
Państwo i Społeczeństwo

ROK XIII

2013 nr 1

MEDYCyna I ZDROWIE PUBLICZNE

POD REDAKCJĄ
FILIPA GOŁKOWSKIEGO

Kraków
2013

**„Państwo i Społeczeństwo” – czasopismo Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego**

**Czasopismo punktowane w rankingu
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego**

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Redaktor naczelny:
Jacek M. Majchrowski

Sekretarz redakcji:
Halina Baszak-Jaroń



Adres redakcji:
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
30-705 Kraków
tel. (12) 25 24 665, 25 24 666
e-mail: wydawnictwo@kte.pl

Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych. Decyzja o opublikowaniu tekstu uzależniona jest od opinii recenzentów. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów przeznaczonych do druku. Teksty powinny być przesyłane w dwóch egzemplarzach wraz z wersją elektroniczną.

**© Copyright by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
2013**

ISSN 1643-8299

Korekta:
Margerita Krasnowolska

Skład i łamanie:
Oleg Aleksejczuk

Wydawca:



Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. Oficyna Wydawnicza AFM
ul. G. Herlinga-Grudzińskiego 1, lok. C 224
30-705 Kraków, e-mail: biuro@kte.pl

Sprzedaż: Księgarnia u Frycza
e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Państwo i Społeczeństwo

ROK XIII

2013 nr 1

Filip Gołkowski: Wprowadzenie 5

PRACE ORYGINALNE

Barbara Seweryn, Mikołaj Spodaryk: Dyplomowy egzamin zawodowy
sprawdzeniem efektów kształcenia przyszłych ratowników medycznych 9

Marcin Górecki, Mikołaj Spodaryk: Wpływ liczby członków podstawowych
zespołów ratownictwa medycznego na realizację procedur medycznych
u pacjenta z urazem wielonarządowym 23

Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz, Władysław Pajdak: Porównanie aktywności
esterazy aspirynowej i cholinesterazy w grupach osób zdrowych i chorych 35

Barbara Wójtowicz, Grażyna Dębska, Wioletta Ławska: Zachowania żywieniowe
wśród podopiecznych domu dziecka 51

PRACE POGLĄDOWE

Anna Rej-Kietla, Sandra Kryska: Lekarski obowiązek a samostanowienie pacjenta 63

Stefan Poździuch: Prawo pacjenta do bezpieczeństwa – regulacje europejskie
i polskie 71

Anna Rej-Kietla, Agnieszka Huras, Sandra Kryska: Problematyka roszczeń
dotyczących „złego urodzenia” w polskim orzecznictwie 89

Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz: Cierpienie w samotności
wśród ludzi – o samotności dziecka we współczesnej rodzinie 95

Anna Pekaniec: Sposoby leczenia chorób w autobiografistyce kobiet 105

RECENZJE I SPRAWOZDANIA

Helena Ciborowska: Mikołaj Spodaryk, Elżbieta Gabrowska, *Wiem, co je
moje dziecko. Praktyczny poradnik, jak karmić dzieci, aby dziś i w przyszłości
były zdrowe*, [Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012, 308 s.] 121

Jagoda Drąg: Sprawozdanie z XIII Międzynarodowej Konferencji Naukowej
„Państwo – Gospodarka – Społeczeństwo” 125

Instrukcja przygotowania artykułów z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu	127
Zasady recenzowania publikacji w czasopismach	131

Filip Gołkowski

WPROWADZENIE

Niniejszy numer „Państwa i Społeczeństwa” jest drugim poświęconym problematyce zdrowia i choroby. Zgodnie z założeniem – że czasopismo dotyczy szerokiego spektrum zagadnień istotnych dla państwa i społeczeństwa – obecny numer ma również charakter wielotematyczny.

Numer otwiera praca poświęcona ocenie jakości szkolenia ratowników medycznych, grupy zawodowej od której, z uwagi na zwiększanie zakresu uprawnień do działań ratujących życie ludzkie, wymagane są coraz większe kompetencje. W artykule dokonano analizy rozbudowanego egzaminu dyplomowego dla licencjatów studiujących w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Kolejna publikacja, związana również z problematyką współczesnego ratownictwa medycznego, ocenia wpływ liczby członków podstawowych zespołów ratownictwa medycznego na realizację procedur medycznych w przypadku urazów wielonarządowych. Wnioski płynące z pracy stanowią przyczynek do optymalizacji działań ratowniczych.

W trzeciej z kolei pracy o charakterze oryginalnym przedstawiono wyniki badań porównujących aktywność enzymu esterazy aspirynowej z cholinesterazą. Badania są kolejnym, interesującym głosem w dyskusji na temat oceny odrębności struktury i funkcji wymienionych enzymów.

Autorki następnego artykułu przedstawiły wyniki badań zachowań żywieniowych wśród podopiecznych domu dziecka. Wnioski z pracy wskazują na potrzebę opracowania programów profilaktycznych mających na celu przeciwdziałanie zaburzeniom odżywiania w tej grupie dzieci i młodzieży.

Kolejne trzy publikacje pogładowe dotyczą zagadnień z pogranicza prawa i medycyny. W pierwszej omówiono złożoną problematykę wzajemnych zależności prawa pacjenta do samostanowienia oraz obowiązku i zakresu podejmowania działań lekarskich. Następną pracę poświęcono prezentacji aktualnych regulacji prawnych europejskich i krajowych określających prawo pacjenta do maksymalnego bezpieczeństwa w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Autorki trzeciej publikacji przedstawiły kontrowersyjny problem roszczeń z tytułu *wrongful birth*, czyli tzw. złego urodzenia.

Samotność dziecka we współczesnej rodzinie może być poważnym, choć nie zawsze zauważanym, czynnikiem ograniczającym prawidłowy rozwój emocjonalny. Analiza relacji wśród członków najbliższej rodziny i ich implikacji stanowi treść kolejnego artykułu.

Autorka ostatniej pracy pogładowej podjęła bardzo ciekawy temat sposobów leczenia w autobiografistyce kobiet. Praca łączy w sobie zagadnienia z obszaru historii medycyny i literatury.

W numerze zamieszczono recenzję książki, przygotowanej przez znakomitych dietetyków, adresowanej do szerokiego kręgu opiekunów dzieci, od których zależy właściwe ich żywienie i w konsekwencji prawidłowy rozwój.

Ostatnią pozycję bieżącego numeru stanowi sprawozdanie z XIII Międzynarodowej Konferencji „Państwo–Gospodarka–Społeczeństwo”, w której część sesji poświęcono problematyce zdrowotnej populacji.

PRACE ORYGINALNE

Barbara Seweryn, Mikołaj Spodaryk

Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

DYPLOMOWY EGZAMIN ZAWODOWY SPRAWDZENIEM EFEKTÓW KSZTAŁCENIA PRZYSZŁYCH RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

adres korespondencyjny:

Barbara Seweryn, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, 30-705 Kraków, ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1
e-mail: barbara_seweryn@wp.pl

Streszczenie: Wprowadzone zmiany w polskim i europejskim szkolnictwie wyższym wymuszają weryfikację uzyskiwanych w toku studiów efektów kształcenia. Dobór odpowiedniej metody weryfikacji powinien być nowatorski i adekwatny do swojej kategorii: wiedzy, umiejętności, kompetencji społecznych. Egzamin dyplomowy na kierunku ratownictwo medyczne w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, przeprowadzony dla abiturientów naboru 2010/2011 pokazuje, w jaki sposób sprawdzić najważniejsze kompetencje ratownika medycznego w kilkustopniowym egzaminie.

Słowa kluczowe: ratownictwo medyczne, ratownik medyczny, egzamin dyplomowy, efekty kształcenia

Wprowadzenie

Opracowanie spójnych i możliwych do porównania między uczelniami efektów kształcenia wymusza stworzenie jednolitych metod oceny jakości kształcenia i nabywania kompetencji przez studentów. Standaryzacja metod egzaminowania studentów w ramach uzyskiwania prawa do wykonywania zawodu jest jednym z narzędzi do oceny poziomu kwalifikacji absolwentów różnych uczelni w różnych krajach. Zgodnie z tymi założeniami wprowadzono w życie Europejskie Ramy Kwalifikacji, będące opisem wzajemnych relacji między kwalifikacjami, integrującymi różne krajowe podsystemy kwalifikacji. Całość zabiegu ujednolicania zakresu kształcenia, weryfikacji uzyskanych kompetencji oraz porównywalność realizacji między uczelniami-państwami zapoczątkowała Deklaracja bolońska, będąca początkiem tzw. procesu bolońskiego, wprowadzającego zmiany szkolnictwa wyższego w Europie i nie tylko [1].

W Polsce zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi stworzone zostały Krajowe Ramy Kwalifikacji, zawierające opis hierarchicznego systemu poziomów kwalifikacji, całość jest zgodna z Europejskimi Ramami Kwalifikacji, co pozwala na uporządkowanie zarówno zakresu, jak i typów edukacji i szkoleń, jest także ułatwieniem wymiany międzyuczelnianej [2]. Zarówno kształcenie, jak i jego dokumentowanie, w założeniu ma ułatwić możliwość podjęcia pracy na całym świecie i odpowiedzieć na proces dynamizacji rynku pracy.

W roku akademickim 2012/2013 dla pierwszych abiturientów kierunku ratownictwo medyczne w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego przeprowadzono egzamin dyplomowy, będący próbą sprostania założeniom procesu bolońskiego. Już w następnych latach ukończenie edukacji zakończone zdaniem egzaminem dyplomowym będzie dokumentowane dyplomem, stanowiącym oficjalne zaświadczenie o uzyskanej wiedzy, umiejętnościach i kompetencjach społecznych.

Materiał i metody

Materiał: karty egzaminacyjne 12 abiturientów kierunku ratownictwo medyczne, studiujących w latach 2010/2011–2012/2013 w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Warunek dopuszczenia abiturienta do egzaminu dyplomowego: uzyskanie w terminie wszystkich przewidzianych programem kształcenia zaliczeń.

Aby spełnić wymagania rynku pracy oraz w pełni zweryfikować efekty kształcenia zgodnie z zasadami dobrej praktyki egzaminowania, zrezygnowano z najbardziej popularnego na polskich uczelniach egzaminu licencjackiego, wykorzystującego w głównej mierze obronę pracy licencjackiej. W jej miejsce wprowadzony został zmodyfikowany wielostopniowy zawodowy egzamin dy-

plomowy złożony z dwóch składowych: egzaminu teoretycznego i dwuczłonowej części praktycznej. Zgodnie z logiką zawodu ratownika medycznego postanowiono odwrócić zwyczajową kolejność przeprowadzania egzaminu – jako pierwszy, dopuszczający do części praktycznych, wyznaczony został egzamin teoretyczny. Zabieg ten pozwolił na właściwą selekcję zdających pod względem wiedzy i przygotowania teoretycznego. Zaliczenie z oceną pozytywną egzaminu teoretycznego umożliwiało rozpoczęcie sprawdzania nabytych w toku studiów umiejętności praktycznych. Dwuczęściowy egzamin praktyczny został przygotowany jako synteza wiedzy teoretycznej z umiejętnościami praktycznego wykonywania zabiegów ratujących życie w warunkach działania doraźnego. W takim ujęciu problemu wiedza teoretyczna jest solidnym fundamentem pozwalającym na świadome i właściwe wykonywanie czynności ratowniczych.

Egzamin teoretyczny obejmował 120 pytań, z których 110, zgodnie z regulaminem, było testem wielokrotnego wyboru z jedną odpowiedzią prawidłową z 5 możliwych. Pozostałe 10 zadań miało formę pytań otwartych ze standaryzowanym kluczem odpowiedzi. Warunki uczelni nie pozwalają na zdawanie testu w systemie komputerowym, wobec czego na egzaminie pojawiły się papierowe arkusze pytań z dołączoną kartą odpowiedzi, prace abiturientów zakodowano. Na napisanie egzaminu przeznaczono 120 minut.

Pytania dotyczyły dziedzin ustalonych wcześniej i przekazanych studentom tuż po przyjęciu regulaminu:

- 1) kwalifikowana pierwsza pomoc: 10 pytań,
- 2) medyczne czynności ratunkowe: 30 pytań,
- 3) medycyna ratunkowa: 30 pytań,
- 4) intensywna terapia: 10 pytań,
- 5) chirurgia: 15 pytań,
- 6) choroby wewnętrzne: 15 pytań,
- 7) medycyna katastrof: 10 pytań.

Dla egzaminu teoretycznego próg zaliczenia wyznaczono na poziomie minimum 66% i wynosił 80 punktów.

W pierwszej turze do egzaminu przystąpiło 12 osób, wszyscy uzyskali ocenę pozytywną, ze średnią liczbą punktów na poziomie 95 na 120 możliwych. Wynik uzyskany przez statystycznego studenta kształtował się na poziomie plus dostatecznym. Najlepszym uzyskanym wynikiem było 112 punktów. Abiturienti rozwiązywali poprawnie średnio 79% zadań testowych.

Szczegółowa analiza statystyczna wykazała, że w egzaminie znalazło się wśród 110 pytań testowych jednokrotnego wyboru 5 pytań bardzo trudnych ze wskaźnikiem poziomu trudności zadania $\geq 0,2$.

15 pytań przyjęło wartość wskaźnika poziomu trudności od 0,21–0,6, co klasyfikuje je jako trudne i o średniej trudności. Pozostałych 90 pytań uzyskało ocenę – łatwe i bardzo łatwe. 13 zadań testowych przyjęło ujemną wartość mocy dyskryminacyjnej, co można uznać za wynik udany (tab. 1–2).

Tabela 1. Statystyczna analiza wyników egzaminu teoretycznego

Liczba zdających	Średnia łatwość zadań	Średni wynik	Modalna	Najwyższy wynik	Najniższy wynik	Rozstęp	Odchylenie standardowe
12	0,8	95	88	112	81	31	11,2

Trudność pytań obliczono według standardowego wzoru:

$$p = f / N$$

gdzie: p – proporcja prawidłowych odpowiedzi;

f – liczba prawidłowych odpowiedzi na dane zadanie;

n – liczba studentów, którzy rozwiązywali zadanie testowe.

Tabela 2. Przedział trudności pytań

Przedział wartości wskaźnika <i>p</i>	Ocena trudności zadania
0,00 - 0,20	bardzo trudne
0,21 - 0,40	trudne
0,41 - 0,60	średniej trudności
0,61 - 0,80	zadanie łatwe
0,81 - 1,00	bardzo łatwe

W części praktycznej egzaminu dyplomowego przyjęto, że podstawowym zadaniem jest sprawdzenie połączenia wiedzy teoretycznej z umiejętnościami praktycznymi – wykonywaniem procedur medycznych oraz działaniami ratowniczymi w warunkach symulowanych, z użyciem fantomów lub pozorantów i sprzętu ratowniczego.

Abiturient losował dwa zestawy zadań egzaminacyjnych, obejmujący:

- 1) wykonanie pojedynczej procedury medycznej z zakresu medycznych czynności ratunkowych. Procedury egzaminacyjne zostały przygotowane przez komisję egzaminacyjną zgodnie z zakresem uprawnień ratowników medycznych, określonych w Rozporządzeniu ministra zdrowia z 29 grudnia 2006 r. [3];
- 2) symulowane zdarzenie medyczne realizowane w 3-osobowym zespole (zdający pełnił funkcję kierownika zespołu) – oceniane było zabezpieczenie miejsca zdarzenia, poszkodowanego i członków zespołu, zdolność kierowania zespołem, podejmowanie decyzji diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie postępowania przedszpitalnego, metody organizacji transportu i przekazania poszkodowanego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Czynności wykonywane w części praktycznej egzaminu dyplomowego, bez względu na rodzaj scenariusza i procedury, zostały opisane w karcie oceny

z przyporządkowaną punktacją. Abiturient mógł uzyskać maksymalnie 40 punktów, które przyznawane były z uwzględnieniem prawidłowości wykonania poszczególnych czynności, to jest:

- 1) wykonania pojedynczej procedury medycznej z uwzględnieniem specyfiki danej procedury: 10 punktów,
- 2) oceny wstępnej (środki ochrony osobistej, bezpieczeństwo miejsca zdarzenia, liczba poszkodowanych, dostępne siły i środki, ewentualny mechanizm urazu, ocena ogólnego wrażenia): 2 punkty,
- 3) oceny pacjenta w standardzie ABCDE i/lub w postępowaniu z pacjentem urazowym: 6 punktów,
- 4) prawidłowego monitorowania przyrządowego i wykonania dostępu dożylnego: 2 punkty,
- 5) przeprowadzenia adekwatnego do sytuacji wywiadu ratowniczego: 2 punkty,
- 6) określenia wstępnej diagnozy pacjenta: 2 punkty,
- 7) właściwego postępowania ratowniczego: 10 punktów,
- 8) za każdą prawidłową odpowiedź na zadane podczas egzaminu praktycznego 3 pytania: po 2 punkty.

Wyniki

Każdy abiturient losował zdarzenie symulowane spośród 20 przygotowanych przez instruktorów (tab. 3). 8 scenariuszy dotyczyło zdarzeń urazowych i wymagało od przyszłych ratowników umiejętności zbadania i postępowania z pacjentem traumatycznym, 7 – postępowania w nagłym zatrzymaniu krążenia, umiejętność rozpoznania pacjenta w zatrzymaniu krążenia, wykonywania bezpiecznej defibrylacji i postępowania zgodnie z aktualnymi wytycznymi resuscytacji-krążeniowo oddechowej w Polsce. 5 pozostałych scenariuszy – umiejętność postępowania z nieurazowym pacjentem zgodnie ze schematem ALS 2010 (*Advanced Life Support*). 6 z spośród ogółu wyżej wymienionych zdarzeń możliwych do wylosowania obejmowało pacjentów pediatrycznych. Na wykonanie każdego z zadań przeznaczono 10 minut.

Do każdego scenariusza komisja egzaminacyjna zadawała 3 pytania, z których dwa ułożone były wcześniej, a jedno kreowane na bieżąco, odnoszące się do postępowania danego studenta.

Za zdarzenie symulowane studenci uzyskiwali średnio 20 na 24 możliwe punkty. W scenariuszach urazowych popełniane błędy były niespecyficzne. 50% zdających niewłaściwie bądź w ogóle nie oceniło skali śpiączki Glasgow. W zadaniach dotyczących nagłego zatrzymania krążenia głównym błędem (60% zdających) był brak powiadomienia koordynatora o zaistniałym zdarzeniu oraz brak rozważenia odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia. Natomiast zadania dotyczące badania ALS pacjenta pokazały, że najczęściej pomijanym elemen-

tem w badaniu są błędy w procedurze podawania płynów (66% zdających), brak zbadania źrenic (66% zdających) oraz pominięcie badania siły mięśniowej (66% zdających). Przykładową kartę oceny zdarzenia symulowanego przedstawiono na rycinie 1.

Tabela 3. Treść kart wezwań do zdarzeń symulowanych egzaminu praktycznego

Lp.	Nazwa	Wezwanie
1	KARTA WEZWANIA U1	Uraz >> nieprzytomny, poszkodowany potracony przez samochód osobowy
2	KARTA WEZWANIA U2	Upadek >> nieprzytomny, poszkodowany wypadł z 3 piętra
3	KARTA WEZWANIA U3	Uraz >> nieprzytomny, poszkodowany przygnieciony przez wózek widłowy
4	KARTA WEZWANIA U4	Uraz>> nieprzytomny wyciągnięty z rzeki
5	KARTA WEZWANIA U5	Uraz >> pobicie, nieprzytomny
6	KARTA WEZWANIA UP1	Upadek>> ze schodów w chodniku, nieprzytomne niemowlę
7	KARTA WEZWANIA UP2	Wypadek>> nieprzytomny potracony chłopiec
8	KARTA WEZWANIA UP3	Uraz>> oparzenie gorącym płynem
9	KARTA WEZWANIA NZK1	Nieprzytomny>> nie oddycha, świadkowie prowadzą resuscytację
10	KARTA WEZWANIA NZK2	Nieprzytomny>> nie oddycha
11	KARTA WEZWANIA NZK3	Nieprzytomny>> charczy, nie reaguje
12	KARTA WEZWANIA NZK4	Inne >> akcja ratunkowa na jeziorze, poszkodowany nie dopłynął do brzegu
13	KARTA WEZWANIA NZK5	Ciąża>> nieprzytomna, mąż nie może dobudzić, C 2 M 25
14	KARTA WEZWANIA NZKP1	Nieprzytomny>> nie reaguje, leci przez ręce
15	KARTA WEZWANIA NZKP2	Duszność>> dusi się, kaszle, nie może nabrać powietrza
16	KARTA WEZWANIA ABC1	Duszność>> duszność nasilająca się od rana
17	KARTA WEZWANIA ABC2	Ból>> ból w klatce piersiowej od godziny, do tej pory nie leczony
18	KARTA WEZWANIA ABC3	Duszność>> nagłe problemy z oddychaniem od 15 min
19	KARTA WEZWANIA ABC4	Zatrucie >> zażyła dużą ilość leków, traci przytomność
20	KARTA WEZWANIA ABCP1	Inne>> błady, słabnie, tydzień temu przeziębiony

KARTA OCENY ZADANIE „URAZÓWKA 1”						
Wezwanie: Uraz >> nieprzytomny, poszkodowany potrącony przez samochód osobowy						
	Lp.	DZIAŁANIE	PKT	PKT	Karta oceny jeśli wszystko pkt	WYJAŚNIENIE
Wywiad	1	Bezpieczeństwo własne	1	0	1	
	2	Bezpieczeństwo miejsca zdarzenia	1	0		
	3	Liczba poszkodowanych	1	0	1	M lat 47
	4	Mechanizm urazu	1	0		potrącony przez samochód osobowy
	5	Siły i środki	1	0		
Ocena wstępna	6	Ogólne wrażenie	1	0	1	70 kg/leży na brzuchu
	7	Stan świadomości	1	0		AVPU
	8	A	1	0		Stęka
	9	B	1	0		20/min
	10	TLENOTERAPIA	1	0		Bierna
	11	C TĘTNO	1	0	1	120/min s/perfuzja
	12	C CRT	1	0		3sek
	13	C KOLOR/WILGOTNOŚĆ/TEMP	1	0		blada/zimna/wilgotna
Ocena chorego wg ITLS	14	Głowa	1	0	1	
	15	Szyja	1	0		
	16	Kołnierz	1	0		Stabilizacja w poz. zastanej
	17	Klatka piersiowa	1	0		
	18	Osluchanie	1	0		
	19	Opukanie	1	0	1	twardy/tkliwy
	20	Brzuch	1	0		
	21	Miednica	1	0		L udo L podudzie
	22	Kończyny dolne	1	0		
	23	Kończyny górne	1	0		Zasinienie okolica śledziony
	24	Plecy	1	0	1	
	25	Przełożenie na deskę	1	0		
	26	Folia NRC	1	0		
	27	Pasy	1	0		
	28	Przeniesienie do karetki	1	0	1	
	29	GCS	1	0		12 Na głos 3 splekana 4 Lokalizuje ból 5
	30	Ponowne ABC	1	0	2	B 20/min C130/min s/perfuzja
	31	Głowa	1	0		
	32	Szyja	1	0		
	33	Klatka Piersiowa	1	0		
	34	Brzuch	1	0		
	35	Miednica	1	0		
	36	Kończyny dolne	1	0		
	37	Kończyny górne	1	0		
	38	Badanie dalsze	1	0		

Wstępna diagnoza	39	Prawidłowe zabezpieczenie urazu	1	0	1	
	40	Działanie kierownika/dobra dgn	1	0		
	41	Powiadomienie SOR	1	0	1	
	42	Przekazanie pacjenta	1	0		
Monitorowanie	43	A	1	0	1	
	44	B – SpO2	1	0		93%
	45	C – CTK	1	0		70/--
	46	C – monitor	1	0		130/min
	47	C – iv	1	0	1	
	48	C – płyny	1	0		
	49	D – glukoza	1	0		
	50	D – źrenice	1	0		
Prawidłowe postępowanie	51	Rozpoznanie krwawienia wewnętrzznego	5	0	1	
	52	Stabilizacja głowy w pozycji zastanej	5	0	1	
	53	Prawidłowa płynoterapia	5	0	1	
	54	Dwa wkłucia	5	0	1	
	55	Load & go	5	0	1	
	56	Stan pacjenta	25	0	5	
					Suma:	

Rycina 1. Przykładowa karta oceny zdarzenia symulowanego

Średnia liczba uzyskiwanych punktów za wykonanie procedury medycznej wyniosła 8,9. 5 abiturientów uzyskało maksymalną liczbę 10 punktów.

Zestawienie wyników i błędów wylosowanych procedur w egzaminie praktycznym oraz błędy popełniane w zdarzeniach symulowanych zawarto w odpowiednich tabelach (tab. 4–5).

Egzamin praktyczny zdało 11 abiturientów, jeden z egzaminowanych uzyskał ocenę niedostateczną – pomimo prawidłowej pracy jako członek zespołu, nie sprawdził się w roli kierownika w postępowaniu przedszpitalnym.

Tabela 4. Zestawienie wyników i błędów wylosowanych procedur w egzaminie praktycznym

Student	Wylosowana procedura	Liczba punktów	Uwagi
RM01	Założenie wkłucia doszpikowego przy użyciu zestawu EZ-IO i podłączenie wlewu kroplowego	4	-
RM02	Płukanie żołądka	4	-

RM03	Cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiety	2	Brak obłożenie krocza jałowym podkładem, brak segregacji odpadów medycznych
RM04	Założenie wenflonu i podłączenie kroplowego wlewu dożylnego	2	Niekompletne przygotowanie zestawu, nieprzygotowanie strzykawki z 0,9% natrii chloridum zgodnie z zasadami, brak aspiracji i przepłukania wenflonu
RM05	Intubacja – dziecko	3	Brak stabilizacji rurki intubacyjnej
RM06	Płukanie żołądka	4	-
RM07	Trudna intubacja – dorosły	4	-
RM08	Trudna intubacja – dorosły	4	-
RM09	Cewnikowanie pęcherza moczowego u mężczyzny	4	-
RM10	Założenie wenflonu i podłączenie kroplowego wlewu dożylnego	4	-
RM11	Trudna intubacja – dziecko	4	-
RM12	Intubacja – dorosły	3	Przedłużająca się intubacja

Tabela 5a. Błędy popełniane w zdarzeniach symulowanych – scenariusz urazowy (wylosowany przez 4 studentów)

Popelniane błędy	Częstość
Brak sprawdzenia drożności dróg oddechowych lub nieprawidłowe udrożnienie	1
Brak sprawdzenia nawrotu kapilarnego lub nieprawidłowe sprawdzenie	1
Brak sprawdzenia koloru/wilgotności/temperatury skóry lub nieprawidłowe sprawdzenie	1
Brak osłuchania pól płucnych lub nieprawidłowe osłuchanie	1
Brak opukania klatki piersiowej	1
Brak nałożenia folii NRC na pacjenta	1
Brak określenie skali Glasgow lub nieprawidłowe określenie	2
Brak zbadania głowy urazowo	1
Brak zbadania szyi urazowo	1
Brak zbadania kończyn górnych urazowo	1
Brak przekazania pacjenta	1
Brak ponownego sprawdzenie drożności dróg oddechowych	1
Brak oznaczenia saturacji	1
Brak oznaczenia glukozy	1
Brak wdrożenia prawidłowej płynoterapii	1

Tabela 5b. Błędy popełniane w zdarzeniach symulowanych – scenariusz nagłe zatrzymanie krążenia (wylosowany przez 5 studentów)

Popelniane błędy	Częstość
Brak zebrania wywiadu SAMPLE	1
Nierozpoznanie rytmu migotania komór	1
Brak uciskania klatki piersiowej podczas ładowania defibrylatora	1
Brak bezpiecznej defibrylacji	1
Nieprawidłowe RKO	1
Brak oceny rytmu po 2 minutach	2
Brak zmiany po 2 minutach	2
Brak odwrócenia przyczyny NZK	1
Brak oceny rytmu po następnych 2 minutach	1
Brak rozpoczęcia opieki poresuscytacyjnej	1
Brak analizy odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia	3
Brak zaawansowanego udrożnienia dróg oddechowych	1
Brak oznaczenia saturacji	2
Brak zastosowania kapnometru	1
Brak osłuchania pól płucnych	1
Brak zmierzenia ciśnienia	1
Brak zrobienia zapisu EKG	1
Brak oznaczenia glukozy	1
Brak pełnego badania pacjenta?	1
Brak zebrania historii choroby	1
Nieprawidłowe rozpoznanie lub brak	1
Zorganizowane działania kierownika/dobra diagnoza	1
Brak powiadomienia koordynatora o zdarzeniu	3
Niezastosowanie intubacji bądź alternatywy	2
Brak prawidłowego podpięcia monitora	1
Brak prawidłowego ułożenia elektrod do EKG	1
Brak prawidłowej wentylacji	1
Brak wentylacji	2
Brak podłączenia respiratora	2
Brak określenia stanu pacjenta	1

Tabela 5c. Błędy popełniane w zdarzeniach symulowanych – scenariusz badania ALS pacjenta nieurazowego (wylosowany przez 3 studentów)

Popelniane błędy	Częstość
Bark prawidłowej trenoterapii	1
Brak zbadania tętna	1
Brak zbadania nawrotu kapilarnego	1
Nieprawidłowe podanie płynów lub brak	2
Brak zbadania żrenic	2
Brak zbadania siły mięśniowej	2
Brak powtórnego osłuchania	1
Brak wykonania teletransmisji	1
Brak oznaczenia saturacji	1

Dyskusja

Polskie uregulowania formalno-prawne dotyczące uzyskiwania uprawnień do wykonywania zawodu ratownika medycznego przewidują dwie drogi kształcenia: policealna szkoła, w której nauka trwa 2 lata (w roku szkolnym 2012/2013 odbył się w szkołach policealnych ostatni nabór) lub 3-letnie studia licencjackie [3]. Od 2015 r. jedyną drogą kształcenia ratowników medycznych pozostaną licencjackie studia zawodowe realizowane w uczelniach wyższych.

Do roku akademickiego 2012/2013 żadna ustawa nie reguluje wymagań dotyczących uzyskania tytułu licencjata. W większości szkół wyższych uzyskanie tytułu licencjata i jednocześnie prawa do wykonywania zawodu ratownika medycznego wymaga uzyskania absolutorium i obronienia pracy licencjackiej. W Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, prowadząc kształcenie ratowników medycznych w profilu praktycznym, zmodyfikowano metody sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych zgodnie z zasadami Krajowych Ram Kwalifikacji w zakresie efektów kształcenia na kierunku ratownictwo medyczne.

Stany Zjednoczone są przykładem kraju wyznaczającego ogólnie zakres kompetencji ratowników medycznych wymaganych przed poszczególnymi poziomami kwalifikacji zawodowych [4]. Od 1970 r. w USA funkcjonują certyfikowane egzaminy (*National EMS Certification Examinations*) i krajowy rejestr ratowników. W praktyce oznacza to, że ratownik medyczny kończąc kurs poziomujący go w hierarchii systemu ratownictwa medycznego, musi zdać państwowy egzamin, jest to warunek dopuszczający do wykonywania zawodu.

Hierarchia zdobywanych kompetencji w systemie ratownictwa w Stanach Zjednoczonych:

- *First Responder/EMR*,
- *EMT-Basic/EMT*,
- *EMT-Intermediate/85*,
- *Advanced EMT*,
- *EMT-Intermediate/99*,
- *EMT-Paramedic/Paramedic*.

Egzamin jest złożony z egzaminu kognitywnego, polegającego na rozwiązywaniu testu w systemie komputerowym oraz części psychomotorycznej. Egzamin teoretyczny zdawany jest poprzez komputerowe ośrodki stanowe. Pozwala to na szybkie uzyskanie wyników egzaminu oraz szeroko pojętą ewaluację. Pytania egzaminacyjne są dostosowywane do indywidualnej osoby podczas trwania egzaminu na podstawie wyników pierwszych uzupełnianych odpowiedzi – ich poziomu dla danego kandydata. Dzięki takiej organizacji egzaminu ocena kompetencji jest precyzyjna i obiektywna, a każde pytanie cechuje się swoistą wartością pomiarową. W takim systemie każda odpowiedź egzaminowanego jest na bieżąco analizowana przez program komputerowy, który dobiera następne pytania, dostosowując je do prezentowanej przez egzaminowanego wiedzy. Aby ukończyć proces certyfikowanego egzaminu, należy zdać dodatkowo egzamin praktyczny dopasowany do poziomu wyznaczonego przez kandydata. Forma, wymagania i zakres wykonywanych działań praktycznych są precyzyjnie określone i przedstawiane kandydatom przed przystąpieniem do egzaminu. Zdarzenia symulowane i procedury realizowane są na fantomach. Karty oceny są wystandaryzowane. W Kanadzie z kolei system egzaminowania i dopuszczania do zawodu kandydatów na ratowników medycznych jest nieco inny: egzaminy państwowe nadzorowane są przez Ministerstwo Zdrowia i odbywają się podobnie, jak w USA, na różnych poziomach [5]:

- *Primary Care Paramedic*,
- *Advanced Care Paramedic*,
- *Critical Care Paramedic*.

Egzaminy teoretyczne są realizowane w ciągu jednego dnia (różny czas trwania, w zależności od poziomu), zawierają pytania testowe wielokrotnego wyboru, które często są opisami wezwań i sytuacji, jakie ratownik może spotkać na miejscu zdarzenia. Warunkiem przystąpienia do egzaminu państwowego jest ukończenie edukacji paramedycznej na danym poziomie kształcenia i ukończenie praktycznego programu treningowego.

Zaproponowany i zrealizowany w Krakowskiej Akademii Egzamin dyplomowy dla ratowników medycznych łączy oba systemy egzaminacyjne, uwzględniając specyfikę zawodu.

Wnioski

1. Egzamin dyplomowy dla abiturientów ratownictwa medycznego zależy jest obecnie od środowiska akademickiego, wyznaczającego zakres wymagań i jego charakter.
2. Istnieją merytoryczne przesłanki do rezygnowania z prac licencjackich i ich obrony na rzecz wieloczęłowego egzaminu dyplomowego, łączącego obiektywną ocenę wiedzy teoretycznej, umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych abiturientów kierunku ratownictwo medyczne.
3. System Krajowych Ram Kwalifikacyjnych wymusza zastosowanie nowoczesnych narzędzi sprawdzających kompetencje ratowników w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw społecznych, pozwala także wprowadzać poprawki do programów edukacyjnych.
4. Wskazane jest wprowadzenie egzaminu państwowego, którego zdanie będzie warunkiem niezbędnym dopuszczenia absolwentów ratownictwa medycznego do zawodu.
5. Niezbędne są nowelizacje ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz wprowadzenie ustawy o zawodzie ratownika medycznego.

Bibliografia

1. www.nauka.gov.pl/fileadmin/user_upload/38/53/38538/20080820_publicacje_Proces_Bolonski.pdf [02.05.2013].
2. Ustawa z 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2005 r. Nr 164 poz. 1365).
3. Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r. Nr 191 poz. 1410).
4. www.nremt.org [02.05.2013].
5. www.health.gov.on.ca/english/public/program/ehs/qa/edu_qa.html#11 [02.05.2013].

Final Professional Exam On Paramedic Studies as a Verification of Educational Effects

Abstract: Transformations in Polish and European high education compel verification of learning objectives which students acquire in the course. Choosing suitable method of verification should be innovative and adequate to category of learning outcomes: knowledge, skills, attitudes. Final exam on paramedic studies in Cracow Academy that taken place for abiturients 2010/2011 shows how to check the most important abilities for paramedic in multistage exam.

Key words: medical emergency, paramedic, academy final exam, learning objectives

Marcin Górecki¹, Mikołaj Spodaryk²

¹ SP ZOZ Myślenice, Zespół Ratownictwa Medycznego P18

² Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

**WPLYW LICZBY CZŁONKÓW
PODSTAWOWYCH ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
NA REALIZACJĘ PROCEDUR MEDYCZNYCH U PACJENTA
Z URAZEM WIELONARZĄDOWYM**

adres korespondencyjny:

Marcin Górecki, ul. Średniawskiego 129, 32-400 Myślenice
e-mail: marcingorec@interia.pl

Streszczenie: Na podstawie analizy wyników symulacji zdarzeń medycznych z udziałem pacjenta z urazem wielonarządowym, przeprowadzono ocenę różnic w zakresie i czasie realizacji działań podejmowanych przez Podstawowy Zespół Ratownictwa Medycznego w składzie 2- lub 3-osobowym. Stwierdzono, że różnice masy niesionego przez 2 i 3 osoby oprzyrządowania muszą wpływać na czas dotarcia do osoby poszkodowanej, zwiększają także wyczerpanie ratowników po przybyciu na miejsce zdarzenia. Dodatkowo różnice w czasie wykonania procedur i transportu, wynikające z liczby ratowników w zespole mogą wpływać niekorzystnie na stan poszkodowanego. Ograniczenia liczby członków Podstawowych Zespołów Ratownictwa Medycznego są nieuzasadnione i przyczyniają się do zmniejszenia bezpieczeństwa pacjentów.

Słowa kluczowe: Zespół Ratownictwa Medycznego, uraz wielonarządowy

Wprowadzenie

Definicja: uraz wielonarządowy, mnogie obrażenia ciała (MOC), to stan bezpośredniego zagrożenia życia, w którym obrażenia występują w obrębie kilku narządów lub uszkodzenie dotyczy co najmniej dwóch okolic ciała, z których każda z osobna wymaga hospitalizacji [2]. U pacjenta z urazem tego typu występują zróżnicowane problemy i zagrożenia zdrowotne, pozostające w związku z zakresem i rodzajem obrażeń.

Według danych statystycznych, w Polsce rocznie około 300 tysięcy pacjentów z urazami wymaga specjalistycznego leczenia. Mnogie obrażenia ciała występują u 10–15% wszystkich hospitalizowanych z powodu urazów. Około 70% tych pacjentów to osoby pomiędzy 20–49 rokiem życia.

Z powodu urazów ginie największa liczba osób w wieku 5–24 lat, w tej grupie stanowią one ponad połowę wszystkich zgonów, zaś w grupie 15–19 lat jest to aż 70% zgonów [3]. Należy więc stwierdzić, że urazy wielonarządowe są pierwszą przyczyną zgonów wśród dzieci i ludzi młodych, stanowią poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny [3].

System ratownictwa medycznego w Polsce funkcjonuje zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. z późniejszymi zmianami o Państwowym Ratownictwie Medycznym [1]. W myśl tej ustawy, system ratownictwa medycznego tworzą: centra powiadamiania ratunkowego, zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz szpitalne oddziały ratunkowe. Ustawa definiuje również istnienie tzw. centrów urazowych, do których trafić powinni pacjenci po urazach wielonarządowych, wymagających specjalistycznej opieki traumatologicznej.

Na podstawie zapisów ustawy rozróżnia i definiuje się zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) funkcjonujące w ramach Państwowego Ratownictwa Medycznego:

- 1) zespoły specjalistyczne: co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny. W skład tego zespołu wchodzi również kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie posiada uprawnień do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego [1],
- 2) zespoły podstawowe: co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny [1]. Zapis nie określa maksymalnej liczby członków zespołu, dopuszcza jednak funkcjonowanie dwuosobowego zespołu, w którym jeden z członków pełni równocześnie funkcję kierowcy.

W przeszłości zespoły wyjazdowe „R” funkcjonujące w strukturach Pogotowia Ratunkowego, składające się z lekarza, pielęgniarzki, sanitariusza i kie-

rowcy, realizowały pomoc pacjentom w zakresie znacznie mniejszym niż dzieje się to obecnie w ramach Państwowego Ratownictwa Medycznego. Obecnie zespoły specjalistyczne i podstawowe realizują znacznie szerszy zakres świadczeń z uwagi na dostępne środki techniczne, stan wiedzy medycznej oraz umiejętności i kompetencje osób biorących udział w ratowaniu poszkodowanych. Liczba członków tych zespołów została jednak z biegiem czasu zredukowana. Wynika stąd trudność związana z oceną możliwości realizacji wszystkich potrzebnych pacjentowi czynności i zabiegów przez zredukowane do trzech, a następnie do dwóch osób załogi podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.

Celem pracy jest dokonanie analizy dotyczącej różnic w działaniach podejmowanych przez podstawowy ZRM w składzie 2- lub 3-osobowym, w przypadku realizacji procedur u pacjenta z urazem wielonarządowym.

Opis przeprowadzonych działań według obowiązujących standardów postępowania przez obydwie typy omawianych zespołów pozwoli na zdefiniowanie wniosków dotyczących występowania ewentualnych ograniczeń wynikających z różnic w składzie osobowym, a mających wpływ na stan pacjenta oraz jego dalsze rokowanie.

Materiał i metody

Aby porównać warunki i możliwości realizacji działań ratowniczych podejmowanych przez 2 lub 3 osoby, przeprowadzono symulację zdarzeń związanych z udzielaniem pomocy przez ZRM. Dla każdej z symulacji określono precyzyjnie cel, oraz ustalono warunki jej przeprowadzenia.

Procedury wykonywane przez zespół 2-osobowy:

Symulacja 1: pomiar czasu przejścia ratownika-kierowcy z miejsca dla kierowcy do przedziału medycznego ambulansu podczas transportu pacjenta.

Symulacja 2: pomiar wydłużenia czasu transportu pacjenta w wyniku jednokrotnego lub dwukrotnego zatrzymania się ambulansu na drodze.

Symulacja 3: czas niezbędny do wymiany 2-litrowej butli tlenowej.

Dodatkowo dokonano analizy masy niezbędnego sprzętu ratowniczego używanego w trakcie udzielania pomocy na miejscu zdarzenia. Przeprowadzono logiczną ocenę uzyskanych wyników przeprowadzonych analiz i symulacji w odniesieniu do możliwości realizacji zadań przez 2-i 3-osobowy podstawowy ZRM.

METODY – CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

Symulacja 1

Cel symulacji: pomiar czasu przejścia ratownika-kierowcy z miejsca dla kierującego pojazdem do przedziału medycznego ambulansu w celu niezwłocznego wykonania zabiegu u pacjenta.

Warunki:

- 1) transport realizuje 2-osobowy ZRM: ratownik-kierowca, ratownik;
- 2) ratownik-kierowca prowadzi ambulans z prędkością ok. 50 km/h;
- 3) ratownik w przedziale medycznym sygnalizuje potrzebę uzyskania pomocy;
- 4) system przekazania informacji: ustnie poprzez okienko znajdujące się w przegrodzie pomiędzy przedziałem medycznym a szoferką ambulansu;
- 5) rozpoczęcie pomiaru czasu: zaistnienie konieczności uzyskania pomocy i przekazanie tej informacji ratownikowi-kierowcy;
- 6) zakończenie pomiaru czasu: moment wejścia ratownika-kierowcy do przedziału medycznego i zamknięcie przez niego drzwi przedziału medycznego, co uznano za rozpoczęcie wykonywania zabiegu.

Uwagi dodatkowe: przyjęto założenie, że zatrzymanie pojazdu na drodze nie jest utrudnione z powodów technicznych i względów bezpieczeństwa oraz że zatrzymanie pojazdu nie wiąże się z koniecznością zabezpieczenia miejsca jego postoju. Próby powtórzone 5-krotnie przez inne zespoły w zbliżonych warunkach drogowych: prędkość 50 km/h, ta sama pora roku i dnia.

Symulacja 2

Cel symulacji: pomiar wydłużenia czasu transportu pacjenta w wyniku jednokrotnego lub dwukrotnego zatrzymania się ambulansu na drodze.

Warunki:

- 1) transport realizuje 2-osobowy ZRM: ratownik-kierowca, ratownik;
- 2) ratownik-kierowca prowadzi ambulans z prędkością ok. 50 km/h;
- 3) potrzeba zatrzymania pojazdu sygnalizowana w wyznaczonych stałych punktach drogi (jak w symulacji 1);
- 4) rozpoczęcie pomiaru czasu: moment przejechania z prędkością ok 50 km/h przez punkt oznaczający początek odcinka AB;
- 5) zakończenie pomiaru czasu: moment przejechania z prędkością ok 50 km/h przez punkt oznaczający koniec odcinka AB.

Uwagi dodatkowe: przyjęto 3 minuty jako czas wykonania zabiegu (np. odsysanie dróg oddechowych, przechylenie na bok wymiotującego na desce ortopedycznej pacjenta, zabezpieczanie pacjenta pobudzonego itp.). Po upływie 3 minut symulowany zabieg uznawano za zakończony, ratownik-kierowca niezwłocznie opuszcza przedział medyczny i podejmuje dalszą jazdę. Podczas prób założono, że kierujący pojazdem ma nałożone rękawice ochronne. Przyjęto założenie, że zatrzymanie pojazdu na drodze nie jest utrudnione z powodów technicznych i względów bezpieczeństwa oraz że zatrzymanie pojazdu nie wiąże się z koniecznością zabezpieczenia miejsca jego postoju. Próby powtórzone

5-krotnie przez inne zespoły, na tym samym odcinku drogi o długości ok. 1500 metrów, w zbliżonych warunkach drogowych: prędkość 50 km/h, ta sama pora roku i dnia.

Symulacja 3

Cel symulacji: określenie czasu niezbędnego do wymiany 2-litrowej butli tlenowej.

Warunki:

- 1) symulację przeprowadzano we wnętrzu nieporuszającego się ambulansu, przy optymalnym dostępie do potrzebnego sprzętu i dobrej znajomości techniki wykonania czynności;
- 2) początek pomiaru czasu: moment sygnalizujący opróżnienie butli zasilającej respirator transportowy;
- 3) koniec pomiaru czasu: ponowne uruchomienie respiratora dzięki ciśnieniu tlenu nowo założonej butli tlenowej.

Uwagi dodatkowe: podczas badania zmierzano do jak najkrótszej realizacji zadania. Symulację powtórzono 8-krotnie, wymiana butli dokonywana była przez innego ratownika w tych samych warunkach.

Wyniki

Okoliczność, w której załoga ZRM musi podjąć działania poza obrębem ambulansu, nawet w odległości kilku kilometrów od niego, nie należą do rzadkości. Opuszczając ambulans i udając się na miejsce wypadku należy zabrać ze sobą te urządzenia i środki, które w całości wypełnią potencjalne potrzeby, gdyż na powrót do ambulansu po brakujące oprzyrządowanie nie można sobie często pozwolić. W przypadku podejrzenia wystąpienia urazu wielonarządowego, ilość i waga tych przedmiotów jest znaczna. Jak wynika z tabeli 1 – łączna masa sprzętu, który powinien znaleźć się na miejscu każdego wypadku, w którym istnieje podejrzenie wystąpienia urazu wielonarządowego, przekracza 73 kg, a w niektórych sytuacjach może wynosić ponad 152 kg. 73 kg sprzętu medycznego przenoszone przez 3 osoby, daje obciążenie 24,3 kg/osobę, natomiast w przypadku 2-osobowego zespołu o 12,2 kg więcej. Jeżeli konieczne jest użycie większej ilości sprzętu – ważącego łącznie 152 kg obciążenie wyniesie, odpowiednio, po 50,7 kg/osobę lub 76 kg/osobę w przypadku 2 ratowników.

Różnice masy niesionej przez 2 i 3 osoby oprzyrządowania muszą wpływać na czas dotarcia do osoby poszkodowanej, nie bez znaczenia jest także stopień wyczerpania ratowników po przybyciu na miejsce zdarzenia.

Tabela 1. Sprzęt ruchomy używany podczas działań ratowniczych – wyposażenie ambulansu P-18

lp.	Sprzęt	masa sprzętu (kg)	elementy wyposażenia zabierane do każdego przypadku urazu wielonarządowego	elementy wyposażenia zabierane opcjonalnie
1	Defibrylator Zoll	9	+	
2	Torba medyczna**	8,5	+	
3	Zestaw tlenowy **	7	+	
4	Plecak ratowniczy*	13	+	
5	Ssak elektryczny**	4,5	+	
6	Zestaw opatrunkowy*	7	+	
7	Deska ortopedyczna	11	+	
8	Deska pediatryczna	4		+
9	Materac próżniowy	9	+	
10	Tablet (terminal statusów)	3	+	
11	Telefon komórkowy**	0,2	+	
12	Radiotelefon**	1	+	
13	Nosze podbierakowe	11		+
14	Nosze transportowe	62		+
15	Pojemnik reimplantacyjny**	1		+
16	Lataarka akumulatorowa**	1		+
suma (kg)		152,2	73,2	79

* – możliwość niesienia na plecach

** – możliwość zawieszenia na ramieniu (szyi)

Tabela 2. Czas upływający od zaistnienia konieczności przejścia ratownika-kierowcy z miejsca dla kierującego do przedziału medycznego ambulansu do momentu wejścia ratownika-kierowcy do przedziału medycznego

Próba	Zmierzony czas (sekundy)
1	25
2	48
3	17
4	43
5	22
Czas średni	31

Dodatkowo, różnice w czasie wykonania procedur i transportu wynikające z liczby ratowników w zespole wykazały analizy przeprowadzone w warunkach symulacji zdarzeń. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że w przypadku konieczności podjęcia natychmiastowych czynności medycznych przez dwóch ratowników, u pacjenta transportowanego ambulansem są wykonane ze średnim

opóźnieniem 31 sekund w stosunku do sytuacji, w której pacjent transportowany jest przez dwóch ratowników w przedziale medycznym. Opóźnienie to może wpływać niekorzystnie na stan pacjenta, skutkując nieodwracalnymi powikłaniami (np. zachłyśnięcie treścią pokarmową pacjenta unieruchomionego w pozycji na wznak).

Tabela 3. Czas wymiany butli tlenowej

Próba	Czas wymiany butli tlenowej	Uwagi
1	2 min. 22 sek. (142 sek.)	
2	2 min. 50 sek. (170 sek.)	
3	2 min. 05 sek. (125 sek.)	
4	4 min. 06 sek. (246 sek.)	konieczność wymiany uszkodzonej uszczelki
5	2 min. 33 sek. (153 sek.)	
6	2 min. 48 sek. (168 sek.)	
7	2 min. 50 sek. (170 sek.)	
8	2 min. 31 sek. (151 sek.)	
Średni czas wymiany butli	2 min. 46 sek. (166 sek.)	

Tabela 4. Czas potrzebny do pokonania odcinka AB długości ok. 1500 m

Próba	Czas potrzebny do pokonania odcinka AB		
	bez zatrzymywania	z jednorazowym zatrzymaniem (3 minuty)	z dwukrotnym zatrzymaniem (2x3 minuty)
1	1 min. 40 sek.	5 min. 44 sek.	9 min. 09 sek.
2	2 min. 09 sek.	6 min. 11 sek.	10 min. 06 sek.
3		5 min. 45 sek.	9 min. 36 sek.
4	2 min. 03 sek.	5 min. 19 sek.	9 min. 20 sek.
5	1 min. 50 sek.	5 min. 32 sek.	
Czas średni	1 min. 55 sek.	5 min. 42 sek.	9 min. 33 sek.
Czas wydłużenia przejazdu		3 min. 47 sek.	7 min. 38 sek.

Dyskusja

Działania ratunkowe w przedszpitalnej fazie opieki nad pacjentem z urazem wielonarządowym mają na celu przywrócenie i/lub podtrzymanie funkcji życiowych oraz zabezpieczenie pacjenta przed dalszymi uszkodzeniami w czasie transportu. W przypadku urazów wielonarządowych zakres wykonywanych czynności ratowniczych jest uzależniony od rodzaju zdarzenia, liczby poszkodowanych,

charakteru urazów, stanu pacjenta, czasu dojazdu do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Centrum Urazowego [2, 7].

Według obecnych standardów postępowania przyjmuje się zasadę, że poszkodowany nie może być przewożony do szpitala bez dokonania oceny jego stanu i prawidłowego zaopatrzenia – najczęściej stosowana jest więc zasada stój i działaj (ang. *stay and play*) [2]. Zgony w wyniku urazów można podzielić na trzy grupy.

- około 50% zgonów następuje w krótkim czasie, tj. kilka minut od zaistnienia urazu wskutek masywnych krwotoków i urazów czaszkowo-mózgowych, najczęściej przed przyjazdem ZRM;
- 10–15% umiera w okresie tzw. złotej godziny, a w realnym czasie w okresie 4–6 godzin;
- pozostałe ofiary umierają po dniach i tygodniach z powodu powikłań [2].

Analizując wymienione dane statystyczne można przyjąć, że działania na miejscu wypadku mają bezpośredni wpływ na rokowanie u znacznej części poszkodowanych. Sprawność oraz czas działania na miejscu wypadku istotnie wpływa na sposób wykorzystania „złotej godziny”. Liczba członków ZRM podejmującego interwencję medyczną wpływa na zakres, sprawność oraz czas wykonania czynności i zabiegów ratunkowych, co bezpośrednio wpływa też na czas osiągnięcia stabilizacji funkcji życiowych, przygotowania do bezpiecznego transportu oraz jego realizacji, a w konsekwencji czas rozpoczęcia specjalistycznego leczenia szpitalnego.

Określenie optymalnej liczby osób stanowiących obsługę karetek Pogotowia Ratunkowego jest przedmiotem licznych dyskusji w środowiskach medycznych, wśród osób i instytucji zarządzających działalnością medyczną, w środkach masowego przekazu oraz wśród pacjentów korzystających z pomocy zespołów ratownictwa medycznego. Dyskusja często wypełniona jest treściami emocjonalnymi, wynikającymi np. z obawy o utrzymanie miejsc pracy przez pracowników Państwowego Ratownictwa Medycznego, niepewności spowodowanej nowymi, dotychczas niewystępującymi zadaniami, obawami o własne bezpieczeństwo i komfort pracy. Wzrost zakresu obowiązków i odpowiedzialności członków ZRM nie zawsze też niesie za sobą wzrost uposażenia, co budzi frustrację wśród załóg karetek. Należy podkreślić, że większa liczebność załogi nie daje gwarancji większej skuteczności działania ZRM, a co za tym idzie – lepszego stanu pacjenta w momencie przekazania do SOR lub Centrum Urazowego. Jednak jak wykazano w przeprowadzonym badaniu, zmniejszenie liczby do 2 członków zespołu skutkuje większym obciążeniem jednostkowym ratownika i wydłużeniem czasu realizacji wszystkich procedur medycznych. Zmniejszenie o jedną osobę liczebności załóg podstawowych ZRM przynosi niewątpliwie oszczędności finansowe dla świadczeniodawcy usług w ramach Państwowego Ratownictwa Medycznego. Dla uzyskania pełnego obrazu ekonomicznego takiego zabiegu, należałoby jednak przeprowadzić szczegółowe symulacje z uwzględnieniem kosztów lecze-

nia i rehabilitacji pacjentów, u których w konsekwencji zmniejszenia liczby ratowników doszło do powikłań. Należałoby również znać odpowiedź na pytanie, czy zapis Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dający możliwości tworzenia 2-osobowych ZRM, upoważnia z praktycznego punktu widzenia do tworzenia takich właśnie zespołów bez dokonania oceny możliwości ich sprawnego funkcjonowania w konkretnym terenie i w konkretnych uwarunkowaniach systemowych i logistycznych.

Bez opracowania, wdrożenia i stosowania rzetelnych metod monitorowania jakości świadczeń udzielanych przez ZRM, działania zmierzające do ograniczenia liczby członków podstawowych ZRM są nieuzasadnione i przyczyniają się do zmniejszenia bezpieczeństwa pacjentów.

Tabela 5. Porównanie jakości czynności ratowniczych realizowanych przez 2- i 3-osobowe zespoły ratownictwa medycznego oraz warunków pracy ich członków

	Zespół 2-osobowy	Zespół 3-osobowy
Czas dotarcia do miejsca zdarzenia	Wydłużony w przypadku braku możliwości dojazdu do miejsca zdarzenia z powodu większego obciążenia fizycznego ratowników	Krótszy w przypadku braku możliwości dojazdu do miejsca zdarzenia
Przeprowadzanie czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia	Wydłużone z powodu większej liczby czynności ratunkowych przypadających na jednego ratownika. Zwiększona trudność wykonywania zabiegów, większa możliwość wystąpienia komplikacji	Sprawniejsze. Możliwość lepszego rozdysponowania zadań medycznych i organizacyjnych pomiędzy ratowników
Transport do SOR lub Centrum Urazowego	Wydłużony, jeśli zachodzi konieczność zatrzymywania ambulansu w celu wykonania zabiegu. Mniej bezpieczny dla pacjenta	Szybszy. Nie wymaga zatrzymywania ambulansu na czas wykonywania niektórych czynności medycznych
Współpraca pomiędzy członkami ZRM	Bardzo dobra w przypadku prawidłowego doboru składu załogi. Nieodpowiednia w przypadku nieprawidłowego doboru składu załogi	Bardzo dobra w przypadku prawidłowego doboru składu załogi. Zawodna w przypadku nieprawidłowego doboru. Większa możliwość wystąpienia trudności komunikacyjnych
Koszty utrzymania ZRM	Niższe (koszty leczenia występujących powikłań oraz rehabilitacji)	Większe
Obciążenie psychofizyczne członków załogi	Znacznie zwiększone	Mniejsze

Wnioski

1. W sytuacjach konieczności przeprowadzenia licznych działań ratunkowych bez wsparcia innych zespołów lub kiedy czas oczekiwania na takie wsparcie jest wydłużony, 2-osobowy skład ZRM okazuje się niewystarczający.
2. W świetle obowiązujących standardów postępowania ratowniczego, w przypadku pacjenta z urazem wielonarządowym, przeprowadzonych badań oraz analizy ich wyników należy stwierdzić, że podstawowy ZRM w składzie 2-osobowym dysponuje niewystarczającymi możliwościami w stosunku do potrzeb, aby w sposób prawidłowy przeprowadzić zabiegi ratunkowe, zabezpieczyć pacjenta oraz przetransportować go w sposób bezpieczny do SOR lub Centrum Urazowego.
3. Konieczność dotarcia piechotą do odległego od karetki miejsca zdarzenia powoduje, że 2-osobowa załoga nie jest w stanie dostarczyć całego niezbędnego sprzętu i wykonać czynności ratunkowych tak dobrze, jak może to zrobić zespół w 3-osobowym składzie.
4. Transport pacjenta ambulansem do SOR przez zespół 2-osobowy jest dla pacjenta mniej bezpieczny i może trwać dłużej niż realizowany przez 3-osobowy ZRM.

Bibliografia

1. Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
2. Zawadzki A. *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
3. Kulik TB, Latański M. *Zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
4. Brongel L. *Chirurgia urazowa – postępy w 2002 roku*. Medycyna Praktyczna, Chirurgia. 2002; 5.
5. Kamiński B, Kübler A. *Anestezjologia i intensywna terapia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
6. Polska Rada Resuscytacji. *Wtyczne ERC 2010*. FALL, Kraków 2010.
7. Jakubaszko J. *Medycyna ratunkowa*. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2010.
8. Komunikat NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne; Wymagania dotyczące wyposażenia medycznego specjalistycznego środka transportu zgodnie z Polską Normą PN-EN 1789: 2008 „Pojazdy medyczne i ich wyposażenie – ambulanse drogowe”, 15.02.2010.
9. Fibak J. *Chirurgia – Repetytorium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
10. Turner C, Bahra A, Cikurel K. *Neurogia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.

11. Komunikat o wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych rolników w 2011 r., www.krus.gov.pl. [06.06.2013].
12. Kózka M, Rumian B, Maślanka M. *Pielęgniarstwo ratunkowe*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.

The Effect of the Number of Paramedics on Implementation of Medical Procedures in Patients with Multiorgan Injuries

Abstract: Based on the analysis of the results of simulated medical events with participation of multiorgan injury patients, the authors assessed differences in the scope and time of procedures performed by paramedic teams consisting of two or three members. It was noted that the differences in the mass of equipment carried by two as opposed to three paramedics must affect the time of reaching the victim and increase the degree of physical exhaustion of the paramedics following their reaching the site. Additionally, differences in time of performing procedures and transporting the victim resulting from the number of paramedics in the team may negatively affect the condition of the patient. Limiting the number of paramedics is not justified and it contributes to decreasing patient safety.

Key words: paramedics, multiorgan injury

Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz, Władysław Pajdak

Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

PORÓWNANIE AKTYWNOŚCI ESTERAZY ASPIRYNOWEJ I CHOLINESTERAZY W GRUPACH OSÓB ZDROWYCH I CHORYCH

adres korespondencyjny:

Anna Goździalska, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, 30-705 Kraków, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
e-mail: anna.gozdzialska@gmail.com

Streszczenie: Esteraza aspirynowa (EC 3.1.1.55) jest enzymem katalizującym hydrolizę kwasu acetylosalicylowego (aspiryny) do kwasu salicylowego i kwasu octowego. Esteraza aspirynowa jest obecna między innymi w wątrobie, krwinkach czerwonych i osoczu. Uważa się powszechnie, że jest ona różna od karboksylesterazy (EC 3.1.1.1), arylesterazy (EC 3.1.1.7) i cholinesterazy (EC 3.1.1.8). Pomiędzy cholinesterazą a esterazą aspirynową podobieństwa są tak znaczne, że według niektórych autorów, te dwa enzymy są identyczne. Sporu dotąd nie rozstrzygnięto.

W pracy mierzono równolegle aktywność esterazy aspirynowej i cholinesterazy w 106 próbkach surowicy pochodzącej od zdrowych dawców krwi oraz w 120 próbkach surowicy pacjentów, aktywności wyrażano w $\mu\text{kat/L}$. Stwierdzono bardzo wysoką pozytywną korelację pomiędzy tymi dwiema aktywnościami – aktywność esterazy aspirynowej była około 10-krotnie niższa niż aktywność cholinesterazy.

Wyniki badań wskazują, że występują dwie różne aktywności, choć niekoniecznie dwa różne białka. Warto wziąć pod uwagę możliwość, że cząsteczka enzymu posiada dwa niezależne centra aktywne. Molekularne podstawy podobieństw i różnic tych dwóch enzymów będą wyjaśniane.

Słowa kluczowe: esteraza aspirynowa, cholinesteraza

Wprowadzenie

Aspiryna (kwas acetylosalicylowy) znana jest już od około trzech i pół tysiąca lat. Obecnie jest jednym z najpowszechniej stosowanych leków: podawana jako popularny środek przeciwbólowy, przeciwgorączkowy oraz niesteroidowy lek przeciwzapalny. Jest również znanym czynnikiem zapobiegającym agregacji płytek i w związku z tym, stosowana jest w długotrwałej prewencji zawału mięśnia sercowego. Stosowanie aspiryny zatem stało się bardzo popularne. Światowa produkcja aspiryny wynosi tysiące ton rocznie. W krajach rozwiniętych statystyczny mieszkaniec zażywa około 100 tabletek tego leku w ciągu roku [1].

Działanie aspiryny w organizmie człowieka można rozpatrywać w wielu aspektach. Jednym z nich jest inhibicja przez aspirynę enzymów o znamiennej dla ustroju funkcji, np. dehydrogenaz, przez co rozprzęgana jest fosforylacja oksydacyjna; aminotransferaz; proteaz, które biorą istotny udział zarówno w ostrych procesach zapalnych, jak i w przewlekłych. Poprzez hamowanie aktywności określonych enzymów tłumaczono działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe aspiryny na organizm [1, 2, 3].

Aspiryna obniża poziom prostaglandyn uwalnianych do układu krążenia w procesach zapalnych [4, 5]. Dzieje się to na skutek hamowania cyklooksygenaz (COX), biorących udział w przemianie kwasu arachidonowego do prostaglandyn i tromboksanów [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Na działanie aspiryny wrażliwe są trombocyty. U ludzi aspiryna blokuje nieodwracalnie aktywność COX1 w trombocytach [10, 11]. Aspiryna hamuje powstawanie trombiny w procesie krzepnięcia krwi, prawdopodobnie przez acetylację protrombiny [12, 13, 14].

U ludzi aspiryna po doustnym podaniu jest wchłaniana w jelicie i pozostaje we krwi jako ester przez około 60–90 min. [1, 15, 16, 17, 18, 19]. Po tym czasie następuje hydroliza aspiryny do kwasu salicylowego i octowego. Kwas acetylosalicylowy wykazuje znacznie silniejsze działanie przeciwbólowe niż kwas salicylowy [1, 20]. Na czas krzepnięcia i agregację płytek również ma wpływ jedynie kwas acetylosalicylowy, a nie kwas salicylowy [11, 21]. W działaniu przeciwzapalnym skuteczność obu tych związków – kwasu acetylosalicylowego i kwasu salicylowego, jest podobna [22].

W krwioobiegzie zarówno aspiryna, jak i kwas salicylowy są wiązane przez białka osocza, głównie albuminę, przy czym intensywniej i silniej wiązany jest kwas salicylowy [23, 24].

Głównym enzymem hydrolizującym aspirynę do kwasu salicylowego i octanu jest esteraza aspirynowa. W piśmiennictwie spotkać można dla tego enzymu również takie nazwy, jak: aspirynaza, acetylaza kwasu acetylosalicylowego, oraz o-acetylohydrolaza kwasu acetylosalicylowego (EC 3.1.1.55) [11, 25, 26, 27, 28]. W dalszej części pracy przyjęto używać dla tego enzymu określenie esteraza aspirynowa. Enzym hydrolizujący aspirynę należy do hydrolaz, jest esterazą, rozkładającą wiązania estrowe między grupą o-fenolową kwasu salicylowego a kwasem octowym [29, 30, 31, 32, 33]. Esteraza aspirynowa jest monomerem o masie ok. 35 kD [34, 35]. Enzym występuje m.in. w wątrobie, nerkach, śluzówce żołądka i śluzówce jelita oraz w mózgu, jednak aktywność jest wyraźnie niższa niż w wątrobie czy osoczu [28, 34, 36].

W klasie esteraz wyróżniono trzy podklasy: cholinesterazy, karboksylesterazy i arylesterazy. Do najlepiej poznanych esteraz należą: cholinesteraza (pseudocholinesteraza, EC 3.1.1.8.), acetylcholinesteraza (właściwa cholinesteraza, EC 3.1.1.7), karboksylesteraza (EC 3.1.1.1) i arylesteraza (EC 3.1.1.2). Właściwości wymienionych enzymów są jednak różne od esterazy aspirynowej (EC 3.1.1.55.) [37]. Wiadomo jednak, że związki działające hamująco na cholinesterazę hamują też działanie aspirynazy [38]. Zauważano też korelację aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy u ludzi [22, 39, 40, 41, 42, 43].

Zakres pH odpowiedni do działania aspirynazy wynosi od 5,5 do 9,0. Optimum pH wynosi 7,6. Temperatura optymalna dla katalizy mieści się w zakresie 25–37°C [27, 34]. Inhibitorami esterazy aspirynowej są różne związki chemiczne, wśród których wymienia się paraoxon, fosforan bis-4-nitrofenylu [27, 34, 44], siarczan fizostygminy, bromek neostygminy, naproxen, paracetamol, fluorek sodu (NaF) i fenacetyna [11, 45, 46, 47].

Lecnicze funkcje aspiryny spełnia tylko jej niehydrolizowana forma, stąd skuteczność leczenia aspiryną można zwiększyć przez podawanie tego leku w mieszaninie z inhibitorami aspirynazy. Esterazę aspirynową występującą w przewodzie pokarmowym, hamuje etanol [19, 48]. U alkoholików zahamowana aspirynaza nie rozkłada aspiryny, co prowadzi do uszkodzenia śluzówki żołądka i częstszego powstawania choroby wrzodowej [22, 49].

Niektórzy badacze sugerują, że aktywność esterazy aspirynowej pozytywnie koreluje z aktywnością cholinesterazy [22, 39, 40, 41, 42, 43], wydaje się także, na podstawie badań immunologicznych, że obydwa te enzymy to jedno białko o dwóch centrach aktywnych.

Cholinesteraza EC 3.1.1.8. to enzym należący do esteraz o systematycznej nazwie acylohydrolaza acylocholino (cholinesteraza niespecyficzna, pseudocholinesteraza, cholinesteraza II, butyrylocholinesteraza, propionylocholinesteraza

lub benzoilocholinesteraza) [37, 50]. W dalszej części pracy będzie stosowana nazwa cholinesteraza.

Substratami cholinesterazy są: acetylocholina, benzoilocholina, propionylotiocholina, bursztynylocholina, bursztynylomonocholina, sukcylnodiotiocholina, maślan choline, oraz inne cholinowe estry, a także estry niecholinowe jak na przykład octan α -naftyłu [37, 51, 52].

Optimum pH aktywności cholinesterazy występuje pomiędzy 7,6 a 8,7. Enzym aktywują jony Mg^{2+} oraz Ba^{2+} . Optymalną temperaturą do przeprowadzania reakcji jest zakres 25–37°C [17]. Cholinesteraza jest stabilna termicznie i wykazuje aktywność nawet w temperaturze 58°C [53]. Inhibitorami cholinesterazy są: maloxan, związki fosforoorganiczne [54], benzen, toluen, fizostygmina oraz neostygmina [37].

U ludzi cholinoesteraza syntetyzowana jest w wątrobie jako enzym sekrecyjny, równoległe do syntezy albumin. Jest syntetyzowana również w mięszu trzustki, w mięśniu sercowym oraz w mięśniach szkieletowych i istocie białej mózgu. Enzym ten bierze udział wraz z acetylocholinesterazą w regulacji przewodzenia impulsów nerwowych oraz w procesach detoksykacyjnych [37].

Zakres referencyjny wartości prawidłowych aktywności cholinesterazy w surowicy ludzkiej krwi wynosi od 31,7 do 63,3 μ kat/L lub od 1900 do 3800 U/L [55]. Oznaczanie cholinesterazy w surowicy ma duże znaczenie diagnostyczne. Obniżone wartości obserwuje się w takich chorobach wątroby, jak: ropnie wątroby, trychinoza, pierwotne i wtórne nowotwory wątroby oraz żółtaczka mechaniczna o podłożu nowotworowym. Obniżone aktywności cholinesterazy są istotne w rozpoznaniu zatruc środków owadobójczymi zawierającymi organiczne związki fosforu. Spadek aktywności cholinesterazy spotyka się w zawale mięśnia sercowego (parametr pomocniczy), w zastoinowej niewydolności krążenia, w ostrym zapaleniu nerek i zatruciu ciężowym [56]. W nerczycy i cukrzycy następuje wzrost aktywności osoczowej cholinesterazy.

U niektórych osób stwierdzono uwarunkowany genetycznie niedobór aktywności cholinesterazy. U 4,5% ludzi pojawiają się atypowe formy tego enzymu o obniżonej aktywności. Niedobór taki powoduje nadwrażliwość na leki z grupy suksametonium stosowane podczas zabiegów operacyjnych. Wówczas przedłużony jest okres bezdechu pacjenta przy wybudzaniu z narkozy.

Celem pracy było porównanie aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy surowicy ludzkiej krwi.

Material i metody

Badania wykonywano w surowicy uzyskanej od zdrowych dawców z Punktu Krwiodawstwa Szpitala Uniwersyteckiego Collegium Medicum w Krakowie oraz w surowicy pacjentów klinik i przychodni II Katedry Chorób Wewnętrz-

nych Collegium Medicum UJ. Wykorzystywano próbki surowicy pozostałe po wykonaniu badań diagnostycznych.

Wiek dawców zawarty był w przedziale od 18 do 45 lat, byli oni zdrowi zgodnie z rygorystycznymi wymogami stawianymi dawcom krwi. Wiek pacjentów natomiast zawierał się w przedziale od 30 do 85 lat. Byli to pacjenci leczenia z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych, chorób immunologicznych oraz z przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych.

Krew pobraną z żyły łokciowej od osób na czczo pozostawiano do wykrzepienia w temperaturze pokojowej na 1 godzinę. Następnie umieszczano materiał w temp. $+4^{\circ}\text{C}$, na 30 minut, aby powstały skrzep uległ retrakcji. Tak przygotowany materiał wirowano w wirówce Mega Fuge 2. 0R firmy Hareus przy $3500 \times g$, przez 10 minut, w temp. 4°C . Uzyskaną surowicę do chwili wykonania oznaczeń przechowywano w temperaturze -80°C .

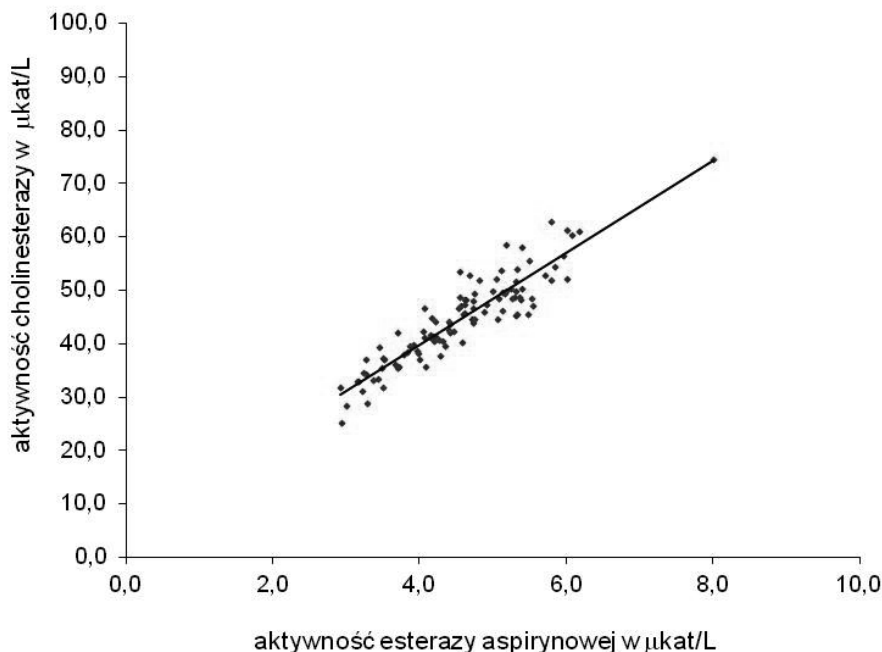
Aktywność esterazy aspirynowej oznaczano spektrofotometrycznie wg Sorensena [98]. Aktywność cholinesterazy oznaczano używając zmodyfikowanej, dla potrzeb niniejszej pracy, metody Sorensena [98]. W stosunku do oryginalnej metody Sorensena zmieniony został substrat – zamiast kwasu acetylosalicylowego zastosowano octan α -naftyli. Następstwem takiej modyfikacji była zmiana maksimum absorpcji w mierzonych próbkach.

Zasadą metody jest pomiar zmiany absorpcji wynikającej ze zmiany ilości produktu reakcji, czyli α -naftolu, na skutek rozkładu octanu α -naftyli. Reakcja katalizowana jest przez cholinesterazę. Ilość powstającego produktu jest miarą aktywności enzymatycznej cholinesterazy.

Wyniki

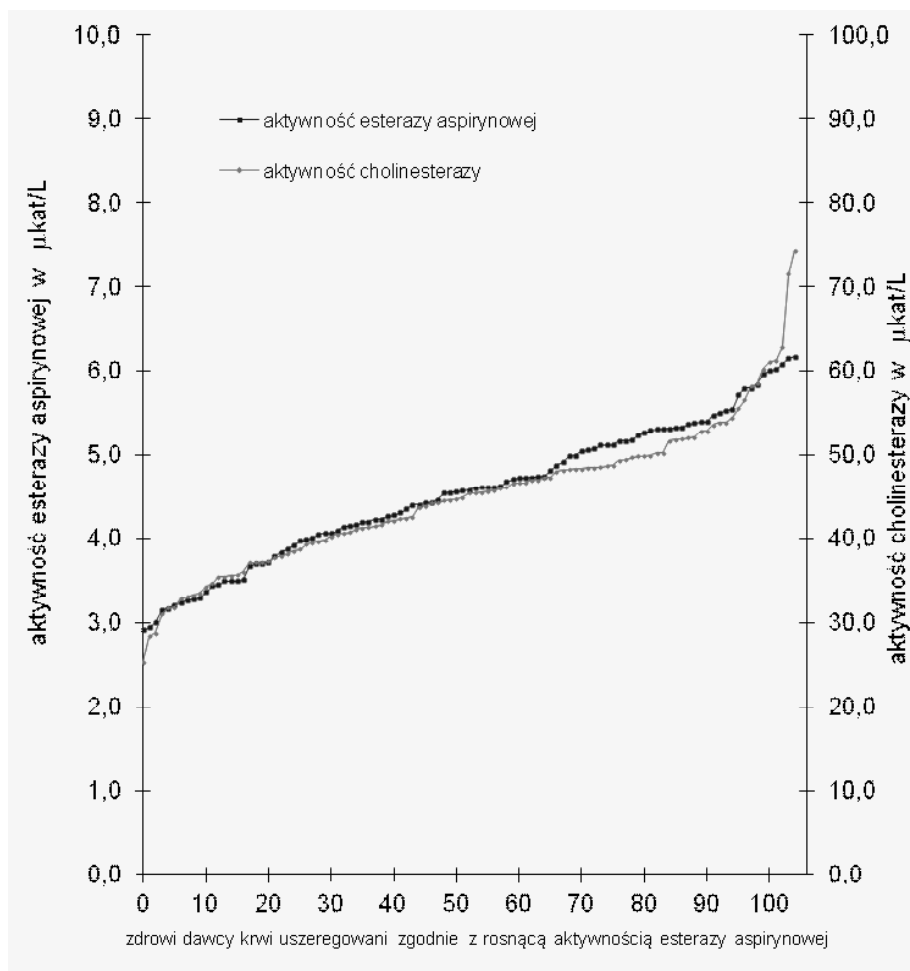
Aktywność esterazy aspirynowej i cholinesterazy oznaczono w surowicy krwi w dwóch grupach osób. Pierwszą z nich stanowili dawcy krwi (106 osób), drugą chorzy (120 osób) Klinik i Przychodni II Katedry Chorób Wewnętrznych w Krakowie.

Aktywność esterazy aspirynowej i cholinesterazy w surowicy, w grupie 106 zdrowych dawców krwi przedstawiono na rycinie 1. Wartości aktywności esterazy aspirynowej zawierały się w granicach od 2,9 do $6,2 \mu\text{kat/L}$, a aktywność cholinesterazy od 25,3 do $63,9 \mu\text{kat/L}$. Średnia wartość aktywności dla esterazy aspirynowej i cholinesterazy wynosiła odpowiednio $4,6 \pm 0,56 \mu\text{kat/L}$ oraz $45,2 \pm 11,7 \mu\text{kat/L}$. Współczynnik korelacji liczony dla par aktywności: esterazy aspirynowej i cholinesterazy, mierzonych u każdego dawcy, osiągał wartości powyżej 0,89. Istnieje silny pozytywny związek ($r = 0,78$; $p < 0,001$) między aktywnością esterazy aspirynowej i cholinesterazy.



Ryc. 1. Zależności aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy w surowicy zdrowych dawców krwi. Na osi odciętych umieszczono aktywność esterazy aspirynowej, a na osi rzędnych aktywność cholinesterazy poszczególnych próbek surowicy

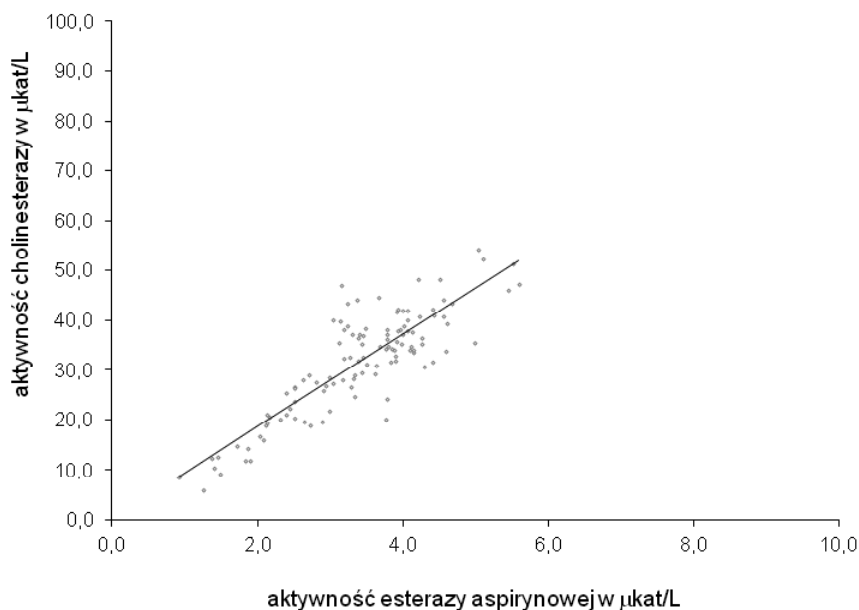
Inny sposób ilustracji współzależności aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy przedstawiony jest na rycinie 2, gdzie uporządkowano dawców zgodnie z rosnącymi aktywnościami esterazy aspirynowej. Wykazano równoległe ułożenie krzywych przedstawiających wartości aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy. Poza niewielkimi odchyleniami przy najwyższych i najniższych wartościach, stwierdzono wysoką dodatnią korelację. Współczynnik korelacji liczony dla par aktywności osiągał wartości powyżej 0,89.



Ryc. 2. Aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy w surowicy zdrowych dawców krwi. Na lewej osi rzędnych – aktywność esterazy aspirynowej, na prawej osi rzędnych – aktywność cholinesterazy. Na osi odciętych uszeregowano zdrowych dawców krwi zgodnie z rosnącą aktywnością esterazy aspirynowej

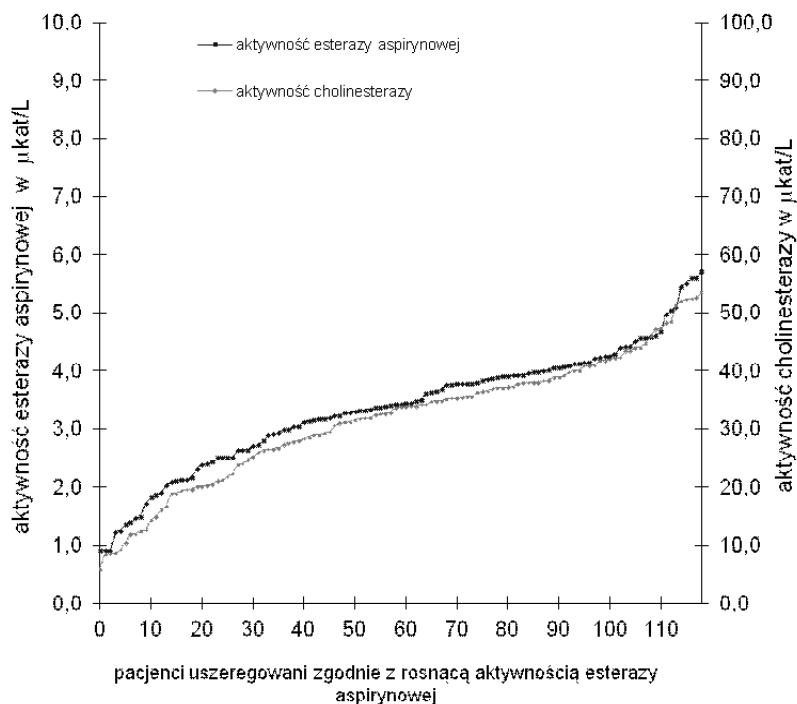
W grupie losowo dobranych 120 pacjentów zmierzono aktywność esterazy aspirynowej i cholinesterazy w surowicy krwi. Zestawienie wyników przedstawiono na rycinie 3. Aktywność esterazy aspirynowej była zawarta w granicach od 0,9 do 5,7 $\mu\text{kat/L}$, a aktywność cholinesterazy od 5,9 do 53,5 $\mu\text{kat/L}$. Wartość średnia dla esterazy aspirynowej i cholinesterazy wynosiła odpowiednio $3,2 \pm 0,56 \mu\text{kat/L}$ oraz $32,6 \pm 7,2 \mu\text{kat/L}$. Współczynnik korelacji liczony dla par

aktywności: esterazy aspirynowej i cholinesterazy, mierzonych u jednego dawcy, osiągał wartości powyżej 0,85. Istnieje silny pozytywny związek ($r = 0,92$; $p < 0,001$) pomiędzy aktywnością esterazy aspirynowej i cholinesterazy.



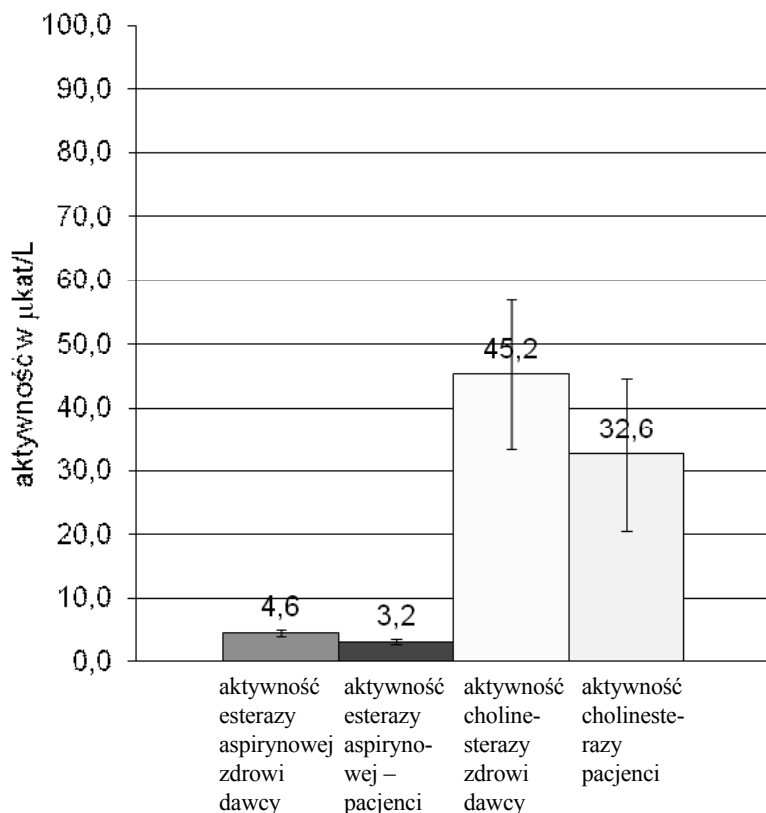
Ryc. 3. Zależności aktywności esterazy aspirynowej od aktywności cholinesterazy w grupie 120 osób chorych. Na osi odciętych zaznaczono aktywność esterazy aspirynowej, a na osi rzędnych aktywność cholinesterazy badanych próbek surowicy

Jeszcze inny sposób ilustracji współzależności aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy w grupie 120 pacjentów przedstawiony jest na rycinie 4, gdzie uporządkowano dawców zgodnie z rosnącymi aktywnościami esterazy aspirynowej. Wykazano równoległe ułożenie krzywych przedstawiających wartości aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy.



Ryc. 4. Aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy w surowicy osób chorych. Na lewej osi rzędnych – aktywność esterazy aspirynowej, na prawej osi rzędnych – aktywność cholinesterazy. Na osi odciętych uszeregowano pacjentów zgodnie z rosnącą aktywnością esterazy aspirynowej

Zestawiono dane wartości aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy w grupie zdrowych dawców oraz pacjentów. Stwierdzono, że obie aktywności enzymatyczne wykazują wartości znamienne wyższe u zdrowych dawców krwi niż u osób chorych ($p = 0,002$ w obu przypadkach). Zestawione wyniki przedstawiono na rycinie 5.



Ryc. 5. Średnie wartości aktywności oraz wartości odchylenia standardowego (śr. $\pm$ SD) esterazy aspirynowej u zdrowych dawców krwi ($4,6 \pm 0,56$ $\mu\text{kat/L}$) oraz u pacjentów ($3,2 \pm 0,42$ $\mu\text{kat/L}$) i cholinesterazy u zdrowych dawców krwi ($45,2 \pm 0,95$ $\mu\text{kat/L}$) oraz u pacjentów ($32,6 \pm 7,2$ $\mu\text{kat/L}$).

Dyskusja

Pomimo bardzo rozległych i wyczerpujących badań, nie ma ujednoliconego poglądu na temat „molekularnych nośników” aktywności aspirynazowej i cholinesterazowej. Śledząc dane bibliograficzne [22, 43, 47, 50, 51, 56, 57, 58, 59] można nawet odnieść wrażenie, że autorzy zajmowali się wybiórczo jedną lub drugą aktywnością. Choć zauważano korelację pomiędzy tymi dwiema aktywnościami, nie dawano odpowiedzi na pytanie, czy jest to jedna czy też dwie cząsteczki enzymu(ów). Mając zatem świadomość problemów, które może nastroić próba odpowiedzi na tak sformułowane pytanie, podjęto badania nad równoległą, porównawczą analizą aspektów biochemicznych tych dwóch (?) enzymów/aktywności. W piśmiennictwie istnieją liczne dane dotyczące obecności oddzielnie

aktywności esterazy aspirynowej, EC 3.1.1.55 [np. 22, 43, 47, 59, 60, 61, 62, 63] i cholinesterazy, EC 3.1.1.8 [np. 50, 52, 64] w surowicy ludzkiej krwi.

W przedstawionej pracy stwierdzono zaskakująco wysoką korelację aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy w grupie zdrowych dawców i pacjentów. Aktywność esterazy aspirynowej była zawsze około 10 razy niższa niż aktywność cholinesterazy, gdy wyrażano ich wartości w $\mu\text{kat/L}$. Nie dokonano podziału na grupy wiekowe u badanych; wiadomo bowiem z piśmiennictwa, że aktywność tak esterazy aspirynowej, jak i cholinesterazy nie jest zależna od wieku osoby badanej [43, 65, 66, 67, 68, 69].

Porównując aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy w surowicy zdrowych dawców krwi uzyskano wyniki porównywalne z podanymi wcześniej przez Williamsa [22].

Analogiczne oznaczenia aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy przeprowadzono w surowicy 120 losowo dobranych pacjentów. Również w tej grupie stwierdzono wyraźną pozytywną korelację obydwóch aktywności, choć niższą niż u osób zdrowych. Ze względu na losowy dobór pacjentów nie można wykluczyć wpływu stanu chorobowego czy leczenia na mierzone aktywności enzymatyczne. Podawane leki oraz wewnątrzustrojowe, zróżnicowane defekty metaboliczne, mogą powodować zaburzenia korelacji. Jednak pomimo występowania odchyleń przy wartościach ekstremalnych, współczynnik korelacji liczony dla par aktywności nie był niższy niż 0,85. To spostrzeżenie może nasuwać przypuszczenie, że mierzone aktywności mogą być modyfikowane różnymi procesami chorobowymi. Już tutaj można zasugerować ewentualną kontynuację tego fragmentu badań, dobierając np. pacjentów z astmą aspirynową. Można byłoby również objąć badaniami pacjentów ze schorzeniami wątroby – organu prowadzącego syntezę m.in. szeregu enzymów, w tym obu badanych grupach. Schorzenia wątroby mogą zatem potencjalnie prowadzić do zmian aktywności enzymatycznych.

Znane są obserwacje dotyczące spadku aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy u osób chorych [39, 40, 42, 43]. Również w wynikach przedstawionych tutaj badań stwierdzono wyraźnie niższe wartości średnie aktywności esterazy aspirynowej i cholinesterazy u chorych niż u zdrowych. A zatem obie aktywności osiągają wartości niższe u chorych niż u zdrowych, różnice te są znamienne statystycznie ($p = 0,002$).

Nakładanie się zakresu jednej i drugiej aktywności i u zdrowych i u chorych może wskazywać, że tylko niektórzy chorzy (zależnie od rodzaju schorzenia i jego nasilenia) wykazują wyraźnie niższe aktywności. Miejscem syntezy większości enzymów osoczowych jest wątroba, zatem można przypuszczać, że niedobór aktywności może wynikać z upośledzenia syntezy białek w tkance wątrobowej objętej, niektórymi przynajmniej, procesami chorobowymi [27, 34, 37]. U chorych z upośledzeniem filtracji kłębuszkowej i nadmierną utratą białka przez nerki może dojść do filtrowania tego stosunkowo drobnocząsteczkowego białka

(35 kD). W efekcie zatem poziom białka, a więc i aktywności we krwi może się obniżać.

Równie uprawnione jest przypuszczenie, że aktywność enzymatyczna jest hamowana przez endogenne inhibitory wspólne dla obu aktywności, których produkcja i/lub działanie może się nasilać w określonych stanach chorobowych. Można też brać pod uwagę możliwość, że te białka (lub białko), mogą być kodowane przez ten sam gen. Powstające jedno białko enzymatyczne dopiero w trakcie modyfikacji posttranslacyjnej uzyskuje ostateczną konformację, co wyraża się różną lokalizacją centrum aktywnego w cząsteczce warunkującego odmienne preferencje substratowe.

Dla cholinesterazy jednym, ze znanych substratów endogennych jest acetylocholina. Niestety, brak jest informacji, co jest naturalnym endogennym substratem czy substratami esterazy aspirynowej. Aktywność esterazy aspirynowej jest zatem, z konieczności, oznaczana przy użyciu egzogenego substratu – aspiryny. Nie można jednak wykluczyć ewentualności, choć nie ma na to dowodów, że trwający już co najmniej 3500 lat kontakt człowieka z salicylanami, w tym aspiryną, doprowadził do wyewoluowania enzymu zdolnego katalizować hydrolizę tego związku.

Wnioski

1. Białko(a) posiadające aktywność esterazy aspirynowej i cholinesterazy silnie ze sobą korelują w wartościach aktywności.
2. Aktywność esterazy aspirynowej w surowicy krwi jest około dziesięć razy niższa niż aktywność cholinoesterazy, zarówno u osób zdrowych jak i pacjentów.
3. Aktywność obu enzymów/enzymu są wyższe u dawców zdrowych w porównaniu do osób chorych.
4. Na podstawie uzyskanych wyników, można spekulować, że esteraza aspirynowa i cholinesteraza mogą być tym samym białkiem o dwóch centrach aktywnych.

Bibliografia

1. Vane JR. *Aspirin and Other Salicylates*. Chapman & Hall, London 1997.
2. Amon I, Zschiesche A, Amon K. *Distribution of Salicylic Acid and Hydrolysis of Acetylsalicylic Acid in Human Fetus in Early Pregnancy*. *Biom Biochem Acta*. 1983; 42: 997–1004.
3. Puche E, Gomez-Valverde E, Morillas G. *Postoperative Decline in Plasma Aspirin Esterase and Cholinesterase Activity in Surgical Patients*. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1993; 37: 20–22.

4. Szczeklik A, Stevenson DD. *Aspirin-induced Asthma: Advances in Pathogenesis and Management*. J Allergy Clin Immunol. 1999; 104: 5–13.
5. Szczeklik A. *Mechanism of Aspirin – Induced Asthma*. Allergy. 1997; 52: 613–619.
6. Barnes CJ, Hamby-Mason RL, Hardman WE et al. *Effect of Aspirin on Prostaglandin E2 Formation and Transforming Growth Factor Alpha Expression in Human Rectal Mucosa from Individuals with a History of Adenomatous Polyps of the Colon*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1999; 8: 311–315.
7. Goździalska A, Pajdak W. *Porównawcze badania aktywności esterazy aspirynowej i esterazy cholinowej w surowicy zdrowych dawców krwi*. Przegl Lek. 2001; 58: 843–844.
8. Grzelewska-Rzymowska I, Szmidt M, Rozniecki J et al. *Behavior of Esterase Inhibitor C1 in Patients with Urticaria Due to Aspirin Hypersensitivity*. Pneum i Alergol Pol. 1993; 61: 352–356.
9. Yuan CJ, Mandal AK, Zhang Z et al. *Transcriptional Regulation of Cyclooxygenase-2 Gene Expression: Novel Effects of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs*. Cancer Res. 2000; 60: 1084–1091.
10. Moshfegh K, Redondo M, Julmy F et al. *Antiplatelet Effects of Clopidogrel Compared with Aspirin after Myocardial Infarction: Enhanced Inhibitory Effects of Combination Therapy*. J Am Coll Cardiol. 2000; 36: 699–705.
11. Rylance HJ, Wallace RC. *Drug Inhibition of Whole Blood Aspirin Esterase*. Br J Clin Pharm. 1980; 9: 520–521.
12. Sack ES, Quiroga E. *The Variability of Platelet – Collagen Interaction. Its Influence on Aspirin – Induced Inhibition of Platelet Aggregation*. Throm and Haemost. 1976; 35: 658–668.
13. Szczeklik A, Krzanowski M, Gora P. *Antiplatelets Drugs and Generation of Thrombin in Clotting Blood*. Blood. 1992; 80: 2006–2011.
14. Trnavsky K, Zachar M. *Some Aspect of the Role of Aspirin-Esterase in the Metabolism of Salicylate (author's transl)*. Cas Lek Cesk. 1975; 114: 1258–1260.
15. Cham BE, Ross-Lee LR, Bochner F. *Measurement and Pharmacokinetics of Acetylsalicylic Acid by a Novel High Performance Liquid Chromatographic Assay*. Therapeutic Drug Monitoring. 1980; 2: 365–372.
16. Konstantianos GD, Ioannou PC. *Simultaneous Determination of Acetylsalicylic Acid and its Major Metabolites in Human Serum by Second-Derivative Synchronous Fluorescence Spectrometry*. Analyst. 1992; 117: 877–882.
17. Landecker KD, Wellington JE, Thomas JH. *Aspirin and Related Drugs: Their Action and Uses*. Agents and Action-Suppl. 1977; 1: 71.
18. Landecker KE, Wellington JE, Thomas JH et al. *Gastric Ulcer, Aspirin Esterase and Aspirin*. Agents and Actions-Suppl. 1977; 1: 71–79.
19. Rainsford KD, Ford NL, Brooks PM et al. *Plasma Aspirin Esterases in Normal Individuals, Patients with Alcoholic Liver Disease and Rheumatoid Arthritis: Characterization and Importance of the Enzymatic Components*. Eur J Clin Invest. 1980; 10: 413–420.
20. Lopez AA., Dawson C, Gonzales C et al. *Pharmacokinetics and Pharmacodynamics in Copper Deficiency. I. Antiinflammatory Activity of Aspirin*. Biol Trace Elem Res. 1994; 40: 161–176.
21. O'Brien JR. *Effects of Salicylate on Human Platelets*. Lancet. 1968; 1: 1431.

22. Williams FM. *Clinical Significance of Esterases in Man*. Clinical Pharmacokinetics. 1985; 10: 392–403.
23. Aarons L, Clifton P, Fleming G. *Aspirin Binding and the Effect of Albumin on Spontaneous and Enzyme-Catalyzed Hydrolysis*. J of Pharm & Pharmacol. 1980; 32: 537–538.
24. Lee S, Johnson D, Klein J, Eppler J. *Protein Binding of Acetylsalicylic Acid in Porcine and Human Serum*. Vet. & Human Toxicol. 1995; 37: 224–225.
25. Ebong PE, Eyong EU, Udosen EO. *Effects of Aspirin (Acetylsalicylic Acid) and Cataflam (Potassium Diclofenac) on Some Biochemical Parameters in Rats*. Afr J Med Sci. 1998; 27: 243–246.
26. Garcia-Sastre A, Villar E, Manuguruerra JC et al. *Activity Of Influenza C – Virus O – Acetylerase With O – Acetyl Contacting Compounds*. Bioch J. 1991; 273: 35–441.
27. www.expasy.proteome.org.au/cgi-bin/enzyme-search-ec.
28. Inoue M, Morikawa M, Tsuboi M. *Hydrolysis of Ester-Type Drugs by the Purified Esterase from Human Intestinal Mucosa.*, Jpn J Pharmacol. 1979; 29: 17.
29. Farombi EO, Nwankwo JO, Wara SH et al. *Chloramphenicol and Ampicillin-Induced Changes in Rat Hepatic Esterase and Amidase Activities*. Biosci Rep. 2000; 20: 13–19.
30. Gupta JD, Gruca M, Ablett W. *Effect of Other Drugs and Chemicals on the Degradation of Aspirin in Vitro: Possible Extrapolation to in Vivo Metabolism of Aspirin*. Eur J Drug Metab Pharmacokinet. 1979; 4: 103–108.
31. Inoue M, Morikawa M, Tsuboi M et al. *Comparative Study of Human Intestinal and Hepatic Esterases as Related to Enzymatic Properties and Hydrolyzing Activity for Ester – Type Drugs*. Jpn J Pharmacol. 1980; 30: 529–535.
32. La Du B. *Plasma Esterase Activity and the Metabolism of Drugs with Ester Group*. Annals New York Academy of Sciences. 1968; 8: 684–694.
33. White KN, Hope DB. *Identification of Aspirinase with One of the Carboxylesterases Requiring A Thiol Group*. Biochem J. 1981; 197: 771–773.
34. NiceZyme View of ENZYME: EC.3.1.1.55.
35. White KN, Hope DB. *Characterization of Aspirin Hydrolase of Guinea-pig Liver Cytoplasm*. Biochim Biophys Acta. 1984; 785: 132–137.
36. Builder J, Landecker K, Whitecross D. *Aspirin Esterase of Gastric Mucosal Origin*. Gastroenterology. 1977; 73: 15–18.
37. Enzyme, www.expasy.hcuge.ch/cgi-bin/get-enzyme-entry?3.1.1.
38. Sorensen S. *Improved Measurement of Acetylsalicylic Acid Esterase in Serum*. Clinical Chemistry. 1983; 29: 491–494.
39. Pajdak W, Goździalska A, Hebda K. *Activity Stain for the Detection of Aspirin Esterase in Polyacrylamide Gel*. Scand J Clin Lab Invest Suppl. 1998; 228: 58.
40. Pajdak W, Goździalska A. *Comparision of Aspirin Esterase (EC 3.1.1.55) And Cholinesterase (EC 3.1.1.8) Activities in Human Serum – Biochemical and Immunochemical Properties of two Enzymes*. FEBS J. 2001; 268, Suppl 1, 342 (27th FEBS Meeting with Pan – American Association for Biochemistry and Molecular Biology, Lisbon Portugal).
41. Puche E, Garcia Morillas M, Garcia de la Serrana H et al. *Probable Pseudocholinesterase Induction by Valproic Acid, Carbamazepine and Phenytoin Leading to*

- Increased Serum Aspirin-Esterase Activity in Epileptics*. Int J Clin Pharmacol Res. 1989; 9: 309–311.
42. Summerbell J, Yelland C, Woodhouse K. *The Kinetics of Plasma Aspirin Esterase in Relation to Old Age and Frailty*. Age & Ageing. 1990; 19: 128–130.
 43. Williams FM, Wynne H, Woodhouse KW. *Plasma Aspirin Esterase: The Influence of Old Age and Frailty*. Age & Ageing. 1989; 18: 39–42.
 44. White KN, Eggermont J, Hope DB. *Effect of the Carboxylesterase Inhibitor Bis-(4-Nitrophenyl) Phosphate in Vivo on Aspirin Hydrolase And Carboxylesterase Activities at First-Pass Sites of Metabolism in the Guinea Pig*. Biochem Pharmacol. 1987; 36: 1687–1688.
 45. Das KK, Dasgupta S. *Influence of Ascorbic Acid and Alkaline Phosphatase Activities in Some Metabolically Active Tissues of Aspirin Treated Rats*. Indian J of Phys & Pharmacol. 1997; 41: 421–423.
 46. Marzo A, Mancinelli A, Cardace G, Monti N et al. *NaF and Two Other Esterase Inhibitors Unaffected Acetyl Salicylic Acid Enzyme Hydrolysis*. J Pharm Pharmacol. 1992; 44: 786.
 47. Ryllance HJ., Wallace RC. *Erythrocyte and Plasma Aspirin Esterase*. Br J Clin Pharmacol. 1981; 12: 436–438.
 48. Kim DH, Yang YS, Jakoby WB. *Aspirin Hydrolyzing Esterases from Rat Liver Cytosol. Lab of Bioch and Metabol, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*. National Institutes of Health, Bethesda, MD 20892.
 49. Urushidani T, Okabe S, Takeuchi K et al. *Strain Differences in Aspirin-Induced Gastric Ulceration in Rats*. Jpn J Pharmacol. 1978; 28: 569–578.
 50. Moralev SN. *Cholinesterase Active Sites. Statistical Analysis of the Structure Variability*. Zh Evol Biokhim Fiziol. 2001; 37: 21–27.
 51. Tecles F, Ceron JJ. *Determination of Whole Blood Cholinesterase in Different Animal Species Using Specific Substrates*. Res Vet Sci. 2001; 70: 233–238.
 52. Yamada M, Marui Y, Hayashi C et al. *New Thiocoline Ester Substrates for the Assay of Human Serum Cholinesterase*. Clin Chem. 2001; 47: 1962–1966.
 53. Masson P, Laurentie M. *Stability of Butyrylcholinesterase: Thermal Inactivation in Water and Deuterium Oxide*. Bioch Biophys Acta. 1988; 957: 111–121.
 54. Pardio VT, Ibarra N, Rodriguez MA et al. *Use of Cholinesterase Activity in Monitoring Organophosphate Pesticide Exposure of Cattle Produced in Tropical Areas*. J Agric Food Chem. 2001; 49: 6057–6062.
 55. Ellman GL. *Method of Detection Cholinesterase EC 3.1.1.7*. Biochem Pharmacol. 1961; 7: 88.
 56. Simeon-Rudolf V, Evans RT. *Interlaboratory Study into the Proficiency of Serum Cholinesterase Activity Measurement*. Arh Hig Rada Toksikol. 2001; 52: 299–305.
 57. Fluck RA, Jaffe MJ. *Cholinesterases from Plant Tissues. VI. Preliminary Characterization of Enzymes from Solanum melongena L. and Zea Mays L*. Bioch Biophys Acta. 1975; 20: 130–134.
 58. Williams FM, Asad SI, Lessof MH. *Plasma Esterase Activity in Patients with Aspirin-Sensitive Asthma or Urticaria*. European Journal of Clinical Pharmacology. 1987; 33: 387–390.
 59. Williams FM, Mutch E, Blain PG. *Esterase Activity in Rat Hapatocytes*. Bioch Pharmacol. 1991; 41: 527–531.

60. Costello PB, Green FA. *Identification and Partial Purification of the Major Aspirin Hydrolyzing Enzyme in Human Blood*. Arthrisms and Rheumatism. 1983; 26: 541–547.
61. Morikawa M, Inoue M, Tsuboi M et al. *Studies of Aspirin Esterase of Human Serum*, Jpn J Pharmacol. 1979; 29: 581–586.
62. O'Mahoney MS, George G, Westlake H et al. *Plasma Aspirin Esterase Activity in Elderly Patient Undergoing Elective Hip Replacement and with Fractured Neck of Femur*. Age and Ageing. 1994; 23: 338–341.
63. Okumura H, Isoda K, Aramaki T et al. *Aspirin Esterase Activity Test as a New Liver Function Test*. Saishin Igaku. 1971; 26: 162–168.
64. Yin D, Jin H, Yu H, Chen L. *A Comparative Study on the Sensitivity and Specificity of Cholinesterase and Glutathione S-transferase in Gammarus Pulex L*. Ying Yong Sheng Tai Xue Bao. 2001; 12: 615–618.
65. Abou-Hatab K, Ganeshalingam K, O'Mahony MS et al. *The Effect of Community-acquired Pneumonia on Plasma Esterases in Older People*. Eur J Clin Pharmacol. 2001; 57: 55–60.
66. Abou-Hatab K, O'Mahony MS, Patel S et al. *Plasma Esterase Activities in Young and Old Patients Undergoing Open Inguinal Hernia Repair*. Arch Gerontol Geriatr. 2000; 31: 193–198.
67. Abou-Hatab K, O'Mahony MS, Patel S et al. *Relationship between Age and Plasma Esterases*. Age Ageing. 2001; 30: 41–45.
68. Yelland C, Summerbell J, Nicholson E, *The Association of Age with Aspirin Esterase Activity in Human Liver*. Age & Ageing. 1991; 20: 16.
69. Goździalska A, Pajdak W. *Esteraza aspirynowa biochemiczne i kliniczne aspekty katabolizmu aspiryny*. Przegl Lek. 2001; 58: 517–520.

Comparison of Aspirin Esterase and Cholinesterase Activity in Groups of Healthy and Sick Persons

Abstract: Aspirin esterase (EC 3.1.1.55) is an enzyme that catalyzes the hydrolysis of aspirin (acetylsalicylic acid) to salicylic acid and acetic acid. Aspirin esterase is present in the liver, the plasma and red blood cells. It is widely believed that aspirin esterase is different from carboxylesterase (EC 3.1.1.1), arylesterase (EC 3.1.1.7) and cholinesterase (EC 3.1.1.8). Cholinesterase is present in many tissues as well as in the blood. There are many similarities between aspirin esterase and cholinesterase. According to some authors, these two enzymes are identical. The activity of aspirine esterase as well as cholinesterase were measured in 106 serum samples from healthy blood donors and the 120 serum samples of patients, the activity expressed in $\mu\text{kat/L}$. There are positive correlation between these two enzymes. The activities of aspirin esterase were always approximately 10-times lower than the activity of cholinesterase. The results indicate that there are two different activities, though not necessarily of two different proteins. It may be considered that the enzyme molecule has two independent active sites. Elucidation of the molecular basis of the similarities and differences of these two (?) enzymes will be explained by us in the next future.

Key words: aspirine esterase, cholinesterase

Barbara Wójtowicz, Grażyna Dębska, Wioletta Ławska

Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE WŚRÓD PODOPIECZNYCH DOMU DZIECKA

adres korespondencyjny:

Barbara Wójtowicz, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, 30-705 Kraków, ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1
e-mail: bacha65@gmail.com

Streszczenie: Związek zaburzeń odżywiania ze stylem życia, nawykami żywieniowymi oraz uwarunkowaniami psychospołecznymi jest oczywisty. Powodują one zagrażające życiu następstwa somatyczne, a także psychiczne i społeczne.

Cel badań: badanie podjęto w celu poznania zachowań żywieniowych wśród wychowanków Domu Dziecka.

Metodyka: pomiaru zmiennych dokonano metodą sondażu diagnostycznego wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono na początku 2010 roku i objęto nimi 65 wychowanków Domu Dziecka.

Wyniki: dziewczęta są bardziej narażone na wystąpienie negatywnych zachowań żywieniowych. Nawyki żywieniowe wśród wychowanków nie są prawidłowo rozwinięte, istnieje więc ryzyko zagrożenia zaburzeniami odżywiania. Zagrożenie zaburzeniami odżywiania wzrasta wprost proporcjonalnie do wieku.

Wnioski: należy opracować programy profilaktyczne zaburzeń odżywiania wśród wychowanków domów dziecka. W grupach podwyższonego ryzyka opiekunowie dzieci i młodzież powinni posiadać wiedzę dotyczącą norm masy ciała w odniesieniu do wysokości i wieku.

Słowa kluczowe: zachowania żywieniowe, dom dziecka, podopieczni

Wprowadzenie

Prawidłowo funkcjonująca rodzina spełnia fundamentalną rolę w zakresie zaspokajania potrzeb biologicznych, emocjonalnych i społecznych na każdym etapie rozwoju. Zdarzają się jednak sytuacje, kiedy to właśnie rodzina ma duże znaczenie w patogenezie zaburzeń odżywiania [1]. Do takich sytuacji zalicza się nie tylko kształtowanie nieprawidłowych nawyków żywieniowych, ale i również postawa nadopiekuńczości, sztywność w relacjach czy też włączanie dziecka w konflikt małżeński [2, 3, 4]. Może to być powodem dysfunkcji społecznej i wychowawczej rodziny, a w konsekwencji główną przyczyną umieszczenia dziecka w instytucji opiekuńczo-wychowawczej, jakim jest dom dziecka. Dlatego dzieci i młodzież przebywająca w placówkach instytucjonalnych narażona jest na pojawienie się wszelkiego rodzaju zaburzeń zachowania, emocjonalnych i rozwojowych. Wśród nich dominuje lęk, autyzm, nadpobudliwość, zachowania destrukcyjne i również zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja czy bulimia [5].

Zaburzenia odżywiania występują wówczas, gdy przymus jedzenia lub niejedzenia może doprowadzić do choroby fizycznej lub w znacznym stopniu wpływa na życie osobiste i społeczne osoby chorej, zazwyczaj jednak oba te aspekty występują wspólnie. Problem zaczyna się, kiedy traci się kontrolę nad tym, co się je i w jakich ilościach lub nadmiernie ogranicza spożywanie pokarmów [6]. Następstwem tych problemów może być jadłowstręt psychiczny lub bulimia jako zupełnie nieprzewidziana konsekwencja reżimu dietetycznego [3, 7]. Rodzina dysfunkcyjna może więc przyczyniać się do powstania problemów żywieniowych, a izolacja dziecka czy adolescenta od jego rodziców, nawet dysfunkcyjnych, może mieć różne następstwa, między innymi w sposobie odżywiania.

Badania ukierunkowano na problem odżywiania się podopiecznych domu dziecka, chcąc w ten sposób zbadać konsekwencje zmiany miejsca zamieszkania, wychowywania, dorastania z domu rodzinnego na placówkę opiekuńczo-wychowawczą. Badanie podjęto w celu poznać zachowań żywieniowych wychowanków domu dziecka. Na podstawie tak sformułowanego celu głównego, wyodrębniono następujące problemy badawcze:

- 1) jaki jest stosunek wychowanków domu dziecka do sposobu odżywiania,
- 2) jakie są nawyki żywieniowe wychowanków,
- 3) czy stosunek do odżywiania zmienia się z wiekiem i czy zależy od płci.

Material i metody

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety. Składał się on z 20 pytań o charakterze zamkniętym. Odpowiedzi w pytaniach uszeregowane są według stopnia intensywności: nigdy, rzadko, czasami, często, cały czas. Badania przeprowadzono w 2010 r., wzięli w nich udział wychowankowie domu dziecka po uzyskaniu zgody dyrekcji. Udział w badaniu był dobrowolny, badani wyrazili zgodę na udział i udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie. Grupa badana obejmuje trzy grupy wiekowe dziewcząt i chłopców:

I: 8–12 lat (uczniowie szkoły podstawowej),

II: 13–15 lat (uczniowie gimnazjum),

III: 16–20 lat (uczniowie szkoły ponadgimnazjalnej).

W strukturze wiekowej wychowanków najmniejszy odsetek stanowiły dzieci najmłodsze 8–12 lat ($n = 18$; 28%) oraz młodzież w wieku 18–20 lat ($n = 10$; 15%). Największy odsetek stanowili wychowankowie w wieku od 13–15 lat ($n = 37$; 57%). Pod względem płci proporcje badanych były zbliżone, dziewczęta stanowiły 47% ($n = 31$), a chłopcy 53% ($n = 34$).

Stopień sieroctwa przedstawiał się następująco: pełne sieroty stanowi 5% wychowanków, półsieroty 11%, oboje rodziców posiada 85% wychowanków. Wynika stąd, że dzieci i młodzież przebywający w placówce byli głównie sierotami społecznymi.

Wśród przejawów patologii w rodzinach wychowanków największy procent stanowił alkoholizm (68%), który stwierdzono w 44 rodzinach. Przemoc fizyczną odnotowano w 17 przypadkach (27%) i najczęściej towarzyszył on alkoholizmowi. Molestowanie seksualne zanotowano w 3 przypadkach (5%). Ponadto ustalono, że rodzice badanych wykazywali znaczny stopień niezaradności życiowej. Część z nich była przewlekłe chora lub wyjechała w celach zarobkowych poza granice kraju.

W związku z pobytem dzieci w placówce opiekuńczo-wychowawczej rodzice byli pozbawieni władzy rodzicielskiej (23%) lub mieli tę władzę prawnie ograniczoną (72%).

Wyniki

Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące spożywania co najmniej trzech posiłków dziennie w trzech grupach wiekowych wskazywał, że dziewczęta i chłopcy uczęszczający do szkół podstawowych i gimnazjalnych spożywają regularnie trzy posiłki dziennie, natomiast starsza młodzież jada nieregularnie, przy czym tendencję taką zauważono częściej u dziewcząt niż u chłopców (tab. 1).

Tabela 1. Spożywanie posiłków w ciągu dnia (co najmniej trzy posiłki)

Płeć	Dziewczeta						Chłopcy						Ogółem	
Grupa wiekowa	I		II		III		I		II		III		I+II+III	
Cały czas	6	86%	7	54%			9	82%	6	60%			29	45%
Często	1	14%	5	38%			2	18%	4	40%	5	38%	16	24,5%
Czasami			1	8%	8	73%					7	54%	16	24,5%
Rzadko					3	27%					1	8%	4	6%
Nigdy														
Razem	7		13		11		11		10		13		65	100%

Chłopcy w wieku 8–12 lat nigdy nie stosowali żadnej diety ($n = 11$, 100%), tak samo 60% ($n = 6$) gimnazjalistów, a 40% ($n = 4$) rzadko. Młodzież uczęszczająca do szkół ponadgimnazjalnych w większości nigdy nie stosowała diety (54%, $n = 7$) lub rzadko (38%, $n = 5$). Wśród dziewcząt szkół podstawowych nigdy nie stosowało diety 71% uczennic ($n = 5$), a rzadko 14% ($n = 2$). Nigdy nie stosowało diety 62% gimnazjalistek ($n = 8$), rzadko 15% ($n = 2$). W pojedynczych przypadkach okresowo stosowały dietę. Jedynym odstępstwem była jedna dziewczynka z grupy wiekowej 8–12 lat, która stosowała dietę w sposób ciągły. Dietę stosowało najczęściej uczennice szkół ponadgimnazjalnych 43% ($n = 5$).

Analizowano odpowiedzi na pytanie dotyczące urozmaicenia posiłków. W tym przypadku najgorzej przedstawia się sytuacja wśród chłopców wieku 16–20 lat. W znacznej większości jadają oni tylko czasami urozmaicone posiłki, a nawet rzadko. Urozmaicone posiłki najczęściej zjadają gimnazjaliści i kolejno uczniowie szkół podstawowych. Znaczna większość jada urozmaicone posiłki cały czas i często. Odpowiedzi najstarszych dziewcząt wykazały, że nie przywiązują wagi do różnorodności pokarmów tak bardzo, jak gimnazjalistki i uczennice szkół podstawowych.

Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące stosowania diety mającej związek z odchudzaniem przedstawiono w tabeli 2.

Wyraźnie widać, że zainteresowanie kalorycznością spożywanych posiłków wzrasta wraz z wiekiem, a także uzależnione jest od płci. Chłopcy w wieku 8–12 ($n = 11$, 100%) i 13–15 ($n = 10$, 100%) lat i ponad połowa uczących się w szkołach ponadgimnazjalnych ($n = 7$, 54%), zupełnie nie interesuje się kalorycznością potraw. Wśród licealistek ponad połowa badanej grupy ($n = 6$, 55%) zadeklarowała, że czasami znają zawartość kaloryczną pokarmów, które zjadają. Dziewczynki w wieku gimnazjalnym 77% ($n = 10$) i uczęszczających do szkół podstawowych 86% ($n = 6$) nie znają kaloryczności pokarmów. Problem zainteresowania ilością zjadanych kalorii dotyczy najstarszych wychowanków, głównie dziewcząt.

Tabela 2. Stosowanie diety mającej związek z odchudzaniem

Płeć		Dziewczęta						Chłopcy						Ogółem	
Grupa wiekowa		I	II		III				I	II		III		I+II+III	
Cały czas	1	14%												1	1,5%
Często			3	23%	3	27%						1	8%	7	11%
Czasami					2	18%								2	3%
Rzadko	1	14%	2	15%	5	45%				4	40%	5	38%	17	26%
Nigdy	5	71%	8	62%	1	9%	11	100%	6	60%	7	54%		38	58,5%
Razem		7	13		11			11	10		13			65	100%

Kolejne pytanie ankietowe dotyczyło znajomości kaloryczności posiłków, a rozkład odpowiedzi przedstawiony został w tabeli 3.

Tabela 3. Wiedza na temat kaloryczności spożywanych posiłków

Płeć	Dziewczęta						Chłopcy				Ogółem			
Grupa wiekowa	I		II		III		I		II		III		I+II+III	
Cały czas														
Często														
Czasami			2	15%	6	55%					2	15%	10	15,4%
Rzadko	1	14%	1	8%	2	18%					4	31%	8	12,3%
Nigdy	6	86%	10	77%	3	27%	11	100%	10	100%	7	54%	47	72,3%
Razem	7		13		11		11		10		13		65	100%

W przypadku pytania o spontaniczność przyjmowania pokarmów, większość wychowanek i wychowanków domu dziecka twierdziła, że tylko czasami je to, na co ma ochotę. Wśród dziewcząt i chłopców w wieku 16–20 lat pojawiły się również odpowiedzi „rzadko” i „nigdy” jedzą to, na co mają ochotę, natomiast tylko wśród gimnazjalistek i gimnazjalistów odnotowano odpowiedzi „cały czas”, co znaczy, że nie mają oni większych oporów przed spontanicznym przyjmowaniem pokarmów. Tendencji takiej nie można zauważyć w najmłodszych grupach wiekowych. Najlepsze oceny uzyskali chłopcy w wieku gimnazjalnym. Tabela 4 ilustruje liczebność dzieci i młodzieży unikających posiłków.

Chłopcy w wieku gimnazjalnym ($n = 6$, 60%) nie stosują ograniczeń w spożywaniu posiłków, a gimnazjalistkom ($n = 10$, 77%) zdarza się czasami unikać posiłków. Tylko wśród dziewcząt w wieku 8–12 lat i 16–20 lat pojawiły się pojedyncze odpowiedzi, że często unikają posiłków. Wśród wychowanków nie ma jednak osób, które unikałyby posiłków cały czas.

Tabela 4. Unikanie posiłków

Płeć		Dziewczęta						Chłopcy						Ogółem	
Grupa wiekowa		I		II		III		I		II		III		I+II+III	
Cały czas															
Często	1	14%				1	9%						2	3%	
Czasami	1	14%	10	77%	5	45%	6	55%			5	38%	27	41,5%	
Rzadko	3	43%	2	15%	5	45%	5	45%	4	40%	8	62%	27	41,5%	
Nigdy	2	29%	1	8%					6	60%				9	14%
Razem	7	13		11		11		10		13		65		100%	

Kolejno analizowano odpowiedzi na pytanie o incydenty zjadania znaczniejszych ilości pożywienia niż jest to potrzebne. Jedynie w grupach wiekowych chłopców pojawiły się odpowiedzi informujące, że często zjadają więcej niż potrzebują. Niemniej wśród gimnazjalistów blisko połowa odpowiedzi określonych jest jako złe, co znaczy, że tylko czasami zdarza im się zjadać więcej niż potrzebują. Złe odpowiedzi pojawiają się również we wszystkich grupach wiekowych dziewcząt, a to oznacza, że nigdy i bardzo rzadko przejadają się, przy czym gimnazjalistki wypadły lepiej niż pozostałe grupy wiekowe.

Kolejne pytanie w ankiecie dotyczyło spożywania pokarmów wysokokalorycznych, a odpowiedzi na nie przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Unikanie pokarmów wysokokalorycznych

Płeć		Dziewczęta						Chłopcy						Ogółem	
Grupa wiekowa		I		II		III		I		II		III		I+II+III	
Cały czas															
Często						3	27%					2	15%	5	8%
Czasami	1	14%	4	31%	3	27%	2	18%	2	20%	5	38%	17	26^	
Rzadko	3	43%	5	38%	3	27%	4	36%	5	50%	4	31%	24	37%	
Nigdy	3	43%	4	31%	2	18%	5	45%	3	30%	2	15%	19	29%	
Suma	7		13		11		11		10		13		65	100%	

Wyraźnie widać, że zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców wraz z wiekiem wzrasta liczba wychowanków unikających spożywania pokarmów wysokokalorycznych. Wśród najstarszych dziewcząt 27% (n = 3) i chłopców 15% (n = 2) są osoby, które prawie całkowicie zrezygnowały ze spożywania tłuszczów i udzieliły odpowiedzi, że często unikają posiłków wysoko kalorycznych.

Analizie poddano odpowiedzi dotyczące spożywania pokarmów dietetycznych. Wśród wszystkich grup wiekowych chłopców, pojawiły się odpowie-

dzi, że nigdy nie spożywali pokarmów dietetycznych. Liczba tych odpowiedzi maleje wraz z wiekiem, przy czym pojawiają się odpowiedzi, że często spożywają pokarmy dietetyczne. W przypadku gimnazjalistek pojawiła się również jedna odpowiedź najniżej punktowana, że jedna dziewczynka jada pokarmy dietetyczne cały czas. W grupie licealistek natomiast nie padła ani jedna odpowiedź „nigdy”, co znaczy, że najstarsze dziewczęta stosowały przeszłości lub stosują jakąś dietę.

Analizowano odpowiedzi na pytanie dotyczące wpływu stanu emocjonalnego na odżywianie się. W żadnej z badanych grup wiekowych nie uzyskano odpowiedzi, że stan emocjonalny „cały czas” wpływa na ich sposób odżywiania. Dla dziewcząt w wieku 8–12 lat stan emocjonalny ma duży wpływ na odżywianie, 43% tej grupy ($n = 3$) udzieliło odpowiedzi „często”. Dla licealistek stan emocjonalny nie odgrywa większej roli w sposobie żywienia (rzadko: $n = 6$, 55%; nigdy: $n = 3$, 27%). Wbrew oczekiwaniom, młodsi chłopcy (rzadko: $n = 8$, 73%) i gimnazjaliści (rzadko: $n = 4$, 40%) w ogólnej ocenie nie uzyskali lepszej punktacji od licealistów (rzadko: $n = 2$, 15%).

Następne pytanie dotyczyło spożywanych ilości pokarmów preferowanych. Najlepsze wyniki uzyskała młodzież w wieku 16–20 lat (chłopcy: nigdy: $n = 3$, 23%; rzadko: $n = 4$, 31% i dziewczęta: nigdy: $n = 1$, 9%; rzadko: $n = 7$, 64%), a oznacza to, że w większości przypadków nie przejadają się niektórymi pokarmami. Średnie i słabe oceny otrzymały najmłodsze dzieci czyli, często zdarza im się jeść niektóre pokarmy w nadmiernych ilościach (chłopcy: $n = 8$, 73% i dziewczęta: $n = 5$, 71%). Nie jest wykluczone, że sytuacja taka spowodowana jest niezrozumieniem treści pytania i stąd mogły pojawić się odwrócone wyniki.

Poddano analizie zmienną, jaką jest ważenie się dzieci i młodzieży po spożyciu posiłków (tabela 6).

Tabela 6. Ważenie się po jedzeniu

Płeć	Dziewczęta						Chłopcy						Ogółem	
Grupa wiekowa	I		II		III		I		II		III		I+II+III	
Cały czas														
Często					3	27%							3	5%
Czasami	1	14%	1	85	2	18%					2	15%	6	9%
Rzadko	1	14%	3	23%	2	18%					5	38%	11	17%
Nigdy	5	71%	9	69%	4	36%	11	100%	10	100%	6	46%	45	69%
Suma	7		13		11		11		10		13		65	100%

Im starsi wychowankowie (dziewczęta i chłopcy), tym mniej pojawia się odpowiedzi „nigdy” (dziewczęta: I: $n = 5$, 71%; II: $n = 9$, 69%; III: $n = 4$, 36%; chłopcy: I: $n = 11$, 100%; II: $n = 10$, 100%; III: $n = 6$, 46%), a więcej „często”

(dziewczęta: III: $n = 3$, 27%) i „czasami” (chłopcy: III: $n = 2$, 15%), co oznacza, że wraz z wiekiem coraz więcej uwagi przywiązują do kontroli wagi po spożyciu posiłków. Młodzi i starsi chłopcy (21 osób) nigdy nie ważą się po posiłkach. Problem kontroli wagi dotyczy głównie najstarszych dziewcząt.

Kolejne pytanie dotyczyło jedzenia szybkich przekąsek poza domem. Chłopcy uzyskali nieco lepsze wyniki niż dziewczęta. Prawie połowa najmłodszych dzieci (dziewczęta: I: $n = 3$, 43%; chłopcy: I: $n = 5$, 45%) nie ma żadnych oporów przed spożywaniem szybkich przekąsek. Gimnazjaliści często (dziewczęta: II: $n = 3$, 23%; chłopcy: II: $n = 4$, 40%) i czasami (dziewczęta: II: $n = 10$, 77%; chłopcy: II: $n = 6$, 60%) zjadają przekąski poza domem, a najstarsze dziewczęta (czasami: $n = 7$, 64%, rzadko: $n = 4$, 36%) w większości stronią od zjadania posiłków poza domem.

Dyskusja

Nieprawidłowe zachowania żywieniowe mogą być pierwszym symptomem zaburzeń odżywiania, takich jak anoreksja czy bulimia. Najbardziej charakterystycznymi cechami anoreksji jest stałe i znaczne ograniczenie przyjmowania pokarmów, zaburzona percepcja masy ciała i sylwetki oraz konsekwentne dążenie do bycia coraz szczuplejszym [8, 9]. Natomiast bulimii towarzyszy atak żarłocznego jedzenia, po którym występują zachowania kompensacyjne w postaci wymiotów, intensywnego wysiłku, restrykcyjnej diety. Pojawieniu się symptomów zaburzeń odżywiania w dużej mierze sprzyja wcześniejsze stosowanie różnych diet mających na celu kontrolowanie wagi [9, 10].

Z badań własnych wynika, że zachowania żywieniowe wśród wychowanków nie są prawidłowo rozwinięte, zaobserwowano również to zjawisko nawet u najmłodszych dzieci przebywających w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Uzyskane wyniki są zgodne z przewidywaniami, że rzeczywiste rozmiary zaburzeń odżywiania wśród dzieci i młodzieży przebywającej w placówce opiekuńczo-wychowawczej są znaczne oraz że dzieci, zwłaszcza młodzież, przywiązują dużą wagę do sposobu odżywiania się.

Badania wyraźnie wskazały na to, że starsza młodzież obojga płci częściej niż dzieci uczęszczające do szkół podstawowych, unika spożywania niektórych pokarmów, przede wszystkim zawierających tłuszcz, a także częściej spożywa produkty dietetyczne. Badania wskazały, że zachowania żywieniowe wychowanków domu dziecka nie są właściwe, a także, że rozmiary występowania zaburzeń łaknienia wśród dzieci i młodzieży uzależnione są od wieku i płci, przy czym pojawiają się one częściej u dziewcząt i zwiększają się wraz z wiekiem.

Badania dostarczyły materiału do formułowania ewentualnych programów, interwencji i sposobów oddziaływań wychowawczych, dokładnego zwyfikowania jadłospisów i podjęcia działań zmierzających do zmiany zastanego

stanu oraz w celu uniknięcia szerzenia się zaburzeń odżywiania wychowanków domów dziecka.

Wnioski

1. Zachowania żywieniowe wychowanków domu dziecka nie są prawidłowo rozwinięte, a co za tym idzie, istnieje duże ryzyko zagrożenia zaburzeniami odżywiania.
2. Występowanie nieprawidłowych zachowań żywieniowych u dzieci i młodzieży uzależnione jest od wieku i płci, przy czym pojawiają się one częściej u dziewcząt i zwiększają się wraz z wiekiem.
3. Programy profilaktyczne z zakresu prawidłowego odżywiania wśród wychowanków domów dziecka mogą mieć znaczenie w obniżeniu ryzyka zaburzeń odżywiania.

Bibliografia

1. Sęk H. *Pojęcia normy, normalności i zdrowia*, [w:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 1. PWN, Warszawa 2008.
2. Brytek-Matera A. *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008.
3. Jabłow MM. *Anoreksja, bulimia, otyłość*, M. Przyłipiak [tłum.]. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
4. Józefik B, Ulańska R. *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, 88–103.
5. Obuchowska I. *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*, [w:] Sęk H, (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2. PWN, Warszawa 2008.
6. Sayer M. *Zaakceptuj siebie. Poradnik właściwego odżywiania*, A. Gradzińska [tłum.]. Wydawnictwo Ibis, Poznań 2009.
7. Namysłowska I, Paszkiewicz E, Siewierska A. *Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i bulimia*. Wydawnictwo WAB, Warszawa 2000.
8. Bąk-Sosnowska M. *Miedzy ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009.
9. Wiatrowska A. *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009.
10. Brytek-Matera A. *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008.

Eating Habits of Charges from Children's Home

Abstract: Introduction. The connection between eating disorders, lifestyle, eating habits and environmental and social conditionings is obvious. They cause life-threatening somatic aftermath, as well as mental and social outcomes.

Aim of the research. The research was carried out in order to learn about eating habits of charges from children's home. Girls in general are more prone to development of negative eating behaviour. The variables measurement was taken by the use of diagnostic survey based on original questionnaire and the analysis of documents and also by the means of observation and survey. The research was taken at the beginning of 2010 and included 65 charges of children's home. Girls in general are more prone to development of negative eating behaviour. The risk of appearance of eating disorders is increasing proportionally to age. The eating habits among the charges are not developed correctly and because of that the risk of eating disorders is high. Special prophylactic programs of eating disorders should be created among the charges of children's homes. In the high-risk groups the activities should be concentrated on educating children and tutors about the body mass norms and figures.

Key words: eating disorders, children's home, charges

PRACE POGLĄDOWE

Anna Rej-Kietła, Sandra Kryska

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze

LEKARSKI OBOWIĄZEK A SAMOSTANOWIENIE PACJENTA

adres korespondencyjny:
Anna Rej-Kietła, ul. Wesoła 4b/44, 41-200 Sosnowiec
e-mail: aniarej@interia.pl

Streszczenie: W ustawodawstwie polskim oraz w deontologii lekarskiej jeszcze na początku XX wieku nie było mowy o jakiegokolwiek autonomii woli pacjenta co do przebiegu leczenia. Jednak wraz z upływem lat, a przede wszystkim znacznego wzrostu świadomości pacjentów, charakter świadczeń zdrowotnych uległ zmianie. Pacjent mógł w coraz większym stopniu decydować o tym, czy poddać się konkretnemu zabiegowi czy też nie.

Istnieje jednak szereg pytań o to, jak daleko sięga taka autonomia, granica swobody decydowania pacjentów o swoim życiu, na przykład w kontekście religijnym czy światopoglądowym.

Należy pamiętać, że samostanowienie pacjenta nie zawsze będzie respektowane w świetle prawa. Dotyczy to między innymi takich zabiegów, jak aborcja (z pewnymi wyjątkami) czy eutanazja, które są przez polskie prawo zakazane.

Z jednej strony przedkłada się ochronę życia ludzkiego nad wolę pacjenta. Z drugiej strony lekarz, który podjąłby się czynności medycznych bez zgody pacjenta, nie naruszyłby jego życia lub zdrowia gdyż byłoby to działanie w obronie tych dóbr, ale naruszyłby wolność pacjenta, prawo do decydowania o stanie własnej osoby i własnym losie.

Słowa kluczowe: samostanowienie, prawa pacjenta, obowiązek lekarski

Wprowadzenie

W ustawodawstwie polskim oraz w deontologii lekarskiej jeszcze na początku XX w. nie było mowy o jakiegokolwiek autonomii woli pacjenta [1]. Niewątpliwie miał na to wpływ zdecydowanie paternalistyczny charakter usług lekarza wobec pacjentów. To lekarz decydował o leczeniu pacjenta, o jego zdrowiu, a niejednokrotnie też i o jego życiu. Pacjent mógł jedynie podporządkować się woli usługodawcy.

Charakter paternalistyczny w najogólniejszym znaczeniu nawiązywał do ojca rodziny, który zdaje sobie sprawę, że jego dzieci/podopieczni nie są w stanie decydować o własnym losie, są nieświadome. Ojciec troszcząc się o ich dobro podejmował decyzje ich dotyczące bez uwzględnienia zdania dzieci. Paternalizm zdecydowanie został skrytykowany, gdy decyzje te zaczęto podejmować wobec ludzi dorosłych, którzy są istotami bardziej świadomym [2, 3].

W wielu krajach na całym świecie miejsce paternalizmu – zarówno w refleksji etycznej, jak i prawnej – zajęła zasada szacunku dla wolnej woli pacjenta. Należy jednak pamiętać, że wciąż istnieją państwa, w których do dziś regulacje związane z prawami pacjenta są zdecydowanie zaniedbane, na przykład Czechy.

Wraz z upływem lat pacjent mógł w coraz większym stopniu decydować o swoim leczeniu oraz ewentualnych metodach diagnostycznych. Pacjent w coraz większym zakresie i z większą swobodą potrafi posługiwać się zapisami ustaw czy Konstytucji RP. Istnieje jednak szereg pytań, w tym, jak daleko sięga taka autonomia, granica swobody decydowania pacjentów o swoim życiu, między np. kontekstem religijnym a obowiązkiem ratowania życia ludzkiego wynikającym chociażby z Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Autonomia dla pacjenta

Termin autonomia (gr. *autos* – własny, *nomos* – prawo) to kluczowe pojęcia, które odzwierciedlają współczesne przemiany zachodzące w rozumieniu i praktyce zawodu lekarskiego. W przypadku relacji lekarz–pacjent, autonomia powinna być rozumiana jako zakaz ingerencji medycznych bez wyraźnej zgody pacjenta. Tak rozumiane pojęcie należy do jak najbardziej słusznych, zarówno pod względem etycznym, jak i prawnym. Wydaje się natomiast za niewłaściwe interpretowanie pojęcia autonomii pacjenta jako pewnej kategorii żądań, które lekarz musiałby spełnić [4].

Zgoda pacjenta na zabieg medyczny jest zdarzeniem cywilnoprawnym, które wywołuje skutki prawne poprzez oświadczenie woli. Warunki, które musi spełniać czynność prawna, aby zgoda mogła zostać uznana w świetle prawa za skuteczną, to m.in.:

- osoba, która udziela zgody musi być do tego upoważniona,
- czynność co do której wyraża zgodę, nie może być sprzeczna z prawem lub z zasadami współżycia społecznego,
- zgodę może wyrazić osoba, która została dokładnie poinformowana o faktycznych okolicznościach dotyczących zabiegu czy planowanej operacji,
- zgoda musi dotyczyć konkretnego zabiegu [5].

Prawo człowieka do samostanowienia o zdrowiu, a często też i o życiu, uzyskało nowy aspekt ochrony w kodeksie karnym z 1997 r. W art. 192 znaleźć tam można kategorię przestępstwa polegającego na wykonaniu zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Została zatem potwierdzona tendencja do prymatu zasady *voluntas aegroti suprema lex* nad zasadą *salus aegroti suprema lex* [6]. Tendencja ta znajduje również odzwierciedlenie w Konstytucji RP, w innych ustawach oraz aktach prawa międzynarodowego. Także Kodeks Etyki Lekarskiej przyjęty w 2003 r. na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy w art. 15 stanowi, że:

- postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem;
- w przypadku osoby niepełnoletniej lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia tej zgody;
- wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- badanie bez wymaganej zgody pacjenta lekarz może przeprowadzić również na zlecenie organu lub instytucji upoważnionej do tego z mocy prawa, o ile nie stwarza ono nadmiernego ryzyka zdrowotnego dla pacjenta;
- w razie nie uzyskania zgody na proponowane postępowanie, lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską [7].

Z zasady dobro pacjenta, którym powinien kierować się lekarz, ma wynikać z poszanowania woli pacjenta, np. jego wierzeń. Ustawodawca zatem postanowił nadać woli pacjenta charakter kategorii normatywnej. Polska ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta informuje o prawach, które przysługują każdemu podmiotowi korzystającemu z usług medycznych:

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
3. Pacjent ma prawo żądać opinii innego lekarza/pielegniarki.

4. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
5. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.
6. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia oraz o ustawowych prawach pacjenta.
7. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.
8. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody.
9. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
10. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
11. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami [8].

Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła Deklarację Praw Pacjenta, w których po raz kolejny została podkreślona wolna wola pacjenta:

1. Warunkiem wstępnym dla jakichkolwiek działań medycznych jest świadoma zgoda pacjenta.
2. Pacjent ma prawo nie zgodzić się lub wstrzymać działanie medyczne. Następstwa odmowy lub wstrzymania leczenia powinny być starannie objaśniane pacjentowi.
3. Jeżeli pacjent jest niezdolny do wyrażenia swojej woli, a konieczna jest natychmiastowa interwencja medyczna, należy zakładać zgodę pacjenta, o ile wcześniej nie wyraził on swojej woli w sposób niepozostawiający wątpliwości co do odmówienia zgody w danej sytuacji.
4. Pacjent ma prawo do wyrażania zgody lub odmowy ich udzielania na badanie lekarskie, badanie diagnostyczne lub inne czynności medyczne i pielęgnacyjne oraz do pełnej informacji o ich celu, charakterze i stopniu ryzyka, a także prawo do wyrażenia zgody lub odmowy jej udzielenia na umieszczenie w szpitalu lub innym zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej.
5. Pacjent lub jego opiekun czy też przedstawiciel ustawowy wyraża na piśmie zgodę na zabieg operacyjny w celach leczniczych lub diagnostycz-

nych, na poddanie się eksperymentalnej metodzie leczenia lub diagnostyki oraz na udział w eksperymencie medycznym do celów naukowych.

6. Pacjent ma prawo do odmowy poddania się demonstracjom medycznym dla celów dydaktycznych.
7. Pacjent ma prawo zastrzec, aby nie pobierać z jego zwłok tkanek, narządów i komórek.
8. W przypadku możliwości zastosowania alternatywnych sposobów leczenia pacjent ma prawo do współdecydowania o wyborze jednego z nich [9].

Wolność jest jedną z fundamentalnych zasad współczesnej doktryny praw człowieka (art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167, oraz art. 8 Europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, Dz.U. z 1992 r. Nr 85, poz. 427) [10].

Wcześniej wspomniana już Konstytucja RP, mówi w art. 31 ust. 2, że „nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego mu prawo nie nakazuje” [11].

Inny dokument – Konwencja o ochronie praw i godności człowieka wobec zastosowań biologii i medycyny, również jednoznacznie stanowi o wolnej woli pacjenta na świadome poddanie się bądź świadomą odmowę udzielenia świadczenia medycznego. Konwencja podkreśla, że pacjent w każdej chwili może zrezygnować z leczenia [10].

Dokument ten został, jak dotąd, przyjęty przez 29 państw (Polska podpisała w 1999 r. traktat do Konwencji, ale do tej pory go nie ratyfikowała). Oznacza to, że takie kraje, jak m.in.: Dania, Francja, Albania, Węgry, Norwegia, Chorwacja, Portugalia, Hiszpania, Szwajcaria czy Słowacja, zobowiązują się do przestrzegania postanowień zawartych w Konwencji. Niewątpliwie dokument ten można uznać za międzynarodowy konsensus prawny w tak trudnych dziedzinach, jak medycyna i etyka [12].

W Konwencji zdecydowanie propaguje się równe prawa dla wszystkich, a szczególną ochroną objęci są słabsi i narażeni na zranienie. Zatem ma się to zupełnie inaczej niż w amerykańskim liberalnym i komercyjnym modelu medycyny, w którym propaguje się walkę silnych ze słabymi, jako skutek bezosobowych mechanizmów wolnego rynku [13].

Ograniczenia wolnej woli pacjenta

Oczywiście samostanowienie pacjenta nie zawsze będzie respektowane w świetle prawa. Dotyczy to między innymi takich zabiegów, jak aborcja (z pewnymi wyjątkami) czy eutanazja, które są przez polskie prawo zakazane. Z drugiej strony każdy może być poddany przymusowemu leczeniu, na które jak nazwa wskazuje, nie ma wpływu. Są to takie sytuacje, jak np. kwarantanna, izolacja

osób zarażonych bądź podejrzewanych o kontakt z chorobą zakaźną. Ustawodawca, nakładając obowiązek wyższości przymusu nad autonomią woli jednostki, posłużył się tu ochroną dobra ogółu społeczeństwa. Innym rodzajem przymusu jest leczenie wbrew własnej woli pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, które stanowią dla pacjenta zagrożenie jego życia. Należy jednak pamiętać, że wymienione przypadki „przymusu leczenia” są dokładnie opisane i wymienione w poszczególnych ustawach, ponieważ stanowią one tylko wyjątki od autonomii woli pacjenta.

Dosyć dużym problemem stała się zatem interpretacja autonomii woli pacjenta w leczeniu, udzielaniu zgody bądź sprzeciwu na leczenie, a chociażby art. 162 § 1 kk o obowiązku pomocy. Należy tu zaznaczyć, że lekarz zwolniony jest z tego obowiązku np. w sytuacji, gdy mimo, iż zachodzi stan wyższej konieczności udzielenia pomocy pacjentowi, ten wcześniej złożył pisemne lub ustne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych [14].

Zatem poza dokładnie określonymi wyjątkami zawartymi w ustawach, nie można nikogo zmusić do poddania się czynnościom medycznym powołując się nawet na stan wyższej konieczności czy dobro ogółu społeczeństwa.

Kolejną kwestią budzącą pewne wątpliwości jest autonomia pacjenta w kontekście jego wyznania. M. Nesterowicz powołuje się na orzeczenie pewnego paryskiego sądu, który mimo sprzeciwu pacjenta – świadka Jehowy, nakazał przetoczyć pacjentowi krew, gdyż uznał, iż jest to stan, w którym należy przedłożyć stan wyższej konieczności nad samostanowieniem pacjenta [15]. Wynika z tego, że takie oświadczenie świadków Jehowy jest nadużyciem prawa sprzecznym z zasadami współżycia społecznego. Jednak kwestia ta jest w dalszym ciągu sporna.

Kolizja obowiązku ratowania życia czy zdrowia oraz samostanowienie pacjenta o własnym losie, nie powinna być zostawiona tylko lekarzowi. Tak naprawdę to pacjent jest zdolny do ustalenia, która z wartości jest dla niego cenniejsza. Należy pamiętać, że w przeciwnym razie, działanie bez zgody pacjenta stanowić będzie naruszenie dóbr osobistych.

Kodeks cywilny przewiduje, że osoba której dobro osobiste zostało naruszone, może żądać zaniechania tych działań przez osobę, która się ich dopuściła (chyba, że jest to zgodne z prawem) lub żądać zniwelowania skutków tych działań. Takie zlikwidowanie skutków może polegać na sporządzeniu przez osobę, która naruszyła dobra osobiste, pewnych oświadczeń np. przeprosin.

Podsumowanie

Zasada suwerennego wyboru pacjenta dotyczącego jego leczenia jest jedną z najważniejszych i podstawowych z zakresu praw każdego człowieka. Nie jest to

jednak oczywiste dla niektórych sądów czy doktryn. Wydawać by się mogło, że ma to związek z brakiem poszanowania pewnych tradycji czy wyborów, które nie przez wszystkich są respektowane, a wręcz czasem uważane za naganne.

Bibliografia

1. Kwiecińska K. *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy, a prawo pacjenta do samostanowienia na tle uregulowań kodeksu karnego z 1997*. Prawo i Medycyna. 2009; [on-line 14.10.2013].
2. Biesaga T. *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*. Medycyna Praktyczna. 2005; 6: 20–24.
3. Machinek M. *Autonomia pacjenta versus autonomia lekarza. Dylematy moralne w kontekście roszczeń pacjenta w sytuacji zagrożenia życia*. Materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej „Medycyna – nauką czy miejscem spełniania życzeń pacjenta”, Warszawa, 17–18 kwietnia 2008.
4. Sawicki J. *Przymus leczenia i eksperyment lekarski w świetle prawa*. Warszawa 1966.
5. Baron K. *Zgoda pacjenta*. Prokuratura i Prawo. 2010; 9: 42–57.
6. Mozgawa M, Kanadys-Marko M. *Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.)*. Prokuratura i Prawo. 2004; 3: 21–26.
7. Kodeks Etyki Lekarskiej znowelizowany w 2003 r. na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy.
8. Paszkowska M. *Fundamentalne prawa pacjenta*. Praca i Zdrowie. 2009; [on-line 14.10.2013].
9. World Health Organization, Deklaracja Praw Pacjenta, www.bpp.waw.pl/deklaracja_praw_pacjenta_who.html.
10. Kobińska A. *Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości*. Transformacja Prawa Prywatnego. 2006; 3–4: 35–51.
11. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997.
12. Biesaga T. *Europejska Konwencja Bioetyczna*. Medycyna Praktyczna. 2006; 11: 24–28.
13. Hottois G. *A Philosophical and Critical Analysis of the European Convention of Bioethics*. J. Med Philos. 2000; 25: 133–146.
14. Kubicki L. *Obowiązek. udzielenia pomocy lekarskiej*. Prawo i Medycyna. 2003; 13: 5–8.
15. Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Wydawnictwo TNOiK, Toruń 2007.

Physician's Duty and Self-Determination of the Patient

Abstract: Polish legislation and deontology at the beginning of the twentieth century, there was no question of any patient's autonomy as a course of treatment. However, over the years, and most of all, a significant increase in patient awareness, the nature of health care has changed. The patient could increasingly decide whether to undergo a specific

treatment or not. However, a number of questions how far such autonomy, limit patients' freedom to decide about their lives, for example in the context of religious or worldview. Keep in mind that the patient's self-determination is not always respected by the law. This includes procedures such as abortion (with some exceptions) and euthanasia, which are prohibited by law. On one hand, shall be submitted to the protection of human life over the will of the patient. On the other hand doctor who would take on the medical services without the consent of the patient, there would attack the life or health because it acts on behalf of those goods, but attacks the patient's freedom, the right to decide on the state of their own people and their own destiny.

Key words: self-determination, the right patient, the doctor's duty

Stefan Poździoch

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Prawa, Administracji i Stosunków Międzynarodowych

PRAWO PACJENTA DO BEZPIECZEŃSTWA - REGULACJE EUROPEJSKIE I POLSKIE

adres korespondencyjny:

Stefan Poździoch, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Prawa, Administracji i Stosunków Międzynarodowych, 30–705 Kraków,
ul. Gustawa Herlinga-Gruzińskiego 1
e-mail: stefanpoz@poczta.onet.pl

Streszczenie: Bezpieczeństwo pacjenta w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi kluczowe wyzwanie dla polityki zdrowotnej i należytego funkcjonowania podmiotów leczniczych. Uwarunkowania systemowe powodują, że nienależyta jakość opieki zdrowotnej prowadzi w następstwie do zdarzeń niepożądanych i stawia pod znakiem zapytania prawo pacjenta do bezpieczeństwa. W artykule poruszono głównie dwie kwestie. Najpierw przywołano niektóre nowsze dane statystyczne ilustrujące skalę zdarzeń niepożądanych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Polsce i w innych krajach. Następnie zwięźle omówiono kluczowe dokumenty europejskie i polskie, które określiły konieczne procedury, zakresy i metody działania dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo pacjenta, zdarzenie niepożądane, jakość opieki zdrowotnej, akredytacja

Wprowadzenie

Prawo pacjenta do bezpieczeństwa w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych jest niewątpliwie kluczowym elementem składowym jakości opieki zdrowotnej. Pojęcia: bezpieczeństwo pacjenta, satysfakcja pacjenta i jakość opieki zdrowotnej, są nierozdzielnie powiązane i nie można ich rozpatrywać oddzielnie. Bezpieczeństwo pacjenta i poziom jego satysfakcji z udzielonego mu świadczenia konsekwentnie wynika z jakości opieki zdrowotnej. Takie podejście do zagadnienia obecnie jest powszechne i znajduje wyraz w piśmiennictwie poświęconym tej problematyce, jak i w najnowszych regulacjach prawnych. Jakość opieki zdrowotnej determinuje wiele czynników najrozmaitszej natury, związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Można je porządkować według różnych kryteriów, a w tym: medycznych, prawnych, ekonomicznych, organizacyjnych, technicznych, ergonomicznych, socjologicznych, psychologicznych i innych. Nieprawidłowości, zaniedbania lub rażące błędy w konsekwencji prowadzą do niepotrzebnych powikłań w stanach chorobowych pacjentów, przedłużonego leczenia i zbędnych strat ekonomicznych, czasem nieodwracalnego kalectwa, a często i do zgonów. Powodują one także słuszne roszczenia pacjentów lub ich osób bliskich o naprawienie wyrządzonej szkody w trakcie leczenia. W tym ostatnim zakresie procedury ich dochodzenia są obecnie na świecie różne. Dominują jednak procesy sądowe przeciwko podmiotom leczniczym – cywilne lub karne. W ostatnich latach w wielu krajach pojawiały się także procedury dochodzenia roszczeń natury administracyjnej przed odpowiednimi komisjami. Taka możliwość od dwóch lat jest także i w Polsce. Znane są również rozwiązania przyjmowane na gruncie prawa ubezpieczeniowego poprzez tworzenie specjalnych funduszy ubezpieczeniowych, rekompensujących wyrządzone w trakcie leczenia szkody, jak np. we Francji, w krajach skandynawskich, Japonii, Nowej Zelandii, Kanadzie [1].

W ostatnich latach nastąpiła ewolucja pojęć w nazewnictwie wszelkiego rodzaju ujemnych stanów i skutków dla pacjenta związanych z jego leczeniem. W XX w. w przedmiotowym piśmiennictwie medycznym i prawniczym powszechnie zaakceptowano określenie, najpierw „błędu wiedzy i sztuki lekarskiej”, a później „błędu medycznego”. W międzynarodowych dokumentach, zwłaszcza europejskich, w XXI w. wprowadzono nowe pojęcie „zdarzenie niepożądane” (ZN) (w brzmieniu angielskim *patient safety incident*). Warto również podkreślić, że prawie ćwierć wieku temu A. Zoll użył trafnego określenia „niepowodzenie w leczeniu” [2]. Pojęcie zdarzenia niepożądanego (określanego także w piśmiennictwie jako zdarzenie medyczne) posiada szerszy kontekst, gdyż obejmuje zarówno tradycyjnie pojmowany błąd medyczny, jak i wszelkie inne negatywne konsekwencje wywołane u pacjenta przez różne okoliczności i czynniki i niekoniecznie zawinione przez podmiot udzielający rodzajowego świadczenia zdrowotnego. Taki pogląd wydaje się współcześnie coraz bardziej dominujący.

Można wskazywać rozmaite aspekty zdarzeń niepożądanych w dziedzinie opieki zdrowotnej: medyczne, prawne, ekonomiczne, ergonomiczne, zarządcze, psychologiczne, socjologiczne i inne. Także i ich uwarunkowania są różnej natury, a zwłaszcza:

- medyczne – działania niezgodne z wiedzą i praktyką medyczną,
- prawne – brak odpowiednich regulacji,
- ekonomiczne – niedostateczny poziom finansowania opieki zdrowotnej,
- organizacyjne – złe rozwiązania, brak kontroli itp.,
- techniczne – nienależyte wyposażenie w aparaturę, zły jej stan techniczny, brak konserwacji,
- psychologiczne i socjologiczne – wadliwe zachowania ludzi, nawyki, postawy.

W przedmiotowym piśmiennictwie można odnotować uwagi, że pewne działania mające na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta, są tak stare i odległe w czasie, jak sama medycyna i sięgają czasów antycznych i średniowiecza. Dobrym przykładem może być izolacja chorych zakaźnie znana w okresie renesansu lub wprowadzenie w XVIII w. segregacji chorych i wydzielanie rodzajowych oddziałów szpitalnych. Ale nasilały się one dopiero w czasach nowożytnych i współczesnych poprzez wprowadzenie sterylizacji, dezynfekcji i innych metod.

Pierwsze milowe kroki w zakresie troski o poprawę jakości opieki zdrowotnej przypadają jednak na początek XX w. Najwcześniejsze działania w tym zakresie podjęto w USA. Tam usiłowano zbudować pierwsze programy standaryzacji postępowania w szpitalu. Standardy minimum Amerykańskiego Kolegium Chirurgów z 1918 r. unaocznily, że nie spełniało ich 87% amerykańskich szpitali [3]. W 1951 r. z inicjatywy kilku towarzystw (Amerykańskiego Kolegium Chirurgów, Kolegium Lekarzy, Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej) utworzono w USA Komisję Wspólną ds. Akredytacji Szpitali (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*). W kolejnych latach akredytację szpitali wprowadzano w Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii oraz w wielu krajach europejskich. W Polsce program taki funkcjonuje od 1998 r. i jak podaje R. Nizankowski, objął zaledwie około 1/7 polskich szpitali [3]. Według danych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, na dzień 30 maja 2013 r. akredytację w Polsce posiadało 127 szpitali z ponad 800 funkcjonujących [4]. Obecnie w poszczególnych krajach świata akredytacja ma charakter obowiązkowy lub dobrowolny. Gdy chodzi o pierwszy rodzaj rozwiązań to najwcześniej wprowadziła go Francja (już w latach 80. a definitywnie od 1996 r.), następnie Szkocja (1998) i Włochy (1999). W większości krajów jest ona jednak dobrowolna: w USA, w Holandii (1996), w Szwajcarii (1996), na Łotwie (1997), Litwie (1998), w Bułgarii (1999). Jak podaje Charles D. Shaw, w 2004 r. akredytację prowadziło już 26 państw, a 14 innych ją wdrażało [5].

Zdarzenia niepożądane (ZN) w świetle danych

Pomimo prowadzonej od szeregu lat akredytacji podmiotów leczniczych, głównie szpitali, sytuacja w zakresie zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną w Europie i na świecie nadal przedstawia się bardzo niekorzystnie, a nawet można zaryzykować stwierdzenie, że zatrzważająco. Dla jej zilustrowania można przywołać niektóre wybrane dane statystyczne. W 1999 r. Instytut Medycyny (IOM) Amerykańskiej Narodowej Akademii Nauk opublikował Raport, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, który wstrząsnął amerykańską i światową opinią publiczną. Przedstawiono w nim wyniki dwóch badań – jedno wykonane w stanach Kolorado i Utah, drugie zaś w stanie Nowy Jork. Na podstawie pierwszego, zdarzenia niepożądane stwierdzono u 2,9% pacjentów. W szpitalach tych dwóch stanów 6,6% zdarzeń niepożądanych doprowadziło do zgonów. W stanie Nowy Jork zdarzenia takie wystąpiły u 3,7% pacjentów, a wskutek ich nastąpiło aż 13,6% zgonów. Jak podaje R. Niżankowski, ekstrapolacja na szpitale w całych Stanach pozwala sądzić, że rocznie od błędów medycznych i innych zdarzeń umiera w USA od 44 tys. osób (przyjmując dane dla stanów Kolorado i Utah), aż do 98 tys. (według danych dla stanu Nowy Jork). Według niego, są to cyfry większe niż liczba osób ginących w wypadkach drogowych (43 tys.) lub zgonów kobiet z powodu raka piersi (42 tys.). Błędy medyczne w amerykańskich szpitalach są jedną z 8 głównych przyczyn zgonów [3]. Według studium wykonanym w Uniwersytecie Harvarda, 50% zdarzeń (u 4% leczonych, u których je odnotowano i wskutek czego spośród nich 14% zmarło) można było uniknąć. Według innych analiz, w Australii wystąpiły u 16,6% leczonych, a 50% z nich można było uniknąć, w Wielkiej Brytanii wystąpiły one u 10,8% leczonych, w Nowej Zelandii i Danii u około 10% leczonych i we wszystkich z nich 50% zdarzeń było do uniknięcia.

W chirurgii połowa zdarzeń niepożądanych jest związana z operacją. Według danych z 2008 r., liczba zgonów z tego powodu w szpitalach w różnych krajach była następująca: Irlandia 639, Dania 967, Włochy 10 402, Wielka Brytania 10 949, Niemcy 15 147, Belgia 1824. Z analiz wynika, że w chirurgii ogólnej występuje około 29% ZN, w ginekologii i położnictwie 22%, w ortopedii 22%, z czego połowy można było uniknąć [6]. Na świecie wykonuje się rocznie około 234 miliony operacji. Wskaźnik powikłań pooperacyjnych wynosi od 3 aż do 17% [7]. Z danych prowadzonych dla wypadków lotniczych wynika, że czynnik ludzki powoduje 66% wszystkich ZN, środowiskowe czynniki 17%, techniczne 12% i organizacyjne 5%. Raport Hope (*European Hospital and Healthcare Federation: Insurence and Malpraticice*) wskazuje, że na 1000 dni hospitalizacji, odnotowano 6,6% ZN, z czego 35% można było uniknąć. Oznacza to, że co 5 dni na 30 łóżkowym oddziale występuje jedno poważne ZN [8].

Dane dla Unii Europejskiej także nie są optymistyczne. Europejskie Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorobom oceniło, że średnio od 8 do 12%

leczonych pacjentów cierpi z powodu zdarzeń niepożądanych, a co czwarty z nich z powodu infekcji szpitalnych. Zakażenia związane z opieką zdrowotną występują u jednego z każdych dwudziestu hospitalizowanych osób. Daje to w obszarze Unii Europejskiej aż 4 miliony 100 000 tysięcy pacjentów rocznie zakażanych. Zakażenia szpitalne według tej agendy powodują 37 000 przypadków śmiertelnych rocznie [9]. Według danych Eurostatu (*European Statistical Office*), w 2010 r. 2,9% pracowników uległo wypadkowi w miejscu pracy a 5580 zginęło na stanowisku pracy [10]. Wobec tego liczba zgonów z powodu zakażeń szpitalnych jest kilkakrotnie wyższa niż wypadków śmiertelnych w miejscu pracy albo zgonów w wypadkach komunikacyjnych.

Dane dla Polski wydają się jeszcze bardziej niekorzystne niż dla UE. W 2011 r. został opublikowany raport w ramach programu „Stop zakażeniom szpitalnym. Program promocji higieny szpitalnej”. Opracował go zespół ekspertów na podstawie przedmiotowego piśmiennictwa i opinii ekspertów uczestniczących w programie. Według tego raportu, od 5 do 10 osób na każde 100 osób hospitalizowanych może nabawić się zakażenia podczas pobytu w szpitalu. Według szacunków, mając na uwadze odsetek zakażeń szpitalnych i liczbę hospitalizowanych, same koszty leczenia chorych z zakażeniami szpitalnymi wynoszą około 800 mln zł. Według danych Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, obniżenie zakażeń szpitalnych tylko o 1% może skutkować zmniejszeniem całkowitych kosztów leczenia od 7 do 10% [11].

Prawo pacjenta do bezpieczeństwa w regulacjach europejskich

W Europie działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta prowadzą równoległe, ale i we współpracy, trzy organizacje międzynarodowe: Rada Europy, Unia Europejska oraz Biuro Regionalne WHO dla Europy (EUROWHO), a w wymiarze uniwersalnym Światowa Organizacja Zdrowia oraz Organizacja Krajów Wysokorozwiniętych (OECD). Działania te nasiliły się znacząco od końca lat 90. i w poprzedniej dekadzie. Są one odpowiedzią na dramatyczną sytuację dotyczącą liczby występujących zdarzeń niepożądanych.

Problematyka jakości opieki zdrowotnej jest od wielu lat jednym z najważniejszych obszarów działalności Rady Europy. Europejski Komitet Zdrowia Publicznego ukierunkowujący całokształt działań w dziedzinie ochrony zdrowia, wspomagający jej organy decyzyjne – Zgromadzenie Parlamentarne i Komitet Ministrów – został powołany już w 1959 r., a więc w 10 rocznicę utworzenia tej organizacji regionalnej na kontynencie europejskim. Od początku lat 60. ubiegłego wieku do chwili obecnej zarówno Zgromadzenie Parlamentarne, jak i Komitet Ministrów uchwały kilkadziesiąt rezolucji, w późniejszym czasie określanych jako rekomendacje, dotyczących poprawy organizacji, zarządzania i jakości opieki zdrowotnej. Pierwszą historycznie rezolucję (nr 31) dotyczącą problema-

tyki higieny szpitalnej Komitet Ministrów Rady Europy uchwalił już w 1972 r. W jej zasadniczej części podkreślono, że infekcje szpitalne stanowią poważny i kosztowny problem we wszystkich państwach członkowskich. Zwrócono również wówczas uwagę, że ochrona pacjentów przeciwko infekcjom nie jest należyta, pomimo że dostępne środki administracyjne i techniczne mogą ją zapewnić. W tej rezolucji podkreślono również, że główną przyczyną powodującą taki stan jest brak kształcenia personelu w zakresie zapobiegania infekcjom szpitalnym. Wszystkie państwa członkowskie zostały zobowiązane do przedstawienia w okresie 5 lat od uchwalenia tej rezolucji, jakie kroki podjęły w celu poprawy sytuacji w omawianym zakresie. W obszernym aneksie do rezolucji określono metody i środki konieczne dla skutecznej walki z infekcjami szpitalnymi. Pośród najważniejszych wskazano na konieczność poprawy czystości w szpitalach oraz wprowadzenie do programów studiów lekarskich i pielęgnarskich zagadnień dotyczących zapobiegania infekcjom, na które pacjenci są narażeni. Uznano za konieczne wprowadzenie szkoleń w tym zakresie personelu przed rozpoczęciem pracy w szpitalu [12]. Tej kwestii poświęcona była również częściowo rekomendacja z 1980 r. w sprawie lepszej dystrybucji opieki medycznej wewnątrz i na zewnątrz szpitala. Kolejny krok stanowiło przyjęcie przez Komitet Ministrów w 1984 r. rekomendacji nr 20 w sprawie zapobiegania infekcjom szpitalnym [13]. W jej części zasadniczej podkreślono, że jednym z koniecznych działań jest powołanie w szpitalach komitetów do walki z infekcjami i wyszkolenie osób odpowiedzialnych za przeprowadzanie transfuzji krwi, zwalczanie transmisji wirusów, bakterii, pasożytów, a także zagwarantowanie czystości wody, powietrza i wszelkich instalacji sanitarnych w szpitalu oraz staranne prowadzenie wszelkich czynności związanych z dezynfekcją. Zwrócono również uwagę, że państwa członkowskie powinny wprowadzić spójną politykę usuwania odpadów szpitalnych. Ponadto przypomniano, że powinny one w całości wdrożyć do praktyki działania wcześniejszą rezolucję z 1972 r., omówioną powyżej. W obszernym 4-stronicowym aneksie do rekomendacji, wyszczególniono kilkadziesiąt kluczowych działań ukierunkowanych na zwalczanie infekcji szpitalnych, ujętych w 8 grupach:

- nadzór, rozpoznawanie i zapobieganie infekcjom w szpitalu, w tym powołanie komitetów zakażeń szpitalnych, rejestrowanie zdarzeń, prowadzenie systematycznych kontroli,
- zapobieganie transmisji mikroorganizmów, troska o jakość materiałów medycznych, staranna sterylizacja, dezynfekcja i działania antyseptyczne,
- poprawa czystości w szpitalu,
- należyta organizacja jednostek intensywnej opieki medycznej,
- walka ze szkodnikami (insekty, gryzonie, owady),
- kształcenie i edukacja personelu oraz populacji,
- oraz nadzór medyczny nad personelem.

W końcowej części załączono wzory 4 deklaracji dotyczących zgłaszania infekcji na oddziałach chirurgicznych i pozostałych [13].

Dalszy etap w rozwoju regulacji prawnych Rady Europy dotyczących problemu jakości w ochronie zdrowia, stanowiło przyjęcie przez Komitet Ministrów rekomendacji o opracowywaniu i wdrażaniu systemów jakości w opiece zdrowotnej nr 17 z 1997 r. i rekomendacji nr 13 z 2001 r. w sprawie dobrej praktyki medycznej oraz poprawy jakości i skuteczności opieki zdrowotnej.

14 –k 15 kwietnia 2005 r., z okazji przewodniczenia Polski w Radzie Europy, pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia została zorganizowana międzynarodowa konferencja, której tematem obrad było „Bezpieczeństwo pacjenta jako wyzwanie europejskie”. Przedmiotem dyskusji był projekt rekomendacji przygotowany przez Komitet Ekspertów ds. Zarządzania Bezpieczeństwem i Jakością w Opiece Zdrowotnej. Przygotowany, obszerny dokument, liczący 67 stron tekstu, stał się podstawą do przyjęcia przez Komitet Ministrów Rady Europy w 2006 r. rekomendacji nr 7 w sprawie zarządzania bezpieczeństwem i jakością opieki zdrowotnej oraz zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym [7, 14]. Jest ona jednym z kluczowych i nowszych dokumentów poświęconych tej tematyce. W tym miejscu należy przywołać najbardziej kluczowe jej postanowienia. Zwraca się w niej uwagę m.in., że zasada *primum non nocere* jest współcześnie bardziej istotna, niż kiedykolwiek wcześniej, albowiem opieka zdrowotna jest w obecnych czasach bardziej skomplikowana i potencjalnie ryzykowna. Wobec tego podkreśla się, że bezpieczeństwo pacjenta stanowi podstawę i istotę jakości opieki zdrowotnej. Państwa członkowskie są obowiązane budować politykę bezpieczeństwa pacjenta jako jeden z najważniejszych elementów krajowej polityki zdrowotnej. Pacjenci mają pełne prawo brać udział w decyzjach dotyczących skierowanej do nich opieki zdrowotnej i w zakresie udzielanych świadczeń, a także do uzyskania pełnej, wyczerpującej i jasnej informacji o potencjalnym ryzyku i jego konsekwencjach podczas uzyskiwania świadomej zgody na leczenie. Przywołany został w niej także art. 2 Konwencji Praw Człowieka i Biomedycyny (w kontekście postępu w dziedzinie biologii i medycyny), mówiący, że „interes i dobro osoby ludzkiej przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki”. Innymi słowy, pacjent i obywatel ma prawo do nieskrępowanego dostępu do istotnych informacji dotyczących bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, wyrażonych w formie w pełni zrozumiałej. Innym ważnym wątkiem podniesionych w rekomendacji jest stwierdzenie, że bezpieczeństwo pacjenta stanowi istotę i filozofię poprawy jakości opieki zdrowotnej, jej należytej organizacji i promowania edukacji w tej dziedzinie. Z postanowień zawartych w rekomendacji wynika, że bezpieczeństwo pacjenta jest podstawą wszelkich działań w sferze polityki zdrowotnej, a państwa członkowskie są obowiązane promować go na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej, lokalnym, regionalnym i krajowym.

Należy zwrócić uwagę, że komentowana rekomendacja wprowadziła pojęcie *patient safety incident*, a w tłumaczeniu polskim używany jest termin „zdarze-

nie niepożądane”. Jak już wskazano wyżej, obejmuje on zakresowo tradycyjnie pojmowany błąd medyczny, jak i wszelki incydent zagrażający bezpieczeństwu pacjenta, a w tym zakażenie szpitalne związane z procesem leczenia lub udzielania danego świadczenia zdrowotnego. Wobec tego państwa członkowskie są obowiązane wypracować strategię w tej materii i wdrożyć system zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz systematycznie podnosić sprawność organizacyjną podmiotów leczniczych, eliminować błędy techniczne oraz prowadzić szeroką edukację personelu medycznego i pacjentów na rzecz poprawy ich bezpieczeństwa. W rekomendacji tej zwrócono także uwagę i rozwinęto szeroko w materiałach konferencyjnych jej poświęconych tezę, że bezpieczeństwo pacjenta jest złożonym zagadnieniem i zależy od bardzo wielu czynników, w szczególności takich, jak poziom zasobów systemu opieki zdrowotnej (1) adekwatne do potrzeb finansowanie (2), należyte wyszkolenie personelu medycznego (3), odpowiednie rozwiązania organizacyjne (4), wysoka jakość materiałów medycznych, aparatury i sprzętu medycznego i innych urządzeń, w tym pomieszczeń, gabinetów, sal chorych i wielu innych (5). W rekomendacji zwrócono również uwagę na wiele czynników socjologicznych i psychologicznych warunkujących zdarzenia niepożądane. Z kluczowych należy wskazać następujące:

- jasny podział zadań,
- określenie odpowiedzialności za poszczególne działania i czynności,
- właściwy przepływ informacji,
- dobra komunikacja w zespole,
- właściwe, poprawne prowadzenie dokumentacji medycznej,
- prawidłowe relacje wśród personelu i personelu z pacjentem,
- atmosfera w pracy,
- redukcja stresów i napięć,
- podnoszenie motywacji wśród personelu i wiele innych.

Wskazane elementy ponad pół wieku temu podnoszone były w amerykańskiej i europejskiej socjologii i psychologii społecznej i mają uniwersalne odniesienie do wszelkiej pracy lub aktywności człowieka, nie tylko w systemie opieki zdrowotnej. Nieprzestrzeganie tych i innych niewymienionych w tym miejscu zasad i reguł poprawnego, racjonalnego działania i zachowania jednostek i zespołów ludzkich w konsekwencji prowadzi do błędów organizacyjnych i technicznych. Te zaś są, jak można zasadnie twierdzić, dominujące na tle innych kategorii błędów medycznych: diagnostycznych i terapeutycznych.

Należy zauważyć, że rekomendacja ta zdezauduowała dwa tradycyjne mity. Po pierwsze o doskonałości działalności, czyli że jeżeli ludzie będą się starać, to nie popełnią błędów [2]. Po drugie, obala przekonanie o niezawodności karania i kar, czyli stwierdzenie, że jeżeli ludzi będzie się karać, to będą mniej błędów popełniać [7, 14]. Warto przypomnieć, że tezę o skuteczności kar i nagród lansowała amerykańska teoria zachowania głośna w latach 50. i 60. W rekomendacji

wyrażono kluczową tezę, że zdarzenia niepożądane są uwarunkowane systemowo i należy wobec tego wdrażać i usprawniać zarządzanie ryzykiem, zarządzanie jakością i zarządzanie bezpieczeństwem, a także umiejętnie prowadzić zarządzanie zasobami ludźmi, zarządzanie sprzętem i aparaturą i zarządzanie jakością. Tym samym rekomendacja potwierdziła istotę sprawy wyrażoną w tytule amerykańskiego raportu, o czym była mowa wyżej: *To Err is Human: Building a Safer Health System* – „Ludzką rzeczą jest błędzić – budujmy bezpieczny system opieki zdrowotnej”.

Wielki dorobek legislacyjny w dziedzinie jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta należy odnotować w odniesieniu do Unii Europejskiej. W prawie wspólnotowym działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa i jakości wszelkiego rodzaju wyrobów i produktów oraz usług datują się już na wczesny okres działania trzech wspólnot europejskich. Na mocy dyrektywy nr 65 z 1965 r. EWG przyjęto harmonizację przepisów dotyczących leków gotowych. Kilkudziiesięcioletni okres rozwoju wspólnotowych regulacji w dziedzinie prawa farmaceutycznego zwieńczony został przyjęciem rozporządzenia nr 83 Parlamentu i Rady Unii Europejskiej w sprawie wspólnotowego kodeksu leków stosowanych u ludzi w 2001 r. W pierwszym okresie działania wspólnot regulacjami prawnymi obejmowano rodzajowe produkty, ich grupy, asortyment (mięso, nabiał, wyroby cukiernicze, wody mineralne), tekstylia, kosmetyki, zabawki, aparaty (np. termometry lecznicze dyrektywa 764 z 1976 r. albo sprzęt elektromagnetyczny stosowany w medycynie i weterynarii – dyrektywa 539 z 1984 r.). Dyrektywa Rady z 4 czerwca 1985 r. wprowadziła jednolite zasady w zakresie projektowania, wytwarzania i pakowania poszczególnych produktów [15].

W latach 1990–2008 Wspólnota Europejska (obecnie Unia) uregulowała szczegółowo w ramach 9 dyrektyw wymagania w zakresie bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego i osób trzecich związane z używaniem aparatury i sprzętu medycznego (wprowadzając określenie „wyroby medyczne”, którego nie należy mylić z określeniem „produkty lecznicze” – uprzednio nazywane substancjami farmaceutycznymi lub lekami). Kluczowe znaczenie posiadają trzy następujące dyrektywy: 385 z 1990/EWG w sprawie wyrobów medycznych do aktywnego osadzania, czyli do implantacji do ciała ludzkiego, dyrektywa 42 z 1993/EWG w sprawie wyrobów medycznych do różnego przeznaczenia (najbardziej obszerna z wszystkich 9 dotyczących aparatury i sprzętu medycznego) oraz dyrektywa 79 z 1998/EWG. Dalsze 6 dyrektyw doskonałoby wskazane powyżej trzy pierwsze. Odrębną dyrektywą 23/2004/WE uregulowano normy jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich [15].

Szczególnie duże przyspieszenie działań Unii Europejskiej na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta przypada na przełom dwóch ostatnich dekad. W czasie prezydencji UE sprawowanej przez Luksemburg, 4–5 kwietnia 2005 r.

przyjęto deklarację o bezpieczeństwie pacjenta, która nakreśliła podstawowe zasady, jakie powinny być realizowane w krajowych systemach opieki zdrowotnej [31].

Decyzją 1982 z 2006 r. Parlamentu i Rady, w ramach siódmego programu badań i rozwoju, określono priorytet dla tematu „Zdrowie – badania jakości świadczonych usług zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjenta”. W 2007 r. Komisja Europejska w Białej księdze „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013”, określiła bezpieczeństwo pacjenta jako priorytetowy obszar badań wymagający wzmożonych działań [9]. Z kolei 9 czerwca 2009 r. Rada Unii Europejskiej przyjęła obszernie zalecenie w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, a w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką z zdrowotną – szpitalną i ambulatoryjną [8, 16]. W tym 6-stronicowym dokumencie zawarto kilkadziesiąt szczegółowych zaleceń w kwestiach ogólnego bezpieczeństwa pacjentów i kilkanaście zaleceń w kwestii profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, kierowanych do państw członkowskich. Zalecenia te uwzględniają wiele aspektów związanych z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej jako całości i jego elementów składowych, jakimi są podmioty lecznicze, a więc wszelkiego rodzaju jednostki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych. Zalecenie jako główną tezę przyjmuje, podobnie jak rekomendacja Rady Europy z 2006 r., że niedostateczne bezpieczeństwo pacjentów stanowi bardzo poważny problem zdrowotny i olbrzymie obciążenie ekonomiczne w obszarze całej Unii Europejskiej. Stwierdza się w nim, że pilną potrzebą jest zbudowanie polityki bezpieczeństwa pacjenta. W jego rozumieniu bezpieczeństwo pacjenta oznacza stan, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywistej szkody, ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną. Podobnie podkreśla się, że zdarzenia niepożądane są uwarunkowane systemowo. Zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną powinno wobec tego stanowić długoterminowy, strategiczny priorytet dla wszystkich instytucji opieki zdrowotnej. Z postanowień w nim zawartych wynika, że państwa członkowskie UE są obowiązane tworzyć, utrzymywać i doskonalić wszechstronne systemy zgłaszania i rejestrowania zdarzeń niepożądanych. Zalecenie Rady wylansowało nowe określenie „polityka bezpieczeństwa pacjenta” jako ważny integralny element polityki zdrowotnej każdego państwa członkowskiego i Unii jako całości. Państwa są obowiązane współpracować z przemysłem technologii medycznych w celu lepszego projektowania i wytwarzania produktów pod kątem bezpieczeństwa pacjenta, aby zmniejszać występowanie zdarzeń niepożądanych w opiece zdrowotnej [16]. Należy również podkreślić, że w celu lepszej kontroli zakażeń szpitalnych i sprawozdawczości powołane zostało w 2005 r. Europejskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorób w Sztokholmie, podległe Dyrekcji Generalnej Ochrony Zdrowia i Konsumenta. Jest to najmłodsza agenda działająca w ramach tej Dyrekcji.

Na mocy decyzji Komisji Europejskiej z 19 kwietnia 2010 r. – 2010/227/UE w sprawie europejskiej bazy danych o wyrobach medycznych, obowiązuje system zgłaszania zdarzeń niepożądanych (incydentów medycznych w określeniu polskiej ustawy o wyrobach medycznych z 2006 r., spowodowanych wskutek wadliwego działania aparatury medycznej). System ten funkcjonuje od 1 kwietnia 2011 r. w ramach EUDAMED (*European Database on Medical Devices*). Odrębna agenda, z siedzibą w Londynie, podległa tej dyrekcji zajmuje się bezpieczeństwem leków (działa od 1991 r.).

W zakresie bezpieczeństwa pacjenta przełomowym wydarzeniem było przyjęcie w 2002 r. na konferencji w Rzymie Europejskiej Karty Praw Pacjenta (*European Charter of Patients' Rights*) [17]. Karta ta przywołuje kilka wcześniejszych dokumentów, a w tym Deklarację o Promocji Praw Pacjenta w Europie, uchwaloną w Amsterdamie w 1994 r., Kartę z Ljubljany z 1996 r. o reformowaniu opieki zdrowotnej i Deklarację o promocji zdrowia z Dżakarty z 1997 r., przyjętą przez WHO. Karta unijna z 2002 r. proklamuje 14 praw indywidualnych pacjenta i 3 prawa zbiorowe pacjentów. Katalog praw w niej zawartych jest najobszerniejszy z kilkuset dotychczas uchwalonych dokumentów międzynarodowych w tej kwestii (w tym około 100 przyjętych przez organizację rządowe i prawie 300 przez organizacje pozarządowe).

Nowością w rozumieniu zapisów prawnych jest, że Karta ta wymienia z nazwy prawo pacjenta do bezpieczeństwa. W części II Karty w punkcie 9 stwierdza się: „Każda osoba ma prawo do korzystania z prawidłowo świadczonych usług zdrowotnych niewyrządzających jej żadnej krzywdy, wolnych od błędów, zgodnie z dobrą praktyką lekarską, oraz prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych i leczenia zgodnych w wysokimi normami bezpieczeństwa” [17]. Sformułowanie to jest ściśle powiązane z ustępem 8 Karty dotyczącym prawa do przestrzegania norm jakościowych: „Każda osoba ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości, które powinny być zrealizowane zgodnie ze szczegółowo określonymi zasadami i normami” [17]. W Karcie stwierdza się, że szpitale i inne podmioty lecznicze muszą systematycznie monitorować wszelkie czynniki ryzyka, zaś zawody medyczne muszą być w pełni odpowiedzialne za bezpieczeństwo pacjenta we wszystkich fazach leczenia.

Ważne przepisy w przedmiotowej kwestii zawarte są także w prawie traktatowym. W Traktacie o funkcjonowaniu Unii (dawny I Traktat rzymski, wielokrotnie zmieniany, m.in. Traktatem z Maastricht w 1992 r., Traktatem z Amsterdamu w 1997 r. i Traktatem z Lizbony w 2007 r.) zawarte są zapisy, że działania i polityki Unii są ukierunkowane na wysoki poziom ochrony zdrowia i ochrony konsumenta. Podobne zapisy zawiera Karta Praw Podstawowych UE z 2000 r. Ponadto w jej art. 6 zawarty jest zapis, że „Każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego”. W tym ujęcie prawo do bezpieczeństwa pacjenta jest jego elementem składowym [18].

Zaznaczyć należy również, że w ramach polskiej prezydencji zorganizowano 9 września 2011 r. konferencję poświęconą jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta i przyjęto w tej kwestii Deklarację (Oświadczenie warszawskie) na ten temat. Najnowszym dokumentem Parlamentu i Rady Unii jest dyrektywa 24 z 2011 r. UE w sprawie stosowania praw pacjentów i bezpieczeństwa w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Na uwagę zasługuje, że stosowną Rezolucję 55.18 przyjęło w 2002 r. także Światowe Zgromadzenie Zdrowia WHO, uznającą potrzebę promowania bezpieczeństwa pacjenta jako fundamentalnej zasady wszystkich systemów zdrowotnych na świecie. W 2004 r. Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała Światowy Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa pacjenta (*World Alliance for Patient Safety*). Wypracowała także Kartę kontrolną (*Surgical Safety Check List*) jako część inicjatywy „Bezpieczna Chirurgia Ratuje Życie” (*Safety Surgery Save Live*), w której bierze udział ponad 200 krajowych i międzynarodowych towarzystw i organizacji medycznych, ministerstw zdrowia i instytucji zdrowia publicznego. Wdrożenie i stosowanie tej Karty zmniejszyło komplikacje pooperacyjne z 11 do 7%, a zgony zredukowano z 1,5 do 0,8%, a więc dwukrotnie [7]. W Polsce wdrażanie Karty rozpoczęło się od 2009 r. po jej zmodyfikowaniu do warunków krajowych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Także OECD opracowała zespół wskaźników dotyczących jakości opieki zdrowotnej (*Europe Health Care Quality Indicators*) [17, 14].

Na podkreślenie zasługuje również intensywna działalność europejskich organizacji pozarządowych. W szczególności działania dla poprawy jakości opieki zdrowotnej rozwija Europejska Sieć Instytutów i Centrów Jakości (*European Network of Quality Institutes*), a także Europejskie Towarzystwo Jakości w Opiece Zdrowotnej (*European Society for Quality in Healthcare*). Jego członkiem jest także Polskie Towarzystwo Promocji Jakości w Opiece Zdrowotnej. Ważną rolę odgrywa także Europejskie Stowarzyszenie Akredytacji (*European Accreditation Network*, EAN). Na stronach internetowych tych organizacji dostępne są liczne materiały szkoleniowe dla personelu medycznego.

Regulacje polskie

Fundamentalne znaczenie dla systematycznej poprawy jakości opieki zdrowotnej, a tym samym bezpieczeństwa pacjenta, posiada zarówno system zewnętrznej, jak i wewnętrznej kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Proces zewnętrznej kontroli od kilkudziesięciu lat jest określany jako akredytacja. W większości przypadków jej przeprowadzenie jest uwieńczone uzyskaniem przez podmiot leczniczy certyfikatu potwierdzającego, że określona jednostka organizacyjna opieki zdrowotnej spełnia wymagane standardy jakości, które z reguły uwzględniają rozmaite aspekty związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Pierwsze zapisy dotyczące akredytacji szpitali w Polsce zostały zawarte w ustawie z 30 sierpnia 1991 r., zastąpionej obecnie ustawą z 14 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Od samego początku przepisy prawne przewidywały dobrowolne poddawanie się szpitali, a później innych podmiotów leczniczych procesowi akredytacji.

Obecnie procedura ta uregulowana jest w ustawie z 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, a szczegółowe zasady procedury oceniającej określone zostały w rozporządzeniu ministra zdrowia wydanym na podstawie art. 5 tej ustawy [19].

Szczególnie ważnym elementem jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta jest kontrola i zwalczanie zakażeń. Kwestie te aktualnie reguluje obszerna ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Ustawa ta podobnie jak poprzednia z 2001 r. nakłada na podmioty lecznicze, które posiadają w swojej strukturze szpital, obowiązek prowadzenia kontroli wewnętrznej w celu zapobiegania zakażeniom związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Nakłada również na kierowników podmiotów leczniczych obowiązek powołania zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych [20].

Przełomowe znaczenie dla doskonalenia działań w zakresie jakości opieki zdrowotnej posiadało uchwalenie ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W artykule 8 tej ustawy stwierdza się, że: „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym” [21]. W drodze nowelizacji tej ustawy w 2011 r. wprowadzony został nowy rozdział 13a, w którym zostały określone zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych (art. od 67a do 67o). W artykule 67a zawarta została definicja ustawowa zdarzenia niepożądanego. Jest nim zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, leczenia albo zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Wobec tego określenie to zawiera w sobie zarówno pojęcie tradycyjnego błędu medycznego, jak i ujemne następstwa dla zdrowia lub życia pacjenta spowodowane przez inne działania zawinione lub niezawinione [21].

Dopełniające postanowienia zawarte są również w ustawie z 2010 r. o wyrobach medycznych. Wprowadziła ona bardzo obszerną definicję pojęcia „incydent medyczny”, rozumiany jako każde wadliwe działanie, defekt, pogorszenie właściwości lub działania wyrobu medycznego, techniczną lub medyczną przyczynę związaną z właściwościami lub działaniem wyrobu, która mogła lub doprowadziła do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta [22]. To pojęcie również wchodzi w zakres szerszego określenia, jakim jest zdarzenie

niepożądane. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta należy również mieć na uwadze przepisy obszernej ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Określa ona szczegółowe wymagania w zakresie bezpiecznego wytwarzania, obrotu i stosowania produktów leczniczych [23]. Zasady generalne kontroli wszelkich podmiotów leczniczych uregulowała z kolei ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [24].

Podsumowanie

Zdarzenia niepożądane wciąż stanowią poważny problem i wyzwanie dla wszystkich systemów opieki zdrowotnej. W Polsce sytuacja w tym zakresie jest szczególnie niepokojąca. Zwrócono na nią uwagę w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006–2015. Pośród oczekiwanych efektów w ramach celu operacyjnego 13 „Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta”, założono, że do końca 2015 r. spośród 85% polskich szpitali nieposiadających akredytacji, uzyska ją 65%. Przyjęto, że 85% szpitali wdroży również programy poprawy jakości, a w 75% z nich program ten będzie prowadzony przez dyrektorów ds. jakości, oraz że liczba wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o akredytację przekroczy w kraju 50%. Zgodnie z założeniami akredytację powinno uzyskać przynajmniej 40% podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. W programie przyjęto również założenie, że rejestr zdarzeń niepożądanych wprowadzi ponad 50% zakładów opieki zdrowotnej. Ustalono, że wdrożenie omówionej powyżej rekomendacji Rady Europy (2006) 7 i zalecenia Unii Europejskiej z 2009 r. nastąpi w co najmniej 80% ZOZ, oraz że 70% szpitali wdroży profesjonalne badania opinii pacjentów odnośnie do zdarzeń niepożądanych [25].

Te szczytne założenia mogą się jednak okazać tylko optymistycznym postulatem i „marzeniem odległym od rzeczywistości”. Według danych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, spośród szpitali ubiegających się o ponowną akredytację, uzyskuje ją 87%, a gdy chodzi o szpitale występujące o nią po raz pierwszy tylko 70%, czyli jedna trzecia nie spełnia nawet poziomu 75% wymaganych standardów akredytacyjnych [4].

Prawo do bezpieczeństwa pacjenta w świetle regulacji prawnych europejskich i polskich jest jasno zdefiniowane, a kierunki, cele i metody działań precyzyjnie określone. Natomiast w polskiej rzeczywistości prawo to wciąż jest w odniesieniu do większości podmiotów leczniczych jedynie postulatem i „pobożnym życzeniem”. Niepodważalny dowód takiego stwierdzenia stanowi liczba wielu spraw sądowych, jak i toczących się przed wojewódzkimi komisjami orzekającym o odszkodowaniach związanych ze zdarzeniami niepożądanymi. Co trzecie z roszczeń pacjentów dotyczy zdarzenia niepożądanego. Oczekiwania założone w Narodowym programie zdrowia mogą nie zostać urzeczywistnio-

ne, a wiele na to wskazuje. Do końca 2015 r. pozostało niewiele czasu, a liczba akredytowanych szpitali jest wciąż znikoma i obejmuje zaledwie 130 szpitali (to jest około 15% z ich ogółu) [4]. Wobec tego może należałoby rozważyć, czy w następnych latach nie wprowadzić akredytacji obowiązkowej, na wzór Francji, w odstępach 3-letnich. Nie należy zakładać i wierzyć całkowicie w skuteczność prawa i wymuszanie przez nie działań i zachowań. Jednak może takie podejście bardziej zmobilizowałoby podmioty lecznicze w naszym kraju i ich kierowników lub właścicieli do skuteczniejszego wdrażania procesu akredytacji. Sprzyjającym elementem dla poprawy jakości w polskich szpitalach jest wejście w życie nowego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakie powinny spełniać szpitale i inne podmioty lecznicze. Zobowiązuje ono wprowadzenie podwyższonych standardów do 2016 r. przez wszystkie podmioty lecznicze.

Kończąc rozważania należy także wspomnieć, że Komisja Europejska za pośrednictwem Dyrekcji Generalnej Ochrony Zdrowia i Konsumenta (SANCO), zleciła w 2005 r. Eurobarometrowi przeprowadzenie w 30 krajach (w tym w 25 państwach członkowskich) badanie opinii pacjentów na temat błędów medycznych. Szczegółowe wyniki są ogromnie zróżnicowane jeśli chodzi o poszczególne kraje i niepokojące: aż 78% obywateli UE uważa, że błąd medyczny stanowi bardzo ważny problem, 47% sądzi, że takim jest również bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu. 77% badanych osób słyszało o popełnionym błędzie (34% często, 44% czasami), a 23% stwierdziło, że bezpośrednio doznało błędu osobiście lub ktoś z członków rodziny (a więc co piąty z badanych) [26].

Niezbyt optymistyczne wnioski wynikają także ze sprawozdania Komisji Europejskiej z 13 listopada 2012 r. dla Rady Unii, dotyczącego wdrażania zalecenia (2009/C 151/01 w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną przez państwa członkowskie UE). Wynika z niego jednoznacznie, że tylko jedna trzecia z nich wdrożyła skuteczne działania w tym zakresie [27]. Wobec powyższego, zdecydowana większość tych państw, ich rządy, ministerstwa zdrowia, władze lokalne oraz struktury i jednostki składowe systemów opieki zdrowotnej powinny zwielokrotnić wysiłki i bardziej skuteczne działania, aby poprawa bezpieczeństwa pacjenta w trakcie leczenia uległa radykalnej poprawie.

Bibliografia

1. Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Dom Organizatora, Toruń 1998.
2. Zoll A. *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988.
3. Niżankowski R. *Jak poprawić bezpieczeństwo w szpitalu*, [w:] Pomorski J. (red.), *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*. Komitet Ergonomii PAN, Kraków 2010; 55–70.

4. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. *Akredytacja szpitali*. www.cmj.org.pl.
5. Shaw ChD. *Accreditation in European Health Care*. United Kingdom 2004.
6. Bielecki K. *Zdarzenia niepożądane w chirurgii a błąd medyczny*, [w:] Pomorski J. (red.), *Błąd medyczny...*, 71–81.
7. Kutaj-Wąsikowska H, Kutryba B. *Jak zwiększyć bezpieczeństwo w chirurgii?*, [w:] Pomorski J. (red.), *Błąd medyczny...*, 83–94.
8. Kutryba B. *Bezpieczeństwo pacjenta w Unii Europejskiej*, [w:] Pomorski J. (red.), *Błąd medyczny...*, 187–194.
9. European Commission, DG Health and Consumer. *Public Health, Patient Safety*. [www.ec.europa.eu/health/patient safety](http://www.ec.europa.eu/health/patient%20safety).
10. Centralny Instytut Ochrony Pracy. *Materiały informacyjne*. www.ciop.pl.
11. Zakażenia szpitalne w Polsce – stan wiedzy na kwiecień 2011. *Raport programu „Stop zakażeniom szpitalnym. Program promocji higieny szpitalnej”*, Warszawa 2011, 1–12; [www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Zakażenia szpitalne](http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Zakażenia%20szpitalne).
12. Conseil de l’Europe, Comite des Ministres. *Recueil des resolution en matiere de sante publique 1958–1978. Cooperation europeenne en matiere de sante publique*. Strasbourg 1979.
13. Council of Europe. Committee of Minister. *Collected Recomendations 1980–1984. European Co-operation in the Health Field*. Strasbourg 1985.
14. Rada Europy, Komitet Ekspertów ds. Zarządzania Bezpieczeństwem i Jakością Opieki Zdrowotnej. *Materiały edukacyjne*. Strasburg 2005.
15. Poździej S. *Komentarz do ustawy o wyrobach medycznych*. ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
16. Zalecenie Rady z 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, Dz.Urz. UE, 03.7.2009, C 151/01.
17. European Charter of Patients Right. *Basics Documents*. Rome 2002.
18. Hambura S, Muszyński M. *Traktaty o Unii Europejskiej, o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, EUROATOM, Karta Praw Podstawowych. Teksty skonsolidowane po zmianach wprowadzonych Traktatem z Lizbony*. Wydawnictwo STO, Bielsko Biala 2008.
19. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641).
20. Ustawa z 5 grudnia 2008r.o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 r. Nr 234, poz. 1570).
21. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U. 2012 r. poz. 159).
22. Ustawa z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2010 r. Nr 107, poz. 679 z późn. zmian.).
23. Ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz.U. 2010 r. Nr 11, poz. 935 z późn. zmian.).
24. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 r. Nr 112, poz. 654).
25. Narodowy program zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007, 48–49.

26. European Commission. *Medical Errors*. Brussel 2006.
27. Komisja Europejska. Sprawozdanie Komisji dla Rady z 13.11. 2012, COM (2012) 658 final.
28. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. *Zestaw standardów akredytacyjnych*. Kraków 2009, [www. cmj.org.pl](http://www.cmj.org.pl).
29. Hennig J. *Jakość opieki zdrowotnej*. [www.konwent. zdrowie.lodzkie.pl](http://www.konwent.zdrowie.lodzkie.pl).
30. European Commission DG Health and Consumer. *Protection Patient Safety – Making Happen*. Luxembourg Declaration on Patient Safety, Luxembourg 2005.

Patient's Rights To The Safety – European And Polish Regulations

Abstract: The safety of the patient during the providing the health services is the main defiance for health policy and for the proper functioning of the units of the health care. The conditions of the health care system determinate the quality of the health services, and consequently cause the safety of the patient incidents. As a result, the right of patient to the safety is violated, frequently in very serious way. In this article there are described two main questions. First of all, some statistical data has been cited, which illustrate the scale of the medical incidents, related to the health services in Poland and the other countries. Then there are briefly described european and polish legal acts, which regulate the procedures, areas and methods of the activities for improving the safety of the patients.

Key words: safety of patient, ssafety patient incident, quality of health care, accreditation

Anna Rej-Kietła², Agnieszka Huras¹, Sandra Kryśka²

¹ Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Śląski w Katowicach

² Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze

PROBLEMATYKA ROSZCZEŃ DOTYCZĄCYCH „ZŁEGO URODZENIA” W POLSKIM ORZECZNICTWIE

adres korespondencyjny:

Anna Rej-Kietła, ul. Wesoła 4b/44, 41-200 Sosnowiec

e-mail: aniarej@interia.pl

Streszczenie: Jest oczywiste, że lekarz będzie odpowiedzialny za uszczerbek zdrowia dziecka powstały z jego winy. Należy jednak rozpatrzyć też sytuację, w której niedbalstwem lekarza było jedynie dopuszczenie do narodzenia dziecka, a nie przyczynienie się do szkody na jego zdrowiu. I właśnie w takiej sytuacji dochodzi do pojawiania się roszczeń z tytułu *wrongful birth*, czyli tzw. złego urodzenia.

Coraz częściej na wokandach sądowych całego świata, także w Polsce, pojawiają się powództwa odszkodowawcze dotyczące poczęcia i urodzenia dziecka, które „wywołało szkodę”.

Początkowo sądy negowały możliwość uznania dziecka jako szkodę. Jednak w późniejszym okresie Trybunał Konstytucyjny wyraził pogląd, że dopuszczalność roszczeń odszkodowawczych rodziców nieplanowanego lub upośledzonego dziecka nie narusza przepisów Konstytucji.

Przedstawione roszczenie odszkodowawcze typu *wrongful birth* w polskim orzecznictwie występuje rzadko. Jedną z przyczyn jest niechęć do wytaczania tego typu pozwów, co zapewne przekłada się na aspekt moralny.

Słowa kluczowe: *wrongful birth*, roszczenie, odszkodowanie

Wprowadzenie

Przyjęte jest, że dziecko poczęte, które doznało uszczerbku na zdrowiu, może ubiegać się o odszkodowanie w stosunku do sprawcy szkody. Kodeks cywilny art. 446 stanowi, że „z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem”. Jest więc oczywiste, że lekarz będzie odpowiedzialnym za uszczerbek zdrowia dziecka powstały z jego winy, kiedy dziecko pozostawało jeszcze w łonie matki (np. sprawa *State v. Sherman*, 234 Md 179, 184, 198 A.2d 71, 73, 1983) [1]. Należy jednak rozpatrzyć też sytuację, w której niedbalstwem lekarza było jedynie dopuszczenie do narodzenia dziecka, a nie przyczynienie się do uszczerbku na jego zdrowiu. I właśnie w takiej sytuacji dochodzi do pojawiania się roszczeń z tytułu *wrongful birth*, czyli tzw. złego urodzenia.

Roszczenia z tytułu *wrongful birth*

Postęp wiedzy i technologii medycznej w zakresie diagnostyki prenatalnej, który dokonał się w ciągu ostatnich lat jest ogromny. Badania te ujawniają wiele schorzeń i defektów już w pierwszej fazie życia embrionu i płodu oraz określają prawdopodobieństwo wystąpienia wad genetycznych u dziecka na podstawie badań przyszłych rodziców. Praktyczna możliwość korzystania z osiągnięć współczesnej medycyny jest jednak w dużym stopniu uzależniona od fachowego personelu medycznego, w tym zwłaszcza lekarzy. Jednocześnie postępowi medycyny towarzyszą pojawiające się na wokandach sądowych całego świata, także w Polsce, powództwa odszkodowawcze dotyczące poczęcia i urodzenia dziecka, które wywołało szkodę [2].

Aby lepiej zrozumieć przedmiot omawianych zagadnień, niezbędne jest wyjaśnienie znaczenia pojęcia. *Wrongful birth* – powództwo wnoszone przez rodziców dziecka przeciw lekarzowi bądź personelowi medycznemu, który przez swe ewentualne zaniedbanie pozbawił ich możliwości dokonania przerwania ciąży, skutkiem czego narodziło się dziecko z wadami genetycznymi lub innymi ciężkimi uszkodzeniami. Na gruncie *wrongful birth* rodzice chcieli więc nie tyle uniknąć posiadania dziecka, ile posiadania dziecka kalekiego czy upośledzonego [1].

Ustawodawstwo poszczególnych krajów wyróżnia trzy rodzaje skarg wiążących się z odpowiedzialnością za poczęcie lub urodzenie się dziecka, a mianowicie omawianym w niniejszej pracy „złym urodzeniu” (*wrongful birth*), o niechcianym poczęciu (*wrongful conception*) i niedobrym życiu (*wrongful life*) [3].

Odszkodowanie z tytułu tzw. złego urodzenia

Początkowo sądy negowały możliwość uznania dziecka jako szkodę [4], jednak w późniejszym okresie Trybunał Konstytucyjny wyraził pogląd, że dopuszczalność roszczeń odszkodowawczych rodziców nieplanowanego lub upośledzonego dziecka nie narusza przepisów Konstytucji [5].

W Polsce pierwsze orzeczenie pochodzi z 1965 r. [6]. Sprawa dotyczyła usunięcia tylko jednego płodu z ciąży bliźniaczej. Podczas zabiegu lekarz uszkodził drugi płód, w wyniku czego kobieta urodziła dziecko, u którego stwierdzono rozszczep szczęki górnej i podniebienia. Matka dziecka domagała się zadośćuczynienia za krzywdę, natomiast dziecko domagało się odszkodowania z tytułu szkód przeciwko szpitalowi, w którym zatrudniony był lekarz.

Inne zmierzenie się ze skargą złego urodzenia miało miejsce w 2002 r. Sprawa ta dotyczyła odmówienia przez lekarzy przeprowadzenia zabiegu aborcji i wykonania badań prenatalnych mimo, że lekarze byli poinformowani o znacznym ryzyku wystąpienia u płodu choroby genetycznej. Skutkiem tego było urodzenie dziecka z ciężką dysplazją kręgosłupowo-przynosadową. Powodowie domagali się zadośćuczynienia za wyrządzoną im krzywdę i cierpienia związane z naruszeniem praw pacjenta, pokrycia zwiększonych kosztów leczenia i utrzymania córki, naprawienia szkody majątkowej powstałej na skutek utraty zarobków, a także renty dla chorego dziecka i jego matki [7].

Kolejnym orzeczeniem, które zaakceptowało roszczenia rodziców za szkodę wyrządzoną z tytułu urodzenia tzw. źle urodzonego dziecka, jest uchwała Sądu Najwyższego z 22 lutego 2006 r., gdzie stwierdzono, że: „Podmiot odpowiedzialny za bezprawne uniemożliwienie dokonania zabiegu przerwania ciąży, będącej następstwem gwałtu, którego sprawca nie został wykryty, ponosi koszty utrzymania w takim zakresie, w jakim matka dziecka sprawująca osobiste starania o jego utrzymanie i wychowanie nie jest w stanie zaspokoić usprawiedliwionych potrzeb dziecka” [III CZP 8/06, która odnosiła się do zakresu odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotu odpowiedzialnego za uniemożliwienie zabiegu przerwania ciąży].

Należy jednak pamiętać, aby skarga w sprawie *wrongful birth* została uznana za zasadną przez sąd, niezbędne jest ze strony rodziców podniesienie zarzutu dopuszczenia się przez lekarza niedbalstwa polegającego na naruszeniu obowiązków związanych z poradnictwem prenatalnym [8].

Zawinione działanie lekarza ze względu na przedmiot świadczeń medycznych, może uzasadniać zarówno jego odpowiedzialność kontraktową (*ex contractu*) w razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, jak i deliktową (*ex delicto*) w przypadku wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym [9, 10]. Odpowiedzialność odszkodowawcza z tytułu *wrongful birth* z reguły polega na zaniedbaniach lekarza z tytułu nieprzeprowadzenia badań pre-

natalnych, kiedy istnieje prawdopodobieństwo urodzenia dziecka obciążonego wadami genetycznymi, a także błędnej interpretacji ich wyników lub odmową przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży [2].

Naruszenie prawa kobiety do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży w warunkach określonych w art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, powoduje powstanie roszczenia odszkodowawczego typu *wrongful birth* po stronie poszkodowanej kobiety.

Prawo do planowania rodziny stanowi dobro osobiste. Zatem naruszenie tego prawa w postaci odmowy przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży w przypadkach dopuszczalnych prawem powoduje naruszenie tego dobra osobistego, które gwarantuje ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, uzasadnia słuszność dochodzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 448 k.c. Przepis ten stanowi, że: „W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę” [11].

W jednym z orzeczeń Sąd Najwyższy w rozstrzygnięciu z 13 października 2005 r. przyjął m.in. tezę, że kobiecie przysługuje na podstawie art. 444 § 1 k.c. w związku z art. 361 § 1 i 2 k.c., roszczenie odszkodowawcze wynikające z majątkowych konsekwencji uniemożliwienia przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, obejmujące szkodę w postaci zarówno wydatków związanych z ciążą i porodem, jak i utratą spodziewanych dochodów w następstwie tych zdarzeń [12].

W powództwach *wrongful birth* kontrowersyjna wydaje się nie tylko możliwość przyznania odszkodowania, lecz także jego wysokość. Ustalając zakres szkody majątkowej należy uwzględnić podstawowe zasady prawa odszkodowawczego, a także wziąć pod uwagę ewentualne przyczynienie się rodziców dziecka do powstania lub zwiększenia szkody.

Podsumowanie

Przedstawione roszczenie odszkodowawcze typu *wrongful birth* w polskim orzecznictwie występuje rzadko. Jedną z przyczyn jest niechęć do wytaczania tego typu pozwów, co zapewne przekłada się na aspekt moralny. Jak słusznie zauważył Marek Safjan: „Po to bowiem, żeby uzyskać odszkodowanie, np. na leczenie dziecka i pokrycie kosztów jego utrzymania, rodzice są zmuszeni powiedzieć: my nie chcieliśmy narodzin tego dziecka, dla nas jego urodzenie jest szkodą. Są to więc sytuacje co najmniej dwuznaczne moralnie, z punktu widzenia relacji rodzice–dziecko” [13].

Konieczne więc wydaje się uporządkowanie problematyki *wrongful birth* zarówno pod względem prawnym, jak i społecznym. Należałoby rozważyć moż-

liwość stworzenia lepiej funkcjonującego systemu pomocy dla rodzin, w tym także dla kobiet, które urodziły dziecko z ciężkim upośledzeniem bądź chorobą, która zagraża życiu dziecka. Art. 71 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej podkreśla, że „Matka przed i po urodzeniu dziecka ma prawo do szczególnej pomocy władz publicznych, której zakres określa ustawa” [14].

W sytuacji, w której obowiązujące przepisy prawa dopuszczają jedynie ograniczone możliwości wykonania zabiegu przerywania ciąży, zasadne wydaje się zapewnienie przez państwo systemu pomocy dzieciom urodzonym w poważnymi wadami. Niestety, istniejące gwarancje stworzone przez państwo w postaci świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, są niewystarczające.

Bibliografia

1. Peplowska Z. *Odpowiedzialność cywilna lekarza z tytułu wrongful life, wrongful birth i wrongful conception w prawie USA*. Prawo i Medycyna. 2004; 1: 101–111.
2. Justyński T. *Poczęcie i urodzenie się dziecka jako źródło odpowiedzialności cywilnej*. Kraków 2003.
3. Justyński T. *Wrongful conception w prawie polskim*. Przegląd Sądowy. 2005; 1: 35–36.
4. Kowalski M. *Odpowiedzialność odszkodowawcza lekarza z tytułu wrongful birth w prawie niemieckim*. Prawo i Medycyna. 2002; 11: 65.
5. Uchwała BVERFG z 12 listopada 1997 r., 1 Bv R 479/92 oraz 1 Bv R 307/94, NJW 1998, S 519; [za: Kowalski M. *Odpowiedzialność odszkodowawcza...*: 67].
6. Wyrok SN z 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65, OSPIKA 1967, nr 9 z glosą A. Szpunara.
7. Nesterowicz M. *Odpowiedzialność cywilna lekarza i szpitala za wrongful conception, wrongful birth i wrongful life w orzecznictwie europejskim (2000–2005)*. Prawo i Medycyna. 2007; 3: 31–32.
8. Tykwińska-Rutkowska D. *Powództwa wrongful birth i wrongful conception w świetle orzecznictwa sądowego. Wybrane uwagi*. Prawo i Medycyna. 2005; 3: 16–28.
9. Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Wydawnictwo TNOiK, Toruń 2007.
10. Nesterowicz M. *Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego i lekarza*. Prawo i Medycyna. 1999; 1: 110–111.
11. Art. 448 ustawy z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 Nr 16 poz. 93.
12. Wyrok Sądu Najwyższego z 13 października 2005 r., sygn. akt: IV CK 161/05.
13. Rozmowa z M. Safjanem. *Polskie prawo nie wspiera heroicznych rodziców*. www.rp.pl/artukul/0,89398.html?p=2 [dostęp 12.11.2012].
14. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.

The Issue of Claims for “Wrongful Birth” in the Polish Case Law

Abstract: It is obvious that the doctor will be responsible for the damage resulting from the baby’s fault. It is to be seen a situation where a doctor’s negligence was the only admission to the birth of the child, and not contribute to the injury to his health. And in this case, there is the emergence of claims for wrongful birth or so-called bad birth. More and more often in courts around the world, including Poland, there are actions for damages for the conception and birth of a child, which “caused the injury.” Initially, the courts denied the possibility of recognizing the child as a loss. However, later in the Constitutional Court considered the admissibility of the claims of parents of unplanned or handicapped child is without prejudice to the Constitution. The claim for compensation in a wrongful birth in the Polish case law is rare. One of the reasons is the reluctance to bring such actions which probably translates into a moral issue.

Key words: wrongful birth, claim, compensation

Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

CIERPIENIE W SAMOTNOŚCI WŚRÓD LUDZI - O SAMOTNOŚCI DZIECKA WE WSPÓŁCZESNEJ RODZINIE

adres korespondencyjny:

Anna Goździalska, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia
i Nauk Medycznych, 30-705 Kraków, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
e-mail: anna.gozdzialska@gmail.com

Streszczenie: Samotność to złożone i wielowymiarowe zjawisko, definiowane na różnych płaszczyznach. Samotność może dotyczyć człowieka w każdej fazie jego rozwoju, a w zależności od okresu, w którym się pojawi, przybiera odmienne formy. Zazwyczaj kojarzona jest z negatywnymi doznaniem, takimi jak: smutek, żal, tęsknota, nostalgia czy też gniew, ale również bywa łączona z przyjemnymi odczuciami: uczucie ulgi czy odpoczynek. Nasilone stany osamotnienia są trudne i mogą wpłynąć negatywnie na funkcjonowanie dorosłego człowieka.

U ludzi dorosłych samotność bywa wyborem, nie koniecznością. U dziecka samotność ma zawsze wydźwięk negatywny. Współczesne społeczeństwo charakteryzuje się dużym stopniem egoizmu. Efektem tego jest m.in. drastyczny wzrost liczby dzieci przeżywających dotkliwe osamotnienie wśród osób formalnie najbliższych, w rodzinie. Na tym tle pojawia się niedostatek psychicznego kontaktu dzieci z rodzicami. Świadomość powszechności zjawiska osamotnienia dzieci w rodzinach jest przytłaczająca.

Do czynników będących przyczyną poczucia samotności u dziecka, można zaliczyć: brak więzi emocjonalnej pomiędzy dzieckiem a rodzicami, autokratyzm w wy-

chowaniu, a także stosowanie nieodpowiednich metod wychowawczych, niewłaściwy system kar i nagród w procesie wychowania. Czynnikiem powodującym poczucie samotności może być choroba lub niepełnosprawność dziecka, dysfunkcyjność rodziny, występowanie w rodzinie zjawisk o charakterze patologicznym, uzależnienia rodziców powodujące wzrost poczucia osamotnienia we wszystkich obszarach funkcjonowania dziecka – głównie w emocjonalnych i społecznych. Różnorodność interakcji i sytuacji, które stwarza życie rodzinne, przyczynia się do subiektywnego poczucia samotności dzieci wśród ludzi.

Słowa kluczowe: samotność dziecka, rodzina, poczucie osamotnienia, cierpienie

Wprowadzenie

Współcześnie często poruszany jest problem samotności i osamotnienia. Jest to, być może, wynik aktualnego stylu życia człowieka i nieodłączny element teraźniejszości. Samotność jednak jest wpisana w kondycję człowieka i stanowi integralny element ludzkiej egzystencji. Samotność to złożone i wielowymiarowe zjawisko, definiowane na różnych płaszczyznach – filozoficznej, psychologicznej, pedagogicznej, socjologicznej czy teologicznej. Wśród cech charakterystycznych zjawiska samotności w różnych obszarach nauk wymienia się powszechność – bo choćby sporadycznie każdy jej doświadcza, subiektywizm – bo każdy inaczej ją przeżywa, niewyraźność – bo trudno przekazać drugiemu człowiekowi, czym dokładnie jest to odczucie oraz wieloznaczność – ponieważ brak dostatecznego zróżnicowania i zdefiniowania tego zjawiska [1].

Pojęcie samotności i osamotnienia

Samotność może dotyczyć człowieka w każdej fazie jego rozwoju, a w zależności od okresu, w którym się pojawi, przybiera odmienne formy. Zazwyczaj kojarzona jest z negatywnymi doznaniem, jak smutek, żal, tęsknota, nostalgia czy też gniew, ale również bywa łączona z przyjemnymi odczuciami, jak uczucie ulgi czy odpoczynek. Nasilone stany osamotnienia są trudne i mogą wpłynąć negatywnie na funkcjonowanie dorosłego człowieka. U dziecka samotność ma zawsze wydźwięk negatywny. U ludzi dorosłych samotność bywa wyborem, nie koniecznością. U dziecka nigdy nie jest ona wyborem, ponieważ jest sprzeczna z jego naturalnym rozwojem. Dziecko jest bowiem uzależnione od dorosłych – potrzebuje ich pomocy, rady i uwagi, zatem pozbawione tych doznań czuje się zagubione i nieszczęśliwe [2, 3, 4].

Samotność, jako stan wyobcowania, nie musi być skutkiem izolacji od świata, jako świadomego wyboru człowieka, ale przede wszystkim jest charakteryzowana jako odrzucenie, odrzucenie jednostki od innych. Samotność można rozumieć w różnorodny sposób: jako stan, w którym człowiek jest pozbawiony

bezpośredniego kontaktu z ludźmi lub jako poczucie braku bliskich uczuciowo osób. Natomiast osamotnienie definiowane jest jako oderwanie od potrzebnych związków z innymi lub niezbędnego związku z bliską osobą [2, 4, 5].

Nowoczesne społeczeństwo, z pozoru lepsze, w rzeczywistości jest bardziej egoistyczne od poprzednich pokoleń. Objawia się to osłabieniem więzi uczuciowej między członkami rodziny, utratą poczucia przynależności oraz zastępowaniem potrzeb emocjonalnych wartościami materialnymi. Efektem tego jest drastyczny wzrost liczby dzieci przeżywających dotkliwie osamotnienie wśród osób formalnie najbliższych, w rodzinie [6]. Na tym tle pojawia się niedostatek psychicznego kontaktu dzieci z rodzicami. Świadomość powszechności zjawiska osamotnienia dzieci w rodzinach jest przytłaczająca. Jak można przeczytać w literaturze przedmiotu [7, 8], rodzice często są nieobecni w doświadczeniach i przeżyciach dzieci, nie dają im wystarczającego oparcia, co rodzi niepewność, nieufność i lęk oraz prowadzi do swoistego zagubienia dziecka. Przedstawiciele współczesnej młodzieży coraz rzadziej stwierdzają, że czują się kochani i rozumiani w domu. Co ważne, rodziny, w których dominuje więź przedmiotowa, spotkać można we wszystkich środowiskach społecznych. Zjawisko to nie jest już łączone wyłącznie z rodzinami dysfunkcyjnymi, ubóstwem, czy uzależnieniami. W rodzinach tych rodzice nie okazują dzieciom miłości, serdeczności, zainteresowania i zadowolenia oraz gotowości do niesienia pomocy. Narażają tym samym dzieci na poczucie osamotnienia. W przekonaniu Izdebskiej: „Mieć bliskich i czuć się samotnym, to najgorszy rodzaj samotności, ponieważ zabija w człowieku nadzieję, osłabia motywację, deformuje psychicznie” [9].

Poczucie dziecięcego osamotnienia może być świadome, ale także nieświadome [2]. Nieświadome, bo niemowlę nie ma jeszcze świadomości braku matki, lecz ma już odczucie jej braku. Może też mieć różne stopnie intensywności i różne zakresy. Dziecko może czuć się osamotnione całkowicie, gdy np. wydaje mu się, że jest niczyje lub osamotnione częściowo, kiedy spośród bliskich dziecku osób jedna odchodzi, lecz jedna pozostaje. O samotności dziecka wciąż jeszcze mało jest wiadomo. Wydawać by się mogło, że w rodzinie pełnej, akceptującej dziecko, nie ma podstaw do mówienia o dziecięcej samotności, jednak od jakiegoś czasu obserwuje się u dzieci zwiększenie częstotliwości poczucia osamotnienia. Decydujący wpływ ma na to styl życia i niedocenywanie przez rodziców psychicznych potrzeb dziecka. Podwyższanie stopy bytowej społeczeństwa, szybkie tempo życia i powszechny brak czasu sprawiają, że rodzice próbują kompensować braki w stosunkach emocjonalnych z dziećmi pieniędzmi czy prezentami. Poczucie osamotnienia u małego dziecka najczęściej spowodowane jest fizyczną nieobecnością rodziców. U starszego dziecka, wchodzącego w okres adolescencji, stan taki spowodowany jest psychicznym oddaleniem się od rodziców [3, 4].

Badania prowadzone nad samotnością dzieci i młodzieży wskazują, że jej rodzaj pozostaje w ścisłym związku z nastawieniami ujawnianymi ze strony

środków społecznych, szczególnie rodzinnych, szkolnych oraz rówieśniczych [10]. Środowiska te mogą stwarzać izolację oraz wywoływać niekorzystne skutki fizyczne, intelektualne i emocjonalne [3].

Przyczyny samotności dziecka

Środowisko rodzinne odgrywa ważną rolę w rozwoju emocjonalnym i społecznym dziecka. Widocznym rezultatem więzi uczuciowej pomiędzy dzieckiem i rodzicami jest jego funkcjonowanie w szerszych kręgach społecznych, umiejętność nawiązywania kontaktów oraz budowanie relacji z innymi ludźmi. Rola środowiska rodzinnego w kształtowaniu i rozwoju osobowości dziecka w dużym stopniu zależy od sposobu zaspokajania bądź niezaspokajania jego indywidualnych potrzeb, które spełniają ważną rolę w funkcjonowaniu każdego człowieka. Zdecydowanie częściej rodzice nie uświadamiają sobie istnienia potrzeb psychicznych, do których zaliczyć można: potrzebę bezpieczeństwa, aktywności, samodzielności, wzrostu, rozwoju, osiągnięć, kontaktu emocjonalnego i społecznego, potrzebę przynależności, akceptacji oraz uznania. Również rozwinięcie takich cech, jak czułość, szacunek do siebie, pewność siebie, możliwe jest przy zaspokojeniu podstawowych potrzeb emocjonalnych – przynależności, miłości i szacunku [5, 11]. W samej istocie rodziny tkwi element bliskości silniejszy niż w jakichkolwiek innych środowiskach ludzkiego życia. Tym, co różni rodzinę od innych środowisk, jest jej emocjonalny charakter, a czynnik emocjonalny, jakim jest więź między członkami rodziny: małżonkami, rodzicami i dziećmi, pełni zasadniczą rolę w zapewnieniu jej trwałości i integracji. Dla utrzymywania i rozwoju więzi w rodzinie bardzo ważne są trzy elementy: obecność, czas przeżyty razem i wspólne uczestnictwo w codziennych wydarzeniach. Bycie razem nie oznacza tylko przebywania w tym samym domu, ale obecność psychiczną, bycie dla siebie nawzajem [12].

Problematyka osamotnienia dziecka w rodzinie jest coraz częściej podejmowana przez pedagogów i psychologów, a poczucie to określa się też mianem „sieroctwa duchowego” lub „sieroctwa emocjonalnego” – w odróżnieniu od „sieroctwa społecznego”. Istotą sieroctwa społecznego jest bowiem brak odpowiedniej opieki nad dzieckiem, niezaspokajanie jego podstawowych potrzeb biologicznych i psychicznych, brak zainteresowania jego sprawami, wynikami w nauce, kontaktami z rówieśnikami, a także brak troski o jego zdrowie. Natomiast głównym wyznacznikiem sieroctwa duchowego jest przeżywanie przez dziecko faktu odrzucenia emocjonalnego. Sieroctwo duchowe może więc towarzyszyć sierectwu społecznemu lub naturalnemu, może też wystąpić samoistnie na tle braku zrozumienia i miłości w rodzinie, przy równoczesnym zapewnieniu biologicznych potrzeb dziecka [13]. W takich przypadkach dzieci mają zapewnione bardzo dobre, czasem wręcz luksusowe warunki materialne, a jednak bo-

leśnie odczuwają swoje osamotnienie, osierocenie w rodzinie. Reakcja dziecka na niedostateczne zaspokojenie potrzeb jest reakcją subiektywną, uwarunkowaną różnorodnymi czynnikami, dlatego może się zdarzyć, że dziecko faktycznie zaniedbane nie ma poczucia osierocenia, a żyjące w rodzinie pozytywnie ocenianej z punktu widzenia standardowych wymagań opiekuńczo-wychowawczych, wyraźnie tego doświadcza [13].

Subiektywne odczuwanie własnego sieroctwa duchowego może powstać w różnych układach rodzinnych. Podstawowym jego źródłem jest, zdaniem Maciarz, zaburzenie więzi emocjonalnej między rodzicami a dzieckiem [13, 14]. Może ono przybierać różne postaci. Czasem objawia się jako wrogość emocjonalna, której konsekwencją jest jawne odrzucanie dziecka, demonstrowanie wobec niego negatywnych uczuć, okazywanie mu dezaprobaty, niekiedy też zastraszanie i stosowanie surowych kar. Może ono przybrać postać obojętności emocjonalnej rzeczywiście – wyrażającej się brakiem pozytywnych uczuć wobec dziecka, unikaniem kontaktu z nim i chłodem uczuciowym oraz obojętności emocjonalnej pozornej, kiedy rodzice kochają dziecko, ale mu tego z różnych względów nie okazują. Niekiedy wiąże się to z ograniczaniem ekspresji uczuć, czasami wynika z przyjęcia rygorystycznego stylu wychowania. Najczęściej jednak spowodowane jest brakiem czasu, późnymi powrotami z pracy, przemęczeniem, nadmiernym angażowaniem się w sprawy zawodowe czy towarzyskie. Jedno jest pewne – dziecko odczuwa to bardzo boleśnie [13].

Do wyżej wymienionych objawów osamotnienia dziecka w rodzinie można zaliczyć niedostateczne rozumienie dzieci przez ich rodziców, spowodowane najczęściej słabym kontaktem psychicznym rodziców z dzieckiem, nieznaną jego indywidualnych potrzeb i przeżyć oraz niewłaściwym interpretowaniem jego reakcji i zachowań. W konsekwencji rodzice niewiele wiedzą o swoim dziecku, a w podejmowanych czynnościach wychowawczych nie biorą pod uwagę jego indywidualnych potrzeb [12, 14, 15]. Wyniki badań Cudak wskazują na zdecydowanie lepszą znajomość przez rodziców potrzeb biologicznych swoich dzieci niż ich potrzeb psychicznych [16].

Do czynników będących przyczyną poczucia samotności przez dziecko można też zaliczyć brak więzi emocjonalnej pomiędzy dzieckiem a rodzicami. Ta przyczyna może pojawić się w sytuacji, kiedy dziecko nie było oczekiwane przez rodziców, pochodzące z niechcianej ciąży bądź będące innej od upragnionej przez rodziców płci. Rodzice wykonują czynności związane z pielęgnacją dziecka z obowiązku, są wobec niego oschli, nie tulą go, nie całują, nie przemawiają miło, denerwują się, gdy dziecko płacze wzywając ich w ten sposób do siebie. Z czasem uczy się ono żyć obok rodziców, ale nie z nimi i nie dla nich. Samo rozwiązuje swoje problemy, radzi sobie z trudnościami dnia codziennego, lecz cały czas próbuje zwrócić na siebie uwagę rodziców – jest przesadnie posłuszne, zdyscyplinowane lub wręcz odwrotnie, swoim niewłaściwym zachowaniem sprawia im wiele kłopotów, myśląc, że może w ten sposób zwrócić

na niego uwagę, zainteresują się nim. Pustka emocjonalna jest tak dotkliwa, że może doprowadzić do głębokich stanów apatii i izolacji społecznej [3].

Kolejną przyczyną samotności dziecka w rodzinie może być autokratyzm w wychowaniu. Taka postawa rodziców względem dziecka nie pozwala na wykształcenie się silnych więzi emocjonalnych. Wymagania stawiane dziecku, przerastające jego możliwości, nie pozwalają zdobyć dziecku uznania w oczach rodziców. Często słyszy, że jest niezdarne, nieodpowiedzialne, leniwe i głupie. Takie reakcje rodziców na jego niepowodzenia ugruntowują dziecko w myśleniu, że jest niekochane, niepotrzebne i nigdy nie będzie w stanie spełnić wymagań rodziców.

Wiele zależy także od stosowania odpowiednich metod wychowawczych, systemu kar i nagród w procesie wychowania. Zarówno ich nadmiar, jak i brak może być przyczyną samotności dziecka w rodzinie. Dziecko intensywnie karane ma poczucie niższej wartości, uświadamia mu się ciągle jego braki i niedociągnięcia, upokarza, izoluje emocjonalnie. W miejsce uczucia miłości i oddania pojawia się niechęć i wrogość do rodziców [17, 18]. Dom rodzinny staje się swoistą samotnią, w której dziecko przeżywa swój ból, a brak poczucia bezpieczeństwa nie pozwala mu na odczuwanie silnych więzi z rodzicami.

Ważnym aspektem w życiu każdego dziecka są narodziny młodszego rodzeństwa, co może zburzyć dotychczasowy układ powiązań i zależności rodzinnych. W przypadku nieprzygotowania starszego dziecka do tych zmian, czuje się ono odsunięte na dalszy plan, a jednocześnie niekochane i odrzucone. Młodsze rodzeństwo staje się potencjalnym zagrożeniem w walce o uczucia rodziców. Przeżywane przez dziecko niepokoje i obawy o utratę miłości rodziców, jeśli w porę nie zostaną przez nich rozwiane, staną się podstawą do odczuwania przez dziecko samotności, mimo że z punktu widzenia opiekunów nie ma do tego racjonalnych podstaw [3, 7].

Brak czasu dla dziecka to swoisty symbol współczesnego poczucia osamotnienia. Dziecko spędzając większość czasu samo, w oczekiwaniu na powrót rodziców przeżywa rozterki związane z własną tożsamością, pojawia się uczucie buntu, niesprawiedliwości i wyobcowania.

Podobnie konflikty w rodzinie, rozwody i rozstania rodziców często przyczyniają się do wzrostu poczucia samotności u dzieci. Rodzina, w której występują kłótnie i konflikty nie sprzyja prawidłowej realizacji podstawowej potrzeby poczucia bezpieczeństwa. Rodzina zrekonstruowana, z pozoru stwarzająca odpowiednią sytuację do prawidłowego rozwoju dziecka, może powodować mnogość sytuacji burzących poczucie bezpieczeństwa dziecka i niepozwalających na powstanie trwałych więzi emocjonalnych z członkami rodziny. Brak akceptacji ze strony nowego partnera matki lub ojca może być przyczyną pojawienia się u dziecka myśli, że jest niepotrzebne, niekochane i stanowi przeszkodę dla sprawnego funkcjonowania rodziny. Ten rodzaj samotności wydaje się bardzo

dotkliwy, ponieważ dziecko cierpi podwójnie: z powodu utraty jednego z rodziców i braku akceptacji przybranego rodzica [19].

Kolejnym czynnikiem powodującym poczucie samotności może być choroba lub niepełnosprawność dziecka. Dziecko z zaburzeniami w rozwoju często odczuwa własną inność i osamotnienie. Żyje wśród ludzi, ale poczucie, że nie jest akceptowane, zwiększa odczuwanie własnej bezradności [20].

I na koniec – dysfunkcyjność rodziny, występowanie w nich zjawisk o charakterze patologicznym, uzależnienia rodziców, powodują wzrost poczucia osamotnienia we wszystkich obszarach funkcjonowania dziecka – głównie w emocjonalnych i społecznych.

Przedstawione powyżej czynniki życia rodzinnego, warunkujące samotność dziecka, nie zawsze z nią współwystępują. Nie można też lekceważyć wpływów środowiska społecznego oraz uwarunkowań osobistych dziecka [15]. Niemniej, to właśnie różnorodność interakcji i sytuacji, które stwarza życie rodzinne, przyczynia się do odczuwania subiektywnego poczucia samotności dzieci wśród ludzi.

Podsumowanie

Powyższe rozważania obejmują zagadnienie osamotnienia dzieci wychowywanych w rodzinach biologicznych, które z różnych powodów nie zaspokajają ich potrzeb emocjonalnych. Istnieje jednak dość duża grupa dzieci wychowywanych w różnorodnych formach opieki zastępczej – w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, domach dziecka czy w rodzinach zastępczych. W jakim stopniu opieka w placówce zaspokaja ich potrzeby emocjonalne? Co one czują? Jak duży jest poziom odczuwania przez nich odrzucenia, a w konsekwencji osamotnienia? Jak te zdarzenia wpływają na ich funkcjonowanie i jakimi ludźmi będą gdy dorosną? Pozostaje tylko mieć nadzieję, że osoby pracujące z nimi, pedagodzy i psycholodzy, są w stanie zapewnić im potrzeby, zrekompensować, choć na podstawowym poziomie, brak biologicznych rodziców i zapewnić, choćby w niewielkim stopniu to, co im się należy – miłość, bliskość i bezpieczeństwo.

Bibliografia

1. Białobrzeska K, Kawula S. *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej: wokół zagadnień teoretycznych*. Akapit, Toruń 2006.
2. Łopatkowa M. *Samotność dziecka*. WSiP, Warszawa 1989.
3. Ostrowska A (red.). *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009.
4. Rembowski J. *Samotność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.

5. Hare R. *Psychopaci są wśród nas*. Znak, Kraków 2008.
6. Gajewska G. *Opuszczenie i osamotnienie dziecka wśród dorosłych*, [w:] Gajewska G, Waloszek D. (red.), *Nowe stulecie dziecka*. Zielona Góra 2001, 276.
7. De Jong P, Kim Berg I. *Rozmowy o rozwiązaniach*. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2007.
8. Kozdrowicz E. *Dziecko zagubione w rzeczywistości*, [w:] *Nowe stulecie dziecka*, Waloszek D (red.). Zielona Góra 2001.
9. Izdebska H. *Współżycie pokoleń w rodzinie*. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze 1980; 9.
10. Gurycka A. *Światopogląd młodzieży*. Wydawnictwo PTP, Warszawa 1991.
11. Herman JL. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. GWP, Gdańsk 2000.
12. Herzberger S. *Przemoc domowa*. PARPA, Warszawa 2002.
13. Maciarz A. *Cechy rodzin dzieci z poczuciem sieroctwa duchowego*. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze. 1992; 8: 338–340.
14. Maciarz A. *Sieroctwo duchowe dzieci*. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze. 1991; 6: 242–244.
15. Izdebska H. *Nasze dzieci i my*. Warszawa 1961.
16. Cudak H (red.). *Rocznik Pedagogiki Rodziny. Studia i Rozprawy*, t. 2. Piotrków Trybunalski 1992.
17. Brągiel J, Badora S. *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie opieki społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005.
18. Olszewski A. *Siniaki na mózgu, czyli o samotności dziecka odrzuconego*. www.psychologia.net.pl/artikul.php?level=96.
19. Kmiecik-Baran K. *Poczucie osamotnienia – charakterystyka zjawiska*. Przegląd Psychologiczny. 1988; 4: 1079–1095.
20. Klimowicz G. *Przeciwko bezradnej samotności*. Nasza Księgarnia, Warszawa 1988.

Suffering in Loneliness Among People – about the Loneliness of a Child in Modern Family

Abstract: Loneliness is a complex and multidimensional phenomenon, defined on different plains. Loneliness can concern the man in every phase of his development, and depending on the period at which he will turn up, takes different forms. Usually is associated with negative sensations as sadness, sorrow, longing, nostalgia or also an anger are usually being associated with negative experiences, but also is combined with pleasant feelings, as a feeling of release or the rest. Increased states of the loneliness are difficult and can influence functioning of the adult man negatively. In humans, the adult loneliness is sometimes a choice, not a necessity. The child loneliness is always a negative overtone. The modern society is characterized with high degree of the egoism. With effect of it there is a drastic height of the number of children going the severe loneliness through amongst persons formally among others closest, in the family. Against this background a deficiency of the psychological contact of children with parents appears. The awareness of the universality of the phenomenon of leaving children alone in families is overwhelm-

ing. The factors that cause the feeling of loneliness a child include: lack of emotional ties between the child and the parents in the upbringing of autocracy and the use of inappropriate methods of education, improper system of penalties and rewards in the educational process. Factor in the feeling of loneliness can be a child's illness or disability, dysfunctional family, a family history of pathological phenomena, parents addiction cause an increase in feelings of loneliness in all areas of a child – mainly in the emotional and social. The diversity of interactions and situations that makes family life contributes to the feeling of subjective feeling of loneliness children among the people.

Key words: loneliness of the child, family, feeling the loneliness, suffering

Anna Pekaniec

Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego,
Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych

SPOSOBY LECZENIA CHORÓB W AUTOBIOGRAFISTYCE KOBIEĆ

adres korespondencyjny:

Anna Pekaniec, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego, Wydział Psychologii i Nauk
Humanistycznych, 30-705 Kraków, ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1
e-mail: apecaniec@o2.pl

Streszczenie: Głównym celem artykułu jest prześledzenie sposobów leczenia, diagnozowania, opisywania objawów chorób, które trapiły autobiografki, ich znajomych lub podopiecznych. Szeroko pojęta literatura dokumentu osobistego autorstwa kobiet – głównie dziewiętnastowieczna, choć przywołane zostają także wcześniejsze publikacje, zostaje potraktowana jako wiarygodny, interesujący materiał źródłowy, dzięki któremu możliwe staje się nie tylko opowiedzenie o konkretnych dolegliwościach, lecz także ukazanie powiązań dyskursu medycznego z obyczajowym, czy szerzej, kulturowym. Stąd też autobiografie kobiet, w całości lub w znacznej mierze skoncentrowane na rejestrowaniu symptomów chorobowych, jawią się jako ciekawe i efektywne poznawczo składowe zarówno historii literatury, jak i historii medycyny.

Słowa kluczowe: autobiografia, choroba, kobieta, sposoby leczenia

Wprowadzenie

Autobiografistyka [5], w tekście traktowana jako synonim literatury dokumentu osobistego, wyznaczana przez wzajemne wpływy dwóch przestrzeni tekstowych – autobiografii, z „królewskimi” gatunkami, takimi jak dziennik, pamiętnik, wspomnienia, autobiografia *sensu stricto*, i epistolografii, obejmującej zbiory korespondencji, nie od dziś uznawana jest przez socjologów, literaturoznawców, psychologów, pedagogów, historyków, antropologów za niezwykle cenne, bogate, wielowarstwowe archiwum prywatnych opowieści, w którym znalazło się miejsce także dla narracji o chorobach, sposobach ich diagnozowania i leczenia. Przedstawienie sposobów opisywania dolegliwości/opowiadania o chorobach przez autobiografki – głównie dziewiętnastowieczne (choć nie zabraknie narracji z XX w., ale i wcześniejszych), będzie nadrzędnym celem niniejszego szkicu. Skonstruowany zostanie swego rodzaju rejestr ewentualnych autobiograficznych reprezentacji chorób, jak również sposobów ich leczenia – niejednokrotnie niekonwencjonalnych. Wynotowane z dziewiętnastowiecznych autobiografii metody leczenia, nieszablonowe kuracje, dziś zaskakują całkowitym odpodmiotowaniem pacjenta, a niekiedy śmiercionośną upartą konsekwencją.

Należy tu zaznaczyć, że pisanie o aspektach życia związanych z chorobą jest szczególnie istotne w kontekście kobiecych autobiografii, gdyż umożliwia wprowadzenie do dyskursu najpierw prywatnego, następnie publicznego (po wydaniu tekstów) zagadnień związanych z cielesnością, długo tabuizowanych, niechętnie widzianych w nawet w osobistych opowieściach, gdyż mówienie o kobiecej cielesności traktowane było jako znaczne naruszenie zasad dyskrecji, złamanie tabu, wydobywanie na jaw zagadnień, które, choć z jednej strony wydawały się oczywiste i niezbywalne, z drugiej powinny pozostać niewypowiedziane. Werbalizacja okazywała się występką, akcentującym to, co uznawano za wstydlive lub intymne [10]. Opowieści o chorobach maskowały cielesność, oddzielając ją od osoby cierpiącej. Autonomizacja cielesnych symptomów chorobowych stawała się dogodnym sposobem transferu ciała do tekstu.

Rozliczne powiązania cielesności i autobiografizmu w perspektywie kobiecej literatury dokumentu osobistego są szczególnie istotne, eksponują bowiem kulturowe i obyczajowe konteksty warunkujące kształt dyskursu o ciele – tu ciele chorym, cierpiącym, przypominającym o ulotności istnienia [10], poddawany rozlicznym terapeutycznym (lub mających pretensje do bycia takimi) zabiegom, dyscyplinowanym, stawiającym opór. Ciało, zapośredniczone przez język jest jednym z czynników budujących autobiograficzną opowieść, co zostało lapidarnie i trafnie podsumowane przez Sidonię Smith i Julię Watson: „the body is the site of autobiographical knowledge, as well as a textual surface upon which a person’s life is inscribed. The body is the site of autobio-

graphical knowledge because memory itself is embodied. And life narrative is a site of embodied knowledge because autobiographical narrators are embodied subjects” [18]. W odniesieniu do polskich autobiografii kobiecych ważnym kontekstem tłumaczącym unikanie przez autorki notatek o cielesności było wyraźne oddziaływanie mitu Matki Polki: „to formuła udziału kobiet w polskiej wspólnocie narodowej. Przez macierzyństwo kobieta w Polsce wkupia się w tę wspólnotę. Macierzyństwo realizuje się w wypadku optymalnym przez urodzenie syna i wychowanie go w duchy patriotycznym” [22]. Sprowadzanie na świat synów, którzy mieli walczyć o niepodległość ojczyzny, oraz córek, potencjalnych kolejnych Matek Polek – oto ich sens życia Polek, przy czym ich cielesność była wytłumiana. Bezcielesna Matka Polka oszczędnie dawkowała narracje o ciele, gdyż musiała uważać, aby nie stracić nic ze swej „anielskości”, w żadnym przypadku nie wywołać najmniejszych skojarzeń z seksualnością. Stąd też opowieści o chorobach – własnych, dzieci, mężów, sióstr, osób znajomych (bliższych lub dalszych) były dla autobiografek wspaniałym alibi, chroniącym przed oskarżeniami o skupianie uwagi na sobie, eksponowanie – choćby śladowej – seksualności. Uwagi te potwierdzają Smith i Watson: „The cultural meanings assigned particular bodies affect the kind of stories that people can tell. For instance, respectable middle-class women up through the nineteenth century could not, and would not, tell sexual stories about their bodies because the cultural meanings assigned those bodies had to do with myths of the corrupt nature of female sexuality. To speak sex was to shame or polute oneself” [18].

W perspektywie odzyskiwania opowieści o kobiecej cielesności Agnieszka Gajewska pisała o „skandalu ciała”, uwypuklając konieczność uwzględnienia kontekstów historycznych, obyczajowych, usytuowania kobiecego ciała w naukach medycznych. Rehabilitacja kobiecej cielesności miała uczynić z niej równoprawny przedmiot i podmiot dyskusji, pozbawiony odium wstydu [7: 74–75]. Warto też pamiętać o postępującej medykalizacji kobiecego ciała – którą świetnie ilustrują zgromadzone teksty. Choroby, cierpienie, ból tak szybko, jak pojawiały się na łamach kobiecej literatury dokumentu osobistego, równie prędko bywały z nich wyprasane jako niepożądani goście, wprowadzający estetyczny dysonans w dyskurs oparty na celebracji piękna i sprawności, nawet niewielkie dysproporcje mogły okazać się przepustkami do wykluczenia [10].

Niezależnie od stopnia otwartości w odniesieniu do narracji o ciele, choroby, sposoby ich leczenia, stanowiły istotny składnik kobiecych narracji, odsłaniając nie tylko kulisy indywidualnych dramatów, wyznaczały również kulturową optykę postrzegania chorób jako takich. Bezradność, nieadekwatność dobieranych metod, stopniowy postęp, rosnąca świadomość znaczenia profilaktyki, wszystko to znajduje odbicie w kobiecej autobiografistyce.

Gruźlica – śmiertelne żniwo

Chorobą w znacznej mierze wykraczającą poza dyskurs medyczny była gruźlica (nierzadko kształtująca fabuły licznych utworów literackich [11, 20]), niezwykle częsta, na ogół kończąca się śmiercią pacjenta, a ze względu na zakaźny charakter stanowiąca realne zagrożenie także dla jego rodziny i osób nim się opiekujących. Nazywana „chorobą społeczną” [27], zrównywała biednych i bogatych, ponadto: „W wielu wypadkach była chorobą przekazywaną potomstwu przez chorych rodziców. Na gruźlicę zmarła w 1878 r. Bronisława z Boguskich Skłodowska. Matka przyszłej noblistki przestrzegała higienicznego trybu życia, by nie zarazić chorobą dzieci. Nie przytulała ich ani nie całowała, najczulszą pieśczętą było pogłaskanie malca po głowie. Używała osobnych naczyń i sztućców” [2].

Zaznaczyć należy, że to na damskich członkach rodziny, w dużej mierze, spoczywała troska o zdrowie dzieci i dorosłych. Matki, ale i babki często były odpowiedzialne za przebieg i powodzenie kuracji. Idealna pani domu i matka z drugiej połowy XIX w. była więc zaznajomiona z tajnikami sztuki medycznej [2: 139], np. babka Wirydianny Fiszerowej, przyjaciółki Tadeusza Kościuszki, opiekowała się siostrą dziewczyny, Katarzyną, cierpiącą na zapalenie oczu [6].

Niewielka dygresja – XIX w. był czasem sporej śmiertelności wśród niemowląt i dzieci. Nierzadko z licznej gromady rodzeństwa dorosłości dożywało dwoje, troje dzieci, co spowodowane było nie tylko zaniedbaniami podczas ciąży oraz we wczesnym okresie niemowlęcym, ale np. młodym wiekiem matek, nierzadko wycieńczonych następującymi po sobie porodami. Potwierdzeniem są uwagi Wirydianny Fiszerowej: „Przyszłam na świat jako czwarta z rzędu, matka dopiero co była ukończyła lat osiemnaście. Trzej bracia, którzy mnie poprzedzili, zmarli. Byli wątli, zabrakło im sił do życia” [6]. Po niej urodziło się jeszcze pięcioro dzieci, przy czym przeżyły jedynie dwie siostry, Katarzyna i najmłodsza Antonina. Raczej niska świadomość medyczna z pewnością nie przyczyniała się do zwiększenia szans przeżycia najmłodszych.

W kobiecej literaturze dokumentu osobistego zachowało się wiele portretów gruźlików i gruźliczek oraz opisów metod leczenia, które jeśli nie szkodziły, to tylko i wyłącznie nie pogarszały i tak nadwątłego zdrowia nieszczęśników. Gruźlica była równoznaczna z wyrokiem śmierci, nieuniknionym, a jedynie odraczanym. Wyjątkowo intensywna, zajmująca, szczegółowa korespondencja Elizy z Branickich Krasińskiej (żony Zygmunta Krasińskiego, romantycznego wieszca) to jedyna w swym rodzaju opowieść o małżeństwie oraz macierzyństwie, na których ponurym cieniem kładła się dziedziczna w rodzinie Krasińskich gruźlica [21]. Matka poety, on sam, jego syn Władysław – byli ofiarami „dżumy XIX w.”. Pobyty w krajach o łagodnym klimacie, częste kuracje podczas słynnych wyjazdów „do wód”, specjalnie dobrana dieta – nie pomagały. Mimo to Eliza chwyciła się każdego promyka nadziei.

Mając świadomość niszczycielskiej siły suchot, Krasińska przedstawia także jej niespecyficzny obraz. Oto próbka: „wszyscy jej żałują ponieważ był to ideał młodej dziewczyny, dużo cierpiała, nigdy nie skarżyła się, z cierpliwością anioła, ale żal jej było życia i kilka razy popłakała, ostatnie chwile były łagodne i spokojne, nie miała zupełnie sił, umarła bez wysiłku – kilka godzin wcześniej otrzymała ostatnie błogosławieństwo, które było dla niej ogromną radością [...]. Mówią, iż była po śmierci cudownie piękną” [21].

Ponad sto lat później Susan Sontag nazwie gruźlicę „chorobą w służbie światopoglądu romantycznego” [19: 73], o wyraźnie podmiotowym charakterze – choroba „ja” [19], niesamowitą zarazem i fascynującą. Choroba stopniowo zagarniała ciało chorego, nieubłagalnie zastępując tożsamość osoby tożsamością jej ciała. Ponadto atrakcyjne suchotnice stawały się wcieleniem perwersyjnego, śmiertelnego piękna, przydającego im zwiewności, bladeści, eteryczności. Tak bardzo somatyczna, a jednocześnie tak wyraźnie odcieleśniana, gruźliczka zbliżała się do popularnych ideałów kobiety-anioła, chorego piękna [8] – atrakcyjnego przez swoją pograniczność, estetykę pozbawioną erotycznych konotacji, dodatkowo otwierających perspektywę metafizyczną, sięgającą poza realność choroby. Sandra Gilbert i Susan Gubar, kreśląc portret kobiety-anioła w kulturze anglojęzycznej (świetnie pasujące także do polskich kontekstów), wskazywały na paradoksalność jej istnienia, zasadzającego się na jednocześnie afirmowanej i negowanej cielesności, niewykluczającej aktywności polegającej na nieustającej gotowości do poświęcania się dla innych. Ziemską anielicą nie buntowała się, ponadto nie mogła opowiedzieć o swoim cierpieniu, jej historia została zamazana, wyciszona, ograniczona do estetycznej reprezentacji [8]. W polskim dyskursie autobiograficznym, kobiece cierpienie przekuwane bywało w paradoksalne piękno naznaczone rozkładem. Izabela Czartoryska w ciekawym dzienniku z podróży pt. *Dyliżansem przez Śląsk*, przypomina o poznanej, umierającej na suchoty pani Mielińskiej, której „choroba piersiowa” [4: 106] nadaje wyjątkowo powabny wygląd. Rumieńce wywołane przez gorączkę Czartoryska nazywa uderzająco podobnymi do „radości i lekkiego zażenowania” [4].

Niewiele wspólnego z romantyczną estetyzacją choroby mają relacje dwóch suchotnic: Leonii Wildowej (jej cierpienie potęgowało obserwowanie postępów gruźlicy u jedynej córki, Eugenii – której ordynowano trzy razy dziennie szklankę mleka wymieszanego z wodą wapienną, co powodowało dokuczliwe biegunki [23]) i Marii z Ebertów Józefowej Rostafińskiej – w jej przypadku do gruźlicy dołączyła głuchota [15], a kuracja przeciwgruźlicza obejmowała m.in. obfite posiłki, wypijanie czterech szklanek mleka dziennie, nacieranie jodyną oraz inhalacje z karbolu [23]. Listy każdej z nich to zapis beznadziejnych zmagających się z chorobą, pościgów po całej Europie (ale i Afryce) za niknącą nadzieją na wyzdrowienie. Ani włoskie eskapady Wildowej, ani francuskie i afrykańskie wojaje Rostafińskiej, nie pomogły. Korespondentki zmagają się z chorobą, rosnącymi

długami, obawami o los dzieci i mężów; w kolejnych listach notują uwagi o ciele naznaczonym stygmatem rozpadu, stopniowo redukowanym do procesów fizjologicznych, wydzielin. Stopniowo stawką staje się nie życie, ale każdy oddech, nie lata, ale dni. Gruźlica zawłaszczając cały organizm ekskludowała osobę, zastępując ją ciałem toczonym przez proces chorobowy. To jeden z przykładów chorób wyraźnie wykraczających poza dyskurs medyczny, szybko przekształcanych w składowe kultury.

Opowieści lekarek

W perspektywie rozpatrywanych tu zagadnień interesująco przedstawiają się autobiografie dwóch lekarek – osiemnastowiecznej, zaradnej Reginy Salomei z Rusieckich Pilsztynowej oraz działającej na przełomie XIX i XX w. Teodory z Krajewskich Kosmowskiej. Choć dzieli je kilkadziesiąt lat, poziom wykształcenia i stopień opanowania wiedzy medycznej, bezsprzecznie łączy je pasja oraz umiejętność odnalezienia się w nowym, kulturowo atrakcyjnym, ale też w dużej mierze obcym i hermetycznym środowisku muzułmańskim.

Pilsztynowa była jedną ważniejszych postaci polskiej historii kobiet, o czym przypominała już historyczka z dwudziestolecia międzywojennego, Łucja Charewiczowa [3]. Salomea Regina Rusiecka, *primo voto* Halpirowa, *secundo voto* Rusiecka, uczyła się sztuki leczenia od pierwszego męża, podpisywała się jako „medycyny doktorka i okulista” [3]. Kurując mieszkanki sułtańskiego haremu (i nie tylko), korzystała z wyjątkowo oryginalnych metod, np. udało się jej wyleczyć pacjenta cierpiącego na kamicę nerkową przy pomocy... syropu fiołkowego [17], balsamu kopaiwowego, kąpieli i plastrów oraz ogromnego łutu szczęścia: „Tu zaś obaczyłam w ten słój, com naprzód dała syropu violarum, ponieważ słów nie zawiązany, aż tam pełno napadło żuków czyli chrząszczów, z bardzo wielkimi rogami i czy to by miało pomóc? Dość ja to Boga Najwyższego przypisuję Opatrzności” [17].

I jeszcze dwa przykłady (samo)leczenia proponowanego przez sprytną lekarke: „w niewczacie takim defekt dostała, że mnie głowa tak wyschła, że żadną miarą żadna wilgoć ani do nosa, ani do gęby nie przyszła. I tak mnie w gębie i nosie zasychało, że kiedy w dzień, to migdałowym i jaśminowym olejkim smarowałam, aqua plantaginis [czyli wywarem z ziela babki lancetowatej – uzup. A.P.] na płukanie, bo to wilgoci i zimna dodaje, i różne rzeczy wewnątrz brałam, ale bez pomocy i nadziei” [17]. „Za pomocą P. Boga, przez salwacje i picie dekoktu [zapewne chodzi o wywar z ziół – A.P.] przez trzy miesiące i przez różne plastry, mulefikacje [bliżej nie scharakteryzowany sposób leczenia poprzez zmiękczenie – uzup. A.P.], naparzania, krwi puszczenia, bardzo się w cieple konserwując mogłoby przecie cokolwiek pomóc [radziła pułkownikowej cierpiącej na ostre zapalenie żył – uzup. A.P.]” [17].

Praktyka lekarska Pilsztynowej składała się z wielu szczęśliwych zbiegów okoliczności, sporej dawki intuicji oraz określonej porcji wiedzy czerpanej z książek pozostawionych jej przez pierwszego męża. Zwraca uwagę niewielka ilość fachowej, medycznej, terminologii, która wydaje się niepotrzebna dla doktorce, czasami wręcz przeszkadzając. Okulistka i lekarka (dziś pewnie by powiedziano, że była internistką) dzięki pasji i determinacji, ale także sporej inteligencji, nie tylko opracowała arsenał leczniczych rozwiązań, przede wszystkim udało się jej znaleźć własne miejsce w przestrzeni od lat zarezerwowanej dla mężczyzn. Płeć okazała się atutem – w kraju muzułmańskim jako kobieta formalnie przynależąca do odmiennej kultury, dzięki swojej profesji, mogła swobodnie przemieszczać się zarówno w przestrzeni przeznaczonej dla mężczyzn, jak i zarezerwowanej tylko dla kobiet.

Także Teodora z Krajewskich Kosmowska, warszawianka urodzona w połowie XIX w., znaczną część aktywności zawodowej zrealizowała w muzułmańskiej przestrzeni kulturowej, a dokładnie na Bałkanach, w Bośni i Hercegowinie. Spędziła tam trzy dekady [13]. Medycynę studiowała w Genewie w latach 1883–1891, w 1892 r. uzyskała stopień doktora nauk medycznych [13], przed obroną doktoratu przez pewien czas pracowała jako asystentka w katedrze fizjologii [13]. Praca naukowa była przystankiem przed intensywną praktyką lekarską, Krajewska postawiła na kontakt z pacjentami, pod koniec 1892 r. wygrała konkurs, który zapewniał jej pracę na stanowisku rządowego lekarza Bośni, gdzie obok rdzennych mieszkańców, rezydowali też Polacy (liczne polskie kolonie), Rosjanie, Ukraińcy. Po pewnym czasie Krajewska zorientowała się, że najczęściej przychodzą do niej po poradę katoliczki oraz prawosławne, muzułmanki znacznie rzadziej korzystały z opieki ambulatoryjnej – z powodów wynikających z nakazów religijnych lekarz mężczyzna nie miał prawa zbadać chorej wyznawczyni islamu, co też początkowo przenoszono na praktykę Krajewskiej [13]. Najczęstszymi przyczynami ich dolegliwości były: choroby weneryczne (na czele z kiłą), rozmaite choroby tzw. kobiece (Teodorze udało się przekonać pacjentki do badań ginekologicznych) oraz nieleczone i zadawnione gruźlice [13]. Świeżo upieczona pani doktor miała także kilka razy do czynienia z epidemiami, np. ospy (wysoka zachorowalność spowodowana była brakiem szczepień, sytuację poprawiły akcje szczepień zainicjowane przez Krajewską) lub cholery (w tym przypadku gwałtownie postępujące odwodnienie organizmu okazywało się tym groźniejsze, im później rozpoznana została choroba, potęgowana przez kiepskie warunki sanitarne). Krajewska głównie niwelowała objawy, aplikując opium, rozgrzewając chorego, pojąc czerwonym winem, czarną kawą, próbując przywrócić właściwy rytm pracy wycieńczonemu biegunkami i wymiotami organizmowi [13]. Jako główny powód większości przypadków chorobowych podawała zaniedbania higieniczne, pokarmy ubogie w składniki odżywcze, wilgoć w domach i mieszkaniach. Wilgoć przyczyniała się także do wzrostu liczby przypadków osteomalacji: „Duża ilość wody, wilgoć gruntu i domów, zaciemnienie

niektórych domów położonych na zboczach pagórków lub w wąwozach, powodują osteomalację kobiet ciężarnych (rozmiękczenie kości)” [13]. Wyzwaniem była także gruźlica, leczona głównie objawowo. Teodora podawała suchotnikom środki przeciwbólowe, łagodzące kaszel i poprawiające odporność [13]. Poświęciwszy niemalże całe życie pacjentom, Teodora kładła nacisk nie tylko na proces leczenia, ale przede wszystkim na profilaktykę, udowadniając, że proste środki zaradcze mogą ustrzec do wielu chorób i ich powikłań.

Prywatne relacje lekarek mają nie tylko wartość sentymentalną, są ciekawymi składowymi historii medycyny. Dzięki partykularnym perspektywom oglądu oferują możliwość studiowania poszczególnych przypadków.

Choroba – estetyka i wstyd

Ślady po przebytych chorobach bywały nie tylko problemem zdrowotnym, przekładały się bowiem na dyskurs estetyczny. To kolejny, istotny rys kobiecych narracji o chorobach. Częste identyfikowanie kobiety z wyglądem oddziałuje na jej postrzeganie w obrębie grupy społecznej, do której przynależy. Kobieta była (jest) tą, która była (jest) widziana/postrzegana przez pryzmat urody lub jej braku, co zostało wyraźnie podkreślone przez Ellyn Kaschack: „Uważa się, że każdy aspekt ciała kobiety mówi coś o jej wartości. Ona po prostu jest swoim ciałem i twarzą. Osądowi jednak podlega jej wygląd, a nie siła, zdrowie czy zdolność do efektywnego działania. [...] Jeśli wygląd zostanie zaakceptowany, oznacza to, że kobieta jest pociągająca i odpowiednio będzie traktowana. Jeśli ocena wypadnie negatywnie, to jej obiekt jest mniej wartościowy. Może nawet stać się przedmiotem kpín lub ataków – w końcu dopomina się tego przecież samym swoim wyglądem... Kryje się w tym założenie, że brak atrakcyjności jest świadomym wyborem kobiety i że w związku z tym zasługuje ona na złe traktowanie” [12].

Wygląd był ważny jeszcze z jednego powodu – chodziło o perspektywę ewentualnego zamążpójścia. Dlatego matki bardzo martwiły się, jeśli przebyte choroby pozostawiały ślady na ciałach córek – oszpecenie równało się z wykluczeniem z małżeńskiej loterii. Zaniepokojona o córkę była matka Henrietty z Działyńskich Błędowskiej: „Włosy wszystkie wypadły, brwi także i rzęsy, które miałam duże, i plamy ogromne na twarzy. Te okropne straszdyło zaprowadzono [...] do siostry, która mnie przez ciąg choroby nie widziała. Nie tylko, że nie poznała, ale przestraszyła się, z krzykiem uciekła widząc te ogromne monstrum. Mnie to nadzwyczaj zabawiło i ucieszyło, że bez maski maskarada się udała” [1].

W przypadku Henrietty ospa przyszła tuż po jej zachorowaniu na kur (choroba zakaźna, niezbyt groźna, utożsamiana z różyczką): „co nadzwyczaj strwożyło matkę moją, którą zaręczali, iż w jej niebytności przebyłam naturalną będąc małą, a ta musiała być wietrzną, a moje rodzeństwo mieli szczepione. Ze trzy

miesiące chorowałam [...]. Dziwiła wszystkich metoda kurowania przez doktora Francuza, któren – zimową porą to było – okna w moim pokoju otwierał i mało co kazał przypalać. Pryszcze na twarzy nożyczkami przecinał, aby znaków nie było, lecz jak się łaskawe wyręczytelki znalazły, ręką drżącą, niewprawną wszędzie szramy porobiły” [1].

Ospa była jedną z chorób, która w XIX w. dziesiątkowała niemowlęta i dzieci, chociaż pod koniec XVIII w. angielski lekarz Edward Jenner wprowadził szczepienia przeciwko niej, polegające na podawaniu dzieciom tzw. krowianki uzyskiwanej z osocza krów zarażonych ospą. Początkowo zarówno lekarze, jak i rodzice, ale i duchowni, nie byli entuzjastycznie nastawieni do nowego wynalazku [2]. Niemniej na terenie Polski od roku 1801, kiedy doktor Dziarkowski zajął się szczepieniami z zastosowaniem krowianki, sytuacja poprawiała się, pierwsze dekady XIX w. to czas rosnącej popularności szczepień, głównie wśród arystokracji i zamożniejszej szlachty [2].

Ozpecona Henrietta nie traciła pogody ducha. Blizny zniknęły, wspomnienia się zatarły. Także dla młodszej od Działyńskiej, Marii z Łubieńskich Górskiej estetyczne, dermatologiczne perturbacje były przedmiotem troski. Jej córka, Pia: „To dziecko, takie pełne uroku, takie ładne, od pary miesięcy dostało wyrzutu na twarzy, który ją szpeci, a mnie w stan prawdziwej rozpaczki wprowadza. Warszawscy doktorzy nie pomagają jej wcale, a tymczasem złe się powiększa” [9]. By poprawić wygląd córki Górską jedzie z nią do Wiednia, do doktora Caposiego. Ale egzema nie schodziła z twarzy Pii [9], co wyraźnie martwiło matkę.

Romana Pachucka, jedna z pierwszych studentek Uniwersytetu im. Jana Kazimierza we Lwowie [16], jako nastolatka miała bardzo poważne problemy zdrowotne spowodowane dysfunkcją stawu biodrowego. Przeprowadzono operację, która jednak nie polepszyła sytuacji; wręcz przeciwnie, przysporzyła kolejnych kłopotów. Długi pobyt w szpitalu stał się dla Pachuckiej pasmem bólu, a przede wszystkim upokorzeń. Jeden z lekarzy postanowił wykorzystać jej przypadek w celach edukacyjnych dla przyszłych adeptów medycyny: „uczynił ze mnie obiekt doświadczalny dla swego audytorium. Moja choroba należała do rzadkości, jako profesor, wykorzystał tę okoliczność. I oto leżę na stole operacyjnym, okryta prześcieradłem; jest mi zimno. Wokół mnie młodzi mężczyźni. Profesor objaśnia, oni notują, przyglądają się ranie, opatrunkowi. Nikt z nich nie widział we mnie człowieka, młodej dziewczyny; poprzez mgłę bólu i wielkiego wstydu mej nagości patrzyłam na tę scenę i czułam bunt, który do dziś pamiętam. Po skończonym wykładzie przeniesiono mnie na wózek o odwieziono do sali, jak by to wszystko było rzeczą zwykłą, nie wymagającą ani wyjaśnień, ani mej zgody” [16]. Zawstydzona Romana nie umiała się bronić. Choroba zamieniła ją w przedmiot, niemy obiekt badań. Upokorzenie i całkiem realna perspektywa kalectwa – oto konsekwencje zapalenia stawu biodrowego.

Nieszablonowe sposoby leczenia. Błędne diagnozy i ich konsekwencje

Przypadek Pachuckiej jest łącznikiem pomiędzy obyczajowo-estetycznymi konotacjami chorób, a ostatnią kwestią, która tu zostanie poruszona, czyli zaskakującymi, nietypowymi, a niekiedy dość okrutnymi i całkowicie chybionymi, sposobami leczenia faktycznych lub domniemyanych chorób. Jest oczywiste, że mają one kuriozalny (szkoda, że także śmiertelny) wydźwięk z dzisiejszego punktu widzenia, łączą w sobie wiedzę medyczną, ludowe przekonania, ale i swoistą nutę eksperymentatorską, połączoną z odpodmiotowieniem pacjenta. Nie bez znaczenia był charakter relacji pacjent–chory. Niekoniecznie skuteczne metody i napięta sytuacja nie sprzyjały procesowi leczenia. Dowodem niech będą słowa Gabrieli Zapolskiej (korespondencja pisarki i aktorki to wspaniały dokument z przełomu XIX i XX w.), wyjątkowo niechętny kobietom-lekarzom: „przez pięć miesięcy mnie leczyła wprost przeciwnie i [...] zrobiła wrzody, takie szkodliwe lekarstwa idiotycznie mi dawała. Teraz mężczyźni muszą odrabiać to, co baba błagierka zepsuła” [25]. Autorka *Moralności pani Dulskiej* co rusz cierpiała na rozmaite dolegliwości, np. zapalenie opon mózgowych, miesięczny krwotok z dróg rodnych, który próbowano powstrzymać nakazem leżenia w łóżku i specjalną dietą: „jem po cztery befsztyki kuracze dziennie, aby odrobić to, co tracę” [25]. Jak wielu młodopolan korzystała z leczniczych właściwości klimatu Zakopanego [25]. Nadwątłone zdrowie próbowała odbudować w także Wenecji, gdzie, jak sama zanotowała, w celu postawienia właściwej diagnozy: „Poddalam się w tutejszym szpitalu w Wenecji rentgenowaniu. [...] Chodziło o to, czy ja nie mam na boku pasożyta jakiego, bo bardzo cierpię na ten bok ciągle. Więc odbili mnie dwa razy. Jest to tak ciężka przeprawa, bo leży się bez ruchu po kwadransie, a dookoła pioruny, iskry, błyskawice i nie można się ruszyć. Pod spodem ogromna płyta i tak się fotografuje” [25]. Rzeczywiście, Zapolska była coraz chudsza, coraz słabsza, często wymiotowała, miewała podwyższoną temperaturę; osłabiona, nie była w stanie pracować – nie mogła pisać, ani występować. Ostatecznie jej lekarz prowadzący postawił diagnozę – to „robaki” powodowały wszelkie dolegliwości u pisarki – postanowiono je wytruć. Zanim to nastąpiło, próbowano wzmocnić nadwątłony organizm kąpielami morskimi, inhalacjami, piciem słynnej wody Vichy. W liście z Nicei do matki z 1908 r. Zapolska pisze o „nerwicy żołądka” [25], która powodowała zatrucie całego organizmu. Nie ominęło jej bolesne zapalenie okostnej, reumatyzm i anemia. Kolejne choroby nieleczone skutecznie, a jedynie zalecane, nakładały się na siebie. Nie pomagały zastrzyki z arsenu, kąpiele, diety. Ból, gorączka, omdlenia, przyczyniały się do wycofywania się Zapolskiej ze sceny, z pisanego, z życia towarzyskiego.

Przywołana powyżej Pachucka, w spisywanym po latach pamiętniku, wspomina gehennę, jaką przeszła podczas choroby, która rozpoczęła się od źle postawionej diagnozy. Mylnie przypisano jej zapalenie stawu kolanowego, prze-

prowadzono zbędną, bolesną operację, by w efekcie doprowadzić do kolejnej: „Przecięto nogę od kolana do biodra. [...] Wytworzyło się ropne ognisko w stawie biodrowym i w szpiku; musiano łupać kość, by doń się dostać. Operacja trwała 2½ godziny, przywieziono mnie z sali półmartwą. Dzień i noc krzyczałam z bólu, dzień i noc czuwano przy mnie, nieprzytomnej, łykałam lód i czarną kawę” [16]. Rana nie chciała się zagoić, wdało się zakażenie, przez sześć tygodni zmagano się z nim i towarzyszącą mu wysoką gorączką. Ostateczny sukces został okupiony jeszcze jedną operacją, tym razem wyciągnięcia skurczonej nogi, co skończyło się gipsowymi opatrunkami, bolesnymi wrzodami i koniecznością chodzenia o kulach.

Wspomnienia „prerażającej” kuracji, teoretycznie, uodparniającej wynotowała Jadwiga z Działyńskich Zamoyska. Jako młoda dziewczyna została wysłana do rodziny do Krasiczyna, a tam budzono ją o trzeciej nad ranem tylko po to, by zawinąć ją w mokre prześcieradła, a następnie zaordynować kąpiel w niemalże lodowatej wodzie, po czym kazano zmarzniętej Jadwidze biegać dwadzieścia minut. Dodatkowo obwiązywano jej szyję mokrym szalem, a na głowę wylewano wiadro chłodnej wody. Takich kąpieli dziennie było trzy. Ich efekt miały wzmacniać szklanki zimnej wody (sześć wypijanych na dobę) oraz zimne posiłki, jak również wkładane na noc na nogi mokre pończochy (mające rozgrzać zziębniętą dziewczynę). Jaki był efekt owych zabiegów? Odmrożone nogi i ręce, pokryte ranami, obrzęknięta twarz, bolące oczy i zęby, zniszczone włosy, ogólne osłabienie, powodujące nawracające raz po raz zawroty głowy [24].

Poruszającym przykładem są wspomnienia Henrietty z Działyńskich Błęadowskiej o jednym z jej dzieci, Tadeuszu, którego zdecydowała samodzielnie karmić piersią (co wcale nie było takie oczywiste w pierwszych dekadach XIX w. [2]). Chłopczyk rozwijał się wspaniale aż do momentu, kiedy jedenastomiesięczne niemowlę zobaczyli lekarze i zasugerowali, że jego wspaniała kondycja jest podejrzana, naraża go na ryzyko licznych chorób, przed którymi może malca ustrzec jedynie odstawienie od piersi. Henrietta niechętnie, ale przystała na zaproponowane rozwiązanie – synek zmizerniał, zmarł po dwóch miesiącach. Działyńska straciła drugie z trójki dzieci [2].

Podsumowanie

Doniosłość prywatnych narracji o chorobach znalazła odbicie nie tylko w warstwie tematycznej, ale także w refleksji teoretycznej, stając się impulsem do wydzielania dwóch podgatunków literatury dokumentu osobistego. Pierwszym z nich są autopatografie – określenie zostało wprowadzone przez G.T. Cousera, który w ten sposób określał prywatne narracje skoncentrowane wokół chorób albo niepełnosprawności, sprawiających, że autor/autorka autobiografii czuł/czuła się niekomfortowo [18]. Autopatografie akcentują bolesną odmienność,

generującą wykluczenia; niekoniecznie są zorientowane na szczegółowe rejestrowanie symptomów, objawów chorób, lecz przybliżanie społecznych, kulturowych strategii deprecjacji, stygmatyzacji chorego ciała, jak również na ukazywanie rozmaitych sposobów przekształcania ich przez podmiot narracji lub przez osoby przez niego, czy też nią, opisane [18]. Do tej grupy tekstów zaliczyć można fragmenty wspomnień Wirydianny Fiszerowej, Henrietty z Działyńskich Błędowskiej, Izabeli Czartoryskiej, Romany Pachuckiej, Jadwigi Zamoyskiej, wyimki z listów Elizy z Branickich Krasieńskiej czy Gabrieli Zapolskiej. Drugi z podgatunków to autotematografie – nawiązanie do Tanatosa, greckiego boga śmierci, wyjaśnia ich naturę. Termin, używany m.in. przez Nancy K. Miller czy Susanne Egan, obejmuje narracje, w których choroba (często nieuleczalna) oraz śmierć determinują kształt pisania o życiu [18], wyznaczają jego ramy i rytm. Tanatyczne, prywatne narracje skoncentrowane na postępach procesu chorobowego, ze śmiercią w tle, są smutnymi świadectwami z góry przegranych walk – jak to miało miejsce w przypadku Leonii Wildowej i jej córki, Eugenii oraz Marii z Ebertów Rostafińskiej – korespondencja każdej z nich to przejmujący zapis świadomego odchodzenia. Listy, choć są tak różne od autobiografii, mogą również być rozumiane jako autotematografie, gdyż zbiory układają się w niezamierzone opowieści epistolarne, a więc łączą autobiograficzne z epistolarnym tworząc nową jakość. Pomiedzy dwoma wymienionymi odmianami oscylują autobiograficzne opowieści dwóch lekarek – Regina Salomea z Rusieckich Pilsztynowa oraz Teodora z Krajewskich Kosmowska starały się równomiernie rozłożyć akcenty pomiędzy życie osobiste, refleksje światopoglądowe i pracę zawodową.

Narracje o chorobach w kobiecych autobiografiach są także immanentnymi składnikami opowieści rodzinnych. Błędne diagnozy, niewystarczająco skuteczne kuracje, bolesne doświadczenia zapisywały się w pamięci. Dziś, w połączeniu z wyliczonymi powyżej sposobami radzenia sobie z chorobami, nieraz wydają się archaiczne, okrutne, niewystarczające. Ponadto autopografie przekształcają ciało w tekst. Nie do pominięcia jest także terapeutyczny aspekt autobiograficznych opowieści o chorobach. Nieco inaczej przedstawia się to zagadnienie w odniesieniu do kobiecej korespondencji. Czytana po latach przybiera kształt powieści epistolarnych; w momencie, kiedy była wysyłana, spełniała głównie funkcje informacyjne. Korespondentki zawiadamiały o symptomach postępujących chorób, nierzadko rejestrując oznaki zbliżającego się końca. Opowieści o chorobach w kobiecej literaturze dokumentu osobistego odznaczają się ogromnym walorem informacyjno-historycznym, będąc także świadectwami poszczególnych istnień. Pojedyncze przypadki widziane z szerszej perspektywy, stanowią składowe historii medycyny, pozwalają prześledzić ewolucje zarówno metod leczenia, jak i sposobów opowiadania o nich.

Bibliografia

1. Błędowska z Działyńskich H, *Pamiętka przeszłości. Wspomnienia z lat 1794–1832*, PIW, Warszawa 1960.
2. Bołdyrew A, *Matka i dziecko w rodzinie polskiej. Ewolucja modelu życia rodzinnego w latach 1795–1918*, Neriton, Warszawa 2008.
3. Charewiczowa Ł, *Kobieta w dawnej Polsce. Do okresu rozbiorów*, PTPN, Poznań 2002.
4. Czartoryska I, *Dyżansem przez Śląsk. Dziennik z podróży do Cieplic w roku 1816*, tłum. J. Bujańska, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1968.
5. Czermińska M, *Autobiograficzny trójkąt. Świadectwo, wyznanie, wyzwanie*, Universitas, Kraków 2000.
6. Fiszerowa W, *Dzieje moje własne i osób postronnych. Wiazanka spraw poważnych, ciekawych i blahych*, tłum. E. Raczyński, Świat Książki, Warszawa 1998.
7. Gajewska A, Hasło: *Feminizm*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2008.
8. Gilbert S, Gubar S, *The Madwoman in the Attic*, Yale University Press, New Heaven 1980.
9. Górską z Łubieńskich M, *Gdybym mniej kochała. Dziennik lat 1889–1895*, Twój Styl, Warszawa 1996.
10. Jakubowska H, *Socjologia ciała*, Wydawnictwo UAM, Poznań 2009.
11. Janiuk J, *Obraz gruźlicy na przełomie XIX i XX wieku w literaturze pięknej okresu Młodej Polski i dwudziestolecia międzywojennego*, ASPRA-JR, Warszawa 2010.
12. Kaschack E, *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*, tłum. J. Węgródzka, GWP, Gdańsk 1996.
13. Kosmowska z Krajewskich T, *Pamiętnik*, Krajowa Agencja Wydawnicza, Kraków 1989.
14. Lejeune P, *Wariacje na temat pewnego paktu. O autobiografii*, red. R. Lubas-Bartoszyńska, tłum. W. Grajewski i wsp., Universitas, Kraków 2001.
15. *Listy Marii z Ebertów Józefowej Rostafińskiej z lat 1881–1890*, Universitas, Kraków 1991.
16. Pachucka R, *Pamiętniki 1886–1916*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1958.
17. Pilsztynowa z Rusieckich RS, *Proceder podróży i życia mego awantur*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1957.
18. Smith S, Watson J, *Reading Autobiography. A Guide for Interpreting Life Narratives*, University of Minnesota Press, Minneapolis–London 2001.
19. Sontag S, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, PIW, Warszawa 1999.
20. Szubert M, *Kulturowe wzory prezentacji gruźlików i gruźliczek w literaturze polskiej przełomu XIX i XX wieku*, Katowice 2008.
21. *Świadek epoki. Listy Elizy z Branickich Krasińskiej z lat 1835–1876*, t. 1–4, Ancher, Warszawa 1995–1996.
22. Walczewska S, *Damy, rycerze i feministki. Kobięcy dyskurs emancypacyjny w Polsce*, eFKA, Kraków 2000.
23. *Walka z życiem. Korespondencja lwowskiej rodziny Wildów*, Ancher, Warszawa 2001.

24. Zamoyska J, *Wspomnienia*, B. Świderski, Londyn 1961.
25. Zapolska G, *Listy*, t. 1–2, PIW, Warszawa 1970.

Ways of Treating Illnesses in Women's Autobiographies

Abstract: The main aim of this paper is to show different, sometimes shocking or surprising ways of treating illnesses in women's autobiographies, mainly from XIX century. Women's literature of personal document here is treated as a very interesting and trustworthy source of information about illnesses, their symptoms, doctor's more or less pertinent diagnosis. Texts, here understood as archive of examples of stories about authoresses or their friends diseases, also creates a space where connections between social, historical contexts and proprieties are well seen, what makes more visible associations between history of medicine and history of literature.

Key words: autobiography, woman, illness, ways of healing

RECENZJE I SPRAWOZDANIA

Helena Ciborowska

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

**MIKOŁAJ SPODARYK, ELŻBIETA GABROWSKA,
WIEM, CO JE MOJE DZIECKO. PRAKTYCZNY PORADNIK,
JAK KARMIĆ DZIECI, ABY DZIŚ I W PRZYSZŁOŚCI BYŁY ZDROWE,
[WYDAWNICTWO LITERACKIE, KRAKÓW 2012, 308 S.]**

Książka *Wiem, co je moje dziecko. Praktyczny poradnik, jak karmić dzieci, aby dziś i w przyszłości były zdrowe*, została napisana przez wybitnych specjalistów zajmujących się zawodowo problemem żywienia dzieci. Opracowanie i wydanie jej było cenną inicjatywą, żywienie dzieci stanowi bowiem niesłychanie ważny problem.

Naukowe opracowania w tej dziedzinie są rozproszone w piśmiennictwie, trudno dostępne, mało zrozumiałe dla wielu osób (zajmujących się żywieniem dzieci) i często także brakuje im ewaluacji. Wspomniana publikacja jest więc pierwszym rzetelnym, przystępnym i praktycznym opracowaniem. Mikołaj Spodaryk i Elżbieta Gabrowska przekazują w niej swoją wiedzę i doświadczenie w sposób wyjątkowo solidny, ze znawstwem problemu, rozważnie, a nierzadko zabawnie rozprawiają się z powszechnymi mitami i wątpliwościami.

Prof. nadzw. dr hab. med. Mikołaj Spodaryk jest krakowskim pediatrą, pracownikiem Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, ordynatorem jedynego w Polsce południowej Oddziału Leczenia Żywnieniowego zajmującego się żywieniem pozajelitowym dzieci w warunkach domowych. Jest organizatorem wielu akcji charytatywnych i obozów dla dzieci z rodzin wiejskich

(„Szaleństwa doktora Spodaryka”). W 2010 r. wraz z bezdomnymi zorganizował i zaprowadził przy Uniwersyteckim Szpitalu w Krakowie „Ogrody dobrych serc”, w których mali pacjenci mogą aktywnie spędzać wolny czas. W 2008 r. uhonorowany został tytułem „Miłosiernego Samarytanina 2008” w kategorii pracownika służby zdrowia, który pomoc chorym i cierpiącym uważa za powołanie, daje z siebie więcej dobroci, entuzjazmu, zainteresowania chorym, niż tego wymaga czyste wykonywanie zawodu.

Natomiast dr n. med. Elżbieta Gabrowska jest dietetykiem klinicznym na Oddziale Leczenia Żywnościowego Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Prowadziła zajęcia ze studentami w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Collegium Medicum UJ. Ma również ogromną wiedzę i doświadczenie zawodowe, które zdobyła pracując na stanowisku nauczyciela w Medycznym Studium Zawodowym na Wydziale Dietetyki w Krakowie oraz na innych uczelniach kształcących dietetyków. Jest w pełni oddana pracy z dziećmi.

Celem obojgu autorów było napisanie przystępnej książki – w pewnym sensie „leksykonu wiedzy o żywieniu dzieci” dla rodziców, dziadków, opiekunów, lekarzy pediatrów oraz dla wszystkich, którym leży na sercu zdrowie i prawidłowy rozwój dziecka.

Książka jest bardzo dobrze napisana, zrozumiałym językiem, w formie poradnika. Przemyślana struktura ujmuje wszystkie problemy dotyczące żywienia od okresu prenatalnego do 18. roku życia. Najistotniejsze treści są wypunktowane, pogrubione lub zaznaczone innym kolorem. Publikacja zawiera szeroki wachlarz zagadnień, są to:

- Matka i dziecko – nierozzerwalny związek od zawsze i do kiedy,
- Teoria Barkera w praktyce. Pierwszy moment krytyczny: okres rozwoju wewnątrzmacicznego,
- Teoria Barkera w praktyce. Drugi moment krytyczny: pierwszy rok życia,
- Okres wczesnego dzieciństwa. Zasady żywienia dziecka w wieku 1–3 lat,
- Okres przedszkolny. Zasady żywienia dziecka w wieku 4–6 lat,
- Teoria Barkera w praktyce. Trzeci moment krytyczny: okres szkolny,
- Zasady żywienia dzieci i młodzieży w wieku 6–18 lat,
- Fast food – pozwolić czy zakazać,
- Piękny uśmiech, zdrowe zęby – czy to też zależy od diety,
- Sklepik szkolny – przyczyna wyniszczenia narodu,
- Moje dziecko jest grube. Jak i kiedy mu pomóc,
- Moje dziecko uprawia sport. Jak zadbać o jego prawidłowe odżywianie,
- Modne diety – zagrożenia dla dzieci i młodzieży,
- Gdy odchudzanie staje się niebezpieczne... Jak rozpoznać anoreksję i bulimię u naszych dzieci,
- Witaminy – gdzie je znaleźć,
- Substancje obce w żywności,

- O żywieniu dzieci „na skróty”, czyli odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

W poradniku *Wiem, co je moje dziecko...* autorzy odwołują się do teorii Davida J. Barkera, mówiącej o programowaniu metabolicznym zdrowia, czyli wpływie odżywiania i rodzaju diety stosowanej w krytycznych okresach rozwoju przed- i pourodzeniowego dziecka, na metabolizm i przyszłe zdrowie człowieka po osiągnięciu wieku dorosłego.

Kobiety będące w ciąży dowiedzą się, jak zdrowo odżywiać się, aby już w okresie życia płodowego dziecka prawidłowo kształtować jego późniejsze nawyki żywieniowe i uchronić je przed chorobami cywilizacyjnymi w życiu dorosłym. Racjonalne żywienie kobiet w ciąży i kobiet karmiących podano w formie 10 zasad, norm żywienia określających składniki pokarmowe i modelowe racje pokarmowe, czyli ilość produktów spożywczych niezbędnych do zaplanowania diety.

Wyczerpująco zostało omówione zagadnienie odżywiania w poszczególnych etapach życia dziecka i sposoby zmian ilości i jakości spożywanych produktów. Bardzo ważna jest wiedza: co, kiedy i jak wprowadzać do menu niemowlęcia, aby zapewnić prawidłowy rozwój. Na te pytania można znaleźć odpowiedzi w publikacji. Zasób niezbędnych informacji na temat żywienia w okresie niemowlęcym przedstawiają: zasady żywienia, czytelne tabele zawierające aktualne schematy żywienia niemowląt karmionych piersią oraz sztucznie, tabela wprowadzania dodatkowych posiłków do diety dziecka. Bardzo przydatne dla matek wydają się praktyczne zalecenia i podane zasady wyboru produktów, tzn. w jakiej kolejności należy je wprowadzać do diety niemowlaka oraz przepisy na smaczne dania.

Publikacja zawiera wiele przydatnych informacji związanych z żywieniem dzieci od 1–3 lat, w wieku przedszkolnym 4–6 lat i szkolnym 6–18 lat. Podaje zasady żywienia, normy żywienia, modelowe racje pokarmowe oraz sposoby przygotowania pełnowartościowych posiłków. Uczy, jak komponować jadłospisy, stosować zamienniki pokarmowe w diecie zastępując produkty spożywcze nie lubiane przez dzieci innymi produktami, chętnie przez nie spożywanych.

Na szczególną uwagę zasługują zaproponowane przez autorów pomysły na pyszne śniadania, obiady i kolacje dla małych dzieci, zestawy i przepisy dań dla przedszkolaków z podziałem na dania na co dzień oraz na specjalne okazje i liczne, bardzo dobrze skomponowane przykładowe jadłospisy, uwzględniające sposób wykonania proponowanych potraw dla uczących się dzieci i młodzieży. W dodatku zamieszczone zostały niezbędne miary gospodarcze typowych produktów spożywczych, stosowanych w gospodarstwie domowym oraz tabela z wartością odżywczą dla ponad 200 wybranych produktów.

W poradniku można znaleźć wyczerpującą odpowiedź, jak radzić sobie z problemami związanymi z karmieniem dzieci i młodzieży, takimi jak np.: brak apetytu, anoreksja, bulimia, otyłość, zdrowe zęby a dieta, jak zadbać o prawidłowo-

we odżywianie, gdy dziecko uprawia sport, co robić ze sklepikami szkolnymi – zachować je czy likwidować, zakazywać czy zezwalać na jedzenie śmieciowych produktów, czy stosować modne diety (na przykład: wegetariańską, Atkinsa, Kwaśniewskiego, Dukana, Haya, Montignaca) w leczeniu otyłości u dzieci i młodzieży.

Godny uwagi jest rozdział poświęcony witaminom – jaką pełnią rolę w organizmie, w których produktach spożywczych występują, jakie są konsekwencje niedoboru i ich przedawkowania oraz jakie czynniki uszkadzają ich biologiczną aktywność.

Słuszne wydaje się wprowadzenie rozdziału dotyczącego substancji obcych w żywności. Autorzy wyjaśniają pochodzenie i działanie stosowanych masowo w produkcji żywności: barwników, konserwantów, przeciwutleniaczy, emulgatorów, zagęstników, substancji słodzących. Wskazują, których powinno się unikać w żywieniu dzieci i młodzieży ze względu na zakwaszanie organizmu, reakcje alergiczne, działanie drażniące na błony śluzowe przewodu pokarmowego. Najczęściej używane dodatki do żywności i ich znaczenie zamieszczone zostały w tabeli.

Istotną cechą publikacji są odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania przez matki, np.:

- czy w trakcie karmienia piersią należy stosować specjalną dietę,
- kiedy i co dać dziecku w przypadku małej ilości pokarmu,
- czy dziecko karmione piersią musi być dopajane,
- który rodzaj mleka dostępnego na rynku jest najlepszy dla małych dzieci,
- w przypadku stwierdzonej alergii na białko mleka krowiego co podawać: soję czy hydrolizaty,
- czy dziecko może jeść czekoladę i inne słodczyce.

Poradnik należy polecić wszystkim, którzy chcą zdrowo karmić swoje dzieci. Kompetencje autorów budzą zaufanie co do treści zawartych w publikacji. Każdy mający dzieci, niezależnie od wieku, znajdzie w tej pozycji rzetelną dawkę wiedzy, mnóstwo wskazówek praktycznych i rad, propozycji jadłospisów, wspałałe przepisy na potrawy, które można łatwo i szybko przygotować w domu.

Krótki sondaż przeprowadzony wśród matek interesujących się zaleceniami żywieniowymi dla dzieci wskazuje na preferowanie tej pozycji w porównaniu z innymi publikacjami, jako najbardziej przystępnej i dającej najwięcej praktycznych informacji.

Książka *Wiem, co je moje dziecko* stanowi cenne źródło wiedzy nie tylko dla osób zainteresowanych prawidłowym odżywianiem dzieci, począwszy od życia płodowego, ale także może być wykorzystana w przygotowaniu do zawodu dietetyków, lekarzy pediatrów. Jest doskonałą literaturą, pomocną w prowadzeniu praktycznego poradnictwa żywieniowego. Poradnik jest więc cenną pozycją na rynku wydawniczym.

Jagoda Drąg

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

**SPRAWOZDANIE
Z XIII MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI NAUKOWEJ
„PAŃSTWO-GOSPODARKA-SPOŁECZEŃSTWO”**

10–11 czerwca 2013 r. w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego odbyła się XIII Konferencja Naukowa „Państwo–Gospodarka–Społeczeństwo”. Konferencję zainaugurował rektor Krakowskiej Akademii, prof. zw. dr hab. Jerzy Malec, a wykład wprowadzający, „Przestępczość w Polsce – fakty i mity”, wygłosił dziekan Wydziału Prawa, Administracji i Stosunków Międzynarodowych prof. zw. dr hab. Jan Widacki. Kolejne referaty zostały podzielone na tematyczne sekcje, obradujące równolegle w ciągu dwóch dni konferencji. Różnorodność prezentowanych tematów zebrano w czterech głównych kategoriach, takich jak: Bezpieczeństwo europejskie – bezpieczeństwo w Europie, Przestrzeń i wnętrze w architekturze i sztuce, Innowacje i strategię rozwoju w gospodarce opartej na wiedzy i komunikacji społecznej oraz Interdyscyplinarność nauk o zdrowiu w aspekcie medycznym. Sekcja Bezpieczeństwo europejskie została podzielona na trzy podkategorie: Bezpieczeństwo powszechne, Bezpieczeństwo międzynarodowe oraz Bezpieczeństwo i obronność. W ramach sekcji Innowacje i strategię rozwoju w gospodarce opartej na wiedzy i komunikacji społecznej, referaty prezentowano w trzech panelach: Innowacyjność i rozwój biznesu, W kierunku europejskiej integracji ekonomicznej oraz Innowacje w gospodarce opartej na wiedzy.

Wzrost samoświadomości społeczeństwa dotyczącej własnych potrzeb, możliwości i praw przyczynił się do intensywnego poznawania oraz szerzenia wiedzy w aspekcie zdrowia i rozwoju człowieka. Podążając za tymi wymaganiami i oczekiwaniami, w ramach konferencji pracownicy oraz studenci Wydziału Zdrowia i Nauk Medycznych zaprezentowali 26 rozbudowanych tematycznie referatów z zakresu medycyny, psychologii, dietetyki, rehabilitacji oraz kosmetyki. Omówiono problematykę depresji, chorób psychicznych, opieki dotyczącej osób niepełnosprawnych oraz kobiet po mastektomii. W ramach dietetyki zwrócono uwagę na alergie pokarmowe, skutki niedoborów witaminy D, wspomniano także o jednym z oryginalniejszych zagadnień, jakim był wpływ róży na zdrowie. Z kolei tematy: Szkoła Rodzenia jako doskonała prewencja w dolegliwościach bólowych kręgosłupa, subterraneoterapia w leczeniu chorób dróg oddechowych oraz alergii układu oddechowego – przybliżyły uczestnikom konferencji nowe możliwości terapeutyczne omawianych zagadnień. Kreowany przez media wizerunek idealnej sylwetki zwiększył zainteresowanie poszukiwaniem nowych metod z zakresu dermatologii oraz kosmetyki. Tematyka referatów obejmowała więc cukrzycę w aspekcie dermatoz skórnych, leczenie zmian skórnych hormonami tarczycy, wykorzystanie medycyny regeneracyjnej w leczeniu wybranych chorób skóry, ponadto szeroko opisano problematykę lipodystrofii jako patologii czasów współczesnych. Referat dotyczący praw pacjenta do bezpieczeństwa jako zasadniczego elementu jakości opieki zdrowotnej, uzupełnił różnorodność poruszanych na konferencji tematów.

INSTRUKCJA PRZYGOTOWANIA ARTYKUŁÓW Z ZAKRESU NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU

Zasady ogólne

Nadsyłane prace mogą być publikowane w następujących kategoriach:

- oryginalne prace badawcze
- artykuły poglądowe
- opisy przypadków
- recenzje zawierające komentarze do opublikowanych prac innych autorów
- sprawozdania z wydarzeń naukowych (kongresy, sympozja, konferencje naukowe itp.)

Przygotowanie manuskryptu

Strona tytułowa powinna zawierać: pełny tytuł pracy w języku polskim, imiona i nazwiska wszystkich autorów, nazwę instytucji, z której pochodzi praca, imię i nazwisko, adres, numer telefonu i e-mail autora odpowiedzialnego za korespondencję z redakcją. Wszystkie powyższe dane zostaną umieszczone na pierwszej stronie artykułu.

Streszczenie w języku polskim wraz z wyborem do 4 słów kluczowych, powinno być umieszczone po stronie tytułowej w tekście każdego rodzaju artykułu i zawierać nie więcej niż 1100 znaków ze spacjami (około 150 słów). Streszczenie wraz z wersją tytułu w języku angielskim i słowami kluczowymi należy umieścić na końcu tekstu, po bibliografii.

Tekst prac oryginalnych należy podzielić na części: Wstęp, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja, Wnioski.

Prace poglądowe powinny zawierać: Wstęp, tytuły rozdziałów wynikające z omawianej problematyki, Podsumowanie.

Opisy przypadków powinny zawierać: Wstęp, Opis przypadku, Podsumowanie.

Recenzje – tytuł stanowi informacja bibliograficzna o recenzowanej pracy, poza tym struktura tekstu jak w pracach poglądowych.

Podsumowanie powinno zawierać wysoce syntetyczne ujęcie poruszanego w pracy tematu i nie przekraczać 500 znaków ze spacjami.

Krój i rozmiar pisma

Tekst artykułu powinien być złożony pismem Times New Roman o wielkości 12 punktów z interlinią 1,5. Terminy i wyrażenia obcojęzyczne należy pisać kursywą (*italic*). Nie należy stosować wytłuszczeń (**bold**) oraz podkreśleń.

Maksymalna objętość prac (z wyłączeniem tabel, rycin oraz streszczeń)

Praca oryginalna: 4000 wyrazów

Artykuł poglądowy: 6000 wyrazów

Opis przypadku: 1500 wyrazów

Recenzja: 2000 wyrazów

Sprawozdanie z wydarzeń naukowych: 1500 wyrazów

Ryciny i tabele

Ryciny i tabele powinny być dostarczone w pliku zawierającym manuskrypt, w miejscu po streszczeniu w języku angielskim. Każda z rycin i tabel musi być umieszczona na osobnej stronie z podaniem jej numeru oraz tytułu.

Przykłady:

Tabela 1. Częstość zaburzeń gospodarki węglowodanowej w badanej grupie

Rycina 1. Średnie stężenie glukozy w surowicy krwi w zależności od BMI.

Jednostki danych liczbowych należy podawać w nawiasach kwadratowych. Ryciny zawierające wykresy powinny być przedstawione w formie dwuwymiarowej. Preferowana jest forma tabeli bez linii pionowych oddzielających kolumny, zawierająca linie poziome ograniczające od góry i dołu, linię poziomą oddzielającą tytuły kolumn od danych oraz opcjonalnie poziome linie oddzielające wiersze prezentowanych danych lub złożonych tytułów kolumn (przykład poniżej).

	Stężenie jonów w surowicy krwi		p
	Grupa A ($\bar{x} \pm SD$)	Grupa B ($\bar{x} \pm SD$)	
Na ⁺ [mmol/l]	148,3 $\pm$ 6,5	137,2 $\pm$ 5,8	0.02
K ⁺ [mmol/l]	3,4 $\pm$ 0,3	4,5 $\pm$ 0,4	0.01
Ca ²⁺ [mmol/l]	2,4 $\pm$ 0,1	2,2 $\pm$ 0,1	0.08
Mg ²⁺ [mmol/l]	0,9 $\pm$ 0,1	1,0 $\pm$ 0,2	0.20

Akceptowane są materiały w odcieniach szarości, publikacja materiałów kolorowych wymaga wcześniejszych ustaleń z wydawcą. Ponadto w odpowiednim miejscu w tekście należy wprowadzić odnośnik w nawiasie zwykłym (Tab. 1, Ryc. 1). Ilustracje zaczerpnięte z innych prac i podlegające ochronie prawa autorskiego wymagają pisemnej zgody właściciela praw autorskich i powinny być opatrzone informacją bibliograficzną w postaci odsyłacza do literatury, umieszczonego w podpisie rysunku.

Bibliografia

Odwołania do literatury w tekście należy umieszczać w nawiasie kwadratowym z podaniem numeru cytowanej pozycji piśmiennictwa, zgodnie ze spisem umieszczonym na końcu pracy. W przypadku kilku pozycji należy podać wszystkie numery przedzielone przecinkami bez spacji lub zakres – jeżeli są to pozycje kolejne – na przykład: [5,8,12] lub [6-9,14]. Numerowanie cytowanych materiałów zgodne z kolejnością pojawiania się w tekście. Nazwiska autorów z pierwszą literą imienia podać należy dla trzech pierwszych, dla większej liczby podaje się trzech pierwszych z dopiskiem et al. W przypadku rozdziałów w książkach należy podać na końcu zakres stron cytowanego rozdziału. Nie zamieszcza się przypisów dolnych, pod tekstem głównym. Wzory sposobu przedstawienia danych bibliograficznych, w zależności od rodzaju źródła, podano poniżej.

- Czasopismo naukowe:

Buchanan JG, Scott PJ, McLachlan EM et al. *A chromosome translocation in association with periarthritis nodosa and macroglobulinemia*. Am J Med. 1967; 42: 1003–1010.

- Książka:

Davies N. *Europa. Rozprawa historyka z historią*. Znak, Kraków 1998.

- Rozdział w książce:

Grodziski S. *Habsburgowie* [w:] Mączak A (red.). *Dynastie Europy*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1997; 102–136.

Uwaga

Do pliku zawierającego manuskrypt należy dołączyć list przewodni zawierający stwierdzenia, że:

- praca nie była wcześniej publikowana ani nie jest złożona w innej redakcji,
- praca została zaaprobowana przez wszystkich współautorów,
- autorzy zgadzają się na nieodpłatne przeniesienie praw autorskich na Wydawnictwo,
- w manuskrypcie zawarto informacje co do źródeł finansowania i ewentualnych konfliktów interesów.

ZASADY RECENZOWANIA PUBLIKACJI W CZASOPISMACH¹

1. Do oceny każdej publikacji powołuje się co najmniej dwóch niezależnych recenzentów spoza jednostki.
2. W przypadku tekstów powstałych w języku obcym, co najmniej jeden z recenzentów jest afiliowany w instytucji zagranicznej innej niż narodowość autora pracy.
3. Rekomendowanym rozwiązaniem jest model, w którym autor(zy) i recenzenci nie znają swoich tożsamości (tzw. *double-blind review proces*).
4. W innych rozwiązaniach recenzent musi podpisać deklarację o niewystępowaniu konfliktu interesów; za konflikt interesów uznaje się zachodzące między recenzentem a autorem:
 - bezpośrednie relacje osobiste (pokrewieństwo, związki prawne, konflikt),
 - relacje podległości zawodowej,
 - bezpośrednia współpraca naukowa w ciągu ostatnich dwóch lat poprzedzających przygotowanie recenzji.
5. Recenzja musi mieć formę pisemną i kończyć się jednoznacznym wnioskiem co do dopuszczenia artykułu do publikacji lub jego odrzucenia.
6. Zasady kwalifikowania lub odrzucenia publikacji i ewentualny formularz recenzentki są podane do publicznej wiadomości na stronie internetowej czasopisma lub w każdym numerze czasopisma.
7. Nazwiska recenzentów poszczególnych publikacji/numerów nie są ujawniane; raz w roku czasopismo podaje do publicznej wiadomości listę recenzentów współpracujących.

¹ Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego obowiązującą od roku 2012.

