

Ból
i cierpienie

*Ręka Pana nie jest tak krótka,
żeby nie mogła ocalić,
ani słuch Jego tak przytępiony,
by nie mógł usłyszeć.*

Iz 59,1

BÓL i cierpienie

pod redakcją
GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARŻY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ
Kraków 2012

Rada Wydawnicza:

Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja:

prof. dr hab. n. med. Zdzisław Gajda, prof. dr hab. med. Andrzej Śródka

Projekt okładki:

Joanna Sroka

Redaktor prowadzący:

Halina Baszak-Jaroń

Maria Dorota Schmidt-Pospuła

Adiustacja:

Kamila Zimnicka-Warchoł

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2012

ISBN: 978-83-7571-245-2

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich.

Wydawca:

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

www.ka.edu.pl

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM
Kraków 2012

Materiały ilustracyjne w książce pochodzą ze zbiorów autorów.

DTP:

Joanna Sroka

Druk i oprawa:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

■ Grażyna Makiełło-Jarża	
Przedmowa.....	7
■ Marek Majczyna	
Ja cierpię, a mnie boli: zarys podmiotowego ujmowania bólu i cierpienia	9
■ ks. Dariusz Pater	
Zarys problematyki dotyczącej bólu i cierpienia człowieka	21
■ Marek Kita	
Pragnienie, które jest światłem	25
■ Stanisław Żołądek	
Pacjent jako osoba – moralne podłoże relacji lekarz–pacjent	33
■ Małgorzata Szerła, Michał Kosztołowicz	
Kultura i etyka nie tylko w medycynie	43
■ Łukasz Barwiński	
Kiedy ból koi cierpienie – psychologiczne funkcje zachowań autoagresywnych	49
■ Monika Cempa	
Niedoskonałości diagnostyki medycznej a cierpienie chorego.....	59
■ Dorota Ortenburger, Arkadiusz Ortenburger	
Emocje w procesie wszechstronnej terapii przeciwbólowej.....	63
■ Magdalena Wnęk, Grażyna Dębska	
Ból i cierpienie w opinii pielęgniarek.....	67
■ Małgorzata Knap	
Bezpieczna terapia bólu z udziałem profesjonalnie przygotowanych pielęgniarek gwarantem jakości opieki okołooperacyjnej	83
■ Małgorzata Chodak	
Kończyny fantomowe	93
■ Magdalena Kocot-Kępska, Anna Przeklasa-Muszyńska, Jan Dobrogowski	
Funkcjonalne zespoły bólowe: fibromialgia, przewlekły idiopatyczny ból twarzy	105

▪ Urszula Wójtowicz	
Rozważania nad cierpieniem kobiet z inkontynencją	115
▪ Joanna Miarka, Kinga Loraj	
Cierpienie jako cecha kanoniczna życia dziecka otyłego	123
▪ Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz	
Ból i cierpienie dziecka krzywdzonego	135

VARIA

▪ s. Maria Najowicz	
Siostry kanoniczki w służbie życiu	145
▪ Aleksandra Mrozowska	
Problem stosowania leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty	151
▪ Gracjana Kizem	
Cierpienie psychiczne rodziców po zdiagnozowaniu niepełnosprawności dziecka	155
▪ Jan Iwaszczyszyn, Anna Kliś-Kalinowska, Janusz Czekaj, Izabela Chmiel	
Kontrowersje dotyczące zakresu autonomii chorego w świetle medycyny paliatywnej	163
▪ Agnieszka Łyczak	
Cierpienie w samookaleczeniu	169
▪ Andrzej Stachowiak	
Metoda ciągłej infuzji podskórnej (csci) jako terapia przeciwbólowa w opiece paliatywnej	177
▪ Anna Jasiówka	
Cierpienie rodzin potencjalnych dawców narządów	183
▪ Wojciech Kłapa, Joanna Miarka	
Cierpienie i dyskomfort pacjenta po zabiegu chirurgicznym	189
Noty o autorach	195

Grażyna Makiełło-Jarża

Przedmowa

Autorzy artykułów prezentowanych w niniejszym tomie kolejny raz ukazałi problemy związane z przeżywaniem bólu i cierpienia w sposób wzbogacający naszą wiedzę i skłaniający do refleksji.

Oryginalne podejście zaproponował M. Majczyna, zwracając w swym artykule uwagę na to, iż „Ja cierpię, ale Mnie boli”. Takie ujęcie sugeruje, że cierpienie odnosi się do sfery psychiki człowieka, a ból do jego cielesności. Czy można zatem mówić o cierpieniu bez bólu oraz o bólu bez cierpienia? Rozważania na ten temat znajdziemy w artykule ks. D. Patera, a nad dylematem, dlaczego Bóg dopuszcza cierpienie, zastanawia się M. Kita.

Kolejni autorzy podejmują zagadnienie dotyczące relacji pacjent–lekarz (S. Żołądek), kultury i etyki w procesie leczenia (M. Szerla i M. Kosztołowicz). Nad zachowaniem autoagresywnym jako sposobem uśmierzenia bólu i cierpienia zastanawia się L. Barwiński, a M. Cempa zwraca uwagę na niedoskonałości diagnostyki, które mogą się przyczynić do cierpienia chorego. W tym kontekście D. i A. Ortenburgerowie piszą o znaczeniu wsparcia emocjonalnego w procesie terapii, a M. Wnęk i G. Dębska prezentują badania ukazujące, jak do problematyki bólu i cierpienia chorego odnoszą się pielęgniarki. Z kolei M. Knap zwraca uwagę na związek między powodzeniem w terapii a profesjonalnie przygotowaną opieką pielęgniarską. Kilka następujących po sobie artykułów dotyczy problematyki bardziej szczegółowej. M. Chodał pisze o skuteczności stosowanej przez siebie terapii w stosunku do pacjentów cierpiących na bóle fantomowe. O funkcjonalnych zespołach bólowych, a zwłaszcza o przewlekłym idiopatycznym bólu twarzy i jego leczeniu, piszą M. Kocioł-Kępska, A. Przeglaska-Muszyńska i J. Dobrogowski. U. Wójtowicz zwraca uwagę na cierpienia kobiet z inkontynencją. Autorzy dwóch kolejnych artykułów koncentrują się na cierpieniu dziecka: J. Miarka i K. Loraj piszą o cierpieniu dziecka otyłego, a M. Kowalewska, A. Goździalska, J. Jaśkiewicz przedstawiają pogląd na ból i cierpienie dziecka krzywdzonego.

Tom zamyka kilka krótkich tekstów, w których Autorzy opisują problemy z zakresu swoich zainteresowań badawczych i praktyki (s. Maria Najowicz, A. Mrozowska, G. Kizem, J. Iwaszczyszyn, A. Kliś-Kalinowska, J. Czekaj, I. Chmiel, A. Stachowiak, A. Łyczak, A. Jasiówka, W. Kłapa i J. Miarka).

Po raz kolejny zachęcam do lektury zarówno tych artykułów, które ukazują problematykę bólu i cierpienia w szerokim wymiarze – filozoficznym, teologicznym, psychologicznym oraz biologicznym, jak i tych, których autorzy koncentrują się na szczegółowych zagadnieniach, opisując specyfikę bólu i cierpienia związanych z konkretnymi jednostkami chorobowymi, a także przedstawiając metody oddziaływań terapeutycznych zmierzających do redukcji tych cierpień.

Marek Majczyna

Ja cierpię, a mnie boli: zarys podmiotowego ujmowania ból i cierpienia

Wprowadzenie

Próby opisu i analizy bólu i cierpienia, zwłaszcza z psychologicznego punktu widzenia, nastroczają pewnych trudności. Ich przyczyny można upatrywać głównie w tym, iż są to „wielkie” tematy egzystencjalne. Nie można wobec nich przejść obojętnie, podobnie jak nie można ich w pełni przyjąć i zaakceptować. Ponadto pojawia się wciąż żywe pytanie o sens przede wszystkim cierpienia, jak i możliwość jego zrozumienia (por. Andreoli, 2009). Nie można również zapomnieć o tym, że bólu i cierpienia niepodobna rozpatrywać jako tzw. zagadnienia abstrakcyjnego – ono wciąż pozostaje zagadnieniem z obszaru greckiej empirii, nie jest zawieszone w jakiejś próżni, lecz stanowi ważny czynnik ujmowany antropologicznie, dotyka i ukierunkowuje podejmowane przez człowieka działania.

Ból i cierpienie – przeżyciowy i wyrażeniowy sposób ich ujmowania

Ból i cierpienie jako egzystencjalne wymiary ludzkiego życia jawią się przynajmniej na dwa możliwe sposoby: przeżywania i wyrażania (w sensie psychologicznym autoekspresji).

Przeżyciowy aspekt bólu i cierpienia pozostaje źródłowo nieujawnialny – człowiek przeżywający ból i cierpienie pozostaje każdorazowo sam wobec nich. Spełnia się w owym przeżyciu, choć niejednokrotnie może ani nie mieć sił, by je znosić, ani – co nie dziwi – nie chceć ich doświadczać, żywiąc silne pragnienie na jak najrychlejsze ich ustąpienie. Można by określić ów proces jako „bycie bólem i cierpieniem”; jakkolwiek stosunek człowiek przyjmie wobec własnego przeżycia (akceptujący bądź wrogi), pozostaje ich podmiotem: owo przeżycie będzie dostępne jedynie temu człowiekowi i w nim jedynie będzie się dokonywało.

Wyrażeniowy aspekt bólu i cierpienia natomiast otwiera przed człowiekiem szerszy horyzont. Można wskazać na dwa wymiary owego horyzontu: na zewnątrz i pomiędzy. W pierwszym z nich – na zewnątrz: ból i cierpienie niejako wykraczają z człowieka i rozpościerają się poza nim, niejako przezierają przez jego ciało i stają się dostępne innym współodczuwającym z wewnętrznym stanem człowieka przeżywającego ból i cierpienie. Prowadzić to może do drugiego wymiaru – pomiędzy: wówczas to ból i cierpienie stają się obecne w specyficznej relacji międzyosobowej, głównie w spotkaniu między dwiema osobami. Nawiązanie i utrzymywanie bliskiej relacji interpersonalnej stwarza możliwość, przynajmniej w jakimś stopniu i zakresie, „dzielenia się” własnym przeżyciem z inną osobą. Można więc zaryzykować twierdzenie, że owo przeżycie niejako staje się dostępne innej osobie. Jednakże pogłębiona analiza owej problematyki nie prowadzi do tak optymistycznej wizji rozumienia nie własnego bólu i cierpienia. Mój ból i moje cierpienie bowiem, nawet jeśli się wyrażą poprzez moją fizyczność – ciało i sposób jego funkcjonowania, moją psychiczność – aktywowanie i podtrzymywanie aktywności złożonych struktur psychicznych, jako, w głównej mierze, nastawienie wobec własnego przeżycia i świata zewnętrznego oraz moją duchowość – odnajdywanie sensu i/lub poszukiwanie instancji mogącej stanowić oparcie w takiej sytuacji bądź powierzenie siebie Sile Wyższej (jakkolwiek ją rozumiemy), pozostaną przede wszystkim nadal moim osobistym przeżyciem. Prywatność owych przeżyć nie zostanie osłabiona. Ból i cierpienie są o wiele silniej związane z perspektywą pierwszoosobową, niż można by początkowo sądzić, biorąc przy tym pod uwagę zdolność innych ludzi do współlucia i współprzeżywania z osobą cierpiącą lub doświadczającą bólu.

Owszem, nie można nie wspomnieć o tym, że dla wielu ludzi ból i cierpienie konkretnej osoby nie są czymś obojętnym. Jako świadkowie czyjś bólu i cierpienia, niejednokrotnie wyraźnie odczuwają oni („w sobie”) przeżycia tej osoby. Nie pozostają nieczuli, a często są przekonani o tym, iż rozumieją przeżycia bólu i cierpienia kogoś innego.

Wyrażeniowy aspekt bólu i cierpienia, bazując na ich aspekcie przeżyciowym, ujawnia jeszcze jedno oblicze znaczeniowe. Zostało ono wstępnie wyrażone w tytule niniejszego opracowania. Mówiąc najkrócej, każde przeżycie stara się „przedostać”, po pierwsze, do świadomości osoby, by zdała sobie sprawę lub nazwała to, co się w niej i z nią dzieje, i po drugie, do przestrzeni międzyosobowej, by innym „obwieścić” wewnętrzne doznanie własne. Wyrazić się więc może przynajmniej na dwa sposoby: 1) stać się bliskim osobie przeżywającej ból i cierpienie poprzez nazwanie i dookreślenie oraz 2) zwrócić czyjąś uwagę i ukierunkować doznawanie innych osób na osobiste doznania bólu i cierpienia poprzez bycie zewnętrznym (intersubiektywnie zrozumiałym) znakiem przeżycia wewnętrznego. W tym miejscu należy dodać, że często bólu i cierpienia innej osoby nie sposób nie zauważyć. Ich przemożność nie pozwala na to, by ból i cierpienie konkretnej osoby pozostały „niedostrzeżone”.

Pierwszoosobowa perspektywa bólu i cierpienia – jedność przeżycia

W centrum rozważań należy umieścić pierwszoosobową perspektywę, w której pozostają ból i cierpienie. Owa perspektywa nabiera więc coraz wyraźniej znamion podmiotowego charakteru, w jakim można prowadzić analizy bólu i cierpienia. Należy również mocno podkreślić, że ból i cierpienie jest przede wszystkim *kogoś*, a następne jest *jakiś* (ból) i *jakiś* (cierpienie), na przykład uwzględniając ich intensywność, dojmujący charakter, nieusuwalność itp. Pytając więc o ból i o cierpienie, nie można pominąć w pytaniu *kogoś* (człowieka, osoby), kto jest bądź bywa ich podmiotem.

W języku człowiek nadaje odpowiednie znaczenia własnym doznaniom bólowym – rozumianym jako doznania cielesne (umiejscowione i ucieleśnione) oraz własnym cierpieniom – rozumianym jako doznania psychiczne czy duchowe (rozpościerające się i rozgrywające się symbolicznie w świecie wewnętrznym). Wskazują również na postać jedności doświadczenia, rozumianego tutaj jako obecność czegoś lub kogoś, a konkretnie siebie – cielesnego i psychicznego: „Całość naszego stanu psychicznego” – jak powiada Franz von Brentano – „jakkolwiek byłby on skomplikowany, tworzy zawsze realną jedność. Na tym polega słynny fakt *jedności świadomości*, który słusznie zwykło się uważać za jeden z najważniejszych punktów psychologii” (Brentano, 1999, s. 236). Jedność, która jednak może być, i często bywa, analizowana jako dwoistość i to zarówno w odniesieniu do bólu, jak i cierpienia; mówi się wszak o bólu i cierpieniu fizycznym i psychicznym bądź duchowym nie dokonując rozróżnienia semantycznego. W języku próbuje się bowiem dookreślić przeżycie, które pozostając jednością, może być – w zależności od kontekstu – efektywniej analizowane przy wykorzystaniu sposobów dwoistości. Owa trudność z precyzyjnym nazywaniem przeżycia ujawnia, jak można przyjmować, złożoność (a ostatecznie) i pełnię własnego przeżycia. Złożoność, gdyż wyróżnia i odróżnia się ból i cierpienie, a pełnię, gdyż nie sposób pominąć któregoś z nich. W wielu indywidualnych opisach bólu i cierpienia nierzadko dochodzi do ich utożsamienia (albo przynajmniej znaczeniowo bliskiego sytuowania). Owe zabiegi narracyjne mogą jednakże wskazywać na podmiotowe nierozróżnianie w obrębie przeżycia bólu i cierpienia, co może nie ujawniać się od razu podczas ich odczytania. Pozostaje owo przeżycie przede wszystkim własne, a dotyczy stanów, które są dla danej osoby źródłowo dostępne. Chodzi bowiem w takich warunkach głównie o przeżycie siebie jako podmiotu, który rejestruje i interpretuje własne doznania, a które następnie rozróżnia na związane z bólem i/lub związane z cierpieniem.

Przyjmując pierwotność doświadczenia siebie jako podmiotu, należy uznać przynależność i rozgrywanie się przeżyć związanych z bólem i cierpieniem do podmiotu, w obrębie którego one się zjawiają, rozpościerają i dokonują. Owe przeżycia rekonstruują „stan” podmiotu, ale również określają możliwość bycia podmiotem

w zaistniałych okolicznościach. Ów stan nie dotyczy jedynie wybranego wymiaru bycia podmiotem, ale obejmuje i niejako „bierze w posiadanie” całość podmiotu. Nierzadko podmiot nie może nie uwzględnić warunków, jakie dla jego aktywności własnej stwarzają ból i cierpienie. Działa w takich właśnie warunkach jako pełnia siebie. Ból bowiem może, jak powiada Paul Ricoeur (1992, s. 55), pozostawać przypadkiem granicznym – „boli ząb” i „boli dusza”. Taka eksplikacja bólu wzmacnia konceptualizację mówiącą o nieusuwalnej dwoistości przeżycia ludzkiego. Owa dwoistość, paradoksalnie, pozostaje równocześnie spójnością tego przeżycia: cielesno-psychicznego i cielesno-duchowego. Nie sposób zanegować bólu przy prawidłowo funkcjonującej strukturze człowieka.

Język i odczytanie – w kierunku rozumienia związku składniowego *cierpię i boli mnie*

Oddzielną sferę w analizie podmiotowego ujmowania bólu i cierpienia tworzy język. Umożliwia on przeprowadzenie przeżycia do postaci wyrażenia, głównie dla osoby przeżywającej ból i cierpienie. Język wyznacza ogólne rozumienie wypowiedzi podmiotu, orzekającego o sobie i swoim przeżyciu. Sąd wyrażony w języku wzmacnia w sposób jednoznaczny podmiot przeżycia na dwa możliwe sposoby, czyli „ja cierpię” i „mnie boli”. Rdzeniem owego sądu pozostaje „ja”, choć równocześnie i wprost ukazuje dwoistość przeżycia bólu i cierpienia. Owa dwoistość nie wprowadza jednakże rozdzielenia w obszar przeżycia. Pozostaje ono wciąż ujednolickowane i spójne, a także podmiotowane przez osobę przeżywającą. Pojawia się jednak interesujący związek składniowy, który w powszechnie przyjmowanym zwyczaju językowym (stosowanym na co dzień w mowie i w piśmie) w sposób niebudzący wątpliwości *wiąże* oba człony – zaimek i czasownik – wspomnianych tutaj zwrotów. I tak mówimy i piszemy „ja cierpię”, a nie „ja bolę” (choć w innym znaczeniu „ja boleję” nad czymś, na przykład nad sobą, swoją głupotą, nędzą, stratą lub innymi) oraz „mnie boli”, a nie „mi się cierpi” (choć można, w innym kontekście, odnaleźć wyrażenie: „niektórzy ‘mnie [nie] cierpią’”). Owszem, można takie wypowiedzi dopuścić, niemniej wymagają one dodatkowych sytuacyjnych objaśnień, gdyż zazwyczaj nie są odbierane jako oczywiste. „Ja” i „mnie” wskazują w tych przykładach na jednostkę ludzką, człowieka, osobę, od której pochodzą (jako źródło) i do której się odnoszą lub odsyłają (jako centrum).

Wskazują również, obrazowo ujmując, na awers i rewers bycia sobą („samoobecność”, „oryginalność” w rozumieniu Ingardena, por. Ingarden, 1963, s. 292). W wypowiedziach typu: „jestem sparaliżowany”, „boli mnie”, „czuję pożądanie” za każdym razem, bezpośrednio i aktualnie, wyraża się perspektywa „ja”, nawet wówczas, gdy w języku oddajemy to poprzez inną formę gramatyczną – „mnie”. Nie mogę porzucić wspomnianych trzech postaci własnego przeżycia jakoby były one

nie moje – za każdym razem, gdy stają się one moim udziałem, „jakoś” się do nich ustosunkowuję i odnoszę, „jakoś” je traktuję i „jakoś” pod ich wpływem działam. W rozważaniach teoretycznych możemy próbować wyróżnić aspekty „ja” i „mnie” (moje), niemniej w doświadczeniu człowieka, u którego prawidłowo przebiegają procesy związane z byciem sobą, niepodobna rozdzielać owo doświadczenie.

Druga uwaga, wyrastająca w obszarze języka, dotyczy sposobu mówienia o bólu i cierpieniu. Ujawniają się bowiem tutaj dwie możliwości, skrótowo oznakowane „o” i „z”: 1) mówienie o doświadczeniu bólu i cierpienia oraz 2) mówienie z doświadczenia bólu i cierpienia, mówienia z ich głębi, zdawania sprawy ze świata własnych przeżyć wewnętrznych. W odniesieniu do przeżyć własnych podmiotu obie możliwości stają się dostępne i uzasadnione. Natomiast usunięcie perspektywy podmiotowej oddala zasadność opcji drugiej, czyli mówienia „z”, gdyż niedostępne wówczas okazuje się przeżycie, o którym jest mowa. Stąd można poczynić pewną uwagę natury ogólnej, a mianowicie: mówienie o cierpieniu i o bólu jest jak gdyby *obok* owych przeżyć. Na jakiś czas co prawda angażuje inne osoby, jednak nie *wiąże* ich z przeżyciem osoby cierpiącej lub doznającej bólu i pozostawia owo przeżycie poza „zaangażowaniem podmiotowym”, co niekiedy może przybrać postać obojętności wobec takich przeżyć lub nieprzejmowania się nimi (bagatelizowanie, niedocenianie, nieuwzględnienie ich wagi i radykalności).

Podmiotowa perspektywa bólu i cierpienia – rozważania wstępne

Język w wyrażeniowym aspekcie bólu i cierpienia okazuje się wprawdzie konieczny, lecz niewystarczający, jeśli uwzględnia się perspektywę podmiotową. Rodzi się więc pytanie o to, w jaki sposób można nadać wyraz podmiotowemu charakterowi bólu i cierpienia? Przede wszystkim poprzez aktywność własną podmiotu. Aktywność własna odgrywa podstawową rolę w rekonstrukcji i wyrazie jakości własnego przeżycia: jak ono się jawi i rozgrywa w świecie wewnętrznym człowieka. Ujawnia ona również możliwości i ograniczenia w zakresie jakości życia będącej źródłowo zależną (autodeterminowaną) od bólu i cierpienia. Człowiek w takiej sytuacji pozostaje wobec bólu i cierpienia, jak również pod ich przemożnym wpływem zdobywa się na określoną postać aktywności własnej bądź konkretniej, jak powiada Ingarden, czynu własnego¹.

¹ Jakaś decyzja woli i jakieś działanie mogą uchodzić za własny czyn danej osoby tylko wtedy, gdy wypływają wprost z centrum „ja” tej osoby, mają w niej swój prawdziwy początek, i kiedy to centrum „ja” panuje nad dokonaniem wyłaniającego się z niego działania i kieruje nim, a więc jest nim nie tylko „zainteresowane” osobiście, lecz w całym dzianiu się rozgrywającego się działania utrzymuje „w swoich rękach” decydujący wpływ. Może to dojść do skutku na dwa sposoby. W pierwszym wypadku „ja” godzi się tylko na to, co rozgrywa się w jego duszy, w sferze jego osobowego bytu (bycia takim), albo co wdziera się w tę sferę z zewnątrz i co „ja” akceptuje, że tak powiem, jedynie z konieczności, ponieważ nie może inaczej. Jakiemuś sposobowi zachowania się zostaje tutaj

Owe przeżycia – ból i cierpienie – istoczą się głównie w horyzoncie osobowym, choć mogą dotyczyć grupy: rodziny, wspólnoty, kręgu przyjaciół lub opiekunów. Rozgrywają się w świecie psychicznym konkretnej osoby, ale na różne sposoby konstruują również płaszczyznę międzyosobową. Nierzadko ból i cierpienie prowadzą do modyfikacji świata relacji międzyosobowych: po pierwsze, jego „wyludnienia”, gdy kurczy się liczebność grupy osób będących wokół, prawdopodobnie z uwagi na odczuwanie obarczenia (tzw. „ja” odizolowane) i, po drugie, jego „zapełnienia”, gdy wzrasta liczebność grupy osób udzielających wsparcia, prawdopodobnie z uwagi na odczuwanie chęci niesienia pomocy bądź towarzyszenia (tzw. „ja” wzbogacone). Uwzględniając rolę wymiaru relacji interpersonalnych w kontekście bólu i cierpienia, należy jednak zawęzić analizy do ujęcia jednostkowego i osobowego, by wyeksponować kategorię tytułową, czyli podmiot.

Człowiek doznający bólu i cierpiący – w kierunku ujęcia podmiotu

Niniejsze analizy skoncentrowane będą na człowieku, kiedy można go scharakteryzować „jako kogoś aktywnego, świadomie rozwiązującego problemy, zdolnego do korzystania z ogromnej ilości doświadczeń i poznawczych możliwości, posiadającego duży potencjał dobra i zła, aktywnie konstruującego swój psychologiczny świat oraz wpływającego na środowisko i podlegającego wpływowi środowiska zgodnie z pewnymi prawami” (Mischel, 1976, s. 253, cyt. za: Cervone i Pervin, 2011, s. 533). Wyróżnionym rysem tak ujmowanej jednostki ludzkiej pozostaje w kontekście niniejszych rozważań *przeżywanie* siebie w konkretnych warunkach. Warunki te często nie są przez owego człowieka przygotowane, często zaś człowiek je zastaje i stara się jakoś w nich bytować, co nie zawsze okazuje się łatwe i bezkonfliktowe. Równie często owe warunki inspirują człowieka do tworzenia nowej sytuacji, w centrum której pozostaje on sam, ujawniający wówczas własny i specyficzny sposób bycia, a realizowany w postaci konkretnego stylu podmiotowania własnej

jednak udzielona aproba, mimo że „ja” rzeczywiście nie przyswaja go sobie. Natomiast w drugim wypadku „ja-osoba” podejmuje decyzję z siebie samej, z własnego, nieuwarunkowanego cudzymi powodami zastanowienia, i przedsięwzięcie zaraz akt działania. Całkowite nieuwarunkowanie zewnętrznymi motywami i przyczynami przedstawia optimum sytuacji, w której decyzja woli i podjęte przez osobowe „ja” działanie dokonuje się w ścisłym sensie jako „własne” działanie (czyn) danej osoby. (...) Zależnie od sytuacji życiowej i od rozwoju osoby rozszerza się lub zacieśnia sfera „własnych” aktów i działań. Może (ale nie musi) istnieć sytuacja, w której człowiek – mimo swego osobowego istnienia – nie rozporządza już żadną sferą „własnych” decyzji i czynów, a zatem jest zupełnie nieswobodny, gdzie wszystko w jego życiu jest wymuszone z zewnątrz. I nawet gdy „ja” sprzeciwia się temu czy tylko usiłuje się sprzeciwić, jest ono całkiem bezsilne i bezradne, wszystko biegnie bez możliwości wywarcia przez nie wpływu. (...) Między jednym wypadkiem granicznym, w którym sfera „własnych” decyzji i działań rozpościera się możliwie szeroko, a drugim, w którym kurczy się ona do zera, znajduje się mnogość sfer jego „własnych” decyzji i czynów o różnym stopniu ukształtowania i zasięgu, przy czym także typ „bycia własnym” podlega jeszcze różnym zmianom (Ingarden, 1987, s. 85–86).

aktywności. Z sytuacją w znaczeniu psychologicznym będziemy mieli do czynienia wtedy, gdy każdy człowiek – z osobna i samowładnie – odczytuje lub nadaje sens² warunkom, w jakich przychodzi mu żyć, i jakoś je urzeczywistniać (por. Gałdowa, 1992, s. 128–158; Jaspers, 1978; Majczyna, 2011b).

Ból i cierpienie jako kontekst aktywności własnej podmiotu

Analiza podmiotowości człowieka (por. Krzyżewski, 1995; Węgrzecki, 1996), czyniona na gruncie psychologii, dostarcza niezwykle ważnych ustaleń podczas badań nad fenomenem bólu i cierpienia, szczególnie w zakresie stanowienia o sobie. Pozwala bowiem:

- po pierwsze, zarysować obszar między *dzianiem się* czegoś w człowieku lub z człowiekiem i *działaniem* człowieka (lub niedziałaniem);
- po drugie, odkryć wymiar między *przytrafianiem się* czegoś człowiekowi i *przyzwalaniem* przez człowieka na coś (lub nieprzyzwalaniem);
- po trzecie, ujawnić ukierunkowanie aktywności własnej zgodnie z intencją i zamiarami konkretnego człowieka oraz jego aktualnymi warunkami, w jakich funkcjonuje i jak je odczytuje we własnym urzeczywistnianiu (*samourzeczywistnienie*);
- po czwarte, uchwycić źródłowe walory bycia człowiekiem, który w niezwykle złożonych i wymagających ogromnej dozy wytrwałości doświadczeniach – bólu i cierpienia – stara się wciąż i nadal być sobą.

Wyróżnione możliwe wątki i tropy analizy podmiotowości człowieka w jego specyficznych sytuacjach egzystencjalnych – bólu i cierpienia – pozwalają sytuować aktywność własną człowieka w wyraźnie zarysowanych dwóch wymiarach: pierwszy – od biernego do czynnego znoszenia owych przeżyć oraz drugi – od znoszenia do przetwarzania owych przeżyć. Można odnieść wrażenie, że owe wymiary pozostają w bliskim sąsiedztwie w aktywności własnej człowieka. Niemniej ujawniają one możliwe różnicowania. W wymiarze pierwszym można (pomijając inne odczytania) wskazać na dwa narzucające się. I tak, znoszenie może być bierne wówczas, gdy człowiek poddaje się i rezygnuje z jakiegokolwiek aktywności w tym obszarze – nie jest zainteresowany i nie inicjuje swej aktywności, jedynie trwa. Ponadto, znoszenie może przybrać czynnościowy charakter wówczas, gdy człowiek podejmie próby zniwelowania bądź osłabienia doznań, korzystając z dostępnych środków. W wymiarze drugim natomiast chodzi o coś więcej, co można dookreślać poprzez odwołanie się do przeobrażania warunków w sytuację, kiedy to człowiek próbuje dokonać modyfikacji własnego położenia nie jedynie dla ulżenia sobie w bólu i w cierpieniu, co bardziej dla rozumienia siebie i wykorzystania zaistniałych okoliczności do własnego rozwo-

² „Sens sytuacji jest zawsze sensem dla osoby. To osoba odczytuje jej sens dla siebie” (Gałdowa, 1992, s. 131).

ju (por. Opoczyńska, 1996). Z jednej strony ból i cierpienie mogą zaciemniać i ograniczać perspektywę, ale z drugiej stwarzają szansę na wyjście ku nowej postaci bycia sobą (por. Kępiński, 1979, 1992). Nie należy jednak przy tym zapominać o wysiłku wewnętrznym, niezbędnym nie tyle do działania w takiej perspektywie, ile przede wszystkim do uwzględnienia takiej możliwości w myśleniu.

Człowiek jako podmiot bólu i cierpienia

Jak więc można scharakteryzować podmiotowość człowieka w tak zarysowanym kontekście? Dla niniejszych rozważań pomocne mogą się okazać następujące konceptualizacje:

- człowiek jako podmiot własnej aktywności: nosiciel czegoś i coś sprawiający (jakoś będący i coś czyniący), jako *dokonawca* samego siebie po rozeznaniu i uwzględnieniu swoich aktualnych i „ucieleśnionych” możliwości (por. Majczyna, 2011a);
- człowiek jako *żyjący* w aktualnych warunkach, które może w odpowiednim stopniu modyfikować (jakoś je przetwarzać, dokonując zmian dostrzeganych także na zewnątrz);
- człowiek jako *podejmujący* własną aktywność: wyznaczanie jej kierunku, jej dynamiczności i jej zakresu, głównie poprzez jej generowanie, sterowanie nią i jej finalizowanie;
- człowiek *sprawiający* aktualną postać siebie jako wyraz *samoposiadania* i *samo-stanowienia*;
- człowiek *spełniający się* w podejmowanej przez siebie aktywności własnej (w zakresie, stopniu i natężeniu umożliwiającym przez swoje właściwości i zasoby).

Nawet niepgłębiony namysł nad powyższymi konceptualizacjami pozwala stwierdzić, że tak rozumiana i ujmowana podmiotowość wskazuje głównie na to, że, po pierwsze, człowiek „wciąż jest z sobą samym” i że wciąż jest obecny dla siebie (*samoobecność*) – bycie z sobą samym, każdorazowo dostępne od wnętrza, aktualizuje formy podmiotowo rozumianej jego aktywności i, po drugie, że człowiek jest tym, kto posiada jedynie siebie i zarazem tym, kto posiadany jest tylko przez siebie – czegokolwiek człowiek pragnie, może to spełnić jedynie przy wykorzystaniu tych zasobów, którymi sam dysponuje (*samodyspozycyjność*), korzystając z własnych – co nie ogranicza się oczywiście do wewnętrznych – właściwości. Nikt, kto z rozmysłem podejrze to powyższych skrótowo ujętych uwag, nie pominie jednak najważniejszego elementu: ból i/lub cierpienie są w tym układzie „głównymi rozgrywającymi” co do możliwości i ograniczeń, niemniej nie pozbawiają człowieka w takiej sytuacji będącego możliwości podejmowania adekwatnej do owych warunkowań aktywności własnej.

O możliwości bycia podmiotem w bólu i cierpieniu

W tym fragmencie rozważań można stwierdzić, że ból i cierpienie ujawniają dostępność lub niedostępność zasobów i możliwość ich wykorzystywania przez osobę cierpiącą i doznającą bólu. Nie można bowiem pominąć takiej formy zjawiska, w którym ból i cierpienie organizują całość aktywności własnej człowieka, modyfikując w mniejszym lub większym stopniu dotychczasową aktywność własną i za nic mając pragnienia, wolę czy różne „deadline’y” tej osoby. Silny ból zęba bądź wiadomość nas przygniatająca mogą posłużyć tu za wymowne przykłady. Można również zapytać, po pierwsze, o to, czy w takich okolicznościach człowiek może nad sobą panować (*samopanowanie*) i inicjować swoją aktywność, napotykając ograniczenia będące następstwem bólu i cierpienia – jest to sprawa związana z możliwościami działania w okrojonym zakresie aktywności własnej (np. stopniowa lub nagła utrata funkcji mechanicznej bądź psychicznej), i po drugie, o to, czy ból i cierpienie nie ujawniają sposobu, w jaki człowiek jest wolny w dynamizowaniu aktywności własnej – jest to sprawa związana z możliwością ukazywania silnych postaci własnej podmiotowości (np. działanie pomimo lub wbrew ograniczeniom bądź rezygnacja z aktywności).

Różne sposoby bycia w bólu i cierpieniu, których wyraz jest dostępny w tzw. sposobach radzenia sobie z bólem i cierpieniem, ujawniają swoiste postaci podmiotowej aktywności człowieka. Można przyjąć, a czego dowodów nie trzeba szukać daleko – wystarczy uważne bycie z ludźmi, którzy z głębi bólu i cierpienia wchodzi w relacje międzysobowe, że to, co jest źródłowe zarówno dla procesów bólu i cierpienia, jak i dla podmiotowości człowieka, to *przeżywanie* (lub *przeżycie*). Jest ono, jak już zostało zakomunikowane, całkowicie własne, wewnętrzne, nieudzielalne (por. Crosby, 2007). Ponadto rozmaite sposoby mierzenia się z tymi procesami, wykorzystujące do tego celu rozum, świadomość, wolę bądź dzielność, optymizm, akceptację – ujawniają motyw ich obecności: to *przeżycie* je uruchamia i angażuje. Człowiek naprawdę cierpi i go boli, a jego podmiotowa aktywność na tym się skupia jak w soczewce i czyni je punktem odniesienia.

Podmiotowe ujmowanie bólu i cierpienia ukazuje również w silnym oświetleniu zdolności i umiejętności człowieka do bycia wobec tego rodzaju przeżyć. Jak człowiek może być wobec bólu i cierpienia? Warto wskazać na kilka możliwości, które nie muszą być rozłączne:

- dystansowanie się wobec bólu i cierpienia bądź utożsamianie się z nimi,
- wrogość bądź cierpiętnictwo,
- negowanie negatywne („zaprzeczanie”) bądź negowanie pozytywne („przemienianie”) – taka postać mojego przeżywania nie może istnieć lub jej nie dopuszczam, więc nie przyjmuję tego w ogóle do wiadomości albo staram się to zmienić,
- bierne znoszenie bądź aktywne przeciwdziałanie,

- poddawanie się bądź poszukiwanie rozwiązań – niejednokrotnie cierpienie ujawnia się przez osłabienie aktywności, a podjęcie aktywności może sygnalizować ustępowanie cierpienia.

Te przykładowe sposoby bycia wobec bólu i cierpienia są przejawem podmiotowej aktywności człowieka, mogą również być nowym czynnikiem w tworzeniu podmiotowego charakteru człowieka, zarówno w wymiarze pozytywnym („wytrwałość w działaniu”), jak i negatywnym („gniew”). Mogą również niektóre osoby wzmacniać (co brzmi w tym kontekście niejednoznacznie) lub pozbawiać sił w przyszłościowej aktywności własnej. Mogą być czynnikami zwrotnymi w byciu sobą lub „niczego nie uczyć”.

Specjalny status można nadać innemu sposobowi bycia wobec bólu i cierpienia. Chodzi tutaj o wymiar „mogę/muszę”. Można powiedzieć, że są to skrajne, przeciwstawne, bieguny jednego wymiaru, niemniej w kontekście bólu i cierpienia nabierają odmiennego znaczenia, np. „muszę, bo mogę” (coś zrobić, kiedy ból zelżał bądź cierpienie ustąpiło), „mogę, bo muszę” (pragnąć coraz większej sprawności) i „mogę i muszę” (ćwiczyć, korzystać z zabiegów rehabilitacyjnych). Można również powiedzieć, co może spotkać się z oporem w przyjęciu, że „muszę, chociaż już nie mogę”, gdyż nic i nikt (także w rozumieniu teologicznym) nie może mnie w danym momencie uwolnić od tego *przeżycia*. Ponadto, niejednokrotnie, w procesie bólu i cierpienia nie można opowiedzieć się za jednym jedynie biegunem tego wymiaru, gdyż bywa się zakładnikiem obu.

Podsumowanie, które nie jest zakończeniem

W podsumowaniu można powiedzieć, że podmiotowe aspekty bólu i cierpienia otwierają możliwości rozumienia zarówno podmiotowości, jak i w szerszej perspektywie, człowieka. Źródłem i centrum dla podmiotowości, jak pokazano, staje się *przeżywanie siebie* w konkretnych warunkach, które z czasem mogą przeistoczyć się w sytuację. Kiedy to się może dokonać? Wówczas, gdy *przeżywanie siebie* przybiera postaci *rozstrzygania* i *skierowania się* ku takim postaciom bycia sobą, które są wyznaczone przez kontekst bycia, w tym przypadku kontekst bólu i cierpienia. Można zapytać o to, czy owo „wyznaczenie przez kontekst bólu i cierpienia” jest przez taką osobę rekonstruowane jako wymuszone podporządkowanie się (człowiek jest wówczas skazany na jakiś proces lub stan), czy jako wyzwanie dla rozwoju (człowiek odnajduje wówczas impulsy i motywację do tworzenia siebie).

Tak więc wraz ze zbliżaniem się do końcowych fragmentów niniejszych rozważań rodzą się pytania, które nie pozwalają na sformułowanie oczekiwanych w tym miejscu wniosków. Nadto, podążając tropem pewnych intuicji ujmowanych w zaproponowanym opisie i analizie problematyki bólu i cierpienia w wyróżnionym kontekście, można odnieść wrażenie, że formułowanie odpowiedzi może okazać

się niezwykle dużym wyzwaniem. Chodzi wszak o sprawy wagi najwyższej: podmiotowy charakter przeżycia i egzystencjalny kontekst, które, o ile można tak powiedzieć, odsłaniają raczej tajemnicę niż zagadkę (problem) bólu i cierpienia. Jednakże, pomimo wyjawionych zastrzeżeń, można spróbować udzielić wstępnej odpowiedzi. Niezależnie od możliwych odczytań i rozstrzygnięć kontekstu bólu i cierpienia, człowiek wciąż bywa podmiotem własnej aktywności i ujawnia jedność swego przeżywania. Bywa podmiotem własnej aktywności na miarę swych sił (zasobów) i usensawniania swoich warunków, które zastaje za sprawą bólu i cierpienia.

Bibliografia

- Andreoli V., *Zrozumieć cierpienie. Aby ból ustąpił radości*, Kraków 2009.
- Brentano F., *Psychologia z empirycznego punktu widzenia*, Warszawa 1999.
- Cervone D., Pervin L.A., *Osobowość. Teoria i badania*, Kraków 2011.
- Crosby, J.F., *Zarys filozofii osoby. Bycie sobą*, Kraków 2007.
- Gałdowa A., *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego*, Kraków 1992.
- Ingarden R., *Dążenia fenomenologów*, [w:] R. Ingarden, *Z badań nad filozofią współczesną*, Warszawa 1963, s. 269–379.
- Ingarden R., *Księżeczka o człowieku*, wyd. 4, Kraków 1987.
- Jaspers K., *Sytuacje graniczne*, [w:] R. Rudziński, *Jaspers*, Warszawa 1978, s. 186–242.
- Kępiński A., *Melancholia*, wyd. 2, Warszawa 1979.
- Kępiński A., *Schizofrenia*, wyd. 5, Warszawa 1992.
- Krzyżewski K., *Specyfika filozoficznego i psychologicznego ujęcia podmiotowości*, [w:] red. R. Mrózek, *Kultura – język – edukacja*, Katowice 1995, s. 41–47.
- Majczyna M., *Podmiot ucieleśniony czy ucieleśniona podmiotowość?*, [w:] red. M. Brachowicz, A. Tylikowska, *Ciało: zdrowie i choroba*, Lublin–Nowy Sącz 2011a, s. 47–59.
- Majczyna M., „Warunki” i „sytuacje” człowieka dorosłego, [w:] red. A. Tokarz, *Pamięć. Osobowość. Osoba. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Annie Gałdowej*, Kraków 2011b, s. 177–188.
- Opoczyńska M., *Możliwości osobowego rozwoju w schizofrenii*, Kraków 1996.
- Ricoeur P., *Cierpienie nie jest bólem*, [w:] P. Ricoeur, *Filozofia osoby*, Kraków 1992, s. 55–63.
- Węgrzecki A., *Zarys fenomenologii podmiotu*, Wrocław–Warszawa–Kraków 1996.

ks. Dariusz Pater

Zarys problematyki dotyczącej bólu i cierpienia człowieka

Cierpienie i ból zostały wpisane w porządek ludzkiej egzystencji. Doświadczamy ich codziennie, wynikają z różnych przyczyn, ale zawsze są dla człowieka przeżyciem niezwykle istotnym, pozostawiającym głęboki ślad. Można o nich mówić językiem naukowym lub językiem pełnym emocji.

Encyklopedia bioetyki definiuje ból jako: „nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane jako takie uszkodzenie”¹. Odczuwanie bólu fizycznego lub psychicznego jest doznaniem subiektywnym. Jeśli ból wywołany jest chorobą, to traktuje się to jako wskazanie do postawienia diagnozy lekarskiej.

Cierpienie według *Encyklopedii bioetyki* to: „negatywne doświadczenie człowieka w sferze psycho-fizyczno-duchowej, spowodowane czynnikami zewnętrznymi lub wewnętrznymi”². Za czynniki zewnętrzne uważa się ból fizyczny, chorobę, utratę bliskiej osoby, wypadek, utratę majątku itp. Czynniki wewnętrzne, czyli subiektywne, to: „załamanie psychiczne, poczucie zagrożenia życia lub niewiara w jego sens, nieudane życie osobiste, poniżenie ludzkiej godności itp.”³.

W opisie naukowym wyróżnia się trzy rodzaje cierpienia: fizyczne, czyli wrażenia zmysłowe, wynikające z jednostki chorobowej, psychiczne – na podłożu załamania psychicznego, i duchowe – np. z powodu utraty sensu życia. W terminologii medycznej częściej występuje pojęcie bólu, w naukach humanistycznych – cierpienia, w języku potocznym wyrazów tych używa się zamiennie⁴.

Według Biblii cierpienie w życiu człowieka pojawiło się wraz z grzechem pierworodnym⁵. Cierpi kobieta, wydając na świat dziecko, mężczyzna musi włożyć wiele trudu, aby zapewnić byt swojej rodzinie, cierpi dziecko, przeraźliwie krzycząc z bólu.

¹ R. Szulc, Z. N. Brzózy, *Ból*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 75.

² Tamże, s. 91.

³ Por. tamże.

⁴ Por. tamże.

⁵ Por. A.J. Najda, *O cierpieniu w Biblii*, [w:] *Duchowość cierpienia*, red. W. Gałązka, Warszawa 2010, s. 204–208.

Cierpienie tak mocno wrosło w kondycję ludzką, że często nawet nie zauważamy jego przejawów. Zaczynamy dramatycznie reagować wtedy, kiedy zostanie przekroczona tolerowana granica. Padają wówczas najważniejsze pytania: Dlaczego tak się stało? Co będzie dalej? Przecież tyle miałem planów, tyle jeszcze chciałem zrobić.

Analizując szczegółowo sytuację, cierpiący zaczyna się obwiniać o to, że sprokował nieszczęście, np. prowadząc niewłaściwy tryb życia, że nie zareagował w porę. Stopniowo samooskarżenia przekładają się na depresję i potęgują udrękę.

U osób wierzących przeżywanie cierpienia może powodować chwilowy kryzys światopoglądu, prowadzić do swoistego „konfliktu” z Bogiem, którego posądzają się o nieczułość i brak miłości. W pełnych emocji słowach zarzuca się Bogu, że skazał ludzi na cierpienie i grzech, a teraz ze spokojem przygląda się przerażonemu człowiekowi. W skrajnych przypadkach mogą też rodzić się wątpliwości wobec Stwórcy, który uderza w człowieka w momencie najmniej spodziewanym. Cierpiący buntuje się, ponieważ w jego mniemaniu żył zgodnie z Bożymi przykazaniami, świat pełen jest zła i zbrodni, tylu niesprawiedliwych ludzi po nim chodzi, a akurat jego tak dotkliwie doświadcza Bóg. Niekiedy musi upłynąć sporo czasu, zanim bunt ustąpi miejsca pokorze i franciszkańskiej refleksji, że przecież wszystko, co człowiek ma, zawdzięcza Bogu, że tak naprawdę oprócz swojego cierpienia nic nie może Stwórcy ofiarować. Człowiek więc ofiarowuje Bogu jedyne co może, swoje cierpienie, a to jest źródłem prawdziwej radości. Pokładając nadzieję w tym, że pokorni mogą odwrócić rzeczywistość, powoli godzi się ze swoim położeniem.

Zostaliśmy ukształtowani przez tradycję chrześcijańską i literaturę romantyczną, które gloryfikują cierpienie, przypisując mu zbawczą moc. Dominuje w nich wizerunek ofiary – bohaterskiej, bez skazy. Z chrześcijaństwa wywodzi się idea, że cierpienie uszlachetnia⁶. Przykłady zaczerpnięte z realnego życia nie zawsze to potwierdzają. Na pewno wielu cierpiących w konfrontacji z tragedią zmieniło swój system wartości. Nagle zaczęli zauważać różne ważne rzeczy, obok których przechodzili obojętnie. Inni jednak twierdzą, że chrześcijańska idea to retoryczna spuścizna, cierpienie bowiem wymaga wyrzeczeń, na które nie każdy jest gotowy, w różnych sytuacjach upokarza, pozbawia pewności siebie, a więc mocy, odbiera szansę na to, aby można było prawdziwie cieszyć się życiem. Reakcją na to jest agresja, najczęściej werbalna, która staje się zarzewiem konfliktów zakłócających relacje międzyludzkie. Później pojawia się dysonans poznawczy, ponieważ cierpiący ma świadomość, że jego zachowanie stoi w jawnej sprzeczności z oczekiwaną społecznie pokorną wobec cierpienia postawą. Ciśnie mu się na usta parafraza Gombrowiczowskiego zdania: – Jak to mnie uszlachetnia, kiedy mnie nie uszlachetnia? Efektem nieprzyjemnego napięcia jest poczucie winy i wstydu, i coraz trudniejsza rzeczywistość.

⁶ Por. D. Grzonka, *Pojmowanie i praktykowanie cierpienia w niektórych tradycjach i mitologiach*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2007, s. 48–49.

Prawda o bólu i cierpieniu jest wielostronna, nie do odtworzenia za pomocą jednego koloru. „Cierpienie odczuwamy jak kamień, który spada na nas i/ przygniata” – napisał ks. Jan Twardowski.

Kiedy umiera dziecko, zrozpaczeni rodzice nie potrafią znaleźć wytłumaczenia dla tego, co ich spotkało. Źródło ich bólu nigdy nie wyschnie. Pokój zmarłego dziecka już na zawsze pozostanie taki sam. Ani jeden przedmiot nie zmieni swojego miejsca. Wszystko musi pozostać jak przed...

Jeśli cierpi śmiertelnie chory, to codziennie zмага się nie tylko z bólem fizycznym, ale też z myślami o odejściu. Śmierć dla każdego znaczy co innego. Zawsze budzi lęk, ale dla wierzącego jest przejściem do życia pozagrobowego po ziemskiej tułaczce. Niewierzący ma świadomość bardziej bolesną – biologiczne życie skończy się wraz z ostatnim tchnieniem. Później nie będzie już NIC...

Zdruzgotaną psychikę mają najbliżsi umierającego, którzy, podobnie jak on, potrzebują mądrego wsparcia. Błędem jest pocieszanie poprzez wskazywanie, że dopiero cierpienie innych jest ogromne. Nie wolno tworzyć atmosfery „licytacji” cierpień. Każdy przypadek jest trudny. Dla cierpiących to, co ich spotkało, jest najstraszniejsze.

Gdy cierpienie spowodował drugi człowiek, to przekształcić się ono może w złość, nienawiść, wreszcie w obsesyjną chęć odwetu. Doraźnym lekarstwem staje się wtedy zadanie podobnego bólu winowajcy. Zemsta nie jest gwarantem satysfakcji, może spowodować niedające się niczym zagłuszyć wyrzuty sumienia. I człowiek jeszcze bardziej cierpi, bo odkrywa, że wpadł w pułapkę.

Cierpiący, którzy nie akceptują swojego położenia, bo w cierpieniu nie widzą żadnego sensu, podejmują próbę ucieczki, sięgając po alkohol, narkotyki, używając tzw. życia. Najbardziej zdesperowani decydują się na rozwiązanie ostateczne, czyli na samobójstwo. A przecież czasami wystarczyłaby jedna rozmowa, żeby człowiek zmienił decyzję. Ktoś, kto radzić musi sam sobie, jest bardziej skłonny do odebrania sobie życia.

Trudny ze względów etycznych, wymagający osobnego omówienia, jest problem eutanazji⁷. Wspominam o tym, ponieważ coraz częściej domagają się jej przykuci do łóżek chorzy, wobec których medycyna wyczerpała możliwości. Wynikać to może nie tylko z ostrego i przewlekłego bólu fizycznego, ale również z pobudek psychicznych. Uzależnieni całkowicie od pomocy innych, upokorzeni niemożnością samodzielnego załatwiania potrzeb fizjologicznych ciężko chorzy czują się zdegradowani. Mając wizję strasznej śmierci, uparcie twierdzą, że nikt nie ma prawa dyktować, jak długo należy żyć. Podobnie myślą ludzie, którzy od życia nie oczekują już niczego, i chociaż są fizycznie zdrowi, to dostrzegają jedynie jego absurdu.

Czasem rodzina nieradząca sobie z własnym bólem emocjonalnym, opiekująca się pacjentem, u którego w dużej części zanikły funkcje życiowe oraz świadomość i który żyje dzięki uporczywej terapii, żąda jej przerwania. Kościół katolicki przypomina, że nie mamy prawa przedłużania ludzkiego życia za wszelką cenę, dlatego

⁷ Szerzej na temat eutanazji zob. W. Ochmański, *Eutanazja nie jest alternatywą*, Kraków 2007, s. 47–74.

pozwala na zaniechanie tzw. „uporczywej terapii” wobec chorych, którym współczesna medycyna nie daje szans na wyleczenie⁸. W chwilach, gdy na szali położone jest życie ludzkie, potrzebne jest życzliwe słowo, okazanie współczucia i fachowa opieka paliatywna⁹, która stosuje środki przynoszące umierającemu człowiekowi ulgę w cierpieniu.

Tradycje religijne (katolickie, prawosławne, muzułmańskie, judaistyczne), a także medycyna, prawo i codziennie praktykowane zasady moralne sprzeciwiają się zabijaniu¹⁰. Eutanazja nie powinna być traktowana jako środek do skrócenia czyjegoś cierpienia. Biblijna prawda, nie zabijaj, zawarta w piątym przykazaniu Dekalogu jest ciągle aktualna mimo przeważającej dzisiaj tendencji do uznawania życia za wartościowe, tylko wtedy gdy jest ono źródłem przyjemności i dobrobytu¹¹.

Cierpią chorzy zagrożeni kalectwem. Tracąc powoli np. wzrok, słuch, pamięć, czucie, sprawność ruchową, mogą nie odczuwać bólu fizycznego, ale permanentna antycypacja wydarzeń podsuwa im wyobraźni najtragiczniejsze scenariusze. Nie pozwala im cieszyć się z tego, czym aktualnie dysponują. Poziom ich nastroju przebiega sinusoidalnie – okresowo przeżywają psychiczne załamanie lub akceptują swoje położenie. Takie zachowanie może objawiać się bardzo długo. Jest to pełne napięcia zmaganie: z jednej strony wynikający z bezradności medycyny, pozbawiony nadziei stan, z drugiej – nadzieja, że może medycyna jeszcze zdąży, zanim nastąpi po ludzku najgorsze.

W dobie ponowoczesności cierpienie i śmierć stają się powoli tematem tabu. Niechętnie na ten temat rozmawia młodzież. Nie zawsze wynika to z wrodzonego braku empatii. Wychowana na grach, gdzie bohaterowie mają po „kilka żyć”, nie wyobraża sobie tego, że ciało może jej kiedyś odmówić posłuszeństwa. Zwłaszcza dotyczy to osób, które nie zetknęły się bezpośrednio, w rodzinie, z cierpiącym człowiekiem. Pozytywnym zjawiskiem jest coraz popularniejszy wśród młodych ludzi wolontariat sprawowany w szpitalach lub hospicjach.

Nie da się wyrugować z ludzkiego życia choroby, bólu i związanego z nimi cierpienia. Ból często może być sprzymierzeńcem człowieka, kiedy jest sygnałem ostrzegawczym przed chorobą i zmusza do zasięgnięcia porady lekarskiej. Chrześcijańska wiara tłumaczy człowiekowi sens cierpienia, który najpełniej można odnaleźć w Krzyżu i w Zmartwychwstaniu Jezusa Chrystusa. Przez swoją męczeńską śmierć Jezus pokazał, że cierpienie nie jest złem. Prowadzi do odkupienia, wyzwala dobro, które możemy okazać cierpiącemu człowiekowi, umacnia wewnętrzne, uczy pokory i cierpliwości¹².

Jeżeli bez zastrzeżeń przyjmujemy od Boga radość, to powinniśmy otworzyć się na przyjęcie cierpienia, które jest elementem pełnej ludzkiej egzystencji.

⁸ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2278. Szerzej na temat „uporczywej terapii” zob. L. Szczepaniak, *Uporczywa terapia. Aspekt etyczny*, [w:] *Ból i cierpienie*, dz. cyt., s. 140–156.

⁹ Zob. S. Szumpich, *Hospicjum – miejsce bólu czy ukojenia*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2008, s. 37–51.

¹⁰ J. Śledzianowski, *Eutanazja – dobra śmierć czy zabójstwo człowieka*, Kielce 2010, s. 40.

¹¹ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, nr 64.

¹² Por. A. Miller, *Radość w cierpieniu*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2006, s. 95–96.

Pragnienie, które jest światłem

Wprowadzenie

Prawdopodobnie więcej ludzi ma kłopot z wiarą w Boga wskutek konfrontacji z panoszącym się w świecie złem niż z powodu trudności filozoficznych natury bardziej akademickiej¹. Bywa, że wobec przygniatającego nieszczęścia oraz poczucia, iż zawiodły nadzieje pokładane we Wszechmocnym, rodzi się gorzki wniosek o Jego nieistnieniu. Paradoksalnie wniosek ten stanowi wyraz najgłębszej czci, gdyż wyciągający go intuicyjnie zakładają, że Bóg nie może być zły ani obojętny na nasz los.

Nie jest to jedyny paradoks dochodzący do głosu w kontekście skandalu zła i rozczarowania wiarą. Już w samym mrocznym doświadczeniu człowieka gubiącego się wśród „ciemnych dolin” (por. Ps 23, 4) swego losu można, patrząc pod odpowiednim kątem, dostrzec dającą nadzieję poświatę – łagodny blask Sensu, o którym mimowolnie świadczą urągające mu zjawiska. Jednak dostrzeżenie tego światelka w tunelu dramatycznych pytań możliwe jest dopiero wówczas, gdy oczy trochę oswoją się z ciemnością.

Nieunikniona pauza

Z odpowiedzią na pytania osoby cierpiącej dojmująco i głęboko nie należy się spieszyć. Pytanie „Czemu?!” musi wybrzmieć. Najwłaściwszą reakcją na takie pytanie w ustach bliźniego wydaje się proste bycie tuż obok i płacz dzielony z płaczącym, obecność i empatia, lub może tylko trwanie z poczuciem niemożności pełnego wejścia w doświadczenie cierpiącego brata lub siostry. Absolutne współ-

¹ W teologii fundamentalnej pośród filozoficznych przyczyn ateizmu wymienia się (obok wspomnianego skandalu zła i problemu niezawinionego cierpienia) także „negację bytu transcendentnego, ograniczenie zasięgu poznania do świata zjawisk, negację istnienia prawdy obiektywnej”, a także nieadekwatne koncepcje Absolutu. Zob. *Teologia fundamentalna*, t. 1: *Człowiek – filozofia – Bóg*, red. T. Dziadek, A. Napiórkowski, Ł. Kamykowski, Wyd. Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2004, s. 49.

odczuwanie z takim człowiekiem jest, jak pokazuje Ewangelia, udziałem samego Boga w Jego żywym Słowie (por. J 1, 1), które nie tłumacząc krzyża, wzięło go na siebie, a następnie na nim zawisło. Wierzimy, że każdemu ludzkiemu cierpieniu towarzyszy zarówno milczenie Ojca przeszyte synowskim krzykiem i pełne niewyobrażalnego rezonansu (od którego rwie się zasłona sanktuarium, niczym rozdzielana na znak żałoby szata – por. Mk 15, 38), jak i wołanie Syna z ciemności przeobrażenia, z głębi pękającego serca, a także bezgraniczna solidarność Ducha, którego „niewymowne westchnienie” (por. Rz 8, 26) wibruje w słowach Ukrzyżowanego oraz w łonie przyjmującej je i udzielającej się wołającemu Ciszy. Dlatego tylko Bóg daje odpowiedź, którą jest Obecność na dnie beznadziei, Słowo nie do wypowiedzenia i Tchnienie głębsze niż śmierć. My możemy jedynie stać obok, jak *Mater Dolorosa*, czując zagłębiające się w duszy ostrze, klingę poznania...

Dopiero pozwoiliwszy się naprawdę zranić oglądanym lub przeżywanym cierpieniem, możemy spróbować świadczyć o ukrzyżowanym Sensie, podpowiedzieć kąt patrzenia umożliwiający dostrzeżenie Światła w jądrze ciemności. Zgodnie z prologiem Czwartej Ewangelii to Chrystus jest Logosem (tzn. Słowem lub Sensem właśnie) i Światłością, która „w ciemności świeci i ciemność jej nie ogarnęła” (J 1, 5). Krzyk Jezusa: „czemuś Mnie opuścił?” (Mk 15, 34), wyraża stan pograżenia w mroku absolutnej samotności i w tym sensie „zstąpienia do piekieł” (w samotność, gdzie nie sięga Miłość)², natomiast rozbrzmiewające niedługo po nim wołanie: „w Twoje ręce powierzam ducha Mego” (Łk 23, 46) świadczy o tym, co w istocie pozwoliło przetrwać Mękę: o obecności Boga w Jego własnej nieobecności, o Rękach, które i tak trzymają pozbawionego oparcia i punktów zaczepienia, zapadającego się w zatracenie. Przy tym zapadający się w ludzką rozpacz, czyniący ją swoją, Bóg-Syn przeżywa pragnienie (por. J 19, 28), które być może da się symbolicznie zinterpretować jako udział w naszym bolesnym pragnieniu światła sensu w trudnym doświadczeniu. Przychodzi w tym kontekście na myśl wołanie Psalmisty: „dusza moja Boga pragnie”, rozbrzmiewające w sytuacji pozwalającej szydercom pytać: „gdzie jest twój Bóg?” (Ps 42, 3–4). Ludzkie pragnienie sensu w chwilach niezrozumiałych doświadczeń okazywałoby się w takiej perspektywie obrazem i podobieństwem tęsknoty ukrzyżowanego Syna za Ojcem – na zasadzie *mutatis mutandis* podobnej, jak w przypadku głoszonego przez św. Ireneusza odwołania do natury biblijnego Adama człowieczeństwa Chrystusa (por. 1 Kor 15, 45), chronologicznie późniejszego, lecz „przewidzianego przed stworzeniem świata” (1 P 1, 20). Na pytanie udręczonego człowieka: „Gdzie jest Bóg, kiedy cierpię?”, wypadałoby zatem (koniecznie po długim, empatycznym milczeniu!) ostrożnie odpowiedzieć: „W twoim pytaniu i twoim bólu”. Zgadzałoby się to z poetyckim przecuciem medytującego „słowo Krzyża” (por. 1 Kor 1, 18) Bolesława Leśmiana:

² Zob. J. Ratzinger, *Wprowadzenie w chrześcijaństwo*, tłum. A. Ziernicki, Wyd. Znak, Kraków 1994, s. 291–295.

*Boże, pełen w niebie chwały,
A na krzyżu – pomarniały –
(...)
Mów, co czynisz w tej godzinie,
Kiedy dusza moja ginie?
Czy łzę ronisz potajemną,
Czy też giniesz razem ze mną?*

Bóg w sytuacji mojego cierpienia zarówno roni łzę w ukryciu Ojca (por. Mt 6, 8), jak i ginie ze mną w Chrystusowej „agonii aż do skończenia świata” (B. Pascal). Chrystus bowiem pozostaje ukryty w każdej ludzkiej otchłani, jest z nami na jej dnie (por. Ps 139, 8). W najbardziej pozbawionym wytłumaczenia cierpieniu, w doświadczeniu wyszydzenia i uśmiercenia sensu życia, pozostaje obecny sam Sens nad sensami (Logos), także wyszydzony i zabity. Nie jest to nazbyt zgrabne rozwiązanie problemu spekulatywnej teodycei, ale na głębszym, egzystencjalnym poziomie „teodycei mistycznej” taka odpowiedź wiary przypomina uchwyceńie podanej w ciemnościach ręki: „Chociażbym przechodził przez ciemną dolinę, zła się nie ulęknę, bo Ty jesteś ze mną” (Ps 23, 4).

Jasne tło ciemności

Tajemnicą, o której nie wolno mówić zbyt prędko i łatwo, jest więc spotkanie z Sensem na dnie skandalu zła, które samo w sobie pozostaje absurdem. Cierpienie nie uszlachetnia i nie Bóg jest jego autorem³ – w męce Chrystusa *non mors, sed amor morientis placuit Deo* (św. Bernard z Clairvaux), a nas udoskonala nie fakt cierpienia, lecz zwycięstwo odniesione w imię Ukrzyżowanego nad jego druzgoczącą mocą. Doświadczenie mroków absurdu w zderzeniu z nieszczęściem paradoksalnie stanowi jednak świadectwo o Logosie, przeblysłk Jego blasku „świecącego w ciemności” (J 1, 5). O wspomnianym Sensie świadczy zarówno odczuwane pragnienie, jak i przeżywany ból. Jeden z modlitewnych kanonów ekumenicznej Wspólnoty z Taizé wyraża w języku św. Jana od Krzyża doznanie swoistego oświecenia duszy przez tęsknotę, pełniącą rolę lampy na drodze wiary, która prowadzi w nieznane (por. Hbr 11, 8) i poprzez nieznane:

*De noche iremos, de noche
Que para encontrar la fuente,
Solo la sed nos alumbra,*

³ Zob. rozwinięcie tej myśli w: M. Kita, *Słabość Wszechmocnego. Medytacja teologiczna*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2009, s. 25–26.

*Solo la sed nos alumbra.
(Przez noc idziemy, przez noc,
By w końcu odnaleźć źródło,
Świeci nam tylko pragnienie,
Świeci nam tylko pragnienie)*

Pragnienie rzuca światło na niewidoczny cel, tęsknota uczy o swym przedmiocie i dowodzi już istniejącej relacji. Wewnętrzne doświadczenie przeżywającej swoją „noc wiary” błogosławionej Teresy z Kalkuty (dla której Jezusowe „Pragnę” stało się mottem duchowości osobistej oraz wskazówką wyznaczającą duchowość założonej przez nią wspólnoty), przy całym swym bolesnym charakterze, stanowiło w gruncie rzeczy wyraz głębokiej więzi z Tym, z którym utraciła świadomy kontakt:

Tego rodzaju tęsknota jest możliwa jedynie dzięki ukrytej obecności samego Boga. Nie możemy tęsknić za czymś, co nie jest nam dogłębnie bliskie. Pragnienie to coś więcej niż brak wody. Nie doświadcza ją go kamienie, lecz tylko żywe istoty, których życie zależy od wody. Kto wie więcej na temat żywej wody: ten, kto bez namysłu codziennie odkręca kurek z wodą, czy poszukujący źródła podróżnik, umęczony pragnieniem na pustyni?⁴

Powyższa konstatacja współbrzmi ze słowami zanotowanymi przez Pascala, jako owoc intymnego dialogu z Chrystusem: „Nie szukałbyś mnie, gdybyś już mnie nie znalazł. (...) Nie szukałbyś mnie, gdybyś mnie już nie posiadał”⁵. Tęsknota za sensem życia świadczy, że nie jest on nam obcy – że posiadamy jego, choćby subtelna, intuicję; pragnienie Boga pokazuje, że jesteśmy Jego a On jest nasz (por. Pnp 6, 3). Co więcej, nawet zaprzeczające Boskiemu sensowi rzeczywistości doświadczenia szalejącego w świecie zła przynoszą człowiekowi właśnie swoiste objawienie tegoż sensu. Jego przebłyśkiem okazuje się mianowicie sam szok przeżywany w obliczu absurdu, wewnętrzny sprzeciw ludzkiego ducha oraz jego bunt, owo dramatyczne „Dlaczego?”. Tę wnikliwą obserwację zawarł w swoim (spisanym notabene w okresie przewrotu bolszewickiego) traktacie *Sens życia* rosyjski myśliciel religijny, Jewgienij Trubieckoj. Analizując fenomen panującej w przyrodzie i udzielającej się także człowiekowi logiki nieustannej walki o byt i wzajemnego pożerania się żywych istot, które i tak czeka nieuchronna śmierć, Trubieckoj stwierdzał nie tylko dojmujący bezsens takiej egzystencji, ale także niemożność uznania jej za bezsensowną bez posiadania punktu odniesienia w postaci idealnego kryterium.

⁴ J. Neuner, *Mother Theresa's Charism*, „Review for Religious” 2001, nr 5, s. 484–485 (cyt. za: *Matka Teresa: „Pójdź, bądź moim światłem”*. Prywatne pisma „Świętej z Kalkuty”, oprac. i komentarz B. Kolodziejchuk, tłum. M. Romanek, Wyd. Znak, Kraków 2010, s. 207).

⁵ *Myśli*, 555, tłum. T. Żeleński (Boy).

„Świat jest absurdalny, *ale ja jestem tego świadom* i o tyle moja świadomość jest od owego absurdu wolna (...) Żeby być świadomym marności, trzeba dysponować jakimś *punktem oparcia poza nią*”⁶.

Zbulwersowanie złem i zdegustowanie absurdem dowodzą zasadniczej obcości naszej jaźni względem odpychających zjawisk (których zresztą doświadczamy też w sobie) oraz ujawniają nasze spontaniczne oczekiwanie apriorycznie zakładanego dobra i logiczności. Nasza świadomość orientuje się według postrzeganego przez intelekt światła obiektywnej Prawdy-Sensu, konstatował Rosjanin w duchu „aletologicznego” argumentu świętego Augustyna. Skoro zaś umysł postrzega intuicyjnie obiektywną „powszechnie znaczącą treść myślową”, to znaczy, że należy uznać istnienie nadrzędnego, absolutnego Umysłu, od którego owa treść pochodzi. Również nasza wrażliwość moralna wyraża intymne wycucie przez sumienie obiektywnego wzorca Prawości, a więc rozpoznanie sądu absolutnego Arbitra. Tak więc zło mimo wszystko świadczy o dobru, jego skandal jako taki kładzie się cieniem na jasne tło wypełniającej ziemię chwały (por. Iz 6, 3), daje się w gruncie rzeczy dostrzec właśnie w horyzoncie wspaniałości Logosu dyskretnie opromieniającego świat i „oświecającego każdego człowieka” (por. J 1, 9).

Nieco podobne, lecz sięgające jeszcze dalej intuicje wypowiada w języku „teologii narracyjnej” C.S. Lewis na kartach powieści *Ta ohydna siła*. Jeden z jej bohaterów, bezrefleksyjny ateista, zostaje poddany próbie satanistycznej inicjacji, podczas której nagle odkrywa, że perwersyjne obrazy, jakimi jest epatowany, budzą w nim świadomość niewątpliwego istnienia „normalności”, czegoś „prostego i miłego”. Następnie, nakłaniany do profanacji krucyfiksu, spostrzega z zaskoczeniem, że choć wyobrażenie Pasji trudno uznać za symbol zdrowej normalności, to jednak okazuje się ono wizją „tego, co się stanie, gdy Uczciwość napotka Fałsz”. Mimo braku wiary w chrześcijańskie Objawienie uznaje, że woli być po stronie Ukrzyżowanego niż całego „wszechświata, który jest wielkim oszustwem”⁷.

Paradoks „trzeciego dnia”

Oczywiście ani poświęciata apriorycznej intuicji sensu, ani światło, jakie rzuca na nasze dramaty Miłość wisząca na krzyżu, nie rozprasza jeszcze do końca mroku „ciemnej doliny”. Właściwe źródło bijącego z krzyża blasku stanowi zmartwychwstanie, to w nim (będącym odpowiedzią Ojca na wołanie z dna męki) Jezusowe rany „jasnieją chwałą” – jak głosi liturgia Wigilii Paschalnej. Dopiero w rozbłyску „zwycięstwa pochłaniającego śmierć” (por. 1 Kor 15, 54) dostrzegamy wywołany negatyw tej ostatniej, sama śmierć umiera i pozostaje jedynie *amor morientis*, przemienio-

⁶ J.N. Trubieckoj, *Smysł żywni*, Wyd. „Riespublika”, Moskwa 1994, s. 33.

⁷ Zob. C.S. Lewis, *Ta ohydna siła*, tłum. A. Polkowski, Wyd. M, Kraków 1993, s. 208–209, 239–241.

ny w *amor viventis in aeternum*. To doświadczenie Zmartwychwstałego antycypują już w pewnym stopniu ci, którzy we własnych mniejszych i większych dramatach spotkali i poznali Boskie Słowo o ludzkim życiu i śmierci. Istnieją przecież wierzący, których nieszczęście nie zdołało złamać. Odpowiedź na pytanie postawione przez Leśmiana została przez nich nie tyle usłyszana, ile raczej właśnie przeżyta razem z Jezusem – w związku z czym uczniowie i przyjaciele Baranka Bożego, podobnie jak ich Mistrz, niewiele wyjaśniają, promieniując w zamian pokojem odnalezionej „po udrękach duszy” światła (por. Iz 53, 11). Tym pokojem, *eirene* (J 20, 19) zmartwychwstały Jezus dzieli się z apostołami już przy pierwszym spotkaniu.

Światło wielkanocnego poranka nie jest jednak jeszcze „blaskiem południa”, spotkania ze Zmartwychwstałym dokonują się w dyskrecji, radość z cudów i znaków Bożej mocy przenika się z udręką prześladowań, wyrywających z dusz męczenników okrzyk: „jak długo jeszcze?” (Ap 6, 10). Także w naszym powszednim niesieniu krzyża i „obumieraniu” (por. Mt 16, 24; J 12, 24) – jakkolwiek doświadczamy, że Bóg po momentach mroku „przywraca życie i dnia trzeciego nas dźwiga” (por. Oz 6, 2), to przecież wciąż nie jest to TEN ostateczny dzień, kiedy „śmierci już nie będzie, ani żałoby ni krzyku, ni trudu” (Ap 21, 4). Bywa, że mimo doznania autentycznego dotknięcia łaską uzdrowienia i przemiany, pozostaje w nas jakiś „oścień” (por. 2 Kor 12, 7), bolesny cień z zarośli, z których zostaliśmy już wypłatan. Chodzenie „w świetle Bożego oblicza” (por. Ps 89, 16) pozostaje wciąż kroczeniem naprzód „według wiary, a nie dzięki widzeniu” (2 Kor 5, 7), ciągle trwa Drugi Adwent i porywy tęsknoty każą wołać *Maranatha!* (1 Kor 16, 22).

Nie możemy zmieniać nauki Krzyża w doktrynę typu stoickiego albo w kuszący niektórych ascetów doloryzm, czy choćby tylko urywać swą lekturę Ewangelii na wielkopiątkowym „Wykonało się” (J 19, 30). Krzyż i zmartwychwstanie to dwa aspekty Paschy, czyli przejścia Chrystusa i tych, którzy są Jego (*christianoï*), z krainy śmierci do królestwa życia, z domu niewoli do domu Ojca. Ochrzczeni, a więc zanurzeni w łasce tego Przejścia – w obecności i mocy żywego Ducha, który prowadził Jezusa przez Jego Paschę i został przez Niego dany ludziom jako jej owoc – doświadczamy obu aspektów, codziennie nie tylko „nosimy (...) w ciele naszym konanie Jezusa” (2 Kor 4, 10), lecz także przeżywamy mistycznie nasze zmartwychwstanie razem z Nim (por. Kol 2, 12; 3, 1). Choć mistyczny charakter wspomnianego przeżywania nie oznacza koniecznie doznań wyraźnie „paranormalnych”, to jednak „misterium wiary” (*mysterium fidei*) pozwala (a nawet każe) spodziewać się dotknięć łaski, rzeczywistej przemiany życia, duchowych pocieszeń (o których tyle ważnych rzeczy powiedział św. Ignacy Loyola), a w końcu również ewentualnych znaków zapowiedzianych w Ewangelii (zob. Mk 16, 20). Brak triumfalizmu to nie rezygnacja z głoszenia Boga żywego, bliskiego i aktywnego, kochającego i mocnego! Także oczekiwanie przyjścia Chrystusa w chwale nie jest myśleniem o Kimś oddalonym – radość apostołów po Wniebowstąpieniu (zob. Łk 24, 52) wynika z przyswojenia nauki, zanotowanej przez Mateusza: „Jestem z wami przez wszystkie dni...” (Mt 28, 20).

Tak czy inaczej, paradoks dokonanej i wciąż dokonującej się Paschy sprawia, że – jak można było zauważyć – również dla pijących już „wodę żywą”, raz na zawsze gaszącą duchowe pragnienie (por. J 4, 14), to ostatnie pozostaje, na innym poziomie, światłem nocnej wędrówki *sin luna* (by znów przywołać metaforę Jana od Krzyża). Jeśli u ludzi doświadczających zagubienia i braku sensu ból ich frustracji okazuje się głosem tęsknoty za przeczuwaną (i przez to nieświadomie znaną) Miłością, to pragnienie wierzących, którym obiecano, że „nigdy pragnąć nie będą” (zob. J 6, 35) jest pełną szczęścia tęsknotą za „Ukochanym duszy” (por. Pnp 3, 1), z którym świadomie budują relację. Szczęśliwe zakochanie zaspokaja jedną tęsknotę, ofiarując w zamian inną, będącą pragnieniem głębokiej harmonii z najbliższą osobą. Towarzyszące oczyszczającemu miłość poszukiwaniu tej harmonii cierpienie duszy (owej błakającej się po ogrodach, ulicach i placach Oblubienicy z Pieśni nad Pieśniami) ustanie po mistycznych zaślubinach, dopełnionych ostatecznie w niebiańskim Jeruzalem (por. Ap 21, 2–3), a jednak w tradycji Kościoła istnieje przypuszczenie, że nawet w pełnym świetle eschatologicznego dnia pragnienie Boga nie zgaśnie. Kres tęsknoty w zjednoczeniu nie oznacza końca apetytu na miłosne poznanie, uważał święty Grzegorz z Nyssy, wskazując, że źródłem sycącej na wieczność wody pozostają usta Boskiego Oblubieńca, a pijąca z nich dusza-oblubienica nigdy nie ma dosyć pieśniedzi Jego pocałunków⁸. Innymi słowy, eschatologicznemu zaspokojeniu nie zagraża przesyta, niebo nie zna nudy, a „wieczny odpoczynek” nie jest letargiem, tylko ekstazą miłości, która „nigdy nie ustaje” (1 Kor 13, 8).

⁸ *Homilia I do Pieśni nad pieśniami*, zob. Gregorio di Nissa, *Omellie sul Cantico dei Cantici*, tłum. i oprac. C. Moreschini, Wyd. Città Nuova, Roma 1996, s. 55.

Stanisław Żołądek

Pacjent jako osoba – moralne podłoże relacji lekarz–pacjent

Wprowadzenie

Prawidłowa relacja lekarz–pacjent jest podstawą każdego procesu terapeutycznego czy diagnostycznego. Wzajemne zrozumienie pomoże uniknąć nieporozumień, które mogą zakłócić przebieg podjętych działań lekarskich. Tym, jak kształtować te relacje, zajmuje się psychologia i socjologia medycyny. Niemniej jednak bardzo istotne jest moralne podłoże tej relacji, wynikające z zasad etyki lekarskiej, prawa, jak i faktu, że pacjent jest osobą.

Wnikliwe przyjrzenie się moralnym aspektom relacji lekarz–pacjent wymaga bardzo dokładnych analiz, obszernej wiedzy z zakresu tak etyki lekarskiej oraz wspomnianej socjologii i psychologii, jak i samej wiedzy medycznej oraz – co chyba najważniejsze – doświadczenia. Dlatego w tej pracy chcę dać ogólny ogłęd na sprawę, nie zagłębiając się zbyt w szczegóły czy też filozoficzne spory na temat definicji podstawowych pojęć.

Pojęcia i ich implikacje

Chciałbym przytoczyć kilka podstawowych pojęć związanych z omawianym tematem.

1. PACJENT

Pacjent według *Słownika współczesnego języka polskiego* to „człowiek chory korzystający z pomocy medycznej, leczący się u jakiegoś lekarza”¹. *Słownik wyrazów obcych* PWN wskazuje, że słowo pochodzi od łacińskiego *patiens* [cierpiący] oraz podaje definicję, że jest to „chory zgłaszający się po poradę do lekarza lub pozostający pod jego opieką”².

¹ *Słownik współczesnego języka polskiego*, Wilga, Warszawa 1996, s. 709.

² *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1980, s. 540.

Nie każdy chory jest więc pacjentem. Aby stać się pacjentem, chory (albo ktoś, kto sprawuje nad nim opiekę) musi wyrazić taką wolę i zgłosić się do lekarza w celu zlikwidowania lub minimalizacji swojego cierpienia.

2. LEKARZ

Lekarz według *Słownika współczesnego języka polskiego* to „osoba, która zajmuje się zawodowo leczeniem, posiadająca odpowiednie kwalifikacje; specjalista w zakresie medycyny; medyk; doktor”³.

Ta definicja wydaje się najpełniejsza, ponieważ podkreśla, że lekarz musi mieć odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu. Istotne jest to, że nie powinno to oznaczać jedynie kwalifikacji merytorycznych, ale również kwalifikacje psychiczne i moralne. O ile kwalifikacje merytoryczne łatwo jest poddać weryfikacji, o tyle problemem staje się ocena kwalifikacji psychicznych i moralnych. Pozostaje to nadal dużym dylematem przy rekrutacji na studia medyczne, jak i nadawaniu prawa do wykonywania zawodu.

3. OSOBA

Definicja **osoby** niemalże od początku istnienia filozofii zajmowała myślicieli. Najpierw była tożsama z pojęciem „człowiek” (które również sprawia problemy definicyjne). W czasach nam bliższych wielu myślicieli oddzieliło jednak te dwa pojęcia. Można ograniczyć się do podania definicji słownikowej, co byłoby znacznym uproszczeniem. Można też odwołać się do myśli Renouviera, Mouniera czy też ogólnie pojętego personalizmu chrześcijańskiego, co z kolei byłoby tematem na odrębną pracę.

Aby zwięźle przedstawić pojęcie osoby, unikając jednocześnie zbytniego uproszczenia, podam kilka definicji słownikowych oraz myśli wybranych filozofów:

1. *Słownik współczesnego języka polskiego* mówi, że osoba to po prostu „jednostka ludzka; człowiek”⁴;
2. *Słownik filozofii* pod redakcją Adama Aduszkiewicza: „osoba, pierwotnie «maska», rola aktorska; dzisiaj człowiek jako taki, tj. jako rozumne, świadome samego siebie («ja»), wolne, moralnie odpowiedzialne indywiduum”⁵;
3. W *Oksfordzkim słowniku filozoficznym* znajdziemy natomiast najbardziej charakterystyczne cechy osoby. Są to: „racjonalność posługiwanie się językiem samoświadomość, sprawstwo lub panowanie nad własnym postępowaniem, wartość moralna albo tytuł do cieszenia się szacunkiem”⁶;
4. Locke uważa, że termin „osoba” przysługuje „jedynie istotom rozumnym, zdolnym działać i podlegać prawu oraz doznawać szczęścia i nieszczęścia”⁷;

³ *Słownik współczesnego języka polskiego*, dz. cyt., s. 459.

⁴ Tamże, s. 697.

⁵ *Słownik filozofii*, red. A. Aduszkiewicz, Świat Książki, Warszawa 2004, s. 375.

⁶ S. Blackburn, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, Książka i Wiedza, Warszawa 2004, s. 272.

⁷ Tamże.

5. Mounier podkreśla to, że osoba pozostaje w relacji z innymi osobami („Być – znaczy kochać”)⁸;
6. Etyka chrześcijańska (katolicka) zakłada, że osobą jest każdy człowiek od poczęcia⁹.

Przyjmując definicję chrześcijańską, zakładamy, że każdy pacjent (człowiek chory) jest osobą. Ale idąc już tropem Locke’a, uznamy, że nie każdy pacjent nią będzie.

4. GODNOŚĆ

Godność jest terminem, który zwykle nasuwa się od razu po usłyszeniu pojęcia „osoba” („godność osoby ludzkiej”). Wydaje nam się, że intuicyjnie rozumiemy to pojęcie i używamy go nagminnie, ale – kiedy przychodzi nam je zdefiniować – nie potrafimy tego zrobić.

Odnoszę wrażenie, że dziś jest to pojęcie nadużywane, do którego „wrzucamy” to, co aktualnie jest nam potrzebne.

Przykład: lekarz usunął kobiecie ciążę – był to zamach na godność tej kobiety jako matki; lekarz nie usunął ciąży – był to zamach na godność tej kobiety, jeśli przez godność rozumiemy prawo do samostanowienia.

Bardzo często godność jest też pustym frazesem, co często widać w wypowiedziach duchownych i osób związanych z Kościołem. Przytoczę tu wypowiedź Karola Wojtyły: „[dar pobożności Ducha Świętego to w istocie] dar czci należnej każdemu stworzeniu ze względu na Boga. Obyśmy za pomocą tego daru umieli zrealizować w świecie współczesnym podstawowe dobro życia zbiorowego oraz indywidualnego: godność osoby”¹⁰.

Dlatego też staram się nie używać pojęcia „godność”, zastępując je bardziej konkretnymi sformułowaniami jak „empatia”, „prawo do samostanowienia”, itp. Dlatego również i w tej pracy postaram się nie korzystać z tego pojęcia.

5. MORALNOŚĆ

Wielu filozofów rozróżnia „moralność” od „etyki” (moralność opiera się na pojęciu „obowiązku”). Biorąc jednak pod uwagę, że etyka lekarska jest często zamiennie stosowana z pojęciem „deontologia”, która jest „zbiorem zasad etycznych regulujących obowiązki w pewnej szczególnej dziedzinie działalności”, nie będę wprowadzał tutaj tego rozróżnienia¹¹.

O tym, co dla nas jest moralne, a co nie, decyduje system wartości i pojęć, jaki przyjemy lub zakres stosowania zasad moralnych *prima facie*.

⁸ T. Płużański, *Mounier*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1967.

⁹ Katechizm Kościoła Katolickiego, Pallotinum, Poznań 1994, 2270, 2274 oraz 1702, 1711, 1892.

¹⁰ K. Wojtyła, *Człowiek jest osobą*, „Personalizm” 2001, nr 1, s. 64.

¹¹ S. Blackburn, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, dz. cyt., s. 81, 113, 114, 244.

Stanowisko „cztery zasady plus zakres”, którego podstawą są zasady *prima facie*, czyli: poszanowania autonomii, czynienia dobra, nieszkodzenia i sprawiedliwości oraz ocena zakresu ich stosowania, jest postulowanym przez wielu etyków „neutralnym sposobem myślenia o problemach moralnych opieki medycznej”. Istotą tego stanowiska jest to, że jeśli pewna zasada wchodzi w konflikt z inną zasadą moralną, musimy wybrać jedną z nich. Nie daje jednak odpowiedzi, którą opcję wybrać, a jedynie pozwala określić „powszechnie akceptowane zobowiązania moralne, wspólny język etyki i powszechnie uznawany zbiór problemów moralnych, które zawsze powinniśmy rozważyć, zanim dojdziemy do własnego rozwiązania”¹².

6. IMPLIKACJE

Na podstawie wyżej wymienionych pojęć wyłania nam się taka oto sytuacja: pacjent to osoba, która przychodzi do lekarza z własnej woli (lub jest przyprowadzona przez opiekuna), aby polepszyć swój stan zdrowia (czynienie dobra), oczekując od lekarza kompetencji (nieszkodzenie) i sprawiedliwego traktowania z poszanowaniem jego autonomii.

Jest to ogólny obraz moralnych aspektów relacji lekarz–pacjent. Jej szczegóły zależą od przyjętego zakresu stosowania zasad *prima facie*, o czym postaram się powiedzieć, opisując ich zastosowanie w tejże relacji.

Relacja lekarz–pacjent w perspektywie stanowiska „cztery zasady plus zakres”

1. POSZANOWANIE AUTONOMII

Dawniej w relacji lekarz–pacjent dominował paternalizm. Było to ograniczenie autonomii pacjenta dla jego dobra. Co powiedział lekarz, pod którego opieką był człowiek, było święte. Ślady paternalizmu możemy odnaleźć w myślach wielu lekarzy, do dziś pozostających pewnymi autorytetami, np. u Biegańskiego (zasada miłosierdzia – lekarz miłosierny, pacjent wdzięczny)¹³.

Dziś jednak kierujemy się ku partnerstwie, w którym to nie tylko lekarz ma wpływ na kształtowanie się procesu leczniczego/diagnostycznego, ale część odpowiedzialności przechodzi również na pacjenta, który współuczestniczy w podejmowaniu decyzji. Lekarz coraz częściej jest sprowadzony do roli doradcy.

1.1. Informacja i mówienie prawdy

Aby decyzje pacjenta były w pełni autonomiczne, musi mieć on dostęp do informacji. Należy udzielić mu – niezbędnych według nas i możliwie najpełniejszych

¹² R. Gillon, *Etyka lekarska – cztery zasady plus zakres*, [w:] *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz, A. Szczesna, Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi, Łódź 2001, s. 21, 22.

¹³ W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, Wydawnictwo Marek Derewiecki, Kęty 2007, s. 181.

– informacji o jego stanie zdrowia, proponowanej metodzie leczenia oraz alternatywnych możliwościach, aby pozwolić na w pełni świadomą i przemyślaną decyzję.

Nie należy przekazywać przesadnie dużo informacji, chyba że pacjent o nie zapyta.

Kłamstwo jest dopuszczalne jedynie wtedy, kiedy ma ono na celu dobro pacjenta (np. informacja o celu badania mogłaby zafałszować jego wyniki) oraz w innych sytuacjach, w których uznamy, że zasada nieszkodzenia ma pierwszeństwo przed zasadą autonomii lub też pacjent sam wyrazi taką wolę.

1.2. Świadoma zgoda

Mamy obowiązek pomagać pacjentowi tylko wtedy, kiedy wyrazi na to zgodę. Czasem się zdarza, że pacjent nie życzy sobie, aby jakieś działanie zostało w stosunku do niego podjęte.

Problem pojawia się, kiedy zadamy pytanie, kto może podjąć świadomą decyzję. Czy dziecko jest na tyle rozwinięte, aby świadomie wziąć za siebie odpowiedzialność? Czy w tym wypadku nie powinniśmy przejmować się zdaniem dziecka, a jedynie jego prawnych opiekunów? A co jeśli zdanie opiekunów diametralnie różni się od zdania dziecka albo wręcz mu szkodzi? Co z kolei z osobami upośledzonymi lub nieprzytomnymi?

Trochę pomocy udziela nam prawo, które wymaga, aby nieletni powyżej 16. roku życia, obok opiekunów, również wyraził zgodę na działanie lekarskie. Praktyka jednak – co uważam za dobre – pokazuje, że lekarze na ogół pytają o zgodę również młodsze dzieci. Natomiast jeśli decyzja opiekunów może zagrażać dziecku albo nie jest możliwa do uzyskania, z pomocą przychodzi sąd opiekuńczy. Podobnie rzecz się ma z upośledzonymi.

W stosunku do osób nieprzytomnych lekarze najczęściej stosują niezbędne zabiegi do czasu odzyskania przez nich świadomości, co wydaje się słuszną metodą.

Zasada świadomej zgody zakłada, że pacjent ma prawo odmówić leczenia, nawet jeśli oznaczałoby to jego śmierć. Dopuszcza więc ona eutanazję bierną.

Ale nie tylko ten fakt powoduje, że zasada ta ma wielu krytyków. Dunn daje jako przykład poród, podczas którego sytuacja zmienia się dynamicznie i nie ma mowy o zgodzie pacjentki na każde działanie, poprzedzone pełną informacją¹⁴. A co z operacjami? Na przykład jeśli podczas operacji wyrostka zauważymy kamicę pęcherzyka żółciowego i usuniemy go również, aby nie narażać pacjenta na dodatkową operację? Czy w tym wypadku zasada nieszkodzenia ma pierwszeństwo przed zasadą autonomii?

Bezwarunkowo od zasady świadomej zgody powinniśmy odejść, jeśli stwierdzimy, że chory nie panuje nad sobą i nie jest w pełni władz umysłowych. Może to dotyczyć osób pijanych bądź niedoświadczonych samobójców, którzy nie chcą, by ich ratować¹⁵.

¹⁴ H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarów i pacjentów*, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej BIBLOS, Tarnów 1997, s. 59.

¹⁵ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 97.

1.3. Dotrzymywanie przyrzeczeń

Kierowanie własnym życiem zależy od tego, czy ludzie nas otaczający dotrzymują przyrzeczeń. Niemożliwe byłoby poczucie bezpieczeństwa i panowania nad własnym życiem, gdybyśmy nie wiedzieli, czego się spodziewać po otoczeniu. W dużej mierze dotyczy to zawodu lekarza. Jeśli obiecamy świadkowi Jehowy, że podczas zabiegu nie przetoczmy mu krwi, powinniśmy dotrzymać tej obietnicy (a nie, jak to ma miejsce w wielu przypadkach, przetoczyć krew i zobowiązać personel do zachowania tajemnicy).

Zasada ta wymaga od nas również tak prozaicznych rzeczy, jak niespóźnianie się na umówioną wizytę.

1.4. Tajemnica lekarska

Z zasadą dotrzymywania przyrzeczeń wiąże się kwestia tajemnicy lekarskiej. Aby pacjent mógł nam zaufać, musi być przekonany, że to, co nam powierzy, nie zostanie rozpowszechnione.

Tajemnica lekarska obejmuje wszystko, czego lekarz dowiedział się podczas swoich czynności zawodowych. Obowiązuje ona również po śmierci pacjenta.

Oczywiście są od niej odstępstwa. Najczęściej jest to zgoda pacjenta na informowanie kogoś bliskiego o stanie jego zdrowia.

Innym przypadkiem, kiedy musimy odejść od tajemnicy zawodowej jest sytuacja, kiedy jej zachowanie może zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta lub innych osób. Taką sytuacją może być widok osoby, u której zdiagnozowaliśmy padaczkę typu „petit mal”, co dyskwalifikuje ją jako kierowcę, jeśli zamierza prowadzić samochód pełen pasażerów.

Trzecim przypadkiem możliwości – a nawet obowiązku – złamania tajemnicy są zobowiązania wynikające z przepisów prawnych (np. pacjent skierowany na badanie przez sąd).

Odrębną sprawą są konsultacje między lekarzami, diagnostami oraz cele dydaktyczne (studenci uczelni medycznych), ponieważ takie sytuacje jedynie powiększają grono, których tajemnica dotyczy.

1.5. Tolerancja

Bardzo często zapomina się o tak ważnej rzeczy w relacji lekarz–pacjent, jaką jest tolerancja. W szczególności chodzi tu o pewne postawy czy przekonania, które doprowadziły do utraty zdrowia. Do każdego powinniśmy podchodzić tak samo: czy to chora na AIDS pielęgniarka, zakażona podczas wykonywania swojej pracy, czy chory na AIDS homoseksualista, prowadzący rozwiązły tryb życia. Nie do nas należy moralna ocena pacjenta.

1.6. Autonomia lekarza

Wygląd relacji lekarz–pacjent zależy głównie od lekarza, ponieważ to on jest profesjonalistą. Toteż nie dziwi, że większość wytycznych (jeśli nie wszystkie) dotyczy osoby lekarza. To, co powinien pacjent, jest pomijane.

Należy jednak podkreślić, że lekarz również ma pewną autonomię. Nie musi ulegać presji pacjenta. Nie ma obowiązku leczyć pacjenta, który mu ubliża i z nim nie współpracuje. Może również odmówić wykonania jakiegoś zabiegu ze względu na swoje przekonania. Wszystko to jest jednak możliwe jedynie, jeśli wskaże on innego lekarza, który podejmie się leczenia tego pacjenta lub wykonania zabiegu (tak, jak ma to miejsce przy odmowie aborcji).

2. CZYNIENIE DOBRA I NIESZKODZENIE

Dla kształtowania odpowiedniej relacji lekarz–pacjent istotne jest, aby lekarz dowiedział się, co dla danego pacjenta jest dobrem, a co szkodą. Dla jednej kobiety mastektomia może być po prostu zabiegiem ratującym życie, dla innej może być to trauma nie do przejścia. Lekarza powinna cechować empatia i współczucie.

Ważne jest również umiejętne przekazywanie informacji. Należy zastanowić się, czy pod zasadę nieszkodzenia podepnijemy sytuację, kiedy nie powiemy żonaciemu ojcu trójki dzieci, że jest bezpłodny od urodzenia. Czy jednak w tej sytuacji wygra zasada autonomii i mówienia prawdy? Czy postąpimy dobrze, informując męża o stwierdzonej rzeźączce u jego żony?

3. SPRAWIEDLIWOŚĆ

Przez zasadę sprawiedliwości w kontaktach między lekarzem a pacjentem rozumiem przede wszystkim to, o czym już pisałem przy okazji tolerancji. Nie możemy różnicować pacjentów na „naszych” i „innych”. Każdy powinien być dla nas równy. Jedynymi przesłankami do hierarchizacji pacjentów mogą być jedynie przesłanki medyczne (więcej uwagi poświęcimy cierpiącemu choremu z nowotworem, niż komuś przeziębionemu).

Wiąże się z tym zakaz przyjmowania łapówek, które chorzy lub ich rodziny dają w nadziei, że lekarz będzie lepiej traktował darczyńcę. Zupełnie inną kwestią, która wymaga uregulowania i dyskusji, są tzw. „dowody wdzięczności”. Lekarz może je potraktować jako podziękowanie za jego pracę i przyjąć. Naraża się tym jednak na zarzut łapówkarstwa, który szkaluje całe środowisko lekarskie. Myślę, że każdy lekarz powinien sam zastanowić się, co zrobić w takiej sytuacji.

4. ZAKRES

Oczywiste jest, że zakres stosowania powyższych zasad obejmuje naszych pacjentów. Ale czy na przykład zasadę autonomii mamy stosować wobec wszystkich? Czy tylko wobec jednostek w pełni autonomicznych, pomijając dzieci, upośledzonych, ludzi z demencją?

A jeśli stwierdzimy, że zakres obejmuje wszystkich pacjentów, czyli chorych ludzi, to kto jest człowiekiem? Czy kilkutygodniowy płód też?

Jeżeli założymy twierdzenie: „Jeśli pacjent jest osobą, to należy szanować jego autonomię”, to pytanie o zakres możemy sformułować jako pytanie: „Co to jest osoba?”.

Podobnie rzecz się ma – choć w mniejszym stopniu, jeśli chodzi o relację lekarz–pacjent – z innymi zasadami *prima facie*.

Podsumowanie

Stanowisko „cztery zasady plus zakres” jest stosowane przez wielu do dyskusji o etyce w ogóle. Wydaje się jednak ono idealne do dyskusji na temat etyki zawodu lekarza. Mimo że nie daje jasnych odpowiedzi, pozwala na stworzenie wspólnego języka i wskazanie problemów.

Zasadą *prima facie*, która wydaje się najistotniejsza w kształtowaniu relacji lekarz–pacjent, jest poszanowanie autonomii i wszystko, co z niej wynika. Dzięki poszanowaniu autonomii pacjenta, unikniemy nie tylko odpowiedzialności prawnej, ale również będziemy mogli żyć w zgodzie ze swoim sumieniem. Dzieliac się odpowiedzialnością z pacjentem, przestajemy być obarczeni wieloma problemami. Poza tym z zasady poszanowania autonomii wynika tak ważna i zakorzeniona w tradycji tajemnica lekarska.

Bibliografia

- Blackburn S., *Oksfordzki słownik filozoficzny*, Książka i Wiedza, Warszawa 2004.
- Brzeziński T., *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- Dunn H.P., *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej BIBLOS, Tarnów 1997.
- Gillon R., *Etyka lekarska – cztery zasady plus zakres*, [w:] *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi, Łódź 2001.
- Katechizm Kościoła Katolickiego, Pallotinum, Poznań 1994.
- Maroszyńska-Jeżowska B., *Relacja pacjent-lekarz; refleksja normatywna*, [w:] „Sztuka Leczenia” 2004, nr 1.
- Płużański T., *Mounier*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1967.
- Ramsey P., *Pacjent jest osobą*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1977.
- Renouvier Ch.B., *Personalizm*, Oficyna Wydawnicza „CZAS”, Lublin 1999.

Słownik filozofii, red. A. Aduszkiewicz, Świat Książki, Warszawa 2004.

Słownik współczesnego języka polskiego, Wilga, Warszawa 1996.

Słownik wyrazów obcych, PWN, Warszawa 1980.

Szumowski W., *Filozofia medycyny*, Wydawnictwo Marek Derewiecki, Kęty 2007.

Wojtyła K., *Człowiek jest osobą*, „Personalizm” 2001, nr 1, s. 64.

Żołądek J., *Osoba według Renouviera*, praca dyplomowa pod kierunkiem ks. prof. dr. hab. Bogumiła Zygmunta Gacki, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Wydział Teologiczny w Radomiu, Radom 2003.

Małgorzata Szerla, Michał Kosztołowicz

Kultura i etyka nie tylko w medycynie

Wprowadzenie

W starożytnym języku łacińskim termin *cultura* odnoszono pierwotnie do czynności agrarnych (uprawiania, pielęgnowania roli). Słowa *cultura* użył Cyceyron (106–43 p.n.e.), określając filozofię jako wewnętrzny wysiłek prowadzący do przekształcenia sfery ludzkiego myślenia na sposób, w jaki ludzka praca przeobraża naturalną strukturę gleby i świata przyrody. Samuel von Pufendorf (1632–1694) odniósł pojęcie kultury do kształtowania rozumu, popędów oraz moralności. Tak rozumiane pojęcie kultury oznacza wszelką działalność człowieka ukierunkowaną na kształcenie, pielęgnowanie i doskonalenie własnego dorobku.

Całokształt materialnego i niematerialnego (intelektualnego) dorobku ludzkości, wytworzonego w ogólnym rozwoju historycznym lub w jego określonej epoce stanowi dorobek kultury. Jest nim: sztuka (literatura, malarstwo, muzyka), zwyczaje, ceremonie religijne, style bycia i pracy. Stąd używanie określeń odpowiednich dla danego dorobku kultury: antycznej, narodowej, ludowej, materialnej, duchowej.

Natomiast przez dobra kultury rozumiemy wszystkie te dobra wytworzone przez człowieka, które służą właściwemu funkcjonowaniu każdego człowieka w rodzinie, narodzie i społeczeństwie. Należą do nich dobra kultury medycznej – wiedza, technologia oraz doświadczenie (w tym kazuistyka).

Gałęzią filozofii praktycznej jest etyka, skupiająca się na badaniu wartości tkwiących w ludzkim działaniu. Od wieków filozofowie poszukiwali odpowiedzi na fundamentalne pytania: Jak żyć? Jak powinno się postępować w określonej sytuacji? Jakie zachowania sprzyjają szczęściu lub minimalizacją cierpienia? Co jest naszym obowiązkiem? Co jest dobrem, a co złem? Co jest najwyższym dobrem?

Badaniem tych zagadnień zajmuje się etyka normatywna, jak np. etyka według Sokratesa, Arystotelesa, Kanta, etyka chrześcijańska. Badaniem zachowania, podporządkowanymi kryteriom dobra i zła, zajmuje się etyka opisowa, zaliczana do dziedziny moralności. Do etyki opisowej należą takie gałęzie nauki jak: psychologia moralności (badająca ludzkie postawy, motywacje, rozwój moralny); socjologia

moralności (zajmująca się zależnościami danego typu moralności od uwarunkowań społecznych), antropologia moralności. Z kolei etyka krytyczna („metaetyka”) zajmuje się statusem teoriopoznawczym wypowiedzi etycznych (ocen, norm), a także możliwościami i sposobami ich uzasadniania oraz weryfikacji¹.

Istnieją pewne dziedziny działalności ludzkiej, w których obowiązki wymagają szczególnego uregulowania. Wyznaczanie zasad i norm zawodowych związane jest ze szczególną odpowiedzialnością osób należących do konkretnego profesjonalnego kręgu. Normy te wynikają z wykonywania szczególnych zadań w okolicznościach o szczególnym charakterze. Względnie trwałych zbiorów zasad i reguł, odnoszących się do rozwiązań w konkretnych sytuacjach postępowania osób wykonujących dany zawód (np. lekarza, prawnika, polityka) dostarcza etyka deontologiczna. Zasady te wywodzą się z ogólnych norm moralnych².

Profesje, wobec których stawiamy wysokie wymagania etyczne, zwyczajowo określa się zawodami zaufania publicznego, opartymi na pewnego rodzaju zawodowym posłannictwie. Do tych szczególnych grup zawodowych należy zawód lekarza, którego prekursorem był Hipokrates z Kos (IV wiek p.n.e.), ojciec medycyny. Jego Przysięga obejmowała zbiór zasad deontologicznych obowiązujących lekarzy w stosunku do chorych. Współcześni lekarze wciąż odwołują się do tej Przysięgi. Jednocześnie, wobec wciąż nowych wyzwań, poszukując uzasadnień dla wytyczanych sobie norm moralnych, odwołują się do filozofii moralności oraz Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Pomimo niezwykle dynamicznego rozwoju wiedzy i technologii medycznych komunikacja pomiędzy pacjentem i lekarzem (stronami biorącymi udział w procesie leczenia) nadal stanowi istotny element, bezpośrednio wpływający na przebieg i efekt leczenia.

Za pomocą modelu terapii ukazujemy wpływ na tę komunikację kultury i etyki (lekarza i pacjenta) w relacji z dobrem kultury medycznej.

Model procesu terapeutycznego uwzględniający kulturę i etykę lekarza oraz pacjenta

Naukowy opis sensu i znaczenia podejmowanych przez ludzi działań i decyzji poddawany jest nieustannym próbom systematyzacji i obiektywizacji. Zwykle opis ten nie jest możliwy przy użyciu języka potocznego, gdyż zawsze istnieje ryzyko wystąpienia rozłamu między rozumieniem a wyjaśnianiem. By rozumienie okre-

¹ M. Kosztołowicz, *Kultura i etyka nie tylko w matematyce*, Prezentacje Festiwalowe, I Kielecki Festiwal Nauk, Kielce 2000, s. 129; W. Kiebzak, M. Kosztołowicz, *Kultura i etyka a medycyna*, Prezentacje Festiwalowe, III Kielecki Festiwal Nauki, Kielce 2003, s. 97–98; W. Kiebzak, I.M. Kowalski, M. Kiebzak, *Model of therapeutic rehabilitation*, „Medical Rehabilitation” 2008, Vol. 12 (2), s. 22–24.

² S. Blackburn, *Oksfordzki słownik filozoficzny*, tłum. C. Cieśliński, P. Dziliński, M. Szczubiałka, J. Woleński, Warszawa 1997.

ślonych działań nie opierało się wyłącznie na subiektywnych przekonaniach i pragnieniach, należy pozbyć się intencjonalnego języka opisującego dane działania. W rozwiązywaniu tych problemów z pomocą przychodzą nauki aprioryczne: matematyka i logika. Dział logiki – semantyka – jest nauką normatywną, która określa reguły jasnego rozumowania i uzasadniania twierdzeń. Matematyka stanowi narzędzie, które można przyrównać do misternej sieci, jaką zanurzamy w toń badanego zjawiska, by wyłowić z niej istotne elementy, służące do tworzenia naukowych syntez, również w postaci modelu.

Realizację modelu procesu terapeutycznego opieramy na gruncie ogólnej teorii moralności (jej założeń teoretycznych) oraz etyki szczegółowej (deontologii). Model terapii konstruujemy w oparciu o opisane we wstępnym rozdziale pojęcia: kultury, etyki, dobra kultury medycznej. Model ten uwzględnia również:

- obowiązujący wciąż, klasyczny paradygmat postępowania lekarskiego (wywiad, badanie podmiotowe i przedmiotowe, diagnoza, terapia, weryfikacja leczenia),
- kulturę i etykę stron procesu terapeutycznego – pacjenta i lekarza – w relacji z dobrami kultury medycznej (tj. zgromadzonej wiedzy i doświadczenia oraz stosowanej technologii).

Ponadto przyjmujemy, że kultura człowieka jest jego relacją względem dóbr kultury, zgodną z intencją twórców. Relacja ta może ujawniać się poprzez następujące sytuacje:

- Dobra kultury są interpretowane i egzemplifikowane przez człowieka zgodnie z intencją twórców – wtedy jego kultura jest zachowana;
- Dobra kultury są interpretowane i egzemplifikowane przez człowieka zgodnie z intencją twórców, ale tylko odtwórczo (asertorycznie) – sytuacja ta nie świadczy o zachowaniu przez niego kultury ani o jej braku.
- Dobra kultury są przez człowieka falsyfikowane – sytuacja ta ujawnia u niego brak kultury.

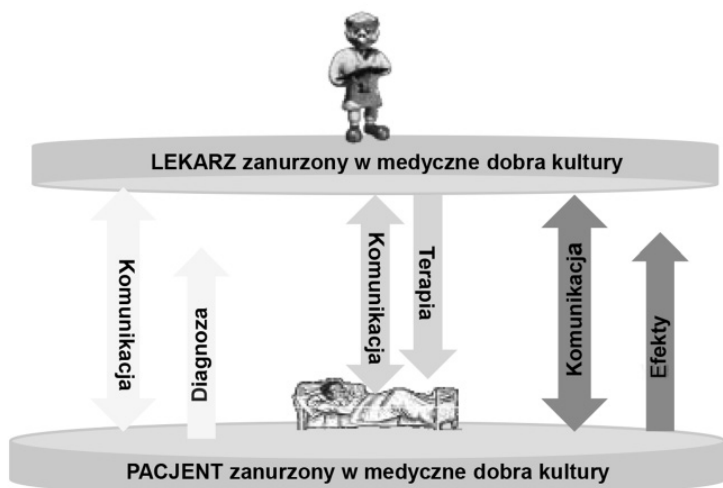
Wartościowanie (ewaluacja) realizacji kultury przez człowieka jest etyką. Brak etyki występuje, gdy człowiek:

- przyjmuje dobra kultury jako własne konstrukcje, mimo że nimi nie są;
- falsyfikuje dobra kultury i interpretuje je jako prawdziwe;
- interpretuje prawdziwe dobra kultury jako fałszywe.

Konstruowanie modelu w medycynie wymaga przyjęcia założeń upraszczających. Przyjmujemy następujące założenia upraszczające:

- metoda komunikacji,
- metoda diagnozowania,
- metoda postępowania leczniczego (terapii).

Rysunek 1 przedstawia proponowany przez nas model procesu terapeutycznego.



Rysunek 1. Model procesu terapeutycznego uwzględniający kulturę i etykę lekarza oraz pacjenta

Model ten wywodzi się z obserwacji praktyki stosowanej podczas procesu leczenia. Łatwo zauważyć, że na każdym etapie terapeutycznego procesu (stawiania diagnozy, wyboru terapii oraz jej weryfikacji w trakcie stosowania, a także oceny efektu leczenia) wymagana jest komunikacja. Wszelkie zakłócenia tej interaktywnej relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem mają bezpośredni wpływ na każdy z etapów leczenia. Od kultury i etyki obu stron zależy właściwa (zgodna z intencją twórcy) relacja z dobrami kultury, tj. dobrami kultury medycznej dla dobra pacjenta.

Podsumowanie

Istnieje narastająca tendencja do akcentowania skutków merytorycznego postępowania lekarza jako kryterium rozstrzygającego ocenę etyczną jego działania. Z pewnością dzieje się tak, ponieważ większość osób posługuje się zdroworozsądkowymi pojęciami dobra i norm moralnych, przyswajanych od najmłodszych lat w swoim najbliższym otoczeniu (środowisko rodzinne i społeczne). Jednocześnie, na kształtowanie ludzkich postaw moralnych coraz silniej wpływa kultura masowa. W wyniku stosowanych technik komunikacji treści tej kultury charakteryzują się wysokim stopniem standaryzacji. Przy tym, pomiędzy twórcami (prasa, radio, telewizja, internet) a odbiorcami określonych informacji dochodzi do znacznego

ograniczania, a najczęściej wykluczenia bezpośrednich kontaktów. Brak możliwości bezpośredniej komunikacji odbiorcy z twórcą informacji zagraża zniekształceniem, a nawet zupełnym wypaczeniem pierwotnej treści informacji. Internet otwiera wirtualne kanały komunikacji interaktywnej, jednak przenikają one również podświadomość, powodując niekiedy zacieranie się różnic pomiędzy rzeczywistością a wyobraźnią odbiorcy.

Zatarcie granic między indywidualnym a globalnym wymiarem rzeczywistości ma wpływ na kształtowanie postaw oraz stosunku do drugiego człowieka. Dotyczy to również relacji pacjent–lekarz. Pacjenci stawiają wobec lekarzy coraz wyższe wymagania merytoryczne, stosując względem nich specyficzne oceny, odmienne w stosunku do oceny osób wykonujących inne zawody.

Etyka deontologiczna zobowiązuje lekarza do wyboru czynów moralnych i do oceny tych czynów się odnosi, niezależnie od ich konsekwencji. Należy pamiętać, że normy etyki zawodowej nie powinny być sprzeczne z normami etyki ogólnej, obowiązującej ogół danego społeczeństwa³.

W odniesieniu do osoby pacjenta wybory etyczne są nieodłącznym elementem praktyki lekarskiej. Są one swoistym szacowaniem oczekiwanych korzyści zdrowotnych oraz potencjalnego ryzyka, wynikającego ze stosowania określonej terapii. Bowiem celem leczenia jest zachowanie zasady proporcjonalności pomiędzy ryzykiem związanym z zastosowaniem określonej metody leczenia a osiągnięciem celu, jakim jest poszukiwane dobro pacjenta. Takie wartościowanie dostarcza podstaw do podejmowania osobistej odpowiedzialności obu podmiotów (lekarza i pacjenta), wobec pojawiających się dylematów i konieczności podejmowania związanych z nimi decyzji⁴.

Każdy człowiek jest niepowtarzalny w swojej fizycznej, psychicznej i duchowej strukturze. Wyraża się to poprzez osobowość, rozumianą jako indywidualną konstelację zespołu cech osobowościowych – charakterystycznych i względnie stałych właściwości, znamienych dla danej osoby⁵.

Bezpośredni kontakt z wartościami uznawanymi przez człowieka za naczelne – wolność, zdrowie i życie – zobowiązuje lekarza do wykorzystywania profesjonalnej wiedzy, umiejętności i doświadczenia, w trosce o czynienie dobra w zamian za zaufanie ze strony pacjenta. Zawód lekarza wiąże się z dostępem do intymnych informacji, dotyczących sfery prywatności osoby chorej, a nawet jej tajemnic. W jaki sposób można stworzyć atmosferę wzajemnego zaufania, tak pożądaną w obliczu choroby?

W naszej opinii istnieje możliwość nadania humanistycznego wymiaru międzyludzkim relacjom, w okolicznościach wyznaczanych przez chorobę – zawsze

³ Tamże.

⁴ Jan Paweł II, *Fides et ratio*, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos, Tarnów 1998.

⁵ M. Szerla, M. Kosztolowicz, *Aplikacja wspólnego sensu w wykrywaniu osobowościowego aspektu bólu*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2009, s. 17–19.

trudnych dla obu stron (chorego i leczącego). Są to relacje na poziomie osobowościowym, działające jednocześnie w dwóch kierunkach: lekarz–pacjent oraz pacjent–lekarz. Relacje te nawiązywane są w naturalny sposób, poprzez indywidualną strukturę osobowościową⁶. Należy przy tym pamiętać, że każdej ze stron relacji – choremu, jak i leczącemu – chodzi o zachowanie autonomii i poczucia własnej godności. Od spełnienia tych zasadniczych warunków zależy właściwe funkcjonowanie zaprezentowanego przez nas modelu terapii, który odnosi się wprost do etyki i kultury obu stron terapeutycznej relacji: lekarza, a także pacjenta.

Bibliografia

Kosztołowicz M., *Kultura i etyka nie tylko w matematyce*, Prezentacje Festiwalowe, I Kielecki Festiwal Nauk, Kielce 2000.

Kiebzak W., Kosztołowicz M., *Kultura i etyka a medycyna*, Prezentacje Festiwalowe, III Kielecki Festiwal Nauki, Kielce 2003.

Kiebzak W., Kowalski I. M., Kiebzak M., *Model of therapeutic rehabilitation*, „Medical Rehabilitation” 2008, Vol. 12 (2).

Blackburn S., *Oksfordzki słownik filozoficzny*, tłum. C. Cieśliński, P. Dziliński, M. Szczubiałka, J. Woleński, Warszawa 1997.

Jan Paweł II, *Fides et ratio*, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos, Tarnów 1998.

Szerła M., Kosztołowicz M., *Aplikacja wspólnego sensu w wykrywaniu osobowościowego aspektu bólu*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2009.

Kosztołowicz M., Szerła M., Domański M., *Propozycja konstrukcji języka komunikacji lekarz–pacjent z uwzględnieniem bólu i osobowości pacjenta*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2008.

Szerła M., Ortenburger D., Domański M., Tarnopolski A., *Selected Factors Influencing the Relationship Between the Physician and the Patient with Chronic Pain*, [w:] *The multidisciplinary approach to health and disease. Selected papers*, red. K. Janowski, S. Steuden, CPP Scientific Press, Lublin 2011.

⁶ M. Kosztołowicz, M. Szerła, M. Domański, *Propozycja konstrukcji języka komunikacji lekarz–pacjent z uwzględnieniem bólu i osobowości pacjenta*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2008, s. 113–134; M. Szerła, D. Ortenburger, M. Domański, A. Tarnopolski, *Selected Factors Influencing the Relationship Between the Physician and the Patient with Chronic Pain*, [w:] *The multidisciplinary approach to health and disease. Selected papers*, red. K. Janowski, S. Steuden, CPP Scientific Press, Lublin 2011, s. 140–148.

Łukasz Barwiński

Kiedy ból koi cierpienie – psychologiczne funkcje zachowań autoagresywnych

Wprowadzenie

Zachowania autoagresywne, określane w literaturze również jako samouszkodzenia, samookaleczenia albo samozniszczenia, trudno zdefiniować w sposób jasny i jednoznaczny. Poszczególne określenia opisujące nieco odmienne klasy zachowań akcentują pewne z ich cech, które niekoniecznie pokrywają się z charakterystykami, jakie niosą w sobie pozostałe. Niemniej jednak można, zachowując świadomość występowania różnic między nimi, wskazać na pewne kluczowe elementy stanowiące o specyfice autoagresji i w tym właśnie sensie w niniejszym artykule określenia te będą używane zamiennie. Na przykład Babiker i Arnold (2002) stoją na stanowisku, aby za samouszkodzenia uznawać każdy akt polegający na intencjonalnym zadawaniu bólu albo ran swemu ciału, niemający jednak doprowadzić do śmierci (jak to jest w przypadku samobójstwa). Suchańska (1998, 2001), z kolei, formułując definicję autoagresji, kładzie nacisk na jej charakterystykę behawioralną, pisząc, iż za autoagresję uznać można zachowania dobrowolne i celowe, podejmowane mniej lub bardziej refleksyjnie, doprowadzające do powstania zagrożenia dla zdrowia jednostki. Innym wyróżnikiem zachowań autodestrukcyjnych w tym kontekście jest ujmowanie samookaleczania jako próby zakończenia przez jednostkę przeżywanego stanu depersonalizacji oraz jako specyficznego mechanizmu ochrony podczas ekspozycji na silnie zagrażające i traumatyczne sytuacje (Crowe, 1996). Selfharm definiuje z kolei zachowanie autoagresywne jako umyślne uszkodzenia własnego ciała bez świadomego zamiaru pozbawienia się życia (Favazza, 1996). Jednocześnie zasadne wydaje się wyraźne rozdzielanie samouszkodzeń (tzw. *NSSI non suicidal self-injury*) od zamachów samobójczych. Już w latach 30. XX wieku Menninger opisywał celowe okaleczanie własnego ciała jako „częściową” lub „ocenzurowaną” formę samobójstwa (a więc jakościowo od samobójstwa odmienną), swego rodzaju kompromis pomiędzy popędami życia i śmierci ostatecznie umożliwiający przetrwanie jednostki (Kubacka-Jasiecka, 2006).

Szczególnie interesującą w kontekście niniejszej pracy kategorią¹ zachowań auto-agresywnych są samouszkodzenia umiarkowane (*moderate self-mutilation*). Należą one do tych przejawów zachowań autodestruktywnych, które w codziennej praktyce klinicznej spotyka się najczęściej i które budzą relatywnie duże zainteresowanie badaczy oraz terapeutów. Wyróżnia się dwie formy tego typu samouszkodzeń – kompulsywną oraz impulsywną. Działania kompulsywne przyjmują postać zachowań o zrytualizowanym lub zautomatyzowanym charakterze i często podejmowane są bezrefleksyjnie, nawykowo lub w sposób nawracający. Mając zazwyczaj u swego podłoża rozładowanie lub obniżenie przeżywanego napięcia mogą być podejmowane jako wyuczona, a nawet przymusowa reakcja organizmu na stresory dnia codziennego (Whalen, 2002), nad którą jednostka często nie ma pełnej kontroli w zakresie jej wywołania i przebiegu. W przeciwieństwie do nich, samouszkodzenia impulsywne dokonywane są na skutek zadziałania określonego bodźca (czynniki spustowych) niejednokrotnie o charakterze stresowym. Nie obserwuje się tu jednak przymusowego i zautomatyzowanego przebiegu zachowania. W znacznie większym stopniu działania te są inicjowane na poziomie świadomym przez osobę, a także posiada ona również większą kontrolę nad tego typu czynnościami. Mogą przyjmować one formę zachowań epizodycznych (specyficznych dla konkretnej sytuacji) lub nawracających (kiedy pojawia się stały schemat działania). Charakterystyczną i zarazem niepokojącą cechą samouszkodzeń nawracających jest ryzyko utrwalenia się tych zachowań w tożsamość jednostki oraz podstawowy repertuar jej działania w sytuacjach trudnych (Wycisk, 2004). Kiedy to nastąpi, akt autoagresji zyskuje subiektywny walor oczywistej i skutecznej formy walki z napotykanymi trudnościami. Do przejawów samouszkodzeń umiarkowanych zaliczyć można na przykład płytkie przecinanie skóry, przypalanie, bicie się lub wykonywanie powierzchownych manipulacji na skórze. W klinicznych badaniach Starr (2004) stwierdzono, że samookaleczenia są bardzo konkretnym sposobem łagodzenia przeżywanego cierpienia emocjonalnego wtedy, gdy wszystko inne zawiedzie, a przynajmniej jako takie postrzegane są przez osoby je wykonujące. Inne badania wykazały, że cierpienie emocjonalne jest bezpośrednio powiązane z podejmowanymi wysiłkami poradzenia sobie z silnie doświadczanymi emocjami, których kulminacja następuje właśnie w akcie samookaleczenia (Holm i Severinsson, 2008).

Źródła zachowania autoagresywnego a jego konsekwencje

Przyjęcie perspektywy funkcjonalnej w odniesieniu do samouszkodzeń pozwala na analizę tego typu zachowań człowieka w kontekście pytania, „po co” osoba się

¹ Pełny opis współczesnych podziałów zachowań autoagresywnych znajdzie czytelnik m.in. [w:] A.R. Favazza, *Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 1996, oraz J. Wycisk, *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*, 2004.

w nie angażuje, a nie jedynie „dlaczego”. Suchańska (1998) podkreśla, aby nie mylić celu ze skutkiem zachowania autoagresywnego, dlatego też krzywda wyrządzana sobie podczas danego zachowania nie jest jednoznaczna z wystąpieniem intencji skrzywdzenia siebie. Przeciwnie, skutek ten wielokrotnie jest „produktem ubocznym”, a nie podstawowym i na pewno nie jedynym motywem podejmowania tego typu działań. W tabeli 1 przedstawiono wyniki badań Klonsky’ego (2009), wyraźnie różnicujące przyczyny podejmowania określonych aktów autoagresji przez osoby badane od wywołujących je skutków.

Tabela 1. Przyczyny i konsekwencje podejmowania zachowań autoagresywnych

Nazwa przyczyny	% rozpowszechnienia
Uwolnienie się od napięcia emocjonalnego	85
Kontrola swojego samopoczucia	59
Pozbycie się niechcianych emocji	56
Wytworzenie bólu, który będzie można kontrolować	54
Konsekwencje (skutki)	
Doświadczenie fizycznego bólu	85
Blizny, ślady na skórze	74
Poczucie większej kontroli nad sobą	59
Uspokojenie się	51

Źródło: Klonsky, 2009, s. 263.

Samookaleczanie inicjowane bezpośrednio z powodu wywołania bólu samego w sobie (umożliwiającego skądinąd niebędącą bez znaczenia zamianę trudnego do opanowania cierpienia psychicznego w dający się kontrolować ból fizyczny) znalazło się na znacznie dalszym miejscu niż na przykład uwolnienie od napięcia czy silnych emocji. Jednocześnie pojawienie się wyraźnego bólu fizycznego jest najbardziej wyraźną konsekwencją podejmowanych samouszkodzeń – bezpośrednim skutkiem takiego działania jak przypalanie, rozdrapywanie, nacinanie czy innego rodzaju manipulowanie skórą. Samouszkodzenia w takim ujęciu nie tyle są podejmowane z uwagi na ich negatywne następstwa – przeciwnie, mogą pojawiać się pomimo szkodliwych konsekwencji, jakie ze sobą niosą (Kubacka-Jasiecka, 2006). Nietrudno zatem o szereg błędów i nieporozumień, jeśli analizując specyfikę podejmowania zachowań autoagresywnych, całkowity punkt ciężkości położony zostanie wyłącznie na zagadnieniu skutków, jakie tego typu zachowanie wywołuje. Mylące byłoby bowiem stanowisko, iż osoby, dokonując samookaleczeń, chcą w pierwszym rzędzie wywołać u siebie realnie odczuwany ból fizyczny, nie wspominając o doprowadzeniu do potencjalnie negatywnych i trwałych obrażeń. W kontekście samookaleczeń warto przytoczyć sformułowaną przez Becka (2004)

zasadę „psychologicznego hedonizmu” (za: Wycisk, 2006), zgodnie z którą ludzie zawsze dążą do maksymalizowania przyjemności i minimalizowania przeżyć nieprzyjemnych. Uniwersalność tej zasady uprawnia do zastosowania jej także w odniesieniu do zachowań autoagresywnych. Działania o charakterze samouszkodzeń, na kontinuum „przyjemność – przykreść”, muszą być oceniane przez podejmujący je podmiot jako przyjemne (choć fakt, czy jednostka na poziomie świadomym postrzega samouszkodzenia jako zachowanie przyjemne będące formą radzenia sobie nie ma większego znaczenia [Haines, Williams, 2003]). Taka pozytywna ocena samookaleczeń dokonywana subiektywnie związana jest bezpośrednio z określonymi pozytywnymi funkcjami zachowań tego typu, jak obrona, przystosowanie czy odnoszenie przez *Ja* bezpośrednich korzyści (Kubacka-Jasiecka, 2006).

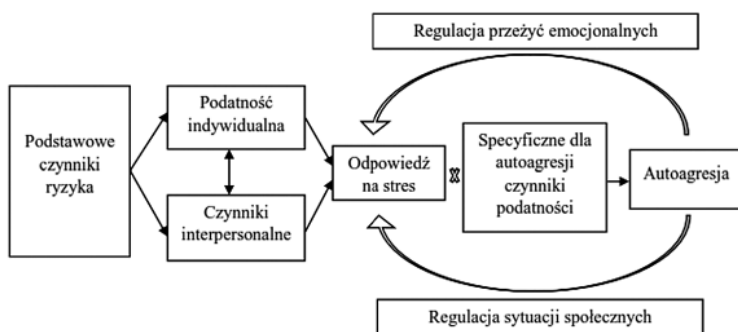
Regulacyjna funkcja samouszkodzeń

Identyfikując psychologiczne funkcje samouszkodzeń, można dokonać ich podziału na dwie zasadnicze formy: funkcje społeczne oraz funkcje osobiste (Wycisk, 2006). Społeczne dotyczą relacji jednostki autoagresywnej z innymi ludźmi oraz wszystkich potencjalnych dla niej korzyści płynących z tych relacji. Autoagresja, aby spełniać funkcje społeczne, musi być jednak widoczna dla otoczenia, np. w postaci blizn po uszkodzeniach. Funkcje osobiste z kolei wiążą się z poprawą samopoczucia, rozładowaniem napięcia czy podniesieniem poziomu komfortu psychicznego – w subiektywnym, indywidualnym wymiarze. Korzyści uzyskiwane w ten sposób niekoniecznie muszą być związane z wykonywaniem samej czynności autoagresywnej. Równie dobrze mogą wiązać się z pozytywnie ocenianym przeżyciem emocjonalnym pojawiającym się w następstwie dokonanego aktu samookaleczenia (w tym np. poczucie relaksu, odprężenia). Koncepcje akcentujące mechanizm regulacji emocji jako kluczowy dla powstawania autoagresji podkreślają właśnie ten element, specyficzny dla osób samookaleczających się, związany z niskim poziomem umiejętności radzenia sobie z emocjonalnym napięciem. Favazza (1996) opisuje samouszkodzenia między innymi jako swoistą formę uwolnienia się od przeżywanego gniewu, a pojawiającą się razem z wysokim jego poziomem agresję skierowaną na siebie jako „bezpieczną” (w subiektywnym odczuciu jednostki) formę jego ekspresji. Takie działanie z kolei „chroni” jednostkę przed koniecznością ewentualnej konfrontacji siebie jako osoby przeżywającej silny gniew z otoczeniem społecznym. Podejście to kładzie dość duży nacisk na brak typowych umiejętności kontroli impulsów emocjonalnych u osoby autoagresywnej, ściśle związany z pewnymi deficytami w zakresie konstruktywnego oraz adekwatnego rozładowywania gniewu. Analogicznie działa inny mechanizm wymieniany przez Favazzę – mechanizm rozładowania napięcia oraz lęku (Favazza, 1996). W tym wyjaśnieniu kluczowe jest przywrócenie równowagi funkcjonowania systemu ciało-umysł, które nie

następuje w sposób naturalny, a jedynie poprzez zachowania autodestrukcyjne (np. nacinanie skóry) i nierozwalnie związany jest z przywracaniem jednostce poczucia kontroli nad własnym ciałem.

Zintegrowany model zachowań autoagresywnych

Zintegrowany teoretyczny model rozwoju i utrzymywania się zachowań autoagresywnych (Nock, 2009) stanowi propozycję spójnej formuły wyjaśniającej pojawianie się i utrzymywanie samouszkodzeń wśród różnych zachowań jednostki. Według tego modelu samookaleczanie związane jest z występowaniem trzech zasadniczych elementów. Po pierwsze, autoagresja powiązana zostaje z realizacją istotnych funkcji psychologicznych dotyczących regulacji przeżyć emocjonalnych, poznawczych doświadczeń jednostki i form komunikacji z innymi (w tym wywierania na nich wpływu). Po drugie, prawdopodobieństwo pojawienia się samouszkodzeń zależne jest od występowania podstawowych czynników ryzyka (np. doświadczeń wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie). Wreszcie kilka bardziej specyficznych czynników ryzyka (np. procesy społecznego modelowania) uczestniczy w procesie kształtowania się tendencji do samouszkodzeń oraz ich utrwalania, stanowiąc jednocześnie wyjaśnienie, dlaczego pewne osoby wykorzystują właśnie autoagresję do realizacji wspomnianych wcześniej regulacyjnych funkcji psychologicznych. Omawiany model przedstawiono graficznie na rysunku 1.



Rysunek 1. Zintegrowany model rozwoju i utrzymywania się zachowań autoagresywnych

Źródło: Nock, 2009, s. 79.

Choć aktualnie model znajduje się na wstępnym etapie weryfikacji, to wydaje się, iż w wielu momentach dość dobrze pozwala ująć zagadnienie pojawiania się samouszkodzeń umiarkowanych oraz umożliwia ich opis i wyjaśnianie. W grupie podstawowych czynników ryzyka wymienia się genetyczne predyspozycje do wysokiej reaktywności poznawczej i/lub emocjonalnej, nadużycia seksualne oraz występowanie zjawiska przemocy w rodzinie. W dalszym etapie znaczenia nabierają specyficzne czynniki ryzyka o charakterze indywidualnym oraz interpersonalnym. W ramach pierwszej grupy należy przede wszystkim wymienić znaczne nasilenie tendencji do przeżywania silnych emocji negatywnych (w szczególności gniewu, złości, lęku), zwłaszcza w połączeniu z negatywnym ich opracowaniem poznawczym (m.in. przez spostrzeganie ich w silnie negatywnym świetle). Ponadto niezwykle istotne znaczenie ma także niska tolerancja na występowanie sytuacji stresowych. Z kolei w grupie czynników interpersonalnych znajdują się deficyty w zakresie kompetencji w komunikacji interpersonalnej oraz niewielkie zdolności rozwiązywania problemów we współpracy z innymi. W związku z tym podatność na stosowanie zachowań o charakterze autodestruktywnym wzrastać może u osób mających tendencje do silnego pobudzenia psychofizjologicznego podczas doświadczania emocji negatywnych, częściej rezygnujących z realizacji zadania w obliczu narastających trudności czy słabiej komunikujących z innymi ludźmi. Te specyficzne czynniki podatności mają szansę wpływać na pojawienie się samouszkodzeń, w szczególności jeśli podstawowe czynniki ryzyka występują lub występowały u danej osoby w dużym nasileniu. Najciekawszym chyba jednak elementem modelu są specyficzne dla autoagresji czynniki podatności, w skład których wchodzi hipotetyczne propozycje mające wyjaśnić podstawowe pytanie, na które stara się odpowiedzieć model: co powoduje, że funkcje regulacyjne są realizowane u danej osoby za pośrednictwem zachowań o charakterze autoagresywnym? Nie trzeba bowiem wyjątkowej przenikliwości, aby zauważyć, że jednostka ma przecież liczne możliwości realizacji funkcji regulacyjnych inne niż o charakterze samouszkodzeń. Propozycje, jakie uwzględniono, dotyczą sześciu równoległych i alternatywnych hipotez:

1. Hipoteza społecznego uczenia podkreśla, iż zachowania autoagresywne, aby mogły być przez jednostkę stosowane na przykład w obliczu pojawiających się sytuacji trudnych, uprzednio muszą znajdować się wśród dostępnych jej możliwych do realizacji form zachowania. Trafiają do niego na skutek wcześniejszych obserwacji, zarówno jeśli chodzi o najbliższe otoczenie, ale co ważniejsze poprzez pośredni udział wszelkiego rodzaju środków masowego przekazu. Dostępność (możliwość obserwacji u innych) oraz uczenie się przez obserwację takiego typu zachowań staje się punktem wyjścia do stosowania przez jednostkę samouszkodzeń w sytuacjach analogicznych do tych, które mogła uprzednio zobaczyć u innych ludzi, a z czasem ma szansę stać się utrwalonym sposobem funkcjonowania.
2. Hipoteza samokarania dotyczy stwierdzenia, iż zachowanie autoagresywne stanowi skierowaną przeciwko własnemu ciału formę kary lub represji mogącej

mieć u podłoża nadmierny samokrytycyzm. Blisko związana jest też ze wzmacniającą ryzyko pojawienia się samookaleczeń historią wykorzystywania seksualnego – samokaranie może stanowić zinternalizowany wzorec postępowania (ale też myślenia o sobie) oparty o powtarzające się nadużycia oraz nadmierną krytykę ze strony innych. Wiele osób wskazuje ponadto na poziomie świadomym, że samokaranie stanowi dla nich pierwotny motyw podejmowania zachowań autodestruktywnych.

3. Hipoteza sygnalizacji społecznej mówi o komunikacyjnej roli, jaką spełniają zachowania o charakterze samouszkodzeń. Przyjmuje się tutaj, że sygnał wysyłany do otoczenia społecznego właśnie w formie samookaleczeń jest odbierany jako niezwykle kosztowny w związku z tym ma znacznie większe szanse zostać zauważonym i przynieść pożądany efekt na przykład w postaci uzyskania przez jednostkę zainteresowania ze strony innych w przeciwieństwie do mniej kosztownych, typowych form komunikatów (np. powiedzenia o trudnościach). Jeśli inni ludzie będą odbierać akt autoagresji jako rozpaczliwe wołanie o pomoc dokonującej go jednostki, może to stać się dla niej preferowanym sposobem komunikowania innym własnych potrzeb, szczególnie jeśli ma jakieś deficyty w zakresie kompetencji komunikacyjnych.
4. Hipoteza pragmatyczna może tłumaczyć tendencje do podejmowania samouszkodzeń jako zachowań stosunkowo łatwo dostępnych oraz błyskawicznie przynoszących oczekiwane rezultaty (np. szybkie obniżenie przeżywanego napięcia). Jednocześnie w przeciwieństwie do alternatywnych sposobów osiągnięcia takiego celu (np. ćwiczenia fizyczne, używki) jest to forma działania dostępna bez konieczności spełnienia dodatkowych warunków, niewymagająca angażowania dodatkowych środków – co ma niebagatelne znaczenie szczególnie w odniesieniu do osób młodych. W sytuacji gdy dla jednostki zachowania autoagresywne stają się podstawowym sposobem działania w sytuacjach trudnych, inne, wymagające większego wysiłku strategie jeszcze bardziej tracą na znaczeniu w stosunku do samookaleczeń.
5. Hipoteza efektu analgezji/opiadowa wychodzi od stwierdzonego faktu, iż większość ludzi powstrzymuje się od aktów autoagresji z obawy przed ewentualnym bólem fizycznym, którego jako w oczywisty sposób nieprzyjemnego nie chciałoby doświadczyć. Tymczasem okazuje się, że osoby dokonujące samouszkodzeń stosunkowo rzadko podają, aby tym aktom towarzyszył odczuwany przez nie ból. Przeciwnie – pojawiają się relacje o jego nieodczuwaniu, co jest łączone z aktywowaniem endogennych mechanizmów odpowiadających za wrażenie bólu. Nie są nadal jasne zależności pomiędzy dokonywanymi samookaleczeniami a zniesieniem odczuwania bólu, niemniej jednak hipoteza ta koncentrująca się na działaniu układu nagrody może stanowić interesujący trop w poszukiwaniu czynników zwiększających ryzyko zachowań autoagresywnych. Niektóre badania pokazują wręcz, że antagoniści receptorów opioidowych mogą „odwracać uzależnienie” od endogennych opiatów u osób autoagresywnych (Sandman,

Kemp, 2011), co sugerować by mogło odmienny sposób funkcjonowania tego układu neuroprzekazników u osób dokonujących samouszkodzeń.

6. Hipoteza ukrytej identyfikacji stanowi ostatnią z występujących w modelu propozycji wyjaśniających pojawianie się oraz utrzymywanie wzorca zachowań autodestrukcyjnych. Wskazuje się w niej, że osoba dokonująca samouszkodzeń może tak dalece identyfikować się z podejmowanym działaniem, że zawsze będzie preferować tę strategię od innych możliwych form zachowania. Nie jest jasne, czy identyfikacja ta pojawia się jako przyczyna autoagresji czy jest jej skutkiem i dopiero po pewnym czasie staje się motorem do dalszego angażowania się w tego typu działania. Mimo to wydaje się pomysłem mogącym dość dobrze tłumaczyć tendencje do samookaleczania, gdyż bezpośrednio wynika z wytwarzanych przez jednostkę schematów poznawczych.

Podsumowanie

Zachowania o charakterze autoagresji mogą pełnić u osób je podejmujących istotne z psychologicznego punktu widzenia funkcje regulacji zarówno w odniesieniu do regulacji emocji, jak i regulacji kontaktów społecznych. W pierwszym wypadku stanowić mogą dość skuteczny i jednocześnie względnie „łatwy” do zastosowania sposób uzyskania przez osobę szybkiego obniżenia przeżywanego napięcia emocjonalnego, a tym samym odzyskanie kontroli nad własnymi przeżyciami. Społeczny wymiar funkcji regulacyjnej odnosi się zaś przede wszystkim do wyboru takiej formy komunikacji innym swoich potrzeb, który u swoich podstaw zakłada tak dużą wyrazistość, iż niemal gwarantuje, iż nie pozostanie bez jakiegś odpowiedzi ze strony innych, dając tym samym osobie podejmującej samouszkodzenia szansę na uzyskanie wsparcia, zainteresowania czy pomocy. Przytoczone powyżej propozycje składające się na teoretyczny zintegrowany model zachowań autoagresywnych miały za zadanie zilustrować, jakie potencjalne czynniki (lub ich kombinacje) mogą znaleźć się u podłoża podejmowania zachowań autoagresywnych. Pomimo że nadal brak zgodności co do czynników bezpośrednio wpływających na pojawianie się tego typu zachowań oraz jednoznacznego mechanizmu biorącego udział w utrwalaniu się stałego wzorca zachowania autodestruktywnego stanowią one z pewnością interesujące punkt wyjścia do dalszych badań oraz pełnego zrozumienia specyfiki autoagresji w kontekście funkcji psychologicznych, jakie może ona pełnić.

Bibliografia

- Babiker G., Arnold L., *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*, GWP, Gdańsk 2002.
- Crowe M., *Cutting up: signifying the unspeakable*, „Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing” 1996, Vol. 5, s. 102–111.
- Favazza A.R., *Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry (2nd ed)*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD 1996.
- Haines J., Williams C.L., *Coping and problem solving of self-mutilators*, „Journal of Clinical Psychology” 2003, Vol. 59, No. 10, s. 1097–1106.
- Holm A.L., Severinsson E., *The emotional pain and distress of borderline personality disorder – a review of the literature*, „International Journal of Mental Health Nursing” 2008, Vol. 17, s. 27–35.
- Klonsy E.D., *The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation*, „Psychiatry Research” 2009, Vol. 166, s. 260–268.
- Kubacka-Jasiecka D., *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Nock M.K., *Why Do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury*, „Current Directions In Psychological Science” 2009, Vol. 18/2, s. 78–83.
- Sandman C.A., Kemp A.S., *Opioid Antagonists May Reverse Endogenous Opiate „Dependence” in the Treatment of Self-Injurious Behavior*, „Pharmaceuticals” 2011, Vol. 4, s. 366–381.
- Starr D.L., *Understanding those who self-mutilate*, „Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services” 2004, Vol. 42, s. 33–40.
- Suchańska A., *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998.
- Suchańska A., *W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze*, „Forum Oświatowe” 2001, t. 2, nr 25, s. 61–73.
- Whalen M., *Self Mutilation*, <http://www.psyke.org/articles/en/selfmutilation/>, 2002.
- Wycisk J., *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2004.
- Wycisk J., *Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska*, [w:] *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*, red. A. Suchańska, J. Wycisk, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.

Niedoskonałości diagnostyki medycznej a cierpienie chorego

Cierpienie chorego jest uwarunkowane wieloma czynnikami, na które składa się zarówno psychika chorego, jak i jego fizyczność. Bardzo wiele leży w rękach osób, które mają z cierpiącą osobą bezpośredni kontakt – jego najbliższą rodziną, przyjaciółmi, znajomymi, ale zdecydowanie te najbardziej istotne aspekty – jakimi są leczenie i pielęgnacja chorego oraz szeroki proces diagnostyki, która przyczynia się do wyjaśnienia powodu cierpienia – leży przede wszystkim w rękach lekarzy, pielęgniarek i psychologów. Na ich barkach spoczywa wielki ciężar, aby za pomocą wszystkich dostępnych środków możliwych do wykorzystania postawić właściwą diagnozę, która jest kluczowym elementem w całym procesie leczenia oraz rehabilitacji chorego.

Obecnie problem nie tylko niedoskonałości diagnostyki medycznej, ale również błędów medycznych określa się, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, jako problem społeczny – co staje się mocno zaznaczone w wyniku otrzymanych danych z przeprowadzanych na ten temat sondaży społecznych (w Polsce badania takie były realizowane między innymi przez Centrum Badania Opinii Publicznej w latach 2006 oraz 2010). Według opinii społecznej kwestia nieufności wobec procesu leczenia oraz służby zdrowia nie rozkłada się tylko na personel medyczny oraz, w przypadku błędów medycznych, na przykład na wymiar sprawiedliwości – opis wadliwego funkcjonowania całego systemu zdrowotnego, zwłaszcza w dzisiejszej rzeczywistości, jest wyrazem opinii dużej części pacjentów, którzy wymagają przejrzystości i jasnych metod postępowania we wszystkich aspektach życia społecznego, które ich dotyczą, w tym oczywiście jasnego, zrozumiałego postępowania medycznego w przypadku choroby. Według badań przeprowadzanych przez polskie Stowarzyszenie Pacjentów „Priimum Non Nocere”, w Polsce każdego roku na skutek błędów medycznych cierpi nawet około 30 tysięcy osób, a są to tylko udokumentowane zdarzenia. Dodatkowo CBOS podaje również, że z problemem błędnej diagnostyki czy leczenia bezpośrednio spotkało się 31% polskiego społeczeństwa.

Niestety błędy i pomyłki zdarzają się wszędzie i nie zawsze są winą konkretnych osób, ale niedoskonałości otaczającego nas świata, niedostatku wiedzy w niektórych dziedzinach nauki, nieprecyzyjnych testów i badań diagnostycznych danych

jednostek chorobowych, złożoności ich problematyki i innych przyczyn, które w efekcie, prowadząc do błędnej diagnozy, stają się przyczyną cierpienia chorego.

1. Chory cierpi w wyniku zapoznania się z samą diagnozą, która czasem bywa wyrokiem, na przykład w przypadku nieuleczalnej choroby, choroby nowotworowej lub doprowadzającej do przewlekłego inwalidztwa.
2. Drugi aspekt to ten, kiedy chory cierpi w wyniku diagnozy lub źle wdrożonego procesu leczenia, które zostały błędnie postawione w wyniku błędnej diagnostyki, co czasem pozostaje nigdy nie odkryte.

Przykładem dobrze obrazującym tę drugą sytuację może być przypadek, kiedy osoba, która w istocie choruje na boreliozę, staje przed diagnozą stwardnienia rozsianego. SM jest chorobą-wyrokiem o nieznanej etiologii, nieuleczalną i doprowadza do całkowitej dezorganizacji życia chorego, przewlekłego inwalidztwa, a w konsekwencji śmierci. Przedstawienie tematu niedoskonałości diagnostyki medycznej na tym przykładzie w istocie obrazuje analogicznie bardzo dobrze wiele jednostek chorobowych bardzo trudnych do zdiagnozowania lub bardzo rzadkich, jak również tych, które nazywane są doskonałymi imitatorami.

Nieleczona borelioza może prowadzić, po przerodzeniu się w neuroboreliozę, do całkowitego inwalidztwa. Obecnie coraz głośniejsze stają się przypadki osób, które latami leczone objawowo na SM, często przez przypadek, decydują się na diagnostykę w kierunku boreliozy – i zdumiewająco okazują się na nią chorzy. Rozpoczynają antybiotykoterapię i wtedy zaczynają ustępować objawy domniemanego SM. Trudno opisać, jak czuje się taki człowiek oraz jak wielki powstaje w nim chaos po uświadomieniu liczby zmarnowanych dni i lat z powodu błędnej diagnozy. Wyrzeczenia się wielu planów, zrezygnowania z marzeń, życia zawodowego, aktywności.

W internecie można znaleźć wiele opisów historii i losów osób chorych borykających się z dramatycznymi przeżyciami wynikającymi z doświadczanej choroby lub błędnej diagnozy takiej choroby, związanej również z wynikającym z tego błędnie przeprowadzanym procesem leczniczym i rehabilitacyjnym. Bardzo dużo tych opisów dotyczy boreliozy. Jest to tym bardziej dramatyczne, że osoby nią dotknięte żyły przez niekiedy bardzo wiele lat z wyrokiem stwardnienia rozsianego, wdrażając adekwatny do błędnej diagnozy proces leczenia i rehabilitacji, niejednokrotnie nie widząc efektów, przeżywając załamania nerwowe, depresje, izolując się od społeczeństwa, rezygnując z życia rodzinnego lub zawodowego. Często chorzy zupełnie przypadkowo dowiadawali się o możliwości pomyłki w diagnozie – gdyż zwykle na boreliozę byli badani – a negatywny wynik testu był uznawany za miarodajny. Problem diagnostyczny – na przykładzie boreliozy – przy stosowaniu testów polega na ich niskiej miarodajności i stosowaniu ich w niewłaściwym czasie, kiedy mechanizm choroby nie pozwoli na jej wykrycie. Popularnie stosowany test ELISA równie często daje wyniki dodatnie, jak i ujemne, a prawdopodobieństwo mia-

rodajności wyniku jest bliskie 30%. Jest to niemożliwe, aby na jego podstawie orzec o chorobie. Natomiast, zwłaszcza przy ujemnym wyniku, test ten uważany jest za wyznacznik boreliozy, i diagnostyka wędruje w stronę SM. Przy wyniku dodatnim wynik sprawdzany jest testem PCR, dokładniejszym, pozwala na wykrycie bakterii już w kilka dni po zakażeniu, ale niestety przez krótki okres – jako że testy są wykonywane z krwi, w której krętki przebywają bardzo krótko, wędrując następnie do tkanek i mózgu człowieka. Historie ludzi z błędnie zdiagnozowanym SM niejednokrotnie mają zakończenie w przypadkowym odkryciu boreliozy, wdrożeniu odpowiedniego leczenia oraz cofaniu się rzekomych objawów stwardnienia rozsianego.

Borelioza jest chorobą zakaźną przenoszoną przez kleszcze. Wiele osób nie zdaje sobie sprawy z tego, że zostało pokąsanych, a sama borelioza może przebiegać latami całkowicie bezobjawowo i ujawnić się w pewnym momencie życia w postaci neuroboreliozy, której objawy bywają identyczne z tymi, jakie daje SM. Należą do nich m.in.: bóle głowy, objawy encefalopatyczne, nadwrażliwość na światło, zaburzenia artykulacji mowy, oczopląs, przewlekłe zmęczenie, bóle mięśniowe, parestezje, gorsza koordynacja ruchowa i wiele innych.

Tak więc niedoskonałości diagnostyki medycznej tkwią również w dużej mierze w niedoskonałości człowieka, która narzuca określony schemat postępowania, czasem nieuświadomienie błędny. Opisany powyższy przykład dowodzi złożoności jednostek chorobowych oraz stanowi doskonały grunt pod dalsze rozważania na temat przyczyn oraz zawłości niepowodzeń stosowanych metod oraz działań w lecznictwie, podejścia personelu medycznego do pacjentów i ich rodziny, a także sposobów i możliwości unikania błędów oraz działań zmierzających do ich popełnienia. Zdarzenia ocierające się o błędy medyczne w różnych kategoriach (kognitywnych, wykonawczych czy organizacyjnych), wymagają rozpatrywania w bardzo złożonych kontekstach praktyki medycznej. Błędy diagnostyczne mogą być spowodowane wszechstronnymi czynnikami, wynikającymi nawet z winy samego pacjenta, dlatego są bardzo delikatnym tematem, często drażliwym, trudnym do oceny, zwłaszcza kiedy konsekwencje oceny mają wpływ nie tylko na zmianę procedur postępowania wobec danej jednostki chorobowej, ale dotyczą na przykład lekarza lub pielęgniarki.

Niedoskonałości procesu diagnostycznego, które są powodem błędnej diagnozy, nie zawsze są winą osób diagnozujących, natomiast nakładają na ich barki ciężar odpowiedzialności za szersze spojrzenie na daną jednostkę chorobową oraz pacjenta. Wymagają one od nich również ogromnego zasobu wiedzy, łatwości kojarzenia faktów, otwarcia na wszystkie, nawet najbardziej błahe informacje dotyczące chorego oraz umiejętne wykorzystanie dostępnych metod diagnostycznych.

Cierpienie chorego, z którego prawdziwej przyczyny nikt nie zdaje sobie sprawy i którego mogłoby wcale nie być, jest wielkim współczesnym paradoksem. Choć trudno takich sytuacji uniknąć, to z mocną świadomością możliwości pomyłki taka ewentualność zawsze będzie mniejsza. Obala ona posługiwanie się stereotypami i sztywnymi schematami, co czyni medycynę prawdziwym wyzwaniem.

Bibliografia

Centrum Badań Opinii Społecznej, *Aktualne problemy i wydarzenia*, Warszawa 2000 i 2006.

O niedoskonałości naszych poczynań, czyli o tzw. błędach medycznych – wprowadzenie, Richard S. Cranovsky MPH, Global Virtual Faculty, Fairleigh Dickinson University, New Jersey, USA, RC-Consulting, Lozanna/Epalinges, Szwajcaria, „Medycyna Praktyczna” 2011, nr 1.

Grzeszczuk A., *Borelioza w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

Maciejek Z., *Diagnostyka stwardnienia rozsianego*, „Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii” 2005, nr 3, s. 209–217.

Źródła internetowe

www.cbos.pl

www.sppnn.org.pl

Dorota Ortenburger, Arkadiusz Ortenburger

Emocje w procesie wszechstronnej terapii przeciwbólowej

Wprowadzenie

Rozwój wiedzy dotyczącej znaczenia równowagi pomiędzy sferą poznawczą a sferą emocjonalną pozwala głębiej rozumieć doniosłą rolę, jaką pełnią emocje w życiu osób cierpiących z powodu bólu.

W efekcie badań prowadzonych na temat uwarunkowań skuteczności szeroko rozumianej terapii przeciwbólowej coraz silniej podkreśla się rolę emocji na każdym z jej etapów, od diagnozy po leczenie. Już na etapie diagnozy obejmującej wiele istotnych elementów ujawnia się znaczenie sfery emocjonalnej. Problem ten jest obszerny, przekraczający ramy niniejszego opracowania i stanowi temat odrębnych, specjalistycznych opracowań (Dobrogowski, Wordliczek, 2004).

Coraz więcej badań koncentruje się wokół wpływu emocji na funkcjonowanie psychofizyczne i radzenie sobie z wymaganiami otoczenia. Kolejne doniesienia, w tym z dziedziny psychoneuroimmunologii, wskazują na wymierny wpływ przeżyć na szeroko rozumianą odporność i efektywność radzenia sobie w przypadku choroby. W świetle tej wiedzy w każdym przypadku, a więc nie tylko w sytuacji doświadczania przewlekłych chorób, nie jest uprawnione pomijanie istotnego wpływu odczuwanych przez człowieka silnych emocji na przebieg procesów leczenia (McCracken, Eccleston, 2003). Jest to jedno z założeń wszechstronnych programów leczenia bólu opracowywanych z myślą o osobach, u których wraz z bólem występują inne objawy, między innymi: wysoki poziom lęku, poczucie bezradności, spadek aktywności i trudności z adaptacją do sytuacji. Wokół tych trudnych doświadczeń koncentruje się uwaga i refleksja w interdyscyplinarnej literaturze poświęconej problemowi bólu i cierpienia (Gajda, 2004; Makiello-Jarża, Gajda, 2011).

Emocje jako jeden z aspektów procesu radzenia sobie ze stresem w kontekście koncepcji bramki kontrolnej Melzacka i Walla

Problematyka emocji stanowi niezwykle złożone zagadnienie, coraz szerzej opisywane w dziedzinie psychologii określanej jako psychologia zdrowia, która mieszcząc w sobie różnorodne prądy otwiera pole badań i refleksji dla roli emocji na różnych płaszczyznach zależności ciała i psychiki (por. Heszen, Sęk, 2007). Tym samym stanowi to poszerzający się pod wpływem nowych informacji obszar badań dotyczący teoretycznych i klinicznych aspektów radzenia sobie ze stresem psychologicznym (Heszen-Niejodek 2002). Literatura przedmiotu ukazuje, że ważną tendencją we współczesnych koncepcjach radzenia sobie ze stresem jest przesunięcie akcentu z roli oceny poznawczej na odczuwane przez człowieka emocje.

W świetle psychologii zdrowia radzenie sobie z emocjami jest jednym ze sposobów ich regulacji. Według badaczy polegać to może między innymi na celowym osłabianiu emocji negatywnych i pobudzaniu pozytywnych, co odbywa się poprzez oddziaływanie na procesy wewnętrzne, przeżycia oraz regulacje zachowania towarzyszące emocjom (Grzesiuk, 2005; Heszen, Sęk, 2007).

Zainteresowanie emocjami towarzyszącymi tak zwanej transakcji stresowej dotyczy między innymi ich roli regulacyjnej w konstruktywnym radzeniu sobie w razie zwiększonych wymagań sytuacyjnych. Według Ireny Heszen-Niejodek emocje nie tylko prawdopodobnie stanowią specyficzną formę odzwierciedlenia tej transakcji, ale także prowadzić mogą do podejmowania zachowań zaradczych i prób nadania im określonego kierunku (2002).

Wśród kategorii czynników, które potencjalnie mogą „otwierać i zamykać” bramkę bólu, wymienia się obok poznawczych także szereg czynników emocjonalnych. Według badaczy, należą do nich przede wszystkim zaburzenia depresyjne występujące u osób cierpiących z powodu bólu i odczuwanie silnego gniewu. Ponadto istnieją dane, które pokazują, że silny gniew może być traktowany jako predyktor kolejnych (pojawiających się niezależnie od zdiagnozowanego bólu przewlekłego) problemów ze zdrowiem. Dane przytaczane przez autorów mówią, że u osób powyżej 50. roku życia ryzyko ataku serca wzrasta dwukrotnie w ciągu dwóch godzin od przeżywania napadu silnego gniewu. W wyniku analizy statystycznej ujawniono występowanie korelacji pomiędzy skłonnością do wrogości nastawienia wobec innych ludzi a podwyższonym ciśnieniem krwi (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003).

W świetle literatury jednym z czynników ryzyka, czyli takich, o których przyjmuje się, że pogarszają stan zdrowia, okazało się współwystępowanie u danej osoby poczucia bezradności i wysokiego poziomu lęku. Bezradność i zaburzenia depresyjne demobilizują organizm na każdym poziomie jego funkcjonowania (Turk i Winter, 2009). Badania pokazują, że istnienie zaburzeń depresyjnych u pacjenta (o różnej etiologii) powoduje, że u osób po ataku serca występuje pięciokrotny wzrost ryzyka zgonu. Zaobserwowano też, że ludzie skłonni do silnej rywaliza-

cji mogą intensywniej reagować na sytuacje deprywacji, przeciążenia, zakłócenia, które wyzwalają poczucie frustracji i porażki. Przytoczone przykłady pokazują, jak ściśle się splatają się i wtórnie na siebie wpływają poszczególne aspekty tych przeżyć, czyli stres społeczny, odnoszący się do stosunków interpersonalnych, stres psychologiczny, który odnosi się do oceny sytuacji przez jednostkę i reakcje emocjonalne neurohormonalnie powiązane ze zmianami w organizmie ludzkim.

Zgodnie z teorią bramki kontrolnej bólu istnieją czynniki psychologiczne, które ją otwierają. Związane są między innymi z odczuwaniem przykrego napięcia psychicznego i w efekcie ze wzrostem koncentracji na bólu, co stanowi podłoże do utrwalania się dezadaptacyjnego nastawienia (tamże). Turk i Winter wskazują również czynniki emocjonalne i poznawcze, które uważa się za potencjalnie przyczyniające się do zamykania „bramki bólu”. Wśród nich znajdują się stabilność emocjonalna i wszelkie pozytywne emocje.

Trafnego przykładu dostarczałaby tu rola, jaką pełnią odczuwane emocje w przypadku fibromialgii. Ujawnia się tu bowiem przy bliższej analizie znaczenie poszczególnych czynników psychologicznych. Obok fizycznych chorób i zranień należą do nich na przykład: troski i problemy rodzinne przekraczające możliwości adaptacyjne człowieka, bolesne rozstania, przeżywanie kryzysów życiowych i poczucia krzywdy. Ponadto w grupie tej wymieniane są: obniżenie poczucia własnej wartości, zaburzenia depresyjne, doświadczenie molestowania w miejscu pracy i występowanie innych problemów zawodowych, zmartwienia spowodowane problemami finansowymi, obniżenie pozycji społecznej i izolacja społeczna. Według niektórych autorów, powstała w wyniku kumulowania się tych czynników dyspozycja będzie sprawiać, że ryzyko zachorowania na fibromialgię będzie przez całe życie u pewnych ludzi większe niż u innych.

W większości przypadków wymienione pojedyncze czynniki są względnie dobrze tolerowane, przypuszczalnie dlatego, że znoszą je i równoważą przeciwstawne czynniki pozytywne, czyli ochronne. Takie buforujące, ochronne znaczenie przypisywane jest zjawisku, które określa się jako wsparcie społeczne. Istnieją merytoryczne argumenty, aby sądzić, że może być zaliczane do czynników pośrednio „zamykających bramkę bólu”. W literaturze przedmiotu wymienia się i bada różne rodzaje wsparcia, wśród których znajduje się także wsparcie emocjonalne.

Zgodnie z literaturą, wsparcie emocjonalne polega na tym, że w toku interakcji przekazuje się emocje podtrzymujące, uspokajające, odzwierciedlające troskę i pozytywne ustosunkowanie do osoby wspieranej. Te zachowania wspierające mają również na celu zapewnienie pewnego typu opieki. Osoby cierpiące, które odczuwają zagrożenie i przeżywają kryzys, mogą dzięki temu w pewnym stopniu uwolnić się od odczuwanych nadmiernych napięć i negatywnych uczuć, mogą wyrazić swoje obawy, swój smutek. Poprawia to samopoczucie i wpływa na samoocenę. Trafne zachowanie osoby wspierającej wyzwała też poczucie nadziei na poprawę i wyzdrowienie. Ten rodzaj wsparcia występuje najpowszechniej i nawet jeżeli nie jest ono konieczne do rozwiązania trudności, to jest oczekiwane (Heszen, Sęk, 2007).

Podsumowanie

Znaczenie emocji w rozwiązywaniu problemów ze zdrowiem i radzeniem sobie ze stresem w tej sytuacji stanowi przedmiot badań naukowych i refleksji praktyków, w tym lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów. Interdyscyplinarne podejście wydaje się stanowić właściwą drogę prowadzącą do skuteczniejszej wymiany informacji nad możliwościami ulżenia chorym w cierpieniu i dzielenia się wiedzą o znaczeniu dobrych relacji z pacjentami (Szerla 2012). Emocje stanowią tu istotny aspekt przeżywania sytuacji choroby, bólu i niepewności co do dalszej przyszłości. Badania dotyczące oczekiwań i barier w komunikacji pacjent–lekarz pokazują, że skutki negatywnych emocji przeżywanych w kontakcie z personelem szpitala i odczuwana frustracja mogą rzutować na ocenę z całości terapii przeciwbólowej prowadzonej w Poradni Leczenia Bólu (Ortenburger, 2008).

Bibliografia

- Dobrogowski J., Wordliczek J. (red.), *Medycyna bólu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Gajda Z. (red.), *Ból i cierpienie. Materiały konferencyjne*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2004.
- Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 167–168.
- Heszen-Niejodek I., *Emocje, oceny poznawcze i strategie w procesie radzenia sobie*, [w:] I. Heszen-Niejodek I. (red.), *Teoretyczne i kliniczne aspekty radzenia ze stresem psychologicznym*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2002, s. 174–197.
- Makiello-Jarża G., Gajda Z. (red.), *Ból i cierpienie*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
- Turk D.C., Winter F., *Jak pokonać chroniczny ból. Trening*, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2009.
- McCracken L.M., Eccleston Ch., *Coping or acceptance: what to do about chronic pain?*, „Pain” 2003, Vol. 105, s. 197–204.
- Ortenburger D., *Czynniki psychologiczne w bólu przewlekłym*, Akademia im. Jana Długosza, Częstochowa 2008.
- Seligman M., Walker E., Rosenhan D., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- Szerla M., *Naukowcy o bólu i nadziei*, <http://kielce.radioplus.pl/Wiadomosci/Kielce/Naukowcy-o-bolu-i-nadziei>, 2012.

Magdalena Wnęk, Grażyna Dębska

Ból i cierpienie w opinii pielęgniarek

Wprowadzenie

Ból i cierpienie stanowią nieodłączną część życia ludzkiego. Ból to zjawisko powszechne, które doświadcza każdego człowieka od zarania dziejów¹. Ludzie odczuwają go niejednokrotnie, choć z różną intensywnością, w zależności od etapu swojego życia². Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu w 1979 roku określiło go jako: „nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne przeżycie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki bądź odnoszone do takiego uszkodzenia”. Ból jest również reakcją obronną ustroju, która może świadczyć o występowaniu jakiejś choroby. Dlatego jest ważnym objawem mającym wartość diagnostyczną, gdyż bardzo często to z jego powodu chory udaje się do lekarza³. W medycynie różniane są dwa podstawowe rodzaje bólu: ostry i przewlekły.

Ból ostry jest wynikiem podrażnienia receptorów bólowych (nocyceptorów) bądź też następstwem uszkodzenia struktur układu nerwowego. Jego głównym zadaniem jest zarówno rola ostrzegawcza, jak i ochronna. Najczęściej utrzymuje się do chwili zaniku bodźca, który go wywołał⁴. Zależnie od rodzaju czynnika, który wpłynął na pobudzenie nocycceptorów, ból ostry można podzielić na fizjologiczny i kliniczny. W momencie trwania bólu fizjologicznego oddziaływujący bodziec nie powoduje uszkodzenia tkanek. Inaczej jest w wypadku bólu klinicznego, gdyż powstaje on jako efekt uszkodzenia ciała, np. ból pourazowy czy pooperacyjny. Ból ostry powinien zaniknąć po kilku lub kilkunastu dniach od podjęcia właściwego leczenia przeciwbólowego, oraz w następstwie naturalnego zdrowienia. W mo-

¹ B. Wojewoda, E. Mess, M. Motylska i in., *Ból i cierpienie dziecka – pacjenta w placówce szpitalnej*, „Onkologia Polska” 2006, t. 9, nr 4, s. 129–132.

² Wilczek-Rużyczka E., *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, [w:] *Dobro chorego w medycynie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

³ T. Radzik, *Problem bólu w opiece nad pacjentem o niepomyślnym rokowaniu*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1: *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 737–742.

⁴ D. Morończyk, *Do not resuscitate. Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji*, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2011.

mencie niepodejmowania lub w razie bezskutecznej terapii przeciwbólowej może przekształcić się z bólu ostrego w przewlekły⁵.

O bólu przewlekłym mówi się, jeżeli odczuwanie bólu utrzymuje się powyżej trzech miesięcy lub jest nadal obecne po zagojeniu uszkodzonych wcześniej tkanek. Pojawia się ono, pomimo że nie działa już bodziec drażniący receptory bólowe⁶. W przeciwieństwie do bólu ostrego, ból przewlekły nie pełni już roli ostrzegawczej, co w konsekwencji prowadzi do licznych nieprzyjemnych doznań. Może się przerodzić w „chorobę samą w sobie”, gdyż dotyka wszystkich sfer życia człowieka i znacząco je zmienia. Doświadczenie tego bólu jest tak mocne, że człowiek spycha wszystkie sprawy życiowe na dalszy plan. Skupienie uwagi w głównej mierze na bólu powoduje wzrost jego odczuwania. Może też wpływać na rozwój lęku i innych negatywnych emocji⁷ oraz na obniżenie poziomu życia⁸. Zależy to przede wszystkim od siły i długości trwania bólu, a nie od wywołującej go przyczyny⁹. To pokazuje, że przedstawiona na początku definicja bólu skupia się wyłącznie na jego funkcji biologicznej w ustroju¹⁰. A przecież jest to subiektywne doznanie zmysłowe, mocno złożone, dotykające prawie wszystkich sfer osobowości człowieka¹¹.

Bólowi towarzyszy cierpienie, które jest jego nieodłącznym elementem. Znany austriacki psychiatra i psychoterapeuta Viktor Frankl twierdzi, że jedynie człowiek może doświadczać cierpienia¹², które jest odpowiedzią organizmu na zadawany mu ból fizyczny lub psychiczny¹³. Cierpienie bywa także określane jako zespół różnorodnych doświadczeń, które są negatywnie odbierane przez jednostkę¹⁴. Doświadczenia te mogą dotyczyć zarówno sfery psychicznej, fizycznej, jak i duchowej człowieka. Do ich przyczyny zaliczyć można czynniki wewnętrzne, takie jak np. załamanie psychiczne czy przeżywanie jakichś wątpliwości, oraz czynniki zewnętrzne, jak np. choroba czy śmierć kogoś z rodziny.

W dzisiejszych czasach zdarza się dość powszechnie, że słowo cierpienie zastępowane jest innymi określeniami, takimi jak ból lub choroba. W wielu przypadkach zależy to od rodzaju nauki, która zajmuje się badaniami w tej kwestii. Nauki

⁵ R. Szulc, Z.N. Brzóz, *Ból*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009, s. 126–133.

⁶ T. Radzik, *Problem bólu w opiece nad pacjentem o niepomyślnym rokowaniu*, dz. cyt.

⁷ I. Filipczak-Bryniarska, J. Wordliczek, *Lekarz wobec bólu i cierpienia człowieka*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2008, t. 2, s. 101–108.

⁸ D. Morończyk, *Do not resuscitate...*, dz. cyt.

⁹ R. Szulc, Z.N. Brzóz, *Ból*, dz. cyt.

¹⁰ I. Filipczak-Bryniarska, J. Wordliczek, *Lekarz wobec bólu...*, dz. cyt.

¹¹ R. Szulc, Z.N. Brzóz, *Ból*, dz. cyt.

¹² E. Wilczek-Rużyczka, E. Zajkowska, K. Wojtas, *Postawy lekarzy i pielęgniarek...*, dz. cyt.

¹³ A. Dyaczyńska-Herman, *Aktualne potrzeby i możliwości niesienia ulgi w cierpieniu*, [w:] *Terminalne choroby. Hospicjum*, red. K. Gibiński, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1996.

¹⁴ L. Patyjewicz, *Doskonałąca wartość cierpienia*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, WNS KUL, Lublin 1997.

przyrodnicze częściej stosują pojęcie choroby i bólu¹⁵. Jednak takie rozumowanie, ujmujące cierpienie wyłącznie w kategoriach bólu, nie pozwala do końca zrozumieć jego istoty¹⁶. Przedstawiciele nauk humanistycznych posługują się raczej terminem cierpienia. Uważają oni, że cierpienie nie jest żadnym uczuciem, ani też bólem, ponieważ „ból może istnieć bez cierpienia, a cierpienie bez bólu”. Niektórzy twierdzą wręcz, że pojęcie bólu ma nieco „węższe” znacznie niż samo pojęcie cierpienia¹⁷.

Papież Jan Paweł II w liście apostolskim *Salvifici Doloris* pisze, że „cierpienie jest czymś jeszcze bardziej podstawowym od choroby, bardziej wielorakim, a zarazem głębiej jeszcze osadzonym w całym człowieczeństwie. Jakiś pogląd na tę sprawę daje nam rozróżnienie między cierpieniem fizycznym a cierpieniem moralnym. (...) O ile można do pewnego stopnia używać zamiennie wyrazów «cierpienie» i «ból» – to «cierpienie fizyczne» zachodzi wówczas, gdy w jakikolwiek sposób «boli ciało», «cierpienie moralne» natomiast jest «bólem duszy»”¹⁸.

Słowa Ojca Świętego pokazują, że pojmowanie cierpienia zdecydowanie wychodzi poza obszar choroby. Potwierdzeniem tego staje się fakt, że ludzie mogą cierpieć także z innych przyczyn, np. z powodu samotności, upokorzenia, starości, biedy, utraty pracy¹⁹.

Współcześnie medycyna dysponuje odpowiednimi narzędziami badawczymi, by sprawdzić, jak wielki jest ból, a także dysponuje specjalnymi procedurami, które określają, jak efektywnie można go zminimalizować, a nawet całkowicie wyeliminować. Ból w tym wypadku jest akceptowany społecznie i nie wzbudza zbyt dużych kontrowersji. Inaczej jest w przypadku przeżywanego cierpienia, bolesnych doświadczeń psychicznych czy innych negatywnych objawów. Jak dotąd zarówno cierpienie fizyczne, jak i psychiczne jest terminem dosyć nieokreślonym i problematycznym. Nie istnieje ogólna definicja, która określałaby, czym są owe nieprzyjemne doznania. To z kolei powoduje, że nie istnieją również określone standardy, czy specjalne narzędzia pomagające ocenić cierpienie oraz jego wielkość²⁰.

¹⁵ J. Makselon, *Cierpienie*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009, s. 145–149.

¹⁶ J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, E. Bączyk, *Lekarz wobec pacjenta cierpiącego na chorobę nowotworową*, [online:] <http://www.hospicjum.wagrowiec.wlkp.pl/?a=266>, dostęp: 12.11.2010.

¹⁷ J. Łuczak, *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, WNS KUL, Lublin 1997.

¹⁸ Jan Paweł II, *Salvifici Doloris – List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Watykan 1984.

¹⁹ Z. Kopański, K. Florek-Tarczoń, *Koncepcje cierpienia w poglądach studentów pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, z. 4, s. 359–363.

²⁰ E.I. Ezekiel, *Jakąż to wielką korzyść przyniosłaby legalizacja eutanazji i medycznie wspomaganego samobójstwa?*, [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki*, t. 1: red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009.

Można przedstawić następującą klasyfikację ludzkiego cierpienia:

- cierpienie fizyczne, którego przejawem może być np. choroba;
- cierpienie psychiczne, do którego zaliczyć można m.in. załamanie psychiczne;
- cierpienie duchowe – przeżywane jest w momencie np. poczucia utraty sensu życia, nieznajdywania odpowiedzi na pytanie o sens choroby²¹.

Każdy człowiek z własnego doświadczenia wie, że cierpienia te przenikają się wzajemnie i często występują razem.

Pomimo nieustannego i szybkiego rozwoju medycyny, jak dotąd cierpienia fizycznego nie udało się całkowicie wyeliminować. Tak samo cierpienie psychiczne jest obecne w świecie pomimo coraz większej zamożności i „lepszego” życia. Paradoksalnie też, im bardziej człowiek próbuje zapełnić swoją duchową pustkę sprawami przyziemnymi, tym zwiększa się również jego cierpienie duchowe²². Wśród rodzajów cierpienia wyróżnia się także:

- cierpienie zawinione i niezawinione,
- cierpienie sensowne i bezsensowne,
- krótkotrwałe i długotrwałe,
- błahe i dotkliwe,
- egzystencjalne i zwykłe,
- neurotyczne i normalne²³.

Cierpienie niezależnie od rodzaju dotyka całego człowieka²⁴, a jego przeżywanie cierpienia jest subiektywne, zależy od osobowości, od wartości, którymi człowiek kieruje się w życiu²⁵.

Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek na temat bólu i cierpienia.

Problemy badawcze sformułowano w postaci pytań badawczych, a jako główne przyjęto:

- Jak badane/-i pielęgniarki/-rze rozumieją ból i cierpienie?
- Jaka jest opinia badanych pielęgniarek/-rzy na temat sensu cierpienia?
- Czy u badanych pielęgniarek/-rzy istnieje różnica w postrzeganiu sensu cierpienia w zależności od stażu pracy i kontaktu z chorymi terminalnie?
- Czy u badanych pielęgniarek/-rzy występuje strach przed cierpieniem?

²¹ J. Makselon, *Cierpienie*, dz. cyt.

²² E. Wilczek-Rużyczka, *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, dz. cyt.

²³ J. Makselon, *Cierpienie*, dz. cyt.

²⁴ E. Wilczek-Rużyczka, *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, dz. cyt.

²⁵ Z. Kopański, K. Florek-Tarchoń, *Koncepcje cierpienia w poglądach studentów pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, z. 4, s. 359–363.

Metody i materiał badawczy

Badania prowadzono od kwietnia do sierpnia 2011 roku wśród pielęgniarek /-rzy z trzech województw: świętokrzyskiego, małopolskiego i podkarpackiego. Objęto nimi 167 pielęgniarek (w tym 157 kobiet i 10 mężczyzn) pracujących w różnych placówkach służby zdrowia. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Dobór badanej grupy był celowy.

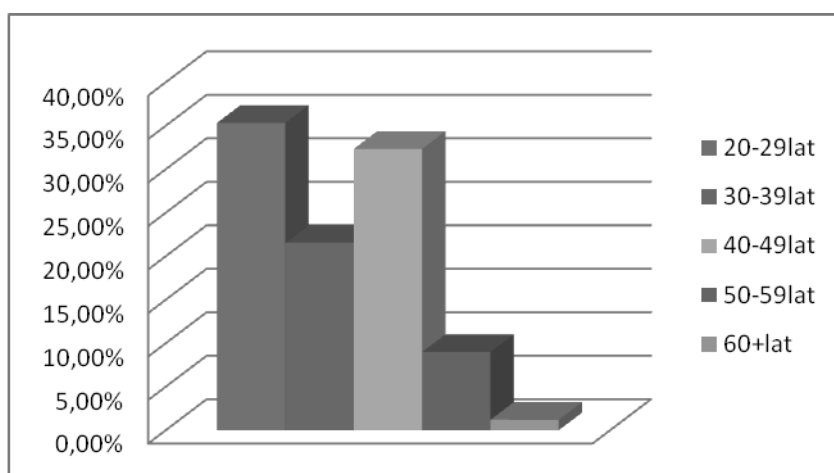
Podstawową metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z zastosowaniem techniki ankiety. Wykorzystanym narzędziem badawczym był kwestionariusz własnego autorstwa.

Kwestionariusz autorski składał się z metryczki dotyczącej danych socjodemograficznych oraz trzydziestu czterech pytań. Większość pytań miała formę zamkniętą. W siedmiu pytaniach zamkniętych poproszono o uzasadnienie konkretnych odpowiedzi. Sześć pytań było otwartych i dziewięć półotwartych. Pytania dotyczyły bólu, cierpienia, a także stanowiska wobec sensu cierpienia u badanych pielęgniarek.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z użyciem testu χ^2 . Analizowano wyniki istotne statystycznie dla $p < 0,05$.

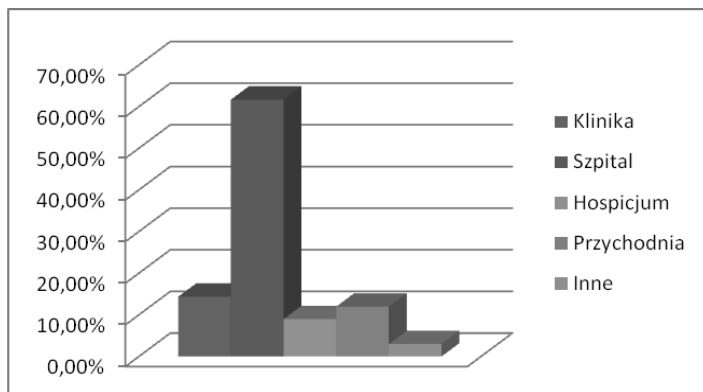
Wśród respondentów zdecydowanie przeważały kobiety, które stanowiły 94,01% (N=157), natomiast mężczyzn było jedynie 5,99% (N=10).

Najliczniejszą grupą były pielęgniarki w wieku 20–29 lat: 35,33%, nieco mniej, bo 32,34% tworzyły osoby w przedziale wiekowym 40–49 lat, następnie 21,56% w wieku 30–39 lat. Tylko 8,98% stanowili ankietowani w wieku 50–59 lat, zaś najmniejszą grupą byli badani powyżej 60. roku życia – 1,8% (wykres 1).



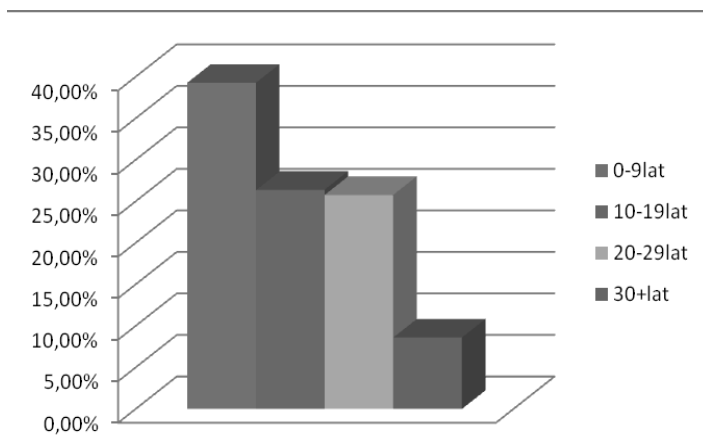
Wykres 1. Wiek badanych pielęgniarek/-rzy.

Ponad połowa ankietowanych pracuje w szpitalu – 61,68%. Zdecydowanie mniej respondentów w klinice – 14,37% i w przychodni – 11,98%. W hospicjum jedynie – 8,98% badanych. Najmniejszą grupę – 2,99%, stanowiły osoby pracujące w innych ośrodkach służby zdrowia, m.in. w domu pomocy społecznej czy w szkole (jako pielęgniarki szkolne) (wykres 2).



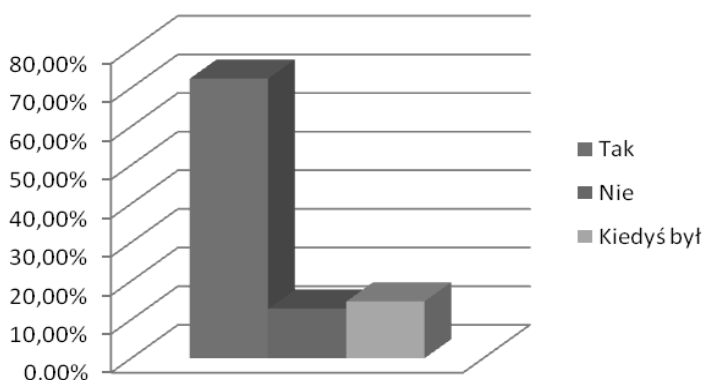
Wykres 2. Miejsce pracy badanych pielęgniarek/-rzy.

Największą grupę pod względem stażu pracy stanowiły pielęgniarki/-rze pracujący w zawodzie od 0–9 lat – 39,26%, następnie osoby pracujące 10–19 lat – 26,38%, niewiele mniej ankietowanych deklarowało się 20–29 letnim stażem, bo 25,77%. Najmniejszą grupą byli pielęgniarki/-rze pracujące/-y powyżej 30 lat w swojej profesji – 8,59% (wykres 3).



Wykres 3. Staż pracy badanych pielęgniarek/-rzy.

Kontakt z terminalnie chorymi na co dzień w pracy ma 72,39% ankietowanych. Jedynie 12,88% badanych nie ma takiego kontaktu w ogóle, a 14,72% respondentów miało kontakt w przeszłości (wykres 4).



Wykres 4. Kontakt w pracy zawodowej z terminalnie chorymi.

Wyniki badań

W odpowiedzi na pytanie, czym według badanych jest ból, najczęściej, bo 33,53% pielęgniarek odpowiedziało, że ból jest dla nich nieprzyjemnym doznaniem. Nie wiele mniej, bo 31,14%, że jest on objawem choroby, uszkodzenia organizmu. Dla 28,14% ankietowanych ból jest cierpieniem, a dla 22,75% negatywnym odczuciem. Natomiast 15,57% badanych pielęgniarek podaje, że jest odczuciem fizycznym, zaś 11,98% odczuciem psychicznym. Ból jest odczuciem subiektywnym dla 10,18% respondentów, a uniemożliwia normalne funkcjonowanie 4,79% badanych. Jako odczucie duchowe jest odbierany przez 4,19% ankietowanych. Dla 1,2% osób jest bezradnością i dla takiej samej liczby osób stanowi czynnik zmniejszający jakość życia. Inne pojedyncze definicje bólu podane przez pielęgniarki to: odczuwalna jednostka w skali od 1–10, jest czymś krótszym od cierpienia, tęsknotą za brakiem cierpienia, objawem, z którym trzeba walczyć. Odpowiedzi nie udzieliło 2,99% badanych (tabela 1).

Tabela 1. Rozumienie bólu przez badane/-ych pielęgniarki/-rzy.

Lp.	Podane odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Nieprzyjemnym doznaniem	56	33,53%
2	Objawem choroby/uszkodzenia organizmu	52	31,14%
3	Cierpieniem	47	28,14%
4	Negatywnym odczuciem	38	22,75%
5	Odczuciem fizycznym	26	15,57%
6	Odczuciem psychicznym	20	11,98%
7	Odczuciem subiektywnym	17	10,18%
8	Uniemożliwia normalne funkcjonowanie	8	4,79%
9	Odczuciem duchowym	7	4,19%
10	Bezradnością	2	1,20%
11	Czynnikiem zmniejszającym jakość życia	2	1,20%
12	Inne	4	2,40%
13	Brak odpowiedzi	5	2,99%

Źródło: badania własne.

*W tabeli policzono, jaka część badanych wybierała daną odpowiedź.

Pielęgniarki poproszono również o określenie, czym według nich jest cierpienie. Prawie połowa – 45,51% – podała, że jest to odczucie psychiczne. Natomiast odczuciem fizycznym jest dla 25,75% badanych. Dla 16,77% cierpienie jest synonimem bólu, a dla 14,37% ankietowanych następstwem bólu. Nieco mniej, bo 13,17% respondentów podała, że cierpienie jest nieprzyjemnym doznaniem. Odczuciem duchowym jest dla 8,98% badanych pielęgniarek/-rzy, a po 5,99% stwierdziło, że cierpienie jest bezradnością i bólem nie do zniesienia. 5,39% respondentów odpowiedziało, że jest strachem, lękiem i niepokojem. Tyle samo, że jest długotrwałym bólem. Odczucie emocjonalne stanowi dla 4,79% ankietowanych, a dla 4,19% ból spowodowany chorobą. Cierpienie jest wyższym wymiarem bólu dla 2,99% pielęgniarek/-rzy i dla 2,99%, jest po prostu stanem człowieka. Dyskomfort stanowi dla 2,4% badanych, holistycznie obejmuje człowieka – 2,4%, jest częścią życia – 2,4%, oraz stanowi odpowiedź na działające bodźce również dla 2,4% ankietowanych. Choroba czy śmierć bliskiej osoby jest cierpieniem dla 1,8% respondentów, dla takiej samej liczby zaś trudem, niemocą, stratą i przeszkodą. Dolegliwością jest dla 1,2%, oraz niedosytem szczęścia – 1,2%. Inne, pojedyncze odpowiedzi wymieniane przez pielęgniarki to: cierpienie jest doświadczeniem pozytywnym dla człowieka, żalem za tym, co nieosiągalne, utraczone, dyskresem, stanem niezależnym od woli człowieka. Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 5,39% ankietowanych (tabela).

Tabela 2. Rozumienie cierpienia przez badane/-ych pielęgniarki/-rzy.

Lp.	Podane odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Odczuciem psychicznym	76	45,51%
2	Odczuciem fizycznym	43	25,75%
3	Synonimem bólu	28	16,77%
4	Następstwem bólu	24	14,37%
5	Nieprzyjemnym doznaniem	22	13,17%
6	Odczuciem duchowym	15	8,98%
7	Bezradnością	10	5,99%
8	Bólem nie do zniesienia	10	5,99%
9	Strachem, lękiem, niepokojem	9	5,39%
10	Długotrwałym bólem	9	5,39%
11	Odczuciem emocjonalnym	8	4,79%
12	Bólem spowodowanym chorobą	7	4,19%
13	Wyższym wymiarem bólu	5	2,99%
14	Stanem człowieka	5	2,99%
15	Dyskomfortem	4	2,40%
16	Obejmuje holistycznie człowieka	4	2,40%
17	Częścią życia	4	2,40%
18	Odpowiedzią na działające bodźce	4	2,40%
19	Chorobą/śmiercią bliskiej osoby	3	1,80%
20	Trudem, niemocą, startą, przeszkodą	3	1,80%
21	Dolegliwością	2	1,20%
22	Niedosytem szczęścia	2	1,20%
23	Inne	4	2,40%
24	Brak odpowiedzi	9	5,39%

Źródło: badania własne.

* W tabeli policzono, jaka część badanych wybierała daną odpowiedź.

Kolejne pytanie miało na celu uzyskanie informacji, czy według pielęgniarek/-rzy ból i cierpienie to synonimy. Z badań wynika, że dla 64,07% respondentów są to słowa o takim samym znaczeniu. Przeciwnego zdania było 31,74% ankietowanych. Do braku wiedzy na ten temat przyznało się 4,19% badanych (tabela 3).

Tabela 3. Czy ból i cierpienie to synonimy według badanych pielęgniarek/rzy

Lp.	Możliwe odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze		
		N	%	
1	Tak	46	27,54%	64,07%
2	Raczej tak	61	36,53%	
3	Nie	37	22,16%	31,74%
4	Raczej nie	16	9,58%	
5	Nie wiem	7	4,19%	

Źródło: badania własne.

Pielęgniarki, które odpowiedziały, że ból i cierpienie to nie są synonimy, poproszono, aby podały, jaka według nich jest pomiędzy nimi różnica. Dla zdecydowanej większości badanych – 86,79% ból jest doznaniem fizycznym, a cierpienie psychicznym. Wśród respondentów 28,3% twierdzi, że można cierpieć, nie odczuwając bólu, a 26,42%, że cierpienie obejmuje całego człowieka. Nieco mniej, bo 9,43% ankietowanych uważa, że ból jest objawem choroby, zaś 7,55%, że może on być przyczyną cierpienia. Natomiast 5,66% podała, że to właśnie cierpienie może stanowić przyczynę bólu. Dla 3,77% pielęgniarek cierpienie psychiczne daje objawy bólu fizycznego. Inne pojedyncze odpowiedzi to: ból jest składową cierpienia dla 1,89% badanych i również dla 1,89% cierpieniem może być ból innej osoby. Odpowiedzi nie udzieliło 5,66% badanych (tabela 4).

Tabela 4. Różnica pomiędzy bólem a cierpieniem w opinii badanych pielęgniarek/-rzy.

Lp.	Podane odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Ból to doznanie fizyczne. Cierpieć można psychicznie	46	86,79%
2	Można cierpieć nie odczuwając bólu	15	28,3%
3	Cierpienie obejmuje całego człowieka	14	26,42%
4	Ból to objaw choroby	5	9,43%
5	Ból może być przyczyną cierpienia	4	7,55%
6	Cierpienie może być przyczyną bólu	3	5,66%
7	Ból można zniwelować lekami, a cierpienia nie	3	5,66%
8	Cierpienie psychiczne daje objawy bólu fizycznego	2	3,77%
9	Ból to składowa cierpienia	1	1,89%
10	Cierpieniem może być ból innej osoby	1	1,89%
11	Brak odpowiedzi	3	5,66%

Źródło: badania własne.

* W tabeli policzono, jaka część badanych wybierała daną odpowiedź.

Ankietowane pielęgniarki/-rzy zapytano także o znajomość rodzajów cierpienia. Ponad połowa badanych wymieniła cierpienie fizyczne – 64,07%, oraz psychiczne – 62,87%. Nieco mniej, bo 22,16% respondentów wskazało cierpienie w chorobie, 20,96% cierpienie duchowe, a 6,59% emocjonalne. Zaś 5,99% badanych podała cierpienie egzystencjalne. Utrata kogoś bliskiego jest rodzajem cierpienia dla 5,39% ankietowanych. Niewielka część, bo 4,19% jako rodzaj cierpienia wskazała ból, i tyle samo, bo 4,19% respondentów wymieniło cierpienie społeczne. Dla 3,59% badanych pielęgniarek/-rzy istnieje jeszcze cierpienie moralne, a dla 1,2% miłosne. Cierpieniem są także wyrzuty sumienia – według 1,2%, oraz lęk, strach i trauma – dla 1,2%. Inne rodzaje cierpienia, które wymienili ankietowani, to: długotrwałe – 0,6%, krótkotrwałe – 0,6%, cierpienie niewiedzy – 0,6%, niezawinione – 0,6%. Do braku znajomości rodzajów cierpienia przyznało się 17,96% respondentów (tabela 5).

Tabela 5. Rodzaje cierpienia według badanych pielęgniarek/-rzy

Lp.	Podane odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze	
		N	%
1	Fizyczne	107	64,07%
2	Psychiczne	105	62,87%
3	W chorobie	37	22,16%
4	Duchowe	35	20,96%
5	Emocjonalne	11	6,59%
6	Egzystencjalne	10	5,99%
7	Utrata kogoś bliskiego	9	5,39%
8	Ból	7	4,19%
9	Społeczne	7	4,19%
10	Moralne	6	3,59%
11	Miłosne	2	1,20%
12	Wyrzuty sumienia	2	1,20%
13	Lęk, strach, trauma	2	1,20%
14	Długotrwałe	1	0,60%
15	Krótkotrwałe	1	0,60%
16	Cierpienie niewiedzy	1	0,60%
17	Niezawinione	1	0,60%
18	Nie wiem	30	17,96%

Źródło: badania własne.

* W tabeli policzono, jaka część badanych wybierała daną odpowiedź.

Kolejne pytanie miało na celu sprawdzenie, czy dla badanych pielęgniarek/-rzy cierpienie ma sens. Analiza wyników pokazała, że ponad połowa – 56,29% – odpowiedziała, że tak. Przeciwnego zdania było 28,75% respondentów. Opinii na ten temat nie ma 12,57%, a odpowiedzi nie udzieliło 2,4% badanych (tabela 6).

Tabela 6. Czy cierpienie ma sens według badanych pielęgniarek/-rzy

Lp.	Możliwe odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze		
		N	%	
1	Tak	44	26,35%	56,29%
2	Raczej tak	50	29,94%	
3	Nie	37	22,16%	28,75%
4	Raczej nie	11	6,59%	
5	Nie wiem	21	12,57%	
6	Brak odpowiedzi	4	2,40%	

Źródło: badania własne.

Chciano dowiedzieć się również, czy stanowisko pielęgniarek wobec sensu cierpienia jest zależne od konkretnych czynników związanych z pracą zawodową, m.in. od kontaktu z chorymi terminalnie, czy też od stażu pracy. Jednak na podstawie zastosowanego testu oraz dostępnych danych stwierdzono, że zależność między postrzeganiem sensu cierpienia a kontaktem z chorymi terminalnie jest nieistotna statystycznie (tabela 7).

Tabela 7. Sens cierpienia według badanych pielęgniarek z uwzględnieniem kontaktu z chorymi terminalnie

Kontakt z terminalnie chorymi	Czy cierpienie ma sens według badanych pielęgniarek				Analiza statystyczna
	Tak	Nie	Nie wiem	Razem	
	N	N	N	N	
	%	%	%	%	
Tak	65	35	18	118	Chi ² = 5,99; p = 0,306
	55,08%	29,66%	15,25%	100,00%	
Nie	29	13	3	45	
	64,44%	28,89%	6,67%	100,00%	
Razem	94	48	21	163	
	57,67%	29,45%	12,88%	100,00%	

Źródło: badania własne.

* 4 osoby nie udzieliły odpowiedzi, N=163.

Także analiza różnic w postrzeganiu sensu cierpienia w zależności od stażu pracy pokazała, że ta zależność jest nieistotnie statystycznie (tabela 8).

Tabela 8. Sens cierpienia według badanych pielęgniarek z uwzględnieniem stażu pracy.

Staż pracy	Czy według badanych pielęgniarek cierpienie ma sens				Analiza statystyczna
	Tak	Nie	Nie wiem	Razem	
	N %	N %	N %	N %	
0–9 lat	37	14	7	58	Chi ² = 9,48; p = 0,45
	63,79%	24,14%	12,07%	100,00%	
10–19 lat	24	12	3	39	
	61,54%	30,77%	7,69%	100,00%	
20 lat i więcej	33	22	11	66	
	50,00%	33,33%	16,67%	100,00%	
Razem	94	48	21	163	
	57,67%	29,45%	12,88%	100,00%	

Źródło: badania własne.

* 4 osoby nie udzieliły odpowiedzi, N=163.

Jedno z ostatnich pytań miało na celu uzyskanie informacji, czy wśród ankietowanych występuje strach przed cierpieniem. Zdecydowana większość respondentów – 80,84% – odpowiedziała, że tak. Jedynie 8,98% badanych podało, że nie boi się cierpienia, zaś 10,18% pielęgniarek/-rzy nie wie, czy odczuwa strach przed cierpieniem (tabela 9).

Tabela 9. Czy badane/-i pielęgniarki/-rze boją się cierpienia.

Lp.	Możliwe odpowiedzi	Badane/-i pielęgniarki/-rze		
		N	%	
1	Tak	85	50,90%	80,84%
2	Raczej tak	50	29,94%	
3	Nie	9	5,39%	8,98%
4	Raczej nie	6	3,59%	
5	Nie wiem	17	10,18%	

Źródło: badania własne.

Wnioski

Przeprowadzone badania wśród pielęgniarek/-rzy pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

- Najczęściej definiowano ból jako „nieprzyjemne doznanie” oraz „objaw choroby” czy „uszkodzenia organizmu”, natomiast cierpienie jako „odczucie psychiczne”.
- Duża część ankietowanych uważa, że ból i cierpienie to synonimy.
- Najczęściej wymieniane rodzaje cierpienia to fizyczne i psychiczne.
- Ponad połowa pielęgniarek/-rzy zadeklarowała/-o, że dostrzega sens cierpienia.
- Różnice w postrzeganiu sensu cierpienia w zależności od stażu pracy i kontaktu z chorymi terminalnie są nieistotne statystycznie.
- Zdecydowana większość pielęgniarek/-rzy boi się cierpienia.

Bibliografia

Dyaczyńska-Herman A., *Aktualne potrzeby i możliwości niesienia ulgi w cierpieniu*, [w:] *Terminalne choroby. Hospicjum*, red. K. Gibiński, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1996.

Ezekiel E.I., *Jakąż to wielką korzyść przyniosłaby legalizacja eutanazji i medycznie wspomagane samobójstwa?*, [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki*, t. 1, red. W. Galewicz, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009.

Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J., *Lekarz wobec bólu i cierpienia człowieka*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2008, t. 2, s. 101–108.

Gadacz T., *Enigma cierpienia*, „Znak” 1998, nr 5(516), 29–40.

Jan Paweł II, *Salvifici Doloris – List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Watykan 1984.

Kopański Z., Florek-Tarczoń K., *Koncepcje cierpienia w poglądach studentów pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, z. 4, s. 359–363.

Łuczak J., *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, WNS KUL, Lublin 1997.

Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Bączyk E., *Lekarz wobec pacjenta cierpiącego na chorobę nowotworową*, [online:] <http://www.hospicjum.wagrowiec.wlkp.pl/?a=266>, dostęp: 12.11.2010.

Makselon J., *Cierpienie*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009, s. 145–149.

Morończyk D., *Do not resuscitate. Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji*, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2011.

Patyjewicz L., *Doskonaląca wartość cierpienia*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Blocka, W. Otrębski, WNS KUL, Lublin 1997.

Radzik T., *Problem bólu w opiece nad pacjentem o niepomyślnym rokowaniu*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1, *Założenia teoretyczne*, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 737–742.

Ryn Z., *Cierpienie ma tysiąc twarzy: Jan Paweł II i chorzy*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1988.

Szulc R., Brzózny Z.N., *Ból*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2009, s. 126–133.

Wilczek-Rużyczka E., *Empatia u lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, [w:] *Dobro chorego w medycynie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

Wilczek-Rużyczka E., Zajkowska E., Wojtas K., *Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, „Psychoterapia” 2008, nr 1 (144), s. 79–89.

Wojewoda B., Mess E., Motylska M. i in., *Ból i cierpienie dziecka – pacjenta w placówce szpitalnej*, „Onkologia Polska” 2006, t. 9, nr 4, s. 129–132.

Bezpieczna terapia bólu z udziałem profesjonalnie przygotowanych pielęgniarek gwarantem jakości opieki okołoperacyjnej

Wprowadzenie

Na podstawie światowych doniesień oraz rekomendacji Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (PTBB) niedostateczne leczenie bólu, a szczególnie bólu pooperacyjnego, uznano za bardzo istotny problem związany z jakością świadczonych usług medycznych. Stwierdza się, że źle leczony ból może okazać się przyczyną występowania powikłań, przedłużających czas hospitalizacji, a taki stan wymusza dodatkowe koszty leczenia. Nieprawidłowa kontrola bólu w większości jest wynikiem błędów organizacyjnych w placówkach ochrony zdrowia. Powołanie w szpitalu zespołu leczenia bólu ma na celu nie tylko optymalizację jego kontroli, lecz także podniesienie bezpieczeństwa pacjenta w okresie okołoperacyjnym. Uczestnictwo profesjonalnie przygotowanych pielęgniarek w leczeniu bólu staje się gwarantem właściwego poziomu satysfakcji hospitalizowanego pacjenta. Do zadań pielęgniarek zespołu leczenia bólu należą: prowadzenie systematycznej kontroli natężenia bólu, rejestracja w medycznej dokumentacji jego poziomu, prowadzenie terapii bólu we współpracy z anestezjologiem i lekarzem prowadzącym. Usystematyzowany sposób leczenia bólu, oparty na rekomendacjach towarzystw naukowych, stwarza szpitalom możliwość ubiegania się o certyfikacje tych działań. Leczenie bólu pooperacyjnego tylko wówczas może przynieść oczekiwane rezultaty terapeutyczne, kiedy organizacja leczenia bólu pooperacyjnego będzie realizowana w sposób zapewniający warunki bezpieczeństwa pacjenta. Gwarantem dobrze pojętej współpracy w tym zakresie jest wymiana doświadczeń oraz ustawiczne szkolenie personelu pielęgniarskiego w tym zakresie.

Celem pracy była próba oceny poziomu natężenia bólu u pacjentów po operacjach chirurgicznych, torakochirurgicznych, urologicznych objętych opieką przez profesjonalnie przygotowane pielęgniarki, realizujące terapię bólu właściwie zorganizowaną, zgodnie z zaleceniami PTBB.

Materiał i metody – dla oceny natężenia bólu u pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym dokonano analizy dokumentacji medycznej, a w szczególności kart leczenia bólu ze 100 historii choroby. W analizie wzięto pod uwagę techniki zabiegów operacyjnych, monitorowanie natężenia bólu pooperacyjnego oraz

udział pielęgniarek w terapii bólu pooperacyjnego. Do analizy statystycznej poziomu natężenia bólu wykorzystano test niezależności Chi-kwadrat x 2.

Wyniki i ich omówienie

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze. Szpital liczy 10 oddziałów medycznych, w tym 3 zabiegowe: Szpital posiada dobrze rozwinięte zaplecze diagnostyczne zapewnia około 19000–20000 hospitalizacji rocznie, z tego około 8000 w oddziałach zabiegowych. Blok operacyjny wykonuje około 3500 zabiegów operacyjnych w różnych typach znieczulenia. Szpital posiada Certyfikat Akredytacyjny CMJ – od 2006 r., Certyfikat Jakości ISO 9001:2008 – 2006 rok, Certyfikat „Szpital bez bólu” – od 2009 r. W placówce wdrożono ogólnoszpitalną procedurę leczenia bólu zgodnie ze standardem akredytacyjnym OP 6 – ocena skutecznego leczenia bólu w szpitalu. W zespole terapeutycznym oprócz anestezjologa i koordynującej pielęgniarki anestezjologicznej, w terapii bólu pooperacyjnego bezpośrednio uczestniczą pielęgniarki z oddziałów zabiegowych, które ukończyły kurs specjalistyczny „Terapia bólu ostrego u dorosłych”. Przy takiej organizacji w zespole terapia przeciwbólowa może być prowadzona u wszystkich pacjentów, którzy tego wymagają.

W myśl obowiązujących aktualnie przepisów znoszenie bólu pooperacyjnego jest obowiązkiem personelu medycznego jako nieodłącznego elementu realizowanych kompleksowo świadczeń z zakresu opieki specjalistycznej. Pacjent otrzymuje pełną informację na temat możliwości i metod leczenia bólu, jego natężenia, jakiego może spodziewać się po zabiegu operacyjnym. Informacji takich udziela pacjentowi zarówno lekarz, jak i pielęgniarka. Pacjent ma prowadzony regularny pomiar natężenia bólu. Szpital jest zobowiązany do prowadzenia właściwej dokumentacji z postępowania przeciwbólowego u każdego operowanego pacjenta. Zatem personel medyczny zobowiązany do realizacji specjalistycznych procedur medycznych. Personel pielęgniarski uczestniczy w kursach specjalistycznych z zakresu terapii bólu ostrego.

Tabela 1. Podział chorych ze względu na płeć i grupy wiekowe

Kategoria zabiegów operacyjnych	Wiek pacjentów			Liczebność grupy		
	Średnia	Min.	Max.	Kobiety	Mężczyźni	Razem
I	61,0	28,8	86,4	5	4	9
II	62,7	30,3	87,1	6	24	30
III	47,3	24,9	76,3	8	12	20
IV	60,4	30,3	82,1	7	14	21
Łącznie	58,0	24,9	87,1	34	66	100

Sklassyfikowano zabiegi na IV kategorii, zgodnie z zaleceniami PTBB. Większość operowanych pacjentów znalazło się w kategorii zabiegów o spodziewanym wysokim stopniu natężenia bólu. W grupie badanych pacjentów znaleźli się pacjenci w wieku od 24,9 do 87,1 lat, gdzie średni wiek wynosił 58 lat.

Do monitorowania natężenia bólu wykorzystano trzystopniową Skalę Szpitala Księcia Henryka – Prince Henry Hospital Pain Score (PHHPS). Skala od 0 do 3, gdzie: 0 – oznacza brak bólu; 1 – ból przy kaszlu; 2 – ból przy głębokim oddychaniu; 3 – ból ciągły. Terapię przeciwbólową dobierano zależnie od rodzaju i zakresu zabiegu operacyjnego.

Tabela 2. Ocena natężenia bólu pooperacyjnego w dobie operacyjnej – wartości χ^2

Pomiar					
Natężenie bólu	I	II	III	IV	RAZEM
0	0,428	0,51	0	1,80	2,738
1	0,324	0,05	0,32	0,05	0,744
2	0,53	0,32	0,99	0,08	1,920
3	1,62	0,24	0,03	2,329	4,219
RAZEM	2,902	1,12	1,34	4,259	9,621=χ^2

Przeprowadzono analizę statystyczną w oparciu o test χ^2 . Jeżeli $\chi^2 < \chi^2_{a; (w-1)(k-1)}$ – nie ma podstaw do odrzucenia H_0 o niezależności cech. Otrzymany wynik $\chi^2 = 9,621 < 10,66$ przy wartości krytycznej 0,3 oraz stopniu swobody 9. Należy przyjąć hipotezę zerową, gdzie stwierdza się zbieżność w wykorzystaniu skali przez badanych. Oznacza to, że w dobie „0”, 30% badanych wykorzystało wszystkie elementy skali natężenia bólu w jednakowym stopniu. Natomiast 70% badanych wykorzystało tylko wartość jeden. W dobie operacyjnej mamy do czynienia z przedłużonym działaniem znieczulenia ogólnego, które ma duży wpływ na odczuwanie bólu przez pacjenta. Wszyscy pacjenci mają zlecone multimodalne leczenie przeciwbólowe przez anestezjologa prowadzącego znieczulenie do zabiegu operacyjnego. Anestezjolog zleca leczenie przeciwbólowe bezpośrednio po zabiegu operacyjnym w karcie leczenia bólu ze wskazaniem godzin podania leków. Większość pacjentów nie odczuwa ostrego bólu, ponieważ o określonej godzinie otrzymuje leki przeciwbólowe. Pielęgniarka podaje leki przeciwbólowe, nie czekając na nasilenie się bólu u pacjenta.

Tabela 3. Ocena natężenia bólu pooperacyjnego w dobie pierwszej – wartości χ^2

Pomiar							
Natężenie bólu	I	II	III	IV	V	VI	RAZEM
0	1,354	0,362	0,065	0,105	1,244	1,000	3,13
1	0,046	0,452	0,01	0,072	0,526	0,065	1,171
2	0,161	0,014	0,595	0,909	1,032	0,161	4,782
3	2,688	0,699	0,682	0,220	0,170	0,664	5,123
RAZEM	4,249	1,527	1,352	1,306	2,972	1,89	14,206

W kolejnej dobie pooperacyjnej, w wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej przy pomocy testu χ^2 , gdzie $\chi^2 < \chi^2_{\alpha; (w-1)(k-1)}$ – nie ma podstaw do odrzucenia H_0 o niezależności cech. Otrzymany wynik $\chi^2 = 14,206 < 14,34$ przy wartości krytycznej 0,51 i stopniu swobody 15. Należy również przyjąć hipotezę zerową. Oznacza to, że w dobie „1”, 50% badanych przyporządkowana jest jedna wartość natężenia bólu (jest to wartość 1). Natomiast drugie 50% badanych wykorzystało wszystkie elementy skali natężenia bólu w jednakowym stopniu. Oznacza to, że ból był niejednorodny u połowy badanych pacjentów.

Tabela 4. Ocena natężenia bólu pooperacyjnego w dobie drugiej – wartości χ^2

Pomiar							
Natężenie bólu	I	II	III	IV	V	VI	RAZEM
0	0,306	0,814	0,62	0,435	0,435	1,107	3,717
1	0,158	0,779	0,461	0,280	0,280	1,034	2,992
2	0,452	0,266	0,452	0,441	0,441	0,390	2,442
3	0	0	0	0	0	0	0
RAZEM	0,916	1,859	1,533	1,156	1,156	2,531	9,151

W kolejnej dobie $\chi^2 \geq \chi^2_{\alpha; (w-1)(k-1)}$ – co pozwala odrzucić H_0 na rzecz hipotezy alternatywnej. $\chi^2 = 9,151 > 8,55$ przy wartości krytycznej na poziomie ufności 0,9 oraz stopniu swobody 15. Oznacza to, że w dobie „2” tylko 10% badanych było zróżnicowanych w wykorzystaniu wartości skali natężenia bólu. Natomiast 90% badanych wykorzystało elementy skali natężenia bólu w stopniu 0–1. Daje to podstawy do stwierdzenia, że druga doba stała się przełomem w natężeniu bólu pooperacyjnego u pacjentów. Wykorzystanie skali natężenia bólu w dobach 0 i I, wskazuje na minimalizację natężenia bólu. Dość druga jest pewnego rodzaju przełomem w natężeniu bólu pooperacyjnego.

Tabela 5. Liczebności otrzymane *fo* w dobie trzeciej

Pomiar	I	II	III	IV	V	VI	RAZEM
Natężenie bólu							
0	21	20	21	22	22	23	129
1	8	9	8	7	7	6	45
2	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
RAZEM	29	29	29	29	29	29	174

Ocena natężenia bólu pooperacyjnego w dobie trzeciej nie wymaga analizy statystycznej. Natężenie bólu w dobie trzeciej było wyraźnie jednorodne i układało się tylko na poziomie 0 i 1. Taki wynik stanowi podstawę do tego, aby stwierdzić, że terapia bólu ostrego u operowanych pacjentów w okresie pooperacyjnym była prawidłowa.

Natężenie bólu w dobie trzeciej było wyraźnie jednorodne i układało się tylko na poziomie 0 i 1. Taki wynik stanowi podstawę do tego, aby stwierdzić, że terapia bólu ostrego u operowanych pacjentów w okresie pooperacyjnym była prawidłowa.

Bardzo ważnym elementem klinicznej opieki pielęgniarskiej jest monitorowanie parametrów życiowych i utrzymanie ich na stabilnym poziomie. Taki stan gwarantuje optymalne i bezpieczne warunki terapii bólu i wykorzystania do tego celu ciągłej regionalnej analgezji. W opiece pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjentów w okresie pooperacyjnym przywiązuje się dużą wagę do systematycznego monitorowania parametrów życiowych. Ciągła rejestracja wartości ciśnienia tętniczego krwi, jak i pozostałych parametrów życiowych, stanowi gwarancję prawidłowo prowadzonej terapii przeciwbólowej, a zarazem są gwarantem bezpieczeństwa pacjenta w okresie pooperacyjnym. Zadania te powinny być realizowane przez zespoły pielęgniarskie profesjonalnie przygotowane do sprawowania opieki około- i pooperacyjnej.

Dyskusja

Polskie Towarzystwo Badania Bólu dostarcza danych świadczących o niezadowalającym stanie leczenia bólu w polskich szpitalach. Dostępne publikacje dowodzą, że leczenie bólu pooperacyjnego w większości szpitali w centralnej i południowej Europie nie jest prowadzone w sposób optymalny – taki wniosek płynie z wyników badania PATHOS (Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey)¹.

¹ J. Wordliczek, *O praktyce walki z bólem. Leczenie bólu*, „Rynek Zdrowia” 2009, s. 4–5.

Przeprowadzona analiza daje podstawy do tego, żeby postulować o obejmowanie pacjentów po operacjach zawsze specjalistycznym nadzorem w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego. Nadzór nad pacjentami z prowadzoną ciągłą analgezą regionalną powinien być sprawowany przez zespoły anestezjologiczne. Praca pielęgniarek oddziałów zabiegowych wymaga specjalistycznej wiedzy, ustawicznego kształcenia. Istnieją dowody na to, że leczenie bólu przynosi korzyści zarówno dla pacjenta, jak i dla szpitala. W przypadku planowego leczenia bólu pooperacyjnego niezbędna jest wcześniejsza, pełna informacja dla pacjenta na temat proponowanego leczenia przeciwbólowego, jak i uzyskania zgody pacjenta na proponowane leczenie przeciwbólowe. J. Dobrogowski i J. Wordliczek wskazują, że program certyfikacji szpitali przyczynia się do ciągłego wzrostu poziomu edukacji personelu medycznego, monitorowania bólu u wszystkich pacjentów oraz standaryzacji uśmierzania bólu pooperacyjnego, co bezpośrednio przekłada się na komfort i satysfakcję pacjentów. Jednocześnie zaobserwowano trend do skracania okresu hospitalizacji po zabiegu, co może wskazywać, że standaryzacja pooperacyjnej opieki przeciwbólowej może być dla szpitali efektywna ekonomicznie².

Niniejsze badanie wykazało, że usystematyzowany udział pielęgniarek oddziałów zabiegowych w terapii bólu pooperacyjnego przyczynia się do optymalizacji terapii bólu ostrego u pacjentów w okresie pooperacyjnym. Misiólek H. podkreśla, że dynamiczny rozwój badań nad bólem ostrym – pooperacyjnym, umożliwiającą poznanie jego mechanizmów oraz wprowadzenia do powszechnego użytku metod i środków stosowanych w postępowaniu przeciwbólowym spowodował istotny wzrost zainteresowania tą problematyką. Zaowocowało to pojawieniem się publikacji na łamach czasopism medycznych oraz, z praktycznego punktu widzenia, powstaniem zespołów leczenia bólu ostrego (Acute Pain Service – APS) w placówkach ochrony zdrowia³.

Dobrogowski i wsp. podkreślają, że analgeza multimodalna jest metodą z wyboru i powinna być stosowana wszędzie, gdzie jest to możliwe, ponieważ zakłada używanie leków o różnych mechanizmach działania. Połączenie leków o różnym punkcie uchwytu działania wykazuje większą skuteczność analgetyczną i minimalizuje ich objawy niepożądane. Analgeza zbilansowana oznacza stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) z opioidami lub technik znieczulenia miejscowego w zależności od indywidualnych wskazań dla chorego. Wybór leków i metody leczenia bólu po zabiegach chirurgicznych zależą od rozległości operacji, okolicy operowanej, stanu klinicznego i wieku pacjenta, jak i od obecności przeciwwskazań do wykonania analgezji regionalnej czy zastosowania niektórych leków. Nie bez znaczenia wydaje się dostępność do specjalistycznego sprzętu i leków oraz wyszkolenie zespołu anestezjologicznego⁴.

² J. Wordliczek, J. Dobrogowski, *Program „Szpital bez bólu” – co dała certyfikacja*, „Ból” 2010, nr 11, s. 33–34.

³ H. Misiólek, A. Kwosek, *Zasady organizacji Zespołu Leczenia Bólu opartego na analgezji regionalnej*, „Ból” 2009, nr 10 (2), s. 60–66.

⁴ J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Leczenie bólu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

Misiołek H. podkreśla, że tylko profesjonalnie wyszkolony zespół i większa dostępność do specjalistycznego sprzętu pozwalają na bezpieczne i szersze zastosowanie zaawansowanych, wysokospecjalistycznych technik uśmierzania bólu pooperacyjnego⁵.

Obydwje autorzy wskazują na niedostateczny udział personelu pielęgniarskiego w realizacji zadań zespołów leczenia bólu. Specjalistyczna wiedza i umiejętności pielęgniarki anestezjologicznej oraz czynny ich udział w organizacji leczenia bólu w jednostkach ochrony zdrowia może przynieść wymierne korzyści dla poprawy organizacji leczenia bólu.

Uśmierzanie bólu zatem jest bardzo istotnym zagadnieniem w pracy każdej pielęgniarki a szczególnie tej, która realizuje zadania zawodowe wobec pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Istotą roli pielęgniarek w terapii bólu jest profesjonalne przygotowanie ich do pełnienia zadań w zakresie jego terapii w codziennej pracy zawodowej. Szkolenie z zakresu terapii bólu ostrego musi mieć określoną wartość merytoryczną i musi być prowadzone w oparciu o jednoznaczne wytyczne z zakresu leczenia bólu pooperacyjnego, opracowanego przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i współdziałające z nim towarzystwa naukowe⁶. Wykorzystanie w kształceniu podyplomowym pielęgniarek treści zawartych w oficjalnych wytycznych jest gwarancją realizowania szkolenia na wysokim poziomie i jego zgodności z aktualną wiedzą medyczną. Usystematyzowanie treści kształcenia umożliwi uzyskanie wiedzy i umiejętności w każdym miejscu realizacji takiego szkolenia. Biorąc pod uwagę bardzo ważne cele, jakie powinny być realizowane przez pielęgniarki w terapii bólu ostrego, należy określić treści kształcenia podyplomowego dla tej specjalności. Właściwy poziom wiedzy medycznej i umiejętności wynikowe dają podstawę do określenia specjalistycznych czynności i za tym idących uprawnień dla pielęgniarki, która ukończy ten rodzaj kształcenia. Uzyskane kwalifikacje w wyniku ukończenia kursu specjalistycznego spowodują, iż znikną dotychczasowe wątpliwości dotyczące zakresu kompetencji pielęgniarek działających aktywnie w zespołach leczenia bólu. Zważywszy na uzasadnioną potrzebę udziału profesjonalnie wyszkolonych pielęgniarek w terapii bólu u pacjentów w okresie pooperacyjnym, należy podkreślić, że tylko taki stan przygotowania zawodowego pozwala na bezpieczne i szersze zastosowanie zaawansowanych, wysokospecjalistycznych technik uśmierzania bólu pooperacyjnego. Podsumowując, można stwierdzić, iż status samodzielności w wykonywaniu zawodu pielęgniarki zobowiązuje do zmian w funkcjonowaniu modelu ich pracy zawodowej. Rozszerza się zakres medycznych czynności z udziałem pielęgniarek czy położnych. Poza pielęgnacją pacjentów pielęgniarki bezpośrednio uczestniczą w nieinwazyjnych i inwazyjnych procedurach diagnostycznych i leczniczych. Taki stan rzeczy

⁵ H. Misiołek, A. Kwosek, H. Kucia, P. Stoksik, P. Knapik, *Czy zespoły leczenia ostrego bólu powinny zaistnieć w strukturach organizacyjnych naszych szpitali?*, „Anestezjologia Intensywna Terapija” 2004, nr 36, s. 214–219.

⁶ J. Dobrogowski i wsp., *Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008*, „Ból” 2008, t. 9, nr 2, s. 9–22.

stawia przed współczesną pielęgniarką wymogi ustawicznego kształcenia oraz dostosowania swojej wiedzy i umiejętności do wymogów wykonywanej specjalności. Przekazywanie wiedzy i kształtowanie nowych umiejętności na kursach specjalistycznych z zakresu terapii bólu ostrego daje podstawy do ich profesjonalnego przygotowania w zakresie terapii bólu pooperacyjnego.

Wnioski

1. Możliwości wyboru odpowiednich metod i technik analgezji pozwalają na optymalne leczenie bólu, pod warunkiem zaangażowania całego zespołu terapeutycznego.
2. Wartości natężenia bólu w bezpośrednim okresie pooperacyjnym były wyższe niż w kolejnych dobach, ale ból się zmniejszał.
3. Uzyskane wyniki wyraźnie uzasadniają konieczność nadzorowania pacjentów w okresie pooperacyjnym na Salach/Oddziałach Nadzoru Pooperacyjnego pod opieką profesjonalnie przygotowanego do tych zadań personelu pielęgniarskiego.
4. Organizacja leczenia bólu u pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym przyniosła oczekiwany efekt terapeutyczny.

Bibliografia

- Dobrogowski J., Wordliczek J., *Leczenie bólu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- Bonica J. i wsp., *Postępowanie z bólem*, Lea i Febiger, Filadelfia 1990, s. 159–178, 461–480.
- Campbell J., *Pain: Advocacy and Policy*, American Pain Society, 1995.
- Dobrogowski J. i wsp., *Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008*, „Ból” 2008, t. 9, nr 2, s. 9–22.
- Jędrychowski W., Penar A., *Statystyczna analiza wyników badań naukowych w medycynie i biologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Misiołek H., Kwosek A., Kucia H., Stoksik P., Knapik P., *Czy zespoły leczenia ostrego bólu powinny zaistnieć w strukturach organizacyjnych naszych szpitali?*, „Anestezjologia Intensywna Terapia” 2004, nr 36, s. 214–219.
- Misiołek H., Kwosek A., *Zasady organizacji Zespołu Leczenia Bólu opartego na analgezji regionalnej*, „Ból” 2009, nr 10 (2), s. 60–66.
- Scherpereel P., *Cierpienie w ujęciu filozoficznym*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2009, nr 3, s. 386–388.

Wordliczek J., *O praktyce walki z bólem. Leczenie bólu*, „Rynek Zdrowia” 2009, s. 4–5.

Wordliczek J., Dobrogowski J., *Program „Szpital bez bólu” – co dała certyfikacja*, „Ból” 2010, nr 11, s. 33–34.

Małgorzata Chodak

Kończyny fantomowe

To, czego nie ma, bardziej reaguje niż to, co jest.

Są to słowa jednego z pacjentów po amputacji kończyny opisanego w tym opracowaniu. Słynny prof. Ronald Melzack, który był tradycyjnym naukowcem, po kontakcie z chorymi po amputacjach wypowiedział inne zdanie, na owe czasy szokujące, zaś aktualnie już udowodnione naukowo i potwierdzone badaniami obrazowymi mózgu: „Nie potrzeba wcale ciała, aby je czuć”. Doznania fantomu są zjawiskiem powszechnym. Bóle fantomowe są rodzajem bólów neuropatycznych. W ich powstawaniu biorą udział zarówno mechanizmy pochodzenia centralnego, obwodowego, jak i psychologicznego.

Zaprezentuję trzech chorych z mojego ponad 25-letniego doświadczenia w pracy klinicznej nad doznaniem fantomu. Interwencja psychoterapeutyczna z elementami somatoterapii wobec tych pacjentów obejmowała: relaksację całego ciała, ćwiczenia oddechowe, pracę z dotykiem fantomu – w tym wykorzystanie teleskopowości fantomu z efektem zmniejszania bólu, terapię lustrzaną V. Ramachandra (mirror visual feedback – także w kombinacjach z dotykiem), uwzględniając indywidualny kontekst sytuacyjny pacjenta oraz jego własne możliwości radzenia sobie z bólem (Chodak, 2002a, b, 2003a, b, 2004).

PACJENT 1

Andrzej N. 73 lata, z zawodu technik samochodowy.

Zgłasza się 2,5 tygodnia po amputacji prawej dłoni. Pierwsza wizyta 29.03.2006 r. w Poradni Zdrowia Psychicznego, gdzie wtedy pracowałam. Prezentował obraz bardzo cierpiącego człowieka.

Z wywiadem bólowym trwającym 2 lata 3 miesiące. Z problemami snu i bólu poszukiwał pomocy w paru Poradniach Bólu w Polsce. Nie odczuwał wyraźnej poprawy mimo środków farmakologicznych i blokad.

Ponad dwa lata wcześniej w Toronto w Ośrodku Leczenia Raka po badaniu obrazowym wskazywano na chorobę nowotworową, lecz nie uzyskano potwierdzenia w badaniach histopatologicznych. Wobec tego nie był leczony w tym kierunku.

Skarżył się na bóle całego ciała: bóle w klatce piersiowej, bóle kręgosłupa, łopatek, nogi. Podawał, że kikut prawej ręki boli go „częściowo”. Uskarżał się też na postępujący spadek kondycji – „dzień po dniu czuję się coraz słabiej” – mówił. W nocy wybudzał się 5–6 razy. Spał krótko: od pół godziny do godziny. Udało mu się zasnąć przed południem.

Pokazywał zgrubienia na podudziu po stronie zewnętrznej, w kostkach „jakby mi ktoś zaciskał opaski”. Na te dolegliwości pomagały trochę masaże. Z leków zażywał: Ibuprofen, Aspirynę, Ketonal („lecz działał paradoksalnie”). Stwierdzono też zatrucie antybiotykami.

W ciągu ostatnich 2 lat przeszedł następujące zabiegi operacyjne: w 2004 r. częściowe wycięcie rozciągniętego dłoniowego ręki prawej, w 2005 r. operacyjne leczenie zespołu cieśni nadgarstka po stronie prawej, amputację palca trzeciego ręki prawej w wyniku ropowicy ręki z podejrzeniem procesu neo oraz wycięcie rozciągniętego dłoniowego powierzchownego ręki prawej.

Rozpoznanie główne brzmiało: choroba Dupuytriena o nietypowym obrazie klinicznym (*Mb. Dupuytrien manus dex.*).

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu i kontaktu z chorym stwierdziłam zespół przewlekłego bólu (totalnego) oraz stan żałoby po utraconej kończynie. Ponieważ pacjent uskarżał się na ból dolnej części kikuta podczas pierwszej wizyty, wykonano pracę polegającą na kontakcie dotykowym z fantomem dłoni, który sprawiał wrażenie skróconego przy kikucie, jakby wsuniętego w kikut. Ze względu na znaczny już stan wyniszczenia pacjenta podczas wszystkich wizyt towarzyszyła mu żona, pomagając mu w czynnościach ruchowych i zmianie pozycji ciała.

Oto kolejne wpisy z kolejnych sześciu wizyt:

- 30.03.06 r. Rozmowa na temat dolegliwości bólowych. Relaksacja całego ciała, biorąc pod uwagę stan uogólnionego bólu, lęku i zmęczenia. Psychoedukacja dotycząca powstawania fantomu. Poradnictwo.
- 31.03.06 r. Pacjent zgłasza poprawę snu po terapii i większą sprawność ruchową, np. przy wychodzeniu z samochodu. II relaksacja całego ciała. Psychoedukacja na temat pozytywnej, przystosowawczej roli kończyny fantomowej. Poradnictwo.
- 03.04.06 r. Zauważył pojawienie się apetytu, lepszy sen i możliwość sprawniejszego poruszania się. III relaksacja. Próby rozróżniania bólu od innych doznań fantomowych.
- 04.04.06 r. Podaje wzrastający apetyt. Zdecydowanie lepszy sen. IV relaksacja. Ćwiczenie z lustrem V. Ramachandrana, polegającym na obserwowaniu odbicia w lustrze zdrowej ręki. Dotyk w kontakcie z fantomem. Pacjent relacjonuje uczucie bólu fantomowego na zewnątrz dłoni fantomowej (poza kikutem).
- 05.04.06 r. Zdecydowana zmiana charakteru bólu w kończynie resztkowej. Ból mniejszy, umożliwiający zasypianie. Skarży się na bóle promieniujące do miednicy, uda. Oczekuje na wynik histopatologiczny. V relaksacja. II procedura pu-

dełka z lustrem V. Ramachandrana. Podczas ćwiczenia z dotykiem poczuł odciągnięcie fantomu dłoni na około pół metra na zewnątrz od kikuta. Poradnictwo.

- 07.04.06 r. Żona podaje podejrzenie lekarzy w kierunku neo. Skierowany na badania płuc, USG brzucha, rtg kręgosłupa. Zalecono Tramadol co 6 godzin 20 kropli. Czuje się wyspany. Ma „wilczy apetyt”. Ogólne bóle znacznie się zmniejszyły. VI relaksacja. III procedura pudełka z lustrem V. Ramachandrana. Podczas pracy z dotykiem podaje całkowity zanik bólu i doznań fantomu. Pacjent wyraża zadowolenie i wdzięczność z efektów psychoterapii.

Zmarł nagle 16.04.06 r. Żona, obserwując w nocy „różnicę oddechów”, wezwała pogotowie. Stwierdzono zgon. Przez ostatni tydzień nie odczuwał bólu fantomowego i domagał się coraz to nowych potraw. Cieszył się komfortem, jakiego doświadczał.

PACJENT 2

Stanisław S., lat 61, kierowca, po technikum kolejowym.

Po amputacji lewej kończyny dolnej na wysokości jednej czwartej górnej uda. Po wypadku samochodowym w 1987 r. i złamaniu miednicy. 14 lat walczył o uratowanie kończyny. Przeszedł 21 zabiegów operacyjnych, w tym były przeszczepy, implanty itp. Skrócenie kości udowej lewej wynosiło 15 cm. W 2001 roku, nie widząc perspektyw ratowania nogi, zgodził się na amputację. 18 lat chodzi o kulach. Leczy się na osteoporozę. Jest po dwóch zawałach serca. Pozostaje w leczeniu kardiologicznym w Programie Ostrego Zespołu Wieńcowego. Wywiad bólowy po amputacji wynosi dziesięć lat.

Zgłosił się do Instytutu Psychoterapii Integratywnej w Krakowie, szukając pomocy w związku ze stanem psychicznym, dolegliwościami bólowymi i „desperacją”. Lekarze, z którymi się kontaktował wcześniej, nie potrafili mu pomóc, w początkowej fazie leki przeciwbólowe nie działały. Usłyszał, że „na te bóle nie ma ratunku”.

Podczas pierwszej wizyty (17.06.2011 r.) jako główny problem zgłasza brak nadziei na poprawę wobec dojmujących doznań bólowych. „Nie mogę sobie poradzić ze sobą i z bólem. Można wrzeszczeć albo kłaść” – mówi.

Opisuje je następująco:

- czuję wbijanie gorących, rozpalonych gwoździ,
- przeszywanie gorącym prętem od stopy do kikuta,
- rwanie i gorąco w stopie,
- najgorsze noce, nie mogę spać,
- ból nie pozwala mi się uspokoić,
- moja stopa płonie.

To były słowa pacjenta. W literaturze na temat doznań fantomu znajdujemy analogiczne skargi pacjentów zilustrowane i opisane w sposób następujący:

A)

- cramping – skurcz, drganie;
- shooting – rwanie, ból przeszywający, kłujący;
- stabbing – kłucie, dżganie, pchnięcie nożem, ból rozrywający, ostry;
- burning – palenie, przypalenie, parzenie, płonąć, palić się.

B)

- odczucie zaciskania imadłem w kostce,
- palce stopy ściśnięte w obcęгах,
- wbite gwoździe w stopę,
- stopa w ogniu, „płonąca stopa”.

Zatrzymując się nad doznaniem ognia, zacytuję zdania z artykułu, w którym autorzy Boicie (1989) i Riddoch (1938) opisują bóle fantomowe pacjentów (Dysesthetic Burning).

Oto wybrane z nich:

- Ból gorszy od bólu.
- Jakby moje ciało było w trakcie pochłaniania przez ogień.
- Jak piekielne najgorętsze noże rozdzierające moje ciało.
- Jakby moje ciało było w trakcie odrywania od całości ciała.
- Jakby obcy bólowy potwór opanował moje ciało i zapalił płomieniem moją cielesność.
- Nieopisane palenie.
- Jakby moje ciało wypalało się.

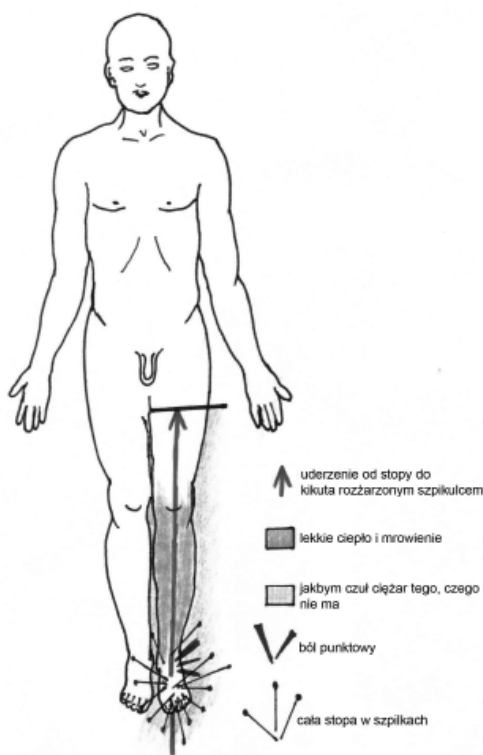
Bóle tego rodzaju opisywane przez chorych są jako „piekielne” lub „dantejskie”, a w literaturze „Dante-esque” pain.

Oto rysunek omawianego pacjenta wykonany podczas piątego spotkania terapeutycznego, 5.08.2011 r. Swoje dolegliwości naniósł na rysunek postaci ludzkiej (rysunek 1).

„Uderzenie od stopy rozżarzonym szpikulcem”, który nie pojawił się od 3 tygodni, przedstawił kolorem czerwonym, Bał się zwykle tego nagłego „uderzenia” np. podczas jazdy samochodem. „Ból punktowy” i „całą stopę w szpilkach” zaznaczył kolorem ciemnozielonym. „Lekkie ciepło i mrowienie” przedstawił na pomarańczowo, a odczucie ciężaru – „jakbym czuł ciężar tego, czego nie ma” – na niebiesko.

To nowe wrażenie, którego nie było do tej pory. Fantom kończyny amputowanej pacjent odczuwał w tej samej długości, jaką mierzyła kończyna po wielu zabiegach operacyjnych przed amputacją. To znaczy była krótsza o około 15 cm. Fantom odbierał jako wiotki, bez wagi, wahający się na boki, „był jak szmata”. Pacjent bory-

kał się z dyskomfortem podczas zmiany pozycji ciała, wchodzenia w drzwi, windy, przy zwrotach i obrotach ciała. Podczas terapii z samym fantomem stosowany był dotyk oraz lustro V. Ramachandrana. Podczas pracy z dotykiem, wykorzystującym efekt teleskopowości fantomu, pojawiały się wrażenia ciepła, mrowienia oraz ciężaru fantomowej kończyny, przynosząc komfort stabilności oraz zanikania ruchów na boki. Raz uzyskaliśmy odczucie położenia stopy na podłożu, ale nie oparcia. Jakby fantom „pamiętał” o braku fragmentu kości. Podczas ostatniego spotkania modyfikując pracę z lustrem i dotykiem, w wyniku bardzo dobrej relacji psychoterapeutycznej z pacjentem, pojawiły się wrażenia związane z odczuciem kostnym. Pacjent poczuł się komfortowo, przeżywając poczucie całości ciała.



Rysunek 1. Pacjent 2: doznania fantomu podczas terapii.

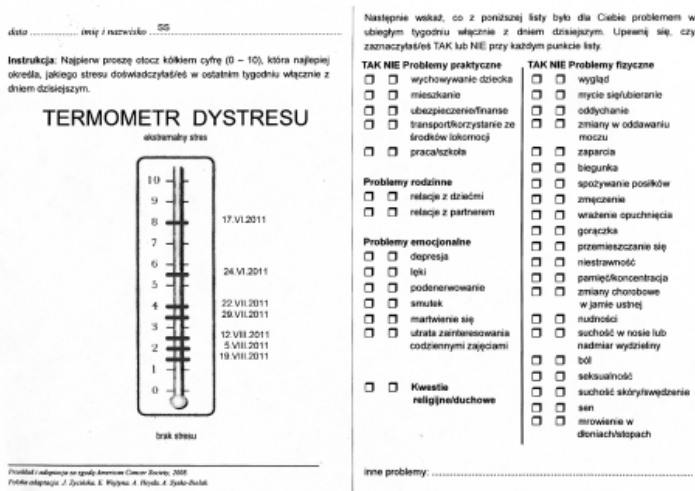
Wówczas powrócił do incydentu wypadku. Pamięta, że krzyknął do sanitariuszy: „Nie zapomnijcie zabrać mojej nogi!”. A potem poszedł do światła. Dopiero po tygodniu zaczął odzyskiwać świadomość. To był trudny powrót do życia po głębokich zaburzeniach świadomości: nie rozpoznawał osób bliskich, nie wiedział, gdzie się znajduje, jak się nazywa...

Doświadczenie Stanów Bliskich Śmierci oraz przekroczenia granic swojego ciała przewartościowały mu życie (Grün 1997, Lommel 2010a, b). Dlatego poczucie całości, ciągłości i stabilności ciała podczas pracy z dotykiem były dla niego ważne. Był wtedy zintegrowany (Hunter 2008).

Do wykonywania samodzielnie w domu pacjent miał zalecone ćwiczenia oddechowe oraz terapię lustrzaną, którą starał się ćwiczyć dwa razy dziennie. Prowadził dzienniczek bólów i doznań fantomowych, co pozwalało mu na śledzenie zmian w dolegliwościach i wydłużających się okresach ulgi (nawet do paru dni bez bólu) oraz snu. Podczas kolejnych wizyt omawialiśmy proces zachodzących różnic.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na długotrwały i złożony proces, jakim jest przystosowanie po amputacji (Pain Management, 2006; Rhodes, 2001, Sherman). Doświadczenie amputacji wiąże się z bólem, który ujemnie wpływa na mobilność i jakość życia. Współczesne badania pokazują związek pomiędzy bólem poamputacyjnym a emocjonalnym dystresem. Pacjenci z wywiadem bólowym ponad 10 lat zgłaszają symptomy Zespołu Stresu Pourazowego (zwłaszcza po wypadkach), z przewagą stanów depresyjnych i lękowych (Desmond, 2006; Livneh, 2000; Mozumdar, 2010).

„Termometr Dystresu” jest narzędziem o charakterze samoopisowym, do oceny poziomu dystresu. Ułatwia komunikację w zakresie najważniejszych problemów związanych z chorobą i procesem leczenia. Wykazuje dużą czułość w wykrywaniu depresji i zaburzeń lękowych. Składa się ze skali wzrokowo-analogowej, mierzącej poziom dystresu i 35 pozycji dotyczących problemów rodzinnych, praktycznych, emocjonalnych, duchowych i fizycznych. Wypełnianie całości zajmuje mniej niż 5 minut (Bultz, 2006).



Rysunek 2. Pacjent 2: Proces zmiany poziomu dystresu w czasie.

Na rysunku 2 na skali wzrokowo-analogowej uwidoczniiony jest wyraźny proces zmiany poziomu dystresu podczas kolejnych spotkań psychoterapeutycznych. Zwykle podczas wizyt pytam pacjentów, w jaki sposób sami sobie radzą oraz czy znaleźli własną metodę na obniżenie dolegliwości bólowych i lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym pomimo swojego cierpienia. Ten pacjent podzielił się ze mną odkrytymi przez siebie „środkami znoszącymi ból, dodającymi energii i siły do przetrwania”. Są to:

- Odmawianie różańca zwykle rano i w samochodzie. Na temat zmian w zachowaniu i odczuciach pod wpływem doświadczeń religijnych istnieje bogata literatura badawcza z zastosowaniem badań obrazowych mózgu (Chodak, 2000, 2006; O’Leary, 2011). Wiele lat temu miałam okazję widzieć podczas wizyty chorych prowadzonej przez prof. Wiktora Degę w Poznaniu zakonnika, który uległ wypadkowi komunikacyjnemu i stracił obie nogi. Leżał na sali chorych amputowanych, którzy odreagowywali swój stan agresją. A zakonnik z długą białą brodą siedział i przekładał paciorki różańca. Miał niezwykle złagodzoną, spokojną twarz. Nie korzystał z żadnych środków przeciwbólowych, które miał do dyspozycji. Nigdy nie zapomnę tej twarzy symbolizującej transformację cierpienia.
- Towarzyszenie psa. Gdy odmawia różaniec, wówczas jego pies labrador Roni, siada przy nim i kładzie głowę na zdrowym udzie i trwa w bezruchu, aż jego pan skończy. Pies przy aktualnie mniejszym bólu mniej czasu spędza przy kończynie fantomowej.
- Śpiew trzech tenorów: Placido Domingo, José Carrerasa i Luciano Pavarottiego. W domu i w swoim samochodzie ma zestawy płyt i kaset. Gdy przychodzą silne bóle w domu włącza utwory muzyczne na pełną głośność. Wówczas „stapia się” z muzyką i głosem, staje się jednością z brzmieniem tonów i wibracji. I bólu nie ma. Ponieważ on jest całym sobą w muzyce. Poza realnością. I czuje się szczęśliwy. Gdy zapytałam, co się dzieje z bólem palącym i odczuwaniem ognia, odpowiedział, że najlepiej pomaga mu na ten rodzaj odczuć Placido Domingo. Najskuteczniej „gasi ogień” *Granada* w jego niezwykle energetycznej interpretacji, zwłaszcza z koncertów z lat 1986, 1987 z Londynu i Puerto Rico. Wrażenie ognia zmniejszało się aż do zaniku.

W doświadczeniu klinicznym spotkałam się niejednokrotnie ze stanem zanikania bólu, gdy nie pomagały silne środki przeciwbólowe przy włączeniu do procesu terapii muzyki. Przeżycie *katharsis* w efekcie powodowało zmianę nastawienia do choroby, do samego siebie i stylu życia (Chodak, 2000, 2005, 2006, 2011).

Doniesienia z literatury naukowej potwierdzają wpływ muzyki na ciało, emocje i sferę duchową. Są to między innymi badania związane z rezonansem ustrojowym, reakcją systemu immunologicznego (Ig.A), obniżeniem poziomu stresu (obniżeniem katecholamin, kortyzolu, produkcją endorfin). Wywołanie zmniejszenia bólu może być wynikiem zmian percepcji polisensorycznej (Klimas-Kuchtova, 2010; Łuciuk-Wojczuk, 2010).

Podczas siedmiu spotkań nastąpiła zmiana jakości życia: pacjent stał się mniej drażliwy, spokojniejszy, aktywniejszy. Cieszy się z poprawy relacji z najbliższymi, powrotu do czynności, które lubił wykonywać dawniej, takich jak gotowanie, pieczenie. Wykazuje większe zainteresowanie i zajmowanie się trzema wnukami, czerpie radość z poszerzenia zakresu czynności w domu. Rodzina odkrywa go na nowo: od lat się nie uśmiechał, zapomnieli i nie wiedzieli, jaki może być pomysłowy, z inwencją przygotowując obiady dla całej rodziny.

PACJENT 3

Edward T., lat 35, z zawodu ekonomista.

Po amputacji połowy ramienia lewego, do której doszło w wyniku zmiżdżenia podczas wypadku samochodowego w lutym 2011 r. Przyjeżdża z żoną pół roku po amputacji. W Przemysłu stosował się do zaleceń lekarskich i był u psychologa z powodu bólów fantomowych. Leczyć bóle nie ustępowały. Zrozpaczona żona zapoznała się z dostępną literaturą na ten temat. Sami stosowali metodę lustra V. Ramachandran. Także bez rezultatu. Najgorszym dla pacjenta objawem było, że „dłoń, która cały czas żyje” – tak mówił o kończynie fantomowej – przy wygiętej i zgiętej za plecami ręce, przyjmuje pozycję sztywnego zgięcia palców, jakby rozcapierzonych. Przypominających szpony krogulca. Nie jest w stanie wówczas wykonać żadnego ruchu ręką z powodu dojmującego bólu. Ponieważ wyczerpali możliwości związane z poszukiwaniem ulgi w bólu, teściowa, w najlepszej wierze zaproponowała wizytę u uzdrowiciela. Pojechali, czekali w kolejce, a gdy uzdrowiciel wysłuchał historii o dłoni krogulca na plecach, wybiegł. Po chwili wrócił z wodą święconą i głośno zaczął wypędzać diabła z pacjenta.

Rodzina, ochłonawszy z pierwszego wrażenia, przy żywej reakcji oczekujących na korytarzu, mocno przejętych obecnością diabła, szybko ewakuowała pacjenta. Wystąpiły zwiększone dolegliwości bólowe, lęk, bezsenność oraz poczucie bezradności po przeżytych stresie.

Pacjent podaje, że w początkowym okresie po amputacji doznawał wrażeń zimna (wypadek miał miejsce w lutym), potem ognia, wrażeń rozlanej gorącej wody lub kwasu wzdłuż fantomu ramienia, przedramienia i dłoni. „Moją rękę palił ogień” – mówił.

Podczas tej wizyty przeprowadziłam relaksację całego ciała, pracę z fantomem za pomocą dotyku w pozycji leżącej. Pacjent poczuł się lepiej i bezpieczniej, przekonując się, że nie budzi obaw w związku z owładnięciem „mocami piekielnymi”.

Podczas pracy z dotykiem uczestniczył aktywnie w zmianie pozycji palców dłoni fantomowej. Wizualizując ból, zmienialiśmy kolorystykę bólu z czerwonego na zielony. Na końcu ocenił ból w skali dziesięciostopniowej na 3 punkty.

Następnie z pacjentem i żoną przeprowadziłam edukację na poziomie ogólnym na temat:

- powstawania fantomów,
- przedstawienia ilustracji z artykułów zachodnich dotyczących pozycji zgiętej ręki,
- fantomowej do przodu tułowia i przeniesionej do tyłu,
- efektu teleskopowości fantomu,
- plastyczności mózgu,
- techniki stosowania lustra V. Ramachandrana,
- skracania się długości ramienia i przedramienia fantomowej ręki,
- zaleceń wykonywania ćwiczeń oddechowych w domu.

Po miesiącu pacjent zadzwonił, informując, że ręka coraz rzadziej skręca się do tyłu. Najczęściej ma ją przed sobą. Dłoń zachowuje swoją wielkość, natomiast skracają się ramię i przedramię. Zmniejszyło się napięcie usztywnionych palców. Pracuje w swoim zawodzie, radząc sobie z dolegliwościami pomimo występującego jeszcze bólu, ale „jakościovie innego”.

W ocenie skuteczności stosowanych interwencji pacjenci ci na pierwszym miejscu ustawili dotyk, następnie relaksacje oraz techniki oddechowe. Terapia lustrzana, nawet jeśli była wykonywana w domu z komfortem czasowym, nie przynosiła zauważalnych różnic. Wyjątek stanowią wspólne spotkania psychoterapeutyczne z kombinacją dotyku.

Ból i cierpienie są również treścią naszego życia. Podczas terapii znajdujemy miejsce na wsłuchanie się w ból i „zaprzyjaźnienie” się z nim. Prowadzimy dialog z bólem, dialog z fantomem, zaakceptowanie w różnym stopniu występujących zmienności. Ważnym elementem jest wyrażenie wdzięczności do tych części swojego ciała, które służyły nam przez wiele lat lub do pewnego czasu.

Bibliografia

- Bultz B.D., Holland J.C., *Emotional distress in patients with cancer: the six vital sign*, „Psychosocial Oncology” 2006, Vol. 3, No. 5, s. 311–314.
- Chodak M., *Głębokie przeżycia religijne – wartość duchowa i terapeutyczna w sytuacji choroby terminalnej*, „Sztuka Leczenia” 2000, t. 3, s. 91–96.
- Chodak M., *Formy psychoterapii w bólach fantomowych*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 2002a, Vol. 53, Suppl. 4, s. 101.
- Chodak M., *Mysterious pain. Touch of phantom*, 12th European Symposium of Somatotherapy and 5th European Symposium of Psychosomatic Education, 25–27.10.2002. Materiały zjazdowe, Kraków 2002b.

Chodak M., *Fenomen bólów, odczuć i kończyn fantomowych w świetle współczesnej wiedzy i psychoterapii*, [w:] *II Spotkania Otwarte „Unicorn” 2003: „Żyj z chorobą nowotworową”*, red. A. Czupryna, J. Wordliczek, Materiały naukowe, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003a, s. 37–41.

<http://www.unicorn.org.pl/konferencje/artykuly2/fenomen.htm>.

Chodak M., *Kończyny fantomowe – doznania implikujące badania nad plastycznością, reorganizacją korową oraz pozacielesną świadomością*, 13th European Symposium Somatotherapy, 6th European Symposium of Psychosomatic Education, 24–26.10.2003. Materiały zjazdowe, Kraków 2003b.

Chodak M., *Doznania kończyn fantomowych w świetle współczesnej wiedzy*, „Współczesna Onkologia” 2004, Vol. 8, No. 3, Suppl. 1, s. 64–65.

Chodak M., *Bonding – tendresse and De Aegypto*, „The Healing Breath Journal – a Journal of Breathwork Practice, Spirituality and Psychotherapy” 2005, Vol. 6, No. 1, s. 6–15, [on line:] THB6105.pdf.

Chodak M., *Neuropsychimmunologiczne programowanie w procesie gojenia ran, redukcji bólu i zachowania narządu*, „Nowotwory” 2006, Vol. 56, Suppl. 4.

Chodak M., *Mit i metafora w psychoterapii chorych nowotworowych*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.

Desmond D.M., MacLachlan M., *Affective Distress and Amputation – Related Pain Among Older Men with Long – Term, Traumatic Limb Amputations*, „Journal of Pain and Symptom Management” 2006, Vol. 31, No. 4, s. 362–368, Dysesthetic Burning. PainOnline – Dysesthetic Burning.htm.

Grün A., *Życie ze śmierci*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1997.

Hunter J.P., Katz J., Davis K.D., *Stability of Phantom Limb Phenomena after Upper Limb Amputation: A Longitudinal Study*, 2008 [on line:] KAT099.pdf.

Klimas-Kuchtowa E., *Synergiczne oddziaływanie muzyki w psychologicznej relacji pomagania*, [w:] *Muzykoterapia. Tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność*, red. P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich, Wrocław 2010, s. 37–43.

Livneh H., Antonak R.F., Gerhardt J., *Multidimensional Investigation of the Structure of Coping Among People with Amputations*, „Psychosomatics” 2000, Vol. 41, No. 3, s. 235–244.

Lommel Van Pim, *Zmiany w zachowaniu człowieka po przeżyciu śmierci klinicznej*, [w:] *Wieczna świadomość. Naukowa wizja „Życia po życiu”*, red. Lommel Van Pim, Art Vitae, Warszawa 2010a, s. 59–82.

Lommel Van Pim, *Consciousness Beyond Life. The Science of the Near-Death Experience*, HarperOne 2010b, USA.

Łuciuk-Wojczuk A., *Muzykoterapia w procesie odzyskiwania zdrowia przez pacjentów z chorobami onkologicznymi*, Akademia Muzyczna w Krakowie, Kraków 2010.

Mozumdar A., Roy S.K., *Depression in adult males with lower extremity amputation and its bio-social correlates*, „Health” 2010, Vol. 2, No. 8, s. 878–889.

Nikolajsen L., Jensen T.S., *Phantom Limb Pain*, „British Journal of Anaesthesia” 2001, Vol. 87 (1), s. 107–116.

O’Leary D., Beauregard M., *Duchowy mózg. Neuronaukowa argumentacja za istnieniem duszy*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.

Pain Management and the Amputee, 2006, [on line:] [painmgmt.pdf](#).

Rhodes L., *Phantom Limb Pain*, s. 369–378, 2001 [on line:] [MSPhantomLimb.pdf](#).

Sherman R.A., *Pain after amputation: a lifelong problem?*, [on line:] [painamputation1.pdf](#).

Magdalena Kocot-Kępska,
Anna Przeklasa-Muszyńska, Jan Dobrogowski

Funkcjonalne zespoły bólowe: fibromialgia, przewlekły idiopatyczny ból twarzy

Funkcjonalne zespoły bólowe obejmują szereg schorzeń o niewyjaśnionej dokładnie etiologii. Do grupy tej zaliczane są wszelkie objawy lub dyskomfort fizyczny zgłaszane przez pacjenta, a niemające uzasadnienia fizjologicznego lub organicznej przyczyny, pomimo przeprowadzenia pełnej i dokładnej diagnostyki klinicznej, łącznie z badaniami obrazowymi. Większość pacjentów, u których występują funkcjonalne zespoły bólowe, to kobiety, stąd też częste jest zjawisko niedocenywania tych objawów przez lekarzy i składanie ich na karb nerwicy. Jest to postępowanie błędne, gdyż na obecnym etapie wiedzy istnieją dowody, iż takie zespoły bólowe nie odzwierciedlają konkretnej patologii narządowej, ale są związane z istotnymi zmianami neurobiologicznymi, fizjologicznymi oraz niekiedy anatomicznymi w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Istniejące zaburzenia w obrębie OUN skutkują także zmianami czynnościowymi na obwodzie – zmienionymi właściwościami nocyceptorów i komórek układu immunologicznego, nie wiadomo jednak, jaka jest dokładna rola patologii na obwodzie, szczególnie w podtrzymywaniu zaburzonych relacji neuroendokrynnych OUN – narząd obwodowy.

W etiologii funkcjonalnych zespołów bólowych mogą odgrywać rolę zaburzenia funkcji autonomicznego układu nerwowego, osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, zaburzenia funkcji układu immunologicznego i komórek gładkich, zaburzenia mikroflory bakteryjnej jelit, nadwrażliwość nocyceptorów układu trzewnego, a także wzmacnianie doznań bólowych na poziomie OUN, jednakże jak dotąd etiologia ta nie jest dokładnie poznana ani potwierdzona. U pacjentów w przebiegu funkcjonalnych zespołów bólowych w badaniach eksperymentalnych wykazano obecność nadwrażliwości na eksperymentalne bodźce bólowe, a także na bodźce niebolesne – słuchowe, zapachowe i smakowe. W badaniach fMRI oraz testach psychofizycznych wykazano także zaburzoną funkcję zstępujących układów antynocyceptywnych DNIC – *diffuse noxious inhibitory control*, a w fMRI także nasiloną odpowiedź neuronalną na bodźce bólowe. Badania obrazowe wykazały także zmniejszoną gęstość i grubość korowej substancji szarej w obrębie miejsc związanych z afektywną i poznawczą reakcją na ból. Dodatkowo stwierdzano także w przeprowadzanych testach psychologicznych zaburzenia poznawcze.

W powstawaniu funkcjonalnych zespołów bólowych istotną rolę może odgrywać polimorfizm genetyczny, płeć żeńska, trauma okresu wczesnodziecięcego, np. przemoc w rodzinie, a czynnikiem wyzwalającym może być infekcja, uraz, inne stresory psychologiczne i fizyczne.

Do funkcjonalnych zespołów bólowych zaliczamy:

- somatyczne zespoły bólowe – fibromialgia, zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchwowego, idiopatyczny ból twarzy, bóle krocza, przewlekłe bóle krzyża;
- trzewne zespoły bólowe – zespół jelita nadwrażliwego, śródmiąższowe zapalenie pęcherza, bóle w klatce piersiowej;
- zespoły niebólowe – zespół przewlekłego zmęczenia, zespół stresu pourazowego, zaburzenia nastroju i zaburzenia afektywne, somatyzacja.

W badaniach klinicznych wykazano, że zespoły te posiadają wspólną etiologię, podobne czynniki ryzyka, a także wykazano częstsze współwystępowanie i wzajemne nakładanie się tych schorzeń u pacjentów.

Choć nie są to zwykle schorzenia zagrażające życiu, to jednak w istotny sposób obniżają jego jakość, prowadząc niekiedy do trwałej niesprawności. Szacuje się, że w USA około 15% pacjentów otrzymuje rentę z powodu objawów fibromialgii.

Fibromialgia (FM) jest jednym z częściej występujących zespołów funkcjonalnych i jest definiowana jako uogólniony, rozlany, przewlekły ból w układzie mięśniowo-szkieletowym z tkliwością uciskową mięśni szkieletowych i struktur przystawowych, z współwystępującymi objawami, wśród których najczęściej spotykane są zaburzenia snu, zaburzenia vegetatywne, zmęczenie i zaburzenia afektywne. U chorych z FM obserwuje się występowanie nadwrażliwości na bolesne bodźce, zarówno w miejscach bolesnych, jak i niebolesnych, obniżony próg bólu na bodźce termiczne, mechaniczne, elektryczne, akustyczne oraz nasilone czasowe sumowanie bólu. Fibromialgia ma stopniowy samoistny lub pourazowy początek. Ból jest opisywany jako uporczywe, rozlane, głębokie, tępe, tętniące odczucie w mięśniach, najczęściej o charakterze stałym.

Częstość występowania w populacji ogólnej ocenia się na 0,7–3,3%, do siedmiu razy częściej u kobiet niż mężczyzn, choć opisywano również 21-krotnie częstsze występowanie u kobiet. Większość pacjentów to osoby w wieku średnim: 40–60 lat.

Podobnie jak w przypadku innych zespołów funkcjonalnych, u pacjentów z FM stwierdza się częstsze niż w ogólnej populacji współwystępowanie innych schorzeń funkcjonalnych, takich jak depresja, lęk, zespół jelita drażliwego, zmęczenie i zespół przewlekłego zmęczenia, zaburzenia snu, bolesne miesiączkowanie, śródmiąższowe zapalenie pęcherza, przewlekłe bóle krzyża i zespół bólowo-dysfunkcyjny stawu skroniowo-żuchwowego, co może sugerować wspólny mechanizm patofizjologiczny, leżący u podłoża tych chorób.

Kryteria diagnostyczne rozpoznawania FM zostały zaproponowane i opublikowane przez American College of Rheumatology w 2010 roku, eliminując z poprzednich kryteriów z 1990 roku konieczność badania palpacyjnego punktów tkliwych, a podkreślając dla rozpoznania FM znaczenie takich objawów jak:

1. Wskaźnik rozległości bólu (*widespread pain index* – WPI) ≥ 7 i stopień natężenia objawów (*symptom severity score*) ≥ 5 lub WPI 3–6 i stopień natężenia objawów ≥ 9 .

Ocena WPI polega na oznaczeniu obszarów (maksymalnie 19), w których pacjent odczuwał ból w ciągu ostatniego tygodnia: obustronnie obręcz barkowa, ramię, przedramię, pośladki, uda, podudzia, żuchwa, klatka piersiowa brzuch, kark, grzbiet.

Oceniane objawy to zmęczenie, zaburzenia snu i zaburzenia poznawcze, także oceniane są ogólnie inne objawy somatyczne. Każdy z tych elementów oceniany jest w skali 0–3, gdzie 0 – brak, a 3 – wysokie natężenie danego objawu, a suma punktacji stanowi o stopniu natężenia objawów – *symptom severity score* i wynosi maksymalnie 12. Inne objawy somatyczne występujące w FM i podlegające ocenie obejmują: bóle i osłabienie mięśni, zaburzenia pamięci, obecność zespołu jelita drażliwego, bóle głowy, skurcze w obrębie jamy brzusznej, zawroty głowy, bezsenność, zaparcia lub biegunki, bóle brzucha i klatki piersiowej, suchość w ustach i spojówek, szumy uszne i zaburzenia słuchu, zgaga, zaburzenia smaku i apetytu, duszność, pokrzywka, wypadanie włosów, bolesne i częste oddawanie moczu, objaw Raynauda.

2. Obecność rozlanego bólu na podobnym poziomie przez co najmniej 3 miesięcy.

3. Pacjent nie ma innych schorzeń, które mogłyby w jakikolwiek sposób tłumaczyć występowanie bólu.

Kwestionariusze zalecane w procesie diagnostycznym to Brief Pain Inventory, Fibromyalgia Impact Questionnaire. Badania laboratoryjne zalecane standardowo to OB, morfologia krwi, poziom białka C-reaktywnego, kinazy kreatyninowej, wapnia, TSH. Badania obrazowe nie są zalecane, podobnie jak rutynowe oznaczanie poziomu przeciwciał. Rozpoczynając leczenie pacjenta z FM, należy wykluczyć inne choroby, które mogą przebiegać pod maską fibromialgii (choroby autoimmunologiczne tkanki łącznej, choroby nowotworowe).

Leczenie:

Do metod o mocno udowodnionej skuteczności według Evidence Based Medicine zaliczamy leczenie farmakologiczne – leki przeciwdepresyjne (TCA – amitryptylina, SNRI – duloksetyna, milnacipran, SSRI – fluoksetyna, paroksetyna), ligandy podjednostki $\alpha 2\delta$ kanału wapniowego – gabapentyna, pregabalina, leki obniżające napięcie mięśni – cyklobenzapryna; oraz metody niefarmakologiczne – ćwiczenia aerobowe, balneo- i spa-terapia, terapia poznawczo-behawioralna, programy leczenia multimodalnego.

Do metod o udowodnionej skuteczności (przynajmniej 2 randomizowane badania kliniczne) zaliczono homeopatię, hipnoterapię, medytację, dietę wegetariańską, termoterapię całego ciała, a z metod farmakologicznych stosowanie tramadolu i tropisetronu. Podkreślić należy, że brak jest wystarczających dowodów na

skuteczność powszechnie stosowanych metod w leczeniu objawów FM jak paracetamol, metamizol, opioidy inne niż tramadol, leki zmniejszające napięcie mięśniowe inne niż cyklobenzapryna, dożylnie wlewy lidokainy oraz metody nefarmakologiczne jak ostrzykiwanie punktów tkliwych, masaż, osteopatia, drenaż limfatyczny, Qi-gong, fizjoterapia. Dane dotyczące skuteczności akupunktury są niejednoznaczne, chociaż obiecujące. Natomiast metody nieskuteczne w leczeniu FM obejmują stosowanie leków jak NLPZ, steroidy, neuroleptyki, anksjolityki, podobnie metody takie jak biofeedback, relaksacja i edukacja pacjenta stosowane jako pojedyncze metody terapeutyczne.

Obecnie eksperci zalecają trójstopniowy model postępowania w fibromialgii w zależności od występujących dolegliwości, ograniczenia aktywności pacjenta, odpowiedzi na różne formy terapii. W pierwszym etapie American Pain Society (APS), German Interdisciplinary Guideline Group (GIGG) oraz European League Against Rheumatism zalecają dokładne postawienie rozpoznania, edukację pacjenta, omówienie dostępnych opcji leczenia, a następnie jako terapia pierwszego rzutu wprowadzenie indywidualnych ćwiczeń aerobowych, terapii poznawczo-behawioralnej oraz trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych (amitryptylina w dawce 25–50 mg/d).

W przypadku braku skuteczności powyższych metod w drugim etapie zalecane jest przez APS ostrzykiwanie punktów tkliwych, terapia manualna, akupunktura oraz leczenie farmakologiczne – inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (duloksetyna 60–120 mg/d, milnacipran 100–200 mg/d), selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (fluoksetyna 20–40 mg/d, paroksetyna 20–40 mg/d), leki przeciwpadaczkowe (gabapentyna, pregabalina w dawce 150–300 mg/d), tramadol. Leczenie farmakologiczne powinno trwać do 6 miesięcy, a ocena skuteczności powinna się odbywać po 3 miesiącach stosowania amitryptyliny, w przypadku pozostałych leków po 6 miesiącach stosowania. Oczywiście, jeżeli leczenie farmakologiczne jest skuteczne w zmniejszeniu objawów FM można rozważyć kontynuację i długotrwałą farmakoterapię. Leczenie nefarmakologiczne powinno być stosowane do 24 miesięcy.

Trzeci stopień postępowania w fibromialgii, gdy mimo ww. leczenia objawy nadal się utrzymują, obejmuje wielodyscyplinarne podejście do chorego – multimodalne programy terapeutyczne, psychoterapię, farmakoterapię, opioidy, terapie niekonwencjonalne (homeopatia, leczenie dietetyczne) i ich połączenie. Stosowanie odpowiednich metod powinno odbywać się na podstawie świadomej zgody i preferencji pacjenta, chorób współistniejących i dostępności metod terapeutycznych. Leczenie długoterminowe powinno obejmować głównie stosowanie metod nefarmakologicznych, takich jak ćwiczenia aerobowe, terapia poznawczo-behawioralna, multimodalne programy terapeutyczne. Ocena efektów leczenia powinna się odbywać po zakończeniu terapii i potem co 6 miesięcy.

Ogólne zasady postępowania w FM kładą nacisk na samoleczenie pacjenta i jego maksymalne zaangażowanie w proces terapeutyczny, co ma polegać na zaak-

ceptowaniu objawów i ograniczeń, jak np. zakaz ciężkiej pracy fizycznej, a także zachowaniu aktywności fizycznej i radzeniu sobie ze stresem. Celem leczenia jest zachowanie lub poprawa codziennego funkcjonowania i niesprawności pacjenta.

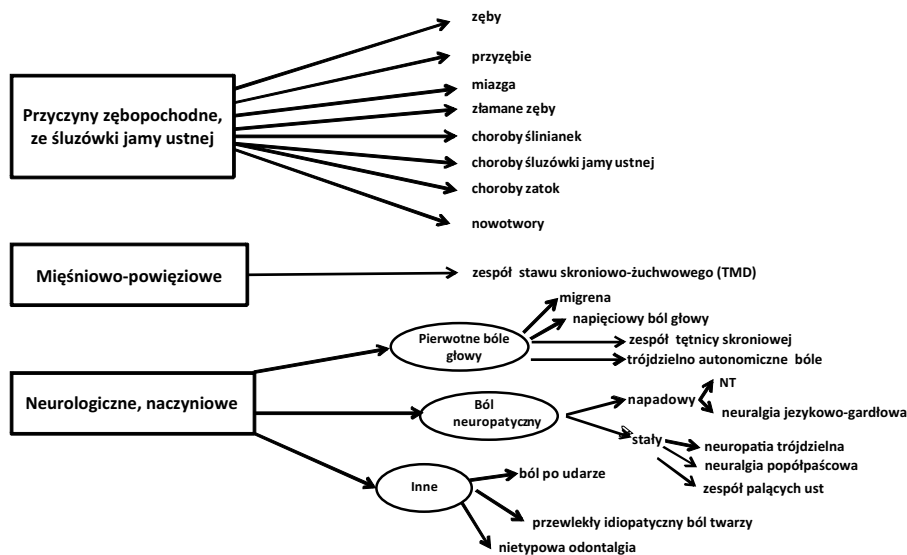
Bóle twarzy

Pomimo opracowanych i dostępnych kryteriów diagnostycznych pozwalających właściwie rozpoznawać bóle w obrębie głowy i twarzy zarówno ich rozpoznawalność, ocena kliniczna, a także leczenie przysparza problemów wielu specjalistom. Powszechnie akceptowana jest klasyfikacja bólów głowy i twarzy opracowana przez International Headache Society – International Classification of Headache Disorders (2004). Opisano w niej liczne zespoły bólowe w obrębie głowy i twarzy, ale jak wynika z doświadczeń klinicznych, wciąż pojawiają się doniesienia o nowych zespołach bólowych nieuwzględnionych w tej klasyfikacji bądź będących niewyodrębnioną odmianą już opisanych zespołów bólowych. Ból w obrębie twarzy nie jest rzadkim zjawiskiem, a większość dolegliwości, zwłaszcza ból ostry, związana jest z dolegliwościami ze strony zębów i może być skutecznie leczona przez stomatologów. Problem pojawia się, jeśli ból ma charakter przewlekły i ma swą lokalizację zewnątrzustnie. Ból w obrębie twarzy może powstawać w różnych strukturach: opony mózgowej, rogówka, miazga zęba, śluzówka jamy ustnej czy nosa, staw skroniowo-żuchwowy, tym samym posiada kilka odmiennych cech fizjologicznych w porównaniu z rdzeniowym systemem nocycyptywnym. Badania z ostatnich lat wykazują różnice w elektrofizjologicznych, anatomicznych i farmakologicznych właściwościach aferentnych włókien trójdzielnych odpowiedzialnych za unerwienie struktur twarzy.

Trudno jest jednoznacznie określić częstotliwość występowania bólu twarzy w ogólnej populacji. Z analizy elektronicznych baz danych Integrated Primary Care Information (IPCI) database zebranych przez Koopmana (2009) wynika, że całkowita zachorowalność na bóle twarzy wynosi 38,7 [95% CI: 34,9–42,9]/ 100 000/rok, z czego największy odsetek stanowią neuralgia trójdzielna (32,6%) i klasteryczne bóle głowy (32,3%), w dalszej kolejności neuralgia popółpaścowa (9,9%), neuralgia nerwu potylicznego (8,3%), zlokalizowana neuralgia (4,7%), neuralgia nerwu językowo-gardłowego (0,6%), nietypowy ból twarzy (11,3%).

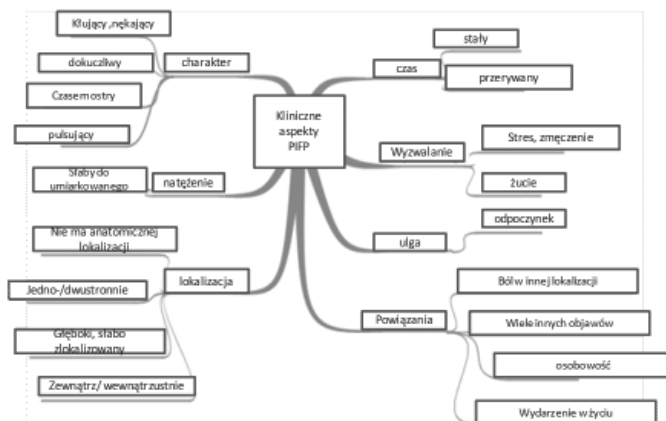
Rzadkie występowanie bólów twarzy, brak obiektywnych testów diagnostycznych i szeroki zakres przyczyn i objawów sprawiają, że postawienie właściwego rozpoznania jest trudne dla niespecjalisty. Z tego względu wiedza na temat przewlekłych bólów twarzy jest niezbędna nie tylko dla lekarzy zajmujących się leczeniem bólu w specjalistycznych poradniach leczenia bólu, ale także dla lekarzy pierwszego kontaktu, jak i innych specjalności medycznych (stomatologów, okulistów, laryngologów, neurologów).

Na rysunku 1 przedstawiono propozycję diagnostyki różnicowej bólów twarzy.



Rysunek 1. Diagnostyka różnicowa bólów twarzy.

Przewlekły idiopatyczny ból twarzy (PIBT)/ przetrwały ból twarzy/
nietypowy ból twarzy



Rysunek 2. Kliniczne aspekty przewlekłego idiopatycznego bólu twarzy.

Rozpoznanie przewlekłego idiopatycznego bólu twarzy zazwyczaj stawia się, jeśli wykluczono inne organiczne przyczyny dolegliwości w jego lokalizacji, stąd też zaliczany jest do funkcjonalnych somatycznych zespołów bólowych. Ten rodzaj dolegliwości charakteryzuje się stałym, palącym, parzącym lub piekącym bólem występującym głównie u chorych w młodym wieku. Ból ma charakter stały, zdarzają się okresy ulgi w dolegliwościach. Ból może być zmienny w swoim nasileniu i pojawia się zwykle w zakresie unerwienia nerwu V, ale czasami obejmuje obszar górnej części karku i potylicę. Czynniki nasilające: jedzenie, mówienie, stres, ale nie „drażnienie punktów spustowych”. Czynniki przynoszące ulgę: odpoczynek, relaks.

Przyczyna występowania nie jest do końca wyjaśniona, rozważa się ten zespół bólowy jako twarzową postać migreny, z dużym udziałem komponenty psychogennej. Ostatnio w patogenezie przewlekłego idiopatycznego bólu twarzy podkreśla się również rolę substancji wazoaktywnych, uwalnianych na drodze antydromowej stymulacji z zakończeń nerwu V. Może pojawić się u chorych z neuralgią nerwu V, u których wykonywano zabiegi neurodestrukcyjne.

U pacjentów z przewlekłym idiopatycznym bólem twarzy zmiany osobowości są utrwalone i mają odzwierciedlenie w pasywnym trybie życia i depresji prowadzącej do nadużycia leków, co komplikuje proces prawidłowej diagnozy i skutecznego leczenia. Występowanie tej dolegliwości w 80% dotyczy kobiet, szczyt zachorowania przypada między 40 a 50 rokiem życia. Czynniki potencjalizujące występowanie dolegliwości: płeć żeńska, wysoki stopień troski o własne zdrowie, zachowania bólowe w celu uzyskania środków finansowych, inne objawy somatyczne, ostatnio występujące zdarzenia niepożądane.

Kryteria diagnostyczne przewlekłego idiopatycznego bólu twarzy według International Headache Society:

- A. Ból twarzy codzienny, trwający od 1 miesiąca, utrzymujący się przez większość dnia, o przynajmniej czterech cechach z grupy kryteriów B i C.
- B. 1. Ból jest ograniczony i powstaje w ograniczonym obszarze po jednej stronie twarzy;
 - 2. Ból jest głęboki i trudny do zlokalizowania;
 - 3. Stopień nasilenia: umiarkowany do silnego, ale nie „nie do zniesienia”;
 - 4. Napadowy ból nie występuje;
 - 5. Ból nie nasila się przy dotyku i aktywności.
- C. Obydwa z poniższych kryteriów:
 - 1. Brak objawów autonomicznych;
 - 2. Brak ubytków czucia i innych objawów neurologicznych, może być dyzestezja.
- D. Badania dodatkowe nie wykazują patologii (łącznie z RTG twarzy i stawów skroniowo-żuchwowych).

Rozpoznanie wymaga zatem dokładnej analizy badania przedmiotowego, objawów zespołu bólowego oraz diagnostykę radiologiczną czaszki i zatok ze szczególnym uwzględnieniem oceny podstawy czaszki w tomografii komputerowej.

Leczenie pacjentów z przewlekłym idiopatycznym bólem twarzy stanowi duży problem. Zwykle wymaga postępowania wielodyscyplinarnego, ale przede wszystkim zaangażowania pacjenta. Dokładna ocena i badanie wykluczające inne przyczyny dolegliwości bólowych może wpłynąć na efektywność terapii. W badaniach randomizowanych wykazano skuteczność amitryptyliny w dawce 50–150mg/dobę, fluoksetyny w dawce 20mg/dobę, dosulepiny: 25–150mg/dobę, fenelzyny: 45mg/dobę. Terapia poznawczo-behawioralna może być przydatna w leczeniu PIBT, choć rola psychoterapii w leczeniu tego schorzenia jest szeroko dyskutowana i chociaż kontrolowane badania niejednoznacznie potwierdzają zasadność jej stosowania. Wydaje się jednak, że gdy chory wykazuje ewidentne zaburzenia osobowości skojarzone z wystąpieniem PIBT, to należy wdrożyć postępowanie psychoterapeutyczne. Ponadto w terapii PIBT stosuje się również TENS oraz elektrostymulację za pomocą elektrod zaimplantowanych do zwoju Gassera lub do wzgórza.

Uważa się, że wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia warunkuje znacznie lepszy efekt terapeutyczny.

Rzadką postacią PIBT jest obustronny, nietypowy, stały, palący ból twarzy o nieznannej etiologii, występujący prawie wyłącznie u kobiet (ale w każdym wieku). Bólowi temu towarzyszyć mogą zaburzenia czucia (dysestezja, hipostezja, parestezje) oraz zaburzenia osobowości (wskazana psychoterapia), jak również nie jest on wyzwalany przez nienocyceptywną stymulację w zakresie obszaru bólowego. Brak jest skutecznej terapii dla tej postaci PIBT i najważniejszym zadaniem do spełnienia dla terapeuty jest ochrona chorego przed nieadekwatnym postępowaniem terapeutycznym.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że funkcjonalne zespoły bólowe są jednym z częściej występujących rodzajów bólu przewlekłego i jako takie należy je traktować jak chorobę samą w sobie, wymagającą wielokierunkowego postępowania. Wnikliwa ocena objawów klinicznych oraz charakteru bólu pozwala u większości pacjentów na dobór optymalnego leczenia. U wielu pacjentów z bólem przewlekłym etiologia jest złożona, stąd też leczenie powinno być ukierunkowane nie tylko na przyczynę bólu, ale również powinien być wdrożony program leczenia wielokierunkowego z uwzględnieniem także psychologicznego i emocjonalnego komponentu bólu.

Bibliografia

- Burckhardt C.S. i in., *Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children*, „American Pain Society” (APS) 2005, s. 109.
- Carville S.F. i in., *EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome*, „Ann Rheum Dis” 2008, Vol. 67, s. 536–541.
- Eich W., Häuser W., Friedel E. i in., *Definition, classification and diagnosis of fibromyalgia syndrome*, „Schmerz” 2008, Vol. 22, s. 256–266.
- Evidence-Based Chronic Pain Management*, red. C.F. Stannard, E. Kalso, J. Ballantyne, BMJ books 2010.
- Fietta P., Manganelli P., *Fibromyalgia and psychiatric disorders*, „Acta Biomed” 2007, Vol. 78, s. 88–95.
- Gran J.T., *The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain*, „Best Pract Res Clin Rheumatol” 2003, Vol. 17, s. 547–561.
- Hargreaves K.M., *Orofacial Pain*, „Pain” 2011, Vol. 152 (3S), s. 25–33.
- Häuser W. i in., *Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome – a meta-analysis of randomized controlled clinical trials*, „Arthritis Rheum” 2009, Vol. 61 (2), s. 216–224.
- Häuser W., Bernardy K., Üçeyler N., Sommer C., *Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin – a meta-analysis of randomized controlled trials*, „Pain” 2009, June 16 epub.
- Häuser W., Bernardy K., Üçeyler N., *Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants – a meta-analysis*, JAMA 2009, Vol. 301 (2), s. 198–209.
- Häuser W. i in., *Fibromyalgia Syndrome Classification, Diagnosis, and Treatment*, „Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int” 2009, Vol. 106 (23), s. 383–391.
- Häuser W., Thieme K., Petzke F., Sommer C., *Fibromyalgia*, [w:] *Evidence-Based Chronic Pain Management*, red. C. Stannard, E. Kalso, J. Ballantyne, Blackwell Publishing Ltd 2010, s. 121–133.
- Häuser W., Zimmer C., Felde E., Köllner V., *What are the key symptoms of fibromyalgia? Results of a survey of the German Fibromyalgia Association*, „Schmerz” 2008, Vol. 22, s. 176–183.
- Headache Classification Committee of The International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders*, „Cephalgia” 2004, Vol. 24 (Suppl 1), s. 1–160.
- Jorns T.P., Zakrzewska J.M., *Evidence-based approach to the medical management of trigeminal neuralgia*, „Br J Neurosurg” 2007 Jun, Vol. 21 (3), s. 253–261.
- Koopman J.S. i in., *Incidence of facial pain in the general population*, „Pain” 2009, Dec 15, Vol. 147 (1–3), s. 122.

Loeser J.D., *Cranial neuralgias*, „In Bonica's Management of Pain” 2001, s. 855–886.

Medycyna bólu, red. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, PZWL, Warszawa 2011.

Przeklasa-Muszyńska A., Wiatr M., Dobrogowski J., *Bóle twarzy – metody leczenia według medycyny opartej na dowodach naukowych, aktualny stan wiedzy*, „Ból” 2012, t. 13, nr 1, s. 28–34.

Smith B., Peterson K., Fu R., McDonagh M., Thakurta S., *Drug Class Review: Drugs for Fibromyalgia: Final Original Report. Oregon Evidence-based Practice Center, Oregon Health & Science University*, April 2011.

Sommer C., Häuser W., Berliner M. i in., *Pharmacological therapy of fibromyalgia syndrome*, „Schmerz” 2008, Vol. 22, 313–323.

Sommer C., Häuser W., Gerhold K. et al., *Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome and chronic widespread pain*, „Schmerz” 2008, Vol. 22, s. 267–282.

Stępień A., *Ostre bóle głowy – diagnostyka i leczenie. Acute headache – diagnosis and treatment*, „Przewodnik Lekarza” 2006, Vol. 9, s. 28–38.

Thieme K., Häuser W., Batra A. et al., *Psychotherapy in patients with fibromyalgia syndrome*, „Schmerz” 2008, Vol. 22, s. 295–302.

Wolfe F. i in., *Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity*, „The American College of Rheumatology, Arthritis Care & Research” May 2010, Vol. 62, No. 5, s. 600–610.

Wolfe F., Smythe H.A., Yunus M.B. i in., *The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee*, „Arthritis Rheum” 1990, Vol. 33, s. 160–172.

Zakrzewska J.M., *Facial pain: an update*, „Curr Opin Support Palliat Care” 2009, Vol. 3, s. 125–130.

Rozważania nad cierpieniem kobiet z inkontynencją

Inkontynencja (nietrzymanie moczu – NTM) nie jest schorzeniem bezpośrednio zagrażającym życiu bądź funkcjonowaniu narządów. Jego szkodliwość jest wynikiem oddziaływania na różne aspekty życia osoby nim dotkniętej.

Inspiracją do podjęcia rozważań nad tym zagadnieniem stał się fragment listu:

Mam na imię Teresa, lat 53. Jestem z małej miejscowości (...) Nie mam skąd czerpać wiedzy o NTM (...) Na nietrzymanie moczu cierpię od 30 lat, czyli odkąd urodziła się moja córka. Nikt mi wówczas nie powiedział, że skutkiem porodu może być właśnie NTM. Na początku choroba mi przeszkadzała, ale później stwierdziłam, że chyba tak już może być. Ty-le lat z tym żyję, że jest mi już wszystko jedno. Nie spotykam się z ludźmi (...) Nie mam komu o tym opowiedzieć, a jedyny lekarz, u którego byłam z tą dolegliwością parę lat temu, ginekolog, który stwierdził, że to normalne w tym wieku i dał mi wniosek na pieluchy (...) Ta choroba niszczy mi życie. Właściwie to ono skończyło się dla mnie...¹

Szacunkowe dane z różnych badań wykazują, że u kobiet częstość występowania NTM waha się między 17 a 60%².

Nietrzymanie moczu jest powszechnie kojarzone ze starszym wiekiem, jednakże występuje ono także u kobiet młodych. W pierwszych trzech miesiącach po porodzie na epizody niekontrolowanego wycieku moczu cierpi prawie 34% kobiet³. Polskie badanie przeprowadzone w 2006 r. w Warszawie wykazało, że gubienie moczu występuje u 15,4% kobiet w wieku 17–24 lat oraz u 22,6% w wieku 25–34 lat⁴. Arnfinn i współpracownicy w badaniach pokazali, że odsetek kobiet w wieku roz-

¹ „Kwartalnik NTM” 2010, nr 1 (32), s. 22.

² A. Starczewski, A. Brodowska, J. Brodowski, *Epidemiologia i leczenie nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów dna miednicy u kobiet*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2008, t. 145, s. 74–76; A. Chittacharoen, *How to approach common urogynaecological problems?*, „Journal of The Medical Association of Thailand” 2005, Vol. 88, s. 124–128; G. Surkont, E. Włazlak, J. Suzin, *Nietrzymanie moczu u kobiet – problem społeczny, medyczny i naukowy*, „Przegląd Menopauzalny” 2003, t. 1, s. 59–65.

³ M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia nietrzymania moczu*, Kraków 2008, s. 32–53.

⁴ A. Zielińska, N. Smolarek, M. Pisarska-Krawczyk, *Nietrzymanie moczu u młodych kobiet*, „Ginekologia Praktyczna” 2009, t. 2, s. 19–22.

rodzonym, u których występuje nietrzymanie moczu, wynosi 36%⁵. Jednak poważny problem zaczyna się i narasta w okresie okoł- lub pomenopauzalnym, wpływając bardzo negatywnie na komfort i jakość życia. Biorąc pod uwagę przemiany cywilizacyjne: dużą aktywność zawodową i społeczną kobiet oraz wzrastającą długość życia, zachowanie sprawności oraz aktywności społecznej do późnej starości stanie się koniecznością. Nietrzymanie moczu w znaczny sposób ogranicza tę aktywność. W związku z tym WHO uznało nietrzymanie moczu za jeden z większych, ogólnoswiatowych problemów zdrowotnych XXI wieku⁶.

Człowiek odczuwa cierpienie jako przykre doświadczenie, które zaburza funkcjonowanie i równowagę organizmu oraz powoduje stres. Cassell definiuje cierpienie jako osobiste przeżycie powiązane z wydarzeniami zagrażającymi integralności własnej osoby. „Cierpienie pojawia się w chwili uzmysłowienia sobie zbliżającego się zagrożenia i trwa dopóty, dopóki zagrożenie nie minie lub nie uda się przywrócić poczucia bezpieczeństwa w inny sposób”⁷.

Kobiety z inkontynencją cierpią, pomimo że w przeważającej większości wypadków nie odczuwają bólu fizycznego. Pojęcie bólu mieści się w pojęciu cierpienia, które jest od niego szersze, gdyż bólowi fizycznemu zawsze towarzyszy cierpienie, natomiast cierpieniu nie zawsze towarzyszy ból fizyczny. Nadmienić należy, że interwencja medyczna nie powinna ograniczać się jedynie do eliminacji lub zmniejszenia przypadków bólu fizycznego, ale także powinna obejmować eliminację lub zmniejszenie cierpienia, gdy jest to osiągalne w jej ramach.

Nieodczuwanie bólu fizycznego w tym schorzeniu może przyczyniać się do tego, że kobiety nie widzą potrzeby szybkiej reakcji na problem, w tym przypadku konieczności zgłoszenia się do lekarza i wdrożenia leczenia, tylko adaptują się do zaistniałej sytuacji. Statystyki są alarmujące, pacjentki podejmują leczenie po wielu latach od wystąpienia objawów i to wtedy, gdy są one bardzo nasilone⁸.

Od lat 70. XX wieku propaguje się w medycynie holistyczne podejście w opiece nad pacjentem, czyli zadbanie o 4 sfery: biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową⁹. Odczuwanie cierpienia doświadczanego na jednym z poziomów może być przyczyną cierpienia na innym poziomie. Często cierpienie psychiczne czy też

⁵ M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek...*, dz. cyt.

⁶ C. Zydek, E. Miękoś, M. Sosnowski, *Czynniki ryzyka występowania i zapobieganie nietrzymaniu moczu u kobiet*, „Przegląd Menopauzalny” 2004, Vol. 5, s. 43–49.

⁷ J. Łuszczak, *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, [w:] B. Block, W. Otrębski, *Człowiek nieuleczalnie chory*, Lublin 1997, s. 68–95.

⁸ M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek...*, dz. cyt.; A. Steciwko, *Czy nietrzymanie moczu jest wyzwaniem dla lekarzy rodzinnych?*, [w:] *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*, t. 9: *Nietrzymanie moczu – klasyfikacja, epidemiologia, diagnostyka i terapia*, Wrocław 2006, s. 9–11; S. Jędrzejczyk, K. Lau, B. Rutkowska i in., *Czas od wystąpienia objawów do wykonania badania urodynamicznego w zależności od wieku pacjentek w różnych rodzajach nietrzymania moczu*, „Przegląd Menopauzalny” 2009, t. 2, s. 143–148.

⁹ B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 174.

duchowe jest znacznie dotkliwsze od samego bólu fizycznego, może być również przyczyną choroby somatycznej czy też innych cierpień fizycznych¹⁰.

Cierpienie kobiet zmagających się z problemem nietrzymania moczu należy rozpatrywać w dwóch płaszczyznach: jako cierpienie pierwotne, bezpośrednio będące skutkiem choroby, rozpatrywane w aspekcie psychofizycznym, oraz jako cierpienie wtórne, w którym kobieta doznaje ponownego cierpienia i krzywdy wskutek braku leczenia i edukacji oraz braku pomocy ze strony najbliższego otoczenia, ze strony personelu medycznego i państwa.

Cierpienie pierwotne jest bezpośrednim skutkiem choroby i ma wymiar psychospołeczny. Zarówno sfera psychiczna, jak i społeczna wzajemnie na siebie oddziałują. Nietrzymanie moczu jest schorzeniem bardzo wstydlivym z powodu intymnego charakteru objawów, a także uczucia braku kontroli wobec tak prostej funkcji fizjologicznej, jaką jest oddawanie moczu. Brak świadomości społeczeństwa na temat nietrzymania moczu powoduje, że osoby chorujące są stygmatyzowane społecznie. Stygmat związany z chorobami wstydlivymi, do których należy nietrzymanie moczu, jest bardzo duży. Stygmatyzacja pociąga za sobą lęk, zażenowanie, niską samoocenę.

Nietrzymanie moczu w znacznym stopniu oddziałuje na zdrowie psychiczne kobiet. Strach przed ujawnieniem się i mówieniem o swoim problemie prowadzi do obniżonej samooceny, stanów depresyjnych, nerwic, a także trudności w życiu małżeńskim i życiu zawodowym¹¹. Kobiety z nietrzymaniem moczu cierpią niejednokrotnie z powodu zaburzeń seksualnych, czego rezultatem jest zaniechanie życia płciowego. Częstość występowania zaburzeń seksualnych u chorych na NTM wynosi od 2–64%¹². Z uwagi na intymny charakter objawów oraz ich uciążliwość w codziennym funkcjonowaniu wpływa na znaczne obciążenie psychiczne, zarówno pacjentek, jak i ich partnerów.

Wiele kobiet ogranicza wychodzenie z domu, rezygnuje z pracy i kontaktów towarzyskich – wycofuje się z aktywnego życia, ogranicza takie czynności jak zakupy, podróże czy aktywny wypoczynek, co w skrajnych przypadkach prowadzi do zupełnej izolacji społecznej, a nawet depresji. Badania przeprowadzone wśród 3364 kobiet w Australii wykazały, że ponad 33,3% respondentek w wieku od 45–50 lat nie podejmuje aktywności fizycznej ze względu na nietrzymanie moczu¹³. W sferze życia rodzinnego dochodzi do: zmiany stylu życia, obciążenia budżetu domowego wydatkami związanymi z leczeniem i zmniejszeniem uciążliwości objawów

¹⁰ B. Nowak, *Miłość i cierpienie*, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2007; W. Szumowski, *Filozofia medycyny*, Kęty 2007, s. 19–171; H.R. Wulff, *Filozofia medycyny*, Warszawa 1993, s. 53–87.

¹¹ M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek...*, dz. cyt.; C. Zydek, E. Miękoś, M. Sosnowski, *Czynniki ryzyka...*, dz. cyt.; A. Nowara, A. Witek, *Nagły problem menopauzy*, „Przegląd Menopauzalny” 2007, t. 6, s. 352–356.

¹² M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek...*, dz. cyt.

¹³ Tamże; K. Bo, T. Talseth, I. Holme, *Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence*, BMJ 1999, Vol. 318, s. 487–493.

(środki pomocnicze, które nie są refundowane itp.). W życiu zawodowym pojawia się konieczność zmiany planów zawodowych, reorganizacji pracy (przerwy, stres przed zauważeniem przez współpracowników tego problemu), ograniczenie życia zawodowego, zmiana zawodu, a nawet rezygnacja z pracy. Z badań wynika, że około 25% osób zmagających się ze znacznym nasileniem nietrzymania moczu jest na rencie, która została przyznana z powodu braku możliwości podjęcia pracy wskutek choroby¹⁴. Pozbawienie młodej osoby możliwości rozwoju zawodowego prowadzi do cierpienia w wymiarze społecznym (obniżenia poczucia własnej wartości, spadek pozycji społecznej, pogorszenie samopoczucia, a także izolacji społecznej).

Wtórnie cierpienie kobiet z inkontynencją wynika z braku bądź nieskutecznej pomocy. Dolegliwość nie jest wystarczająco wcześnie wykrywana i w związku z tym nie jest skutecznie leczona. Niepodejmowanie leczenia z powodu braku świadomości, wiedzy o schorzeniu (traktowanie nietrzymania moczu jako następstwa procesu starzenia się organizmu) bądź niewiary w możliwość skutecznej pomocy powoduje przykre konsekwencje (nasilenie objawów, pogorszenie jakości życia). Dodatkowo cierpienie tych kobiet potęguje brak skutecznych działań ze strony państwa na szczeblu krajowym i lokalnym. Kwestia ta nie stanowi priorytetu rządu i jak dotąd nie opracowano narodowego programu polityki zdrowotnej wobec problemu nietrzymania moczu.

Wielokrotnie kobiety z NTM nie podejmują leczenia, próbując własnymi siłami radzić sobie z problemem: tworzą mapy toalet, co sprzyja izolacji społecznej, negatywnie na zdrowie wpływa także ograniczanie aktywności fizycznej oraz zmniejszenie ilości spożywanych płynów, co może powodować odwodnienie. Stosowanie środków pomocniczych (podpasek absorbujących, pieluchomajtek) wiąże się z nakładem finansowym, a także powoduje zawstydzenie, zażenowanie zarówno z powodu ich stosowania, jak i możliwości nieprzyjemnego zapachu moczu. Noszenie odzieży maskującej niekontrolowane gubienie moczu najczęściej w postaci ciemnych ubrań powoduje bezradność, brak możliwości wyboru, co przyczynia się do obniżenia własnej wartości¹⁵.

Należy podkreślić, że problem inkontynencji nadal stanowi wyzwanie dla środowiska medycznego, zarówno lekarskiego, jak i pielęgniarskiego. Nie chodzi tylko o cierpienie samo w sobie, ale o dostrzeżenie, że jest to odchylenie od normy (stanu zdrowia), które wiąże się z cierpieniem, któremu można zapobiec oraz które można całkowicie lub częściowo wyleczyć. Celem leczenia jest wszelkie działanie, którego wynikiem jest przywrócenie stanu równowagi w jak największym stopniu. Obejmuje obok przywrócenia do zdrowia przypadki, w których całkowite wyleczenie jest niemożliwe, a celem staje się polepszenie stanu pacjentki lub zmniejszenie cierpienia w jak największym stopniu. Definiując zdrowie jako stan równowagi, a każde odchylenie owej równowagi – jako stan niemieszczący się w zakresie defi-

¹⁴ M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek...*, dz. cyt.

¹⁵ Tamże.

nicji zdrowia (jakościowo gorszy), który potrzebuje (jeżeli mieści się w granicach oddziaływania medycyny) szeroko rozumianej interwencji medycznej. Inkontynencja jest przypadkiem odchylenia od stanu równowagi, któremu nie towarzyszy ból fizyczny, ale który wiąże się z cierpieniem w aspekcie psychospołecznym.

Jakie działania należy więc podjąć, aby osiągnąć cel leczenia? Zasada użyteczności sformułowana przez Jeremiego Benthama głosi, iż „celem wszelkiego działania jest największe szczęście największej ilości ludzi”¹⁶. Czym zatem jest szczęście z medycznego punktu widzenia w rozpatrywanym zagadnieniu? Zapewne jest nim stan zdrowia (równowagi). Naruszenie tego stanu powoduje cierpienie. Natomiast jego przywrócenie, przywraca również szczęście. W wypadku gdy całkowite wyleczenie (przywrócenie równowagi) nie jest możliwe, szczęściem staje się jak największe zmniejszenie cierpienia¹⁷.

Zakładając, że działania profilaktyczne (propagowanie aktywności fizycznej ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń mięśni dna miednicy, organizowanie konsultacji z lekarzami itp.) oraz medyczne (np. leczenie operacyjne, farmakologiczne, zabiegi fizjoterapeutyczne) mogą poprawić stan osób cierpiących na nietrzymanie moczu, wyleczyć lub zmniejszyć cierpienie, to należy je podjąć.

Należy informować osoby zdrowe, potencjalnie zagrożone tą dolegliwością, takie jak: kobiety w ciąży, otyłe, po operacjach w obrębie miednicy mniejszej, kobiety w okresie okoł- lub pomenopauzalnym¹⁸ oraz dotrzeć do jak największej liczby osób chorujących. Bardzo ważne jest określenie skali zjawiska inkontynencji w Polsce z wykorzystaniem rzetelnych badań oraz opracowanie strategii polityki związanej z nietrzymaniem moczu i planu działania, co umożliwi bieżące i monitorowanie zjawiska oraz efektywności działań.

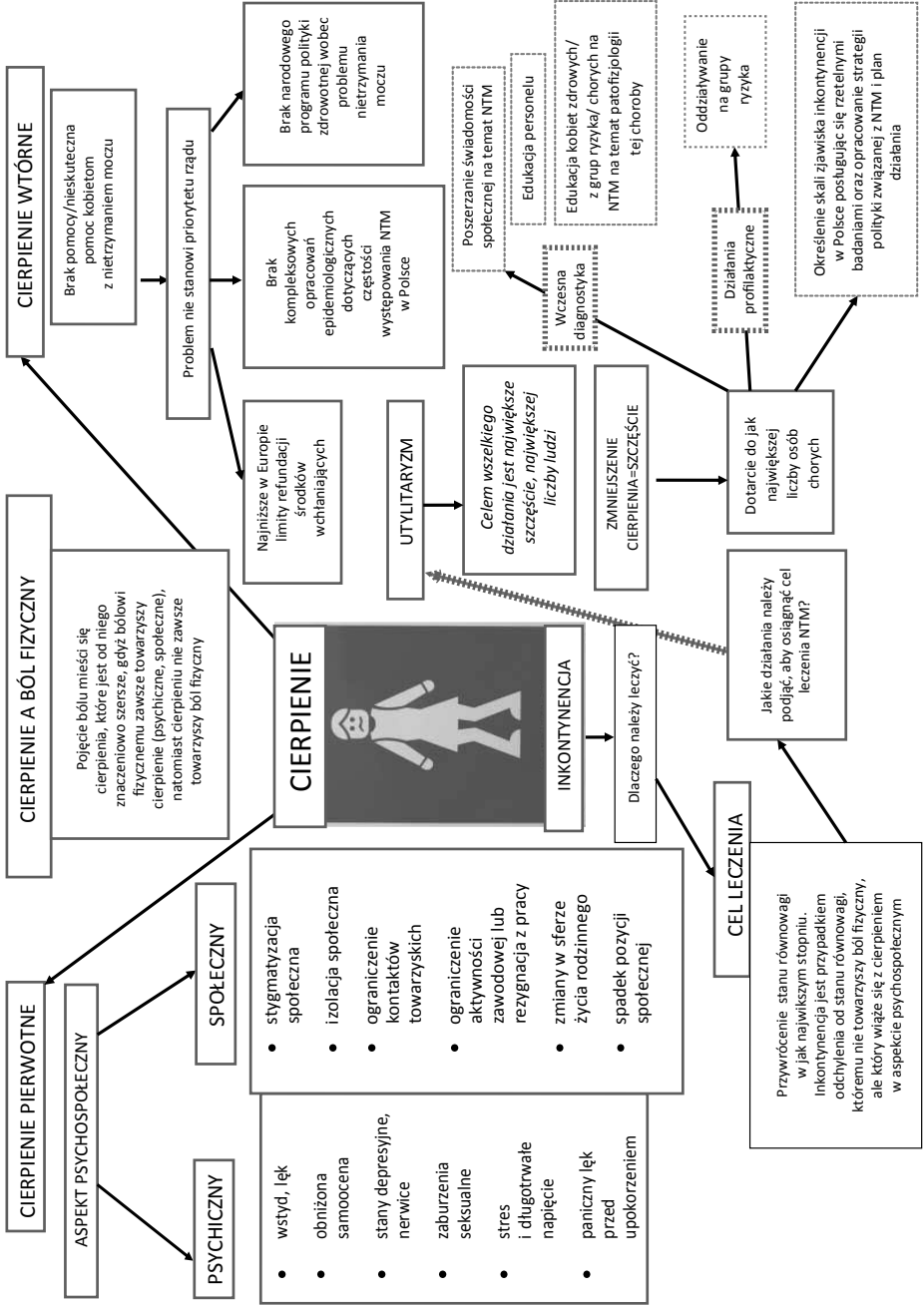
Cytując Benthama, o czynach użytecznych (użytecznych) „można powiedzieć zawsze tyle, że powinny być spełnione, bądź tyle, że nie są takimi, których spełnić nie należy”¹⁹.

¹⁶ J. Bentham, *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*, Warszawa 1958, s. 17–26.

¹⁷ J.S. Mill, *Co to jest użyteczność?*, tłum. M. Ossowska, [w:] *Użyteczność*, PWN, Warszawa 1959, „Biblioteka Klasyków Filozofii”.

¹⁸ C. Zydek, E. Miękoś, M. Sosnowski, *Czynniki ryzyka...*, dz. cyt.; M. Kinałski, *Nietrzymanie moczu u otyłych kobiet*, „Przegląd Kardiometaboliczny” 2009, t. 4 (4), s. 181–186; A. Adamiak i in., *Nietrzymanie moczu u kobiet – epidemiologia i czynniki ryzyka*, „Przegląd Menopauzalny” 2002, t. 1, s. 28–32; G. Stadnicka, *Analiza czynników ryzyka wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2005, t. 4, s. 62–67.

¹⁹ J. Bentham, *Wprowadzenie do zasad moralności...*, dz. cyt.



Bibliografia

Adamiak A. i in., *Nietrzymanie moczu u kobiet – epidemiologia i czynniki ryzyka*, „Przegląd Menopauzalny” 2002, t. 1, s. 28–32.

Bentham J., *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*, Warszawa 1958, s. 17–26.

Bidzan M., *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia nietrzymania moczu*, Kraków 2008, s. 32–53.

Bo K., Talseth T., Holme I., *Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence*, BMJ 1999, Vol. 318, s. 487–493.

Chittacharoen A., *How to approach common urogynaecological problems?*, „Journal of The Medical Association of Thailand” 2005, Vol. 88, s. 124–128.

Jędrzejczyk S., Lau K., Rutkowska B. i in., *Czas od wystąpienia objawów do wykonania badania urodynamicznego w zależności od wieku pacjentek w różnych rodzajach nietrzymania moczu*, „Przegląd Menopauzalny” 2009, t. 2, s. 143–148.

Kinałski M., *Nietrzymanie moczu u otyłych kobiet*, „Przegląd Kardiometaboliczny” 2009, t. 4 (4), s. 181–186.

Kwartalnik NTM 2010, nr 1 (32), s. 22.

Łuszczak J., *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, [w:] B. Block, W. Otrębski, *Człowiek nieuleczalnie chory*, Lublin 1997, s. 68–95.

Mill J.S., *Co to jest utylitaryzm?*, tłum. M. Ossowska, [w:] *Utylitaryzm*, PWN, Warszawa 1959, „Biblioteka Klasyków Filozofii”.

Nowak B., *Miłość i cierpienie*, Wydawnictwo Salvator, Kraków 2007.

Nowara A., Witek A., *Nagły problem menopauzy*, „Przegląd Menopauzalny” 2007, t. 6, s. 352–356.

Stadnicka G., *Analiza czynników ryzyka wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2005, t. 4, s. 62–67.

Starczewski A., Brodowska A., Brodowski J., *Epidemiologia i leczenie nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów dna miednicy u kobiet*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2008, t. 145, s. 74–76.

Steciwo A., *Czy nietrzymanie moczu jest wyzwaniem dla lekarzy rodzinnych?*, [w:] *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*, t. 9: *Nietrzymanie moczu – klasyfikacja, epidemiologia, diagnostyka i terapia*, Wrocław 2006, s. 9–11.

Surkont G., Właźlak E., Suzin J., *Nietrzymanie moczu u kobiet – problem społeczny, medyczny i naukowy*, „Przegląd Menopauzalny” 2003, t. 1, s. 59–65.

Szumowski W., *Filozofia medycyny*, Kęty 2007, s. 19–171.

Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 174.

Wulff H.R., *Filozofia medycyny*, Warszawa 1993, s. 53–87.

Zielińska A., Smolarek N., Pisarska-Krawczyk M., *Nietrzymanie moczu u młodych kobiet*, „Ginekologia Praktyczna” 2009, t. 2, s. 19–22.

Zydek C., Miękoś E., Sosnowski M., *Czynniki ryzyka występowania i zapobieganie nietrzymaniu moczu u kobiet*, „Przegląd Menopauzalny” 2004, Vol. 5, s. 43–49.

Joanna Miarka, Kinga Loraj

Cierpienie jako cecha kanoniczna życia dziecka otyłego

*Trudu życia i bólu istnienia nie można zmierzyć
i nie można porównać jednego cierpienia do drugiego¹.*

Wprowadzenie

Według Daniela Golemana, światowej sławy psychologa, cierpienie wynika z podstawowej architektury życia psychicznego człowieka².

Umieszczenie pojęcia cierpienia nie jest łatwe, by nie rzec niemożliwe. Vittorino Andreoli, wybitny naukowiec i lekarz ludzkiego umysłu, próbę zdefiniowania cierpienia uważa za bezużyteczną. Dla niego „każda definicja obejmuje cierpienia wszystkich ludzi, lub przynajmniej ich wspólne rysy, musi abstrahować od konkretnego przypadku, od pojedynczego człowieka”³. Każda chwila doświadczania życia niesie ryzyko cierpienia fizycznego, psychicznego. Innymi słowy, sen o człowieku, który by nie cierpiał, jest utopią⁴.

Pogląd na naturę dziecka podkreślający ogromne znaczenie emocji, w tym cierpienia, ich wpływ na jego dalsze funkcjonowanie, jest stosunkowo młody.

Przez długi okres historii stosunek do dzieci był obojętny⁵. Mniej więcej do XVII w. dziecko nie miało swojego miejsca w hierarchii społecznej. Okres dzieciństwa był czymś przejściowym, niewartym uwagi dojrzałego człowieka. Samo słowo „dziecko” występuje jako synonim wyrazów paż, giermek, młokos, młodzieniec, syn⁶. W owych czasach „dziecko było stworzeniem zabawnym, lecz niezbyt pociągającym”⁷.

Docenienie kruchości, delikatności nastąpiło w XVII w. Wówczas dziecko przestało być anonimowe, zyskało tożsamość, rodzinę. Kultura ta była „ześrodkowana na kobietach i dzieciach. Jakże inaczej wyjaśnić niemal obsesyjną fascynację dzieć-

¹ V. Andreoli, *Zrozumieć cierpienie – aby ból ustąpił radości*, Homini, Kraków 2009, s. 22.

² D. Goleman, *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań 2007, s. 26

³ V. Andreoli, dz. cyt., s. 7.

⁴ Tamże, s. 30.

⁵ P. Aries, *Historia dzieciństwa*, Wyd. Altheia, Warszawa 2010, s. 11.

⁶ Tamże, s. 46.

⁷ Tamże, s. 21.

mi i stosunkiem matka – dziecko”⁸. Powyższe zmiany wiązały się z głębszą chrystianizacją obyczajów⁹. Z jednej strony wycofanie się rodzin z intensywnego życia towarzyskiego do wnętrza domów zaowocowało powstaniem, scaleniem, umocnieniem więzów rodzinnych, wypracowaniem pewnego sztywnego systemu wartości. Z drugiej strony, potrzeba bezpieczeństwa, miłości, bliskości, czułości, ciepła rodzinnego wobec dzieci była nagminnie zaniedbywana. Dopiero w XX wieku doceniono wartość emocji, wpływ uczuć jednostki na jego funkcjonowanie biopsychospołeczne¹⁰.

W XXI wiek społeczeństwo wkroczyło ze znacznie szerszą wiedzą i empatią dotyczącą predyktorów, mechanizmów cierpienia, a zwłaszcza jego wpływu na dalsze funkcjonowanie człowieka. Ten stan zawdzięcza się wielu naukowcom i „lekarzom ludzkich dusz”, takim jak Z. Freud, H. Kempe czy J. Korczak.

Często nie zdajemy sobie sprawy, jak bardzo cierpią dzieci otyłe, jak wiele trudności napotykają na swojej drodze. Otyłość wywołuje nie tylko negatywne skutki natury fizycznej, psychologicznej, ale również pedagogicznej. Konsekwencją takiego permanentnego stanu trwania w cierpieniu i samotności dziecka otyłego mogą być zaburzenia sfery neurobehawioralnej, jak również trudności wychowawcze.

Niniejszy tekst zawiera przemyślenia wynikające z doświadczenia cierpienia i samotności osób, które jako dzieci borykały się z piętnem otyłości. Należy go traktować jako załączek do opracowania sugestii dotyczących profilaktyki dziecka otyłego.

Triada najczęstszych determinantów cierpienia dziecka otyłego

Tkwimy w przekonaniu, że dzieciństwo jest szczęśliwe i beztrudne. Wyobrażamy je sobie jako chwile spokoju i szczęścia. Tymczasem prawda jest inna. Dzieci cierpią. W przypadku gdy mamy możliwość ujżenia przyczyn cierpienia dziecka, np. zadraśnięte kolano, jesteśmy w stanie uwierzyć w ból dziecka i szybko zareagować. Natomiast nie zawsze potrafimy dojrzeć cierpienie, które nie daje jawnych oznak bólu fizycznego. Bardzo trudno dojrzeć je, jeśli ociera się o kwestię psychiki. Istnieją zachowania dziecka otyłego, które zdają się przeczyć tezie, że cierpią. Jest to egzaltacja pod postacią otwartości i towarzyskości czy agresja jako umiejętność walki o swoje.

U zdecydowanej większości dzieci otyłość jest wierzchołkiem góry utworzonej z cierpienia, lęku, samotności.

- Opis sytuacji: Kobieta, lat 21. Od około 5. roku życia cierpi z powodu nadwagi, otyłości.

⁸ Tamże, s. 25.

⁹ P. Aries, dz. cyt., s. 70.

¹⁰ W. Imielski, *Zaburzenia psychiczne i emocjonalne – przewodnik popularnonaukowy*, Wyd. Scholar, Warszawa 2010, s. 128.

Problem z nadwagą nie pojawił się u mnie we wczesnym dzieciństwie. Byłam drobnym dzieckiem, miałam problemy z nerkami, czemu towarzyszył brak apetytu. Piłam więc syropy zwiększające apetyt, które i tak wtedy nie działały. Gdy wyzdrowiałam, nabrałam apetytu i wielu kilogramów. Jadłam dużo, nieregularnie i niezdrowo. Jednym słowem, popełniałam wszystkie błędy żywieniowe.

W domu się „nie przelewało”, toteż tata wyjechał za granicę w celach zarobkowych. Mama również pracowała ciężko. W takiej sytuacji opiekę nad mną i moją siostrą przejęła babcia, która nas przekarmiała.

Z wiekiem coraz bardziej wstydziłam się swojego wyglądu. Starłam się jeść w samotności, by nikt nie widział, ile mogę pochłonąć pożywienia. Jadłam również przed telewizorem, wtedy zupełnie nie kontrolowałam ilości zjadanych pokarmów.

W szkole starałam się unikać kontaktu z rówieśnikami. Uważałam, że się śmieją z mojego wyglądu i poniekąd tak było. Wszystkie niemiłe sytuacje, które zdarzały się w szkole, również przyczyniały się do napadów jedzenia, zjadałam stres. Jadłam wszystko, co było w domu, słodczyce, chipsy oraz obfite posiłki.

Ta historia przekarmiania skończyła się 28 kg nadwagi i trudnościami czerpania z życia tego, co najpiękniejsze.

Cierpienie najczęściej przyjmuje różne zmieniające się formy, maski w zależności od wieku człowieka, tak samo jak różne czynniki odpowiadają za jego powstanie. Deprecjonizacji, deprywacji potrzeb dziecka zawsze towarzyszą ściśle określone reakcje, które są przetworzoną formą cierpienia, stanem pogorszenia samopoczucia związanego z daną sytuacją czy osobami.

W opinii 21-letniej K. do triady najczęstszych predyktorów cierpienia dziecka otyłego należą kultura indywidualistyczna XXI w., destrukcyjne transformacje życia rodzinnego (zanikanie zwyczaju wspólnych posiłków, spędzania i organizacji wolnego czasu, eurosieroctwo), jak również szkoła.

Otyłość jako ułomność nieakceptowana przez kulturę indywidualistyczną XXI wieku

Na postrzeganie otyłości silnie oddziałuje kultura¹¹. „Czynniki społeczno-kulturowe wywierają silny wpływ na to, jak spostrzegamy kształt własnego ciała oraz sylwetki innych ludzi, a sposób spostrzegania oddziałuje na związek między kulturą a zdrowiem”¹².

¹¹ J. Gerrig, P.G. Zimbardo, 2002, *Psychologia i życie*, Wyd. PWN, Warszawa 2006, s. 361–362.

¹² *Kultura a spostrzeganie własnego ciała*, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 255.

Mieszkańcy krajów Trzeciego Świata, których ludność dręczy głód, bieda i choroby, otyłość postrzegają jako wartość pozytywną. Utożsamiana jest ona z płodnością, zdrowiem, pięknem, bogactwem¹³.

To, co jest charakterystyczne dla kultury indywidualistycznej XXI w., to kult ciała. Prawidłowa waga staje się krytyczną linią oddzielającą piękno od brzydoty. Nierzadko, dla otoczenia liczba kilogramów staje się miarą wartości człowieka. Obecnie kult ciała wszedł w nowy wymiar społeczno-kulturowy, który charakteryzuje tzw. „uczłowieczenie ciała”. Demel, autor tego pojęcia, uważał, że ludzie kształtują swoje ciało w nadziei, że zostaną pozytywnie ocenieni i zyskają powszechną aprobatę. Tym samym wygląd staje się wyznacznikiem samooceny oraz oceny społecznej¹⁴. „Współczesny rozwój kultury doprowadził do sytuacji, w której ciało zaczęto traktować jako najważniejszy emblemat, za pomocą którego człowiek może określić własną indywidualność”¹⁵. Wobec tego, otyłość traktuje się jak ułomność, tyle że akceptowalność takiego zjawiska jest znikoma.

Otyłość ze względu na zasięg i niszczycielską siłę traktuje się jako chorobę epidemiczną cywilizacji. W rezolucji Parlamentu Europejskiego zostało stwierdzone, że nadwaga, otyłość i choroby związane z nieprawidłowym odżywianiem stanowią kluczową przyczynę umieralności i chorób w Europie. Otyłość dotyka w Europie około pięciu milionów, a nadwaga 22 milionów dzieci¹⁶.

WHO szacuje, że średnia zapadalność na choroby z powodu otyłości wynosi 4,8% w krajach rozwijających się, 17,1% w krajach, które znajdują się na drodze pozytywnych przemian, czyli w krajach średnio rozwiniętych oraz 20,4% w krajach o najbardziej rozwiniętym konsumpcjonizmie¹⁷.

Od 1980 roku nieprzerwanie wzrasta ilość osób otyłych¹⁸. W USA wskaźnik ten wśród dorosłych średnio wynosi 25% w stosunku do 15% dotyczących dzieci. Natomiast według raportu NIK łączna ilość dzieci w Polsce z nadwagą lub otyłością dotyczy aż 18%¹⁹. W szkole podstawowej, aż 10,2% dzieci boryka się z problemem otyłości²⁰. Jeżeli jednak otyłość utrzymuje się przez cały okres dzieciństwa i dojrzewania, to ponad 30% chłopców i 40% dziewcząt ma szansę pozostać otyłym dorosłym²¹.

¹³ W opiniach mężczyzn z Ghany kobieta zyskuje na wartości proporcjonalnie do wagi. Jej piękno, uroda, bogactwo, pozycja społeczne poniekąd jest wyznaczana poprzez liczbę kilogramów. Szczupła, wychudzona sylwetka kobiet kojarzy im się z biedą i chorobami. W badaniu autorstwa Furnhama i Bagumy (1994) Ugandyjczycy oceniali otyłe kobiety i wychudzonych mężczyzn jako bardziej atrakcyjnych, niż czynili to studenci brytyjscy.

¹⁴ Z. Kostrzanowska, *Uwarunkowania zachowań z drowotnych*, Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 133.

¹⁵ Słowa: Kowalik, dz. cyt. Z. Kostrzanowska, *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych...*, s. 134.

¹⁶ Rezolucja Parlamentu Europejskiego PN. W sprawie książki na temat zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, otyłością (2007/2285(INI) z dnia 25 września 2008 r. – zamieszczonego w Raporcie NIK.

¹⁷ J. Tatoń, A. Czech, M. Bernas, *Otyłość – zespół metaboliczny*, Wyd. PZWL, Warszawa 2007, s. 24.

¹⁸ B. Kopczyński, *Otyłość: szokujące wyniki*, [on line:] <http://wisenuitrition.wordpress.com/2009/07/20/otylosc1/>.

¹⁹ Raport NIK, Otyłość.

²⁰ Raport NIK, s. 20.

²¹ B. Kopczyński, dz. cyt.

Otyłość jest dla dziecka szczególnie niebezpieczną jednostką chorobową. Tragizm konsekwencji otyłości dziecka wobec „kruchości” jego psychiki przejawia się m.in. w zaburzeniach:

- w zakresie motoryki, związanych z przeciążeniami w układzie kostno-stawowym, np. zmiany w stawach, deformacje szkieletu;
- postawy;
- gospodarki lipidowej będących czynnikiem upośledzającym funkcjonowanie narządów wewnętrznych, m.in. serca, mózgu;
- neurobehawioralnych:
 - sfery emocjonalnej, tj. lęk przed odrzuceniem, innością, samotnością, uczucie smutku, żalu, przygnębienia i depresji, brak poczucia własnej wartości – rozwinięcie się kompleksów, zaburzenia łaknienia, zachowania autodestrukcyjne;
 - psychospołecznych, tj. nieumiejętne nawiązywanie relacji koleżeńskich, trudności wychowawcze, przyjęcie postawy pasywnej „kozła ofiarnego”, izolowanie się społeczne, zachowanie agresywne, niskie poczucie skuteczności własnego działania, utrudnione zmaganie się z wymaganiami szkolnymi, poczucie braku kompetencji, prezentowanie postawy wyuczonej bezradności.

Otyłość niezależnie od kultury zawsze spowita jest cierpieniem w postaci bólu. Może on być związany z dysfunkcją w zakresie jakiegoś konkretnego narządu i jest to pogląd *stricte* przedmiotowy. W holistycznym, transkulturowym podejściu do człowieka zwraca się uwagę na silną zależność między bólem somy a jej wpływie na psyche i odwrotnie. Problemy sfery emocjonalnej skutkują autentycznymi dolegliwościami somatycznymi²².

Za otyłość dzieci jest nie tylko odpowiedzialne najbliższe środowisko wychowawcze, ale cała kultura. *Obesitas* i jej wszelkie konsekwencje psychospołeczne to rezultaty życia w kulturze konsumpcjonizmu. Takie postawy przeważają i chociaż wielu ludzi ma świadomość istniejących zagrożeń, to odwrócenie skutków tych przemian będzie niezwykle trudne, by nie rzec niemożliwe.

Współczesna szkoła źródłem lęku dziecka otyłego

*Jeśli chodzi o ból, nawet największy twardziel ma swoją piętę Achillesa, ulega panicznemu lękowi i ucieka przed nim jak pies przed właścicielem z sękatym kijem*²³.

Powszechnie uważa się, że szkoła w kształtowaniu młodego człowieka zajmuje miejsce zaraz po rodzinie²⁴. Niestety, coraz częściej jest przyczyną cierpienia, bó-

²² D. Goleman, dz. cyt., s. 93.

²³ V. Andreoli, dz. cyt., s. 26.

²⁴ M. Łobocki, *Teoria wychowania*, Impuls, Kraków 2009, s. 305.

lu, samotności dziecka. Przypomina piekło, gdzie główną rolę odgrywają dorośli, nauczyciele i rodzice. Nie potrafi diagnozować rzeczywistych problemów dziecka. Coraz częściej dzieci nie mają wsparcia w kadrze pedagogicznej.

Współczesne szkoły charakteryzuje zanikanie poczucia integracji społeczności szkolnej, tj. relacji nauczyciel–uczeń czy też pomiędzy rówieśnikami. Zgodnie z wynikami badań międzynarodowych PISA (Program Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów), aż 68% badanych uczniów negatywnie ocenia swoich nauczycieli²⁵. Ponad połowa nastolatków uważa, że kadra pedagogiczna nie interesuje się nimi, nie jest skłonna ich wysłuchać czy znaleźć czas na rozmowę. Aż 30–40% uczniów uważa, że nie otrzymuje od nauczycieli wymaganej pomocy. Nie dziwi więc fakt, że tylko 10% uczniów zwróciłoby się do nauczycieli o pomoc w razie zaistnienia problemu.

Środowisko szkolne coraz częściej utożsamiane jest z miejscem toczenia się „drugiego życia”, które niewiele ma wspólnego z pojęciem bezpieczeństwa psychofizycznego. Dziecko zdane jest na łaskę swoich rówieśników z najbliższego otoczenia szkolnego.

Dla dzieci będących na ukończeniu nauczania przedszkolnego oraz tych będących w toku kształcenia na poziomie edukacji początkowej kryterium oceny rówieśnika są umiejętności motoryczne, udział w grach zespołowych.

Dzieci otyłe niechętnie biorą udział w zajęciach wychowania fizycznego, szybciej się bowiem męczą oraz wstydzą się swojej odmienności. Zmniejszona sprawność fizyczna również ich deprecjonuje.

Osoby, które nie są w stanie np. w wyniku otyłości dorównać swoim rówieśnikom, bardzo często traktowane są w sposób wyrażający się brakiem akceptacji i odrzucenia społecznego. W jego ramy wpisują się takie formy przemocowego zachowania, jak np. izolowanie, wyśmiewanie, obgadywanie, popychanie itd. Dzieci z reguły są niezwykle okrutne w wyrażaniu swoich sądów emocjonalnych. Z brutalną szczerością potrafią podać powody odrzucenia innego dziecka z grupy. Z taką sytuacją nie potrafią poradzić sobie dorośli, a tym bardziej dzieci.

Wachlarz zaburzeń neurobehawioralnych dziecka otyłego jest niezwykle rozbudowany i złożony. Najczęściej przyjmują one postać frustracji, złości, agresji, zniechęcenia, niskiego poczucia własnej wartości, depresji, zaburzeń lękowych. U ich podłoża leżą niedostrzeżone, nierozwiązane konflikty emocjonalne. Wszelkie zaburzenia utkane są z lęku, który jest zjawiskiem negatywnym, nieprzystosowawczym, podłożem wielu trudności emocjonalnego funkcjonowania²⁶. Może przyjmować różne maski, chociażby zespołów paniki, lęku panicznego, fobii, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

²⁵ B. Majerek, *Zjawisko niechęci w świetle badań międzynarodowych*, [w:] *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M. Banach, W.T. Gierat, Ignatianum, Kraków 2010, [CD-ROM], s. 12–17.

²⁶ Istnieje bardzo wiele opracowań na temat źródeł lęku. W tekście korzystano z A. Millera, G. Mietzela, V. Andreolego.

Szkoła coraz częściej stanowi źródło lęku dla dzieci, które nie odbiegają od normy. Dla dzieci, które różnią się w jakimś aspekcie od swych rówieśników, środowisko szkolne może być tym bardziej brutalne.

Zachowania agresywne rówieśników determinują dwie postawy u dziecka nękanego, mianowicie walki lub ucieczki. Najbardziej oczywistym zachowaniem jest przeciwstawienie się, co przejawia się aktem agresji, kończącym się obustronnym poniżaniem. Reakcja alternatywna może okazać się o wiele bardziej zgubna dla dziecka. Nieumiejętność walczenia o siebie, tylko „chowanie” głowy w piasek, to nic innego jak wycofanie się za mur milczenia. Wycofanie się jest spotęgowaną reakcją lęku przed publiczną przegraną²⁷. Niestety lęk zwiększa cierpienie²⁸. Jak powiedział Hans Troedsson, „to bomba z opóźnionym zapłonem, ponieważ zaburzenia psychiczne ujawniają się dopiero po wielu latach”.

Objadanie się jako remedium na cierpienie psychiczne dziecka w chorej rodzinie

*Nerwica zastępuje w naszych czasach klasztor, do których wycofali się wszyscy ci, których życie rozczarowało, lub też ci, którzy wobec życia czuli się słabi*²⁹.
Zygmunt Freud, wykłady O psychoanalizie

Otyłość prosta, samoistna, pierwotna są to synonimy otyłości, u których źródeł leży mechanizm „przejadania się”. Źle zbilansowana dieta oraz ograniczenie wysiłku fizycznego skutkuje w około 90% przypadków dzieci otyłością³⁰. Do nielicznych przypadków uzasadnionej otyłości wlicza się te spowodowane chorobami endokrynologicznymi lub genetycznymi³¹. W zastraszającym tempie wzrasta wskaźnik otyłości dzieci. Przyczyny takiego stanu upatruje w tzw. wpływie chorych rodzin na domowników. Do niedawna rodzina była synonimem „schronienia, do którego ucieka zagrożony człowiek”³². Obecnie została wchłonięta przez kulturę indywidualistyczną z jej wszystkimi, odczuwalnymi, groźnymi konsekwencjami dla jej funkcjonowania.

Brak bezpieczeństwa ekonomicznego należy do najważniejszych, negatywnych trendów, mających wpływ na generowanie zjawiska dysfunkcyjności rodzin³³. Zaburzona struktura rodziny oraz nieodpowiednia organizacja czasu,

²⁷ D. Goleman, dz. cyt., s. 217.

²⁸ V. Andreoli, dz. cyt., s. 23.

²⁹ W.J. Imielski, dz. cyt., s. 128.

³⁰ Forum pediatryczne, <http://www.forumpediatryczne.pl/txt/a,2500,2,otyle-dzieckorozpoznawaniei-postepowanie-w-otylosci-u-dzieci#.TvuRw3ohs88>.

³¹ Tamże.

³² P. Aries, dz. cyt., s. 256.

³³ A. Roter, *Geneza i skutki ubóstwa jako czynnika patologizującego życie społeczne*, Impuls, Kraków 2000, s. 39–48.

rytmu życia rodziny należą do kluczowych zmiennych wpływających na wzrost zjawiska otyłości³⁴.

Kolejnym negatywnym zjawiskiem w kulturze rodziny, szczególnie odbijającym się na dziecku, jest powstanie i niezwykle szybkie rozprzestrzenianie się zjawiska tzw. eurosieroctwa, będącego „fizycznym” opuszczaniem dziecka przez rodziców z przyczyn zarobkowych. Jak wynika z raportu przeprowadzonego dla Ministerstwa Edukacji Narodowej, w Polsce 100 tysięcy dzieci jest eurosierotami³⁵. Zjawisko to przejawia się najczęściej pozostawieniem przez rodziców dziecka pod opieką babci, dziadka, cici. Rodzice próbują rekompensować swą nieobecność, przekupując dziecko na przykład nowościami technologicznymi. Życie w takiej rodzinie determinuje liczne zaburzenia sfery biopsychospołecznej jej członków. Wzrastanie w zagrożonym środowisku wychowawczo-opiekuńczym prowadzi do powstania u dzieci sieroctwa duchowego, społecznego lub syndromu dziecka krzywdzonego, a także rozmaitych nieprawidłowości rozwoju fizycznego.

Zanikanie zwyczaju domowych posiłków, który od wieków był niezmiernie istotnym ogniwem życia rodzinnego, uważa się za jeden z najistotniejszych determinantów otyłości wśród dzieci³⁶. Owy początek datuje się na XVI i XVII w. Dla kolejnych pokoleń ten moment był to idealny czas do rozmowy, wymienienia poglądów, a przede wszystkim do omówienia problemów, rozwiania niejasności. Dla młodszych członków rodziny wspólne posiłki służyły również poznaniu kultury, zbieraniu doświadczeń, tworzeniu nawyków, jak również rozwojowi mowy, umiejętności interpersonalnych.

Do niedawna suto zastawiony stół był oznaką środowiskowego prestiżu, a „najważniejszym zajęciem obywatelskiego życia było jedzenie”³⁷. Deprecjacja tego kluczowego aspektu kulturowości społeczeństwa jest brzemienna w skutki dla całej rodziny. Potwierdzenie znajduje się m.in. w badaniach zespołu psychologów z Uniwersytetu Illinois, które wskazują na wyraźną zależność pomiędzy rodzinnym spożywaniem posiłków a wskaźnikiem masy ciała (BMI) u dzieci. „W rodzinach, które przywiązują wagę do wspólnego zasiadania przy stole przynajmniej trzy razy w tygodniu, dzieci są o 12 proc. mniej narażone na otyłość, o 20 proc. rzadziej konsumują tzw. śmieciowe jedzenie, a o 24 proc. częściej jedzą warzywa. Co więcej, w grupie tej o 35 proc. rzadziej występuje problem jedzenia kompulsywnego”³⁸.

³⁴A. Łuczniński, *Dzieci w rodzinach zastępczych i dysfunkcjonalnych*, Wyd. KUL, Lublin 2008, s. 35.

³⁵Eurosieroty, o prawnej opiece nad eurosierotami, <http://www.portalsamorzadowy.pl/prawo-i-finanse/o-prawnej-opiece-nad-eurosierotami,22993.html>, GK/www.men.gov.pl, 6.10.2011.

³⁶Tamże, s. 126.

³⁷A. Budnik, M. Wojtkowiak, *Czy bogaty musi być otyły? Czyli o pieniądzach, strukturze spożycia i kondycji fizycznej mieszkańców wsi wielkopolskich-doniesienie wstępne*, [w:] *Antropologia a medycyna i promocja zdrowia*, red. A. Malinowski, B. Łuczak, J. Grabowska, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996, s. 126.

³⁸Rynek Zdrowia, *Rodzinne posiłki pomogą uchronić dziecko przed otyłością*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Rodzinne-posilki-pomoga-uchronic-dziecko-przed-otyloscia,108701,11.html>.

Żywnościowe zwyczaje dzieci coraz częściej kształtuje przemysł marketingowy, który przez ostatnie kilkadziesiąt lat sprytnie, umiejętnie wdarł się do świadomości i życia konsumentów, wywierając wpływ na ich sposób spostrzegania rzeczywistości. Odkrycie, że reklamy bardzo silnie oddziałują już na dwulatków, rozpoczęło batalię o serca najmłodszych potencjalnych konsumentów. Zgodnie z raportem rządu brytyjskiego z 2004 roku dotyczącego kwestii reklamowania żywności dla dzieci, udowodniono jak silnie oddziałują na o.u.n.³⁹

Marketing w zakresie żywienia umocnił swoje znaczenie również dzięki „wygodnym”, zapracowanym rodzicom, którzy nie mają czasu na przygotowanie śniadania i tym bardziej kanapek dla dziecka do szkoły. Natomiast dają dziecku gotówkę i prawo dokonywania wyboru w zakresie spożywanych produktów.

Innym takim elementem jest presja współtowarzyszy. Nawet niewłaściwe opakowanie drugiego śniadania może się równać społecznemu odtrąceniu dziecka. Obecnie przyniesienie kanapki do szkoły przygotowanej w domu jest upokarzające. Liczy się produkt pięknie oprawiony i przede wszystkim reklamowany. Posiadanie takiego produktu jest insygnium bycia *cool* wśród rówieśników. Nie jest trudno zadbać o takowy produkt, zważywszy, że szkolne sklepiki (84% placówek) i automaty do wydawania słodkości (74% instytucji szkolnych) przeżywają obłęzenie⁴⁰.

W zakresie problematyki otyłości, nadwagi dziecka należy zwrócić uwagę również na problem współczesnych rodzin dotyczący organizacji wolnego czasu. Coraz częściej zakres różnorodnych form wspólnego spędzania wolnego czasu przez członków rodziny ogranicza się do komputera, telewizora bądź wypadu na zakupy czy niedzielny obiad do galerii handlowej.

Rodzice niejednokrotnie korzystają z tzw. elektrycznej niańki w opiece nad dzieckiem, co jest wygodną formą wypełnienia czasu najmłodszym, nie wymaga również inwencji w działaniu, tym bardziej wysiłku.

Dane wskazują, że rytuał spędzania samotnych chwil przed telewizorem, komputerem jest odprawiany przez dziecko już w wieku 2 lat. Najmłodszy poświęcają natomiast średnio 2,4 godziny dziennie na wpatrywanie się w ekran TV. Najwięcej czasu – blisko 3 godziny – spędzają w ten sposób dzieci 13- i 14-letnie. Na takie zajęcia 2 godziny dziennie poświęca 33% ogółu dzieci, 19,9% spędza przed ekranem bądź monitorem 3 godziny, a 11,7% – 4 godziny. Tylko 0,6% dzieci 2-letnich i starszych w ogóle nie ogląda telewizji i/lub nie korzysta z komputera⁴¹.

Takie zachowania najdotkliwiej uderzają w dziecko i zawsze skutkują zaburzeniami neurobehawioralnymi. Natomiast zakłócenia w rozwoju dziecka pod postacią ukształtowania niedojrzałej emocjonalności przejawiającej się w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów, izolacji uczuciowej, chłodzie emocjonalnym, jak

³⁹ S. Palmer, *Toksyczne dzieciństwo. Jak współczesny świat krzywdzi nasze dzieci i co możemy zrobić, aby temu zapobiec*, Wrocław 2006, s. 35.

⁴⁰ NIK, s. 7.

⁴¹ GUS, s. 65.

i jej lepkości stanowią jądro tych zaburzeń. Konsekwencją takiego stanu mogą być trudności wychowawcze, tj. zachowania autodestrukcyjne, zaburzenia łaknienia, agresja, jak również uzależnienia (w tym również uzależnienie od jedzenia).

Transformacje, jakie dokonują się w chociażby w strukturze, funkcjonowaniu rodzin i organizacji pracy, czasu wolnego rodziny, bezsprzecznie determinują obecny stan otyłości najmłodszych. Natomiast przyczyny otyłości upatruje się w mediach, przemyśle reklamowym, transformacji rodzin. Zapomina się natomiast bądź specjalnie nie zauważa tzw. zjawiska „zajadania” trudności emocjonalnych przez dzieci. Objadanie się dziecka jest dla niego antidotum na cierpienie psychiczne. Jest chwilą, która daje złudne szczęście. Ta krótkotrwała gra hormonów, które warunkują podniesienie nastroju po zjedzeniu łakoci, uzależnia dziecko. Otyłość jest chorobą, która zawsze powoduje cierpienie.

Wnioski

Każdy broni się przed cierpieniem. Zarówno u dziecka, jak i dorosłego zajadanie się może być utożsamiane z nieuświadomioną chwilą szczęścia. Przez tę krótką chwilę, dzięki uwalniającym się hormonom, dziecko może mieć złudne poczucie miłości. Pod względem konsekwencji zajadanie w samotności wydaje się najbardziej destrukcyjne dla jednostki. Trwanie w tym mechanizmie błędnego koła objawia się nie tylko znacznieszą wagą, lecz również bardziej dotkliwymi konsekwencjami dla sfery psychicznej. W takiej sytuacji potęguje się uczucie osamotnienia, braku przynależności do grupy, pustki, bezsensowności egzystencji, pejoratywnej odmienności.

U dzieci otyłych cierpienie często sublimuje w zaburzenia neurobehawioralne. Taka wizja wydaje się zatrważająca, zważywszy, że od około 30 lat znacznie wzrosła liczba dzieci z problemami behawioralnymi, z zaburzeniami emocjonalnymi wartość ta zwiększyła się o 70%. WHO szacuje, że do 2020 roku liczba zaburzeń neuropsychiatrycznych u dzieci wzrośnie o 50% w stosunku do innych problemów zdrowotnych (1 z 5 głównych czynników upośledzeń i zgonów)⁴².

Otyłość prócz ogromnego spustoszenia w funkcjonowaniu organów powoduje cierpienie psychiczne, które może być o wiele bardziej brzemiennie w skutki dla dziecka otyłego, jego rodziny oraz społeczeństwa.

Najważniejsze działania w celu zminimalizowania problemu powinny dotyczyć profilaktyki organizowanej przez państwo:

- profilaktyki pierwszorzędowej – obejmującej wszystkie rodziny, dzieci w szkole;
- profilaktyki drugorzędowej celowanej w rodziny (w których występują czynniki ryzyka dysfunkcjonalności i związane z tym faktem konsekwencje zdrowot-

⁴² S. Palmer, dz. cyt., s. 32.

ne dla dzieci), jak również wymierzonej w środowiska szkolne, w których istnieje podwyższone ryzyko;

- profilaktyki trzeciorzędowej, skierowanej do tych rodzin, w których występuje problem otyłości, a celem podejmowanych działań jest minimalizowanie skutków i zapobieganie im w przyszłości.

Bibliografia

Andreoli V., 2003. *Zrozumieć cierpienie – aby ból ustąpił radości*, Homini, Kraków 2009.

Aries P., *Historia dzieciństwa. Dziecko i rodzina w trudnych czasach ancien regime'u*, Wydawnictwo Altheia, Warszawa 2010.

Budnik A., Wojtkowiak M., *Czy bogaty musi być otyły? Czyli o pieniądzach, strukturze spożycia i kondycji fizycznej mieszkańców wsi wielkopolskich – doniesienie wstępne*, [w:] *Antropologia a medycyna i promocja zdrowia*, red. A. Malinowski, B. Łuczak, J. Grabowska, t. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996.

Eurosieroty, dramat na święta, <http://www.gazetakrakowska.pl/artukul/486837,dramat-malopolskich-eurosierot-mamo-wroc-bo-swieta,id,t.html?cookie>.

Forum pediatryczne, J.M. Oświęcimska, <http://www.forumpediatryczne.pl/txt/a,2500,-2,otyle-dzieckorozpoznawaniei-postepowanie-w-otylosci-u-dzieci#.TvuRw3ohs88>.

Gerrig J., Zimbardo P.G., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2007.

GUS, *Stan Zdrowia Ludności Polski 2009. Informacje i opracowania statystyczne*, Warszawa: Zakład Wyd. Statystycznych 2011 [online:], <http://www.stat.gov.pl>, 20.07.2009.

Imielski W.J., *Zaburzenia psychiczne i emocjonalne – przewodnik popularnonaukowy*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.

Kopczyński B., *Otyłość: szokujące wyniki*, <http://wisenutrition.wordpress.com/2009/07/20/otylosc1/>.

Kostrzanowska Z., *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz reakcja na chorobę*, [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska, Wydawnictwo PZWŁ, Warszawa 2010.

Kultura a postrzeganie własnego ciała, [w:] *Kultura a zdrowie. Psychologia międzykulturowa*, red. D. Matsumoto, L. Juang, Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

M. Łobocki, *Teoria wychowania w zarysie*, Impuls, Kraków 2010.

Łuczyński A., *Dzieci w rodzinach zastępczych i dysfunkcjonalnych*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2008.

Majerek B., *Zjawisko niechęci w świetle badań międzynarodowych*, [w:] *Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych*, red. M. Banach, W.T. Gierat, Kraków 2010 [CD-ROM].

Palmer S., *Toksyczne dzieciństwo. Jak współczesny świat krzywdzi nasze dzieci i co możemy zrobić, aby temu zapobiec*, Wyd. Dolnośląskie, Wrocław 2006.

Raport NIK, Informacja o wynikach kontroli, realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej, 149/2011/P/10190/KNO [online:] <http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-otylosci-u-uczniow.html>, 6.11.2011.

Roter A., *Geneza i skutki ubóstwa jako czynnika patologizującego życie społeczne*, [w:] A. Nowak, *Wybrane zjawiska powodujące zagrożenia społeczne*, Impuls, Kraków 2000.

Rynek Zdrowia, *Rodzinne posiłki pomogą uchronić dziecko przed otyłością?*, PAP/Rynek Zdrowia, [online:] <http://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Rodzinne-posilki-pomoga-uchronic-dziecko-przed-otyloscia,108701,11.html>, 5.05.2011.

Tatoń J., Czech A., Bernas M., *Otyłość – zespół metaboliczny*, PZWL, Warszawa 2007.

Marta Kowalewska, Anna Goździalska,
Jerzy Jaśkiewicz

Ból i cierpienie dziecka krzywdzonego

Ciepło rodzinne osiąga niekiedy temperaturę ognia piekielnego.

R.J. Gelles

Wprowadzenie

Większości ludzi dom rodzinny kojarzy się z ciepłem, miłością, poczuciem bezpieczeństwa. Na każdego człowieka w ciągu całego jego życia w znaczący sposób wpływa rodzina. Ważnym czynnikiem warunkującym ciepło rodzinne jest umiejętność komunikowania się rodziców z dziećmi i odwrotnie. Rozmowy, dyskusje, wyrażanie emocji dostarczają dziecku doświadczeń i kształtują jego osobowość. To rodzice troszczą się o ciepło rodzinne, a przyjmowane przez nich postawy rodzicielskie wpływają na rozwój dziecka. Nie możemy również zapomnieć, że każda rodzina i każdy dom jest inny. Niestety, bardzo dużo rodzin boryka się z różnymi rodzajami problemów. Problemy te burzą panujący w nich ład, są zaczątkiem kłótni, a czasem przeradzają się w poważne konflikty. Z kolei bardzo często zdarza się, że osoby pozostające w konflikcie sięgają po różnego rodzaju używki. Sytuacje konfliktowe w rodzinie wywołują agresję u wszystkich jej członków, co znacznie wpływa na rozwój dzieci, szczególnie na dalsze ich funkcjonowanie w sferze społecznej. Rozwój społeczny dzieci polega przede wszystkim na zdobywaniu dojrzałości do życia w społeczeństwie. Dziecko z wiekiem uczy się reguł postępowania oraz zwyczajów i zasad panujących w rodzinie, do której należy. „Rozwój społeczny dziecka to zdobywanie dojrzałości do współżycia w społeczeństwie. Jest to proces uczenia się, dostosowania do wzorów grup społecznych, obyczajów i tradycji oraz poznawania i współdziałania. Prowadzi on do nowych sposobów zachowania, nowych zainteresowań i wyboru nowych przyjaciół” (Hurlock, 1960).

Często niestety dom jest miejscem przepełnionym cierpieniem, bólem, lękiem i przemocą. Fakt istnienia przemocy domowej już dawno przestał być kwestionowany. Mimo że zjawisko to jest coraz szerzej badane, cały czas szokuje jego skala.

Tematem pracy będzie zadawanie bólu i cierpienia dzieciom oraz przedstawienie konsekwencji ich krzywdzenia w kontekście społecznym.

Podkreślić należy, że historia krzywdzenia dzieci jest bardzo długa. Były, ale również i współcześnie bywają one traktowane jako słabsze, gorsze. Stają się ofiarami nadużyć i wykorzystywania. Rewolucyjne przekształcenia w strukturze i etyce społecznej,

które dokonały się w ciągu ostatnich stuleci, spowodowały ogromne zmiany w sposobie postrzegania dziecka, jego myśli, pragnień, uczuć i predyspozycji. Na przestrzeni wieków niezmiennie umacniano przekonanie o potrzebie respektowania fundamentalnych praw dziecka, wzywając społeczeństwa i narody do spojrzenia na dziecko jak na pełnowartościowego człowieka. Obecnie, na początku XXI wieku, dzieciństwa nie traktuje się już jako okresu oczekiwania na dorosłość, ale jako samoistną wartość. Prawa dziecka stały się jednym z podstawowych i najważniejszych pojęć, które obecną formę i pozycję zawdzięczają ewolucji, przemianom i staraniom poszczególnych jednostek o zapewnienie dzieciom należytej ochrony w sytuacjach ich krzywdzenia.

W związku z ratyfikacją Konwencji Praw Dziecka i ostatecznym jej przyjęciem w 1989 roku znacznie wzrosło zainteresowanie problematyką przemocy wobec dzieci i ich ochroną. Pomimo to problem krzywdzenia dzieci nadal pozostaje tematem nierozwiązanym – trudnym i budzącym wielkie emocje. Z jednej strony problemy małoletnich są dla większości abstrakcyjne i w konsekwencji bardzo rzadko przebijają się do świadomości społecznej. Z drugiej strony jest to także kwestia ciągle funkcjonującego w społeczeństwie, powszechnego przekonania, że dziecko jest własnością rodziców i co za tym idzie – postrzegania go jako jednostki podległej nieograniczonej władzy rodzicielskiej. Efektem tego jest społeczne przyzwolenie na stosowanie praktyk prowadzących do krzywdzenia dzieci.

Definicje przemocy

Przemoc wobec dzieci to zjawisko społeczno-psychologiczne, mające wielorakie uwarunkowania związane z siłami tkwiącymi w jednostce, w rodzinie, a także w środowisku i kulturze, w które uwikłane są zarówno jednostka, jak i rodzina (Belsky, 1989). Pod wpływem szczególnej kombinacji wspomnianych czynników rozwija się styl takich interakcji w rodzinie, w których pojawia się przemoc.

Natomiast przez przemoc w rodzinie należy rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa bądź dobra osobiste osób w rodzinie, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne.

Rodzaje przemocy stosowanej wobec dzieci:

1. Fizyczna: naruszenie nietykalności fizycznej, działania wobec dziecka powodujące nieprzypadkowe urazy ciała dziecka. W krzywdzeniu fizycznym można dostrzec dwie jego odmiany:
 - dotkliwe karanie dziecka, w którym zadawanie bólu jest uzasadnione regułami, przepisami, oceną zachowania dziecka, i często jest zniekształcane przez różne uzasadnienia, racjonalizacje;

- krzywdzenie będące rezultatem agresji rodziców i potrzeby rozładowania agresywnych uczuć, które bardzo często nie mają nic wspólnego z dzieckiem, ale ze współżyciem w małżeństwie, z kłopotami bytowymi, zawodowymi itd.
- 2. Emocjonalna: naruszenie godności osobistej, rozmyślne zachowania dorosłych wobec dzieci, które powodują znaczne obniżenie możliwości prawidłowego rozwoju dziecka.

Krzywdzenie psychiczne także ma dwie odmiany. Pierwsza związana jest z bezpośrednim atakowaniem i poniżaniem dzieci. Druga ma miejsce, gdy dziecko jest świadkiem przemocy między dorosłymi członkami rodziny – jak ojciec traktuje matkę, jak matka traktuje swoją starszą matkę. Oglądanie przez małe dziecko przemocy i wulgarności jest czasem równie niszczące i krzywdzące jak bezpośredni atak.

- 3. Seksualna – naruszenie intymności, każde zachowanie osoby dorosłej, nastolatka, starszego dziecka, które prowadzi do seksualnego zaspokojenia kosztem dziecka.
- 4. Zaniedbanie – niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka zarówno fizycznych (właściwe odżywianie, ubieranie, ochrona zdrowia, edukacja), jak i psychicznych (poczucie bezpieczeństwa, miłość rodzicielska, troska).

Badania dowodzą, że istnieje silny związek pomiędzy doświadczaniem bicia w dzieciństwie a biciem i krzywdzeniem swoich dzieci:

- 80% badanych doświadczało bicia w dzieciństwie,
- 80% dorosłych Polaków bije swoje dzieci, z tego 25% pasem,
- 5% rodziców przyznaje, że pobili swoje dziecko tak, że wywołało to uraz,
- co szósty 12-latek przyznaje, że w wyniku przemocy ze strony rodziców doznał urazów, takich jak siniaki, zadrapania,
- blisko 23% polskich studentów przyznaje, że w ich domach przynajmniej kilkakrotnie dochodziło do przemocy fizycznej,
- 34% pacjentów leczenia odwykowego stwierdza, że w okresie intensywnego picia używało przemocy fizycznej wobec dzieci.

Wśród Polaków nie ma zgody co do oceny kar fizycznych:

- aż 50% pytanym uznaje, że choć bicie dziecka przez rodzica „za karę” jest metodą, która nie powinna być stosowana, to są sytuacje, w których jest to usprawiedliwione;
- 35% badanych uznaje, że kary fizyczne nie powinny w ogóle być stosowane,
- zwraca uwagę fakt, że 13% pytanym Polaków uznało, że kary fizyczne mogą być stosowane, jeśli rodzic uzna, że będzie to skuteczne.

Co istotne, badani nauczyciele, choć uważają, że kary fizyczne są upokarzające dla dziecka, rzadko przyznają, że wymierzenie klapsa jest wystarczającym powodem, by podjąć interwencję. Oznacza to, że dziecko, które jest bite przez rodzica, rzadko może liczyć na pomoc innych.

Badania pokazują, że w polskich rodzinach kary fizyczne wymierzane są równie często przez ojców, jak i matki.

Większość dzieci doświadczających przemocy to dzieci poniżej 10. roku życia, które samodzielnie nie potrafią obronić się przed silniejszym rodzicem. Nie wiedzą także, kogo mogą prosić o pomoc. Często nie wiedzą też, że rodzic nie ma prawa stosować wobec nich przemocy¹.

Działanie dorosłych skierowane przeciwko dziecku

Pomimo definicji sami umniejszamy znaczenie czynów, jakimi posługujemy się w stosunku do dorosłych, ale przede wszystkim dzieci („nic wielkiego się nie stało”, „straszył, ale nic wielkiego nie zrobił, „po co go denerwował, przecież wie, jaki on jest”). Ma to odzwierciedlenie w przytoczonych wyżej statystykach i wynikach badań. Przede wszystkim nasze doświadczenia i stereotypy decydują o ocenie sytuacji. Wiadome jest, że nie możemy przeżyć dzieciństwa bez bólu i cierpienia, ale czy wiemy, kiedy przekraczamy moment krzywdy dziecka. Dzieci wzrastające w domu przepełnionym przemocą często są jej ofiarami. W rodzinach, w których występuje przemoc między dorosłymi, cierpią również dzieci. Przemoc wyrządza dzieciom wiele poważnych szkód zarówno fizycznych, jak i psychicznych.

Cierpienie dzieci związane jest z sytuacjami wywołanymi przez rodziców. Jest to działanie dorosłych skierowane przeciwko dziecku, którzy wtargnąwszy w świat dziecka, naruszają granice intymności czy bezpieczeństwa. Cierpienie i ból może być zadane nie tylko przez uderzenie, ale także powiedzenie czegoś bolesnego albo odebranie dziecku czegoś dla niego ważnego. Innym źródłem cierpienia są straty. Zarówno straty konkretne, namacalne, jak też zniszczenie jego spokoju albo bezpieczeństwa poprzez radykalne zmiany warunków wychowania czy atmosfery domowej, aż po przypadki straty albo zagrożenia stratą miłości, więzi, akceptacji. Dziecko żyjące w stanie ciągłego zagrożenia pozbawione jest poczucia bezpieczeństwa, miłości i zaufania niezbędnych do prawidłowego rozwoju.

¹ Statystyki pochodzą z danych Fundacji Dzieci Niczyje.

Diagnoza przemocy

Diagnozowanie przemocy jest zjawiskiem trudnym. Pomijając przypadki krzywdzenia dzieci w sytuacji występowania przemocy fizycznej i bezdyskusyjnej interpretacji jej charakterystycznych objawów – siniaków, zadrapań, złamań, otarć, skaleczeń, itp., gdzie interwencja służb społecznych powinna być natychmiastowa. Nie należy jednak zapominać, że do krzywdzenia dzieci często dochodzi pod otoczką troski o nie i ich dalsze losy bądź przemoc ta jest ukryta i zakamuflowana. Nie pomaga tu funkcjonujące w mentalności ludzi przeświadczenie, że dziecko należy karcić, aby wyrosło na dobrego i praworządnego obywatela, co prowadzi do poniżania i ośmieszania dzieci, ich bezlitosnego karania, nieokazywania miłości i czułości, odrzucania i niezapewniania właściwej opieki. Wiele krzywdy znajduje się w tym obszarze i ważna jest tu postawa pracowników służb społecznych, których jedną z zasadniczych ról jest ochrona dzieci na poziomie wczesnej interwencji, a także podejmowanie działań powstrzymujących zjawiska już występujące. Działalność pracownika socjalnego, kuratora społecznego czy pielęgniarki środowiskowej to czynności podejmowane już w środowisku, miejscu zamieszkania rodziny, gdzie winni oni redukować ryzyko pojawienia się problemu bądź ograniczać jego występowanie działaniami osłonowymi, tj. wsparciem, terapią, poradnictwem czy monitoringiem.

Możliwość nawiązania bezpośredniej relacji i kontaktu z dziećmi i ich rodzinami daje możliwość stworzenia diagnozy środowiska rodzinnego, funkcjonowania jej członków, określenia relacji rodzinnych oraz pozwala na ocenę stopnia zapewnienia dziecku właściwych warunków rozwojowych. Pozwala też na sformułowanie stopnia ryzyka wystąpienia zachowań przemocowych w rodzinie i ich zapobieganie.

Działanie pomocowe instytucji

Przedstawiciele służb społecznych współpracują ze sobą, tworząc spójne plany pracy i pomocy danej rodzinie, działając w zespołach interdyscyplinarnych, podejmując wspólne interwencje. Stanowią oni kluczowy element w systemie ochrony dzieci przed krzywdzeniem i są niezastąpionym elementem tego systemu, który najczęściej decyduje w sytuacjach, kiedy przemoc nad dzieckiem jest stwierdzona lub podejrzewana. Wyraźnym polem działalności służb społecznych wobec problemu krzywdzenia dzieci jest również edukacja społeczna rodziców w zakresie problemu przemocy w rodzinie oraz przekazywanie pozytywnych wzorców opieki rodzicielskiej.

Edukować należy także profesjonalistów, aby skutecznie zapobiegali przemocy wobec małych dzieci, przez wczesne rozpoznawanie zjawiska przemocy. Każda

wizyta kontrolna, spotkanie z pielęgniarką powinno być okazją do włączenia oddziaływań edukacyjnych, stwarzając także doskonałą okazję do oceny sytuacji rodziny nie tylko zdrowotnej, ale także ekonomicznej czy społecznej. Umożliwiają także dokonanie oceny kompetencji rodzicielskich i mogą służyć zidentyfikowaniu takich rodzin, które mogą być zagrożone wystąpieniem różnego rodzaju form przemocy wobec dzieci, spośród których najczęstszą jest zaniedbywanie. Programy profilaktyki krzywdzenia dzieci obejmują: warsztaty radzenia sobie ze stresem, warsztaty umiejętności rodzicielskich, zapewnienie poradnictwa specjalistycznego, w tym psychologa i prawnika. Tak więc powodzenie takich działań zapobiegających krzywdzeniu dzieci w dużej mierze zależy od znajomości zagadnień związanych z przemocą przez pracowników wszystkich służb działających na rzecz pomocy rodzinie.

Zaniedbania wobec dzieci

Grupą szczególnie narażoną na niebezpieczeństwo są najmłodsze dzieci. Krzywdzenie i zaniedbywanie jest jedną z najczęstszych przyczyn śmierci i niepełnosprawności dzieci do lat trzech, a największe ryzyko krzywdzenia występuje w grupie dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia. Małe dzieci są szczególnie podatne na urazy fizyczne i zaburzenia rozwojowe, a konsekwencje zaniedbań doznanych w pierwszych latach życia dziecka mogą poważnie wpłynąć na późniejszy jego rozwój. Do następstwa urazów fizycznych zaliczyć możemy stosunkowo niegroźne (siniaki, otarcia, skaleczenia, zwichnięcia), a także poważne trwałe urazy jak złamania, krwaki, oparzenia lub zmiany w mózgu. Dzieci wychowujące się w rodzinach, gdzie występuje przemoc, narażone są na dwa rodzaje niszczących doświadczeń. Pierwszy z nich dotyczy dzieci, które są bezpośrednimi ofiarami przemocy, drugi natomiast dotyczy dzieci będącymi świadkami przemocy stosowanej wobec bliskiej osoby. W niektórych przypadkach dzieci narażone są na podwójne niebezpieczeństwo, czyli dzieci, które same doświadczają przemocy i zarazem są jej świadkami. Dziecko bywa używane jako „karta przetargowa w rodzinnych konfliktach”. Medyczne zaniedbania niemowląt i małych dzieci w zakresie braku odpowiedniej diagnozy, właściwego leczenia, rehabilitacji może skutkować opóźnieniem rozwoju, a w skrajnych przypadkach niepełnosprawnością (np. utrata słuchu) czy poważnymi problemami związanymi z rozwojem poznawczym, np. deficytami mowy.

Należy pamiętać, że dla dziecka najważniejsze jest wsparcie bliskich mu osób, dotrzymanie towarzystwa, rozmowa, by czuło się rozumiane i kochane. Ukochane osoby, od których zależy jego życie, stają się dla niego źródłem dezorientacji, lęku i niepewności. Następuje zaburzenie postrzegania i rozumienia świata: jednego dnia rodzic mówi, że je kocha, drugiego wyrządza krzywdę, a następnego próbuje wynagrodzić.

Ochrona dzieci przed krzywdzeniem i przemocą jest zagadnieniem, które w polskiej myśli społecznej i życiu publicznym istnieje już od kilku dekad. Od tego czasu nastąpiła ogromna ewolucja w tej dziedzinie – od postrzegania praw dziecka wyłącznie jako prawa do szczególnej ochrony i opieki ze strony dorosłych, do uznania, że dziecko jako istota ludzka posiada pełnię praw i wolności, z których korzysta stosownie do osiągniętej dojrzałości i samodzielności. Istnieje wiele instytucji państwowych, organizacji pozarządowych i kościelnych, które za główny cel stawiają sobie ochronę dzieci przed przemocą. Szkolenie pracowników służb społecznych, rozwijanie sieci placówek specjalistycznych, ośrodków interwencyjnych, świetlic, tworzone zespoły interdyscyplinarne, kompatybilność i spójność działań różnych instytucji, wprowadzona i usprawniona procedura „Niebieskiej Karty” także zmieniają postrzeganie problemu przemocy wobec dzieci i służą ochronie najmłodszych obywateli.

Pomimo to przemoc i krzywdzenie dzieci stanowi wielki problem. Szacuje się, że około 60% dzieci w Polsce doświadcza łagodnych (klapsy), a blisko jedna czwarta surowych (bicie pasem) kar fizycznych². Działalność służb społecznych w zakresie ochrony i niesienia pomocy dzieciom krzywdzonym jest procesem długotrwałym i trudnym, niejednoznacznym i ciągle budzącym kontrowersje. Nie ma wyznaczonej jasnej i czytelnej granicy, która decydowałaby o stopniu ingerencji służb społecznych w życie rodziny. Również brak całkowitego przyzwolenia społecznego na reakcję stosownych służb w sytuacji krzywdzenia dzieci, przyzwolenie na klapsy jako metodę wychowawczą powoduje, że w części przypadków zjawiska przemocy wobec dzieci interwencja jest trudna, a czasem wręcz niemożliwa, prowadząca do poważnych sporów, społecznych i ideologicznych.

W tej sytuacji rzeczą konieczną i niezbędną zarazem wydaje się podjęcie stosownych zadań przez sektor społeczny, poczynwszy od działań edukacyjnych na tej płaszczyźnie, poprzez promowanie praw dziecka w kontekście jego potrzeb, uwrażliwianie dorosłych i dzieci na problemy związane z ich zabezpieczeniem oraz uczenie właściwej interpretacji ochrony praw najmłodszych obywateli. Wierzę, że dzięki przyjaznemu klimatowi wokół problematyki ochrony dziecka krzywdzonego, który wytworzył się w ostatnich dekadach, wciąż toczących się dyskusjach, zarówno wśród specjalistów, jak i amatorów oraz na skutek przemian społecznych, pojęcie „respektowania i ochrony praw dziecka” nabierze wkrótce zupełnie innego znaczenia i zacznie chronić dzieci przed krzywdzeniem w należyty sposób.

² Statystyki pochodzą z badań Fundacji Dzieci Niczyje.

Prawne Konsekwencje Stosowania Przemocy

Prawo ściga sprawców przestępstw przeciwko osobom bliskim za:

– art. 207 §1 k.k. Znęcanie się fizyczne lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny – podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat (ścigane z urzędu)*.

– art. 191 §1 k.k. Kto stosuje przemoc wobec osoby lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (ścigane z urzędu)*.

– art. 197 §1 k.k. Kto przemocą lub groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10 (ściganie na wniosek pokrzywdzonego)**.

– art. 209 §1 k.k. Kto uporczywie uchyla się od wykonywania ciężącego na nim z mocy ustawy lub orzeczenia sądowego obowiązku opieki przez niełożenie na utrzymanie osoby najbliższej lub innej osoby i przez to naraża ją na niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych – podlega karze pozbawienia wolności do lat 2 (ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego)**.

* ściganie z urzędu polega na tym, że prokurator i policja prowadzą postępowanie niezależnie od woli i zgody osoby pokrzywdzonej. Wycofanie skargi lub odmowa zeznań nie jest podstawą do umorzenia postępowania, jeśli istnieje uzasadnione przypuszczenie, że popełniono przestępstwo.

** ściganie na wniosek polega na tym, że bez wniosku osoby pokrzywdzonej postępowanie w danej sprawie nie może być wszczęte.

Art. 12.1. Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.

Art. 12.2. Osoby będące świadkami przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Art. 12a.1. W razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie pracownik socjalny wykonujący obowiązki służbowe ma prawo odebrać dziecko z rodziny i umieścić je u innej niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm. 5)), w rodzinie zastępczej lub w całodobowej placówce opiekuńczo-wychowawczej. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (tekst jedn. Dz.U. z 2005 r.

Nr 180, poz. 1493) i rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1245).

Bibliografia

- Andrzejewski M., *Pomocnicza rola państwa w świetle konwencji o Prawach dziecka i prawa polskiego*, Warszawa 1999.
- Arias A. i in., *Jak pracować z osobami stosującymi przemoc*, Warszawa 2004.
- Hurlock E., *Rozwój dzieci*, Warszawa 1969.
- Jestem pokrzywdzony przestępstwem i co dalej*, red. T. Sikora, Kraków 2008.
- Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, Warszawa 2006.
- Lipowska-Teutsch A., *Rodzina a przemoc*. Warszawa 1995.
- Paszkiewicz W., Wiechcińska A., Lakowska M., *Wyprawa PoMoc. Poradnik dla osób doświadczających przemocy w rodzinie*, Warszawa 2005.
- Sasal H.D., *Przewodnik do interwencji wobec przemocy*, Warszawa 2005.
- Szymanowska J., *System opieki nad dzieckiem i rodziną – założenia i stan realizacji*, „Praca Socjalna” 2010, nr 6.
- Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, red. W. Badura-Madej, Warszawa 1999.

VARIA

s. Maria Najowicz

Siostry kanoniczki w służbie życiu

Idea pracy misyjnej Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego zrodziła się w Roku Jubileuszowym 1975 jako wotum wdzięczności za 800 lat istnienia zgromadzenia w Kościele. Była to odpowiedź na prośbę biskupa Joachima Ruchany z Burundi, który był w Polsce.

Pierwsze siostry stanęły na ziemi afrykańskiej w marcu 1981 roku po rocznym kursie języka i po kursie medycyny tropikalnej w Belgii.

Burundi to mały kraj w Środkowej Afryce leżący nad przepięknym jeziorem Tanganika i graniczący z Tanzanią, Kongo i Ruandą¹.

W kraju brak jest przemysłu. 95% ludności utrzymuje się z prymitywnego rolnictwa. Najważniejszymi produktami rolnymi są fasola, maniok, banany, słodkie ziemniaki – pataty, kawa i herbata.

Siostry pracują dziś na trzech placówkach: Gatara, Buraniro i od 2007 roku w stolicy kraju – Bużumburze. Każda placówka obejmuje kompleks służby zdrowia na wsi, czyli dyspanser (przychodnia), szpital, porodówkę i przychodnię matki i dziecka. Oprócz tego siostry katechizują. Jedna z nich prowadzi wykłady w Instytucie Katechetycznym. Zajmują się też kształceniem zawodowym. Uczą krawiectwa i stolarstwa. Szczególną troską obejmują sieroty wojenne czy też pozbawione rodziców na skutek malarii czy innych chorób zakaźnych.

W 2006 roku obchodziłyśmy srebrny jubileusz naszej posługi misyjnej. S. Nulla Romaniec pracowała na misjach w latach 1984–1998. Po wypadku samochodowym w Burundi, kiedy przyjechała na czwarty urlop wypoczynkowy, już nie wróciła do Afryki z powodów zdrowotnych. „Początkowo nie było to dla mnie łatwe. Wiedziałam, jak bardzo potrzebni są misjonarze – mówiła siostra. – Długo musiałam zmagać się ze sobą, aby zrozumieć to, co pisał ks. Franciszek Grudniok w swojej książce *Blaski cierpienia*. «Uczyć o Królestwie Bożym (misjach) to dobrze, pracować dla Królestwa Bożego (misji), to jeszcze więcej, ale cierpieć dla Królestwa Bożego (misji) to najwięcej». Teraz, już siódmy rok pracuję «na zapleczu dla misji» jako referentka misyjna Zgromadzenia, starając się o wsparcie duchowe i materialne dla naszych misjonarek, Dziękuję Bogu, że dziś w ten sposób mogę nadal być misjonarką”.

¹ Patrz: dwumiesięcznik „Misjonarze Kombonianie”, nr 4–5 (100 – jubileuszowy), lipiec–październik 2010.

S. Talita Rząca, misjonarka od 1998 roku, teraz pracująca w Bużumburze i aktualnie przebywająca na odpoczynku w kraju dawała świadectwo o swojej pracy jako pielęgniarki. Mówiła o radościach i troskach tamtejszych ludzi, o problemach zdrowia, niedożywieniu dzieci, szczególnie z rodzin wielodzietnych. Uderzają nas często dramatyczne sytuacje rodzinne. „Przychodzi do naszej misji mężczyzna z ośmiorgiem dzieci, najmłodsze ma dwa miesiące. Prosi o pomoc, bo wczoraj zmarła mu żona (38 lat) na malarię mózgową. Pracujemy z oddaniem na miarę naszych sił i zdrowia, ale nasza posługa zawsze jest uzależniona od pomocy duchowej i materialnej, na którą zawsze liczymy i za nią serdecznie dziękujemy”.

Na zakończenie spotkania wyświetlono film o pracy siostr i przeżytym jubileuszu.



Kochana s. Nullo,

To już sześć miesięcy, jak jestem ponownie w Burundi. Wiele rzeczy wydarzyło się przez ten czas. Otworzyliśmy pokój zabaw dla dzieci w szpitalu. Znalazłyśmy mały plac przy drodze i zagospodarowałyśmy go na plac zabaw dla naszych małych sąsiadów wychowujących się na drodze. Teraz nasza droga stała się niebezpieczna, jest coraz więcej samochodów. Mają tam, tzn. na tym placu: piaskownicę, huśtawki małe boisko i kontener na wypadek nagłego deszczu, w którym są zeszyty i kredki do rysowania i malowania. Bardzo lubią kolorować – rysowanie jeszcze im nie wychodzi. Miałymy też przygodę z podrzuconym dzieckiem. To już druga dziewczynka, którą nam podrzucono. Ta pierwsza była u nas krótko, zaś ta przeszło dwa tygodnie. Mała miała trzy miesiące, urodziła się u nas jako wcześniak. Jak to było poprzednim razem, matka przyszła wieczorem, położyła małą i wyszła; wszyscy myśleli, że poszła coś kupić, i dopiero po chwili zorientowali się, że nikt jej nie zna. Pracownicy jednak przypomnieli sobie ją i znaleźli dane. Rozpoczęto poszukiwania matki, jednak adres, który podała przy porodzie, okazał się zły. Trwało to sporo czasu, a mała była u nas na Maternie. Była niedożywiona, więc z początku nie mogła się najeść – wszyscy dziwiliśmy się, że takie nieważące dwóch kilo dziecko może tyle zjeść. Sama zobaczyłam, ile takie małeństwo potrzebuje zachodu. Kąpanie, przebieranie, karmienie, ile to trzeba czasu i pieniędzy. Miałymy problem z ciuszkami, bo wszystkie okazały się na razie za duże. S. Dolores musiała zapłacić trochę, by przyspieszyć sprawę umieszczenia małej Marysi (tak ją nazywałyśmy, bo pamiętałam, że s. Talita chrzczyła tak dzieci, a ona była ochrzczona u nas) w sierocińcu prowadzonym przez ss. Kalkucianki. Gdy mała odchodziła od nas, ważyła już 2300 gramów i się uśmiechała. Miłość, jaką od nas dostała, wynagrodziła tym małym uśmiechem. Pracownicy mówili, że będzie zakonnicą, bo pije mleko przygotowywane przez siostry. Teraz jest już w bezpiecznym miejscu otoczona opieką siostr. U nas w Buzumburze ciągle dzieje się coś nowego. Ja byłam w Buraniro na małym zaczerpnięciu powietrza, s. Dolores na rekolekcjach, miesięczny pobyt u nas kończą Postulantki, które szykują się do Buraniro. Są bardzo fajne i oby się tak dalej rozwijały. W sobotę wybieramy się do Gatara na imieniny Deleгатki. A ja się zastanawiam, co z moimi małymi kotkami, a mamy ich trójkę – są już oswojone, ale jeszcze za małe, aby je oddać na służbę do innych domów (mają zaledwie miesiąc). Teraz pora deszczowa, więc i chorych więcej, a także spokojniej bez tego programu utrudniającego życie. Teraz za dziecko zwracają tylko 200 fb. – to po prostu śmieszne.

Cieszę się, że Siostra poznała dr. Zejlera. To wspinały chirurg i człowiek. Dużo mi pomógł i pomaga.

Już za parę dni Wszystkich Świętych. Z tej okazji składam najlepsze życzenia, niech św. Patronowie wypraszają potrzebne łaski w drodze do świętości.

Szczęść Boże

Problem stosowania leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2008 r. w Polsce mamy następujące kategorie dostępności leków:

- Rp – wydawany z przepisu lekarza,
- Rpw – wydawany z przepisu lekarza, zawierający środki odurzające lub substancje psychotropowe,
- Lz – stosowany wyłącznie w lecznictwie zamkniętym,
- Rpz – wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania,
- OTC – produkty lecznicze wydawane bez przepisu lekarza (OTC = *over the counter*).

Leki dostępne bez recepty oznaczone są symbolem OTC.

Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna (FIP) definiuje samoleczenie jako samodzielne leczenie objawów zaobserwowanych u siebie poprzez stosowanie leków dostępnych bez recepty.

Samoleczenie jest propagowane przez wiele krajów w Europie i na świecie. W Polsce jest coraz bardziej rozpowszechnione. Początki zwiększonego zainteresowania samodzielnym przyjmowaniem leków wśród Polaków to lata 80. XX wieku, gdyż zwiększyła się wtedy dostępność do lekarstw.

Ból, niezależnie od nasilenia, jest odczuciem bardzo nieprzyjemnym, a ludzie starają się jak najszybciej go zwalczyć lub chociaż zmniejszyć jego natężenie. Z punktu widzenia fizjologii jest on bardzo pożądanym, ponieważ informuje organizm o procesie, najczęściej chorobowym, który w nim zachodzi. Dzięki temu można odpowiednio wcześniej reagować i podjąć działania nie tylko doraźne, ale mające na celu zdiagnozowanie dolegliwości i usunięcie przyczyny bólu.

Jednym z najczęściej stosowanych leków OTC są leki przeciwbólowe. Potwierdza to zeszłoroczny raport CBOS, który mówi, że środki przeciwbólowe stosowała:

- połowa dorosłych Polaków – w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie,
- 65% w ciągu roku poprzedzającego badanie.

Dostępność leków przeciwbólowych wydawanych bez recepty jest ogromna. Począwszy od aptek, przez punkty apteczne, sklepy medyczne, a skończywszy na marketach i sklepach ogólnodostępnych.

W Polsce w sprzedaży bez recepty są liczne preparaty o działaniu przeciwbólowym. Wykaz tych leków znajduje się w załączniku do obwieszczenia z dnia 31 marca 2011 r. Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Liczba związków chemicznych, z których się składają, jest niewielka, a ogrom nazw preparatów firmowych nie ułatwia orientacji co do ich działania, przydatności i bezpieczeństwa.

Substancje czynne preparatów przeciwbólowych dostępnych bez recepty to: paracetamol, kwas acetylosalicylowy, etenzamid, ibuprofen, naproksen, pochodne pyrazolonu (metamizol i propyfenazon).

Niejednokrotnie samoleczeniu towarzyszy błędne przekonanie o braku szkodliwości leków dostępnych bez recepty. Jak czytamy w ostatnim raporcie CBOS, leki dostępne bez recepty mogą mieć również negatywny wpływ na zdrowie, o czym wie siedmiu na dziesięciu Polaków (71%). Jedna czwarta respondentów (24%) sądzi, że nie mogą one zaszkodzić. Młodszy badani (do 34 roku życia), w tym również uczniowie i studenci, częściej są przekonani, że leki dostępne bez recepty nie mogą zaszkodzić zdrowiu.

Jakich jeszcze zagrożeń obawiać się możemy podczas stosowania przez chorych leków przeciwbólowych bez recepty?

Bardzo niebezpieczne jest równoczesne przyjmowanie dwóch medykamentów z tej samej grupy, najczęściej nieświadomie, gdy chory sugeruje się nazwą handlową, a nie składem chemicznym (NLPZ).

Podobną sytuacją jest stosowanie jednocześnie kilku leków (jedno- i wieloskładnikowych), które mają inną nazwę handlową, a skład chemiczny taki sam lub podobny. Jest tak m.in. w przypadku leków stosowanych na przeziębienie, które nierzadko zawierają paracetamol.

Stosując leki przeciwbólowe, ludzie często nie zdają sobie sprawy z działań niepożądanych, które ujawniają się przy przyjmowaniu dużych dawek. Uważają, że jeśli są one dopuszczone do obrotu bez recepty, to są zupełnie bezpieczne. Nawet paracetamol, który jest uważany za bezpieczny lek, zażywany w nadmiarze i przez dłuższy czas może powodować ciężkie uszkodzenia wątroby (maksymalna dawka dobową dla osoby dorosłej 4,0 g). Szczególnej ostrożności wymagają leki zawierające kwas acetylosalicylowy, który podawany w dużych dawkach powoduje podrażnienia błony śluzowej żołądka i nie może być stosowany u dzieci poniżej 12 roku życia. Również ibuprofenum (maksymalna dawka dobową 1,2 g) w nadmiarze podobnie działa na śluzówkę żołądka, jednak posiada szerszy profil bezpieczeństwa w stosunku do kwasu acetylosalicylowego i ma zastosowanie u dzieci już powyżej 3 miesiąca życia.

Kolejna sytuacja to kontynuowanie terapii z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych bez konsultacji lekarza dłużej niż kilka dni, co stwarza możliwość przeoczenia ważnego problemu klinicznego.

Innym zagrożeniem jest stosowanie leku mimo odczuwania skutków ubocznych. Czasami także chory, podejmując decyzję o samodzielnym stosowaniu leku przeciwbólowego, może wychodzić z błędnego założenia, że powszechnie zalecana dawka może być dla niego za mała, co powoduje ryzyko zatrucia.

Może także pojawić się problem nadużywania leków przeciwbólowych, co w późniejszym czasie może przerodzić się w uzależnienie.

Podobnie, niektóre osoby stosują dany środek z przyzwyczajenia, pomimo że nie jest to konieczne.

Niebezpieczną sytuacją jest też przyjmowanie leku, podczas gdy zaobserwowano obecność przeciwwskazań do stosowania.

Reklamy w mass mediach często przypisują lekom właściwości całkowicie nieprawdziwe, podają mylące informacje, po to tylko, żeby sprzedawany lek wydawał się atrakcyjniejszy i bezpieczniejszy.

Mimo wszystko nie warto potępiać szerokiej oferty i dostępności środków przeciwbólowych na rynku. Gdyby nie były one dostępne bez recepty, kolejki do lekarzy byłyby przeogromne i ktoś naprawdę chory, wymagający pomocy czekałby miesiącami, zanim przeszłaby kolejka pacjentów, którzy potrzebują środka przeciwbólowego. Szeroka dostępność jest zaletą, ale błędem jest brak edukacji. Pacjentów trzeba uczyć, jakie środki mogą zażywać i jak powinni to robić, by sobie dodatkowo nie zaszkodzić. Jeśli udałooby się to osiągnąć, to oszczędność czasu pacjenta, lekarza, farmaceuty byłaby znaczna. Samoleczenie stałoby się zjawiskiem pozytywnym w aspekcie polityki zdrowotnej, jak i w sensie ekonomicznym. Pracownicy ochrony zdrowia, promując samoleczenie, podnoszą świadomość zdrowotną w społeczeństwie, co w konsekwencji nasila tendencję do prowadzenia zdrowego trybu życia. Zgodnie z założeniami edukacji zdrowotnej, wyrobienie w ludziach poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, sprzyja rozwojowi zdrowego społeczeństwa.

Bibliografia

Bartkowiak L., *Samoleczenie a wiedza leku – niektóre aspekty farmaceutyczne*, [w:] Waszkiewicz L., *Rola i znaczenie medycyny społecznej u progu XXI wieku*, Wrocław 2002, s. 293–297.

Bartowska-Lewicka L., *Apteki nad Sekwaną*, „Farmacja Praktyczna” 2009, nr 25 (9), s. 20–21.

Drobrogowski J., Woroń J., *Stanowisko w sprawie stosowania NLPZ*, „Terapia i Leki” 2007, nr 34 (3), s. 22.

Kubis A.A., Orzechowska-Juzwenko K., Wiela-Hojeńska A., Gubrynowicz O., *Opinia Komitetu Terapii i Nauki o Leku PAN dotycząca reklamy leków OTC kierowanej do publicznej wiadomości*, „Gazeta Farmaceutyczna” 2005, nr 8, s. 12–13.

Kuźnicki D., *Leki przeciwbólowe – działania niepożądane i przeciwwskazania*, „Świat Farmacji” 2009, nr 11, s. 50–52.

Meszaros J., *Leki przeciwbólowe dostępne bez recepty: jak stosować, jak doradzać pacjentowi*, „Przewodnik Lekarza” 2001, nr 28 (4), s. 76–87.

Obwieszczenie z dnia 31 marca 2011 r. Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Paż A., *Leki przeciwbólowe dostępne bez recepty – czy zawsze są bezpieczne*, „Terapia i Leki” 2008, nr 35 (1), s. 47–50.

Raport CBOS nr 20, *Wodzeni na pokuszenie. O postawach i zachowaniach Polaków w różnych wymiarach życia codziennego*, Warszawa 2011.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności. Dz.U. z dnia 21 listopada 2008 r., nr 206, poz. 1292.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kryteriów klasyfikacji produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych.

Świątkiewicz G., *Problem nadużywania legalnych psychoaktywnych farmaceutyków na tle społeczno-ekonomicznej transformacji w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, nr 18 (4), s. 73–92.

Cierpienie psychiczne rodziców po zdiagnozowaniu niepełnosprawności dziecka

Wprowadzenie

Cierpienie nie jest niczym nowym dla ludzkości, od zawsze było wpisane w egzystencję człowieka. Jednakże zupełnie inaczej każdy z nas doświadcza go w swoim istnieniu. W literaturze psychologicznej cierpienie jest przedstawiane jako negatywny stan fizyczny, psychiczny lub emocjonalny, który rozumiany jest często jako ból. Takiego charakteru cierpienia doświadczają rodzice osób niepełnosprawnych. Należy jednak dodać, że stan emocjonalny jest bardziej wyniszczający ze względu na jego długotrwałość. Każdy etap rozwoju dziecka jest związany z nowymi problemami, które są powodem permanentnego cierpienia rodziców.

Rodzina, w której pojawia się dziecko, zaczyna zmieniać swoje funkcjonowanie, by przystosować się do nowej sytuacji. Jednakże, kiedy w systemie rodzinnym pojawi się dziecko niepełnosprawne, rodzice muszą przeformułować swoje oczekiwania w stosunku do niego. Można powiedzieć, że cierpienie psychiczne, które przeżywają rodzice osób niepełnosprawnych, może wynikać z zablokowania ludzkiej motywacji, której celem jest wypełnianie sensu życia poprzez realizowanie wartości.

Wyjaśnienie pojęć

Wyjaśnienia wymagają podstawowe pojęcia użyte w publikacji. Pierwszym z nich jest termin niepełnosprawności.

WHO (1980) stworzyło Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (ICF). Dokonano w niej rozgraniczenia niepełnosprawności w trzech aspektach:

- aspekt biologiczny – czy dana niepełnosprawność jest uszkodzeniem w wymiarze medycznym,
- aspekt funkcjonalny – czy niepełnosprawność jest niezdolnością do wykonywania funkcji życiowych,
- aspekt społeczny – czy niepełnosprawność ogranicza przystosowanie społeczne.

Wyodrębniono trzy podgrupy:

- uszkodzenie (*impairment*) – utratę lub odstępstwo od normy w obrębie struktury bądź funkcji anatomicznej, fizjologicznej lub psychologicznej człowieka; może być trwałe/okresowe, wrodzone/nabyte.
- niepełnosprawność (*disability*) – oznacza wszelkie ograniczenie lub brak wynikający z uszkodzenia zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.
- upośledzenie (*handicap*) – oznacza niekorzystną sytuację danej osoby, będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności polegającą na ograniczeniu lub uniemożliwieniu wypełniania ról, które uważane są za normalne, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne.

Według nowej definicji WHO (2001), niepełnosprawność – „to wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi, a ich fizycznym i społecznym otoczeniem”, obejmuje:

- uszkodzenia,
- ograniczenia aktywności – trudności podczas podejmowania aktywności,
- ograniczenia uczestnictwa – problemy podczas angażowania się w sytuacje życiowe.

Według UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, niepełnosprawność jest rozumiana jako długotrwały stan, w którym występuje obniżenie sprawności funkcji fizycznych, psychicznych, intelektualnych lub sensorycznych, które na skutek barier istniejących w środowisku życia osoby z niepełnosprawnością uniemożliwiają na równi z osobami sprawnymi na pełny udział w życiu społecznym.

Kolejnym pojęciem jest cierpienie – to odczuwanie bólu zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Jest doświadczenie negatywnych emocji o różnym natężeniu i pochodzeniu. Cierpienie może mieć postać zarówno pewnego rodzaju lęku, żalu, swoistej krzywdy czy też smutku, a także bólu fizycznego spowodowanego chorobą czy urazem.

Wyróżniamy takie rodzaje cierpień, jak:

- cierpienie fizyczne – najczęściej związane z bólem fizycznym bądź chorobą,
- cierpienie psychiczne – ból, dyskomfort odczuwany w sferze emocjonalnej,
- cierpienie duchowe – określane jako ból moralny lub ból istnienia (*dolor existientiae*).

Cierpienie rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi

W tabeli 1 przedstawiono okresy przystosowania rodziny do niepełnosprawności dziecka od momentu postawienia diagnozy. Zawarte są także opisy charakterystycznych cech poszczególnych etapów.

Tabela 1. Okresy przystosowania rodziny do niepełnosprawności dziecka wraz z ich charakterystyką

Okresy przystosowania rodziny do niepełnosprawności dziecka	Charakterystyka okresu
Okres szoku zwany okresem krytycznym lub okresem wstrząsu emocjonalnego	• następuje bezpośrednio po zdiagnozowaniu, • rodzice załamują się, nie mogą przyjąć do wiadomości informacji związanej z niepełnosprawnością dziecka, • silne emocje wpływają na negatywne ustosunkowanie się do najbliższych (nieporozumienia, kłótnie, agresja), • w tym okresie rodzina potrzebuje specjalistycznej formy pomocy.
Okres kryzysu emocjonalnego zwany okresem rozpacz lub depresji	• rodzice nie mogą pogodzić się z niepełnosprawnością dziecka, • nadal przeżywają negatywne emocje, ale już nie tak silne, • spostrzegają swoją sytuację jako beznadziejną, są zrozpaczeni, bezradni, • napięcia i konflikty przeżywane przez rodziców ograniczają ich interakcje z dzieckiem.
Okres pozornego przystosowania się do sytuacji	• rodzice podejmują nieracjonalne próby przystosowania się do sytuacji, • stosują mechanizmy obronne (wytworząc nierealny obraz dziecka nad rzeczywistym): – mechanizm obronny – nieuznanie diagnozy o niepełnosprawności, – mechanizm obronny – szukanie nowych, cudownych metod leczenia (długi i kosztowny okres), – mechanizm obronny – szukanie winnych niepełnosprawności (lekarze, rodzina współmałżonka).
Okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji	• rodzice starają się w racjonalny sposób spojrzeć na sytuację, • zaczynają stosować zabiegi rehabilitacyjne, poświęcają więcej uwagi wychowaniu, • rodzice zaczynają współpracować ze sobą, zjednoczenie rodziny w celu pomocy dziecku.

Źródło: I. Obuchowska, Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Warszawa 1993.

Przy stawianiu diagnozy należy pamiętać o różnych możliwościach reakcji rodziców na informację o niepełnosprawności dziecka. To, w jaki sposób dowiedzą się prawdy, będzie wpływało na dalsze ich funkcjonowanie i wybór sposobu porażenia sobie z tą sytuacją.

Okres szoku następuje po poinformowaniu przez specjalistów o tym, że dziecko jest niepełnosprawne i że nie będzie się rozwijać prawidłowo. Na tym etapie rodzice są zdezorientowani, nie wiedzą, w jaki sposób pomóc dziecku, ponieważ oczekiwali na potomka, który będzie w pełni sprawny. Często załamują się, gdyż obarczają winą za niepełnosprawność samych siebie. Lękają się także o przyszłość własnej rodziny.

W okresie kryzysu emocjonalnego może wystąpić zjawisko odsunięcia się ojca od rodziny. Opuszczanie rodziny przez ojca może przejawiać się takimi formami, jak niezajmowanie się sprawami rodzinnymi, ucieczką w alkohol, pracę zawodową bądź rzeczywistym odejściem od rodziny. Na tym etapie rodzina przeżywa już skutki negatywnej postawy społeczeństwa względem osób niepełnosprawnych, dotyczy to przede wszystkim rodzin z dzieckiem upośledzonym umysłowo.

Okres pozornego przystosowania się będzie trwał do momentu, aż rodzice nie pogodzą się z faktem, iż dziecko nigdy nie będzie sprawne tak jak jego rówieśnicy. Koniec etapu pozornego przystosowania związany jest także z wyczerpaniem wszystkich niekonwencjonalnych metod, które miały „wyleczyć” dziecko w mniemaniu rodziców.

Okres konstruktywnego przystosowania się jest etapem, gdzie rodzice racjonalnie podchodzą do problemów własnej rodziny i dziecka niepełnosprawnego. Starają się dowiedzieć, jak należy postępować z osobą niepełnosprawną. Zastanawiają się, jak będzie wyglądała przyszłość.

Niekiedy jednak rodziny nie dochodzą do okresu konstruktywnego przystosowania się do niepełnosprawności i zatrzymują się na okresie pozornego przystosowania, gdzie dominują mechanizmy obronne.

W tabeli 2 przedstawiono objawy cierpienia psychicznego rodziców w poszczególnych okresach przystosowania rodziny do niepełnosprawności dziecka. W momencie postawienia diagnozy o niepełnosprawności okresem, który jest punktem kulminacyjnym cierpienia psychicznego jest okres szoku. W tym okresie negatywne odczucia rodziców są najintensywniejsze, w późniejszych etapach nasilenie stopniowo maleje, ale nie znika całkowicie.

Tabela 2. Okresy przystosowania rodziny do niepełnosprawności dziecka a występujące objawy cierpienia psychicznego rodziców

Okresy przystosowania rodziny do niepełnosprawności dziecka	Objawy cierpienia psychicznego rodziców
Okres szoku zwany okresem krytycznym lub okresem wstrząsu emocjonalnego	• rozpacz, żal, poczucie krzywdy, beznadziejności, bezradność, • bezgraniczny ból i cierpienie, • przygnębienie, • obniżony nastrój, niekontrolowane reakcje emocjonalne (płacz, krzyk, agresja słowna), • stany nerwicowe (zaburzenie snu, łaknienie, stany lękowe), • załamanie nerwowe,
Okres kryzysu emocjonalnego zwany okresem rozpaczki lub depresji	• poczucie przeżywania klęski życiowej, • poczucie osamotnienia, skrzywdzenia przez los, • stany depresyjne.
Okres pozornego przystosowania się do sytuacji	• oszukiwanie siebie, iż istnieją środki, które mogą całkowicie wyleczyć dziecko, • apatia, pesymizm, • przygnębienie.
Okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji	• zaczynają dominować uczucia pozytywne, • umiejętność cieszenia się z małych rzeczy.

Źródło: badania własne.

Najważniejszym etapem przystosowania rodziny do niepełnosprawności dziecka związanym z cierpieniem psychicznym rodziców jest okres szoku, następujący bezpośrednio po zdiagnozowaniu niepełnosprawności. Czynniki warunkujące cierpienie psychiczne rodziców w tym okresie są:

- etap rozwoju dziecka, w którym pojawi się niepełnosprawność,
- sposób, w jaki rodzice dowiadują się o niepełnosprawności dziecka,
- stosunek społeczeństwa do rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi.

Pierwszym czynnikiem wpływającym na cierpienie rodziców jest etap rozwoju dziecka, w którym zaistnieje niepełnosprawność. Najczęściej niepełnosprawność dziecka rozpoznawana jest już po urodzeniu. Mowa tutaj o takiej niepełnosprawności jak: zespół Downa, mózgowe porażenie dziecięce, FAS czy wrodzona amputacja kończyn. Rodzice przeżywają negatywne emocje w związku z informacją o niepełnosprawności. Mniejszy szok przeżywają rodzice, którzy w swoich rodzinach mieli kontakt z niepełnosprawnymi. Tacy rodzice są świadomi, że mo-

gą przekazać swoim dzieciom wadliwe geny. Często jednak niepełnosprawność ujawnia się w późniejszym okresie rozwojowym dziecka (proces chorobowy, wypadek, przebyte zapalenie opon mózgowych). Można stwierdzić, że w tym wypadku rodzice przeżywają dużo bardziej negatywne emocje i szok związany z informacją o niepełnosprawności dziecka. Rodzice dziecka, które do tej pory było zdrowe, nie mogą pogodzić się, iż już nigdy nie będzie takie samo jak przed wypadkiem.

Drugim czynnikiem, który wpływa na cierpienie rodziców, jest sposób, w jaki dowiadują się o niepełnosprawności dziecka. Jeżeli dowiadują się nagle o zaburzeniach dziecka, szok emocjonalny, jaki przeżywają, jest długotrwały i silny. Czasami to sami rodzice przeczuwają, iż z ich dzieckiem dzieje się coś niedobrego. Podejrzeniom takim towarzyszy narastająca niepewność, a także napięcie nerwowe czy lęk. Długotrwały niepokój oraz stopniowe odkrywanie prawdy o niepełnosprawności prowadzi do stanów nerwicowych i pogłębienia negatywnych przeżyć rodziców. Nawet, jeżeli rodzice podejrzewają zaburzenie w rozwoju dziecka, ostateczne potwierdzenie diagnozy jest ogromnym przeżyciem.

Trzecim czynnikiem, który może wywoływać cierpienie rodziców dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, jest odrzucenie rodziny przez najbliższe otoczenie. Wrażenie wyobcowania ze społeczeństwa, odsuwanie się znajomych może wywoływać ciężkie stany depresyjne i poczucie osamotnienia rodzin z osobami niepełnosprawnymi. Rodzice zdają sobie sprawę, że zostają zupełnie sami i nikt nie może im pomóc w tej sytuacji. Dlatego ważne jest organizowanie kampanii na rzecz osób niepełnosprawnych, by przekonać społeczeństwo do pomocy takim rodzinom. Inną istotną formą wsparcia jest nakłonienie rodziców do wstąpienia do różnych stowarzyszeń, gdzie będą mogli odnaleźć zrozumienie i pomoc innych ludzi borykających się z podobnymi problemami.

Cierpienie rodziców manifestuje się myśleniem o tym, czemu to ich spotkało, zadręczają się natrętnymi myślami o przyczynach stanu niepełnosprawności.

Lęk o przyszłość niepełnosprawnych dzieci naraża ich na stany depresyjne oraz nerwicowe. Na złagodzenie cierpienia nie wpływa także sytuacja finansowa rodziców, która zostaje nadszarpnięta przez różnorodne, często drogie formy rehabilitacji. Zdarza się, iż jedno z rodziców musi zrezygnować z kariery zawodowej, by opiekować się chorym dzieckiem. Codzienne przebywanie z osobą niepełnosprawną jest bardzo obciążające, w szczególności zabiegi pielęgnacyjne. Rodzice są bardzo przeczuleni na każdy gest, chcą dostrzec poprawę w funkcjonowaniu dziecka, która czasami nigdy nie następuje. Odczuwają, że ich świat się zawalił, nie mogą pogodzić się z faktem niepełnosprawności dziecka. Poczucie osamotnienia jest dojmującym uczuciem, które ma związek z odsunięciem się otoczenia od rodziny.

Podsumowanie

Przedstawiono specyficzną sytuację rodziców w momencie postawienia diagnozy o niepełnosprawności dziecka. Na cierpienie psychiczne rodziców oprócz sposobu poinformowania i etapie, w którym powstała niepełnosprawność, wpływa także postawa społeczeństwa wobec rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem. Niestety społeczeństwo nie jest przychylne dzieciom, które są niepełnosprawne intelektualnie. Dlatego tak ważne jest uświadomienie społeczeństwu, że należy wspierać te rodziny. Ważną rolę stanowi opieka psychologa oraz liczne instytucje wspierające, takie jak: stowarzyszenia na rzecz osób niepełnosprawnych.

Wnioski

1. Przekazanie diagnozy o niepełnosprawności dziecka powinno być podane rodzicom w jak najmniej stresujący sposób, najlepiej w obecności psychologa.
2. Informacje powinny być rzetelne, problemy z dzieckiem należy wyjaśnić w prosty, zrozumiały dla każdego z rodziców sposób.
3. Bardzo ważne jest skierowanie rodziców do konkretnego specjalisty zajmującego się odpowiednim rodzajem niepełnosprawności.
4. Rodzice oraz ich niepełnosprawne dzieci potrzebują wsparcia nie tylko od specjalistów, ale także od najbliższej rodziny i środowiska społecznego. Dlatego tak ważne są kampanie społeczne mające na celu zapoznavanie społeczeństwa z problemami niepełnosprawnych, co w efekcie może wyeliminować społeczne wykluczenie tych osób.
5. Moment postawienia diagnozy jest bardzo ważny dla rodziców, to od niego zależy dalsza jakość funkcjonowania rodziny.
6. Cierpienia psychicznego rodziców w momencie postawienia diagnozy nie da się całkowicie wyeliminować, jednak można je złagodzić poprzez odpowiednie postępowanie.

Bibliografia

- Klasyfikacja niepełnosprawności według WHO, 2001.
Obuchowska I., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1993.
UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Jan Iwaszczyszyn, Anna Kliś-Kalinowska,
Janusz Czekaj, Izabela Chmiel

Kontrowersje dotyczące zakresu autonomii chorego w świetle medycyny paliatywnej

Zagadnienie autonomii człowieka i jego wolnej woli należy do zasadniczych tematów życia codziennego, jest też istotnym problemem psychologicznym i filozoficzno-etycznym.

Szybki rozwój nauk medycznych i wyodrębnienie się naukowej bioetyki w drugiej połowie XX wieku oraz duży w tym okresie dynamizm przemian społecznych i kulturowych także aktywizuje badania nad autonomią człowieka, który w czasie choroby staje się pacjentem lub też będzie podmiotem udzielającym mu pomocy medycznej, jako lekarz lub terapeuta.

Wokół autonomii chorego i leczącego go lekarza ponownie pojawiły się kontrowersje z chwilą ogłoszenia „nowych” zasad etycznych przez P. Singera oraz po przedstawieniu odmiennych modeli relacji lekarz–chory¹.

Chodzi tu o tzw. pryncypizm T. L. Beauchampa i J.F. Childressa oraz postulat „dobroczynności w zaufaniu” podany przez E. Pellegrino².

Wydaje się, jakby wokół autonomii chorego toczył się ukryty spór, przede wszystkim obejmujący kontrowersje wokół:

- zakresu autonomii chorego i jego obiektywnego dobra,
- zakresu autonomii lekarza,
- wpływu autonomii chorego na etos medycyny klinicznej (czyli na „autonomię” etyczną medycyny praktycznie niezmienną od 2,5 tysiąca lat)
- ewentualnego ogólnego wpływu autonomii osoby chorego na społeczeństwo.

Autonomizm chorego jest wyrazem jego podmiotowości, faktu bycia osobą, którą cechuje godność, niezależność i prawo do stanowienia o sobie. Tym samym autonomia zabezpiecza prawo pacjenta do wyboru sposobu leczenia lub jego odrzucenia, przez co odgrywa pozytywną rolę w sytuacji osoby w czasie jej choroby.

Fakty te mają różne znaczenie zależne przede wszystkim od osobowości chorego i sytuacji, w jakiej on się znajduje. Rola autonomii wzrasta wraz z ciężkością

¹ P. Singer, *Etyka praktyczna*, KiW, Warszawa 2003.

² T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, KiW, Warszawa 1996; E. Pellegrino, D.C. Thomasa, *A philosophical basis of medical practice*, Oxford 1981.

schorzenia, na które cierpi pacjent, a nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza w terminalnym okresie nieuleczalnej choroby człowieka.

Dlatego opieka paliatywno-hospicyjna jest specjalnością, w której autonomia osoby ma wyjątkowe znaczenie. Związane jest to przede wszystkim z tzw. „sytuacjami granicznymi” w związku ze zbliżającą się śmiercią chorego, jego cierpieniem egzystencjonalnym, duchowym, religijnym, jak też bólem fizycznym, dusznością i innymi objawami somatycznymi.

- Objawy te mogą wyzwać u chorych emocje, zwłaszcza negatywne, takie jak lęk, strach, gniew czy agresję³. Modyfikują one decyzje chorego oparte na jego autonomii. Istnieją jakby dwa rodzaje decyzji terapeutycznych chorego, podejmowane w sposób racjonalny oraz emocjonalny.

Te ostatnie mogą być źródłem irracjonalnych żądań, takich jak: odrzucenie proponowanej terapii, konflikt z personelem medycznym lub innymi chorymi z oddziału czy wreszcie być przyczyną domagania się skrócenia przeżycia.

Podobne zjawiska mogą występować w sytuacjach, gdy nie dochodzi do adaptacji pacjenta do nieuleczalnej choroby, czyli w tzw. zespołach dezadaptacyjnych⁴.

Sytuacje te jak wiadomo pogarszają rokowanie chorego oraz są jedną z przyczyn wyżej wymienionych irracjonalnych żądań pacjenta od lekarza. Fakty te powodują, że wykrycie ich jest niezwykle istotne, aby nie powodowały one pochybnych decyzji lekarza, który obligowany autonomią chorego może automatycznie spełniać wszystkie żądania chorego.

Jednym z zadań medycyny paliatywnej oprócz zwalczania uciążliwych objawów są działania mające na celu neutralizację tych niekorzystnych dla pacjentów zjawisk, tj. emocji negatywnych i zespołów dezadaptacyjnych przez analizę przyczyn ich powstania oraz postępowanie mające na celu ich eliminację. Pomocna tu jest jak wiadomo dobra komunikacja interpersonalna, rozbudowywanie podmiotowości chorego, dbanie o jego godność i szacunek, a zwłaszcza realizowanie sygnalizowanych potrzeb chorego, o ile nie kolidują one z jego obiektywnym dobrem i etosem niezależnej etyki medycyny klinicznej, a także autonomią lekarza. Podobnie jak chory, również lekarz czy terapeuta, będąc osobą, ma prawo do zachowania swojej autonomii.

Z historycznego punktu widzenia zakres autonomii lekarza ulegał zmianom – od jej dominacji nad autonomią chorego w tzw. „paternalizmie”, przez jej równowagę w personalistycznym modelu relacji lekarz–chory, tj. w tzw. „dobroczynności w zaufaniu”, aż do jej minimalizacji w tzw. „pryncypizmie” T.L. Beauchampa i J.F. Childressa⁵.

³ K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, Gdańsk 1996, s. 29–45.

⁴ Tamże.

⁵ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, dz. cyt.

Warto przypomnieć, jak zakres autonomii lekarza odgrywa istotną rolę w terapii chorego. Jej minimalizacja lub eliminacja, jaka może mieć miejsce we wspomnianym pryncypizmie, może powodować konflikty tzw. „klausuli sumienia”, jak też prowadzić do fałszywych relacji lekarz–chory, mogących być źródłem braku zaufania pacjenta do placówki leczniczej i leczącego terapeuty oraz fikcyjnych sytuacji między lekarzem i chorym⁶.

Uszczegóławiając zagadnienia autonomii chorego i autonomii leczącego go lekarza oraz kontrowersje z tym związane, najlepiej przedstawić je na tle stanowisk reprezentowanych przez najważniejsze nurty bioetyki. Przede wszystkim chodzi o zasady personalistycznej teorii bioetyki oraz odmienne od niej zasady utylitarystycznej etyki. Główną tezą konsekwencjalizmu czy utylitaryzmu jest poszukiwanie korzyści jednostki lub społeczeństwa jako efektu naszego postępowania (również medycznego), bez etycznej oceny działań prowadzących do jakiegoś celu. Pojęcie osoby traktowane jest tu relatywistycznie, dynamicznie i empirycznie, jak też warunkowane jest przez posiadanie przez człowieka określonych cech, takich jak np. świadomość czy możliwość decydowania o sobie. W świetle tych założeń osobami stajemy się w naszym dojrzałym życiu, a w pewnych okresach możemy być wykluczeni z grona osób, gdy zabraknie nam określonych właściwości czy umiejętności, jak ma to miejsce np. w ciężkich nieuleczalnych schorzeniach, prowadzących do śmierci.

Przeciwnie do osoby reprezentuje personalizm, twierdząc, że osoba jest człowiekiem od chwili jego poczęcia do naturalnej śmierci, niezależnie od posiadanych cech, które nie tworzą osoby, ale ją charakteryzują. Zasad postępowania nie wyznacza tylko korzyść jednostki czy społeczeństwa, a nienaruszalna godność osób (chorego i terapeuty), która ma być zawsze celem, a nie źródłem do celu. Tym samym godność osoby może warunkować zakres jej autonomii, którą ogranicza automatycznie autonomia innych osób.

Rok 1979, w którym T.L. Beauchamp i J.F. Childress ogłosili nowe zasady etyki medycznej, jak wspomniano ponownie rozpoczął aktywizację dyskusji nad zakresem autonomii chorego i lekarza w kontekście obiektywnego dobra pacjenta, które zapewniał mu dotychczasowy hipokratesowy model medycyny klinicznej. W tych nowych i jak się okazuje utylitarystycznych zasadach etycznych miejsce obiektywnego dobra chorego zajęła autonomia pacjenta jako jedno z czterech tzw. pryncypiów (czyli zasad). Pozostałymi są: czynienie dobra, nieczynienie zła i sprawiedliwość. Tymi czterema zasadami pryncypizm stara się zbyt łatwo rozwiązać i odmienić dotychczasowy model medycyny oraz złożoną problematykę autonomii osób⁷.

Wkrótce okazało się, że nowe zasady etyczne tylko pozornie spełniają oczekiwania stawiane współczesnej terapii zwłaszcza w opiece paliatywnej. Poważnym

⁶ T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.

⁷ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, dz. cyt.

błędem jest zbyt ogólnikowe podejście do tych zasad, a zwłaszcza brak sprecyzowanego ich zakresu, szczególnie jeśli dotyczy to autonomii chorego.

Poważne wątpliwości budzi usunięcie problematyki obiektywnego dobra chorego przez jego relatywizację z punktu widzenia tylko chorego oraz pominięcie autonomii lekarza, który nie może być w żaden sposób jej pozbawiony. Model ten może warunkować komercyjny kierunek medycyny, sprzeczny z ideą ruchu paliatywno-hospicyjnego, gdzie chora osoba staje się klientem, a nie pacjentem, jak to ma miejsce niekiedy w niektórych placówkach leczniczych w USA i niektórych krajach Europy Zachodniej, gdzie doszło do zaniku hipokratesowego etosu medycyny przez eksponowanie bezwzględnej autonomii chorego, który może wymuszać różne „medyczne usługi”, często niezgodne ze sztuką medyczną, czego skrajną postacią jest domaganie się eutanazji lub wspomagane samobójstwa.

Nadmiernie rozbudowana lub bezwzględna autonomia chorego praktycznie eliminuje lub całkowicie wyklucza autonomię lekarza czy terapeuty i może wywołać konflikt sumienia lekarza kierującego postępowaniem terapeutycznym.

Również można oczekiwać, że niektórzy chorzy mogą opacznie wykorzystywać tak rozwiniętą własną autonomię do działań anarchizujących społeczeństwo, postępując według hasła; „wszystko mi wolno”, egoistycznie zapominając o innych.

Wspomniane relatywistyczne podejście do pojęcia osoby drugiej połowy XX wieku jest źródłem depersonalizacji człowieka przez tzw. „destrukcję tradycyjnego pojęcia osoby” podaną przez P. Singera, który wprowadził osobliwe określenia ciężko chorych umierających pacjentów, nazywając ich „przedmiotami moralnymi” lub „przeszłymi osobami”⁸. Pomysły te, budzące co najmniej zdziwienie, mogą stać się podstawą do eliminacji tych chorych, gdyż nie będzie bronił ich status bycia osobą⁹.

Niezbywalne prawo do życia wszystkich osób gwarantuje jednak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ogłoszona przez ONZ w 1948 r. Postulaty utylitarystyczne pełne haseł humanizmu i autonomii człowieka z jego dowolnym wyborem swej przyszłości mogą wydawać się wstępem do tworzenia klimatu sprzyjającemu przyszłej legalizacji eutanazji, które przekształcają etos hipokratesowej medycyny w zasady komercji w relacji lekarz–chory¹⁰. Do tak funkcjonującej medycyny utraciliby zaufanie pacjenci z ciężkimi schorzeniami nierokującymi wyleczenia, czyli objęci opieką paliatywną. Co więcej, osoby ciężko chore, niesprawne, umierające mogłyby być dyskryminowane przez sugestie świadome lub nieświadome ludzi zdrowych, wspominających o możliwości skrócenia życia chorego, jeżeli zaistniałaby możliwość dopuszczalności eutanazji.

Zjawisko to można zaobserwować w krajach, gdzie doszło do legalizacji eutanazji. Chorzy z tych krajów emigrują np. do Wielkiej Brytanii, gdzie jest najlepiej

⁸ E. Pellegrino, D.C. Thomasa, *A philosophical basis of medical practice*, dz. cyt.; P. Singer, *Etyka praktyczna*, dz. cyt.

⁹ T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, dz. cyt.

¹⁰ Tamże.

rozwinięta opieka paliatywna, w obawie przed ukrytą formą eutanazji, jaka może ich spotkać we własnym kraju, gdy stracą świadomość i nie będą rokować leczenia¹¹.

Kontrowersje związane z utylitarystycznym modelem medycyny eliminuje personalistyczna bioetyka oparta na godności osoby, która niezależnie od sytuacji przez cały okres swojego życia posiada swoją godność, niezależność od posiadanych cech i umiejętności.

Personalistyczny model kontaktu lekarz–chory podał w 1981 r. E. Pellegrino, określając go „dobroczynnością w zaufaniu”¹². Jest on kontynuacją modelu hipokratycznego medycyny przez eksponowanie obiektywnego dobra chorego. W równowadze pozostaje tu zakres autonomii chorego i leczącego go lekarza.

Irracjonalne decyzje chorego, jeśli się pojawiają, podlegają analizie i następnie podejmowane są działania mające na celu zapobieżenie ich negatywnym skutkom dla chorego, medycyny i społeczeństwa. Ten typ opieki nad chorym oczywiście wyklucza możliwość skrócenia życia chorego przez eutanazję lub wspomaganie samobójstwo.

Trudno powiedzieć, dlaczego ten model bioetyki najczęściej jest pomijany w aktualnych podręcznikach medycyny paliatywnej.

W 1998 r. w polskim piśmiennictwie medycznym pojawiło się istotne zapytanie skierowane do lekarzy: „Personalizm czy utylitaryzm jest właściwą postawą etyki medycznej?”¹³. Naszym zdaniem odpowiedź powinna być jednoznaczna. Medycyna paliatywna nie może odejść od założeń filozofii i etyki personalistycznej. Przyjmując utylitaryzm jako swoją wykładnię etyczną, stanie się całkowicie inną specjalnością, bo zmuszana będzie do odrzucenia swych najistotniejszych paradygmatów, w tym świętości ludzkiego życia i bezwzględnego zakazu wszelkich form eutanazji czy też wspomaganego samobójstwa.

Podsumowując rozważania oparte na osiemnastoletnim doświadczeniu pracy w ośrodku opieki paliatywnej, sądzimy, że autonomia chorego powinna mieć rozsądne granice. Jej absolutyzacja, jak to łatwo wykazać, może być przyczyną niekorzystnych następstw dla chorego, gdy pacjent zacznie domagać się odstąpienia od koniecznej opieki i terapii, czy też będzie żądać skrócenia życia. Może ulec niekorzystnym wpływom także na medycynę kliniczną i społeczeństwo.

Autonomia chorego powinna być powiązana z autonomią leczącego go lekarza, aby nie stwarzać przy jej eliminacji fałszywych sytuacji, konfliktów hierarchii wartości chorego i lekarza, niszczących ich wzajemne zaufanie.

Pomijanie autonomii lekarza niszczy jego wolność i sumienie przez stwarzanie tzw. konfliktu „klauzuli sumienia”. Lekarz ma prawo do swoich poglądów i przeko-

¹¹ Tamże.

¹² E. Pellegrino, D.C. Thomasa, *A philosophical basis of medical practice*, dz. cyt.

¹³ T. Biesaga, *Personalizm czy utylitaryzm jest właściwą postawą etyki medycznej*, „Folia Medica Cracoviensis” 1998, t. 39, s. 43–52.

nań. Domaganie się neutralności światopoglądowej od lekarza jest zwykłą formą jego dyskryminacji, dlatego nie powinno nigdy mieć miejsca, nawet gdy próbuje się to uzasadnić rzekomym dobrem chorego.

W medycynie należy unikać sytuacji, w których dochodzi do naruszenia jej odwiecznych autonomicznych zasad etycznych, wolnych od wpływów społeczno-politycznych, jakimi są one od ponad 2,5 tysiąca lat, tj. ratowanie ludzkiego życia, leczenie chorych i niesienie ulgi w cierpieniu. Tzw. „usługi nielecnicze” niekiedy spotykane w placówkach medycyny komercyjnej nie mogą dotyczyć medycyny paliatywnej, gdyż wykluczają je założenia tej specjalności, podane przez jej twórczynię oraz WHO.

Utylitarystyczne tendencje w innych specjalnościach medycyny naszym zdaniem nie będą mieć dłuższej przyszłości. Jednak medycyna paliatywna powinna stawiać opór tym tendencjom wobec konieczności rozszerzania swojej działalności na schorzenia nienowotworowe.

Przyjmując założenia utylitarystyczne, medycyna paliatywna stałaby się zupełnie inną specjalnością. Tym samym byłby to koniec tego wzniesłego przedsięwzięcia, jakim był ruch paliatywno-hospicyjny zapoczątkowany w 1967 r. przez Damę Ciceli Saunders.

Bibliografia

- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, KiW, Warszawa 1996.
- Biesaga T., *Elementy etyki lekarskiej*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
- Biesaga T., *Personalizm czy utylitaryzm jest właściwą postawą etyki medycznej*, „Folia Medica Cracoviensa” 1998, t. 39, s. 43–52.
- Pellegrino E., Thomas D.C., *A philosophical basis of medical practice*, Oxford 1981.
- Singer P., *Etyka praktyczna*, KiW, Warszawa 2003.
- Walden-Gałuszko de K., *U kresu*, Gdańsk 1996, s. 29–45.

Cierpienie w samookaleczeniu

*Dopiero gdy pocuję ból oraz zobaczę krew
na mojej ręce, to wtedy wiem, że naprawdę żyję!*

Trudno jest sobie wyobrazić, by zadawanie bólu fizycznego przez samookaleczenie mogło przynosić psychiczne ukojenie. Jednak w społeczeństwie są osoby, które (paradoksalnie) zadają sobie ból, by zmniejszyć cierpienie. Traktują ciało jako doskonałe płótno, na które można przelać wszystkie problemy. Nieprzyjemne doznania pozwalają im zagłuszyć cierpienie. Jak to możliwe...?

Celem autorki było zwrócenie uwagi na rosnący w społeczeństwie problem samookaleczeń oraz próba wyjaśnienia mechanizmów, które towarzyszą działaniom autodestruktywnym. Częstość samouszkodzeń oceniana jest na 4% populacji ogólnej i 21% populacji klinicznej, natomiast zachorowalność w skali roku na 1%². Badania przeprowadzone w latach 2000–2001 przez Uniwersytet Oksfordzki dla instytucji charytatywnej Samaritans pokazały, jak dużym problemem jest samookaleczanie się wśród angielskiej młodzieży. Okazało się, że aż 10% nastolatków w wieku 15–16 lat celowo się samookalecza. Wśród tej grupy zdecydowaną większość (64%) stanowiły osoby, które nacinały swoją skórę³. Według raportu brytyjskiego Daily Mail z listopada 2010 roku w okresie ostatnich trzech lat w Anglii liczba przyjęć na oddziały ratunkowe z powodu zachowań autodestruktywnych wzrosła aż o 11⁴. Raport kanadyjskiego instytutu informacji o zdrowiu, ICIS, wskazuje, że w latach 2009–2010 miało miejsce ponad 17 tysięcy hospitalizacji na jedną bądź więcej nocy, ponieważ obywatele Kanady sami sobie zadali poważne rany. Generalnie instytut obliczył poziom 65 hospitalizacji z powodu samookaleczenia

¹ Kaśka 15 lat, 10 lipiec 2009, 22.28; <http://aniolekdiabelek.blogan.pl/przemoc/2009/07/10/musz-zadawa-sobie-b-l-...-samookaleczanie>, dostęp: 02.12.2011.

² C. Żechowski, I. Namysłowska, *Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń*, „Psychiatria Polska” 2008, t. XLII, nr 5, s. 647–657.

³ *Youth and self harm: Perspectives. A summary of research commissioned by Samaritans and carried out by the Centre for Suicide Research, University of Oxford 2000/2001.*

⁴ *Self-harming on increase in England as hospital admissions soar 11% in three years*, <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1328014/Self-harming-increase-England-hospital-admissions-soar-11-3-years.html#ixzz1iTGcCjQe>, dostęp: 29.12.2011.

na 100 000 Kanadyjczyków w wieku 15 lat i więcej⁵. W Polsce badania przeprowadzone przez A. Gmitrowicz potwierdziły, że tendencja wzrostowa zachowań autodestruktywnych występuje również w naszym kraju⁶.

Często słyszy się o zachowaniach autodestruktywnych, działaniach o charakterze autoagresji czy o różnych sposobach samookaleczeń. Każde z tych określeń w nieco inny sposób formułuje problem ogólnie związany z autodestrukcją.

A. Suchańska pojęcie autodestrukcji przypisuje każdemu zachowaniu, które bezpośrednio lub pośrednio zagraża zdrowiu lub życiu człowieka; podejmowane jest dobrowolnie i intencjonalnie⁷. Choć większość autorów przez „zachowania autodestruktywne” przeważnie rozumie zachowania należące do kategorii autodestruktywności bezpośredniej (samouszkodzenia, samookaleczenia, próby samobójcze), to należy zdawać sobie sprawę, że również wewnętrzne procesy obejmujące poczucie winy, potrzebę agresji oraz samoponiżenia bywają też określane tym pojęciem⁸.

Z bardziej ogólnej perspektywy zachowania autodestruktywne definiuje D. Kubacka-Jasiecka, podkreślając, że są to zachowania dobrowolne (dowolne), pośrednio lub bezpośrednio stanowiące zagrożenie dla zdrowia emocjonalnego, społecznego bądź fizycznego jednostki⁹. W pracy własnej zwrócono uwagę wyłącznie na zachowania autoagresywne fizyczne o charakterze dewiacyjnym. Pojęcie autoagresji, choć jest terminem o bardzo szerokim zakresie znaczeniowym, traktowane jest tu zamiennie na określenie omawianych zachowań autodestruktywnych związanych z samookaleczaniem się.

Pojęcie samouszkodzeń jako kategorii psychopatologicznej wprowadził w latach trzydziestych ubiegłego wieku Karl Menninger, który definiował celowe okaleczanie własnego ciała jako „częściową” formę samobójstwa, swoisty kompromis pomiędzy wzajemnie wykluczającymi się popędami życia i śmierci ostatecznie umożliwiającą przetrwanie jednostki¹⁰. Obecnie jednak trzeba wyraźnie rozgraniczyć akty samookaleczeń od prób samobójczych. G. Babiker i L. Arnold zaproponowali, aby za samouszkodzenia uznawać każdy akt polegający na intencjonalnym zadawaniu bólu albo ran swemu ciału, niemający jednak doprowadzić do śmierci¹¹.

⁵ *Zjawisko samookaleczania pozostaje bardzo niepokojącym problemem, według badania*, <http://www.biomedical.pl/aktualnosci/zjawisko-samookaleczania-pozostaje-bardzo-niepokojacym-problemem-wedlug-badania-2751.html>, dostęp: 29.12.2011.

⁶ A. Gmitrowicz, M. Andrzejewska, D. Warzocha, *Samouszkodzenia wśród pacjentów psychiatrycznych oddziału młodzieżowego*, „Psychiatria Polska” 2004; supl. 3, s. 67–68.

⁷ K. Tsirigotis, W. Gruszyński, M. Kruszyna, M. Tsirigotis-Włoszczak, *Autodestruktywność pośrednia u osób uzależnionych od narkotyków*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, t. 22, nr 2, s. 119–128.

⁸ Tamże.

⁹ D. Kubacka-Jasiecka, *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń* Ja, Wydawnictwo UJ, Kraków 2006.

¹⁰ M. Chodak, Ł. Barwiński, *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2010, t. 6, nr 1, s. 19–30.

¹¹ G. Babiker, L. Arnold, *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*, GWP, Gdańsk 2002.

Trudno jest więc o jednoznaczną i ostateczną definicję autoagresji fizycznej. Analizując dostępną literaturę, można wyróżnić kluczowe kryteria aktów samo-okaleczeń. Po pierwsze, jest to *intencja*, z którą w parze idą dobrowolność i świadomość podejmowanych działań. Drugie kryterium to *stopień szkodliwości*, który mieści się w zakresie od bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia do aktów jedynie pośrednio lub nawet potencjalnie zagrażających¹².

Oczywiście, zachowania autodestruktywne mogą być uwarunkowane kulturowo, jednak z perspektywy psychologii szczególnie interesujące są działania o charakterze dewiacyjnym, wśród których psycholog Armando Favazza wyróżnił podkategorię zachowań autodestruktywnych umiarkowanych kompulsywnych i impulsywnych¹³. Zachowania te wymagają refleksji, zrozumienia i przede wszystkim wyjaśnienia ich źródeł.



Źródło: opracowanie własne.

Akty samookaleczeń mają charakter polimotywacyjny, dlatego należy rozpatrywać cierpienie jednostki we wszystkich aspektach związanych nie tylko z cielesnymi (somatycznymi) doznaniem, ale również z cierpieniem dotyczącym życia psychicznego, społecznego i duchowego (egzystencjonalnego). Samouszkodzenia

¹² M. Chodak, Ł. Barwiński, *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*, dz. cyt.

¹³ Tamże.

to przede wszystkim pewien sposób na redukcję napięcia, pozbycie się cierpienia psychicznego, które wyniszcza „od wewnątrz”. Jest to ciągła walka z trudnymi sytuacjami, którym jednostka nie potrafi sprostać: „W zeszłym roku zmarła moja mama, teraz powoli przestaję sobie radzić. Jest we mnie tyle gniewu i złości, że czasem zadanie sobie bólu to dla mnie takie mniejsze zło”¹⁴.

Samouszkodzenie może więc stanowić również kontynuację zmagania jednostki z cierpieniem. To, co powinno sprawić ból, przynosi psychiczną ulgę. Koło absurdu kręci się więc dalej. Poszukując wypowiedzi osób autoagresywnych, można zauważyć wspólną cechę, która łączy te jednostki – samookaleczanie jest przez nich traktowane jako „bezpieczna” forma wyrażania silnych negatywnych emocji: „nie chcę krzywdzić ludzi dookoła, lecz tylko wyładować się tak po cichu z tego, co mnie psychicznie męczy, by nikt nie widział, a sam ból działa uspokajająco, oddech staje się wolniejszy, płynniejszy, zamykam oczy, by w ciemności być niedostrzeganym”¹⁵.

Przeglądając fora internetowe, „zbiorowa” sylwetka osoby autoagresywnej rysuje się podobnie jak ta przedstawiona przez A. Favazzę¹⁶. Przede wszystkim jest to osoba (zdecydowanie częściej kobieta niż mężczyzna) niezadowolona z siebie, mająca trudności w kontrolowaniu emocji i ich adekwatnej ekspresji. Zazwyczaj występują u niej cechy histeryczne, socjopatyczne oraz elementy osobowości z pogranicza (zaburzenia na pograniczu psychozy i nerwicy)¹⁷. Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem i lękiem wywołuje potrzebę samookaleczenia się, co pozwala zmienić przedmiot postrzeganego cierpienia. Doznanie bólu fizycznego zamiast cierpienia psychicznego jest zastępczą formą przeżyć jednostki. Nie ma tu umiejętności kontrolowania własnych impulsów, radzenia sobie z naporem emocji. Wyraźnie widać, że poczucie koherencji jest znacznie obniżone. Świadomość swojej zaradności i umiejętności rozwiązywania problemów jest prawie niezauważalna przez osobę, która w pełni świadomie zadaje sobie ból fizyczny. Badania przeprowadzone przez zespół psychologów Uniwersytetu Jagiellońskiego potwierdziły również, że osoby wykazujące duże nasilenie zachowań autoagresywnych rzadko stosują styl działania oparty na koncentracji na zadaniu. Nie są „zainteresowane” stosowaniem zadaniowej orientacji zaradczej¹⁸. Chcą prezentować swoją pozorną niezależność i możliwość samokontroli („Ból, który odczuwam, jest jedyną rzeczą, nad którą mogę zapanować”¹⁹), jednak nie przynosi to ostatecznego rozwiązania

¹⁴ Anonimowy, środa, 1.09.2010, 5.29 PM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 02.12.2011.

¹⁵ Anonimowy, czwartek, 05.11.2009, 6.40 PM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 02.12.2011.

¹⁶ M. Whalen, *Self Mutilation*, strona internetowa organizacji non-profit, <http://www.psyke.org/articles/en/selfmutilation/>, dostęp: 06.12.2011.

¹⁷ M. Chodak, Ł. Barwiński, *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*, dz. cyt.

¹⁸ *Ibidem*, *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – badania własne*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2010, t. 6, nr 1, s. 31–46.

¹⁹ Bruxit, piątek, 02.11.2007, 0.28, <http://www.samookaleczenia.fora.pl/autoagresja,1/dlaczego-to-robicie,3>.

zaistniałego problemu („sama sobie z tym nie poradzę, a będzie tylko gorzej i pewnego dnia...”²⁰).

Znając funkcje samouszkodzeń w życiu jednostki, można starać się zrozumieć – przynajmniej teoretycznie – źródła cierpienia (jego różnych aspektów), z jakimi próbują się zmagać osoby autoagresywne.

Według G. Babiker i L. Arnold²¹ są to:

1. Funkcje związane z radzeniem sobie i przetrwaniem (psychiczne cierpienie jednostki wynika z braku umiejętności regulacji napięcia i lęku. Nieradzenie sobie z gniewem niosącym zarówno znamiona cierpienia psychicznego, jak i egzystencjalnego, rodzi agresję skierowaną na siebie)

- „Tnę się w chwilach, gdy nie mogę już wytrzymać tego całego bólu i rozpacz. Jak w większości przypadków moje cięcie się spowodowane było tym, że nie mogłam sobie poradzić ze codziennym stresem, tęsknotą za zmarłą siostrą (...), brak porozumienia w domu i nieokazywanie mi miłości przez moich rodziców oraz ciągłe kłótnie w domu”²².

2. Funkcje związane z „ja”

(osoba autoagresywna chce odzyskać – nawet prowizorycznie – poczucie rzeczywistości. Przedmiotem postrzeganego cierpienia wydaje się własna osoba, a właściwie postrzegane przez nią negatywne cechy i deficyty)

- „A ja już nie mogę dać rady ze sobą”²³.

3. Funkcje związane z radzeniem sobie z własnym doświadczeniem (sytuacje traumatyczne wywierają ogromny wpływ na psychikę, a w konsekwencji na

radzenie sobie z kolejnymi stresującymi wydarzeniami. Poprzez samookaleczanie osoba autodestruktywna zagłusza cierpienie psychiczne, tzn. zamienia ból i cierpienie psychiczne na nieprzyjemne doznania fizyczne, które mają „pomóc” w konfrontacji z doświadczeniami. Zachowania takie stają się pewną formą od-



Źródło: <http://www.psyke.org/pictures/j/j/index.html>.

html, dostęp: 06.12.2011.

²⁰ Anonimowy, czwartek, 26.05.2011, 11.07 PM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 06.12.2011.

²¹ G. Babiker, L. Arnold, *Autoagresja...*, dz. cyt.

²² Darkprincess, piątek, 15.05.2000, 0.17, <http://www.samookaleczenia.fora.pl/autoagresja,1/dlaczego-to-ro-bicie,3-15.html>, dostęp: 06.12.2011.

²³ Anonimowy, środa, 28.10.2009, 7.58 PM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 06.12.2011.

zyskania jakiejś kontroli nad sytuacją zewnętrzną oraz samym sobą. Utrwalają one w jednostce poczucie możliwości nadzorowania rzeczywistości²⁴)

- „wiem, jak to jest, gdy wraca się do domu ze szkoły, a mama leży we krwi i płacze... wiem, jak to jest, gdy ojciec znęca się nad dzieckiem (bije, przeklina, wydziera się, gwałci)... (...) i wiem, jak to jest być uzależnionym od cięcia... i wiem też, że czasami przychodzą myśli, żeby wreszcie ze sobą skończyć, ale gdy próbujesz, to nie działa... i jeszcze wiem, jak to jest, gdy obwiniasz się za wszystko... masz wrażenie, że to twoja wina, wstydzisz się sama siebie...”²⁵.
4. Funkcje związane z karaniem własnej osoby (osoby autoagresywne mogą traktować okaleczanie się jako sposób „oczyszczenia”, fizyczne karanie się jest formą względnego opanowania swoich słabości)
- „Ja zaczęłam to robić, kiedy miałam problemy z odżywianiem. Czułam się grubo (choć z perspektywy czasu wiem, że wcale tak nie było), ciągle się odchudzałam, a jeśli zjadłam za dużo, okaleczałam się. Potem wpadłam w bulimię i tym razem karałam się za to, że nie potrafię jeść normalnie. Teraz mam 19 lat, akceptuję swoje ciało, ale nadal zdarza mi się okaleczać, kiedy mam jakiś problem (...)”²⁶.
5. Funkcje dotyczące relacji z innymi ludźmi (cierpienie osób autodestruktywnych niewątpliwie obejmuje aspekty związane z funkcjonowaniem społecznym. Niektóre relacje interpersonalne – szczególnie z bliskimi – mają decydujący wpływ na przebieg zachowań o charakterze autoagresji)
- „Pierwszy raz przez moją matkę. Każdy następny również...”²⁷.



Źródło: <http://www.psyke.org/pictures/w/wendy/index.html>.

Poszukiwanie wsparcia społecznego niestety nie jest często podejmowanym rozwiązaniem, ponieważ wymaga od jednostki uruchomienia dodatkowych nakładów poznawczo-motywacyjnych. Trzeba również zaznaczyć, że choć internet ja-

²⁴ M. Chodak, Ł. Barwiński, *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – badania własne*, dz. cyt.

²⁵ Baśka, 15 lat, 17.11.2010, 14.52, <http://aniolekdiabelek.blogan.pl/przemoc/2009/07/10/musz-zadawa-sobie-b-l-...-samo-okaleczanie>, dostęp: 06.12.2011.

²⁶ Anonimowy, poniedziałek, 08.11.2010, 11.43 AM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przymnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 06.12.2011.

²⁷ Sentenced, czwartek, 24.03.2011, 19.29, <http://www.samookaleczenia.fora.pl/autoagresja,1/dlaczego-to-robicie,3-15.html>, dostęp: 06.12.2011.

ko scena anonimowych wypowiedzi może być bogatym źródłem wyznań i pewną formą „radzenia sobie”, to nie jest to kompletny sposób komunikacji, który ma przynieść rozwiązanie problemu. Na forach internetowych pojawiają się nowe wpisy, które tylko potwierdzają, jak bardzo złożony jest to problem; jak indywidualny i wymagający szybkiej, adekwatnej do sytuacji reakcji. Wysoki poziom autoagresji fizycznej związany jest z niewielkim preferowaniem stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu. Osoby autodestruktywne skupiają się przede wszystkim na przeżywanych emocjach, nie zaś na sposobie, który mógłby zniwelować problem u samego jego źródła. Próby podejmowania działań aktywnych – prospołecznych – często muszą skonfrontować się z niezrozumieniem, a wręcz odrazą. Niski poziom poczucia koherencji, a w szczególności poczucia zaradności, popycha osobę autoagresywną do samookaleczeń.

Stawiając więc na styl skoncentrowany na zadaniu oraz na wzmocnienie poczucia spójności, można chronić przed rozwinięciem się autoagresji jako podstawowej formy radzenia sobie z cierpieniem psychicznym.

Bibliografia

Anonimowy, czwartek, 05.11.2009, 6.40 PM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 02.12.2011.

Anonimowy, czwartek, 26.05.2011, 11.07 PM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 06.12.2011.

Anonimowy, poniedziałek, 08.11.2010, 11.43 AM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 06.12.2011.

Anonimowy, środa, 1.09.2010, 5.29 PM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 02.12.2011.

Anonimowy, środa, 28.10.2009, 7.58 PM, <http://psychika.net/2008/04/samookaleczenia-o-przyjemnoci-pyncej-z.html>, dostęp: 06.12.2011.

Babiker G., Arnold L., *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*, GWP, Gdańsk 2002.

Baska, 15 lat, 17.11.2010, 14.52, <http://aniolekdiabelek.blogan.pl/przemoc/2009/07/10/musz-zadawa-sobie-b-l-...-samookaleczanie>, dostęp: 06.12.2011.

Bruxit, piątek, 02.11.2007, 0:28, <http://www.samookaleczenia.fora.pl/autoagresja,1/dlaczego-to-robicie,3.html>, dostęp: 06.12.2011.

Chodak M., Barwiński Ł., *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2010, t. 6, nr 1, s. 19–30.

Chodak M., Barwiński Ł., *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – badania własne*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2010, t. 6, nr 1, s. 31–46.

Darkprincess, piątek, 15.05.2000, 0.17, <http://www.samookaleczenia.fora.pl/autoagresja,1/dlaczego-to-robicie,3-15.html>, dostęp: 06.12.2011.

Gmitrowicz A., Andrzejewska M., Warzocha D., *Samouszkodzenia wśród pacjentów psychiatrycznych oddziału młodzieżowego*, „Psychiatria Polska” 2004; supl. 3, s. 67–68.

Kaśka 15 lat, 10 lipiec 2009, 22.28; <http://aniolekdiabelek.blogan.pl/przemoc/2009/07/10/musz-zadawa-sobie-b-l-...-samookaleczanie>, dostęp: 02.12.2011.

Kubacka-Jasiecka D., *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń* Ja, Wydawnictwo UJ, Kraków 2006.

Self-harming on increase in England as hospital admissions soar 11% in three years, <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1328014/Self-harming-increase-England-hospital-admissions-soar-11-3-years.html#ixzz1iTGcCJqę>, dostęp: 29.12.2011.

Sentenced, czwartek, 24.03.2011, 19.29, <http://www.samookaleczenia.fora.pl/autoagresja,1/dlaczego-to-robicie,3-15.html>, dostęp: 06.12.2011.

Tsirigotis K., Gruszyński W., Kruszyna M., Tsirigotis-Włoszczak M., *Autodestruktywność pośrednia u osób uzależnionych od narkotyków*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, t. 22, nr 2, s. 119–128.

Whalen M., *Self Mutilation*, strona internetowa organizacji non-profit, <http://www.pyke.org/articles/en/selfmutilation/>, dostęp: 06.12.2011.

Youth and self harm: Perspectives. A summary of research commissioned by Samaritans and carried out by the Centre for Suicide Research, University of Oxford 2000/2001.

Zjawisko samookaleczania pozostaje bardzo niepokojącym problemem, według badania, <http://www.biomedical.pl/aktualnosci/zjawisko-samookaleczania-pozostaje-bardzo-niepokojacym-problemem-wedlug-badania-2751.html>, dostęp: 29.12.2011.

Żechowski C., Namysłowska I., *Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń*, „Psychiatria Polska” 2008, t. XLII, nr 5, s. 647–657.

Metoda ciągłej infuzji podskórnej (csci) jako terapia przeciwbólowa w opiece paliatywnej

Wprowadzenie

Dużą dostępność przenośnych pomp strzykawkowych lub pomp z dodatkowym zbiornikiem na lek powoduje, że metody ciągłej infuzji podskórnej/dożylniej mają coraz szersze zastosowanie w opiece paliatywnej. Metody te są zalecanym sposobem leczenia objawów, gdy stosowanie leków drogą doustną jest utrudnione (dysfagia, osłabienie) lub nieakceptowane przez pacjenta (polipragmazja, tabletkofobia). Ponadto zaleca się również, gdy istnieją wskazania do intensywnej kontroli trudnych do opanowania objawów, np. z powodu silnego bólu, duszności.

Zarówno droga sc i csci jest alternatywą dla drogi doustnej i równie skuteczna jak droga dożylna. Metoda ta może być pomocna w kontroli objawów zarówno w okresie preterminalnym, jak i terminalnym choroby. Leki podawane są do tkaniki podskórnej i stamtąd w sposób ciągły absorbowane do krążenia systemowego.

Pewną przewagą sposobu csci jest możliwość uzyskania stabilnego stężenia leku w surowicy krwi i przez co można uniknąć przekroczenia stężeń toksycznych i wystąpienia objawów ubocznych.

Wskazania:

- dysfagia/ trudności w połykaniu leków,
- zaburzenia w obrębie jamy ustnej, gardła czy przełyku,
- niedrożność przewodu pokarmowego,
- znacznego stopnia osłabienia,
- zaburzenia wchłaniania leków doustnych,
- brak akceptacji pacjenta do przyjmowania dużej liczby tabletek (polipragmazja, tabletkofobia),
- pacjenci nieprzytomni,
- objawy niedostatecznie kontrolowane za pomocą terapii doustnej.

Założona kaniula sc powinna być wymieniana co 72 godziny lub po dłuższym czasie, jeśli nie ma odczynów miejscowych. Zawsze należy miejsce założenia kaniuli sprawdzać i dokumentować stan przy każdej wizycie u pacjenta.

Wybór kaniuli:

- a. igła typu „motylek”,
- b. kaniula iv typu Venflon,
- c. BD Saf-T-Intima.

Jeśli lek ma wskazania producenta do stosowania sc, to najczęściej ma również wskazany przez producenta rozcieńczalnik. Ale wiele leków nie ma wskazań producenta do podawania sc lub mieszania z innymi lekami. Zasadniczo w opiece paliatywnej stosuje się 2 rozcieńczalniki: wodę od iniekcji (*Aqua pro injectione*) lub sól fizjologiczną (NaCl 0,9%). W Wielkiej Brytanii najczęściej stosuje się wodę do iniekcji i jest ona szczególnie zalecana do rozcieńczania haloperidolu (Haloperidol) stosowanego w dużych stężeniach (2mg/ml). Z kolei w USA stosuje się jako rozcieńczalnik roztwór 5% glukozy. W Polsce najczęściej stosowanym rozcieńczalnikiem jest sól fizjologiczna. Niemniej w szeregu tablic znajdujących się w rekomendowanych publikacjach takich jak *Oxford Textbook of Palliative Medicine* lub *The Palliative Care Formulary 4* najczęściej wskazuje się jako rozcieńczalnik wodę do iniekcji z jednoczesnym zaznaczeniem, że NaCl 0,9% może być również stosowane. Podkreśla się, że infuzja leku rozcieńczonego w NaCl 0,9% powoduje mniej bólu i podrażnień lokalnych na skórze, dodając jednocześnie, iż większość badań nad kompatybilnością leków była wykonywana przy użyciu wody do iniekcji. Wystąpienie bólu i miejscowego podrażnienia skóry przy stosowaniu wody do iniekcji uważa się w praktyce za mało prawdopodobne z uwagi na to, że w csci stosuje się niewielką szybkość infuzji.

Powikłania csci i sposoby radzenia sobie z nimi

1. Słaba kontrola bólu i innych objawów.

Należy dostosować dawki leku do natężenia objawów (miareczkowanie). Sprawdzić, czy sprawna jest linia do podawania leku i czy działa pompa. Należy sprawdzić, czy podawany roztwór nie uległ krystalizacji.

2. Podrażnienia skóry.

Jeśli spowodowane jest stosowanym lekiem, to należy zwiększyć rozcieńczenie leków (obniżyć dawkę i zwiększyć objętość rozpuszczalnika) i zmienić zestaw oraz miejsce założenia kaniuli.

3. Występują następujące objawy takie jak: splątanie, zwężenie źrenic (szpilkowate źrenice), pobudzenie, niepokój, halucynacje, senność, koszmary nocne lub mioklonie.

Należy wówczas podejrzewać objawy uboczne związane ze stosowaniem leków drogą sc, np. morfiny. Być może użyta dawka jest zbyt wysoka lub nieprawidłowa

jest szybkość infuzji zaprogramowanej pompy. Może to być również objaw nieprawidłowej pracy pompy.

Należy niezwłocznie zatrzymać infuzję i poprosić lekarza, aby ocenił pacjenta i ewentualnie skorygował dawki oraz zastosował środki przeciwdziałające zatruciu lekami.

4. Przeciek w miejscu założenia kaniuli.

Prawdopodobnie wskutek rozwoju lokalnego stanu zapalnego dochodzi do przecieku.

Należy zmienić zestaw i miejsce założenia kaniuli.

Częste wątpliwości i pytania

1. Jaki rozcieńczalnik należy użyć dla haloperidolu? Zwykle stosuje się wodę do iniekcji.

Jednak za każdym razem, gdy mamy wątpliwości, należy upewnić się, sięgając do odpowiednich tablic, które zawierają informacje o stabilności danego leku lub złożonych roztworów w odpowiednich rozcieńczalnikach.

2. Kiedy należy rozpocząć csci?

Jeśli pacjent odczuwa ból i aktualnie nie stosuje opioidu o powolnym uwalnianiu (modyfikowanym uwalnianiu MST, Doltard, Oxycontin) lub leki na żądanie, np. Sevradol, ciągłą infuzję sc można rozpocząć natychmiast. Jeśli pacjent aktualnie stosuje leki opioidowe o przedłużonym działaniu lub o krótkim działaniu, należy rozpocząć ciągłą infuzję sc, kiedy następna dawka tych leków powinna być podana. Jeśli pacjent ma stosowany plaster z fentanylem, ciągłą infuzję należy rozpocząć w czasie, gdy powinien być przyklejony kolejny plaster.

3. Jeśli pacjent ma silny ból lub inne objawy, np. nudności w momencie rozpoczęcia stosowania csci, należy rozważyć podanie dodatkowej dawki wstępnej leku tuż przed rozpoczęciem stosowania csci (gdyż leki podawane w ciągłej infuzji w pełni ujawniają swoje działanie po kilku godzinach!).

4. Kiedy należy zakończyć csci, jeśli zamierzamy przejść na leki podawane doustnie?

Csci można zakończyć, jeśli tylko pacjent przyjmie leki doustne.

5. Jaką liczbę leków można podawać razem w jednej mieszance lekowej?

Zwykle 2 lub 3 leki mogą być połączone w jednej strzykawce. Przed połączeniem tych leków należy sprawdzić ich stabilność w dostępnych tablicach lub poradzić się specjalisty medycyny paliatywnej. Informacje na ten temat można znaleźć

w podręcznikach *Oxford Textbook of Palliative Medicine, The Palliative Care Formulary* 3 (wydanie polskie i angielskie) lub wydanie 4.

Kompatybilność/zgodność i stabilność leków

Niestabilność lub niekompatybilność/niezgodność odnosi się do chemicznych reakcji (chemiczna kompatybilność), które mogą się ujawnić w czasie rozcieńczania lub mieszania leków i prowadzić w efekcie do tworzenia się cząsteczek/związków chemicznych nieaktywnych lub toksycznych dla pacjenta. W praktyce tego typu dane można uzyskać, analizując mieszaninę lekową w Chromatografii Cieczowej (HPLC). Niekiedy można obserwować gołym okiem (fizyczna kompatybilność) niezgodność, która objawia się zmętnieniem, zmianą koloru lub kryształkami. Jakkolwiek niektóre reakcje nie można stwierdzić na podstawie zmian fizycznych roztworu lekowego. Czynniki, które wpływają na wystąpienie stabilności lub niestabilności mieszanek lekowych, to: światło, temperatura, pH, czas i objętość użytego rozcieńczalnika. Dlatego też, jeśli mieszanina lekowa jest podawana przez csc, ważna jest wiedza, czy będzie ona stabilna w odpowiedniej objętości przez 24 godziny w temperaturze pokojowej.

Najczęściej stosowane leki sc w opiece paliatywnej

Wiele leków w opiece paliatywnej stosowanych jest jako „poza ulotką” z uwagi na wskazania drogi podania i dawkę. Odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjenta, który leczony jest tymi lekami, jest w całości przeniesiona na przepisującego lekarza.

Stosowanie leków „poza ulotką” znajduje uzasadnienie w doświadczeniu klinicznym i w wielu publikacjach naukowych.

Powinnością lekarza i pielęgniarki jest szczegółowe opisanie wskazań oraz schematu dawkowania, a także poinformowanie o tym pacjenta i opiekuna faktycznego. Bardzo często pacjenci lub ich opiekunowie czytają ulotki leków i zaglądają do internetu, aby się dowiedzieć więcej na temat przepisanych środków i wówczas spotykają się z rozbieżnymi zaleceniami, które mogą być przyczyną albo odrzucenia leczenia, złego dawkowania i utraty zaufania do personelu medycznego.

Leki stosowane sc: Alfentanył, Clonazepam, Clonidyna, Dexametson, Diklofenak, Furosemid, Graniseton, Haloperidol, Hyoscine butylobromide (Buscolysin), Ketmina, Levomepromazyna, Lidokaina, Metoclopramid, Midazolam, Morfina sulfas, Octreotid, Oxycodn, Fenobarbital.

Większość tych leków znajduje się w roztworach kwaśnych (pH<7), poza dexametsonem, diclofenakiem, furosemidem, fenobarbitalem, które to leki są zawarte

w rozcieńczalnikach o odczynie zasadowym. Dlatego te ostatnie leki nie powinny być stosowane w mieszankach z innymi lekami (kwaśnymi). Jednak dodanie deksametazonu (Dexaven) do mieszaniny leków w dawce 1–2 mg celem zmniejszenia odczynu zapalnego w miejscu założenia kaniuli nie powinno wywołać strącenia się (krystalizacji) leków, jeśli deksametazon dodamy jako ostatni składnik mieszanki.

Bibliografia

Dickman A., Scheider J., Varga J., *Syringe driver handbook*, Oxford University Press, Oxford 2005.

NHS Greater Glasgow Primary Care Pall Care Team 2008, rev. 2010.

Twycross R., Wilcock A., Thorp S., *Palliative Care Formulary*, wyd. 4.

Watson M. Lucas C., Hoy A., Bach I., *Oxford Handbook of Palliative Care*, Oxford University Press, Oxford 2005.

Cierpienie rodzin potencjalnych dawców narządów

Transplantacja (łac. *transplantare* – szczepić i *plantare* – sadzić), inaczej przeszczepianie, jest to operacyjne przenoszenie przeszczepu dokonywane w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami. Przeszczep to fragment tkankowy, narządowy (np. skóra, kość) lub cały narząd (np. serce, nerka, wątroba) przenoszony chirurgicznie do organizmu z zamierzeniem zastąpienia funkcji niesprawnego narządu. Transplantacja jest zabiegiem, który w wielu sytuacjach jest jedynym sposobem ratowania życia. Osobę, od której przeszczep jest pobierany, nazywa się dawcą przeszczepu, a osobę, która go przyjmuje, biorcą (Klimczyk, Niechwiadowicz-Czapka, 2008).

Jeden z podziałów zabiegów w transplantacji uwzględnia pochodzenie organu do przeszczepu:

- od dawcy żywego (*ex vivo*) – gdy narząd pobierany jest od krewnego lub osoby związanej emocjonalnie z biorcą,
- od dawcy martwego (*ex mortuo*) – gdy narząd pobierany jest ze zwłok ludzkich, w sytuacji stwierdzenia śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia (Cymerman, 2007).

Transplantologia zajmuje obecnie jedno z czołowych miejsc we współczesnej chirurgii i niетrudno dostrzec, jakie ma znaczenie w ratowaniu życia i zdrowia człowieka. Jest to metoda leczenia stosowana w przypadku schyłkowej niewydolności organów, takich jak: nerki, serce, wątroba, płuca, trzustka, jelita, zaś transplantacja komórek krwiotwórczych jest metodą stosowaną w leczeniu chorób układu krwiotwórczego. Zabiegi transplantacyjne ratują życie i zdrowie chorych, u których inne formy leczenia są już niewystarczające (Rowiński, Wałaszewski, Pączka, 2004).

Przeszczepianie narządów to dosyć specyficzna forma terapii, która angażuje nie tylko pacjenta i lekarza, ale także drugiego pacjenta będącego dawcą. O potrzebie przeszczepienia decyduje lekarz, który zgłasza pacjenta do wyspecjalizowanego ośrodka transplantacyjnego. Chory jest w takim ośrodku poddawany specjalistycznym badaniom, a następnie zgłaszany do Krajowej Listy Osób Oczekujących na

przeszczepienie. Oszacowano, że tylko co trzecia osoba oczekująca na przeszczep ma szansę go otrzymać (Poltransplant, 2010).

Jednym z największych problemów obserwowanych w transplantologii jest niewystarczająca liczba dawców. Niektóre narządy (nerka, fragment wątroby) lub tkanki (szpik kostny) można pobierać od osób żywych pod warunkiem, że dawca wyrazi na to zgodę, a jego życie nie będzie narażone na niebezpieczeństwo. W Polsce przeszczepy takie są mało rozpowszechnione. Tylko 3% ogółu przeprowadzanych transplantacji narządów to zabiegi, w których organy pobierane są od żywych dawców. Zdecydowana większość narządów pochodzi od osób zmarłych, u których stwierdzono komisyjnie śmierć mózgową lub nieodwracalny stan zatrzymania krążenia i które za życia nie wyraziły sprzeciwu na ich pobranie (Wasak, 2007). Szacuje się, że narządy jednego dawcy mogą uratować lub przedłużyć życie nawet ośmiu osobom (Reubsæet, Brug, Nijkamp, Candel, van Hooff, van den Borne, 2005).

Śmierć mózgową stwierdzana jest na podstawie testów wykonywanych dwukrotnie w trzygodzinnych odstępach czasowych oraz badań instrumentalnych (angiografia tętnic mózgowych) przez komisję złożoną z trzech lekarzy: specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz specjalisty z innej dziedziny medycyny. Lekarze ci nie mogą brać udziału z zabiegu przeszczepiania narządów (Dyszkiewicz, Jemielity, Wiktorowicz, 2009).

Nieodwracalny stan zatrzymania krążenia stwierdzany jest na podstawie specyficznych objawów występujących w trakcie wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, jak również po jej zakończeniu. Obserwację prowadzi się przez ściśle określony czas. Jednym z kryteriów jest także stwierdzenie nieobecności odruchów pniowych w postaci braku: reakcji źrenic na światło, odruchu rogówkowego, odruchu oczno-głowego oraz czynności oddechowej. Lekarz, który stwierdza nieodwracalne zatrzymanie krążenia, musi się skonsultować z dwoma lekarzami specjalistami z następujących dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub chorób wewnętrznych (Obwieszczenie Ministra Zdrowia, 2010).

W Polsce obowiązuje zasada domniemanej zgody na pobranie narządów, co oznacza, że można je pobrać od zmarłej osoby, jeśli nie wyraziła ona za życia sprzeciwu w jednej z następujących form:

- wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich,
- pisemnego oświadczenia zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
- ustnego oświadczenia złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, które zostało pisemnie przez nich potwierdzone (Ustawa z dnia 1 lipca 2005..., 2005).

W praktyce jednak decyzja o możliwości pobrania narządów od potencjalnego zmarłego dawcy jest zawsze konsultowana z rodziną. Osoby zajmujące się zawodowo przeszczepami wskazują na dwufazową reakcję rodzin na pytanie o możliwość pobrania narządów do przeszczepienia. Pierwsza reakcja jest zazwyczaj negatywna, połączona często z agresją wobec lekarzy, porywczymi zachowaniami oraz nieprzyjmowaniem żadnych racjonalnych argumentów. Rodzina jest w stanie szoku, rozpaczyny wynikającej z faktu, że bliska osoba nie żyje. Pojawia się niedowierzenie w to, co się stało, i całkowita negacja zaistniałej sytuacji. Rodzinie trudno zrozumieć i zaakceptować, że ważniejsze stają się organy zmarłego niż on sam (Pawlica, Szczepański, 2003; Long, Sque, Addington-Hall, 2008). Po jakimś czasie nadchodzi wyciszenie i chwila refleksji połączona często z drugą pozytywną reakcją. Rodzina zaczyna akceptować zaistniałą sytuację i zaczyna rozumieć, że dzięki oddaniu narządów osoby bliskiej mogą zostać uratowane inne osoby. Dochodzi do nadania śmierci drugiego sensu. Świadomość tego, że ktoś będzie cieszył się drugim życiem, że część osoby bliskiej będzie nadal żyć w ciele drugiego człowieka pozwala ukoić ból i smutek i tym samym pogodzić się ze śmiercią członka rodziny (Shaw, 2010).

Często jednak zdarza się, że rodziny nie wyrażają zgody na pobranie narządów od swoich bliskich, u których stwierdzono stan śmierci mózgowej, swoje decyzje motywując względami religijnymi, etycznymi oraz obyczajowymi. Autorzy książki *Transplantologia kliniczna* (Rowiński, Walaszewski, Pączka, 2004) wskazują na następujące powody sprzeciwu rodzin na pobranie narządów:

- niezrozumienie pojęcia śmierci mózgowej,
- przekonanie, że pobranie narządów jest aktem braku poszanowania zwłok,
- nieznanomość przepisów prawnych pozwalających na pobranie narządów,
- nieznanomość stanowiska Kościoła katolickiego,
- wpływ środków masowego przekazu, które przedstawiają nieraz w sposób nadmiernie emocjonalny problem pojedynczych osób, nie poruszając przy tym problemu społecznego.

W Narodowym Programie Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej POLGRAF na lata 2006–2009 oraz w Narodowym Programie Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej POLGRAF na lata 2010–2014 przedstawione są następujące aspekty medycyny transplantacyjnej niezrozumiałe dla społeczeństwa, które powodują sprzeciw rodzin wobec pobrania narządów:

- rozpoznanie zgonu człowieka w oparciu o kryteria śmierci mózgu,
- kwestia zgody na pobranie narządów,
- obawa przed komercjalizacją związaną z pobieraniem i przeszczepianiem narządów.

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) przeprowadziło szereg badań poświęconych zagadnieniu przeszczepiania narządów. W badaniu „Opinie o przeszczepianiu narządów” z 2007 r. pytano o powody, dla których niektórzy ludzie nie chcą, aby po śmierci pobrano ich narządy w celu przeszczepienia innym. Respondenci wskazali między innymi na następujące przyczyny:

- obawa przed przedwczesnym stwierdzeniem śmierci członka rodziny,
- niezrozumienie pojęcia śmierci mózgowej,
- brak zaufania do lekarzy,
- obawa, że narządy staną się przedmiotem handlu,
- przekonania, poglądy,
- szacunek dla zmarłego i jego ciała,
- strach przed okaleczeniem ciała po śmierci,
- trud podjęcia decyzji,
- obawa o reakcję innych członków rodziny, otoczenia – strach przed odpowiedzialnością (CBOS, 2007).

Zrozumienie i zaakceptowanie pojęcia śmierci mózgowej równoznacznej ze śmiercią człowieka zostało uznane za jedno z kluczowych aspektów mających wpływ na rozwój transplantologii (Seth, Namiar, Joshi i in., 2009). Brak zrozumienia tego pojęcia uznano za główne psychospołeczne ograniczenie w wytworzeniu pozytywnego nastawienia do dawstwa narządów (Rios, Martinez-Alarcón, López-Navas, Sanchez, Guzman, Febrero, Ramis, Ramirez, Parrilla, 2011).

Bibliografia

Centrum Badania Opinii Publicznej, *Opinie o przeszczepianiu narządów*, Warszawa 2007.

Cymerman I., *Doświadczanie jakości życia po przeszczepie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2007.

Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K. (red.), *Transplantologia w zarysie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Warszawa 2009.

Klimczyk A., Niechwiadowicz-Czapka T., *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2008.

Long T., Sque M., Addington-Hall J., *Conflict rationalization: How family members cope with a diagnosis of brain stem death*, „Social Science & Medicine” 2008, nr 67.

Ministerstwo Zdrowia, POLGRAF Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2006–2009.

Ministerstwo Zdrowia, POLGRAF Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2010–2014.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia z dnia 9 sierpnia 2010 (M.P. 2010, nr 59 poz. 784).

Pawlica B., Szczepański M. (red.), *Dar życia i jego społeczny kontekst: zabiegi transplantologiczne w świadomości społecznej*, Śląskie Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Nauk Społecznych, Tychy 2003.

Poltransplant-Centrum Organizacyjno-Koodrynacyjne do spraw Transplantacji, „Biuletyn Informacyjny” 2010, nr 1(18).

Reubsaet A., Brug J., Nijkamp M.D., Candel M.J.J.M., Hooff van J.P., Borne van den H.W., *The impact of an organ donation registration information program for high school students in the Netherlands*, „Social Science & Medicine” 2005, nr 60.

Rios A., Martinez-Alarcón L., López-Navas A., Sanchez J., Guzman D., Febrero B., Ramis G., Ramirez P., Parrilla P., *Knowledge of the Concept of Brain Death in the British and Irish Population Resident in Southeast Spain*, „Transplantation Proceedings” 2011, nr 43.

Rowiński W., Wałaszewski J., Pączka L. (red.), *Transplantologia kliniczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

Seth A.K., Nambiar P., Joshi A. i in., *First prospective study on brain stem death and attitudes toward organ donation in India*, „Liver Transplantation” 2009, nr 15, s. 1443.

Shaw R., *Perceptions of the gift relationship in organ and tissue donation: Views of intensivists and donor and recipient coordinators*, „Social Science & Medicine” 2010, nr 70.

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2005, nr 169, poz. 1411).

Wasak A., *Transplantacje. Dar życia*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007.

Wojciech Klapa, Joanna Miarka

Cierpienie i dyskomfort pacjenta po zabiegu chirurgicznym

Wprowadzenie

Celem autorów jest przedstawienie odczuć pacjenta po zabiegu chirurgicznym i jego opinii o czynnikach powodujących cierpienie i dyskomfort. Jako metodę badawczą zastosowano introspekcję. Zaprezentowano opinie pacjenta dotyczące czynników powodujących u niego cierpienie (w szerokim rozumieniu tego słowa), wywołujących dyskomfort, jego opinie dotyczące czynników zmniejszających wspomniane zjawiska oraz „typy reakcji”, jakie zauważył w czasie leczenia i rehabilitacji u współpacjentów. Przedstawiono także propozycje zmian, jakie, z punktu widzenia pedagoga pacjenta, można wprowadzić na poszczególnych etapach leczenia i rehabilitacji.

Opis sytuacji pacjenta: Pacjent, lat 58. Niestabilna choroba wieńcowa, stan po przebytym zawale serca, nadciśnienie tętnicze, miażdżycza głównie naczyń wieńcowych. Operowany w krążeniu pozaustrojowym, wykonano żyłne pomosty aortalno-wieńcowe do gałęzi brzożnej oraz do gałęzi międzykomorowej przedniej. Chory wydolny krążeniowo i oddechowo, gojenie się ran bez powikłań. Pacjent jest z wykształcenia pedagogiem, pracuje w Zakładzie Pedagogiki Medycznej WNoZ UJ CM.

Opinie pacjenta o jego sytuacji w czasie pobytu na oddziale

Zdaniem pacjenta, czynnikami powodującymi cierpienie i dyskomfort w trakcie pobytu w szpitalu były (w kolejności od najbardziej uciążliwych do najmniej uciążliwych):

- ból klatki piersiowej w czasie kaszlu (mimo że stosunkowo niewielki, to jednak trudny do przewidzenia i przeciwstawienia się mu),
- brak NaCl (brak soli w pożywieniu był, zdaniem pacjenta, największą uciążliwością, stałą, powtarzającą się przy każdym posiłku, bez perspektyw na zmiany),

- trudności w mówieniu,
- konieczność leżenia na plecach,
- „dobre rady” udzielane pacjentom przez odwiedzające rodziny, niegrzeczne zachowanie odwiedzających (niecenzuralne wypowiedzi, plotkowanie),
- dyskomfort i niewielki ból w trakcie usuwania drenów,
- niewielki ból w trakcie zmiany opatrunków,
- zakaz kładzenia dłoni pod głowę,
- nudne ćwiczenia oddechowe.

CZYNNIKAMI ZMNIEJSZAJĄCYMI CIERPIENIA SĄ W OPINII PACJENTA

- uśmiech personelu,
- profesjonalizm i spokój,
- dobra organizacja pracy (przewidywalność wydarzeń),
- częste, krótkie wizyty znajomych,
- dobrze prowadzona edukacja pacjenta, (rozpoznanie rodzaju i poziomu jego wiedzy, dobór odpowiednich treści i języka, „subtelna” kontrola i ocena efektów kształcenia),
- pozytywne opinie personelu o byłych i obecnych szefach,
- poczucie bezpieczeństwa spowodowane ciągłym nadzorem,
- dostęp do komputera i telefonu komórkowego.

PROPOZYCJE ZMIAN

W oparciu o swe przeżycia oraz doświadczenia zawodowe pacjent sformułował kilka propozycji zmian w funkcjonowaniu oddziału mających na celu zmniejszenie dyskomfortu pacjentów. Propozycje te nie wymagają zmian organizacyjnych czy prawnych, a do ich wprowadzenia nie są potrzebne nakłady finansowe. Oto one:

- kontrola nad odwiedzającymi (weryfikacja informacji przekazywanych przez nich pacjentom, ocena wpływu obecności krewnych na samopoczucie pacjenta, kontrola pożywienia i leków zostawianych pacjentowi),
- więcej uśmiechu,
- lepszy dostęp do materiałów edukacyjnych, wprowadzenie nowych ich form (np. kilkuminutowych pokazów multimedialnych umieszczonych w ogólnodostępnym komputerze),
- możliwość mailowego zadawania przez pacjentów i ich rodziny pytań związanych z chorobą, leczeniem i rehabilitacją,
- „wyprawki” dla pacjentów opuszczających oddział (np. w formie płytek CD zawierających informacje potrzebne pacjentowi).

Opinie pacjenta o jego sytuacji w czasie pobytu w sanatorium

Kolejnym etapem leczenia był pobyt pacjenta w szpitalu sanatoryjnym. W trakcie trzytygodniowego pobytu pacjent zauważył kilka czynników negatywnie wpływających na komfort życia.

CZYNNIKI POWODUJĄCE CIERPIENIA I DYSKOMFORT

- brak soli w pożywieniu przy jej jednoczesnej obecności w stołówce,
- ból klatki piersiowej w czasie kaszlu (w początkowym okresie pobytu),
- trudności w mówieniu,
- konieczność leżenia na plecach,
- „licytowanie się” pacjentów liczbą schorzeń i przebytych zabiegów (rzeczywistych i wymaganych) oraz „wymiana doświadczeń” dotycząca stosowanych przez nich metod leczenia, biadolenie nad swoją sytuacją, głośno wypowiedziane opinie o braku perspektyw życiowych, niepewności swego losu,
- „dobre rady” udzielane pacjentom przez odwiedzające rodziny,
- „potencjalne” możliwości wycieczek górskich, przy organizacji dnia uniemożliwiającej uprawianie turystyki (stałe godziny posiłków, zabiegów fizjoterapeutycznych),
- zakaz kładzenia dłoni pod głowę,
- ustalony, nudny tryb życia, jego monotonia.

CZYNNIKI ZMNIEJSZAJĄCE CIERPIENIA

- uśmiech personelu,
- profesjonalizm i spokój,
- dobra organizacja pracy, brak pośpiechu,
- możliwość spacerowania, a nawet krótkich wycieczek w góry (w drugim i trzecim tygodniu pobytu),
- częste, krótkie wizyty znajomych,
- dobrze prowadzona edukacja pacjenta (rozpoznanie rodzaju i poziomu jego wiedzy, dobór odpowiednich treści kształcenia, wyjaśnianie celów poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych, zwracanie uwagi na zagrożenia związane z nieprawidłowym wykonywaniem ćwiczeń, ciągła kontrola i ocena efektów kształcenia, weryfikacja poczynąń uwzględniająca zmieniające się możliwości pacjenta),
- poczucie bezpieczeństwa spowodowane ciągłym nadzorem,
- dostęp do komputera i telefonu komórkowego.

PROPOZYCJE ZMIAN

- kontrola nad odwiedzającymi (weryfikacja informacji przekazywanych przez nich pacjentom, ocena wpływu obecności krewnych na samopoczucie pacjenta, kontrola pożywienia i leków zostawianych pacjentowi),

- uświadamianie pacjentom skutków ich negatywnych zachowań w trakcie pobytu poza sanatorium (palenia papierosów, niewłaściwego odżywiania się, picia piwa),
- więcej uśmiechu,
- organizowanie wycieczek dla pacjentów,
- proponowanie zmian w dotychczasowym stylu życia, wskazywanie nowych, korzystnych dla pacjenta i akceptowanych przez niego zachowań, a także zmian relacji z najbliższym otoczeniem,
- lepszy dostęp do materiałów edukacyjnych, wprowadzenie nowych ich form (np. kilkuminutowych pokazów multimedialnych).

Opinie pacjenta o jego sytuacji w czasie pobytu na zwolnieniu lekarskim i rehabilitacji

CZYNNIKI POWODUJĄCE CIERPIENIA I DYSKOMFORT

- brak soli w pożywieniu,
- niemożność pracy (w początkowym okresie rehabilitacji),
- zakaz kierowania samochodem i jazdy rowerem,
- „licytowanie się” pacjentów biorących udział w rehabilitacji liczbą schorzeń i przebytych zabiegów oraz „wymiana doświadczeń” dotycząca stosowanych przez nich metod leczenia,
- konieczność oczekiwania na wizyty u lekarza.

CZYNNIKI ZMNIEJSZAJĄCE DYSKOMFORT

- uśmiech fizjoterapeutów,
- ich profesjonalizm,
- indywidualny dla każdego pacjenta dobór ćwiczeń,
- dobra organizacja pracy (przewidywalność wydarzeń),
- nawet ograniczona możliwość kontynuowania pracy.

PROPOZYCJE ZMIAN

- kontrola nad odwiedzającymi (weryfikacja informacji przekazywanych przez nich pacjentom, ocena wpływu obecności krewnych na samopoczucie pacjenta, kontrola pożywienia i leków zostawianych pacjentowi),
- więcej uśmiechu,
- organizowanie wycieczek dla pacjentów,
- lepszy dostęp do materiałów edukacyjnych, wprowadzenie nowych ich form (np. kilkuminutowych pokazów multimedialnych).

Na wszystkich etapach leczenia i rehabilitacji pacjent dostrzegł bardzo zróżnicowane zachowania innych pacjentów, przy jednoczesnym traktowaniu ich przez

część personelu jako jednolitą grupę. Sytuacja ta jego zdaniem w znaczący sposób może wpływać na skuteczność działań wobec chorych. Dlatego też opisywany pacjent wyróżnił kilka typów postaw. Oto niektóre z nich:

1. Pacjent wszechwiedzący – wie wszystko na temat każdej dolegliwości, ich terapii, zna wszystkie techniki chirurgiczne, posługuje się (pseudo-)medyczną terminologią, mimo że jest stałym gościem stron internetowych poświęconych zdrowiu jego wiedza z biologii jest porównywalna z wiedzą przeciętnego ucznia czwartej klasy szkoły podstawowej, a znajomość języka łacińskiego jest zerowa.
2. Pacjent cesarz – dominator podporządkowujący sobie całe otoczenie, wydający polecenia personelowi, nie znosi sprzeciwu, zawsze podkreśla, że *salus aegroti suprema lex*.
3. Chory z urojenia – cierpiętnik, który jest geniuszem autodiagnozy potrafiącym wyszukać u siebie najmniejsze dysfunkcje, wzorem molierowskiego bohatera potrafi zniechęcić do siebie całe otoczenie.
4. Wieczny malkontent – pokrzywdzony przez los, szukający najdrobniejszych powodów do wyrażenia swej dezaprobaty, niezrozumiany przez otoczenie (zwłaszcza opiekujący się nim personel). Niekiedy, wzorem bohaterów romantycznych cierpi za miliony, niekiedy jest wyznawcą teorii spiskowych.
5. Pacjent sadysta – sprawdzający (zwłaszcza w nocy) szybkość reakcji lekarzy i pielęgniarek na sygnał alarmowy (zbędny) i badający ich zachowania w sytuacji stresowej.
6. Pacjent weteran – przeszedł wiele terapii (rzeczywistych i wyimaginowanych), klinik i oddziałów, zna wszystkich lekarzy i ich ułomności, chętnie dzieli się swymi doświadczeniami z innymi. Zna wszystkie przepisy dotyczące osób chorych i ich praw, niewiele jednak wie o obowiązkach pacjentów i zasadach dobrego wychowania. Zazwyczaj przejawia postawy roszczeniowe.
7. Pacjent kombinator – typ podobny do „weterana” znawca prawa, przepisów dotyczących chorych, potrafi wykorzystać swą chorobę do uzyskania wszelkich korzyści, nie tylko materialnych. Potrafi skutecznie wpływać na postępowanie zarówno personelu, jak i własnej rodziny.
8. Pacjent bohater – bez najmniejszej skargi przeszedł wszelkie zabiegi, jest z siebie dumny i oczekuje podziwu ze strony otoczenia, radośnie też przyjmie wszelkie nagrody i wyrazy szacunku.
9. Pacjent wesołek – nic nie jest w stanie zepsuć mu dobrego humoru, często lekarze nie są w stanie zdiagnozować: czy to wrodzone, czy to mechanizm obronny.

Lista postaw nie jest pełna, wymaga uzupełnienia. W opinii opisywanego pacjenta należy ją uzupełnić. Należy też, jego zdaniem, w większym niż dotychczas stopniu uwzględniać w postępowaniu leczniczym i rehabilitacji, a zwłaszcza przy edukowaniu pacjentów reprezentowane przez nich postawy zarówno wobec samych siebie, swego schorzenia, jak i wobec personelu i bliskich osób.

Wnioski

1. Pacjent bardzo dobrze ocenia sposób leczenia, opieki i rehabilitacji, a także relacje pomiędzy pacjentami i personelem.
2. Według pacjenta, nie ma potrzeby wprowadzania istotnych zmian do tych procesów.
3. W większym niż dotychczas stopniu należy uwzględniać w postępowaniu z pacjentem jego specyficzne potrzeby, przyzwyczajenia, poziom i rodzaj wiedzy związanej z chorobą, zachowania, relacje z rodziną i bliskimi osobami.

Noty o autorach

- **Łukasz Barwiński**

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; Instytut Psychologii UJ (studia doktoranckie); Zakład Psychologii Sądowej Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie (psycholog)

- **Monika Cempa**

Wydział Lekarski UJ CM (studia doktoranckie)

- **Izabela Chmiel**

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM w Krakowie; Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej

- **Małgorzata Chodak**

Oddział Kliniczny Kliniki Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; Ecole Europeenne de Psychoterapie Socio- et Somato- Analytique (EEPSSA)

- **Janusz Czekaj**

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Krakowie z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej; Zakład Ratownictwa Medycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM w Krakowie

- **Grażyna Dębska**

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Jan Dobrogowski**

Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJ CM

- **Anna Goździalska**

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Jan Iwaszczyszyn**

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej

- **Anna Jasiówka**

Wydział Lekarski UJ CM (studia doktoranckie)

- **Jerzy Jaśkiewicz**

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Marek Kita**

Katedra Chrystologii Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

- **Gracjana Kizem**

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Grybowie (pedagog)

- **Wojciech Kłapa**

Zakład Pedagogiki Medycznej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJ CM

- **Anna Kliś-Kalinowska**

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ; Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej

- **Małgorzata Knap**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. św. Rafała w Chęcinach; Zakład Medycyny Ratunkowej Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach

- **Magdalena Kocot-Kępska**

Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJ CM

- **Michał Kosztołowicz**

Kieleckie Towarzystwo Naukowe

- **Marta Kowalewska**

Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ

- **Kinga Loraj**

Małopolska Szkoła Wyższa w Brzesku (studentka)

- **Agnieszka Łyczak**

Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM

- **Marek Majczyna**

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Grażyna Makiełło-Jarża**

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Joanna Miarka**

Zakład Pedagogiki Medycznej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJ CM

- **Aleksandra Mrozowska**

NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R.J. Czerwiakowskiego w Krakowie

- **s. Maria Najowicz**

Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego de Saxia

- **Arkadiusz Ortenburger**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny; Poradnia Leczenia Bólu w Częstochowie

- **Dorota Ortenburger**

Wydział Nauk Społecznych, Akademia im. Jana Długosza; Poradnia Leczenia Bólu w Częstochowie

- **ks. Dariusz Pater**

Wydział Teologiczny Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

- **Anna Przeklasa-Muszyńska**

Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJ CM

- **Andrzej Stachowiak**

Dom Sue Ryder w Bydgoszczy

- **Małgorzata Szerla**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Kielcach; Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

- **Magdalena Wnęk**

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie (studentka podyplomowych studiów z bioetyki)

- **Urszula Wójtowicz**

Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM

- **Stanisław Żołądek**

członek Komisji Rewizyjnej IFMSA-Poland; Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny