zmarł nazajutrz.

Komentarz

Stwardnienie zanikowe boczne to rzadka choroba neurodegeneracyjna zajmująca górny i dolny neuron ruchowy. Według danych epidemiologicznych dotyczy ona ok. 2-10 osób na 100 000 mieszkańców. W wyniku procesu zwyrodnieniowego w jej przebiegu uszkodzeniu ulegają komórki rogów przednich rdzenia kręgowego, jądra nerwów czaszkowych oraz neurony drogi piramidowej [1].

Choroba rozpoczyna się klinicznie pod postacią jednego z trzech zespołów objawowych. Najczęściej występuje postać kończynowa – w przebiegu której pierwszymi objawami są narastające osłabienie i zanik mięśni jednej kończyny górnej, następnie objawy obejmują przeciwległą kończynę górną, a w kolejnym etapie zajmują kończyny dolne. W 28% przypadków choroba rozpoczyna się pod postacią zespołu opuszkowego – u pacjenta występują zaburzenia mowy o typie dyzartrii oraz dysfagia [2]. Najrzadziej, bo tylko w 1-2% przypadków pierwszymi symptomami choroby są zaburzenia oddechowe wynikające z osłabienia mięśni

Od negacji do akceptacji – postawy pacjentów neurologicznych wobec roz śmiertelnej choroby

oddechowych – jest to postać choroby o najgorszym rokowaniu [2]. Dotychczas nie opracowano skutecznego leczenia przyczynowego SLA. Stosowane są leki spowalniające przebieg choroby - riluzol oraz edarawon [3]. Najistotniejszym problemem klinicznym u chorych z SLA są zaburzenia oddechowe. Pojawiają się one w trakcie progresji choroby także u pacjentów, u których początkowo nie występowało osłabienie mięśni oddechowych [4]. Podstawową terapią zaburzeń oddechowych jest nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (angl. *non-invasive ventilation* - NIV) [5]. W wyniku progresji choroby dochodzi do narastania niewydolności oddechowej, przez co NIV staje się nieskuteczna. Na tym etapie konieczne jest zastosowanie inwazyjnej wentylacji mechanicznej (angl. *invasive ventilation* - IV). Według wytycznych Amerykańskiej Akademii Neurologii wskazania do wdrożenia IV u pacjenta obejmują niemożność utrzymania SpO₂ >90% i pCO₂ < 50 mmHg podczas oddychania spontanicznego oraz brak skutecznego kaszlu, co uniemożliwia usunięcie wydzieliny z drzewa oskrzelowego [6]. Inwazyjna wentylacja mechaniczna wymaga utworzenia sztucznych dróg oddechowych, czyli wykonania tracheostomii. Jest to zabieg inwazyjny – do jego przeprowadzenia niezbędne jest wyrażenie przez pacjenta świadomej zgody. Zastosowanie inwazyjnej wentylacji mechanicznej znacząco wpływa na funkcjonowanie zarówno pacjenta jak i jego rodziny. Opiekun pacjenta musi zostać przeszkolony. Rodziny pacjenta niejednokrotnie decydują się na zatrudnienie wykwalifikowanej osoby do opieki lub umieszczenie chorego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym [7].

Omawiany pacjent w pełni zaakceptował swoją chorobę. W procesie akceptacji istotnym czynnikiem było wykształcenie chorego – jako lekarz weterynarii rozumiał istotę schorzenia, dzięki czemu przyjęcie informacji przekazywanych przez lekarzy było łatwiejsze. Chory w sposób w pełni świadomy zrezygnował z inwazyjnej wentylacji mechanicznej, która wiązałaby się dla niego z dyskomfortem. Pacjent wykorzystał prawo do decydowania o terapii lub jej zaprzestaniu. Tego typu decyzje chorych powinny zawsze zostać uszanowane. W omawianym przypadku żona pacjenta nie akceptowała choroby. Jej mechanizmem obronnym było wyparcie. Poszukiwała innego wytłumaczenia stanu zdrowia męża. Jej emocjonalna reakcja w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wynikała z braku przystosowania do sytuacji w której się znalazła.

OPIS PRZYPADKU 2

Pacjent l. 65, z wykształcenia inżynier, zgłosił się na Izbę Przyjęć z powodu podwójnego widzenia utrzymującego się od pięciu tygodni. Chory przedstawił skierowanie do oddziału neurologicznego wystawione dwa tygodnie wcześniej przez lekarza okulistę z dopiskiem

Od negacji do akceptacji – postawy pacjentów neurologicznych wobec roz śmiertelnej choroby

„pilnie”. Pacjent zwlekał z wizytą u lekarza, następnie ze zgłoszeniem się do szpitala w nadziei że objawy ustąpią samoistnie. Chory od 4 lat leczony był z powodu raka nosogardła (histopatologicznie - rak płaskonabłonkowy). Pacjent został poddany leczeniu operacyjnemu – z uwagi na lokalizację zmiany radykalny zabieg był niemożliwy. U chorego zastosowano uzupełniającą radio- i chemioterapię. Po roku z powodu nawrotu choroby chory ponownie przeżył radioterapię. Z uwagi na brak możliwości żywienia doustnego u pacjenta wykonano przezskórną gastrostomię endoskopową (angl. *percutaneous endoscopic gastrostomy* - PEG). Przez dwa lata stan chorego był stabilny, niestety po tym okresie doszło do miejscowej wznowy nowotworu, pojawiły się także przerzuty do węzłów chłonnych przestrzeni zagardłowej oraz przestrzeni przygardłowej. U chorego zastosowano radioterapię paliatywną. Pacjent nie wyraził zgody na pobyt w hospicjum stacjonarnym. Lekarz prowadzący wystawił skierowanie do hospicjum domowego, pacjent jednak nie zarejestrował się do kolejki oczekujących na tą opiekę. Chory mieszkał sam, zakupy i podstawowe czynności dnia codziennego wykonywała dla niego sąsiadka.

W przeglądowym TK głowy wykonanym w SOR wykazano zmianę ogniskową w prawym płacie skroniowym, otoczoną rozległą strefą obrzęku. Pacjent został przyjęty do Oddziału Neurologicznego. Dwufazowe badanie RM głowy potwierdziło obecność ogniska przerzutowego w prawym płacie skroniowym. W badaniu wykazano ponadto nieregularne pogrubienie błony śluzowej nosogardła z cechami nacieku dołu podskroniowego prawego, dołu skrzydłowo-podniebiennego prawego oraz destrukcją kostną. W trakcie hospitalizacji pacjent konsultowany był przez neurochirurga i specjalistę radioterapii. Chory nie został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego z uwagi na lokalizację zmiany i złe rokowanie z powodu zaawansowania choroby podstawowej. Odstąpiono także od radioterapii z powodu zastosowania łącznie maksymalnych dawek promieni na okolicę pnia mózgu w trakcie poprzednich cykli leczenia. Pacjent wielokrotnie pytał lekarza prowadzącego o możliwości dalszego leczenia – mimo udzielanej informacji o braku możliwości leczenia przyczynowego i konieczność opieki paliatywnej chory codziennie ponawiał to samo pytanie. Pacjent podczas hospitalizacji został objęty opieką psychologa. Pacjent nie wyraził zgody na skierowanie do hospicjum stacjonarnego. Odmówił także córce która zaproponowała aby zamieszkał u niej. Chory został odwieziony do miejsca zamieszkania.

Komentarz

Rak nosogardła jest rzadkim nowotworem złośliwym, który pierwotnie lokalizuje się w części nosowej gardła. Pod względem częstości występowania jest on dwudziestym trzecim

Od negacji do akceptacji – postawy pacjentów neurologicznych wobec roz- śmiertelnej choroby

nowotworem na świecie. Według danych epidemiologicznych w Polsce stanowi on 0,3% wszystkich nowotworów złośliwych. Wyższa zapadalność odnotowywana jest w krajach Azji Południowo-Wschodniej, Afryki i Arktyki. Pod względem histopatologicznym najczęściej spotykanymi typami są rak płaskonabłonkowy, rak gruczołowy oraz rak niezróżnicowany. Rak nosogardła cechuje się wysoką złośliwością miejscową. Rozrost procesu nowotworowego ku górze od części nosowej gardła powoduje zajęcie podstawy czaszki oraz poprzez znajdujące się w niej otwory nacieki nerwów czaszkowych. Średnie 5-letnie przeżycie pacjentów wynosi od 15 do 45%. Leczenie pacjentów z rakiem nosogardła w IV stadium choroby oraz w przypadku wystąpienia wznowy jest mało skuteczne pomimo stosowania skojarzonych metod terapeutycznych [8, 9].

Według danych epidemiologicznych przerzuty do mózgu występują u jednej piątej pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową. Najczęstszym źródłem przerzutów do mózgu jest rak płuca stanowiący przyczynę 20% wszystkich ognisk przerzutowych. Inne nowotwory często powodujące przerzuty do mózgu to czerniak (6,9%), rak nerki (6,5%), rak piersi (5,1%) i rak jelita grubego (1,8%) [10, 11].

Przerzuty do mózgu mogą dawać różnorodne, zależne od lokalizacji ogniska, objawy neurologiczne wynikające z powiększającej się masy guza i towarzyszącego obrzęku. Według danych z literatury ogniskowe objawy neurologiczne występują u 20–40% pacjentów z przerzutami do mózgu. Inne objawy przerzutów do mózgu to bóle głowy, upośledzenie funkcji poznawczych, napady drgawkowe [11]. Niezależnie od charakteru nowotworu pierwotnego pojawienie się przerzutów do mózgu wiąże się ze złym rokowaniem [12].

Omawiany pacjent nie akceptował swojej choroby. Mimo upływu czasu i progresji choroby nieustannie wypierał niepomyślne rokowanie. W jego mechanizmie obronnym można odnaleźć także elementy racjonalizacji – chory oczekiwał znalezienia innej formy leczenia. Zwlekanie z wizytą u lekarza w sytuacji wystąpienia podwójnego widzenia, a następnie opóźnianie zgłoszenia się do szpitala ze skierowaniem podyktowane były nadzieją na wycofanie się objawów. Pacjent ponadto za wszelką cenę chciał pozostać samodzielny – nie wyrażał zgody na opiekę paliatywną w hospicjum stacjonarnym ani w ramach hospicjum domowego, odrzucił także propozycję zamieszkania u córki.

DYSKUSJA

Pojęcie mechanizmów obronnych zostało wprowadzone do psychologii przez Sigmunda Freuda uznawanego za ojca psychoanalizy. Współcześnie uznaje się że są one

Od negacji do akceptacji – postawy pacjentów neurologicznych wobec roz śmiertelnej choroby

automatyczną odpowiedzią na stres i mają charakter indywidualny [13, 14]. Mechanizmy obronne zostały zdefiniowane w załączniku B do klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM IV (angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) jako działające automatycznie procesy psychologicznymi, które chronią jednostkę przed niepokojem [15]. Dzięki mechanizmom obronnym chory ma wrażenie kontroli nad swoją sytuacją zdrowotną. Niestety zbyt silne mechanizmy obronne zwłaszcza pod postacią wyparcia mogą przynosić choremu negatywne konsekwencje – rezygnacja z wykwalifikowanej pomocy lub wsparcia najbliższych, odrzucanie sugestii lekarzy prowadzących. W optymalnej sytuacji końcową fazą procesu akceptacji choroby powinno być konstruktywne przystosowanie się. Dzięki temu pacjent mobilizuje się do współpracy w terapii. Pełna akceptacja choroby ułatwia także podejmowanie przemyślanych decyzji życiowych w tym o ewentualnej rezygnacji z terapii uporczywej.

PODSUMOWANIE

Proces akceptacji niepomyślniej diagnozy jest wieloetapowy i indywidualny. U wielu chorych i ich rodzin mechanizmy obronne są tak silne, że uniemożliwiają konstruktywną współpracę z lekarzem.

PIŚMIENNICTWO

1. Wolfson C, Gauvin DE, Ishola F, Oskoui M. Global Prevalence and Incidence of Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Systematic Review. *Neurology Journals*, 2023, 101(6), 613-623.
2. Longinetti E, Fang F. Epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis: an update of recent literature. *Current Opinion in Neurology*, 2019, 32(5), 771-776.
3. Brooks BR, Berry JD, Ciepielewska M, Liu Y, Zambrano GS et al. Intravenous edaravone treatment in ALS and survival: An exploratory, retrospective, administrative claims analysis. *EclinicalMedicine*, 2022, 52, 101590.
4. Feldman EL, Goutman SA, Petri S, Mazzini L, Savelieff MG et al. Amyotrophic lateral sclerosis. *The Lancet*, 2022, 400, 1363–1380.
5. Sales de Campos P, Olsen WL, Wymer JP, Smith BK. Respiratory therapies for Amyotrophic Lateral Sclerosis: A state of the art review. *Chronic Respiratory Disease*, 2023, 20, 14799731231175915.

6. Miller RG, Jackson CE, Kasarskis EJ, England JD, Forshe D, et al. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter update: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: drug, nutritional, and respiratory therapies (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology Journals*, 2009, 13, 73(15), 1218-1226.
7. Butna K., Pyszora A, Adamczyk A, Krajnik M. Practical aspects of nursing care provided to patients diagnosed with amyotrophic lateral sclerosis receiving home mechanical ventilation. *Palliative Medicine in Practice*, 2021, 15, 1, 42–52.
8. Bosetti C, Carioli G, Santucci C, Bertuccio P, Gallus S, et al. Global trends in oral and pharyngeal cancer incidence and mortality. *International Journal of Cancer*, 2020, 15, 147(4), 1040-1049.
9. Krawczyk P., Osuch-Wójcikiewicz E., Majszyk D., Bruzgielewicz A., Niemczyk K. Treatment of advanced laryngeal and laryngopharyngeal cancer - literature review and the author's own experience. *Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny*, 2018, 7(2), 25-30.
10. Sacks P, Rahman M. Epidemiology of Brain Metastases. *Neurosurgery Clinics of North America*, 2020, 31(4), 481-488.
11. Noh T, Walbert T. Brain metastasis: clinical manifestations, symptom management, and palliative care. *Handbook of Clinical Neurology*, 2018, 149, 75-88.
12. Boire A, Brastianos PK, Garzia L, Valiente M. Brain metastasis. *Nature Reviews Cancer*, 2020, 20(1), 4-11.
13. Cramer P. Understanding Defense Mechanisms. *Psychodynamic Psychiatry*, 2015, 43(4), 523-526.
14. Békés V, Starrs CJ, Perry JC, Prout TA, Conversano C, et al. Defense mechanisms are associated with mental health symptoms across six countries. *Research in Psychotherapy*, 2023, 31, 26(3), 729.
15. DeFife JA, Hilsenroth MJ. Clinical utility of the Defensive Functioning Scale in the assessment of depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005, 193(3), 176-182.

ZESPÓŁ PRZEWLEKŁEGO ZMĘCZENIA A ZMĘCZENIE ZWIĄZANE Z NOWOTWOREM

Paulina Zegarska

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

WSTĘP

Zespół przewlekłego zmęczenia (*Chronic Fatigue Syndrome*, CFS) oraz zmęczenie związane z nowotworem (*Cancer-Related Fatigue*, CRF) to dwa odrębne zespoły zmęczenia, w których wyróżniono kilka wspólnych cech w zakresie:

- objawów,
- potencjalnych mechanizmów wystąpienia i zaostrzenia choroby;
- zajęcia obwodowego układu nerwowego i ośrodkowego układu nerwowego;
- negatywnego wpływu na jakość życia;
- konotacji percepcji zmęczenia z ryzykiem wystąpienia istotnego błędu w praktyce klinicznej [1].

CFS, znany również jako Myalgic Encephalomyelitis (ME), to schorzenie charakteryzujące się intensywnym zmęczeniem, które nie ustępuje po odpoczynku i trwa przez co najmniej sześć miesięcy. Towarzyszą mu różnorodne objawy, takie jak bóle mięśniowe, problemy ze snem, zaburzenia pamięci i koncentracji, bóle gardła oraz powiększenie węzłów chłonnych [1].

CRF to stan przewlekłego zmęczenia doświadczanego przez pacjentów z chorobą nowotworową, zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu. Zmęczenie to nie jest proporcjonalne do wysiłku fizycznego, nie ustępuje po odpoczynku i jest często bardziej wyczerpujące niż zmęczenie doświadczane przez zdrowe osoby. Objawy CRF mogą obejmować osłabienie, wyczerpanie, problemy ze snem, brak energii oraz obniżony nastrój. Celem niniejszej pracy jest porównanie zespołów CFS i CRF pod kątem symptomatologii, etiopatogenezy oraz implikacji klinicznych [2].

PORÓWNANIE SYMPTOMATOLOGII CFS I CRF

Zarówno CFS jak i CRF charakteryzuje podobny obraz kliniczny, który obejmuje zmęczenie, zaburzenia nastroju, zaburzenia snu oraz zaburzenia neurokognitywne (Ryc 1).

Zespół przewlekłego zmęczenia a zmęczenie związane z nowotworem

	CFS	CRF
ZMĘCZENIE	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓
OBNIŻENIE ZDOLNOŚCI WYSIŁKOWYCH	✓ ✓ ✓	✓
PROBLEMY Z KONCENTRACJĄ	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓
ZMNIEJSZENIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓
ZABURZENIA SNU	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓
ZABURZENIA EMOCJONALNE/ NEUROKOGNITYWNE	✓ ✓ ✓	✓ ✓
BÓL FIZYCZNY	✓ ✓	✓ ✓ ✓

Rycina 1. Podobieństwo objawów CFS i CRF

Zmęczenie

Przewlekłe zmęczenie nie jest proporcjonalne do wysiłku fizycznego i nie ustępuje po odpoczynku. W przypadku CFS zmęczenie jest często bardziej nasilone i trwa przez co najmniej sześć miesięcy, stanowiąc jedno z kryteriów diagnostycznych tej choroby. W CRF zmęczenie może być bardziej zmienne i często związane jest z leczeniem przeciwnowotworowym [3].

Zaburzenia nastroju

Dominującymi zaburzeniami nastroju są depresja i lęk, które wpływają na nasilenie zmęczenia oraz ogólną jakość życia pacjentów. W CFS zaburzenia nastroju mogą wynikać z frustracji związanej z brakiem diagnozy lub skutecznego leczenia, a także z izolacji społecznej. W CRF depresja i lęk mogą być bezpośrednio związane z diagnozą nowotworu, obciążeniami leczenia oraz obawami o przyszłość [3].

Problemy ze snem

Problemy ze snem, takie jak bezsenność, częste budzenie się w nocy, zaburzenie rytmu okołodobowego są wspólne dla obu zespołów. W CFS problemy ze snem często obejmują trudności z zasypianiem oraz niespokojny sen, co może być wynikiem bólu mięśniowego lub bólu głowy. W CRF zaburzenia snu mogą być związane z objawami nowotworu, jego leczeniem oraz reakcją stresową [3].

Zaburzenia Neurokognitywne

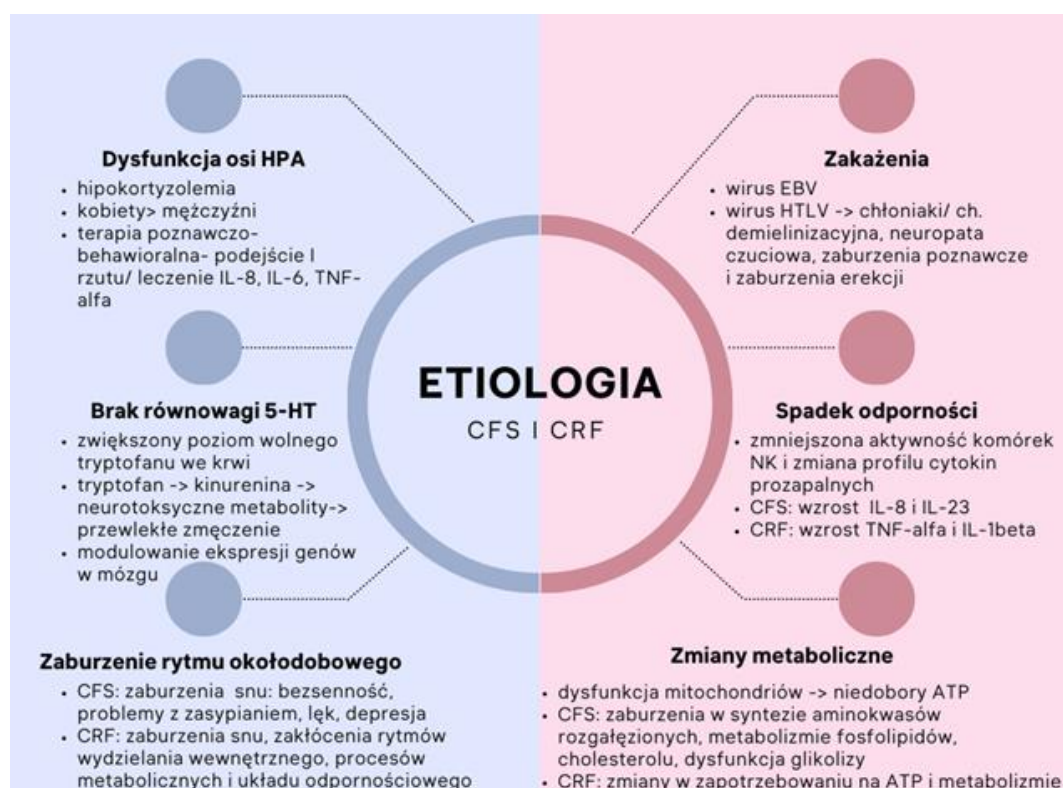
Zaburzenia neurokognitywne określane jako „mgła mózgowa”, obejmują problemy z koncentracją, pamięcią i przetwarzaniem informacji, a także utrudniają codzienne

Zespół przewlekłego zmęczenia a zmęczenie związane z nowotworem

funkcjonowanie. W CFS „mgła mózgowa” jest zwykle bardziej przewlekła i uporczywa, w CRF zaburzenia neurokognitywne mogą być bardziej zmienne, związane z cyklami leczenia i etapami choroby [3].

PORÓWNANIE MECHANIZMÓW ETIOPATOGENETYCZNYCH

Prawdopodobne mechanizmy leżące u podstaw etiopatogenezy obu chorób obejmują kilka mechanizmów. Oba zespoły są związane z dysfunkcją osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA), co prowadzi do zaburzeń hormonalnych i niewłaściwej odpowiedzi na stres. W CFS dysfunkcja osi HPA objawia się często zmniejszoną produkcją kortyzolu, podczas gdy w CRF jest często wynikiem leczenia. Zarówno w CFS, jak i CRF występują zaburzenia w szlakach serotoninowym i noradrenergicznym, przyczyniając się do zaburzeń nastroju, snu i zmęczenia. Częstością implikacją braku równowagi serotoninowej jest depresja, zaburzenia rytmu okołodobowego oraz zmęczenie [4].



Rycina 2. Etiopatogeneza CFS i CRF

Ponadto w obu chorobach stwierdza się zaburzenia immunologiczne, takie jak dysregulacja szlaku RNazy L, nadczynność szlaku NF- κ B (ang. nuclear factor- κ B), zwiększony stres oksydacyjny i obniżoną cytotoxycywność komórek NK (ang. Natural Killers) co

dodatkowo osłabia odpowiedź immunologiczną [5]. W obu zespołach występują również zmiany na poziomie energetycznym komórki, w tym zmniejszona aktywność mitochondrialna i produkcja ATP, co prowadzi do chronicznego zmęczenia. Te mechanizmy, choć mają wspólne cechy, różnią się w kontekście etiologicznym: w CFS są często wynikiem chronicznego stresu, natomiast w CRF są związane z obecnością nowotworu i jego leczeniem [6]. Wyniki obrazuje Rycina 2.

WNIOSKI

Mimo podobnego obrazu klinicznego należy pamiętać że oba zespoły CFS/CRF to heterogenne i złożone stany kliniczne, które mogą być wypadkową współdziałania różnych czynników. Dlatego dla prawidłowego rozpoznania i postępowania klinicznego należy przeprowadzać precyzyjną diagnostykę różnicową oraz mieć na uwadze kontekst etiologiczny, demograficzny oraz indywidualną historię choroby pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Rusin A., Seymour C., Cocchetto A., Mothersill C.: Commonalities in the Features of Cancer and Chronic Fatigue Syndrome (CFS): Evidence for Stress-Induced Phenotype Instability? *International Journal of Molecular Sciences*, 2022, 23(2), 691.
2. Park H. Y., Jeon H. J., Bang Y. R., Yoon I. Y.: Multidimensional Comparison of Cancer-Related Fatigue and Chronic Fatigue Syndrome: The Role of Psychophysiological Markers. *Psychiatry Investigation*, 2019, 16(1), 71-79.
3. Jason L.A., Torres-Harding S.R., Carrico A.W., Taylor R.R.: Symptom Occurrence in Persons with Chronic Fatigue Syndrome. *Biological Psychology*, 2002, 59(1), 15–27.
4. Dimeo F., Schmittel A., Fietz T., Schwartz S., Kohler P., Mertelsmann R., Keul J.: Physical Performance, Depression, Immune Status and Quality of Life in Patients with Cancer-Related Fatigue: Randomized Controlled Trial of Exercise Training. *Journal of Clinical Oncology*, 2004, 22(4), 698–703.
5. Bower J.E., Ganz P.A., Irwin M.R., Arevalo J.M., Cole S.W.: Fatigue and Gene Expression in Breast Cancer Survivors: An Exploratory Study. *Psychoneuroendocrinology*, 2011, 36(7), 1020–1028.
6. Raison C.L., Miller A.H.: When Not Enough Is Too Much: The Role of Insufficient Glucocorticoid Signaling in the Pathophysiology of Stress-Related Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160(9), 1554–1565.

WYBRANE PROBLEMY W OPIECE NAD CHORYMI



**SATYSFAKCJA Z ŻYCIA KOBIET
W OKRESIE OKOŁO I PO MENOPAUZALNYM**

**Aleksandra Kowalczyk¹, Kinga Walenda¹, Jan Małyś¹, Karol Krawiec¹,
Julia Skiba¹, Mariola Janiszewska²**

1. Studenckie Koło Naukowe MedAi przy Zakładzie Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią e-Zdrowia Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z pracownią e-Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Menopauza to nieodłączny i jednocześnie trudny moment w życiu każdej kobiety.. Zmiany hormonalne zachodzące w ciele kobiety zdecydowanie przyczyniają się do modyfikacji samooceny, utraty bądź zwiększenia satysfakcji z życia, a także wielu problemów związanych z psychiką i zdrowiem. W pierwszej chwili można nie zauważyć, iż zmiany te wynikają ze zbliżającej się menopauzy. Zaniżona samoocena, brak satysfakcji z dotychczasowego życia od 40 roku życia mogą wynikać z okresu klimakterium.

Z biologicznego punktu widzenia menopauza charakteryzuje się zmniejszeniem estrogenów w organizmie. Heldi D. Nelson definiuje menopauzę jako czas, w którym występuje zanik cyklu miesięczkowego oraz jest powodem zmniejszeniem wydzielania się hormonów (estrogenu i progesteronu) jajnikowych [1]. Najbardziej charakterystycznym objawem jest właśnie zanikanie miesiączki – to wtedy kobieta zaczyna domyślać się, że jest w trakcie menopauzy. Często kobiety myślą dość stereotypowo na temat menopauzy. Zdarza się też, że brak wiedzy na temat występujących objawów przejawia się brakiem świadomości, iż rozpoczął się okres menopauzy. Najczęściej wymieniane w literaturze objawy dotyczące menopauzy to: zaburzenia miesięczkowania [2], uderzenia gorąca, zwiększona potliwość, zwłaszcza w nocy [3], bezsenność [4]. Często są one źle interpretowane lub ignorowane. Wcześniej wymieniony brak wiedzy na temat menopauzy prowadzi do stresu i obaw związanych ze zbliżaniem się do wieku 40 lat, zaś czynniki stresogenne dążą do osiągnięcia niskiej jakości życia oraz obniżonej samooceny.

Ciężko jest stwierdzić dokładny wiek, kiedy zaczyna występować menopauza u kobiet.

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym

Dużo zależy przede wszystkim od zdrowia i organizmu kobiety. Głównie jest to przedział między 42 lata [5] a 52 lata [6].

CEL PRACY

Celem głównym pracy było zbadanie związku pomiędzy samooceną a satysfakcją z życia kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia 2021 do kwietnia 2021 w formie internetowej. W badaniu wzięło udział 99 kobiet. Najmłodsza respondentka miała 36 lat, zaś najstarsza 72 lata. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zaś technika badawcza to ankietowanie. Kwestionariusz ankiety składał się z pięciu części. Pierwsza część odnosiła się do samooceny i jej komponentów badanych kobiet (pytania: 1-7). Druga część dotyczyła menopauzy, jej przebiegu, a także objawów (pytania: 8-13). W trzeciej części respondentki miały możliwość określić swoją satysfakcję z życia (pytania: 14-17). Czwarta część to pytania dodatkowe (18- 21), w których zawarte były pytania na temat miesiączkowania oraz metody łagodzenia objawów menopauzy. Piąta i zarazem ostatnia część dotyczyła pytań metryczkowych, odnoszących się do wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, sytuacji materialno-ekonomicznych oraz stanu cywilnego.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Analiza statystyczna wyników badania została wykonana w programie IBM SPSS Statistics 26. Zależności między zmiennymi przedstawiono w formie tabel krzyżowych. Posłużono się w nich testem Chi-2 oraz współczynnikiem korelacji V Cramera.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

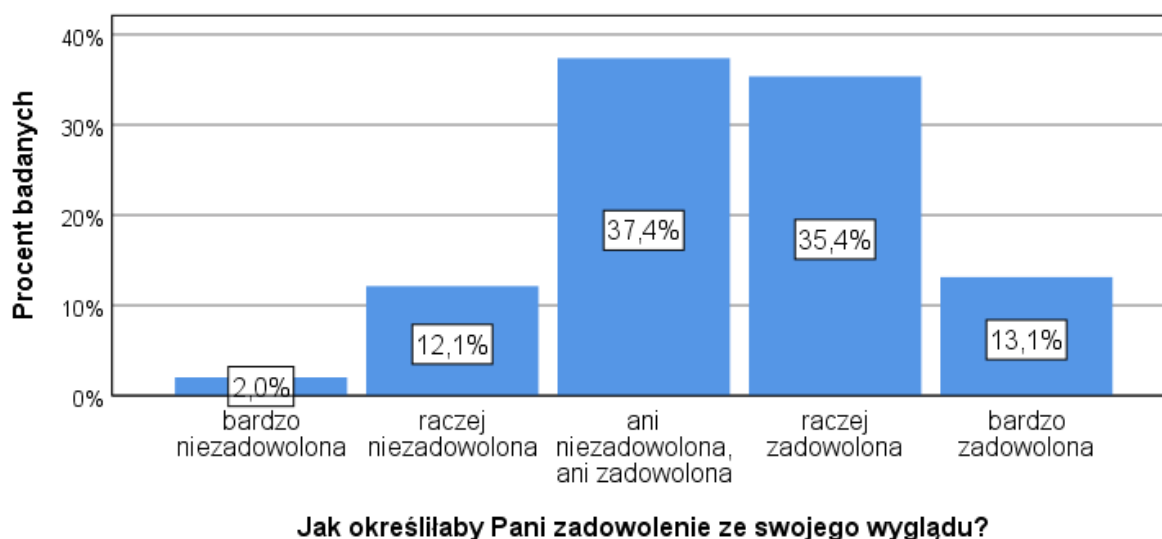
W badaniu udział wzięło 99 respondentek w wieku około lub po menopauzalnym. Dane wskazują, że respondentki były w wieku od 36 do 72 lat. Średnia wieku wyniosła nieco ponad 51 lat. Większość respondentek (67,7%) mieszka w mieście. Z kolei mieszkanki wsi stanowią pozostałe 32,3% badanych kobiet. Blisko połowa respondentek (48,5%) ma wykształcenie wyższe. Z kolei co trzecia (34,3%) posiada wykształcenie średnie, a 16,2% zawodowe. Jedna z respondentek ma wykształcenie podstawowe. Nieco ponad połowa respondentek dobrze (54,5%) ocenia swoją sytuację materialno-ekonomiczną. Z kolei 29,3% badanych ma

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym

przeciętną, a 16,2% bardzo dobrą sytuację ekonomiczną. Aż 3 na 4 respondentki (75,5%) są zamężne. Z kolei 13,3% jest w związku partnerskim, a po 5,1% to panny lub wdowy. Jedna z badanych kobiet jest rozwódką. Aż 3 na 4 respondentki (76,8%) są aktywne zawodowo. Pozostałe 23,2% nie pracuje. Większość respondentek (707,%) dobrze ocenia swoje zdrowie. Z kolei 22,2% ocenia je bardzo dobrze. Zły jest stan zdrowia 6,1% respondentek, a bardzo zły 1%. Większość respondentek (71,7%) posiada dzieci. Najwięcej (35,4%) ma dwoje dzieci. Nieco mniej ma troje (16,2%) dzieci lub jedno dziecko (14,1%). Pozostałe 6,1% ma natomiast więcej niż troje dzieci.

WYNIKI

Analizując samoocenę atrakcyjności fizycznej nieco ponad połowa respondentek (56,1%) wskazała, że uważa siebie za kobiety atrakcyjne fizycznie. Z kolei 20,4% uważa, że jest nieatrakcyjna, a 23,5% nie potrafi tego ocenić.



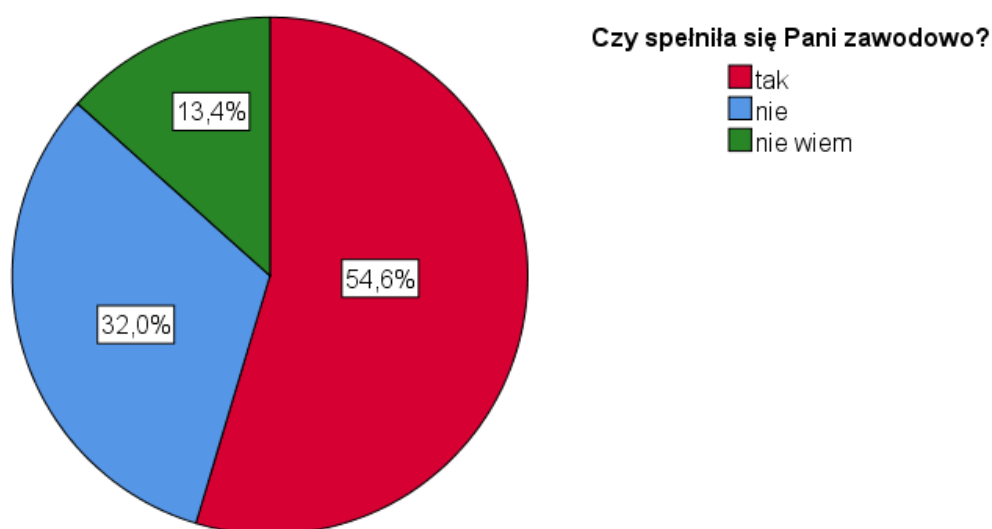
Rycina 1. Zadowolenie z własnego wyglądu, Źródło: badanie własne

Najwięcej badanych kobiet jest przeciętnie zadowolonych ze swojego wyglądu (37,4%) lub raczej zadowolonych ze swojego wyglądu (35,4%). Mniej liczne są kobiety raczej niezadowolone (12,1%) lub bardzo zadowolone (13,1%). Pozostałe 2% badanych jest bardzo niezadowolonych ze swojego wyglądu.

Biorąc pod uwagę duchowość (charakter/temperament), umiejętności, wygląd fizyczny 49% respondentek uważa siebie za atrakcyjne kobiety, a 45,9% uważa siebie za przeciętnie atrakcyjne kobiety. Pozostałe 5,1% ocenia siebie jako kobiety nieatrakcyjne.

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym

Większość respondentek (63,6%) jest zadowolonych ze swojego życia. Z kolei 11,1% jest z niego niezadowolonych, a co czwarta badana (25,3%) nie potrafi tego jednoznacznie ocenić. Mniej niż połowa respondentek (42,3%) uważa, że osiągnęła w życiu to co chciała osiągnąć. Odmiennego zdania jest co trzecia badana (34%), a pozostałe 23,7% nie potrafi tego jednoznacznie ocenić.



Rycina 2. Spełnienie zawodowe, Źródło: badanie własne

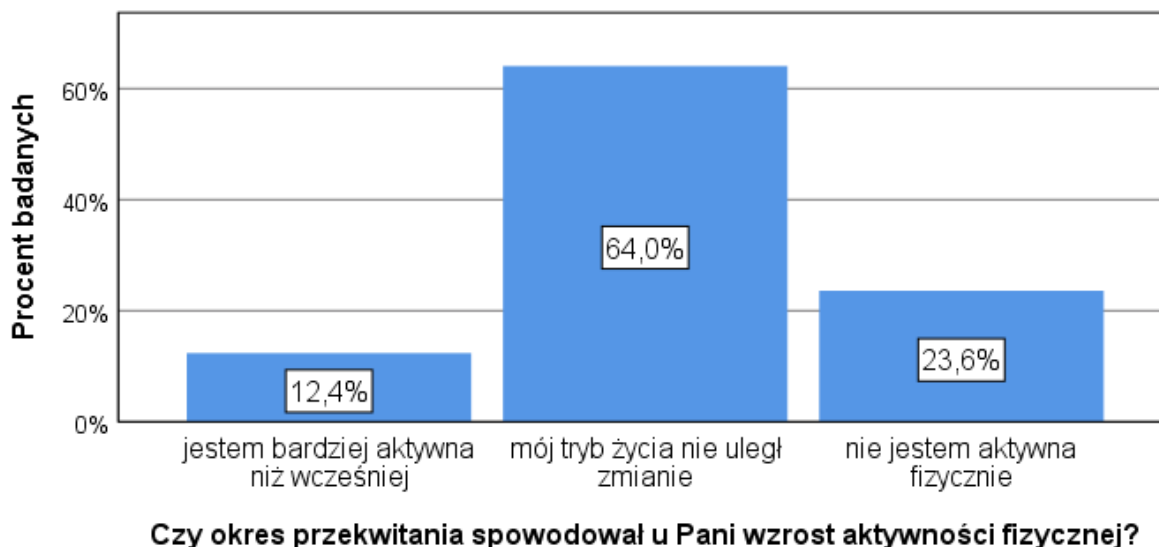
Nieco ponad połowa respondentek (54,6%) spełniła się zawodowo. Z kolei co trzecia (32%) uważa się za osobę niespełnioną zawodowo. Pozostałe 13,4% nie ma zdania na ten temat.

Aż 87,5% respondentek uważa, że zdrowie miało duży wpływ na ich dotychczasowe życie. Z kolei 5,2% jest zdania, że wpływ zdrowia był niewielki, a pozostałe 7,3% nie ma zdania w omawianej kwestii (Rycina 3).

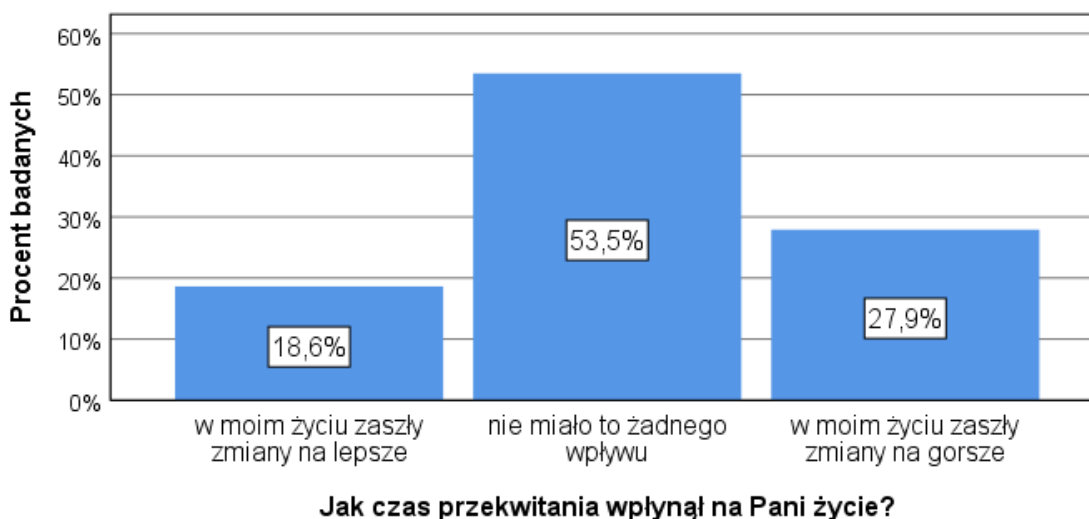
Aż 2 na 3 badane kobiety (64%) nie zauważyły zmiany aktywności fizycznej w okresie przekwitania. Z kolei 23,6% nie jest już aktywnych fizycznie, a zaledwie 12,4% jest bardziej aktywnych, niż wcześniej. Respondentki aktywne fizycznie pytane o najczęstsze formy aktywności wskazywały głównie jazdę na rowerze (42,3%), a rzadziej: fitness i siłownię (19,2), bieganie (7,7%) oraz pływanie (3,8%). Inne formy aktywności fizycznej najczęściej uprawia pozostałe 26,9% badanych kobiet (Rycina 4).

Nieco ponad połowa respondentek uważa, że czas przekwitania ogólnie rzecz biorąc nie miał wpływu na ich życie. Z kolei nieco więcej uważa, że w tym czasie w ich życiu zaszły zmiany na gorsze (27,9%), niż ze zaszły zmiany na lepsze (18,6%).

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym



Rycina 3. Zmiana aktywności fizycznej w okresie przekwitania, Źródło: badanie własne



Rycina 4. Ogólna ocena wpływu czasu przekwitania na życie, Źródło: badanie własne

Rozpatrując szczegółowo zmiany w różnych aspektach życia związane z czasem przekwitania okazało się, że dokładnie tyle samo badanych (po 21,2%) uważa, że ich relacje z mężem/partnerem poprawiły się lub, że pogorszyły się. Również dokładnie tyle samo (po 10,1%) uważa, że w ich pracy zaszły zmiany na lepsze lub na gorsze. Natomiast nieco więcej uważa, że w relacjach z dziećmi zaszły zmiany na lepsze (16,2%), niż że zaszły zmiany na gorsze (11,1%).

Również analiza kolejnego pytania potwierdza, że większość respondentek (56%) nie doświadczyła zmian w relacjach z mężem w okresie menopauzy. Niemal tyle samo badanych

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym

uważa, że menopauza wpłynęła w taki sposób, że respondentka i mąż są sobie bliższy niż kiedykolwiek (22,6%) co, że wpłynęła w taki sposób, że cierpi na tym małżeństwo, ponieważ oddalają się od siebie (21,4%).

Tabela 1. Najczęstsze dolegliwości związane z przekwitaniem

Jakie dolegliwości związane z przekwitaniem najczęściej występują?	Odpowiedzi		% obserwacji
	N	%	
Nerwowość	41	15,0%	41,4%
Drażliwość	38	13,9%	38,4%
Uczucie zmęczenia/ brak energii	31	11,3%	31,3%
Ból głowy	26	9,5%	26,3%
Nadmierna pobudliwość, trudności z zasypianiem	24	8,8%	24,2%
Trudności z koncentracją	20	7,3%	20,2%
Problemy z miesiączkowaniem	20	7,3%	20,2%
Uczucie przewlekłego smutku/ depresja	16	5,8%	16,2%
Ataki płaczu	13	4,7%	13,1%
Bóle mięśni, stawów	13	4,7%	13,1%
Uczucie napięcia	10	3,6%	10,1%
Kołatanie serca, zawroty głowy, omdlenia	10	3,6%	10,1%
Utrata zainteresowania życiem płciowym	7	2,6%	7,1%
Utrata zainteresowań	3	1,1%	3,0%
Utrata czucia w rękach/ stopach	2	0,7%	2,0%
Ogółem	274	100,0%	276,8%

% obserwacji nie sumują się do 100, ponieważ respondentki mogłyby wskazać więcej niż jedną odpowiedź, Źródło: badanie własne

Respondentki pytane o najczęstsze dolegliwości związane z przekwitaniem wskazywały głównie na: nerwowość (41,4%) oraz drażliwość (38,4%), a w dalszej kolejności na uczucie zmęczenia / brak energii (31,3%). Co czwartej respondentce doskwiera ból głowy (26,3%) lub nadmierna pobudliwość, trudności z zasypianiem (24,2%), a co piątej osobie trudności z koncentracją (20,2%) lub problemy z miesiączkowaniem (20,2%). Na inne dolegliwości wskazała mniej, niż co piąta badana osoba. Niemal połowa badanych (46,5%) nieregularnie miesiączkuje. Pozostałe 53,5% nie ma nieregularnych miesiączek.

Co czwarta respondentka (25,3%) nie stosowała żadnej z metod łagodzenia objawów menopauzy. Najwięcej stosowało terapię ziołową (24,2%) lub dietę (21,2%), a nieco mniej: spotkania z psychologiem (16,2%), ćwiczenia fizyczne (16,2%) lub hormonoterapię (11,1%). Najmniej wskazało na zabiegi kosmetyczne (6,1%). Ponad połowa respondentek stosujących

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym

terapię łagodzenie objawów menopauzy czuje się podczas niej dobrze (63,8%). Z kolei przeciętnie czuje się 19%, a bardzo dobrze 13,8%. Żadna z kobiet nie czuje się źle, a bardzo źle czuje się 3,4%. Respondentki stosujące hormonalną terapię zastępczą najczęściej (41,7%) deklarują, że objawy menopauzy zostały zdecydowanie zmniejszone. Z kolei 27,1% nie zauważyło zmiany, a pozostałe 31,3% nie jest w stanie tego ocenić.

Tabela 2. Stan zdrowia a ogólna samoocena siebie jako kobiety

Oceniam siebie jako kobietę:	Jak ocenia Pani swoje zdrowie?						Ogółem	
	Bardzo dobrze		dobrze		(bardzo) źle			
	N	%	N	%	N	%	N	%
atrakcyjną kobietę	15	68,2%	31	44,3%	3	42,9%	49	49,5%
przeciętną/nieatrakcyjną kobietę	7	31,8%	39	55,7%	4	57,1%	50	50,5%
Ogółem	22	100,0%	70	100,0%	7	100,0%	99	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=3,957, p=0,138								

Źródło: badanie własne

Test Chi-2 nie wykazał istotnego statystycznie związku między stanem zdrowia, a ogólną samooceną siebie. Warto jednak odnotować, że znacznie więcej respondentek o bardzo dobrym zdrowiu (68,2%), niż o dobrym (44,3%) lub (bardzo) złym zdrowiu (42,9%) uważa się za atrakcyjną kobietę.

Tabela 3. Stan zdrowia a zadowolenie z życia

Czy jest Pani zadowolona ze swojego życia?	Jak ocenia Pani swoje zdrowie?						Ogółem	
	bardzo dobrze		dobrze		(bardzo) źle			
	N	%	N	%	N	%	N	%
jestem zadowolona	18	81,8%	43	61,4%	2	28,6%	63	63,6%
nie jestem zadowolona/ nie wiem	4	18,2%	27	38,6%	5	71,4%	36	36,4%
Ogółem	22	100,0%	70	100,0%	7	100,0%	99	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=7,010, p=0,030*, V Cramera=0,266								

Źródło: badanie własne

Test Chi-2 wykazał istotną statystycznie zależność a współczynnik korelacji V Cramera dosyć słabą korelację między stanem zdrowia, a zadowoleniem z życia. Im lepszy stan zdrowia, tym więcej respondentek zadowolonych z życia – od zaledwie 28,6% wśród respondentek

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym

o złym lub bardzo złym stanie zdrowia, do aż 81,8% respondentek o bardzo dobrym stanie zdrowia.

Test Chi-2 nie wykazał związku między dolegliwościami związanymi z menopauzą, a ogólną samooceną siebie jako kobiety. Test Ch-2 wykazał natomiast istotną statystycznie zależność, a współczynnik korelacji V Cramera dosyć słabą korelację między dolegliwościami związanymi z menopauzą, a zadowoleniem z życia.

Jak się okazało znacznie więcej respondentek mających niewiele dolegliwości (82,4%, niż respondentek mających wiele dolegliwości (54%) lub niemających ich wcale (53,3%) jest zadowolonych ze swojego życia.

Tabela 4. Posiadanie dzieci a zadowolenie z życia

Czy jest Pani zadowolona ze swojego życia?	Czy posiada Pani dzieci?				Ogółem	
	tak		nie			
	N	%	N	%	N	%
jestem zadowolona	45	65,2%	18	60,0%	63	63,6%
nie jestem zadowolona / nie wiem	24	34,8%	12	40,0%	36	36,4%
Ogółem	69	100,0%	30	100,0%	99	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=0,246, p=0,620						

Źródło: badanie własne

Test Chi-2 nie wykazał związku między posiadaniem dzieci a zadowoleniem z życia. Test Chi-2 nie wykazał również związku między posiadaniem dzieci, a ogólną samooceną siebie jako kobiety.

Nie stwierdzono związku między wykształceniem, a oceną siebie jako kobiety. Nie Wykazano też brak istotnego związku między stanem cywilnym, a samooceną siebie jako kobiety. Warto jednak zauważyć, że znacznie więcej respondentek niezamężnych (60%), niż zamężnych (45,9%) uważa się za atrakcyjną kobietę.

Test Chi-2 wykazał istotną statystycznie zależność, a współczynnik V Cramera umiarkowanie silną korelację między sytuacją materialno-ekonomiczną, a samooceną siebie jako kobiety.

Im lepsza sytuacja materialna, tym większy odsetek badanych uważających siebie za kobietę atrakcyjną – od zaledwie 24,1% kobiet o przeciętnej sytuacji materialno-ekonomicznej, poprzez 48,1% o dobrej sytuacji materialno-ekonomicznej, do 100% wśród respondentek o bardzo dobrej sytuacji materialno-ekonomicznej.

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym

Tabela 5. Sytuacja materialno-ekonomiczna a ogólna samoocena siebie jako kobiety

Oceniam siebie jako kobietę:	Sytuacja materialno-ekonomiczna						Ogółem	
	bardzo dobra		dobra		przeciętna			
	N	%	N	%	N	%	N	%
atrakcyjną kobietę	16	100,0%	26	48,1%	7	24,1%	49	49,5%
przeciętną / nieatrakcyjną kobietę	0	0,0%	28	51,9%	22	75,9%	50	50,5%
Ogółem	16	100,0%	54	100,0%	29	100,0%	99	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=23,825, p<0,001***, V Cramera=0,491								

Źródło: badanie własne

Test Chi-2 nie wykazał związku między aktywnością zawodową, a oceną siebie jako kobiety. Warto jednak zauważyć, że nieco więcej respondentek aktywnych (52,6%), niż nieaktywnych zawodowo (39,1%) uważa siebie za kobietę atrakcyjną. Nie stwierdzono także istotnego związku między wykształceniem, a zadowoleniem z życia. Można jednak powiedzieć, że wyraźnie więcej respondentek z wykształceniem wyższym (66,7%) i średnim (67,6%), niż z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (47,1%) jest zadowolonych ze swojego życia.

Tabela 6. Miejsce zamieszkania a zadowolenie z życia

Czy jest Pani zadowolona ze swojego życia?	Miejsce zamieszkania				Ogółem	
	wieś		miasto			
	N	%	N	%	N	%
jestem zadowolona	17	53,1%	46	68,7%	63	63,6%
nie jestem zadowolona / nie wiem	15	46,9%	21	31,3%	36	36,4%
Ogółem	32	100,0%	67	100,0%	99	100,0%
Test Chi-2: Chi-2=2,258, p=0,133						

Źródło: badanie własne

Nie stwierdzono także istotnego związku między miejscem zamieszkania, a zadowoleniem z życia. Można jednak powiedzieć, że wyraźnie więcej respondentek z miast (68,7%), niż ze wsi (53,1%) jest zadowolonych ze swojego życia. Test Chi-2 nie wykazał zależności między stanem cywilnym, a zadowoleniem z życia. Można jednak powiedzieć, że nieco więcej kobiet niezamężnych (72%), niż zamężnych (60,8%) jest zadowolonych ze swojego życia.

Satysfakcja z życia kobiet w okresie około i po menopauzalnym

Tabela 7. Sytuacja materialno-ekonomiczna a zadowolenie z życia

Czy jest Pani zadowolona ze swojego życia?	Sytuacja materialno-ekonomiczna						Ogółem	
	bardzo dobra		dobra		przeciętna			
	N	%	N	%	N	%	N	%
jestem zadowolona	14	87,5%	40	74,1%	9	31,0%	63	63,6%
nie jestem zadowolona / nie wiem	2	12,5%	14	25,9%	20	69,0%	36	36,4%
Ogółem	16	100,0%	54	100,0%	29	100,0%	99	100,0%

Test Chi-2: Chi-2=19,800, p<0,001***, V Cramera=0,447

Źródło: badanie własne

Test Chi-2 wykazał istotną statystycznie zależność, a współczynnik V Cramera umiarkowanie silną korelację między sytuacją materialno-ekonomiczną, a zadowoleniem z życia. Jak się okazało im lepsza sytuacja materialno-ekonomiczna, tym większy odsetek respondentek zadowolonych ze swojego życia – od zaledwie 31% o przeciętnej sytuacji, poprzez 74,1% o dobrej sytuacji, do aż 87,5% kobiet o bardzo dobrej sytuacji materialnej, które są zadowolone ze swojego życia.

Tabela 8. Aktywność zawodowa a zadowolenie z życia

Czy jest Pani zadowolona ze swojego życia?	Czy jest Pani osobą aktywną zawodowo?				Ogółem	
	tak		nie			
	N	%	N	%	N	%
jestem zadowolona	53	69,7%	10	43,5%	63	63,6%
nie jestem zadowolona / nie wiem	23	30,3%	13	56,5%	36	36,4%
Ogółem	76	100,0%	23	100,0%	99	100,0%

Test Chi-2: Chi-2=5,261, p=0,022*, V Cramera=0,231

Źródło: badanie własne

Test Chi-2 wykazał istotną statystycznie zależność, a współczynnik korelacji V Cramera dosyć słabą korelację między aktywnością zawodową, a zadowoleniem życia. Zadowolonych z życia jest istotnie więcej badanych aktywnych (69,7%), niż nieaktywnych zawodowo (43,5%).

DYSKUSJA

Na samoocenę oraz satysfakcję z życia w okresie okołomenopauzalnym lub pomenopauzalnym zazwyczaj spogląda się w sposób subiektywny. Istnieje wiele prac,

w których bada się zarówno jakość życia w okresie menopauzy, jak i samoocenę kobiet. W badaniach tych najczęściej występują pytania związane z objawami/dolegliwościami menopauzy. Ważne są również wzmianki na temat radzenia sobie z objawami, a także zbadać co wpływa na pogorszenie/polepszenie samooceny kobiet w okresie około- lub pomenopauzalnym.

Według Zbigniewa Banaczaka i Agnieszki Sarecen: „zmiany, które towarzyszą kobietom w okresie okołomenopauzalnym, stanowią przyczynę wielu problemów zdrowotnych i psychologicznych. Wpływają także na jakość ich życia oraz samoocenę”[7].

W badaniu własnym wykazano, iż najczęstszymi objawami występującymi w okresie klimakterium są nerwowość (41,4%), drażliwość (38,4%) oraz uczucie zmęczenia/brak energii (31,3%). W badaniu B. Mroczek i wsp. najczęściej występującymi objawami menopauzy były bóle głowy o różnym nasileniu, nerwowość oraz bóle stawów [8]. Zaś Skrzypulec i wsp. ukazali w badaniach, iż są to uderzenia gorąca i potliwość [9].

W badaniu G. Bączek i wsp. wykazało najczęstsze objawy takie jak bóle mięśni i stawów, nastrój depresyjny oraz uderzenia gorąca i potliwość [10]. Badanie E. Barnaś i wsp. wykazało, iż najczęstszymi dolegliwościami są uderzenia gorąca i drażliwość, a najrzadziej występującymi to bóle mięśni i stawów oraz nastrój depresyjny, czyli zupełnie inaczej niż u Bączek [11]. Oznacza to, że objawy są na tyle różnorodne i nieprzewidywalne, że nie można określić konkretnych objawów, które występują prawie zawsze u prawie każdej kobiety. W przypadku badań Z. C. Szadowskiej-Szlachetki i wsp. wykazano związek pomiędzy jakością życia a objawami menopauzy – im nasilenie objawów było mniejsze, tym większa występowała jakość życia [12].

W pracy własnej nie wykazano związku pomiędzy posiadaniem dzieci a samooceną kobiet i jakością życia, a także że wyłącznie sytuacja materialno-ekonomiczna ma jakikolwiek związek z samooceną kobiet. Badanie Żołnierczuk-Kieliszek i wsp. wykazują, iż kobiety mające wyższe wykształcenie, żyjące w mieście, posiadające dobrą sytuację materialną wykazują wysoką jakość życia [13]. W badaniu Barnaś i wsp. pokazano istotny wpływ pomiędzy samooceną a posiadaniem dzieci [14]. Czynniki takie jak zatrudnienie, dobra sytuacja materialna występujące w badaniu Z. C. Szadowskiej-Szlachetki i wsp. powodują wyższą jakość życia kobiet w czasie menopauzy [12].

WNIOSKI

1. Znaczna większość badanych deklaruje wysoką samoocenę. Respondentki nie określiły jednoznacznie swoich osiągnięć życiowych oraz spełnienia zawodowego, natomiast

niemal jednogłośnie stwierdziły, iż zdrowie ma ogromny wpływ na ich życie. To oznacza, że samoocena nieznacznie przyczynia się do satysfakcji z życia badanych kobiet.

2. Nie wykazano w badaniu istotnego związku pomiędzy stanem zdrowia, a ogólną samooceną siebie. Respondentki z bardzo dobrym zdrowiem uważają się za atrakcyjne kobiety. W przypadku lepszego zdrowia zaobserwować można zwiększenie się zadowolenia z życia
3. Wykazano brak istotnych zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia, satysfakcją z życia, a posiadaniem dzieci przez badane kobiety.
4. Zmienne socjodemograficzne takie jak miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, oraz aktywność zawodowa nie wykazują związku pomiędzy oceną siebie jako kobiety. W przypadku stanu cywilnego kobiety niezamężne czują się bardziej atrakcyjnie niż kobiety zamężne. Natomiast sytuacja materialno-ekonomiczna wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy samooceną siebie jako kobiety. Kobiety uważające się za atrakcyjne oceniają swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą.

PIŚMIENNICTWO

1. Nelson H.D., Menopause, Lancet 2008, 371, 760-770,
2. Pertyński T., Stachowiak G., Menopause – facts and controveries, Endykrynologia Polska 2006, 5(57), 525-534.
3. Janicka K., Jakość życia w okresie średniej i późnej dorosłości, Folia Psychologica 2014, 18, 68.
4. Stadnicka G., Iwanowicz-Palus G.J. Wpływ wizerunku własnego ciała na objawy około menopauzalne u kobiet, Gerontologia Polska 2017, 25, 28-33
5. Pertyński T., Stachowiak G. Menopause – facts and controveries, Endykrynologia Polska 2006, 5(57), 525-534.
6. Bondarev D., Laakkonen E.K., Finni T., Kokko K., Kujala U. et al. Physical performance in relation to menopause status and physical activity, Menopause: The Journal of The North American Menopause Society, 2018, 25(12), 1432-1442.
7. Banaczek Z., Saracen A. Satysfakcja życia i samoocena wśród kobiet w okresie menopauzy, Wiadomości Lekarskie 2016, 69, 2(cz. II), 174-179.
8. Mroczek B., Wróblewska I., Jamrocha K. i wsp. Jakość życia kobiet w okresie menopauzy, Family Medicine & Primary Care Review 2014, 16(2), 136-137.

9. Skrzypulec V, Naworska B, Droszol A. Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Przegląd Menopauz* 2007; 2: 98.
10. Bączek G., Wierzba W., Tataj-Puzyna U. i wsp., Jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2019, 25(4), 258-265.
11. Barnaś E., Krupińska A., Kraśnianin E. i wsp. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe kobiet w okresie około menopauzalnym, *Przegląd Menopauzalny* 2012, 4, 296-304.
12. Szadowska-Szlacheta Z.C., Stasiak E., Leziak A. et al. Intensity of menopausal symptoms and quality of life in climacteric women, *Menopase Review*, 2019, 18(4), 217-221.
13. Żołnierczuk-Kieliszek D, Kulik T B, Janiszewska M i wsp. Influence of sociodemographic factors on quality of life in women living in Lublin Province in Poland. *Przegląd Menopauzalny*, 2014, 13(1), 13–17.
14. Barnaś E., Krupińska A., Kraśnianin E. i wsp. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 2012, 4, 296–304.

**CHOROBA ALZHEIMERA I DEPRESJA,
RAZEM CZY OSOBNO?**

**Alicja Paluch¹, Eliza Kolasa¹, Emilia Kamizela², Aleksandra Koźlicka²,
Kacper Ponikowski²**

1. Uniwersytet Medyczny Lublin, Studentki 5 roku
2. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Student 4 roku

CZY DEPRESJA PROWADZI DO ALZHEIMERA?

Depresja to poważne zaburzenie psychiczne charakteryzujące się uporczywym uczuciem smutku, brakiem zainteresowania i przyjemności w codziennych czynnościach oraz różnorodnymi objawami fizycznymi i emocjonalnymi. Nie jest to tylko chwilowe obniżenie nastroju, ale stan, który może trwać tygodnie, miesiące, a nawet lata, znacząco wpływając na funkcjonowanie osoby dotkniętej tą chorobą. Depresja może wystąpić w każdym wieku, ale najczęściej pojawia się w późnym okresie nastoletnim i we wczesnej dorosłości. Osoby starsze, zwłaszcza te z przewlekłymi chorobami, również są w grupie wysokiego ryzyka. Kobiety są bardziej narażone na depresję niż mężczyźni. Szacuje się, że kobiety doświadczają depresji dwa razy częściej niż mężczyźni [1,2,3].

Pierwsze objawy depresji często pozostają niezauważone wśród osób z najbliższego otoczenia. Jest to podstępna choroba, która niezauważona rozwija się latami. Szczególnie narażone są osoby starsze na wystąpienie objawów depresji [4]. Proces starzenia się organizmu, zachodzi powoli. Jednak w tym czasie dochodzi do szeregu zmian na poziomie fizjologicznym i psychologicznym. Z czasem struktura mózgu ulega zmianie, przekształca się pod wpływem różnych czynników fizjologicznych jak i patologicznych, które zaistniały podczas życia.

W przypadku osób starszych depresja często przybiera formę maski. Seniorzy rzadko skarżą się na obniżenie nastroju, czy brak satysfakcji z dotychczasowego życia. Zmiany jakie zachodzą w ich funkcjonowaniu przypisują najczęściej procesom związanym ze starzeniem. Brak energii i siły do codziennych aktywności nie łączą z objawami depresji [5].

U seniorów dość często pojawiają się zaburzenia uwagi, koncentracji i problemy z pamięcią. Symptomy te już bardziej skłaniają ich do odwiedzenia specjalisty i rozwiązania problemu jaki im dokucza. Jednakże sporej części osób starszych chorujących na depresję

towarzyszą objawy Alzheimerera (AD) [6].

DEPRESJA, A RYZYKO ROZWOJU ALZHEIMERA

Choroba Alzheimerera jest to ciężka, postępująca choroba zwyrodnieniowa mózgu. Początkowo daje subtelne objawy w zmianie zachowania i funkcjonowania. Polega ona na powolnej utracie pamięci, co w konsekwencji prowadzi do całkowitego zaprzestania prawidłowego funkcjonowania człowieka w życiu codziennym. Jest najczęstszą przyczyną otępienia u osób po 65 roku życia, stanowi 40-70% wszystkich jego przypadków. Szacuje się, że na świecie na AD choruje nawet do 35 milionów osób. Zaczyna się rozwijać wiele lat przed pojawieniem się widocznych objawów. Na wczesnym etapie objawy kliniczne AD obejmują trudności w zapamiętywaniu ostatnich rozmów, imion lub wydarzeń [7,8].

Badania sugerują silny związek między liczbą epizodów depresyjnych a ryzykiem rozwoju demencji, zauważając wzrost ryzyka demencji ogólnej o 14% wraz z każdym kolejnym epizodem depresji. Demencja jest zaburzeniem pracy mózgu, które negatywnie wpływa na komunikację i codzienne funkcjonowanie. Natomiast Alzheimer to jedna z form demencji, która szczególnie dotyka obszary mózgu odpowiedzialne za kontrolę myśli, pamięci i mowy [9].

Alzheimer należy do chorób neurodegeneracyjnych w wyniku, której w mózgowiu dochodzi do odkładania nieprawidłowych białek. W głównej mierze są to białka beta-amyloidu i białka tau. Obecność nieprawidłowych białek, powodująca zanik neuronów, upośledza ich funkcję i skutkuje zmniejszeniem ilości substancji przekazujących informacje w układzie nerwowym, głównie acetylocholino [10].

Wraz z postępem choroby Alzheimerera, urojenia, halucynacje i agresja stają się coraz częstsze, przy czym apatia wydaje się być najbardziej uporczywym i powszechnym objawem neuropsychiatrycznym we wszystkich stadiach tej choroby [11].

Równie często AD towarzyszą zaburzenia o charakterze lękowym. Lęk jest ogólnie określany jako nadmierne poczucie niepokoju, napięcia, drażliwości, błędzenia i utrata zainteresowania aktywnościami, które kiedyś przynosiły przyjemność [12].

Objawy lękowe zdają się korelować z bardziej znaczącymi trudnościami w wykonywaniu codziennych czynności oraz z większymi problemami behawioralnymi [12].

Badania populacyjne wykazują, że osoby dorosłe cierpiące na depresję mają ponad dwukrotnie większe ryzyko rozwinięcia demencji, niezależnie od wieku, w którym depresja została zdiagnozowana.

ZROZUMIENIE NEUROBIOLOGICZNYCH PODSTAW OBU CHORÓB

Hipokamp jest strukturą w kształcie łuku, znajdującą się wewnątrz płata skroniowego mózgu, głęboko w obrębie zakrętu hipokampa. Jest elementem układu limbicznego, który pełni kluczową rolę w prawidłowym funkcjonowaniu pamięci długotrwałej oraz przestrzennej. Osiąga on pełną dojrzałość około drugiego roku życia i jest niezwykle istotny dla wielu funkcji. Przede wszystkim odpowiada za przenoszenie informacji z pamięci krótkotrwałej na długotrwałą oraz umożliwia sprawną naukę i zapamiętywanie otoczenia, co wpływa na naszą orientację przestrzenną. Ze względu na swoje funkcje, hipokamp jest strukturą nerwową, która w głównej mierze jest dotknięta patologią w przypadku choroby Alzheimera [9].

W chorobie Alzheimera, patologiczne zmiany, takie jak nagromadzenie się amyloidu-beta i neurofibrylarne splątki tau, występują przede wszystkim w obszarze hipokampa. Te zmiany prowadzą do uszkodzenia neuronów i utraty połączeń synaptycznych, co jest związane ze spadkiem funkcji pamięciowych i innych funkcji mózgu. Badania obrazowe, takie jak rezonans magnetyczny (MRI) i tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (SPECT), często pokazują zmniejszenie objętości hipokampa u pacjentów z chorobą Alzheimera, co może być używane jako wskaźnik diagnostyczny [13].

MIKROBIOTA JELITOWA- DRUGI MÓZG

Mikrobiota jelitowa to zbiór mikroorganizmów zamieszkujących przewód pokarmowy, szczególnie jelito grube. Obecnie wiadomo, że jest to niezwykle bogate i zróżnicowane środowisko. Może zawierać nawet 1500 różnych gatunków mikroorganizmów, w tym bakterie prozdrowotne, patogeny oraz inne bakterie jelitowe, a także grzyby *Candida* i inne. Skład mikrobioty jest unikalny dla każdej osoby. Mikrobiota jelitowa odgrywa kluczową rolę nie tylko w procesach trawienia, wchłaniania i metabolizmu, ale także w kształtowaniu odporności organizmu człowieka.

Z uwagi na to, że stany chorobowe mogą wpływać na zmiany w mikroflorze jelitowej, zrozumienie podstawowych czynników determinujących skład tej mikroflory u zdrowych osób jest kluczowe dla zrozumienia natury stanów chorobowych [14,15].

Kilka neuroprzekaźników, takich jak GABA i serotonina, produkowanych przez mikroflorę jelitową, potencjalnie związanych jest z ryzykiem zaburzeń neuropsychiatrycznych. Obniżony poziom GABA został potencjalnie skorelowany z wyższym ryzykiem choroby Alzheimera. Warto zauważyć, że GABA, będący głównym neuroprzekaźnikiem hamującym w ośrodkowym układzie nerwowym człowieka (OUN), wpływa na procesy neurologiczne

Zjawisko wzrostu potraumatycznego u pacjentów z chorobą nowotworową

i funkcje poznawcze. Najnowsze badania sugerują, że funkcje GABAergiczne mogą odgrywać istotną rolę na różnych etapach patogenezы choroby Alzheimera [16,17].

IDENTYFIKACJA CZYNNIKÓW RYZYKA ZWIĄZANYCH ZARÓWNO Z DEPRESJĄ, JAK I CHOROBAŁ ALZHEIMERA

Depresja jest długotrwałym zaburzeniem psychicznym, które może dotyczyć każdego, bez względu na wiek. Starsze osoby są bardziej narażone na różne czynniki ryzyka, takie jak smutek, izolacja społeczna, problemy zdrowotne i zaburzenia psychiczne. Zaburzenia depresyjne mogą pojawiać się po krótkim czasie od wystąpienia traumatycznej sytuacji, jak i z pewnym opóźnieniem. Badania sugerują, że depresja w podeszłym wieku może być sygnałem ostrzegawczym lub czynnikiem ryzyka demencji w przyszłości, a prognozy dla osób starszych cierpiących na depresję wydają się być mniej optymistyczne niż dla młodszych grup wiekowych. Występują dwa główne okresy, w których depresja jest często diagnozowana. Pierwszy z nich dotyczy osób między 35. a 45. rokiem życia, a drugi grupy to osoby powyżej 65. roku życia. Szacuje się, że aż 20% osób w starszej grupie wiekowej cierpi na depresję [18].

W ciągu ostatnich dziesięcioleci dokonano znacznego postępu w badaniach i rozwoju metod leczenia depresji w różnych obszarach, w tym w podstawowej opiece zdrowotnej. Badania wykazały, że zarówno psychoterapia, jak i leczenie farmakologiczne są skuteczne w leczeniu depresji. Istnieją różnice w skuteczności obu metod w zapobieganiu nawrotom w krótkim i długim okresie [19].

W pracy z osobami cierpiącymi na depresję najczęściej stosuje się terapię poznawczo-behawioralną. Jej celem jest identyfikacja szablonowych, nieprawidłowych wzorców funkcjonowania jednostki oraz opracowanie alternatywnych, bardziej adaptacyjnych przekonań i zachowań. Podczas terapii pacjent uczy się rozpoznawać i zmieniać swoje myślenie. Zamiast niekonstruktywnych przekonań, wytwarzanych w wyniku depresji, terapia wspiera rozwój bardziej konstruktywnych i korzystnych przekonań na temat samego siebie, innych ludzi i świata [20].

Terapia interpersonalna skupia się na problemach interpersonalnych pacjenta, czyli trudnościach w relacjach z rodziną, bliskimi, znajomymi, pracodawcą. Jest to rodzaj rozmowy, w której terapeuta koncentruje się na kwestiach istotnych dla osób dotkniętych depresją [21,22]. Alzheimer to proces stopniowego i nieodwracalnego uszkodzania komórek nerwowych w mózgu, co prowadzi do upośledzenia wielu aspektów codziennego życia osoby dotkniętej.

Nasilające się otępienie powoduje stopniową utratę zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Pierwszym objawem choroby Alzheimera, który pojawia się najwcześniej,

Zjawisko wzrostu potraumatycznego u pacjentów z chorobą nowotworową

jest utrata pamięci epizodycznej. Osoby dotknięte tą chorobą zapominają, co robiły w ciągu danego dnia, ale zachowują wyraźne wspomnienia z przeszłości. Ten rodzaj selektywnego rozkładu pamięci w czasie sprawia trudności w określeniu charakteru zaburzeń pamięci [23].

Rozróżnienie choroby Alzheimera od wielu innych neuropatologii prowadzących do demencji jest nadal trudne. Dodatkowo, nakładanie się objawów różnych chorób neuropatologicznych oraz podstępny początek AD sprawiają, że dokładna wczesna diagnoza kliniczna jest prawie niemożliwa. Rozpoznanie choroby we wczesnym stadium ma znaczenie także dla potomstwa, ponieważ Alzheimer może mieć podłoże genetyczne, często dziedziczone po rodzicach. Różnicowanie choroby Alzheimera od standardowych problemów z pamięcią opiera się na zakresie utraty pamięci. W przypadku zdrowej osoby, która zapomina o wydarzeniu, często zachowuje inne powiązane z nim elementy [24].

WPLYW STRESU NA MÓZG, A RYZYKO CHOROBY ALZHEIMERA

Kortyzol, znany jako hormon stresu, jest naturalnym hormonem steroidowym produkowanym przez warstwę pasmowatą kory nadnerczy. Stres mobilizuje oś HPA (podwzgórze-przysadka-nadnercza), która kontroluje produkcję kortyzolu, znanego jako hormon stresu. Wzrost poziomu kortyzolu jest często zaobserwowany u osób z chorobą Alzheimera. W warunkach typowych dla organizmu, kortyzol wykazuje dobowy rytm, osiągając szczyt tuż po przebudzeniu. Badania kliniczne przeprowadzone na starszych osobach bez demencji sugerują, że wyższy poziom kortyzolu jest powiązany z gorszą ogólną funkcją poznawczą [25]. Również istnieją znaczące dowody wskazujące na związek między podwyższonym poziomem kortyzolu a różnymi objawami neuropsychiatrycznymi, takimi jak objawy nastroju, psychozy oraz majaczenie. Prawdopodobnie obecność depresji przy zwiększonym poziomie kortyzolu może przyczynić się do pogorszenia funkcji poznawczych. Nie tylko przez przyczynienie się do choroby Alzheimera, ale także za pośrednictwem bezpośredniego wpływu przewlekłe wysokiego poziomu kortyzolu na struktury mózgu, takie jak hipokamp i kora przedczołowa. Gdy w hipokampie następuje utrata komórek nerwowych, nie jest on zdolny do efektywnego wysyłania sygnałów hamujących reakcję na stres. To prowadzi do nadmiernego wydzielania kortyzolu nawet w sytuacjach, gdy nie jest on już potrzebny [26,27,28].

TERAPIA CHOROBY ALZHEIMERA U PACJENTÓW Z DEPRESJĄ

Choroba Alzheimera jest traktowana jako przewlekła i nieuleczalna, ponieważ do tej pory nie znaleziono lekarstwa przyczynowego, które pozwoliłoby na całkowite wyleczenie.

Zjawisko wzrostu potraumatycznego u pacjentów z chorobą nowotworową

Istnieją jednak dostępne leki, które mogą spowolnić postęp choroby. W diagnozie choroby Alzheimera kluczowe znaczenie ma przeprowadzenie wywiadu z pacjentem oraz z osobami bliskimi. Podczas wizyty lekarz przeprowadza także specjalne testy, takie jak test MMSE oraz test zegara, które służą ocenie zdolności poznawczych pacjenta [10].

Leczenie objawowe jest głównym podejściem w przypadku choroby Alzheimera, co może spowolnić postęp choroby i zapewnić pacjentowi komfort życia i prawidłowego funkcjonowania przez długi czas. Obecnie dostępne są cztery zatwierdzone leki (donepezil, memantyna, galantamina, rywastygmina), które należą do dwóch grup: inhibitorów acetylocholinoesterazy i leków przeciwdziałających działaniu glutaminergicznym. Terapie te można stosować doustnie lub w formie zastrzyków podskórnych. Badania wykazały, że stosowanie inhibitorów cholinesterazy, które hamują działanie enzymu cholinesterazy, prowadzi do poprawy funkcji poznawczych u pacjentów z chorobą Alzheimera [29,30]. Oprócz inhibitorów cholinesterazy, leczenie to obejmuje również stosowanie memantyny, leku hamującego działanie neuroprzekaźnika glutaminianu w mózgu. Glutaminian to neuroprzekaźnik odgrywający istotną rolę w funkcjach mózgu związanych z procesami uczenia się i pamięcią. Jednakże nadmierny poziom glutaminianu może prowadzić do patologicznych skutków, w tym do śmierci neuronów. Środki farmakodynamiczne stosowane w leczeniu choroby Alzheimera mogą obejmować leki objawowe, które łagodzą objawy behawioralne i poznawcze bez wpływu na biologię choroby podstawowej, oraz leki modyfikujące przebieg choroby, które zmieniają rozwój choroby poprzez oddziaływanie na fundamentalne procesy biologiczne prowadzące do śmierci komórek nerwowych [30,31,32].

Depresję i jej objawy należy leczyć za pomocą selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI). Mają one również wpływ na niepokój, rozdrażnienie i inne niespecyficzne symptomy, które mogą towarzyszyć depresji. Badania wykazały, że stosowanie tych leków może poprawić jakość życia zarówno pacjenta, jak i opiekuna, jeśli zostaną przepisane we właściwym momencie choroby [33,34,35]

W większości przypadków chorzy na chorobę Alzheimera nie umierają z powodu procesów neurodegeneracyjnych w mózgu. Często przyczyną zgonu jest zapalenie płuc. Wśród innych przyczyn śmierci wymienia się także inne infekcje, wyniszczenie organizmu, zachłyśnięcie czy powikłania związane z upadkami. W późnym stadium choroby Alzheimera następuje całkowita utrata praktycznych umiejętności, takich jak zdolność do podróżowania, gotowania, ubierania się i dbania o higienę. Wraz z tym dochodzi do głębokich zmian emocjonalnych oraz rozkładu struktury osobowości. Dodatkowo, choroba wpływa na całkowitą

zależność chorego od opieki innych osób, co może być trudne zarówno dla samego chorego, jak i dla jego bliskich.

PODSUMOWANIE

Choroba Alzheimera to zaburzenie, które całkowicie zmienia życie zarówno pacjenta, jak i członków jego najbliższej rodziny. Opieka nad chorym stanowi ogromne wyzwanie, które wpływa na różne obszary życia człowieka. Depresja może być czynnikiem ryzyka dla rozwoju choroby Alzheimera, a także może przyspieszyć jej postęp. Skuteczne leczenie depresji może mieć pozytywny wpływ na przebieg choroby Alzheimera, poprawiając jakość życia pacjenta i redukując obciążenie dla opiekunów.

Wdrożenie skutecznych strategii prewencyjnych oraz leczenia depresji u osób starszych jest kluczowe dla zmniejszenia ryzyka rozwoju choroby Alzheimera i poprawy ogólnego stanu zdrowia psychicznego pacjentów. Działania te mogą obejmować edukację na temat zdrowego stylu życia, promowanie aktywności fizycznej i umysłowej, oraz zapewnienie dostępu do skutecznych terapii farmakologicznych i psychoterapeutycznych. Ważne jest również wsparcie dla opiekunów osób starszych, aby mogli skutecznie wspierać swoich bliskich w radzeniu sobie z depresją i postępującą demencją.

PIŚMIENNICTWO

1. Swetlitz N. Depression's problem with men. *AMA journal of ethics*, 2021, 23(7), 586-589.
2. Sassarini J. Depression in midlife women. *Maturitas*, 2016, 94, 149-154.
3. Hall C.A., Reynolds-Iii C.F. Depresja późnego wieku w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej: wyzwania, opieka zespołowa i profilaktyka. *Maturitas*, 2014, 79(2), 147-152.
4. Almeida O.P. Zapobieganie depresji w starszym wieku. *Maturitas*, 2014, 79(2), 136-141.
5. Bjørkløf G. H., Engedal K., Selbæk G., Kouwenhoven S. E., Helvik A. S. Coping and depression in old age: a literature review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 2013, 35(3-4), 121-154.
6. Birrer R. B., Vemuri S. P. . Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *American family physician*, 2004, 69(10), 2375-2382.

7. Dolotov O. V., Inozemtseva L. S., Myasoedov N. F., Grivennikov I. A. Stress-induced depression and Alzheimer's disease: focus on astrocytes. *International journal of molecular sciences*, 2022, 23(9), 4999.
8. Zhuang Z., Yang R., Wang W., Qi L., Huang T. Associations between gut microbiota and Alzheimer's disease, major depressive disorder, and schizophrenia. *Journal of neuroinflammation*, 2020, 17, 1-9.
9. Dafsari F. S., Jessen, F. Depression—an underrecognized target for prevention of dementia in Alzheimer's disease. *Translational psychiatry*, 2020, 10(1), 160.
10. Scheltens P., De Strooper B., Kivipelto M., Holsteg, H., Chételat G. et al. Alzheimer's disease. *The Lancet*, 2021, 397(10284), 1577-1590.
11. Lyketsos C.G., Carrillo M.C., Ryan J.M., Khachaturian A.S., Trzepacz. P. I wsp. Objawy neuropsychiatryczne w chorobie Alzheimera. *Alzheimer's & Dementia*, 2011, 7(5), 532-539.
12. Botto R., Callai N., Cermelli A., Causarano L., Rainero I. Anxiety and depression in Alzheimer's disease: a systematic review of pathogenetic mechanisms and relation to cognitive decline. *Neurological Sciences*, 2022, 43(7), 4107-4124.
13. Chandra A., Dervenoulas G., Politis M., Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2019). Magnetic resonance imaging in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Journal of Neurology*, 2019, 266, 1293-1302.
14. Zhuang Z., Yang R., Wang W., Qi L., Huang T. Associations between gut microbiota and Alzheimer's disease, major depressive disorder, and schizophrenia. *Journal of Neuroinflammation*, 2020, 17, 1-9.
15. Wang J., Thingholm L. B., Skiecevičienė J., Rausch P., Kummen M., Hov J. R et al. Genome-wide association analysis identifies variation in vitamin D receptor and other host factors influencing the gut microbiota. *Nature genetics*, 2016, 48(11), 1396-1406.
16. de JR De-Paula V., Forlenza A.S., Forlenza O. V. Relevance of gutmicrobiota in cognition, behaviour and Alzheimer's disease. *Pharmacological research*, 2018, 136, 29-34.
17. Rissman R. A., De Blas A. L., Armstrong D. M. GABAA receptors in aging and Alzheimer's disease. *Journal of neurochemistry*, 2007, 103(4), 1285-1292.
18. Maier A., Riedel-Heller S. G., Pabst A., Luppa M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PloS one*, 2021, 16(5), e0251326.

19. Orzechowska A., Filip M., Gałeczki, P. Influence of pharmacotherapy on cognitive functions in depression: a review of the literature. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 2015, 21, 3643.
20. Zhang A., Borhneimer L. A., Weaver A., Franklin C., Hai A. H., et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of behavioral medicine*, 2019, 42, 1117-1141.
21. Ribeiro Â., Ribeiro J. P., von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2017, 40(1), 105-109.
22. Cuijpers P., Quero S., Dowrick C., Arroll B. Psychological treatment of depression in primary care: recent developments. *Current psychiatry reports*, 2019, 21, 1-10.
23. Atri A. Spektrum kliniczne choroby Alzheimer: diagnoza i leczenie. *Kliniki Medyczne*, 2019, 103(2), 263-293.
24. Hane FT, Robinson M., Lee BY, Bai O., Leonenko Z., Albert M.S. Ostatnie postępy w badaniach nad chorobą Alzheimer, część 3: diagnoza i leczenie. *Journal of Alzheimer's disease* , 2017, 57 (3), 645-665.
25. Ouanes. S., Popp, J. High cortisol and the risk of dementia and Alzheimer's disease: a review of the literature. *Frontiers in aging neuroscience*, 2019, 11, 43.
26. Ouanes S., Rabl M., Clark C., Kirschbaum C., Popp J. Utrzymujące się objawy neuropsychiatryczne, choroba Alzheimer i kortyzol w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz siarczan dehydroepiandrosteronu. *Alzheimer's Research & Therapy* , 2022, 14(1), 190.
27. Yao Z., Liu B., Wang Y., Dong X. Wysoki poziom kortyzolu i ryzyko choroby Alzheimer: protokół przeglądu systematycznego i metaanalizy. *Medicine*, 2021, 100 (39), e27319.
28. Berk M., Williams L. J., Jacka, F. N., O'Neil A., Pasco J. A.. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from?. *BMC Medicine*, 2013, 11(1), 200.
29. Holtzheimer III P.E., Nemeroff C.B. Postępy w leczeniu depresji. *NeuroRx* , 2006, 3(1), 42-56.
30. Balázs N., Bereczki D., Kovács T. Cholinesterase inhibitors and memantine for the treatment of Alzheimer and non-Alzheimer dementias. *Ideggyógyászati Szemle*, 2021, 74(11-12), 379-387.

31. Breijyeh Z., Karaman R. Comprehensive review on Alzheimer's disease: causes and treatment. *Molecules*, 2020, 25(24), 5789.
32. Passeri E., Elkhoury K., Morsink M., Broersen K., et al. Alzheimer's disease: treatment strategies and their limitations. *International journal of molecular sciences*, 2022, 23(22), 13954.
33. Passeri E., Elkhoury K., Morsink M., Broersen K., Linder M. Alzheimer's disease: treatment strategies and their limitations. *International journal of molecular sciences*, 2022, 23(22), 13954.
34. Weller J., Budson A. Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Research*, 2018, 7, F1000 Faculty Rev-1161.
35. Cummings J.L., Tong G., Ballard C. Kombinacje leczenia choroby Alzheimera: obecne i przyszłe opcje farmakoterapii. *Journal of Alzheimer's disease*, 2019, 67(3), 779-794.

NOWE METODY LECZENIA GLEJAKA WIELOPOSTACIOWEGO

**Alicja Paluch¹, Eliza Kolasa,¹ Emilia Kamizela², Aleksandra Koźlicka²,
Kacper Ponikowski²**

1. Uniwersytet Medyczny Lublin, student 5 roku
2. Uniwersytet Medyczny Lublin, student 4 roku Batalionów

GLEJAK WIELOPOSTACIOWY

Glejaki wielopostaciowe (*Glioblastoma Multiforme* - GBM) jest jednym z najbardziej agresywnych pierwotnych nowotworów ośrodkowego układu nerwowego. Często charakteryzuje się bardzo złym rokowaniem, a czas przeżycia od momentu rozpoznania u większości pacjentów jest bardzo krótki, zazwyczaj wynoszący tylko kilkanaście miesięcy. Mediana przeżycia to około 12 miesięcy, co oznacza, że połowa pacjentów nie żyje dłużej niż ten okres. Jedyne niewielki odsetek, od 3 do 8% chorych, udaje się przetrwać dłużej niż 3 lata po diagnozie [1].

Szczyt zachorowań na glejaka wielopostaciowego występują zazwyczaj między 55 a 60 rokiem życia, przy czym częściej dotyka on mężczyzn. Obok samej choroby, pacjenci często doświadczają również różnych dysfunkcji neurologicznych, które znacznie obniżają jakość ich życia [2,3].

GBM charakteryzuje się wyjątkowo wysoką śmiertelnością. Pomimo stosowania kompleksowego leczenia, które obejmuje chirurgiczne usunięcie guza, chemioterapię oraz radioterapię, średni czas przeżycia nadal nie przekracza kilkunastu miesięcy, a częstość nawrotu choroby pozostaje na stałe, wysokim poziomie. To wyzwanie dla pacjentów, ich rodzin oraz dla środowiska medycznego, które podkreśla pilną potrzebę poszukiwania skuteczniejszych metod leczenia oraz lepszej opieki nad pacjentami dotkniętymi tym schorzeniem [4].

NEUROOBRAZOWANIE W GBM

Obrazowanie rezonansem magnetycznym (MRI) jest powszechnie używaną metodą do przedoperacyjnej oceny guzów mózgu. Niemniej jednak, rozróżnienie przerzutów do mózgu od glejaków na podstawie standardowego badania MRI może stanowić wyzwanie. Jednakże,

dzięki postępowi technologicznemu, nowe techniki obrazowania i analizy danych stają się coraz bardziej obiecujące, mogąc dostarczyć dodatkowych informacji wspierających trafniejsze diagnozy [5].

Leczenie chirurgiczne jest zazwyczaj pierwszym wyborem dla pacjentów z guzami, które można usunąć operacyjnie. Jednakże, konieczność zachowania funkcji mózgu przy jednoczesnym dążeniu do maksymalnie radykalnej resekcji wymaga zastosowania różnorodnych technik wspomagających. Wśród tych technik znajdują się między innymi:

- Śródoperacyjne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (iMRI): pozwala ono na aktualizację obrazu guza w trakcie samej operacji, co umożliwia dokładniejsze usunięcie zmiany nowotworowej.
- Śródoperacyjne badanie ultrasonograficzne: pomaga w identyfikacji granic guza oraz ocenie postępu resekcji podczas operacji.
- Śródoperacyjna nawigacja fulorescencyjna i neuronawigacja: techniki te umożliwiają precyzyjne śledzenie lokalizacji guza w trakcie operacji, co przyczynia się do minimalizacji ryzyka pozostawienia resztek nowotworu.

Neurochirurdzy coraz częściej wykorzystują rezonans magnetyczny o wysokiej rozdzielczości do planowania operacji oraz jako wsparcie w trakcie samej procedury operacyjnej. Jest to istotne, aby zapewnić jak najdokładniejsze usunięcie guza, jednocześnie minimalizując ryzyko uszkodzenia funkcji mózgu. Dzięki tym zaawansowanym technikom, leczenie chirurgiczne staje się coraz skuteczniejsze i bardziej precyzyjne [6,7,8].

IMMUNOTERAPIE I TERAPIE GENETYCZNE GBM

W świetle obiecujących odkryć w badaniach klinicznych nad glejakiem wielopostaciowym (GBM), zintensyfikowano testowanie różnych form immunoterapii, w tym terapię wyłączającą blokadę punktów kontrolnych układu odpornościowego, terapię komórkami z chimerycznym receptorem antygenu T (CAR-T), wirusoterapię onkolityczną oraz terapię szczepionkami. Te innowacyjne podejścia otwierają nowe perspektywy w leczeniu GBM, co może przyczynić się do poprawy rokowań wśród chorych [9].

Terapia genowa CAN-3110

Nowa terapia biologiczna wykorzystująca onkolityczny wirus opryszczki pospolitej 1 (oHSV) otrzymała zatwierdzenie w Stanach Zjednoczonych do leczenia czerniaka [10,11].

Niedawno również otrzymała warunkowe zatwierdzenie do leczenia pacjentów z nawracającymi glejakami wielopostaciowymi w Japonii. Również w Brigham and Women's

Zjawisko wzrostu potraumatycznego u pacjentów z chorobą nowotworową

Hospital badacze opracowali innowacyjną terapię opartą na onkolitycznym wektorze wirusowym, który może infekować komórki nowotworowe, co prowadzi do stymulacji przeciwnowotworowej odpowiedzi immunologicznej [10,11].

Onkolityczny wirus opryszczki pospolitej (oHSV) został wykorzystany jako narzędzie do atakowania komórek nowotworowych. Podejście to wykorzystuje potencjał wirusa do selektywnego eliminowania nowotworu, jednocześnie wywołując odpowiedź immunologiczną przeciwko niemu [10,11]. W odróżnieniu od innych wirusów oHSV jest powszechnie stosowanych w praktyce klinicznej. Terapia CAN-3110 wykorzystuje gen ICP34.5 gen ten zazwyczaj jest usuwany z wirusów oHSV z uwagi na jego potencjalnie szkodliwe właściwości. Jednak naukowcy postawili założenie, że ten gen może odgrywać kluczową rolę w wywoływaniu silnej odpowiedzi prozapalnej, niezbędnej do skutecznego zwalczania nowotworu [12,13].

Opracowana odmiana oHSV1 zawiera gen ICP34.5, ale została ona genetycznie "zaprogramowana" w taki sposób, aby nie atakować zdrowych komórek mózgowych. Odkryto, że onkolityczny wirus opryszczki pospolitej wywołuje podwójny mechanizm wewnątrz komórek nowotworowych. Te mechanizmy obejmują aktywację szlaków przeciwwirusowych, co prowadzi do inicjacji kaskad sygnalizacyjnych prowadzących do śmierci komórkowej oraz indukcję przeciwnowotworowej odpowiedzi immunologicznej gospodarza poprzez rekrutację i aktywację pobliskich komórek odpornościowych [12,13].

Efektem końcowym jest eliminacja nowotworu. To innowacyjne podejście otwiera nowe perspektywy terapeutyczne w leczeniu guzów mózgu, dając nadzieję na skuteczne i bezpieczne strategie terapeutyczne [12,13].

W ciągu ostatniej dekady immunoterapie oraz terapii genetycznej w przypadku glejaka wielopostaciowego (GBM) przeszły znaczącą ewolucję. Niemniej jednak, skuteczne leczenie tego typu guza nadal stanowi wyzwanie ze względu na wysoki wskaźnik nawrotów [14,15,16].

Pierwotny GBM często występuje spontanicznie, bez wykrywalnej prekursorowej zmiany, w przeciwieństwie do guzów wtórnych, które charakteryzują się postępowaniem lub dyfuzją prekursora z gwiaździaka anaplastycznego, skąpodrzewiako-gwiaździaka anaplastycznego lub skąpodrzewiaka anaplastycznego. Jednakże, pomimo tych wyzwań, ciągle postępy w badaniach nad terapiami oraz technologiami obrazowania oferują nadzieję na bardziej skuteczne podejścia terapeutyczne do walki z tym trudnym schorzeniem [14,15,16].

NanoTherm

Niektóre nowotwory, takie jak glejaki i guzy przerzutowe w mózgu, są trudno dostępne dla większości chemioterapeutyków ze względu na barierę krew-mózg. To z kolei prowadzi do

poszukiwania alternatywnych dróg podawania leków, które nie polegają na podaniu dożylnym. Obserwuje się ciekawy trend w terapiach, które polegają na umieszczaniu leków bezpośrednio w sąsiedztwie guza lub w jamie poresekcyjnej. Jest to podejście, które ma na celu zwiększenie skuteczności leczenia poprzez dostarczenie leku w bezpośrednie miejsce działania, minimalizując jednocześnie działania niepożądane i obciążenie dla całego organizmu [17].

Jedną z nich jest terapia NanoTherm, bazująca na nanotechnologii. Racjonalne wykorzystanie zaprojektowanych nanomateriałów do leczenia nowotworów stanowi rozwijającą się dziedzinę, w której odnotowano istotne osiągnięcia. Terapia NanoTherm opiera się na podaży nośnika zawierającego nanocząsteczki ferromagnetyku bezpośrednio w okolicę nowotworu lub jamy resekcyjnej powstałej po usunięciu guza. Następnie nośnik zawierający nanocząsteczki tlenku żelaza, aktywowany jest pod wpływem pola magnetycznego w specjalnym urządzeniu – NanoAktywatorze [18]. Terapia opiera się na zjawisku hipertermii. Biokompatybilne magnetyczne nanocząstki tlenku żelaza wykorzystywane są jako mediatory ogrzewania. Pod wpływem zmiennych pól magnetycznych dochodzi do ich mikroruchów co prowadzi do emisji ciepła w wyniku procesów odwracania magnetyzacji momentów magnetycznych [19]. Powoduje to ogrzanie tkanek w okolicy umieszczonego nośnika z nanocząsteczkami i wystąpienia zjawiska hipertermii, które indukuje powstanie reaktywnych form tlenu ROS, które to inicjują apoptozę komórek nowotworowych [20]. Szczególnie istotna jest pierwsza aktywacja, podczas której rozkład temperatury w obrębie łoża pooperacyjnej rejestrowany jest w czasie rzeczywistym przy pomocy mikrotermometru wprowadzonego tam podczas zabiegu resekcji guza. Na podstawie uzyskanych odczytów dostosowuje się natężenie pola magnetycznego modyfikując wcześniej sporządzony na podstawie badań obrazowych NanoPlan tak aby uzyskać optymalny rozkład temperatury bez szkody dla pacjenta. Przy wysokich częstotliwościach pola magnetycznego ciepło wytwarzane przez jony tlenku żelaza wystarcza do wytworzenia temperatury powyżej 42°C. Wykazano, że komórki nowotworowe mogą zostać zabite po przebywaniu w temperaturze 42 °C przez 15–60 min. Z uwagi na ten fakt w trakcie trwania terapii pacjent zostaje zobligowany do odbycia sześciu jednogodzinnych sesji, podczas których przebywając w NanoActivatorze dochodzi do szybkiej zmiany pola magnetycznego w wyniku czego wzrasta temperatura nanocząsteczek tlenku żelaza [19,20,21]. Nanocząsteczki tlenku żelaza zostały zidentyfikowane jako skuteczne narzędzie w terapii przeciwnowotworowej, zwłaszcza w eliminacji komórek glejaka wielopostaciowego (GBM) poprzez wywoływanie reaktywnych form tlenu. Te materiały wykazały wysoką biogodność i efektywność terapeutyczną, co zostało potwierdzone w dostępnych danych literaturowych. W badaniach klinicznych, połączenie terapii NanoTherm

Zjawisko wzrostu potraumatycznego u pacjentów z chorobą nowotworową

z radioterapią doprowadziło do niemal dwukrotnego wzrostu mediany przeżycia u pacjentów z nawracającym glejakiem w porównaniu ze standardowym leczeniem [22].

Immunoterapia CAR-T

Metoda CAR-T, mająca na celu wyleczenie pacjenta, opiera się na modyfikacji genetycznej limfocytów T, aby te stały się zdolne do identyfikacji i eliminacji komórek nowotworowych. Za pomocą technik inżynierii genetycznej, limfocyty T są wyposażane w chimeryczne receptory antygenowe. Dzięki temu, gdy te zmodyfikowane limfocyty T zostaną wprowadzone z powrotem do organizmu pacjenta, są one w stanie rozpoznać specyficzne antygeny obecne na powierzchni komórek nowotworowych i zniszczyć je. Do tej pory największą skuteczność w leczeniu guzów litych terapia CAR-T uzyskała w przypadku glejaków [23].

Jedynym dobrze zbadanym neoantygenem powierzchniowym jest zmutowany receptor dla naskórkowego czynnika wzrostu (EGFRvIII), który cechuje się brakiem rozległej części domeny zewnątrzkomórkowej. Ze względu na swoją unikalną strukturę, EGFRvIII stanowi potencjalny cel dla terapii CAR-T, ponieważ jest często obecny na powierzchni komórek nowotworowych, szczególnie w przypadku glejaków wielopostaciowych (występuje w 20–30% przypadków glioblastoma, IDH1 wild type). Wykorzystanie terapii CAR-T skierowanej przeciwko EGFRvIII otwiera nowe możliwości w celowym zwalczaniu tego typu nowotworów mózgu [24,25].

Jednakże, mimo obiecujących wyników w innych typach nowotworów, zastosowanie terapii CAR-T w leczeniu glejaków napotyka na pewne wyzwania, takie jak dostępność antygeny na powierzchni komórek nowotworowych, heterogeniczność guza oraz immunosupresja w mikrośrodowisku nowotworowym. Dlatego też, choć terapia CAR-T wydaje się obiecująca, nadal wymaga dalszych badań klinicznych i optymalizacji, aby stać się skuteczną opcją leczenia dla pacjentów z glejakami.

PODSUMOWANIE

GBM stanowi agresywny nowotwór mózgu, charakteryzujący się szybkim wzrostem i infiltracją do otaczających tkanek. Tradycyjne metody leczenia, takie jak chirurgia, chemioterapia i radioterapia, często są nieskuteczne w leczeniu GBM z powodu jego wysokiej oporności i nawrotów. W ostatnich latach rozwinięto nowe strategie terapeutyczne, takie jak immunoterapia, terapia genowa i terapia wirusowa onkolitycznymi wirusami, które pokazują obiecujące wyniki w badaniach klinicznych. Terapia NanoTherm, oparta na nanotechnologii i wykorzystująca nanocząstki tlenku żelaza, wykazała potencjał w skutecznym zwalczaniu

GBM, szczególnie w połączeniu z radioterapią. Terapia CAR-T umożliwia celowane niszczenie komórek nowotworowych, co może prowadzić do zahamowania wzrostu guza i poprawy rokowania pacjenta. Pomimo postępów w leczeniu GBM, nadal istnieje potrzeba dalszych badań klinicznych w celu opracowania kompleksowych i skutecznych strategii terapeutycznych, które mogą znacząco poprawić rokowania pacjentów z tym ciężkim nowotworem mózgu.

PIŚMIENNICTWO

1. Wu W., Klockow J. L., Zhang M., Lafortune F., Chang E. et al. Glioblastoma multiforme (GBM): An overview of current therapies and mechanisms of resistance. *Pharmacological research*, 2021, 171, 105780.
2. Esemien Y., Awan M., Parwez R., Baig A., Rahman S. et al. Molekularna patogeneza glejaka wielopostaciowego u dorosłych i przyszłe perspektywy: przegląd systematyczny. *International Journal of Molecular Sciences*, 2022, 23 (5), 2607.
3. Grossen A., Smith K., Coulibaly N., Arbuckle B., Evans A. et al. Physical forces in glioblastoma migration: a systematic review. *International Journal of Molecular Sciences*, 2022, 23(7), 4055.
4. Nibali MC, Gay LG, Sciortino T., Rossi M., Caroli M. et al. Operacja glejaka wielopostaciowego u pacjentów w podeszłym wieku. *Neurosurgery Clinics*, 2021, 32(1), 137-148.
5. Kamimura K., Kamimura Y., Nakano T., Hasegawa T., Nakajo M. et al. Różnicowanie przerzutów mózgu od glejaka za pomocą zależnego od czasu dyfuzyjnego MRI. *Cancer Imaging*, 2023, 23(1), 75.
6. Shukla G., Alexander G. S., Bakas S., Nikam R., Talekar K. et al. Advanced magnetic resonance imaging in glioblastoma: a review. *Chinese clinical oncology*, 2017, 6(4), 40-40.
7. Zhao M.J., Lu T., Ma C., Wang Z.F., Li Z.Q. Przegląd narracyjny leczenia glejaka wielopostaciowego w Chinach. *Chinese Clinical Oncology*, 2022, 11(4), 29-29.
8. Gonçalves, F. G., Chawla, S., & Mohan, S. (2020). Emerging MRI techniques to redefine treatment response in patients with glioblastoma. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 2020, 52(4), 978-997.
9. Rong, L., Li, N., & Zhang, Z. (2022). Emerging therapies for glioblastoma: current state and future directions. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 2022, 41(1), 142.

10. Ling A. L., Solomon I. H., Landivar A. M., Nakashima H., Woods J. K. et al. Clinical trial links oncolytic immunoactivation to survival in glioblastoma. *Nature*, 2023, 623(7985), 157-166.
11. Sahu U., Mullarkey M. P., Pei G., Zhao Z., Hong B., Kaur B. oHSV-P10 reduces glioma stem cell enrichment after oncolytic HSV therapy. *Molecular Therapy-Oncolytics*, 2023, 29, 30-41.
12. An engineered virus shows potential as an immune therapy in glioblastoma. 2023, <https://www.nature.com/articles/d41586-023-02944-4>, data pobrania 04.07.2024
13. Yin J., Markert J.M., Leavenworth J.W. Modulation of the intratumoral immune landscape by oncolytic herpes simplex virus virotherapy. *Frontiers in oncology*, 2017, 7, 136.
14. Chen N., Peng C., Li D. Epigenetic underpinnings of inflammation: a key to unlock the tumor microenvironment in glioblastoma. *Frontiers in Immunology*, 2022, 13, 869307.
15. DeCordova S., Shastri A., Tsolaki A. G., Yasmin H., Klein Let al. Molecular heterogeneity and immunosuppressive microenvironment in glioblastoma. *Frontiers in immunology*, 2020, 11, 1402.
16. Tan A. C., Ashley D. M., López G. Y., Malinzak M., Friedman H. S., Khasraw M. (2020). Management of glioblastoma: State of the art and future directions. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2020, 70(4), 299-312.
17. Israel L. L., Galstyan A., Holler E., Ljubimova J. Y. Magnetic iron oxide nanoparticles for imaging, targeting and treatment of primary and metastatic tumors of the brain. *Journal of Controlled Release*, 2020, 320, 45-62.
18. Bobo D., Robinson K. J., Islam J., Thurecht K. J., Corrie S. R. Nanoparticle-based medicines: a review of FDA-approved materials and clinical trials to date. *Pharmaceutical research*, 2016, 33, 2373-2387.
19. Ludwig R., Teran F. J., Teichgraeber U., Hilger I. Nanoparticle-based hyperthermia distinctly impacts production of ROS, expression of Ki-67, TOP2A, and TPX2, and induction of apoptosis in pancreatic cancer. *International Journal of Nanomedicine*, 2017, 7(12), 1009-1018.
20. Sharma SK, Shrivastava N., Rossi F., Thanh NTK. Nanocząstkowa hipertermia magnetyczna i fotoindukowana w leczeniu raka. *Nano Today* , 2019, 29, 100795.
21. Estelrich J., Busquets MA. Nanocząsteczki tlenku żelaza w terapii fototermicznej. *Molecules*, 2018, 23(7), 1567.

22. Fernández-Acosta R., Iriarte-Mesa C., Alvarez-Alminaque D., Hassannia B., Wiernicki B., Díaz-García A. M. Novel iron oxide nanoparticles induce ferroptosis in a panel of cancer cell lines. *Molecules*, 2022, 27(13), 3970.
23. Yasinjan F., Xing Y., Geng H., Guo R., Yang L., Liu Z., Wang H. Immunotherapy: a promising approach for glioma treatment. *Frontiers in immunology*, 2023, 14, 1255611.
24. Petersen C. T., Krenciute G. Next generation CAR T cells for the immunotherapy of high-grade glioma. *Frontiers in oncology*, 2019, 9, 69.
25. An Z., Aksoy O., Zheng T., Fan Q. W., Weiss W. A. Epidermal growth factor receptor and EGFRvIII in glioblastoma: signaling pathways and targeted therapies. *Oncogene*, 2018, 37(12), 1561-1575.

PROBLEM NIEDOŻYWIENIA WŚRÓD PACJENTÓW W WIEKU PODESZŁYM

**Martyna Biadasiewicz¹, Monika Roszkowska¹, Konrad Barszczewski²,
Tomasz Lepich³**

1. Studentki IV roku kierunku lekarskiego, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WSTĘP

Niedożywienie wśród osób starszych stanowi powszechny, lecz często niezauważony problem w systemie opieki zdrowotnej. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) niedożywienie to „stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania substancji żywieniowych, prowadzący do zmiany składu ciała, upośledzenia fizycznej i mentalnej funkcji organizmu oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej” [1]. Pojawia się, gdy organizm nie otrzymuje odpowiedniej ilości energii i/lub niezbędnych składników budulcowych, mikro- i makroelementów oraz składników regulujących jego funkcjonowanie: witamin i soli mineralnych. Może to prowadzić do specyficznych zmian metabolicznych i zaburzeń w prawidłowym rozwoju wszystkich komórek ludzkiego ciała.

Nieprawidłowy stan odżywienia dotyka wielu seniorów ze względu na zmiany metaboliczne zachodzące w organizmie wraz z procesem starzenia. Częstość występowania niedożywienia znacząco różni się w różnych podgrupach populacji i jest wyższa u osób z pogarszającym się stanem zdrowia oraz dotkniętych wielochorobowością. Większy odsetek niedożywienia obserwujemy także u osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, u seniorów z niedostatecznym poziomem aktywności fizycznej, a także z zależnością w codziennych czynnościach życiowych. Obecne dane sugerują, że około jedna czwarta osób w wieku 65. lat i starszych cierpi na niedożywienie lub jest zagrożona jego wystąpieniem. Prognozuje się, że ten odsetek będzie wzrastał wraz z szybkim przyrostem liczby osób starszych

w populacji [2]. Na podstawie badań wśród polskiego społeczeństwa można wyciągnąć wniosek, że osoby w wieku 80 lat i starsze mają ponad dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia niedożywienia w porównaniu do pozostałych seniorów [3]. Wprawdzie występowanie tego negatywnego zjawiska jest dość powszechne, jednakże pozostaje nadal niedostatecznie często rozpoznawane, co może prowadzić do poważnych konsekwencji społecznych i zdrowotnych.

CEL PRACY

Celem pracy jest analiza dotychczas opublikowanej literatury związanej z problemem niedożywienia wśród populacji osób w wieku 65 lat oraz starszych. Tworząc pracę poddano analizie łącznie 26 publikacji naukowych, wydanych w ciągu ostatnich 15 lat. Dokonując selekcji pozycji uwzględnionych w bibliografii, autorzy poszukiwali literatury wykorzystując słowa klucze: niedożywienie, starzenie, żywność. W niniejszej monografii kluczowe jest nie tylko zrozumienie skali i natury problemu niedożywienia, ale także zwrócenie uwagi na potrzebę systemowych rozwiązań oraz indywidualnej opieki, które mogą poprawić jakość życia osób starszych.

DIAGNOZA

Od wielu lat trwają dyskusje nad ujednoczeniem kryteriów diagnozowania niedożywienia. W związku z niespecyficznymi objawami oraz odmiennością w obrębie zmian inwolucyjnych zachodzących wraz z wiekiem w organizmie, problem ten niestety nadal wymaga prowadzenia dalszych badań. W 2019 roku grupa GLIM (*The Global Leadership Initiative on Malnutrition*) ustaliła globalny konsensus dotyczący niedożywienia u osób dorosłych w warunkach klinicznych.

Eksperti uważają, że warto zastosować dwuetapową diagnozę, na którą składa się: badanie przesiewowe przy użyciu dowolnie uznanego narzędzia, a następnie ocena, aby potwierdzić diagnozę i określić stopień niedożywienia. Gdy wynik badania przesiewowego jest niepokojący, zalecana jest analiza kryteriów fenotypowych i etiologicznych mogących występować u osób nieodpowiednio odżywionych.

Kryteria fenotypowe to niezamierzona utrata masy ciała (>5% w okresie ostatnich 3-6 miesięcy lub >10% masy ciała powyżej 6 miesięcy), niski wskaźnik masy ciała (<20 kg/m² u osób <70 roku życia lub <22 kg/m² u osób >70 roku życia), zmniejszona masa mięśniowa badana za pomocą metod pomiaru składu ciała np. analiza impendacji bioelektrycznej, badania obrazowe tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego oraz pomiary antropometryczne obwodu mięśni łydki lub ramienia.

Problem niedożywienia wśród pacjentów w wieku podeszłym

Do kryteriów etiologicznych włączamy zmniejszone spożycie lub przyswajanie pokarmu (<50% zapotrzebowania energetycznego >1 tydzień, zaburzenia w obrębie prawidłowego funkcjonowania przewodu pokarmowego powodujące zaburzenia wchłaniania) oraz zapalenia związane z chorobami ostrymi i przewlekłymi. Rozpoznanie niedożywienia wymaga obecności jednego kryterium fenotypowego i jednego etiologicznego, a następnie oceny jego zaawansowania [1].

PRZYCZYNY

Niedożywienie może dotknąć każdą nieodpowiednio odżywioną osobę starszą bez względu na masę ciała. To narastający problem zdrowotny, który znacząco wpływa na jakość życia. Wieloczynnikowe przyczyny tego zjawiska można podzielić na kilka głównych kategorii: związanych zarówno ze zmianami fizjologicznymi występującymi wraz z wiekiem w organizmie człowieka, jak też chorobowymi, społecznymi i ekonomicznymi.

Jednym z głównych problemów jest brak apetytu, który może wynikać z różnych czynników, takich jak zmiany hormonalne, spowolniony metabolizm czy zaburzenia emocjonalne. Dodatkowo, utrata smaku i powonienia, powszechnie obserwowana u osób starszych, sprawia, że jedzenie staje się mniej atrakcyjne, co prowadzi do zmniejszenia ilości spożywanych posiłków i może skutkować niedożywieniem. Problemy te są często potęgowane przez nieprawidłową higienę jamy ustnej oraz problemy z uzębieniem. Choroby przyzębia, próchnica czy brak zębów mogą powodować ból i dyskomfort podczas jedzenia, co zniechęca do regularnego spożywania posiłków. Co więcej, źle dobrane protezy mogą prowadzić do dysfagii, czyli trudności w przełykaniu, co dodatkowo utrudnia przyjmowanie pokarmów [4].

W krajach rozwiniętych główną przyczyną niedożywienia są choroby. Zarówno ostre, jak i przewlekłe schorzenia mogą powodować upośledzenie prawidłowej pracy organizmu [5]. Choroby przewodu pokarmowego (np. zespół krótkiego jelita, zewnątrzwydzielnicza niewydolność trzustki, stan po operacji bariatrycznej, zwężenie przełyku) powodują utrudnianie przyswajania i wchłaniania pokarmów. Do niedożywienia prowadzą również schorzenia przebiegające z ostrym stanem zapalnym (ciężkie infekcje, oparzenia, urazy), choroby przewlekłe i nowotworowe [6,7]. Zwiększone straty składników odżywczych, które występują u pacjentów z przetokami przewodu pokarmowego, nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, czy cukrzycą, mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. U pacjentów z przetokami przewodu pokarmowego, dochodzi do utraty białek, elektrolitów i innych ważnych składników odżywczych, co może prowadzić do niedożywienia i odwodnienia. Podobnie, choroby zapalne jelit, takie jak choroba Leśniowskiego-Crohna czy

Problem niedożywienia wśród pacjentów w wieku podeszłym

wrzodziejące zapalenie jelita grubego, mogą upośledzać zdolność jelit do wchłaniania składników odżywczych, co również skutkuje niedoborami żywieniowymi. U pacjentów z cukrzycą, zwłaszcza gdy choroba jest źle kontrolowana, mogą występować zaburzenia metaboliczne, które również wpływają na bilans energetyczny organizmu. Hiperglikemia może prowadzić do zwiększonego wydalania glukozy z moczem, co skutkuje utratą kalorii i składników odżywczych. Te wszystkie czynniki przyczyniają się do niedostarczenia wystarczającej ilości składników odżywczych, co w konsekwencji prowadzi do ujemnego bilansu energetycznego i osłabienia organizmu. Dodatkowo, ograniczona sprawność ruchowa, bóle krzyża i choroby stawów, które często towarzyszą wymienionym schorzeniom, prowadzą do zmniejszonej mobilności i aktywności fizycznej. Przyczynia się do osłabienia mięśni, co z kolei może prowadzić do dalszych problemów zdrowotnych, takich jak upośledzenie równowagi, zwiększone ryzyko upadków i złamań oraz ogólne pogorszenie stanu zdrowia [8]. Wykazano zwiększone ryzyko zachorowania na sarkopenię i niedożywienia u hospitalizowanych osób starszych, w związku z częstym unieruchomieniem pacjenta i ograniczeniem jego aktywności fizycznej [9,10]. Pacjenci neurologiczni, w tym pacjenci z ostrym udarem niedokrwiennym, są szczególnie narażeni na problem nieadekwatnego odżywienia organizmu i możliwość rozwinięcia się u nich depresji po udarze (PSD) [11,12]. Dodatkowo stosowana farmakoterapia i interakcje lekowe ze składnikami pokarmowymi prowadzą do zaburzeń wchłaniania, a choroby neurodegeneracyjne w tym demencja wpływają na zmniejszenie ilości przyjmowanych pokarmów bez podwyższonych wskaźników zapalnych [1].

W jednym z badań stwierdzono, że depresja, uzależnienie od podstawowych czynności dnia codziennego i palenie tytoniu są niezależnie związane ze zwiększonym ryzykiem niedożywienia, a spożywanie alkoholu zmniejsza szanse jego wystąpienia. Zaburzenia odżywiania u osób starszych są często powiązane z zaburzeniami psychicznymi tj. zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju [13,14,15].

W jednym z badań wykazano, że ryzyko niedożywienia może być związane ze stanem cywilnym (niezameżny/-a), zwiększonym wskaźnikiem masy ciała, płcią męską, niższym poziomem wykształcenia, gorszą sprawnością poznawczą i mniejszym przestrzeganiem diety śródziemnomorskiej [16,17]. Brak adekwatnej wiedzy na temat prawidłowo zbilansowanej diety i przygotowania pełnowartościowych posiłków znacząco wpływa na pogorszenie stanu odżywienia pacjenta. Samotność, depresja, czy lęk mogą również prowadzić do zaniedbania odżywiania. Starsze osoby często tracą bliskich, co może powodować smutek i brak chęci do dbania o siebie, w tym o regularne posiłki.

Problem niedożywienia wśród pacjentów w wieku podeszłym

Ograniczenia finansowe mogą poważnie wpływać na zdolność do zakupu odpowiedniej jakości żywności. Wiele osób starszych, żyjących z niskich dochodów emerytalnych, zmuszonych jest do oszczędzania na codziennych wydatkach, w tym na jedzeniu. Ponadto, seniorzy mogą nie mieć dostępu do różnorodnych i świeżych produktów, co dodatkowo ogranicza ich dietę. Niewystarczające spożycie składników odżywczych może prowadzić do niedożywienia, osłabienia organizmu oraz pogorszenia stanu zdrowia.

NIEDOŻYWIENIE PODCZAS HOSPITALIZACJI

Niedożywienie pacjentów geriatrycznych jest poważnym problemem zdrowotnym, często nadal niezauważanym na wielu oddziałach szpitalnych. Jego diagnoza jest utrudniona ze względu na współistnienie wielu schorzeń i objawów, które mogą maskować nieodpowiedni stan odżywienia organizmu. Konieczne jest stosowanie kompleksowych metod oceny stanu odżywienia, uwzględniających zarówno aspekty fizyczne, jak i psychospołeczne. Niewystarczająca podaż przyjmowanych pokarmów pogarsza rokowanie, może prowadzić do większej liczby powikłań, które komplikują ich proces leczenia i wydłużają okres rekonwalescencji. Złożona farmakoterapia może wpływać negatywnie na odpowiednie przyjmowanie pokarmów. Co więcej, wiele leków stosowanych przez pacjentów geriatrycznych ma działania niepożądane, takie jak zaburzenia smaku czy nudności, które mogą zniechęcać do jedzenia [18,19].

Po zdiagnozowaniu niedożywienia związanego z chorobą, zaleca się ustalenie indywidualnych celów żywieniowych, obejmujących spożycie energii, białka, mikroelementów oraz innych specyficznych dla choroby potrzeb. Wydatek energetyczny, kluczowy dla interwencji żywieniowych, można oszacować za pomocą kalorymetrii pośredniej lub za pomocą sprawdzonych wzorów, takich jak zmodyfikowane równanie Harrisa-Benedicta, które uwzględniają podstawowy metabolizm i wpływ chorób [18,19].

W praktyce klinicznej proste metody, oparte na masie ciała (np. 25–30 kcal/kg masy ciała na dzień), również są użyteczne do szacowania zapotrzebowania energetycznego. Wysokie spożycie białka na poziomie 1,2–1,5 g/kg dziennie wykazuje poprawę wyników klinicznych u dorosłych hospitalizowanych pacjentów, z wyjątkiem osób z niewydolnością nerek, gdzie zaleca się niższe wartości, około 0,8 g/kg dziennie [18,19].

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 roku (nowelizacja z dnia 27 grudnia 2013) ocena stanu odżywienia każdego pacjenta w polskich szpitalach jest obowiązkowa.

OBJAWY

Wyróżnia się trzy główne typy niedożywienia:

- marasmus,
- kwashiorkor,
- typ mieszany, z których każdy prezentuje odmienny obraz kliniczny.

Marasmus to niedożywienie wynikające z przewlekłego niedoboru białka i energii. Jest to stan związany z długotrwałym głodem. Niezamierzona i szybka utrata masy ciała u osób starszych jest często pierwszym sygnałem alarmowym, który zwraca uwagę bliskich na możliwość nieodpowiedniego odżywiania seniora. Osłabienie siły mięśniowej, suchość skóry oraz utrata włosów to nieswoiste objawy, które często są bagatelizowane. Zmniejszenie masy mięśniowej prowadzi do ograniczenia mobilności i zwiększa ryzyko upadków. Utrata zainteresowania jedzeniem i unikanie posiłków mogą wskazywać na problemy z odżywianiem, a zaparcia, biegunki lub wzdęcia mogą być wynikiem niedoborów żywieniowych. Uczucie przewlekłego zmęczenia i brak energii są często efektem ujemnego bilansu kalorycznego. Niedobory białka i składników odżywczych mogą spowalniać proces regeneracji organizmu. Do powszechnych niedoborów jakościowych u osób starszych zaliczamy niedobór witaminy D3 oraz żelaza, który może prowadzić do niedokrwistości. To zjawisko jest dość częste ze względu na pogorszenie jego wchłaniania w przewodzie pokarmowym. Mimo tych objawów, poziom białka w surowicy krwi może pozostawać w granicach normy [20].

Kwashiorkor, znany także jako niedożywienie stresowe, rozwija się u osób narażonych na ciężkie urazy lub stresy, takie jak wypadki komunikacyjne, ciężkie infekcje czy oparzenia. Ci pacjenci charakteryzują się nagłym wzrostem zapotrzebowania na białko i inne składniki odżywcze. Wynika to z przyspieszonych procesów metabolicznych. Obserwujemy u nich hipoalbuminemię (niski poziom albumin w surowicy krwi), występowanie obrzęków oraz zaburzenia wodno-elektrolitowe. Ze względu na zwiększoną retencję wody możemy u tych chorych zaobserwować zwiększenie masy ciała. Kwashiorkor rozwija się szybko i wymaga natychmiastowej interwencji medycznej [21].

Typ mieszany niedożywienia łączy cechy zarówno marasmusu, jak i kwashiorkoru. Może wystąpić u pacjentów, którzy doświadczają przewlekłego niedożywienia, a następnie są narażeni na nagły stres lub uraz.

Seniorzy zmagający się z tym typem niedożywienia w badaniach laboratoryjnych charakteryzują się zmniejszonym stężeniem białek, albumin i prealbuminy w surowicy oraz poważnymi zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej.

POWIKŁANIA

Zmniejszenie aktywności fizycznej oraz spowolnienie tempa metabolizmu związane z procesem starzenia prowadzą do obniżonego wydatkowania energii. W następstwie tych zmian osoby starsze doświadczają obniżonego odczuwania głodu oraz częstych zaburzeń w zakresie sytości. Niedożywienie związane z chorobą, wynikające ze stanu zapalnego, jest naturalną reakcją występującą w przewlekłych schorzeniach, takich jak przewlekła obturacyjna choroba płuc, niewydolność serca i przewlekła niewydolność nerek [1].

Utrzymujący się stan zapalny, spowodowany obecnością cytokin prozapalnych (np. TNF α , CRP, IL-1b i IL-6), wpływa na ośrodki nerwowe, co negatywnie oddziałuje na apetyt. Powoduje to między innymi katabolizm mięśni szkieletowych, spowolnienie opróżniania żołądka oraz zakłócenie działania hormonów kontrolujących głód. Skutkiem tych zjawisk jest zwiększone ryzyko wystąpienia niedoborów białkowych, witaminowych oraz mineralnych, co może prowadzić do stanu niedożywienia. Wyniszczenie nowotworowe jest skrajnym przypadkiem tego zjawiska [1].

Proces starzenia jest ściśle związany z pogorszeniem stanu zdrowia jamy ustnej, co wynika z osłabienia układu odpornościowego i problemów z gojeniem ran. W miarę starzenia się, zdolność organizmu do zwalczania infekcji zmniejsza się, co sprawia, że seniorzy są bardziej podatni na choroby przyzębia, próchnicę i inne problemy stomatologiczne. Te schorzenia mogą prowadzić do bólu i dyskomfortu, które zniechęcają do spożywania pokarmów, a także utrudniają prawidłowe żucie i połykanie. Niestety, ograniczona aktywność fizyczna jest powszechnym problemem wśród tej grupy wiekowej i może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Choroby zwyrodnieniowe stawów oraz reumatoidalne zapalenie stawów są częstymi dolegliwościami wśród osób starszych. Ból i ograniczona ruchomość stawów mogą znacząco utrudniać wykonywanie ćwiczeń, a nawet codziennych czynności. Sarkopenia, czyli zanik mięśni związany z wiekiem, prowadzi do stopniowego ograniczania aktywności fizycznej [22,23].

Deficyt żywieniowy może również pogłębiać problemy z pamięcią i koncentracją, wpływając negatywnie na funkcje poznawcze. Niedobór kluczowych składników odżywczych, takich jak witaminy z grupy B, witamina D, żelazo i kwasy tłuszczowe omega-3, może prowadzić do pogorszenia zdolności poznawczych, co z kolei utrudnia codzienne funkcjonowanie i obniża jakość życia. Wczesne wykrycie i interwencja w przypadku niedoborów żywieniowych są kluczowe, aby zapobiec nieodwracalnym powikłaniom zdrowotnym i poprawić jakość życia osób starszych.

PODSUMOWANIE

Niedożywienie znacząco obniża jakość życia seniorów, negatywnie wpływając na ich zdolności funkcjonalne, takie jak samodzielne jedzenie, korzystanie z toalety i utrzymanie higieny, a także na ich dobre samopoczucie i funkcjonowanie w społeczności [24,25]. Wraz z wiekiem dochodzi do utraty masy mięśniowej i mineralnej kości oraz wzrostu ilości tkanki tłuszczowej, co może utrudniać podejmowanie aktywności fizycznej. Dlatego istotne jest wprowadzenie zbilansowanych diet oraz skutecznych programów wsparcia żywieniowego, które uwzględniają indywidualne potrzeby pacjentów, pomagając w identyfikacji i leczeniu niedożywienia. To zapewni seniorom zdrowsze i bardziej aktywne życie na starość [26].

PIŚMIENNICTWO

1. Cederholm T., Barazzoni R., Austin P., Ballmer P., Biolo G., et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland), 2017 36(1), 49–64.
2. Leij-Halfwerk S., Verwijs M. H., van Houdt S., Borkent J. W., Guaitoli P. R., Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥ 65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 2019, 126, 80–89.
3. Krzyminska-Siemaszko R., Chudek J., Suwalska A., Lewandowicz M., Mossakowska M. i wsp. Health status correlates of malnutrition in the polish elderly population - Results of the Polsenior Study. *European review for medical and pharmacological sciences*, 2016, 20(21), 4565-4573.
4. Toniazzo M. P., Amorim P. S., Muniz F. W. M. G., Weidlich, P. Relationship of nutritional status and oral health in elderly: Systematic review with meta-analysis. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland), 2018, 37(3), 824–830.
5. Norman K., Haß U., Pirlich M. Malnutrition in Older Adults-Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients*, 2021, 13(8), 2764.
6. Jensen G. L., Mirtallo J., Compher C., Dhaliwal R., Forbes A., et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition* 2010, 34(2), 156–159.
7. Pourhassan M, Cederholm T, Donini L.M., Poggiogalle E, Schwab U, et al. Severity of Inflammation Is Associated with Food Intake in Hospitalized Geriatric Patients—A

- Merged Data Analysis. *Nutrients*, 2023, 15(14), 3079.
8. Kato S., Demura S., Shinmura K., Yokogawa N., Kabata T., et al. Association of low back pain with muscle weakness, decreased mobility function, and malnutrition in older women: A cross-sectional study. *PloS one*, 2021, 16(1), e0245879.
 9. Ligthart-Melis G. C., Luiking Y. C., Kakourou A., Cederholm T., Maier A. B., et al. Frailty, Sarcopenia, and Malnutrition Frequently (Co-)occur in Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2020, 21(9), 1216–1228.
 10. de van der Schueren M.A.E. ,Keller H., Cederholm T., Barazzoni R., Compher C., et al., Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on validation of the operational criteria for the diagnosis of protein-energy malnutrition in adults. *Clinical Nutrition*, 2020, 39(10), 3099-3104.
 11. Gu M., Wang J., Xiao L., Chen X., Wang M., et al., Malnutrition and poststroke depression in patients with ischemic stroke. *Journal of affective disorders*, 2023, 334, 113–120.
 12. Hua J, Lu J, Tang X, Fang Q., Association between Geriatric Nutritional Risk Index and Depression after Ischemic Stroke. *Nutrients*, 2022, 14(13), 2698.
 13. van Bokhorst-de van der Schueren M. A., Lonterman-Monasch S., de Vries O. J., Danner S. A., Kramer M. et al. Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 2013, 32(6), 1007–1011
 14. de van der Schueren M.A.E. ,Keller H., Cederholm T., Barazzoni R., Compher C., et al., Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on validation of the operational criteria for the diagnosis of protein-energy malnutrition in adults, *Clinical Nutrition*, 2020, 39(10), 2872-2880.
 15. Bertocchi E., Frigo F., Buonaccorso L., Venturelli F., Bassi M. C., et al. Cancer cachexia: A scoping review on non-pharmacological interventions. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 2024, 11(5), 100438.
 16. Pourhassan M, Cederholm T, Donini LM, Poggiogalle E, Schwab U, et al. Severity of Inflammation Is Associated with Food Intake in Hospitalized Geriatric Patients—A Merged Data Analysis. *Nutrients*. 2023; 15(14):3079.
 17. Streicher M., van Zwienen-Pot J., Bardon L., Nagel G., Teh R., et al. Determinants of Incident Malnutrition in Community-Dwelling Older Adults: A MaNuEL Multicohort Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2018, 66, 2335-2343.
 18. Schuetz P., Seres D., Lobo D. N., Gomes F., Kaegi-Braun N., et al. Management of

- disease-related malnutrition for patients being treated in hospital. *Lancet* (London, England), 2021, 398(10314), 1927–1938.
19. Felder S., Lechtenboehmer C., Bally M., Fehr R., Deiss M. et al., Association of nutritional risk and adverse medical outcomes across different medical inpatient populations. *Nutrition* (Burbank, Los Angeles County, Calif.), 2015, 31(11-12), 1385–1393.
 20. Grover Z., Ee L. C., Protein energy malnutrition. *Pediatric clinics of North America*, 2009, 56(5), 1055–1068.
 21. Pham T. P. T., Alou M. T., Golden M. H. N., Million M., Raoult D., Difference between kwashiorkor and marasmus: Comparative meta-analysis of pathogenic characteristics and implications for treatment.. *Microbial pathogenesis*, 2021, 150(6), 104702.
 22. de Sire A., Ferrillo M., Lippi L., Agostini F., de Sire R., et al. Sarcopenic Dysphagia, Malnutrition, and Oral Frailty in Elderly: A Comprehensive Review. *Nutrients*, 2022, 14(5), 982.
 23. Duerksen D.R., Laporte M., Jeejeebhoy K., Evaluation of Nutrition Status Using the Subjective Global Assessment: Malnutrition, Cachexia, and Sarcopenia. *Nutrition in Clinical Practice*, 2021, 36, 942-956.
 24. Mawardi F., Lestari A. S., Kusananto H., Sasongko E. P. S., Hilmanto D., Malnutrition in older adults: how interprofessional teams see it? A systematic review of the qualitative research. *Family Practice*, 2021, 38(1), 43–48,
 25. Browne S., Kelly L., Geraghty A. A., Reynolds C. ME., McBean L., et al. Healthcare professionals' perceptions of malnutrition management and oral nutritional supplement prescribing in the community: A qualitative study. *Clinical nutrition ESPEN* 2021, 44, 415-423.
 26. Besora-Moreno M, Llauradó E, Tarro L, Solà R. Social and Economic Factors and Malnutrition or the Risk of Malnutrition in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*, 2020, 12(3), 737.

AKTYWIZACJA OSÓB STARSZYCH NA PRZYKŁADZIE ZAJĘĆ Z FOTOGRAFII NA UNIWERSYTECIE TRZECIEGO WIEKU "CALISIA" W KALISZU

Adrian Jarzębowski

Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Pedagogiczno-Artystyczny w Kaliszu,
Zakład Studiów Polonistycznych i Komunikacji Medialnej, Kalisz

WPROWADZENIE

W Polsce od lat widoczny jest proces starzenia się społeczeństwa. Jak można przeczytać w raporcie Głównego Urzędu Statystycznego, który został zatytułowany *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 roku* w Polsce spada liczba urodzeń, co powoduje przyspieszenie procesu starzenia się ludności Polski. W latach 2020-2023 liczebność osób w wieku poprodukcyjnym, czyli dla kobiet 60 lat i więcej oraz dla mężczyzn 65 lat i więcej wzrosła o ponad 3 miliony i aktualnie wynosi 8.8 miliona osób, czyli wzrosła z niecałych 15 procent społeczeństwa do 23 procent. Zwiększa się również procent grupy osób w wieku sędziwym, czyli 80 lat i więcej. Od początku tego wieku grupa ta wzrosła ponad dwukrotnie z 774 tysięcy osób do 1,6 miliona, co jest związane z wydłużaniem dalszego trwania życia w rezultacie przyczyniając się do wzrostu średniej długości życia kobiet i mężczyzn [1]. W tej sytuacji przed ważnym zadaniem staje polityka społeczna, która powinna nie tylko dbać o dalsze wydłużanie życia, ale także podejmować działania mające na celu starzenie się w sposób aktywny, czyli zapewniający nie tylko sprawność fizyczną, psychiczną, ale i taką w sferze kontaktów społecznych czy towarzyskich [2].

Starość w dzisiejszym społeczeństwie postrzegana jest jako kolejny etap życia, który jest możliwy do osiągnięcia praktycznie przez każdego, a przy odpowiednim przygotowaniu może również otwierać nowe perspektywy nie tylko dla osób w wieku poprodukcyjnym, ale i dla całego społeczeństwa. Ważnym elementem jest stopień uczestnictwa i chęć aktywności społecznej, rodzinnej czy kulturalnej w momencie zmiany trybu życia, czyli po przejściu na tak zwaną emeryturę. Bardzo wiele zależy również od sytuacji ekonomicznej gospodarstwa domowego, stopnia samotności, który często jest związany z utratą najbliższych osób, ale i pogarszającego się wraz z wiekiem stanu zdrowia [3]. W wieku poprodukcyjnym brak

Aktywizacja osób starszych na przykładzie zajęć z fotografii na Uniwersytecie Trzeciego Wieku "Calisia" w Kaliszu

aktywności może powodować utratę akceptacji ze strony społeczeństwa, czego wynikiem może być pogłębiająca się samotność. Karolina Pędziwiatr, powołując się na Małgorzatę Dziegielewską, w swoim artykule "Aktywizacja osób starszych w Polsce" przedstawia trzy aktywności. Pierwszą z nich jest aktywność samotnicza, która najczęściej realizowana jest przez zajęcie się jakimś hobby, czytaniem książek czy oglądaniem telewizji. Drugim rodzajem jest aktywność nieformalna, czyli zaangażowanie się w życie rodzinne, pomoc dzieciom oraz wnukom czy spotkania z przyjaciółmi lub sąsiadami. Ostatnim rodzajem jest aktywność formalna związana z uczestnictwem w zajęciach na Uniwersytetach Trzeciego Wieku, działalność samorządowa czy praca na rzecz lokalnego środowiska [4]. W 2002 roku podczas zgromadzenia Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*) zaproponowała ona koncepcję "aktywnego starzenia się" (*active ageing*). Aktywne starzenie się jest to proces optymalizacji szans związanych z życiem w dobrym zdrowiu, uczestnictwem i bezpieczeństwem, który powinien dążyć do poprawy jakości życia ludzi starszych [5]. Według tych wytycznych osoby starsze powinny dbać nie tylko o własne zdrowie fizyczne i psychiczne, ale również powinny angażować się w różnego rodzaju aktywność społeczną, rodzinną, duchową czy edukacyjną, umożliwiającą poprawę życia w okresie poprodukcyjnym. Koncepcja aktywnego starzenia się zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia wyróżnia kilka najważniejszych determinantów.



Rycina1. Determinanty aktywnego starzenia się zaproponowane przez WHO.
Źródło: *Active Ageing A Policy Framework, WHO.*

Aktywizacja osób starszych na przykładzie zajęć z fotografii na Uniwersytecie Trzeciego Wieku "Calisia" w Kaliszu

Najważniejszym z elementów jest czynnik kulturowy, gdzie obyczaje, normy i wzory będą miały wpływ na wszystkie obszary życia i proces starzenia się [5]. Dla przykładu, w krajach azjatyckich normą kulturową jest docenianie ludzi starszych i życie w wielopokoleniowych gospodarstwach domowych [5]. Drugim ważnym czynnikiem jest płeć, gdzie widoczne są znaczące różnice w starzeniu się kobiet i mężczyzn. Kobiety w wieku poprodukcyjnym są częściej narażone na wykluczenie społeczne i ubóstwo, zazwyczaj mają niższe świadczenia emerytalne i znacznie częściej niż mężczyźni świadczą nieodpłatną opiekę wspierającą członków rodziny. Mężczyźni natomiast ze względu na częstsze podejmowanie zatrudnienia jako pracownicy fizyczni są bardziej narażeni na ryzyka zawodowe oraz prowadzenie niezdrowego trybu życia i sięganie po używki [3].

Światowa organizacja zdrowia obok uwarunkowań kulturowych i czynnika związanego z płcią wyróżniła również determinanty wpływające w sposób pośredni na aktywne starzenie się: wyznacznik związany ze zdrowiem i dostępem do opieki medycznej – promowanie zdrowego trybu życia i aktywności fizycznej, profilaktyki oraz dostęp do opieki zdrowotnej bez dyskryminacji między innymi ze względu na wiek [5]; czynnik behawioralny – promocja aktywnego starzenia się i edukacja w tym zakresie, zmiana podejścia i otwarcie się na zmiany trybu życia, podejmowanie odpowiedniej aktywności fizycznej i unikanie używek [5]; czynnik osobowy – starzenie może przebiegać szybciej lub wolniej w zależności od jednostki. Mają na to wpływ predyspozycje genetyczne, środowisko, styl życia oraz odżywianie [5].

Czynnik związany ze środowiskiem zewnętrznym - miejsca wspierające lub utrudniające aktywne starzenie się. Jest to czynnik szczególnie istotny dla osób, które mają jakiegokolwiek problemy z poruszaniem się, które muszą pokonać wiele barier. Grupą podatną na wykluczenie są osoby mieszkające na wsi z utrudnionym dostępem do usług zdrowotnych i socjalnych. Izolacja osób starszych widoczna jest również między innymi przez wyjeżdżanie osób młodych w poszukiwaniu pracy [5]. Czynnik społeczny - możliwość kształcenia się przez całe życie, uczestnictwa w życiu społecznym oraz poczucie bezpieczeństwa [5]. Czynnik ekonomiczny - dostęp do środków umożliwiających godne życie, programy społeczne dające możliwość ograniczenia ubóstwa we wszystkich grupach wiekowych oraz możliwość pracy dostosowanej do wieku. Osoby starsze, zwłaszcza kobiety żyjące samotnie lub na obszarach wiejskich, które mają niewielkie dochody, często mają utrudniony dostęp do wartościowej żywności, opieki zdrowotnej i odpowiednich warunków mieszkaniowych, w których zapewniony będzie między innymi komfort cieplny w okresie grzewczym [5].

Determinanty te odnoszą się przede wszystkim do osób, które chcą być aktywne. Koncepcja zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia nie formułuje jednak żadnych rekomendacji dotyczących osób świadomie nie chcących być aktywnymi. Założenia zaproponowane w 2002 nie uwzględniają potrzeb wszystkich osób starszych - na przykład tych, którzy świadomie wybrali wycofanie społeczne, nie potrzebują aktywizacji społecznej lub nie mają do niej predyspozycji. Idea aktywnego starzenia odnosi się więc do potrzeb, których może nie odczuwać część osób starszych. Dlatego tak ważnym elementem jest uwzględnienie indywidualnych pragnień osób w wieku poprodukcyjnych oraz dostosowanie ich zakresu i rodzaju do form oferowanych aktywności [6]. W celu realizacji koncepcji aktywnego starzenia się osoby niedysponujące zakładaną samodzielnością i samoorganizacją będą potrzebowały aktywności z niższym progiem wymagań i działań uzupełnionych o aktywne podejście do człowieka, a nie samą chęć aktywizacji osób starszych [7].

Poważną rolę może odegrać w tym zakresie rodzina, która może zachęcać do zainteresowania się koncepcją aktywnego starzenia się lub znając preferencje seniora może zaproponować pobudzające aktywności wraz z zaoferowaniem pomocy ich realizacji. Jednak nawet najlepsze rekomendacje zawsze zostaną zderzone z rzeczywistością w postaci różnego podejścia do przeżywania własnej starości. Dla części osób starszych rozwiązaniem mogłoby być przygotowanie do zmiany trybu życia. Każdy człowiek przechodzi od fazy dzieciństwa przez dorastanie po dorosłość i starość. Na każdym z tych etapów dochodzi do zmian rozwojowych. Podczas każdego z nich człowiek doświadcza innych rzeczy, które go kształtują, rozwijają, ale i wymagają korekty w postaci edukacji. Koniecznym postulatem warunkującym rozwój i pozostawanie w dobrej kondycji - nie tylko umysłowej - wydaje się być pojęcie edukacji permanentnej (*lifelong education*), które wykorzystał po raz pierwszy pedagog Basil Alfred Yeaxlee w 1929 roku [8]. Istnieje jednak znacząca różnica między uczeniem się a edukacją. Iwona Mandrzejewska-Smól, prezentując w swoim artykule "Aktywność edukacyjna osób w wieku senioralnym – wybrane konteksty" zdanie Davida Petersona wskazuje, że uczenie się bywa najczęściej niezaplanowane i spontaniczne, zaś edukacja to proces zaplanowany, składający się z czterech ważnych elementów: programu nauczania, metody nauczania, celu nauczania i osoby realizującej zajęcia w sposób zorganizowany. Autorka, powołując się również na Bogusława Śliwerskiego i Bogusława Milerskiego prezentuje pogląd, że edukacja jest ogółem działań między generacjami, które formułują całokształt zdolności życiowych człowieka, jego funkcje poznawcze, fizyczne, estetyczne czy religijne, czyniąc go osobą dojrzałą oraz gotową do życia w danej kulturze i zdolną do

konstruktywnej krytyki [6]. Nauczanie będąc systematyczną i zaplanowaną pracą ucznia z nauczycielem powinno mieć na celu trwałe zmiany w postępowaniu, kształtowaniu predyspozycji i cech osobowości [9]. Wyżej wymieniona autorka, odnosząc się do publikacji Ewy Solarczyk-Ambrozik zauważa także, że uczenie się może mieć charakter planowy, jak i nieplanowany, jest całościowe, nieprzerwane i może się odbywać na wielu płaszczyznach od zinstytucjonalizowanych form kształcenia po doświadczenia z sytuacji życiowych [6]. Przed laty okres starości postrzegany był wyłącznie jako regres, a uczenie się osób starszych jako mało efektywne ze względu na ograniczone możliwości. Natomiast w dzisiejszych czasach poddaje się analizie zarówno ograniczenia, jak i możliwości pojawiające się w okresie poprodukcyjnym. Wraz z rozwojem technologicznym i przeobrażeniami współczesnego świata podejmowanie działań edukacyjnych przez seniorów wydaje się być pewnego rodzaju koniecznością. Chęć niepozostawania w tyle nie jest jednak ich jedyną motywacją. Bardzo często jest to również związane z pragnieniem efektywnego wykorzystania czasu wolnego, związanego ze zmianą trybu życia, ciekawości poznawczej czy realizacją samego siebie, na którą brakowało czasu w przeszłości [6]. Iwona Mandrzejewska-Smół, powołując się na Małgorzatę Dziegielewską, prezentuje pogląd, że edukacja wychodzi poza aspekt funkcjonalny i ekonomiczny, czyli związany z wykształceniem, jak to jest widoczne we wcześniejszych etapach życia i w wieku poprodukcyjnym oznacza szerszy socjokulturowy, ekonomiczny czy polityczny kontekst, który wymagając dojrzałości wzmacnia indywidualne i społeczne kompetencje [6].

AKTYWIZACJA OSÓB STARSZYCH NA PRZYKŁADZIE SEKCJI FOTOGRAFII NA UTW W KALISZU

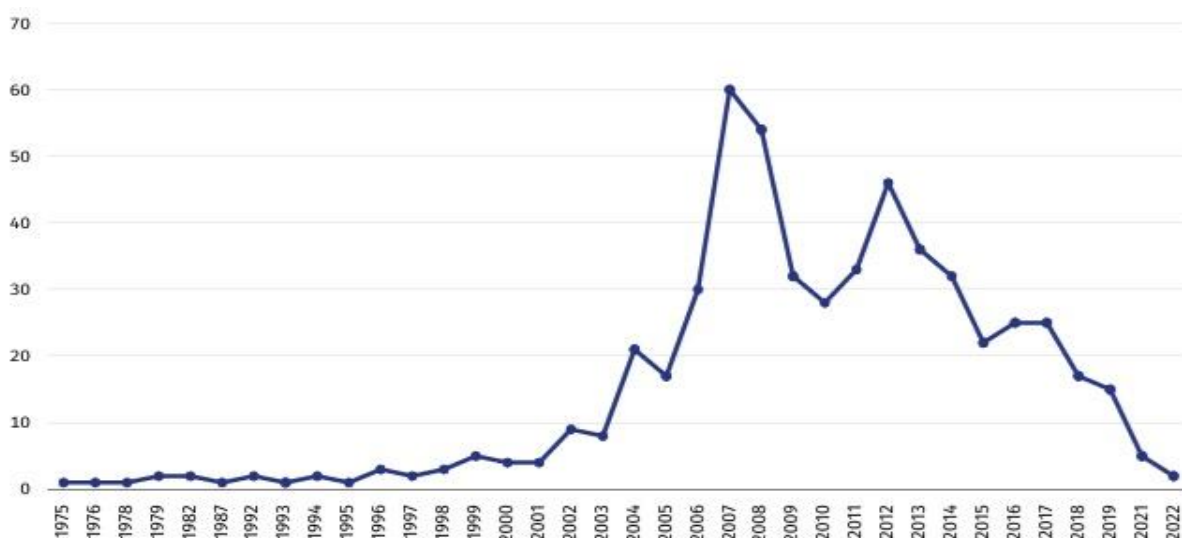
Karolina Pędziwiatr, cytując Bohdana Skrzypczaka i Stanisława Retmaniaka, pojęcie aktywizacji społecznej wyjaśnia jako *dążenie do oddziaływania na otoczenie społeczne, zmierzające do przekształcenia, przynoszące efekty jednostce i społeczeństwu. Zaangażowanie w takie działania ma zazwyczaj charakter dobrowolny* [4].

W Polsce do najpopularniejszych form aktywizacji seniorów należą: kluby seniora, działalność wolontariacka oraz Uniwersytety Trzeciego Wieku. Kluby tworzone są najczęściej z inicjatywy samych uczestników lub organizacji pozarządowych w spółdzielniach lub wspólnotach mieszkaniowych i instytucjach użytku publicznego [4]. W klubach seniora osoby starsze mogą aktywnie spędzać czas z osobami w podobnym wieku organizując różnego rodzaju wyjścia i wyjazdy, a także uczestnicząc w kursach. Wolontariat jest działalnością na

Aktywizacja osób starszych na przykładzie zajęć z fotografii na Uniwersytecie Trzeciego Wieku "Calisia" w Kaliszu

rzecz ludzi potrzebujących, który daje osobom starszym poczucie użyteczności i satysfakcji. Osoby starsze bardzo często pomagają między innymi w szpitalach, hospicjach, schroniskach, czy angażują się w odwiedzenie osób chorych i samotnych w domach. Działalność wolontariacka może mieć charakter indywidualny lub zbiorowy, ale i krótkoterminowy lub długoterminowy, jak na przykład praca w świetlicach środowiskowych [10]. Uniwersytety Trzeciego Wieku są placówkami edukacyjnymi skierowanymi przede wszystkim do osób dojrzałych, których celem jest pobudzenie do jakiejś aktywności i integracja przez działalność edukacyjną. Uniwersytety angażują również swoich słuchaczy w życie społeczne i dają możliwość poznania osób z podobnymi doświadczeniami czy o zbliżonych zainteresowaniach [11].

Pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku w Polsce rozpoczął swoją działalność w 1975 roku w warszawskim Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Aktualnie Uniwersytet ten działa pod nazwą Uniwersytet Trzeciego Wieku im. Haliny Szwarz w Warszawie. Przez ostatnie 49. lat w Polsce powstało bardzo wiele tego typu placówek, jednak do roku 1995 zjawisko to było raczej marginalne [11]. Główny Urząd Statystyczny opublikował we wrześniu 2023 roku dokument na temat Uniwersytetów Trzeciego Wieku i podsumowania roku akademickiego 2021/2022. Publikacja zawiera wyniki trzeciej edycji badań statystycznych. Na wykresie dotyczącym lat powstawania Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce można zauważyć, że trend zaczął być wyraźnie widoczny w okolicach roku 2002.



Rycina 2. Uniwersytety Trzeciego Wieku według lat powstania.
Źródło: Główny Urząd Statystyczny.

Aktywizacja osób starszych na przykładzie zajęć z fotografii na Uniwersytecie Trzeciego Wieku "Calisia" w Kaliszu

Może mieć to bezpośredni związek ze Światowym Zgromadzeniem WHO, które odbyło się w 2002 roku i promowało koncepcję "aktywnego starzenia się" (*active ageing*), czyli podejmowania aktywności przez osoby w dojrzałym wieku [6]. Od roku 2002 do roku 2007 widoczny był wyraźny wzrost liczby nowych placówek. Kolejnym rokiem, w którym można było zauważyć znaczne wybicie na wykresie jest rok 2012. Rok jest ten o tyle istotny, że w naszym kraju został on ustanowiony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, co spowodowało upowszechnienie koncepcji aktywnego starzenia się, powstania wielu inicjatyw społecznych dotyczących wspierania i aktywizacji osób starszych oraz publikacji dotyczących starzenia się [6].

Większość z ponad pięciuset Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce, która wzięła udział w ostatnim badaniu statystycznym GUS zarejestrowana jest jako stowarzyszenie [11]. Większość środków, z których pochodzi finansowanie Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce, pochodzi z opłat słuchaczy i dotacji ze środków samorządowych. Niewystarczające środki finansowe uniwersytetu są najczęściej wskazywanymi czynnikami utrudniającymi prowadzenie działalności. Na drugim miejscu wśród czynników utrudniających znalazły się zbyt niskie dochody słuchaczy utrudniające opłacenie czesnych [11]. W ostatnim badaniu statystycznym GUS widać również zmianę głównego przesłania prowadzonej działalności z edukacji osób starszych na aktywizację osób starszych, która była głównym przesłaniem ponad połowy Uniwersytetów [11].

Uniwersytet Trzeciego Wieku "Calisia" w Kaliszu powstał w roku 2006 i funkcjonuje w ramach stowarzyszenia na podstawie statutu i w ramach obowiązującego porządku prawnego za sprawą nieżyjącej już społeczniczki i Radnej Miasta Kalisza Pani Iwony Urbanowskiej. Jak możemy przeczytać na stronie Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Kaliszu, Pani Iwona Urbanowska w tych słowach opisywała pomysł o powstaniu placówki: *Mysł o powołaniu UTW w Kaliszu towarzyszyła mi od wielu miesięcy, ale spowolniona była brakiem wiary w sukces. Świadoma odpowiedzialności, braku lokalu i środków finansowych, w moich poszukiwaniach rozwiązania tych problemów, trafiłam do gabinetu Kanclerza PWSZ mgr Kazimierza Matusiaka. Wyjątkowa życzliwość i zrozumienie zarówno Kanclerza jak i nieżyjącego już Rektora prof. Czesława Glinkowskiego dodały mi skrzydeł, pod którymi obecnie realizujemy zamierzony cel* [12]. Jak można przeczytać w postanowieniach ogólnych na stronie Uniwersytetu: *UTW prowadzi działalność edukacyjną w ramach systemu kształcenia ustawicznego skierowaną do osób starszych, które odczuwają potrzebę kultywowania wysiłków poznawczych, rozwoju intelektualnego oraz aktywności społecznej* [13].

Aktywizacja osób starszych na przykładzie zajęć z fotografii na Uniwersytecie Trzeciego Wieku "Calisia" w Kaliszu

Nauka na UTW w Kaliszu odbywa się w zamkniętych cyklach trzyletnich dla zajęć z języków obcych i komputerowych oraz ustawicznie dla reszty zajęć, czyli jest procesem stałego rozwijania i odnawiania kwalifikacji. Program edukacyjny obejmuje wiedzę z zakresu nauk: humanistycznych, medycznych i profilaktyki zdrowia, przyrodniczych, społecznych, ekonomicznych, technicznych i artystycznych. W ramach zajęć artystycznych słuchacze mogą uczestniczyć w zajęciach z rękodzieła artystycznego, malarstwa, rysunku i fotografii.

Zajęcia z fotografii na Uniwersytecie Trzeciego Wieku w Kaliszu powstały z inicjatywy samych słuchaczy, którzy dostrzegli potrzebę fotografowania aparatami cyfrowymi, które wyparły z rynku aparaty analogowe znane słuchaczom UTW. Oddolnie zgłosili się oni do prof. dr hab. Małgorzaty Gardy, kierowniczkę pracowni multimediów na Wydziale Pedagogiczno-Artystycznym w Kaliszu, Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu z prośbą o możliwość stworzenia sekcji fotografii na UTW w Kaliszu. W prowadzenie zajęć zaangażował się mgr Leszek Kubiak, pracownik Wydziału Pedagogiczno-Artystycznego w Kaliszu, który zajął się przede wszystkim praktyczną stroną fotografii spełniając wymagania zainteresowanych. Podczas spotkań, od wielu już lat prezentuje on seniorom zarówno te podstawowe, jak i zaawansowane ustawienia cyfrowego aparatu fotograficznego uzupełniając praktykę o teorię. Zajęcia prowadzone są ustawicznie, uczestniczą w nich nowe słuchaczki i słuchacze, jak i osoby uczęszczające na zajęcia od wielu lat, z którymi jak wspomina prowadzący, „złapał kontakt” już od pierwszych spotkań. Osoby starsze uczestnicząc w zajęciach mogą nie tylko rozmawiać o zrealizowanych przez siebie sesjach, ale i brać udział w warsztatach w studiu fotograficznym czy na różnego rodzaju plenerach.

Osobami uczestniczącymi w zajęciach w przeważającej większości są kobiety. W roku akademickim 2023/2024 grupa liczy około 15 osób. Kilkoro z nich w zależności od okresu zmienia zajęcia z fotografii między innymi na zajęcia z malarstwa. Podczas pisania artykułu udało się porozmawiać z prowadzącym zajęcia oraz czterema słuchaczkami i jednym słuchaczem sekcji fotografii na UTW w Kaliszu. *Zawsze lubiłam/lubiłem fotografować, jest moją pasją* oraz *lubię łapać ulotne chwile* były to odpowiedzi, które pojawiały się po zadaniu pytania *Dlaczego Pani/Pan wybrała zajęcia z fotografii*. Wszystkie osoby, z którymi przeprowadzone były rozmowy, już wcześniej interesowały się fotografią, uprawiały ją hobbystycznie lub wykorzystywały w pracy zawodowej. Wszystkie też fotografowały wcześniej aparatem analogowym. Najczęściej i najchętniej fotografowanymi tematami, wybieranymi przez słuchaczki i słuchaczy UTW w Kaliszu są: natura, krajobrazy, zwierzęta,

Aktywizacja osób starszych na przykładzie zajęć z fotografii na Uniwersytecie Trzeciego Wieku "Calisia" w Kaliszu

dzieci i architektura. Wynika to nie tylko z rozmów, ale i prac zamieszczonych na stronie Uniwersytetu Trzeciego Wieku "Calisia" w Kaliszu. Grupa regularnie wyjeżdża również na plenery fotograficzne, które są przede wszystkim idealną okazją do spędzenia wspólnie czasu. Sekcja fotografii z powodzeniem realizuje również wystawy fotograficzne. Jedną z takich wystaw zaprezentowana została w gmachu Ratusza w Kaliszu podczas wernisażu w listopadzie 2023 roku i była zatytułowana „Wschód i zachód słońca”. Prace słuchaczek i słuchaczy biorą udział również w konkursach fotograficznych między innymi w konkursie „W obiektywie”, realizowanym przez Ośrodek Kultury Plastycznej Wieża Ciśnień im. Bogdana Jareckiego w Kaliszu czy w konkursie fotograficznym „Świat widziany oczami pokolenia 50+”, który zorganizowany został w 2018 roku z okazji 10-lecia istnienia Uniwersytetu Trzeciego Wieku Akademii Wyższej Szkoły Biznesu w Dąbrowie Górniczej. Konkurs Uniwersytetu Trzeciego Wieku skierowany był do słuchaczek i słuchaczy z całej Polski. Wzięło w nim udział 48. osób reprezentujących 19 Uniwersytetów Trzeciego Wieku z całego kraju. Jedną z wyróżnionych została Pani Lidia, słuchaczka z UTW w Kaliszu za zdjęcie „Konie na plaży w Poddąbiu”.

Osobom starszym z UTW „Calisia” w Kaliszu zajęcia z fotografii dają możliwość realizowania pasji, na które wcześniej bardzo często brakowało czasu. Teraz po zmianie trybu życia i wejściu w wiek poprodukcyjny osoby starsze, które najczęściej mają już ustabilizowaną sytuację rodzinną, mogą zrobić coś dla siebie. Wśród słuchaczek i słuchaczy widać również olbrzymie zaangażowanie i zapał do fotografii. W ramach którejkolwiek sekcji nie pojawiają się tam osoby, które trafiają tam z przymusu. Uczestnictwo w zajęciach wynika najczęściej z żywego zainteresowania daną sekcją. Słuchaczki i słuchacze bez problemu radzą sobie również z nowoczesnym sprzętem do fotografowania i z powodzeniem wykorzystują manualne tryby cyfrowych aparatów fotograficznych. Wraz z rozwojem fotografii cyfrowej dostęp do sprzętu jest praktycznie nieograniczony i nawet seniorzy mniej zamożni mogą realizować się wykorzystując prostsze aparaty cyfrowe czy telefony komórkowe.

Funkcjonowanie zajęć z fotografii na UTW w Kaliszu wiąże się również z wyzwaniem. Jedną z przeszkód jest utrudniony dostęp do sali lub studia, w którym mogłyby być realizowane zajęcia. Przez kilka lat zajęcia odbywały się w pracowni fotografii Wydziału Pedagogiczno-Artystycznego UAM w Kaliszu. Jednak w 2023 roku ze względu na zbyt wysokie koszty wynajmu pracowni uczestnicy zajęć zdecydowali się zmienić miejsce spotkań na zlokalizowany przy ulicy Podgórze w Kaliszu Dom Sąsiedzki. Według Głównego Urzędu Statystycznego utrudniony dostęp do sal i pomieszczeń jest w pierwszej piątce czynników

najbardziej utrudniających prowadzenie działalności UTW w Polsce. Poza problemami z miejscem, w którym mogłyby się odbywać zajęcia, niewystarczającymi środkami finansowymi i zbyt niskimi dochodami słuchaczy, znalazły się tu również kłopoty związane z niedoborem chętnych do realizacji nieodpłatnych zajęć dla osób starszych oraz braki w wyposażeniu [11].

Spotkania, w których głównym tematem jest praktyczna nauka fotografii, choć mogą być realizowane wyłącznie z wykorzystaniem bardzo zaawansowanych w dzisiejszych czasach aparatów w telefonach komórkowych, to w dłuższej perspektywie i tak będą wymagały odpowiedniego sprzętu na przykład do nauki podstaw cyfrowej edycji obrazu. Seniorzy z UTW w Kaliszu bardzo często posiadają własne aparaty cyfrowe, od prostych aparatów kompaktowych po bardziej zaawansowane lustrzanki cyfrowe czy aparaty bezlusterkowe lub korzystają w trakcie zajęć z profesjonalnego sprzętu prowadzącego.

Nowy rok akademicki będzie również kolejnym rokiem wyzwań. Słuchaczki i słuchacze sekcji UTW staną przed wyzwaniem znalezienia nowego prowadzącego, gdyż obecny od kilku lat jest już w wieku emerytalnym i wraz z zakończeniem bieżącego roku akademickiego chciałby zakończyć działalność dydaktyczną na Uniwersytecie Trzeciego Wieku w Kaliszu.

Mimo wielu przeciwności uczestniczący w zajęciach fotograficznych mogą się realizować, wspólnie spędzać czas czy wyjeżdżać na różnego rodzaju plenery fotograficzne. Nie do przecenienia jest również ich aktywność w promowaniu Uniwersytetu, a co za tym idzie propagowanie idei aktywnego starzenia się.

Osoby starsze biorąc udział w wystawach i konkursach mają nie tylko możliwość zaprezentowania swojej twórczości, ale i dotarcia do osób o podobnych zainteresowaniach. Dopełnieniem tych działań mogłaby być prezentacja efektów pracy w mediach społecznościowych, która mogłaby zaowocować zainspirowaniem innych osób starszych do aktywności, a w rezultacie przyczynić się do podejmowania przez nich działań edukacyjnych, zarówno tych sformalizowanych, jak i mniej formalnych związanych na przykład z rozwijaniem nowych pasji.

Aktywizowanie osób starszych jest oczywiście możliwe, ale sama chęć uczestnictwa w jakichkolwiek zajęciach powinna wychodzić od samych osób starszych.

Młodsze pokolenie powinno być nie tylko drogowskazem wskazującym możliwe drogi, ale i powinno oferować aktywną pomoc w celu aktywizacji osób mniej samodzielnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Wysocka A., Cierniak-Piotrowska M., Dąbrowska A., Potocka M., Stelmach K., Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r., Warszawa, 2024.
2. Kaczmarczyk M., Trafiałek E., Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie, *Gerontologia Polska*, 2007, 15(4), 116.
3. Kawińska M, Aktywność społeczna seniorów - oczekiwania, możliwości, wyzwania, projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Warszawa, 2021.
4. Pędziwiatr K. Aktywizacja społeczna osób starszych w Polsce [w:] Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy, Janiszewska A. (red.), Wyd. Nauk Geograficznych Uniwersytet Łódzki, Łódź, 2015: 124-125.
5. Active Ageing; A Policy Framework, A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madryt, Hiszpania, 2002.
6. Mandrzejewska-Smól I. Aktywność edukacyjna osób w wieku senioralnym – wybrane konteksty, *Studia Pedagogiczne. Problemy społeczne, edukacyjne i artystyczne*, 2017, 13(19), 109-121.
7. Schonbrodt B., Veil K. Zjawisko wycofania społecznego w kontekście „aktywnego starzenia się”. Potrzeba działania i przykłady dobrych praktyk w Niemczech, *Problemy Polityki Społecznej*, 2012, 18, 63-76.
8. Dzięgielewska M. Edukacja jako sposób przygotowania do starości, *Chowanna*, 2009, 2, 49-62.
9. Półturzycki J., *Dydaktyka dla nauczycieli*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 1999.
10. Kaczmarczyk M., Trafiałek E., Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie, *Gerontologia Polska*, 2007, 15(4), 116-118.
11. Aukształ J., Adamska K., Sarnowska A., Zaliwska-Szymańska A., *Uniwersytety trzeciego wieku w roku akademickim 2021/2022*, Warszawa, Gdańsk, 2023.
12. <https://calisia.kalisz.pl/o-uniwersytecie/historia/>, data pobrania 26.05.2024.
13. <https://calisia.kalisz.pl/o-uniwersytecie/statut/>, data pobrania 26.05.2024.

MUZYKOTERAPIA A BÓL OKOŁOPERACYJNY - WYNIKI NAJNOWSZYCH METAANALIZ

Paulina Zegarska

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Medyczny Collegium Medicum

WSTĘP

Lęk przedoperacyjny i ból pooperacyjny to kwestie istotne klinicznie, które mogą znacząco wpływać na obniżenie jakości życia, wydłużenie czasu hospitalizacji, a także na możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Łagodzenie bólu i lęku może poprawić wyniki kliniczne i jakość życia pacjentów, może również prowadzić do wcześniejszego wypisu ze szpitala, a tym samym przyczynić się do obniżenia kosztów opieki zdrowotnej. Interwencje muzykoterapeutyczne mogą istotnie przyczynić się do zmniejszenia lęku przedoperacyjnego, redukcji bólu pooperacyjnego, zmniejszenia zapotrzebowania na leki przeciwbólowe i skrócenia czasu hospitalizacji. Dotychczas przeprowadzone badania wykazały, że muzykoterapia to bezinwazyjna oraz bezpieczna metoda przynosząca zadowalające efekty w redukcji lęku i bólu okołoperacyjnego, co powinno zachęcać do wprowadzania tej metody na oddziałach chirurgicznych. Okres okołoperacyjny trwa od momentu wejścia pacjenta do sali pooperacyjnej do oceny kontrolnej w środowisku klimatycznym lub domowym. Większość pacjentów po operacji odczuwa umiarkowany lub silny ból, będący czynnikiem ryzyka opóźnienia wypisu ze szpitala i wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Przewlekłe utrzymujący się ból wpływa na jakość życia po zabiegu [1].

WYKORZYSTANIE MUZYKI W POSTĘPOWANIU Z BÓLEM POOPERACYJNYM

Ból spowodowany zabiegiem operacyjnym wywołuje negatywne reakcje psychiczne, obniża poczucie bezpieczeństwa, co może mieć negatywny wpływ na proces znieczulenia i rekonwalescencji po zabiegu. Wobec rosnących obaw dotyczących stosowania opioidów i uzależnienia od nich, dużym uznaniem wśród pacjentów cieszą się metody niefarmakologiczne, które przyczyniają się do skutecznej analgezji - jedna z tych metod opiera się na wykorzystaniu terapeutycznych właściwości muzyki [2,3].

Muzykoterapia a ból okołoperacyjny - wyniki najnowszych metaanaliz

Badanie przeprowadzone przez Poulsena i Coto wykazało, że zastosowanie muzyki jest o 70% skuteczniejsza w leczeniu bólu pooperacyjnego niż postępowanie niezwiązane ze stosowaniem muzyki w trakcie procesu leczenia, niezależnie od czasu zastosowania.

Metabadanie przeprowadzone przez Kühlmanna i in. pozwoliło potwierdzić, że stosowanie muzykoterapii pozwala na zmniejszenie bólu pooperacyjnego ocenianego w skali VAS o co najmniej 12 mm [2].

Przeprowadzono wiele innych badań dotyczących wpływu muzyki na poziom bólu i stosowanie leków narkotycznych u pacjentów przed i po zabiegach operacyjnych. Sen i wsp. w 2010 roku podzielili siedemdziesiąt pacjentek poddanych operacji cesarskiego cięcia na dwie grupy: kontrolną i eksperymentalną; grupa eksperymentalna słuchała muzyki przez godzinę po operacji przez słuchawki, w grupie kontrolnej muzyka nie była stosowana. Następnie w obu grupach oceniano ból po operacji i ilość przyjętych leków przeciwbólowych. W grupie badanej, w której zastosowano oddziaływanie muzyką, odnotowano zmniejszenie nasilenia bólu i ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych. Również badanie Vajoli i wsp. z 2011 roku wykazało, że muzyka stosowana po zabiegu operacyjnym przyczynia się do zmniejszenia dolegliwości bólowych u pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym w obrębie jamy brzusznej. Gdy ból jest dobrze kontrolowany, następuje znaczne zmniejszenie lęku i zużycia opioidów w okresie okołoperacyjnym [4,5].

MUZYKOTERAPIA A BÓL OKOŁOPERACYJNY - WYNIKI NAJNOWSZYCH METAANALIZ

Najnowsze metaanalizy dowodzą, że muzykoterapia przyczynia się do redukcji bólu i lęku na każdym etapie okołoperacyjnym. Potwierdzono to stosując skale VAS (Visual Analogue Scale) oraz STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Najbardziej wyraźny efekt w postaci zmniejszenia nasilenia lęku obserwuje się przy zastosowaniu muzykoterapii przed zabiegiem chirurgicznym, natomiast zastosowanie jej po zabiegu przyczynia się do zmniejszenia odczuwanego bólu. Istotne jest zapewnienie wielu sesji oddziaływania muzyką w przypadku, gdy celem terapeutycznym jest redukcja bólu, natomiast w redukcji lęku już jedna sesja terapeutyczna może pozwolić na osiągnięcie zamierzonego efektu. Udowodniono, że terapia jest bardziej skuteczna, gdy pacjenci wybierają muzykę z wcześniej przygotowanej listy, niż według własnych preferencji [6]. W 75% badań (czyli 41 spotkań) wykorzystano muzykę odtwarzaną przez słuchawki i odtwarzacz, w 3 badaniach - 5,5% użyto poduszki muzycznej, w kolejnych 3, stanowiących 5,5% odtwarzacz CD, w 1 badaniu - 1,8%, osobisty zestaw stereo, w następnym badaniu (1,8%) zintegrowany system muzyczny w sali szpitalnej,

a w 6 badaniach (11%) sposób odtwarzania muzyki był nieokreślony [7]. W dziesięciu badaniach, w których zastosowano muzykoterapię, zauważono możliwość zmniejszenia dawki opioidów w okresie pooperacyjnym średnio aż o 4,4 mg. Wykazano również, że muzykoterapia stosowana śródoperacyjnie zmniejsza zapotrzebowanie na propofol oraz midazolam. Jest to istotny cel muzykoterapii, ponieważ aktualnie wielu pacjentów przyjmuje bezzasadnie opioidy, co prowadzi do uzależnień, a nawet zgonów [7].

PODSUMOWANIE

Badania naukowe wskazują, że oddziaływanie muzyką może pomóc w zmniejszeniu odczuwania bólu pooperacyjnego u pacjentów na każdym etapie opieki okołoperacyjnej. Wyniki Syaputra (2015) pokazują, że 2 dni stosowania muzykoterapii pozwoliło zmniejszyć odczuwanie bólu o 50%. Terapia muzyką powinna być prowadzona przez wykwalifikowany personel, a także indywidualnie dostosowana do potrzeb pacjenta. Rodzaj muzyki stosowanej może być dostosowany do indywidualnych preferencji. Efektem terapii jest wywołanie pozytywnych emocji i stanu relaksacji, co zmniejsza napięcie nerwowe i przyczynia się do redukcji nasilenia bólu. Wskazane jest, żeby muzykoterapia była stosowana jako uzupełnienie standardowej terapii przeciwbólowej i pomoc w rehabilitacji pooperacyjnej [7].

PIŚMIENNICTWO

1. Liang J., Application of music therapy in general surgical treatment. BioMed Research International, 2021.
2. Poulsen M.J., Music as a postoperative pain management intervention. Journal of Perianesthesia Nursing, 2019, 34(3), 662-666.
3. Borowicz-Czuchryta E., Formy oddziaływań niewerbalnych - Muzykoterapia. <http://www publikacje.edu.pl/materialy4/dodatki/2496.pdf>. (dostęp 31.07.2021).
Kalinowska A.K., Kułak W., Wpływ muzyki na organizm ludzki. Fizjoterapia, 2010, 18, 77-82.
4. Fitriani A., Fidiyanti A., The Effect of Music Therapy to Lower Pain Scale among Post-Operating Patients. Genius Journal, 2021, 02, 01: 001-008.
5. Robb S. L., Reporting quality of music intervention research in healthcare: A systematic review. Complementary therapies in medicine, 2018, 38, 24-41.
6. Kühlmann, A. Y. R., A de Rooij, Kroese L.F., van Dijk, et al. Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. Journal of British Surgery, 2018, 105(7), 773-783.

7. Fu V., Oomens P., Klimek M., Verhofstad M., Jeekel J. The Effect of Perioperative Music on Medication Requirement and Hospital Length of Stay: A Meta-analysis. *Annals of Surgery*. 2020, 272(6), 961-972.

RODZINA I JEJ FUNKCJE

Paulina Aniśko-Trambecka

Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Absolwentka Szkoły Doktorskiej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku

*Więź, która łączy ze sobą prawdziwą rodzinę,
nie jest więzią krwi, ale szacunku i radości w życiu innych*

Richard Bacha

Auguste Comte, uznawany za twórcę socjologii, uważał rodzinę jako najważniejszy składnik społeczeństwa. W świadomości społecznej określenie „rodzina” jest terminem głęboko zakorzenionym i bardzo dobrze znanym. W pierwotnych grupach pokrewieństwo, poprzez więzy krwi, wspólną genetykę, a także potrzebę wychowania oraz wykarmienia potomstwa, przekształcało się w coraz silniejsze relacje. Przekazywanie i gromadzenie przyszłym pokoleniom doświadczenia w funkcjonowaniu życia rodziny stało się fundamentem budowy organizacji i struktur społecznych. Rodzina, jako instytucja społeczna występowała oraz nadal występuje we wszystkich kontynentach, narodach, państwach oraz w każdym typie społeczeństwa [1,2].

Francuski socjolog, filozof i pedagog żyjący w pierwszej połowie XX wieku, Émil Durkheim, sformułował twierdzenie na temat związków jednostki z otoczeniem społecznym. Jego zdaniem ochronną i fundamentalną rolę dla poprawnej kondycji psychofizycznej jednostki odgrywają relacje społeczne oraz poczucie integracji z rodziną. Dowiódł, że właściwa kondycja psychofizyczna jest wynikiem wsparcia w środowisku społecznym. Zabezpiecza to człowieka przed utratą równowagi, która może prowadzić do wielu komplikacji i zaburzeń. Wspierające oddziaływanie relacji społecznych ma zastosowanie jedynie w sytuacji, gdy ani nie są zbyt restrykcyjne, ani zbyt swobodne. W trakcie swoich badań wykazał również, iż dla każdego człowieka jest istotne to aby [3,4]:

- posiadać takie relacje ze środowiskiem społecznym, które będą dla niego wsparciem;
- wsparcie mogą dawać jedynie grupy o bardzo silnej więzi społecznej;

Rodzina i jej funkcje

- grupa o silnej integracji powstawała dzięki systemowi jednoznacznych reguł i wartości;
- dzięki bazowaniu grupy na wyraźnych normach i wartościach, człowiek zyskał poczucie sensu życia i równowagi.

„Słownik socjologiczny” autorstwa Pawła Załęckiego i Krzysztofa Olechnickiego, definiuje rodzinę jako: „podstawowy rodzaj grupy społecznej występujący we wszystkich typach społeczeństwa, utworzony przez osoby połączone pokrewieństwem, małżeństwem lub adopcją które mieszkają razem, prowadzą wspólne gospodarstwo domowe i wspólnie uczestniczą w realizowaniu celów związanych w danej kulturze z wychowaniem dzieci” [5].

Rodzina, jako najmniejsza grupa społeczna, stanowi podstawę społeczeństwa, buduje je oraz wpływa na jego rozwój. Równocześnie stanowi grupę odniesienia, do której człowiek świadomie identyfikuje się jako jej członek oraz reprezentant, współtworzy ją, przejmuje i odkrywa kultywowane w niej postawy, poglądy, wzory postępowania, a także obyczaje. Właściwy system rodzinny jest nierozzerwalnie związany z prawidłowym funkcjonowaniem całego społeczeństwa. Poprawnie funkcjonująca rodzina umożliwia bowiem trwanie wartościom najważniejszym, uniwersalnym, autolitycznym, przez to zachowuje spójność nie tylko ich, lecz również wszystkich systemów społecznych. Środowisko rodzinne jest najważniejszym i najlepszym fundamentem rozwoju człowieka, przez co to rodzina decyduje i wyznacza o jakości całego społeczeństwa [1,2,6].

Będąc niewielką grupą społeczeństwa, rodzina zachowuje swoje niezwykle oraz niepowtarzalne oblicze. Posiada własną organizację wewnętrzną, która nakreśla jak powinien wyglądać codzienny tryb życia i zajęć członków rodziny. Niektóre fragmenty życia rodziny są sformułowane w unikalnych dla niej obyczajach, normach towarzyskich i zwyczajach [2].

Rodzina jest pierwszą zbiorowością, która może dać jednostce niezbędne wsparcie, co jest związane z jej konstytutywnymi aspektami jako zbiorowości pierwotnej. Więzy zachodzące w rodzinie tworzą relacje osobowe obdarzone bardzo silnym ładunkiem emocjonalnym. Analiza badań nad funkcjonowaniem ludzi w niewielkich grupach społecznych ukazuje, że dominują w tym zakresie funkcje społeczno-emocjonalne [3].

Pod terminem funkcji rodziny powinno się rozumieć idee, którym rodzina jest podporządkowana, a także oczekiwania społeczne w niej pokładane. Podkreślając aspekt historyczny, należy pamiętać o zmianie poszczególnych funkcji rodziny na przestrzeni dziejów oraz o tym, iż obecnie w dalszym ciągu ulegają one nieustannym przemianom [2,3].

Grudniewski [7] twierdzi, że na pełnienie funkcji przez rodzinę w jednakowym stopniu wpływają: wzajemne oddziaływanie członków rodziny na siebie, współzależność członków oraz układ ról w niej pełnionych.

Rodzina i jej funkcje

Bradshaw [8] uważa natomiast, że głównymi elementami w systemie rodzinnym są stosunek matki do samej siebie i do ojca ojca do samego siebie i do matki.

Adamski [9] zaproponował podział funkcji rodziny na: instytucjonalne (rodzina i małżeństwo jako instytucja społeczna) oraz osobowe, a ze względu na znaczenie funkcji w życiu rodziny - na pierwszorzędowe (istotne) oraz drugorzędowe (akcydentalne).

W literaturze pokreśla się, że wartością nadrzędną rodziny jest zapewnienie ciągłości społeczeństwa w aspekcie kulturowym oraz biologicznym. Ponadto pełni ona liczne funkcje społeczne. To od niej zaczyna się proces przyswajania oraz przekazywania kultury, a także wartości indywidualnych oraz społecznych. Rodzina jest również systemem modelowych zachowań społeczeństwa, pełni funkcje szkoły społecznych postaw, ról rodzinnych oraz pozarodzinnych. Ponadto wyróżnia się dziesięć bazowych funkcji rodziny, jako grupy i instytucji społecznej [1,6,10]:

- reprodukcyjna – odnosząca się do biologicznego podtrzymania ciągłości społeczeństwa;
- socjalizacyjna – wskazująca, że to w rodzinie człowiek poznaje kulturowe dziedzictwo społeczeństwa: wartości, normy, język, standardy moralności i obyczaje;
- opiekuńcza – zabezpieczająca dzieci oraz innych członków zaspokajanie podstawowych potrzeb np. w przypadku niepełnosprawności, w przypadku ich niesamodzielności, nieradzeniu sobie z przeciwnościami losu bądź niemożnością;
- emocjonalna – zapewniająca członkom rodziny, przede wszystkim dzieciom, wsparcie emocjonalne oraz zaspokojenie potrzeby miłości;
- seksualna – stanowiąca jeden z najważniejszych komponentów ludzkiej kondycji, wiążąca się zarówno z naturą człowieka, jego biologią i fizjologią, jak i z kulturą, z jej wartościami i normami;
- ekonomiczna – polegająca na zapewnieniu członkom rodziny zasobów materialnych - obecnie odnosząca się do prowadzenia wspólnie gospodarstwa domowego oraz do utrzymania członków rodziny którzy nie pracują (głównie dzieci oraz osoby starsze i niepełnosprawne);
- stratyfikacyjna – określająca właściwy status społeczny swoim członkom, np. zamożniejsze rodziny mają większe możliwości zapewnienia dodatkowych usług edukacyjnych swoim dzieciom;
- identyfikacyjna – stanowiąca punkt życiowego startu, decydująca o statusie społecznym, a także o możliwościach i barierach, wynikających z faktu urodzenia się w da-

nej rodzinie;

- integracyjno-kontrolna – kontrolująca działania swoich członków przez dążenie do zorganizowania życia w określony w ramach danej rodziny, sposób postępowania;
- rekreacyjno-towarzyska – zapełniająca czas wolny członkom przez rozrywkę oraz wypoczynek, a także wprowadzenie dzieci w świat stosunków towarzyskich [1,6].

Kawula [11] z kolei wyróżnia cztery podstawowe funkcje rodziny takie jak:

- biologiczno-opiekuńcza - związana z seksualnością i przyczyniająca się do zapewnienia ciągłości biologicznej, zapewnia opiekę i właściwe warunki rozwoju dziecku, obejmuje w zakresie opieki nie tylko odpowiednie do sytuacji czynności, działania, ich skutki, ale również postawy realizujących działania opiekuńcze oraz postawy tych, wobec których świadczy się opiekę i pomoc;
- kulturalno-towarzyska - przygotowująca dzieci do odbioru dóbr kulturalnych, rozbudzająca w nich potrzeby w powyższym zakresie oraz kształtująca pożądane wzorce (od najmłodszych lat organizacja zabaw i wypoczynku dziecka);
- ekonomiczna - dostarczająca rodzinie dóbr materialnych, zapewniająca niezbędne minimum ekonomicznego funkcjonowania (środki do życia);
- wychowawcza - obejmująca postawy i zachowania rodziców w stosunku do siebie oraz dzieci, stwarzająca atmosferę emocjonalną i kulturę życia rodzinnego; przekazująca dzieciom podstawowe zasady i wzory zachowania, zwyczaje/obyczaje, wprowadzająca w świat wartości, wprowadzająca w życie rodzinne i przygotowująca do ról małżeńskich i rodzicielskich (proces socjalizacji).

Ziemska [12] za podstawowe funkcje rodziny uważa:

- prokreacyjną;
- zarobkową;
- usługowo – opiekuńczą;
- socjalizującą;
- psychohigieniczną.

Niezwykle istotnym zagadnieniem w rozważaniu nad rolą rodziny jest wsparcie społeczne określające dostępną pomoc, jaką może otrzymać jednostka, która znalazła się w ciężkiej sytuacji życiowej np. zdrowotnej, materialnej, społecznej czy psychicznej. Jest to naturalne następstwo stylu życia człowieka, życia w społeczeństwie, przynależności do sieci kontaktów z innymi osobami, umiejętności budowania oraz ich podtrzymywania. W pierwotnej wymowie wsparcie społeczne jest odczuwane jako forma stałej więzi z grupą stanowiącą

fundament zdrowia psychicznego oraz prawidłowego emocjonalnego funkcjonowania. Jest to więc działanie określonych sił i sieci społecznych oraz spirali życzliwości, które działając wspólnie uzupełniają się i w rezultacie tworzą środowisko pomocowe. Jest to zjawisko, które również obejmuje wszystko, co jest wkładem środowiska w poczucie jednostki i, jest zapewniona o swoje wartości oraz akceptacji własnej osoby. Wsparcie może więc wynikać z przynależności do określonego otoczenia i miejsca, a także z postawy innych do jednostki, która daje jej dobre samopoczucie oraz przekonanie, że jest kochana, może liczyć na innych, jest ważna dla rodziny i ma poczucie bezpieczeństwa [3, 13].

Rodzinie można także przypisać ogromne znaczenie w oddziaływaniach pomocowych, gdyż jest ona najbliższym, najważniejszym i najsilniej oddziałującym podłożem wsparcia. Stanowi pierwsze, najważniejsze oraz najbardziej istotne środowisko wychowawcze. Tutaj dziecko uczy się interakcji międzyludzkich, wrażliwości, zaufania oraz pomagania innym. W przypadku zdarzenia stanowiącego problem, jest fundamentem w radzeniu sobie w sytuacji stresowej. Potwierdzają powyższe badania socjologiczne wskazujące, iż trudności życiowe napotykają przede wszystkim osoby, które nie otrzymały, bądź nie otrzymują wsparcia od swoich najbliższych [13].

PIŚMIENNICTWO

1. Śmigielski W.: Modele życia rodzinnego. Studium demograficzno – społeczne na przykładzie łódzkiej młodzieży akademickiej. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2014.
2. Nogowski J. M.: Z problematyki społeczno-pedagogicznej, *Seminare*, 2014, 35(4), 57-68.
3. Głombik K.: Istota odpowiedzialności rodziny za osobę chorą, *Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego*, 2020, 40(2), 53-67.
4. Durkheim É.: *Suicide. A study in Sociology*. Wyd. Free Press, Nowy Jork, 1951.
5. Olechnicki K., Załęcki P.: *Słownik Socjologiczny*. Wyd. Graffiti BC, Toruń, 1998.
6. Zaborowska A.: *Współczesna rodzina – kryzys czy przemiana?* Wyd. KUL, Lublin 2014.
7. Grudniewski T.: *Funkcje społeczne i struktura rodziny*, *Wychowanie na co dzień*, 1999, 4, 8-12.
8. Bradshaw J.: *Zrozumieć rodzinę*. Wyd. PTP, Warszawa, 1994.
9. Adamski F.: *Socjologia małżeństwa i rodziny. Wprowadzenie*. Wyd. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1982, 50-51.

10. Izdebski Z.: Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
11. Kawula S.: Rodzina jako grupa i instytucja opiekuńczo-wychowawcza [w:] Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki, Kawula S., Brągiel J., Janke A.W. (red.), Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2006: 47-81.
12. Ziemska M.: Rodzina a osobowość. Wyd. PWN, Warszawa, 1975.
13. Dąbrowska A.: Wybrane modele wsparcia społecznego dla rodziny w Kryzysie. Rekomendacje dla działań pomocowych ukierunkowanych na rodziny migracyjne, Studia nad Rodziną UKSW, 2015, 19, 1(36), 115-133.

CHOROBA W RODZINIE I JEJ WPLYW NA RELACJE RODZINNE

Paulina Aniśko-Trambecka

Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Absolwentka Szkoły Doktorskiej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku

Choremu wychodzi na zdrowie radosna mina odwiedzającego

Francisco de Rojas

Poważna diagnoza medyczna, skutkuje pogorszeniem sytuacji osobistej pacjenta oraz powstania zmian w systemie rodziny. Choroba jednego członka rodziny jest początkiem lawiny zmian, która wynika ze złożonych powiązań rodzinnych. Zmiany te mogą być uniwersalne i dotyczyć znacznej części rodzin, ale mogą być również nietypowe odnosząc się jedynie do niewielkiego odsetka osób. Różnice te wynikają z funkcjonowania rodziny, fazy cyklu jej życia, sposobów w jaki rodzina radziła sobie z problemami w przeszłości, funkcjonowania rodziny w społeczeństwie oraz z indywidualnych uwarunkowań jej członków [1,2,].

Dynamika zmian zachodzących w rodzinie nierozzerwalnie wiąże się z modyfikacją przebiegu całego procesu chorobowego. Może to przyjmować np. charakter adaptacyjny, sprzyjający wszystkim procesom zdrowienia, polepszając tym samym integrację rodziny oraz wskazując kolejne możliwości całego systemu rodzinnego. Zmiany mogą mieć także charakter dezadaptacyjny, który prowadzi do ugruntowania nieprawidłowych wzorów relacji [2,3].

W badaniach Fischera [4] z roku 2006 zwrócono szczególną uwagę na czynniki mające negatywny wpływ na cały system rodzinny niezależnie od fazy życia rodzinnego jaka dotknęła członka rodziny. Do czynników tych zalicza się:

- niskie poczucie koherencji;
- konflikty;
- niespójną strukturę systemu rodzinnego;
- niewystarczające umiejętności pokonywania problemów;
- wrogość;

- niewielką satysfakcję małżeńską;
- nadmierny krytycyzm członków rodziny do siebie;
- brak jednej wizji poradzenia sobie z chorobą.

Podejście do choroby i radzenia sobie z nią w rodzinie zależy od koncepcji funkcjonowania rodziny [5,6].

Model linearny zależności zachodzących w rodzinie i ujmowania związków jest opisywany jako teoria obciążania rodziny. W momencie wystąpienia choroby, rodzina jest narażona nie tylko na różne koszty ponoszone w związku z nią (np. finansowe, osobiste aktywności czy relacje społeczne), ale także subiektywne, dotyczące sfery emocjonalnej oraz postaw poszczególnych członków rodziny, którzy opiekują się osobą chorą. Powyższa teoria jest skoncentrowana na negatywnych efektach dotyczących opieki nad osobą chorą. Takie podejście powoduje poczucie bycia ciężarem chorego dla rodziny [5,6].

Model systemowy zwraca uwagę na oddziaływania i interakcje pomiędzy członkami rodziny. Znajduje tutaj zastosowanie model elastyczności, którego główną cechą jest adaptacja, przystosowanie się całej rodziny do nowej, trudnej sytuacji oraz do spełnienia potrzeb wszystkich członków systemu rodzinnego. Skoncentrowany jest na rozwiązywaniu i radzeniu sobie z problemami dzięki określonym strategiom, np. racjonalnemu myśleniu, dzieleniu się problemami z innymi członkami rodziny, akceptacji choroby czy też zaangażowaniu się w zajęcia pozwalające zdystansować się od problemów rodzinnych [5,6].

Ciężka choroba zawsze zaburza dotychczasowy ład i porządek w rodzinie, obniża jej poczucie bezpieczeństwa, powoduje dyskomfort i przysparza dodatkowych trosk, trudności oraz obowiązków. Rodzina musi się przeorganizować w taki sposób, aby wyręczyć chorego z części/całości jego rodzinnych obowiązków. Musi zapewnić mu odpowiednią pielęgnację oraz pomoc, a także zabezpieczyć odpowiednie środki finansowe na leczenie oraz sprzęty ułatwiające choremu funkcjonowanie i polepszą jego jakość życia. Rodzina nawiązuje także kontakty w nowym kręgu osób związanych z leczeniem osoby chorej, dzięki któremu wymieniają się informacjami oraz poradami na temat leczenia oraz przebiegu choroby. Wkroczenie w takie środowisko jednocześnie ogranicza członkom rodziny ich poprzednie kontakty towarzyskie, czy zawodowe [1,2,3].

Pamiętać należy, że nie tylko osoby chore odczuwają negatywne emocje związane z chorobą. Również jego najbliżsi czują lęk, smutek, żal, przygnębienie, obciążenie diagnozą i terapią, poczucie niepewności i zagrożenie wynikające z konsekwencji postępu choroby. Mimo odczuwania nieprzyjemnych emocji, rodzina jednak współczuje choremu, wykazuje postawę obronną w stosunku do niego, motywuje go do leczenia i stara się wzmocnić jego

poczucie nadziei na pozytywny przebieg leczenia. Rodzina martwi się utratą partnera życiowego, boi się nawrotu bądź zaostrzenia choroby, a jednocześnie musi dostarczyć rzeczywistego i emocjonalnego wsparcia [1,2,3].

Choroba niestety cały czas konfrontuje chorego z ciągłymi dolegliwościami, bólem, ograniczeniami, niesprawnością, stałym poczuciem zagrożenia życia i zdrowia, zmniejszeniem przydatności dla społeczeństwa oraz przekonaniem o stanowieniu ciężaru dla bliskich. Powoduje to obniżenie poczucia jego wartości i samooceny [1,2,3].

Podkreślić trzeba, że rodzina osoby chorej, podobnie jak sam pacjent, przechodzi wszystkie etapy przystosowania się do choroby oraz konsekwencji z niej wynikających. Elizabeth Kübler-Ross stworzyła klasyczny podział opisujący te stany, wymieniając w nim takie etapy jak [7]:

- zaprzeczenie choroby;
- izolacja;
- okazywanie gniewu;
- targowanie się;
- depresja;
- pogodzenie się z chorobą.

Reakcje okazywane przez osoby najbliższe choremu są często odzwierciedleniem stanu emocjonalnego w jakim znajduje się osoba chora bądź nawet jego zwielokrotnieniem [7].

Emocje odczuwane przez chorego oraz jego najbliższych mają inne cechy charakterystyczne na każdym etapie leczenia [6,7]:

- początkowe stadium choroby – to okres, w którym chory oraz jego rodzina odczuwa ciągły niepokój, strach, lęk oraz stawia sobie pytania dotyczące ostatecznej diagnozy choroby oraz jej rokowania;
- okres postawienia diagnozy – wywołuje szok u pacjenta i jego najbliższych, którzy starają się zaprzeczyć diagnozie i szukają argumentów o jej nietrafności; często gromadzą argumenty pozwalające, choć na chwilę obniżyć poczucie niepewności i zagrożenia; uważają się, że im diagnoza jest bardziej niepomysłna, to wkładane są większe starania, aby spróbować ją zmienić oraz podważyć;
- faza zmagania się z diagnozą – okres pogodzenia się z decyzją jest poprzedzony fazą buntu, który może przybierać różne formy; chory może np. wykazywać agresywne zachowania w stosunku do otoczenia, a najbliżsi pacjenta mogą czuć rozżalenie, gdyż starają się mu pomóc, a on jest niewdzięczny;

Choroba w rodzinie i jej wpływ na relacje rodzinne

- okres pogodzenia się z diagnozą – na ogół rodzina wcześniej akceptuje diagnozę, odbywa specjalistyczne konsultacje, stara się zdobyć wiedzę na temat choroby, przestaje jej zaprzeczać i rozpoczyna walkę, robi wszystko aby terapia przyniosła jak najlepsze rezultaty; na tym etapie chory oraz jego rodzina kształtują wyobrażenie schorzenia; to bardzo istotny czynnik kształtujący nastawienie do choroby;
- faza przystosowania się do choroby – polega na kształtowaniu umiejętności chorowania oraz uczenia się radzenia sobie z tym problemem; rodzina poznaje umiejętności towarzyszenia pacjentowi, jednak sytuacja w jakiej się znalazła może powodować przyjęcie postawy zagrożenia, wyzwania, czy też krzywdy; wyzwanie pobudza do walki o chorego oraz do walki z chorobą; im większe zasoby ma rodzina, tym bardziej wierzy w poprawę stanu chorego, okazuje większe wsparcie oraz mobilizuje chorego do zmagania się z chorobą;
- okres przejścia choroby w stan przewlekły – rodzina uczy się życia w nowych warunkach, a chory jest „zlokalizowany” w centrum uwagi najbliższych.

Nastawienie chorych do swojej choroby można, za Osińska [8] podzielić na postawy:

- postawy altruistyczne
 - dawca – wokół siebie dostrzega cierpienie innych ludzi, dzieli się z nimi życzliwością, miłością, dobrocią i szlachetnością;
 - samarytanin – ocenia swoją chorobę rozważnie i rzeczowo ocenia swoją chorobę, potrafi cierpliwie słuchać innych i pomagać im w walce z zagrożeniami;
 - pomocnik – akceptuje swoją chorobę, współdziała z personelem medycznym w procesie terapii i pomaga innym w odnalezieniu jej sensu;
 - konspirator - ma świadomość ciężkiej choroby, ukrywa swoje cierpienie, wstydzi się braku wytrzymałości w ich znoszeniu;
 - poszukiwacz - szuka u siebie oraz u innych chorych jakiś pozytywnych elementów cierpienia, widzi w nich możliwości samorealizacji oraz integracji osobowości;
 - żołnierz – odważnie i śmiało znosi konsekwencje swojej choroby, wzbudza u innych wiarę i towarzysząc im solidarnie w trudach choroby;
 - artysta - posiada umiejętność przekształcania objawów i przeżyć chorobowych w pozytywne wartości, takie jak np. optymizm, radość, uśmiech, aktywność, nadzieja;
 - bohater - odznacza się nieprzeciętnym heroizmem, gromadzi wokół siebie innych chorych, staje się wodzem etycznym;

Choroba w rodzinie i jej wpływ na relacje rodzinne

- egoistyczne, pasożytnicze
 - biorca – egoistycznie widzi w swojej chorobie źródło ciągłych korzyści, zarówno duchowych, jak i materialnych i nie dostrzega wokół siebie innych chorych;
 - hipochondryk - odznacza się stałą tendencją do chorowania oraz wyolbrzymiania każdego objawu chorobowego;
 - malkontent - nie akceptuje swojej choroby i uważa się za wszechwiedzącego eksperta i dlatego nieustannie krytykuje prowadzony proces leczenia;
 - zasłużony - stały bywalec szpitali i przychodni, pragnie zwrócić na siebie uwagę, swój stan chorobowy głośno manifestuje i straszy innych chorych;
 - żebrak - to tchórz, bowiem nie potrafi lub nie chce zdobyć się na wysiłek powrotu do zdrowia, a pragnie czerpać wymierne zyski ze swojej choroby;
 - zawodowiec – traktuje chorobę jako egoistyczny sposób na życie, swoisty azyl;
 - świętoszek – osoba „dewocyjna”, przypisuje sobie cechy heroicznego bohatera i głosi patetycznie, że „cierpi za miliony”.

Analogiczny podział można zaproponować w określeniu postaw rodziny do chorego, przy czym trzeba pamiętać, iż każdy z członków rodziny może przeżywać zaistniałą sytuację inaczej, a stosunek członków rodziny do pacjenta może ulegać zmianie w miarę biegu czasu i pogorszenia się zdrowia chorego.

W literaturze [9] podkreśla się, że rodzina dotknięta chorobą nowotworową przeżywa kryzys, a jej odczucia, myśli i reakcje wobec chorego są odzwierciedleniem jej stosunku do choroby nowotworowej.

Psychoonkoodzy, na podstawie badań, za Pietrzyk [9] wyróżnili cztery charakterystyczne postawy wobec choroby nowotworowej, które mogą występować w rodzinie naprzemiennie lub okresowo wykazywać cechy typowe dla każdej z nich:

- aktywnej współpracy – postawa czynna – ścisła współpraca całej rodziny z chorym i lekarzami; stawianie na otwartą komunikację i szczerą, przyjmowanie rad lekarza, niejednokrotnie sama rodzina wychodzi z jakąś własną inicjatywą;
- zadaniowa – ogranicza się do biernego wypełniania poleceń – członkowie rodziny nie wykazują szczególnego zaangażowania oraz inicjatyw;
- krytyczna –postrzeganie procesu leczenia i jego skutków w sposób negatywny, krytykowanie personelu medycznego, podejmowanie prób leczenia „na własną rękę” – może zaszkodzić pacjentowi, więc wymaga stanowczej reakcji lekarzy;

- wyrażająca się w całkowitym brakiem zaangażowania – członkowie rodziny wychodzą z założenia, że to na lekarzach i personelu medycznym spoczywa całkowity obowiązek leczenia i opieki nad chorym – w tym przypadku niezbędne jest uświadamianie rodzinie, że pacjent jej potrzebuje.

PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowska A.: Wybrane modele wsparcia społecznego dla rodziny w Kryzysie. Rekomendacje dla działań pomocowych ukierunkowanych na rodziny migracyjne, *Studia nad Rodziną UKSW*, 2015, 19, 1(36), 115-133.
2. Białek K.: Rodzina pod wpływem choroby jako stresora, *Państwo i Społeczeństwo* 2015, 15(4), 79-88.
3. Glombik K.: Istota odpowiedzialności rodziny za osobę chorą, *Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego*, 2020, 40(2), 53-67.
4. Fisher L. Research on the family and chronic disease among adults: major trends and directions, *Families, Systems & Health*, 2006, 24(4), 370-380.
5. Filipiak G.: Funkcja wsparcia społecznego w rodzinie, *Roczniki Socjologii Rodziny*, 1999, 11, 131-144.
6. Taranowicz I.: Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym, *Rodzina w czasach szybkich przemian. Roczniki socjologii rodziny*, 2001, 13, 209-228.
7. Piortrowska E.Z.: Problemy społeczne rodzin opiekujących się swoimi bliskimi w terminalnym okresie choroby nowotworowej, *Medycyna Paliatywna*, 2015, 7(1), 45-57.
8. Makiełko-Jarża G.: Rodzina w obliczu choroby-wybrane zagadnienia, *Państwo i Społeczeństwo*, 2007, 7(3), 23-27.
9. Pietrzyk A.: Ta choroba w rodzinie. *Psycholog o raku*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2006.

ROLA RODZINY W OPIECE NAD OSOBĄ PRZEWLEKLE CHORĄ – PODSTAWY TEORETYCZNE

Paulina Anisko-Trambecka

Absolwentka Szkoły Doktorskiej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

To odróżnia rodzinę od znajomych.

Rodzinę ma się na zawsze, bez względu na wszystko, nawet jak słabną kontakty,

bo te można zawsze z powrotem zacieśnić.

Zwłaszcza kiedy człowiek pojmie, jaka jest ważna

Nicholas Sparks, Najdłuższa podróż

Podczas procesu leczenia rodzina pełni wiele fundamentalnych funkcji. Stanowi stałe środowisko, które umożliwia choremu powrót do niego podczas różnych etapów leczenia, jest bazą dającą wytchnienie przed podejmowaniem kolejnych decyzji związanych z leczeniem, wspomaga proces terapeutyczny opiekując się chorym zarówno w środowisku domowym, jak również podczas hospitalizacji, dostarczając wielopoziomowego wsparcia, udzielając rzeczywistej pomocy choremu oraz podtrzymując poczucie jego bezpieczeństwa [1,2].

Szczególnie trudną sytuacją dla osoby chorej może być całkowite uzależnienie od pomocy innych, w sytuacji np. gdy przed chorobą to ona sprawowała kierowniczą rolę w rodzinie [1,2].

Członkowie rodziny pacjenta ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową pełnią różne role, często są złożone i różniące się w poszczególnych przypadkach. Wiele badań wykazało, że powiązania rodzinne które są wspierające, w miarodajny sposób mogą się przyczynić do:

- podniesienia jakości życia chorych;
- zmniejszenia stresu psychospołecznego;
- zmniejszenia ryzyka wystąpienia depresji i strachu [cyt. za 3].

Rola rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą – podstawy teoretyczne

Rodzina w momencie pojawienia się choroby jej członka może przybrać również niekorzystne postawy, w tym niechęci pomocy choremu, traktując zaistniałą sytuację jako dodatkowe obciążenie [1,2].

Niewątpliwie każda rodzina dotknięta chorobą nowotworową przeżywa kryzys, a odczucia, myśli oraz reakcje jej członków wobec osoby chorej są odzwierciedleniem jej stosunku do choroby. Diagnoza powoduje zmianę ról społecznych, tożsamości rodziny i zaburzenie jej codziennego funkcjonowania. Najtrudniejsze dla opiekunów jest przezwycięzenie obawy przed chorobą, zapewnienie choremu odpowiedniego oraz skutecznego wsparcia emocjonalnego wynikającego z diagnozy poważnej choroby, która zagraża życiu oraz deficytów fizycznych jakie spowodowała. Częstym zjawiskiem w małżeństwach, w których jedna osoba cierpi na chorobę nowotworową, jest pojawienie się u opiekuna osoby chorej zaburzeń nastroju i zaburzeń psychicznych. Czynniki, które mogą wpływać na zaistnienie, bądź pogorszenie takiej sytuacji może być: stadium choroby, wiek, płeć, predyspozycje emocjonalne opiekuna, system funkcjonowania rodziny czy staż małżeństwa [4].

Cassileth [4] wymienia obszary mogące mieć wpływ na funkcjonowanie rodziny z osobą chorą na nowotwór w społeczeństwie i uważa, że choroba może:

- być zagrożeniem dla istniejącego modelu relacji rodzinnej – zmianie ulegają role rodzinne, które mogą być odbierane zarówno w kontekście nadmiernego obciążenia bądź straty;
- spowodować, że wszelkie plany rodziny muszą zostać odsunięte na bok – co wywołuje niepewność o przyszłość;
- utrudnić planowanie czegokolwiek, przez co niektóre rodziny mogą odczuwać brak poczucia celu oraz zawieszenie.

Modelem porządkującym wiedzę na temat zachowań jakie powinny prezentować osoby posiadające bliskich z chorobami przewlekłymi, uważa się model Medalie [5], Zakłada on, iż rodzina chorego ma do wykonania szereg zadań, które powinny choremu pomóc w przystosowaniu się do sytuacji choroby oraz są niezbędne do przezwyciężenia jej skutków. Do zadań tych zalicza:

- adaptację do szeregu działań leczniczych które trzeba wykonywać przy zwalczaniu choroby lub jej skutków;
- naukę, jak zapobiegać zaostrzeniom (nawrotom) objawów chorobowych;

Rola rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą – podstawy teoretyczne

- podtrzymanie i kultywowanie, w miarę możliwości obyczajów, świąt i rytuałów rodzinnych, w miarę możliwości z udziałem osób spoza ścisłego systemu rodzinnego, by chory nie uczuł się odtrącony;
- rozumienie przez pozostałych członków rodziny istoty choroby dotyczącej jednego z nich, a także zmian i komplikacji, jakie mogą z niej wynikać;
- umiejętność zaangażowania działań zewnętrznych wtedy, gdy jest to potrzebne oraz umiejętność przekształcania swojej struktury wewnętrznej na ich potrzeby;
- wspieranie emocjonalne chorego.

Kahn i Antonucci [6] zachowania wspierające dzielą na trzy grupy:

- dostarczanie informacji o poprawności podejmowanych działań;
- dostępność pomocy - poświęcenie czasu, wysiłku i pieniędzy;
- wyrażanie opieki i emocjonalnej bliskości.

W opinii Sęk [7,8,9] można wyróżnić kilka rodzajów wsparcia chorych:

- duchowe - bardzo ważne w sytuacjach kryzysu egzystencjalnego, w okresie terminalnym;
- emocjonalne – związane z przekazywaniem emocji uspokajających, podtrzymujących, odzwierciedlających troskę, a mające na celu opiekę, zmniejszające napięcie oraz negatywne uczucia, poprawiające samoocenę, dające i wzmacniające poczucie nadziei;
- instrumentalne - nauka konkretnych sposobów postępowania, modelowanie skutecznych zachowań profilaktycznych;
- naturalne – udzielane przez partnera życiowego, grupy przyjacielskie, rodzinę, itd.;
- poznawcze (informacyjne) – pozwalające lepiej zrozumieć sytuację, problem, dzielenie się własnym doświadczeniem, powstawanie grup samopomocy, powodujące utrzymanie poczucia kontroli nad sytuacją;
- rzeczowe - materialne (pomoc rzeczowa i finansowa), działanie bezpośrednie fizyczne (karmienie, udostępnienie schronienia, itd), działalność charytatywną, zaopatrzenie w lekarstwa i środki leczenia;
- sformalizowane – realizowane przez grupy zawodowe, stowarzyszenia i instytucje;
- społeczne - funkcjonalne (rodzaj integracji społecznej podjętej w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej, zachodzącej w parze, między jednostką, a grupą oraz pomiędzy grupami) oraz strukturalne (obiektywne istniejące i dostępne sieci społeczne).

Rola rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą – podstawy teoretyczne

Warto w tym miejscu wspomnieć, że w przypadku wystąpienia choroby utrudniona jest także komunikacja stanowiąca podstawowy element funkcjonowania w społeczeństwie. Rodzice nie wiedzą, jak mają przekazywać dzieciom informacje o chorobie kogoś z nich, o rokowaniu oraz następnych etapach leczenia. Boją się, jak zareagują na wieść o postawionej diagnozie sami chorzy oraz inni członkowie rodziny, przyjaciele. Dzieci z kolei obawiają się uzyskać informacje o aktualnym stanie zdrowia rodziców. Taka sytuacja jest wynikiem braku odpowiedniej wiedzy i sposobów, jak należy rozmawiać z dziećmi oraz jak powinno się prawidłowo przekazywać im wiadomości o chorobie. Pamiętać więc trzeba, że niezależnie od etapu choroby, podtrzymać oraz zbudować prawidłową komunikację, może pomóc korzystanie z pomocy psychoonkologów [4].

Rozpoznanie choroby nowotworowej przynosi dla wszystkich członków rodziny ogromny stres i powoduje powstanie wielu trudnych sytuacji. Członkowie rodziny osoby chorej powinni więc móc skorzystać ze sposobów, które mogą pomóc nie tylko osobie chorej lecz również jego najbliższym [4].

Międzynarodowe badania wskazują coraz większy związek między opiekowaniem się osobą chorą na nowotwór, a zmniejszeniem się jakości życia i stanu zdrowia psychicznego jego opiekunów. Do dysfunkcji jakie najczęściej występują można zaliczyć depresję, lęk oraz poczucie ciężaru i odpowiedzialności. Zdaniem wielu naukowców, poziom leku u opiekunów jest równy, bądź wyższy niż u osób chorych. Odczuwane emocje są z kolei wyraźniej odczuwane im większe jest poczucie niechęci do przyjęcia nowej roli, gdyż wyzwania które będą musieli podjąć są nowe i nieznane. Opiekunowie czują się w takiej sytuacji nieprzygotowani i niezdolni do opiekowania się chorym oraz wykonywania czynności medycznych. Opiekunom często sprawia trudność pogodzenie dotychczasowego życia zawodowego i społecznego z nowo przyjętą funkcją opieki nad osobą chorą. Wzmacnia to poziom stresu oraz frustracji, który może stwarzać trudności zawodowe. Zwiększenie niepokoju opiekuna wzmaga się gdy stan chorego się pogarsza, bądź przekazywane im są niekorzystne informacje czy rokowania. Wraz z postępem choroby, gdy objawy przybierają na intensywności oraz w gdy chory wymaga coraz większego zakresu pomocy, negatywne emocje odczuwane przez rodzinę również ulegają wzmocnieniu [4].

Zdaniem Zimmerman [10] „dla bliskich pacjentów z chorobą nowotworową zachorowanie na raka jednego z najbliższych członków rodziny oznacza przeważnie olbrzymie obciążenie emocjonalne, zwłaszcza wówczas, gdy ich wyobrażenia, przesady i doświadczenia zostaną pobudzone i skonfrontowane ze strachem przed zachorowaniem i śmiercią. Wskutek

Rola rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą – podstawy teoretyczne

tę u współmałżonka osoby chorej częściej dochodzi do pojawienia się dolegliwości fizycznych i depresji niż u współmałżonka osoby zdrowej”.

Uważa się, że najczęstszym zaburzeniem występującym u 40% opiekunów osób chorych na raka jest lęk, a 80% osób odczuwa objawy depresji [4]. Depresja często przybiera taki sam stopień jak u osób chorych na raka. Intensywność jej odczuwania może być zależna m.in. od statusu społeczno-ekonomicznego, poziomu wykształcenia, relacji rodzinnych, czy obwiniania się o chorobę pacjenta. Wykazano, że to kobiety mają większe prawdopodobieństwo, iż zachorują na depresję niż mężczyźni [10].

W literaturze przedmiotu [11-16] podkreśla się, że długotrwałe sprawowanie opieki nad przewlekle chorym członkiem rodziny, może doprowadzić do distresu oraz wystąpienia „zespołu wypalenia”, który jest czymś innym niż wypalenie dotyczące pracy zawodowej, jednak jego przyczyny, przebieg i skutki są podobne.

Sullivan, za Dąbrowską i Pisulą [17], główne przyczyny wystąpienia zespołu wypalenia sil u opiekunów chorych przewlekle upatrywała w braku chwili wytchnienia, wynikającej z konieczności sprawowania ciągłej opieki, a za jego wyznaczniki:

- utratę kontaktów i więzów rodzinnych;
- brak zainteresowań;
- rezygnację;
- nadpobudliwość;
- niezadowolenie ze swojej sytuacji;
- negatywne odczucia wobec chorego;
- obniżoną ocenę jego rozwoju;
- podwyższony poziom lęku związany z doświadczanym distresem;
- bezsenność;
- bóle głowy;
- zaburzenia układu pokarmowego;
- zaburzenia układu krążenia.

PIŚMIENNICWO

1. Zaborowska A.: Współczesna rodzina – kryzys czy przemiana? Wyd. KUL, Lublin 2014

Rola rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą – podstawy teoretyczne

2. Białek K.: Rodzina pod wpływem choroby jako stresora, Państwo i Społeczeństwo 2015, 15(4), 79-88.
3. Heußner P.: Osoba pomagająca czy osoba potrzebująca pomocy – psychoonkologiczne aspekty postępowania z członkami rodziny pacjenta z chorobą nowotworową, [w]: Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne, Wydawnictwo Elsevier, Wrocław, 2011: 211-214.
4. Rospęk P.: Konsekwencje choroby nowotworowej w rodzinie, Studia Pastoralne 2020, 16, 126-141.
5. Medalie J., H. The patient and family adjustment to chronic disease in the home. Disability and Rehabilitation, 1997, 19, 163-170
6. Pommersbach J.: Wsparcie społeczne a choroba. Przegląd Psychologiczny, 1988, 31, 503–525.
7. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia społecznego, wybrane koncepcje teoretyczne [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie Sęk H., Cieślak R. red., Wyd. PWN, Warszawa, 2004: 11-28.
8. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wyd. PWN, Warszawa, 2004.
9. Sęk H.: Wsparcie społeczne — co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym? Przegląd Psychologiczny, 1986, 29, 791–800.
10. Zimmermann A: Krankheitsverarbeitung und psychosoziales Umfeld. Manual Psychoonkologie. Tumorzentrum und W. Zuckschwerdt Verlag, München 2005, 11-13.
11. Brodniak W.A.: Choroba psychiczna w świadomości społecznej, Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa, 2000, 1-259.
12. Brodniak W.A: Choroba psychiczna jako przedmiot badań socjologicznych. Przegląd literatury światowej, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1999, 17, 48-71.
13. Bulenda T., Zabłocki J.: Ludzie niepełnosprawni w środowisku społecznym [w:] Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie. Pilch T., Lepalczyk J.I. (red), Wyd. PZWL, Warszawa, 1993: 371.
14. Heuvel E.T., de Witt L.P., Schure L.M., et al.: Risk factors for burn – out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention, Clinical Rehabilitation, 2001, 15, 669 – 677.
15. Magliano L., Fadden G., Madianos M., et al.: Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. Social Psychiatry and Psychiatric

**Rola rodziny w opiece
nad osobą przewlekle chorą – podstawy teoretyczne**

Epidemiology, 1998, 33, 405 –412.

16. Tan L.L., Wong H.B., Allen H.: The impact of neuropsychiatric symptoms of dementia on distress in family and professional caregivers in Singapore. *International Psychogeriatrics*, 2005, 17, 253-263.
17. Dąbrowska A., Pisula E.: Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *The Journal of Intellectual Disabilities*, 2010, 54, 266-280.

ISBN-978-83-971318-4-2