

Studia Medyczne
Tom 22 Nr 2

MEDICAL STUDIES

Edited by Stanisław Głuszek

Vol. 22 No. 2

QUARTERLY
April-June

Studia Medyczne

Pod redakcją Stanisława Głuszka

Tom 22 Nr 2

K W A R T A L N I K
kwiecień–czerwiec



Wydawnictwo
Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego
Jana Kochanowskiego

Kielce 2011

KOMITET REDAKCYJNY/EDITORIAL COMMITTEE

Redaktor Naczelny/Editor-In-Chief

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

Zastępca Redaktora Naczelnego/Deputy Editor-In-Chief

prof. dr hab. n. med. Stanisław Bień, prof. dr hab. n. med. Marianna Janion

Sekretarz Redakcji/Assistant Editors

mgr Elżbieta Hombek, dr n. med. Jerzy Krzewicki

RADA NAUKOWA/EDITORIAL BOARD

prof. Jean-Pierre Chambon (Francja)
prof. Włodzimierz Baranowski (Kielce, Warszawa)
dr Elżbieta Cieśla (Kielce)
prof. Stanisław Jerzy Czuczwar (Lublin)
prof. UJK Sławomir Dutkiewicz (Kielce, Warszawa)
prof. Bogusław Frańczuk (Kraków)
prof. UJK Andrzej Fryczkowski (Warszawa)
prof. Pavol Holeczy (Czechy)
doc. Helena Kaducakova (Słowacja)
dr Wojciech Kiebzak (Kielce)
prof. Marek Kochmański (Warszawa)
dr Aldona Kopik (Kielce)
prof. UJK Ireneusz Kotela (Kielce)
dr Dorota Kozieł (Kielce)
prof. UJK Włodzisław Kuliński (Kielce, Warszawa)
prof. UJK Wiesław Kryczka (Kielce)
prof. Anton Lacko (Słowacja)
prof. Jerzy Kotowicz (Warszawa)
prof. Andrzej Malarewicz (Kielce)
prof. Almantas Maleckas (Kowno)
dr Małgorzata Markowska (Kielce)
dr Jarosław Matykiewicz (Kielce)

prof. UJK Grażyna Nowak-Starz (Kielce)
prof. UJK Siarhei Panko (Brześć, Białoruś)
prof. Krzysztof Paśnik (Warszawa)
prof. Stanisław Pużyński (Warszawa)
prof. Stanisław Radowski (Warszawa)
prof. Tomasz Rogula (Cleveland, USA)
prof. Sławomir Rudzki (Lublin)
prof. Grażyna Rydzewska (Kielce, Warszawa)
prof. Andrzej Rydzewski (Kielce, Warszawa)
prof. UJK Józef Starzewski (Kielce)
prof. Wojciech Sobaniec (Białystok)
prof. UJK Marek Sikorski (Kielce)
prof. UJK Tomasz Soszka (Kielce, Białystok)
prof. UJK Monika Szpringer (Kielce)
prof. UJK Mieczysław Szalecki (Kielce)
prof. Andrew Ukleja (Cleveland, USA)
prof. Janusz Wendorff (Kielce, Łódź)
prof. UJK Jacek Wilczyński (Kielce)
prof. Beata Wozakowska-Kapłon (Kielce)
prof. Mariusz Wyleżoł (Warszawa)
prof. Stanisław Zabielski (Warszawa)

Od tomu 9 „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej” ukazują się jako „Studia Medyczne”

Adres redakcji/Editorial Correspondence

25–317 Kielce, Aleja IX Wieków Kielc 19, www.ujk.kielce.pl/studiamedyczne
tel. 41 349 69 64, 501 036 049, fax 41 349 69 16
e-mail: studiamedyczne@ujk.kielce.pl

Redaktor Naczelny: tel. 41 349 69 10, 0602 715 889, e-mail: sgluszek@wp.pl

Opracowanie redakcyjne/Editorial study

Anna Małgorzata Kurska

Korekta/Proofreading

Ewa Sikorska

Formatowanie komputerowe/Computer formatting

Anna Domańska

Copyright © by Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego, Kielce 2011

Wydawca/Publisher

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego

25–369 Kielce, ul. Żeromskiego 5

tel. 41 349 72 65, fax 41 349 72 69

<http://www.ujk.kielce.pl/wyd>, e-mail: wyd@ujk.kielce.pl

SPIS TREŚCI

CONTENTS

PRACE ORYGINALNE/ORIGINAL PAPERS

The use of psychoactive substances by children and teenagers from dysfunctional families as well as actions undertaken by the non-governmental organizations to prevent this phenomenon

Używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci z rodzin dysfunkcyjnych oraz działania zapobiegające temu zjawisku podejmowane przez organizacje pozarządowe

7

Tomasz Orczykowski, Monika Szpringer, Grażyna Lis

Analiza porównawcza wskazań do cięć cesarskich w latach 1980–1990 oraz 1993–2001 w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach

Comparative analysis of indications for cesarean section in the years 1980–1990 and 1993–2001 in the Provincial Hospital in Kielce

13

Grzegorz Piasek, Patryk Radomski, Olga Adamczyk-Gruszka, Michalina Maj, Piotr Niziurski

Poziom lęku u chorych leczonych operacyjnie na oddziale chirurgicznym

The level of anxiety in patients of the surgery department

21

Barbara Lelonek, Aleksandra Cieślik

Aspekty etyczne w medycynie paliatywnej

Ethical aspects in palliative medicine

31

Zofia Bugajska

Rola pielęgniarek w zespołach leczenia bólu jako profesjonalnej formy terapii bólu pooperacyjnego

The role of nursing staff in treatment of post-surgery pain syndromes as professional form of pain treatment

39

Małgorzata Knap, Renata Szebla

PRACE KAZUISTYCZNE/CASE STUDIES

Optyczna koherentna tomografia w diagnostyce i monitorowaniu chorób siatkówki

Optical coherence tomography in diagnostics and monitoring effects retinal diseases

45

Anna Walczyk, Andrzej W. Fryczkowski

Uwięźnięcie macicy ciężarnej – opis przypadku

Incarcerated gravid uterus – case report

51

Piotr Niziurski, Olga Adamczyk-Gruszka

PRACE POGLĄDOWE/REVIEW PAPERS

Selected medical and psychological aspects of managing patients with chronic pain in Poland

Wybrane aspekty medyczne i psychologiczne prowadzenia chorych z bólem przewlekłym w Polsce

55

Małgorzata K. Szerla, Dorota E. Ortenburger

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby występujące w populacji dorosłej

Autoimmune hepatitis occurring in the adult population

63

Ewa Dutkiewicz

<i>Rola pielęgniarki w edukacji seksualnej</i> <i>Participation of the nurse in the sexuality education</i>	71
Edyta Laurman-Jarząbek, Tomasz Orczykowski, Grażyna Lis	
<i>Szpital maltański</i> <i>The Knights Hospitallers</i>	77
Beata Bąk	
<i>Regulamin publikacji prac w „Studiach Medycznych”</i> <i>Publication instruction in “Medical Studies”</i>	85

THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES BY CHILDREN AND TEENAGERS FROM DYSFUNCTIONAL FAMILIES AS WELL AS ACTIONS UNDERTAKEN BY THE NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS TO PREVENT THIS PHENOMENON

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ
Z RODZIN DYSFUNKCYJNYCH ORAZ DZIAŁANIA ZAPOBIEGAJĄCE TEMU ZJAWISKU
PODEJMOWANE PRZEZ ORGANIZACJE POZARZĄDOWE

Tomasz Orczykowski¹, Monika Szpringer², Grażyna Lis²

¹ Youth Educational Center in Kolonia Ossa

Director: Iwona Uryć-Kaszuba

² Faculty of Health Sciences

The Jan Kochanowski University of Humanities and Sciences in Kielce

Manager of Department: Prof. dr hab. Monika Szpringer PhD

SUMMARY

The aim of this research was to estimate the scale of the use of psychoactive substances by children and teenagers from dysfunctional families as well as the assessment of preventive functions of non-governmental organizations based on the example of a social therapeutic center.

The results show that dysfunctional families create favorable conditions for an early initiation into psychoactive substances by the adolescents. They come into contact with nicotine, alcohol and drugs. The social therapeutic center plays an important role in addiction prevention among children and teenagers from pathological families. It fulfills basic needs and supports family with its prophylactic and protecting functions.

Key words: prevention, non-governmental organizations.

STRESZCZENIE

Celem badań była ocena rozmiarów używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież z rodzin dysfunkcyjnych oraz profilaktycznych funkcji organizacji pozarządowych na przykładzie świetlicy socjoterapeutycznej.

Wyniki wskazują, że dysfunkcje rodziny sprzyjają wczesnemu sięgnięciu po substancje psychoaktywne przez dzieci w okresie dojrzewania. Mają one kontakt z nikotyną, alkoholem, a także narkotykami. Świetlica socjoterapeutyczna odgrywa ważną rolę w profilaktyce uzależnień dzieci i młodzieży z rodzin patologicznych. Zaspokaja ona podstawowe potrzeby i wspiera rodzinę w jej profilaktyczno-opiekuńczej funkcji.

Słowa kluczowe: profilaktyka, organizacje pozarządowe.

INTRODUCTION

Modern young man is very often faced with choices that are too serious for his age. Contemporary world offers many ways of living, which are not always positive for a development. There are still not many safe and interesting places for the youth where they could spend their time in an attractive way [1].

The age of puberty is associated with searching for own solutions, manifestation of self autonomy, desire to fulfill the need for acceptance among peers

which often lead to making wrong decision. The increase of number of young people using psychoactive substances such as cigarettes, alcohol or drugs has become a significant problem over the recent years.

Entering the addiction path results both from the fact that one is threatened from the outside by the negative impact of environment as well as from the intrapersonal conflicts, weakness, naivety, ignorance, disregard for the moral norms and fundamental values [2]. "It is widely acknowledged that studies of prevention, i.e. prophylaxis, show that it is much more

effective and economical to prevent harmful events than to eliminate their negative consequences both for individuals and the whole society" [3].

It is difficult to estimate psychological and emotional losses caused by the psychoactive substances used by the young people. It is significant that the damages created by the use of these substances concern not only those who use them, but also people around them. The scale of such losses may be diminished by the effective policy on psychoactive substances. Multitude of reasons causing addictions entails the need of undertaking wide range of aid activities [4]. The intervention should lead to the reorganization of mental process as well as provide an individual with cognitive abilities helping with making decisions and solving problems [5], which in fact lead the young to addictions.

Taking into consideration this negative phenomenon, European countries take a number of actions aimed at reducing the use of psychoactive substances. It is understood that the meaning and the role of consumption of psychoactive substances differs due to the cultural factors. That is why every country has its own policy on solving problems with these substances. EU Alcohol Strategy as well as other documents, which chart the direction of policy on alcohol and psychoactive substances in the Commonwealth, emphasize that taking as many actions as possible should take place at the local level. It is in accordance with the EU Principle of Subsidiarity which states that the local authorities should be given as much competence and money as possible.

In Poland the Act of October 26th 1982 on Upbringing in Sobriety and Counteracting Alcoholism is the legal basis for actions in this area [6]. This legal instrument determines that taking actions connected with prophylaxis and solving alcohol problems as well as social integration of alcoholics are gmina's own tasks. The legislator also points to the responsibilities which must be realized in accordance with the local needs. In this aspect the Act is similar to the Act on Prevention of Drug Abuse. It is the gmina that is responsible for taking precautionary and remedial measures aimed at local society in order to prevent and minimize alcoholism and drug abuse. Nowadays, no one wonders if it is worth to help people with the problem of using psychoactive substances, but how to do this in the faster and more effective way [7].

Helping means minimizing consequences of alcoholism and drug abuse. To help better is to prevent in the first place, i.e. to educate, to raise awareness, to present alternative ways of spending leisure time, explaining how to cope with difficult situations effectively without any substances. Helping means also supporting young people in shaping their personali-

ties so that they do not have to turn to addicting substances and that they could learn to say "No" in situations when a young man feels under the pressure.

The most important legal basis for prevention actions on the local level is commune program on prevention and solving alcohol-related problems. This program is passed annually by the District Council. The tasks presented in this program are coordinated by the Mayor's Representative for Solving Addiction-Related Problems.

A term "non-governmental organization" (NGO) is more and more popular in Poland. It is very often used by the United Nations and other international organizations. It is also known as nonprofit organization. These terms describe organizations which do not make profits out of their activity but they concentrate on fulfilling the needs.

One of the characteristics of NGOs is the lack of connections with the state authorities and in consequence lack of government subsidy for its actions. The activities of NGOs are based on individual statutes.

Non-governmental organizations constitute a group of very important partners for local authorities when it comes to realization of objectives from the Act on Upbringing in Sobriety and Counteracting Alcoholism, the Act on Prevention of Drug Abuse and Tobacco Control and Health Protection Act [8].

Non-governmental organizations, foundations and associations emerged in Poland more or less at the same time as in Western Europe. The oldest dates back to the first decade of 20th century. Initially, they concentrated on charity and then they carried out corporate, cultural, educational and scientific actions. What is more, they propagated the ideas of social development and solidarity. Some of them were of religious nature whereas the other were completely secular. During the Second Polish Republic non-governmental organizations enjoyed rapid development. The Second World War and the period of Communist domination that followed caused an enormous drop in social activity and organization, and a part of the NGOs were abolished and their assets confiscated by the state, while others were assimilated by ideologically-oriented institutions. Since 1989 NGOs have enjoyed a renaissance thanks to the reinstatement of freedom of assembly and association. Some organizations (e.g. Caritas Poland, the YMCA), whose traditions date back to the pre-war period, have been reestablished and have begun their statutory activities. Numerous new foundations and associations have been created to solve the problems and meet the needs of modern society. Organizations have sprung up to counteract the effects of social problems, such as homelessness, alcoholism and drug abuse [9]. They include among others:

- the MONAR Association counteracting social pathologies within families, drug abuse, alcoholism, unemployment, juvenile crimes by creating healthcare centers, network of consulting points, hostels as well as carrying out preventing and educational actions,
- Nadzieja Rodzinie Foundation – working with teenagers addicted to psychoactive substances as well as prevention and assessment of pathological events,
- General Service Office of Alcoholics Anonymous – representing Alcoholics Anonymous Fellowship before natural and legal persons as well as operating a business (publishing and distribution of AA literature).

Local policy is crucial. For the last few years the emphasis has been put on the involvement of different units in drug abuse prevention both at the provincial and commune level. The local governments at these levels are obliged to work out and implement provincial and commune programs on drug abuse prevention. The best programs are included in the Bank of Recommended Programs on Prevention run by the Methodological Centre of Psychological-Pedagogical Counseling.

Due to the implementation of the Act of April 23rd 2003 on Public Benefit and Volunteer Work [10], the provincial self-government is allowed to cooperate, in the sphere of realization of own tasks concerning prevention and solving problems that are related to psychoactive substances abuse, with other units which operate as public benefit organizations as stipulated by the art. 3 sec. 3 of this Act, as well as with volunteers and organizational units subordinate to or supervised by the administration authorities. The cooperation should be based on commissioning the units mentioned above to carry out tasks concerning prevention and solving problems that are related to psychoactive substances abuse according to the following priorities:

- organization and realization of inventive programs on prevention and education designed for children and teenagers exposed to pathological behaviours;
- organization of holidays during summers and winter breaks with therapeutical programs for children and teenagers from pathological families (especially with drinking problems);
- organization and realization of programs on prevention and education designed especially for people at risk of psychoactive substances abuse e.g., for the homeless, inadequate and single mothers or fathers, parents of physically and mentally handicapped children, victims of violence, as well as for the people in crisis;
- organization and conducting of trainings, regional seminars, conferences and meetings concerning

abuse prevention and violence for the workers, institutions and organizations that support people with substance abuse problem and going through a crisis;

- organization of information and education campaigns on protection and promotion of health.

Non-governmental organizations more and more often take prevention actions using Internet through especially designed thematic web-pages, portals, services, on-line counseling. It is a readily available form for the young people which was assessed as friendly, professional and handy [11, 12].

Many researches confirm coexistence of different social, psychological and health problems resulting from the use of drugs and other psychoactive substances [12, 13]. The change in the way of thinking about consequences of using psychoactive substances caused looking at the problem from a different perspective and paying special attention to the harmful consequences, both medical and social, of different nature. It allowed to discover other problems connected with the use of psychoactive substances. Apart from the addiction they also include such health damages as mental disorders, infections, poisoning, aggression, conflicts, crimes, accidents, suicides, as well as many other harmful behaviours under the influence of alcohol and other psychoactive substances. Better understanding of different medical and social consequences results in the progress of treatment and creating new, more effective prevention programs [14, 15].

AIM OF THE RESEARCH

The aim of this research was to estimate the scale of the use of psychoactive substances by children and teenagers from dysfunctional families as well as the assessment of preventive functions of non-governmental organizations based on the example of a social therapeutic center.

MATERIAL AND METHOD

Caritas of the Diocese of Radom was the object of this research as one of the non-governmental institutions. One of its initiatives is running the Social Therapeutic Center in Radom. Children from 6 to 17 who come from numerous families, single-parent families, at risk of social degradation, pathology, affected by the problem of alcoholism or drug abuse, morally or spiritually neglected can attend the center. These are students from elementary and lower-secondary schools. Most of them come from families that receive

a support from MOPS (Social Welfare Center). These families are characterized by such dysfunctions as alcoholism, unemployment, poverty, family violence.

The research was conducted at the end of 2009 and the beginning of 2010. 105 pupils took part in the research. The method used was a diagnostic poll with the survey questionnaire directed to the pupils of the social therapeutic center. It concerned the problem of the use of psychoactive substances by the children and teenagers, family situation and the assessment of the center work.

RESULTS

During the preschool and early elementary period (up to 9 years) 11.76% of girls and 6.25% of boys, have smoked a cigarette. At the age of 10 girls smoked more often than boys. At the age of 11 12.5% of boys have had their first contact with cigarettes. The escalation of initiation into nicotine with boys took place at the age of 12 (18.75%), whereas with girls this percentage diminished significantly to 5.88%. After the age of 13 – 5.88% of girls and 6.25% of boys have started to smoke.

All respondents admitted that they have tried smoking at least a few times in their lives. 38.23% of girls and 18.75% of boys said that they are habitual smokers.

The research shows that during the preschool and early elementary school period (up to 9 years), 8.82% of girls and 12.50% of boys have come into contact with alcohol. At the age of 10, 11.76% of girls and 18.75% of boys have drunk alcohol. At the age of 11 – 20.58% of girls and 31.25% have come into their first contact with alcohol. The escalation of initiation into alcohol took place at the age of 12 – 44.11% of girls and 31.25% of boys polled. After the age of 13, 14.70% of girls and 6.25% of boys polled admitted to drink alcohol.

Just like with smoking, all respondents said that they have drunk alcohol at least a few times. 5.88% of girls and 25.0% of boys admitted to constant drinking and even to drinking themselves blind frequently.

In the case of drugs, all of the respondents up to 11 have not had any contact with drugs. At the age of 11 – 5.88% of girls and 12.0% of boys started using drugs. The same percentage remains with girls at the age of 12 and 13 whereas with boys it grows to 18.25%. 60% of all the respondents declare that they have come into contact with any addictive substance out of curiosity whereas 40% were persuaded by their friends.

When analyzing the influence of the family environment on the child's addiction, the following factors were taken into consideration: family struc-

ture and parents' addictions. The analysis of the data shows that the single-parent families constitute the highest percentage: 70.58% of all girls and 50% of all boys polled. 5.88% of girls and 18.75% of boys live in single-parent families. 5.88% of girls and 18.75% of boys live in reconstructed families whereas 16% of those polled have full families. The bad habits of parents are the most important factors which influence addictions of the young people. The research shows that fathers are those who are the most frequently addicted to alcohol (64.70% in the group of girls and 87.50% in the group of boys). The percentage of addicted mothers concerned only boys (6.25%). The problem of addiction of both parents concerned 5.88% of families of girls polled. The percentage of families in which parents do not use alcohol is 29.42% among girls and 6.25% among boys.

In case of the smoking habit, 11.76% of mothers in the group of girls and 43.75% of mothers in the group of boys were addicted to nicotine. The percentage of smoking fathers is 29.41% in the group of girls and 31.25% in the group of boys. The percentage of the families where both parents were addicted is 35.29% in the group of girls and 12.50% in the group of boys.

During the process of planning and realizing the prevention and educational principles and programs, the needs and interests of the children, for whom they are being designed, should be taken into consideration. When asked "Have you got any interests?", 82.35% of girls and 87.5% of boys polled said "Yes" and very often they listed interests connected with sport, art, music and dance. 17.65% of girls and 12.5% of boys said that they are not interested in anything.

The classes in the center do not take the whole time of the pupils. The poll shows that the most popular way of spending free time is watching TV, what makes 47.05% of all girls and 62.5 of all boys. The same percentage in the group of girls applies to spending time with peers whereas in the group of boys it is 37.5%. The group of children who spend their time outside is quite big – 11.76% of girls and 12.5% of boys. A group of children who declare to spend their leisure time using a computer is almost the same – 17.64% in the group of girls and 25% in the group of boys. Reading books in the free time is declared by 11.76% of girls and only 4% of boys. The less popular ways of spending free time are talking to parents and going for walks with them.

The assessment of work of the socio-therapeutic center is crucial. The preventive actions taken by this non-governmental organization influence the life of a child and its family. The pupils said that the center is organized very well – 76.47% of girls and 50% of boys. 23.52% of respondents in the group of girls and 50% of respondents in the group of boys assessed the

work of this center as satisfactory. None of the respondents assessed it as unsatisfactory.

Sport activities turned out to be the most popular among the pupils – 72% of those polled gave such an answer. The other activities that also won the recognition of the children were the following: art classes – 32% altogether, music classes – 16%, computer science – 12% of those polled. According to the index, other classes and activities were classified at the level of 4 per cent.

When asked “Are these classes interesting?”, 95% of the respondents said “Yes”. 50% of those polled expected care from this center, 32% expected help with homework whereas 18% of the pupils said that they expected “nothing”. Young people claim that they find the care, help with the difficult situations, support and solving of family-related problems in the center.

In general, the pupils would not like to introduce any changes in the way the social therapeutic center is operated (64%), however, 20% would like to have more music and dance classes and 16% more sport events.

CONCLUSIONS

After analyzing the results of this survey the following conclusions have been drawn:

1. Children and teenagers, who took part in this research, started to use different kinds of psychoactive substances at the very young age. It is a group at the high risk of addictions due to the family situation. Family dysfunctions create favorable conditions for hazardous behaviours at the very young age. It has been revealed that smoking is the most popular among girls, whereas boys prefer drinking alcohol. Moreover, the most frequent motives for using psychoactive substances are curiosity and peers' encouragement.
2. The socio-therapeutic center plays an important role in prevention of addictions among children and teenagers who come from pathological families. It is a place that gives children a chance for an integral development. It fulfills the basic needs and supports family with its prophylactic and protecting functions.

BIBLIOGRAPHY

- [1] Bullismo e dintorni. A cura di Z. Formella, A. Ricci. Edizione Franco Angeli, Milano 2010; 15.
- [2] Dziewiecki M. Nowoczesna profilaktyka uzależnień. Jedność, Kielce 2001; 10.
- [3] Pytka L. Pedagogika resocjalizacyjna. APS, Warszawa 2000; 13.
- [4] Dudek M. Wsparcie rodziny dysfunkcyjnej. Polianna, Krasnystaw 2010; 57.
- [5] Opora R. Resocjalizacja: wychowanie i psychokorelacja nieletnich niedostosowanych społecznie. Impuls, Kraków 2010; 16.
- [6] Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku z późniejszymi zmianami – Dz. U. 2007 Nr 70 poz. 473.
- [7] Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku – Dz. U. 2005 Nr 179 poz. 1495.
- [8] Ustawa antynikotynowa z dnia 8 kwietnia 2010 roku – Dz. U. 2010 Nr 81 poz. 529.
- [9] Oficjalny Portal Promocyjny Rzeczypospolitej Polskiej: www.poland.gov.pl (data dostępu: 20.03.2011).
- [10] Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 roku z późniejszymi zmianami – Dz. U. 2003 Nr 96 poz. 873.
- [11] Profilaktyka i pomoc w Internecie na przykładzie serwisu drugcom.pl. Serwis Informacyjny Narkomania 2010; 3: 16-22.
- [12] Macleod J, Oakes R, Copello A et al., Psychological and social sequel of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal general population studies. *The Lancet* 2004; 363 (9421): 1579–1588.
- [13] Fisher B, Cruz MF, Rehm J. Illicit opioid use and its key characteristics: a select overview and evidence from a Canadian multisite cohort of illicit opioid users (OPICAN). *Can J Psychiatry*, 2006; 51 (10): 624–634.
- [14] Ostaszewski K. Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i narkomania* 2008; 21 (4): 363–389.
- [15] Szpringer M, Formella Z. Risk behaviours of young people based on the example of narcotic consumption issue. Editrice Arcane, Roma 2010.

Address for Correspondence:

Prof. Monika Szpringer PhD.
Faculty of Health Sciences of the UJK
Poland, 25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielce 19
e-mail: mszprin@poczta.onet.pl
Phone: +48 41 349 69 31

ANALIZA PORÓWNAWCZA WSKAZAŃ DO CIĘĆ CESARSKICH W LATACH 1980–1990 ORAZ 1993–2001 W WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W KIELCACH

COMPARATIVE ANALYSIS OF INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION IN THE YEARS 1980–1990
AND 1993–2001 IN THE PROVINCIAL HOSPITAL IN KIELCE

Grzegorz Piasek¹, Patryk Radomski¹, Olga Adamczyk-Gruszka^{1, 2}, Michalina Maj¹,
Piotr Niziurski³

¹ Oddział Ginekologiczno-Położniczy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach
Ordynator: lek. med. R. Rudziński

² Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski

³ Zakład Profilaktyki w Ginekologii i Położnictwie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Tomasz Soszka

STRESZCZENIE

Cel pracy. Analiza wskazań do cięć cesarskich wykonanych ze wskazań nagłych oraz elektywnych w latach 1993–2001 oraz 1980–1990 w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach.

Material i metody. Porównano przebieg losowo wybranych porodów, które rozpoczęły się samoistnie w okresie od 1 stycznia 1993 do 30 września 2001 (grupa A) oraz od 01 stycznia 1980 do 31 grudnia 1990 (grupa B) w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach. Analizie poddano 2223 (grupy A i B) porody płodów pojedynczych, w położeniu podłużnym główkowym, żywych, donoszonych, o wiarygodnym wieku ciążowym powyżej 37 i poniżej 43 ukończonego tygodnia trwania ciąży.

Wyniki. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu programu Statistica w wersji 8.0. Porównano częstość występowania wskazań do cięcia cesarskiego w grupie A (lata 1993–2001) oraz B (lata 1980–1990) za pomocą testu niezależności dwóch mierzonych wartości Chi2 Pearsona. Poziom istotności statystycznej przyjęto za $\alpha = 0,05$. Wynik testu Chi2 Pearsona ($\chi^2 = 26,1$, $p = 0,00000$, $df = 1$) potwierdził hipotezę (dla $\alpha = 0,05$), że wzrost liczby cięć cesarskich w latach 1993–2001 (grupa A), względem liczby cięć cesarskich wykonanych w latach 1980–1990 (grupa B), ma cechy znamienności statystycznej. W grupie A (1993–2001) wykonano 235 cięć cesarskich (CC), w grupie B (1980–1990) – 113 CC. Na bazie programu Statistica 8.0 wykonano analizę z wykorzystaniem testu porównawczego dwóch zaobserwowanych proporcji.

Omówienie. Zestawiono proporcje w częstości wystąpienia poszczególnych grup wskazań w grupie A (235 cięć cesarskich) i B (113 cięć cesarskich). Analiza miała na celu uwidocznienie statystycznie różnic ($p < 0,05$) w proporcjach występowania poszczególnych wskazań do cięcia cesarskiego. Test wyłonił decyzje elektywne jako grupę wskazań, których liczba wzrosła najbardziej znacząco statystycznie ($p < 0,0000$) w latach 1993–2001 w porównaniu z latami 1980–1990.

Wnioski. Prawdopodobieństwo wystąpienia cięcia cesarskiego w latach 1993–2001 wzrosło niemal dwukrotnie (1,9) w porównaniu z latami 1980–1990. W latach 1993–2001 wykonywano statystycznie istotnie częściej ($p < 0,05$) cięcia ze wskazań elektywnych w porównaniu z latami 1980–1990.

Słowa kluczowe: elektywne cięcie cesarskie, cięcie cesarskie ze wskazań nagłych, wskazania do cięcia cesarskiego.

SUMMARY

Objective. Analysis of indications for cesarean sections made of emergency and elective indications in the years 1993–2001, and 1980–1990 in the Department of Gynaecology and Maternity District Hospital in Kielce.

Material and methods. The courses were randomly selected births that began spontaneously in the period from 01.01.1993 to 30.09.2001 (group A) and from 01.01.1980 to 31.12.1990 (group B) in the Department of Gynaecology and Maternity District Hospital in Kielce. 2223 cases were analyzed (group A + B) – single births of fetuses in a longitudinal position, alive, full-term, of a reliable gestational age above 37 and below 43 completed weeks gestation.

Results. Statistical analysis was based on the program Statistica, version 8.0. We compared the incidence of indications for cesarean section in group A (years 1993–2001) and B (years 1980–1990) with the test of independence for two measured values of the Pearson Chi2. The level of statistical significance was taken as $\alpha = 0.05$. Pearson Chi2 test score ($\chi^2 = 26.1$, $p = 0.00000$, $df = 1$) confirmed the hypothesis (for $\alpha = 0.05$) that the increase in the number of caesarean sections in the years 1993–2001 (group A), the number of caesarean sections performed in years 1980–1990 (group B), has the characteristics of statistical significance. In group A (1993–2001) there were performed 235 cesarean section (CC), in group B (1980–1990) – 113 CC. On the basis of the program Statistica 8.0 analysis was performed using the benchmark of two observed proportions. Proportions were summarized in the frequency of occurrence of individual groups of indications in group A (235 cesarean deliveries) and B (113 cesarean sections). The analysis was intended to highlight significant differences ($p < 0.05$) in the proportions of the different indications for cesarean section. Test elective decisions emerged, as a group of indications, which increased most significantly ($p < 0.0000$) in 1993–2001 compared to the years 1980–1990.

Conclusions. The likelihood of cesarean section in 1993–2001 has increased almost twice (1.9) compared with the year 1980–1990. In the years 1993–2001 cesarean sections were performed statistically significantly higher ($p < 0.05$) with elective indications in comparison with the year 1980–1990.

Key words: elective cesarean section, emergency cesarean section, indications for cesarean section.

WSTĘP

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), odsetek cięć cesarskich nie powinien przekraczać 10–15% ogólnej liczby porodów [1]. W ostatnich trzydziestu latach obserwuje się znaczne rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego oraz gwałtowny wzrost częstości jego wykonywania. Zgodnie z piśmiennictwem, odsetek cięć cesarskich na świecie w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku stanowił 5–13% [2, 3, 4, 5], w latach dziewięćdziesiątych 12,5–24,7% [6, 7, 8], a obecnie w granicach 20–30% [9, 10]. Są kraje, w których ta inwazyjna procedura medyczna przeprowadzana jest jeszcze częściej [1, 11, 12, 13, 14, 15]. W Polsce od 10 do 25% noworodków przychodzi na świat drogą cięcia cesarskiego. Dane te podlegają znacznemu zróżnicowaniu w zależności od stopnia referencyjności ośrodka położniczego, ale również od tego, czy jest jednostką finansowaną z nakładów publicznych, czy też prywatną.

Wśród przyczyn wzrostu częstości wykonywania cięcia cesarskiego wymienić należy m.in. zwracanie większej uwagi na stan urodzonego noworodka, wzrost liczby pacjentek z ciążą wysokiego ryzyka, rozpowszechnione stosowanie metod diagnostycznych (obrazowych, biofizycznych, biochemicznych oraz genetycznych), pozwalających przewidzieć ewentualny stan zagrożenia płodu. Niemalą grupę stanowią kobiety, które zaszły w ciążę po leczeniu niepłodności, lub których przeszłość położnicza obciążona jest niepowodzeniami. Zwrócić uwagę należy także na niejednokrotnie opacznie pojmowane przez pacjentki prawo do decydowania o sobie, a co za tym idzie coraz częściej wykonywane cięcie na tzw. życzenie/żądanie [15, 16, 17]. Współczesne kobiety prawo do bycia zdrowym identyfikują często z prawem do sprawowania wyłącznej kontroli nad własnym ciałem, w tym również w sferze prokreacji [17, 18]. Pozostaje to w sprzeczności z praktyką kliniczną opartą na faktach (EBM) oraz z zaleceniami Komisji Etyki Świato-

wego Zrzeszenia Ginekologów i Położników (FIGO), która obserwując niepokojący trend wydała w 1999 roku oświadczenie, że nie ma pewnych dowodów, że cięcie cesarskie wykonane bez wskazań medycznych, jest dla rodzącej korzystniejsze niż poród fizjologiczny [19].

Operacyjne ukończenie ciąży/porodu jest w wielu przypadkach procedurą ratującą zdrowie, a nawet życie matki i/lub płodu, ale będąc ze swej natury interwencją inwazyjną, zawsze łączy się z ryzykiem wystąpienia powikłań. Postęp medycyny (technika operacyjna, anestezjologia, antybiotykoterapia) przyczynił się do zwiększenia bezpieczeństwa zabiegu, jednak w dalszym ciągu zachorowalność matek po cięciu cesarskim jest niemal 10-krotnie (15–50%), a śmiertelność 7–9-krotnie większa niż po porodach siłami natury [20].

W piśmiennictwie spotkać można różne podziały wskazań do cięcia cesarskiego. Świadczy to o tym, że czynniki decydujące o tych wskazaniach podlegają ciągłej zmianie. Dominującymi wskazaniami medycznymi są: objawy zagrożenia płodu, nieprawidłowe położenie płodu, wady płodu, nieudana próba porodu po uprzednim cięciu cesarskim, łożysko przodujące, przedwczesne oddzielenie łożyska, niewspółmierność porodowa, brak postępu porodu oraz ciąża wielopłodowa. Współcześnie mówi się również o wskazaniach prewencyjnych (planowych, elektywnych, z wyboru), w których czynniki uniemożliwiające poród fizjologiczny są znane, lecz (w chwili podjęcia decyzji o sposobie rozwiązania) nie ma bezpośredniego zagrożenia życia/zdrowia matki i/lub dziecka. Istnieje także cała grupa wskazań pozapolożniczych (okulistyczne, kardiologiczne, ortopedyczne, psychiatryczne) [20, 21].

W województwie świętokrzyskim w latach 1993–2001 odbyło się 115 097 porodów. Liczba porodów spadła z 14 728 (w 1993 roku) do 11 859 (w 2001 roku). W badanym okresie odsetek cięć cesarskich wzrósł odpowiednio z 12% do 21%.

W niniejszej pracy analizie poddano wskazania do cięć cesarskich, wykonanych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach, w okresie od 1 stycznia 1993 do 30 września 2001 roku (grupa A) oraz od 1 stycznia 1980 do 31 grudnia 1990 roku (grupa B). Ocena ta ma wykazać trend zmiany wskazań do cięcia cesarskiego w ciągu 18 lat pracy oddziału.

CEL PRACY

Analiza wskazań do cięć cesarskich wykonanych ze wskazań nagłych oraz elektywnych w latach 1993–2001 oraz 1980–1990 w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach.

MATERIAŁ I METODY

Porównano przebieg losowo wybranych porodów, które rozpoczęły się samoistnie w grupach A i B w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach. Analizie poddano 2223 (grupy A i B) porody płodów pojedynczych, w położeniu podłużnym główkowym, żywych, доноszonych, o wiarygodnym wieku ciążowym powyżej 37 i poniżej 43 ukończonego tygodnia trwania ciąży, obliczanego na podstawie prawidłowego ostatniego krwawienia miesięcznego. Z grupy badanej wykluczono pacjentki: z masą urodzeniową noworodka poniżej 2500 g lub wiekiem ciąży poniżej 37 tygodnia obliczonego wg reguły Naegellego oraz z ciążą mnogą.

Sposób porodu w poszczególnych grupach oraz wybrane cechy kliniczne pacjentek przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Analizie poddano wskazania do cięcia cesarskiego 235 przypadków z grupy A (lata 1993–2001) oraz 113 przypadków z grupy B (lata 1980–1990). Wskazania do cięcia cesarskiego podzielono na tzw. nagłe i elektywne. Cięcie elektywne (z wyboru) zdefiniowano jako cięcie prewencyjne/profilaktyczne, chroniące przed powikłaniami u płodu i matki, wykonane przed wystąpieniem czynności skurczowej macicy typu porodowego, ze wskazań medycznych lub położniczych [20, 21].

Cięcie ze wskazań nagłych zdefiniowano jako cięcie wykonane przy rozpoczętym porodzie (po fazie utajonej) i wykonane wkrótce po pojawieniu się wskazań [22]. W grupie wskazań nagłych wyodrębniono grupę cięć wykonanych z powodu zaburzeń

Tabela 1. Sposób ukończenia ciąży pacjentek z grupy A (lata 1993–2001) oraz grupy B (lata 1980–1990)

Grupa badana	A		B	
Całkowita liczba pacjentek	n = 1223 (499 pw*)	% z n	n = 1000 (550 pw*)	% z n
Porody drogą pochwową	988 (368 pw)	80,8	887	88,7
Cięcia cesarskie wyboru/elektywne	83 (35 pw)	6,8	5	0,5
Cięcia cesarskie z innych wskazań (przy rozpoczętej fazie aktywnej porodu)	152 (96 pw)	12,4	108	10,8
Liczba cięć cesarskich łącznie	235	19,2	113	11,3
Poród kleszczowy	2	0,2	4	0,4
VE	10	0,8	18	1,8

*pw – liczba pierwiastek

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna rodzących oraz czas trwania porodu w grupie A (1993–2001) i B (1980–1990)

Cechy kliniczne	Grupa A	Grupa B
Średni wiek pacjentek (l)	27,1	23,1
Średnia liczba przebytych porodów	2,1	2
Procent wieloródek w grupie	59,2	45,0
Średni przyrost masy matki w ciąży (kg)	13,4	13,3
Średnia masa matki przed ciążą (kg)	64,9	63,8
Średni wzrost matki w grupach (m)	1,7	1,65
Wskaźnik BMI w grupach (m/h ²)	23,35	23,4
Średnia liczba dni po terminie wg reguły Naegellego przy przyjęciu	2,05	2
Średnie rozwarcie przy przyjęciu (cm)	3,05	2,8
Średni całkowity czas trwania porodu drogą pochwową (h)	7,9	8,9
Średni czas trwania I okresu porodu drogą pochwową (h)	7,3	8,3
Średni czas trwania II okresu porodu drogą pochwową (h)	0,5	0,7

postępu porodu prowadzących do porodu przedłużonego [23].

Dla wskazań do cięcia cesarskiego wykonywanego z powodu zaburzeń fazy aktywnej oraz zstępowania główki płodu wykorzystano definicję zaburzeń faz porodu w oparciu o krzywą Friedmana, tj. ocenę przebiegu rozwierania szyjki macicy i zstępowania główki płodu [24]. Przedłużenie fazy aktywnej rozwierania, wtórne zatrzymanie rozwierania w fazie aktywnej, przedłużoną fazę zwolnienia w fazie aktywnej wspólnie określono zaburzeniami fazy aktywnej porodu. Przedłużoną fazę zstępowania, zatrzymanie zstępowania części przodującej wspólnie określono zaburzeniami fazy zstępowania główki.

Niewspółmierność porodową włączono do zaburzeń fazy aktywnej i zstępowania z uwagi na konieczność ujednolicenia wskazań do cięć (cech badanych) [25].

Tabela 3. Wskazania do cięć cesarskich w grupie A (lata 1993–2001) i B (1980–1990)

Wskazania do cięcia	Grupa A = 1223 Liczba cięć = 235 (55,7 % pw*)	% z A	Grupa B = 1000 Liczba cięć = 113 (54,9 % pw*)	% z B
Elektywne	83 (35 pw)	6,8	5	0,5
Procent pierwiastek w grupie cięć z wyboru	42,2	–	60	–
Zagrażająca zamartwica	39 (18 pw)	3,2	16	1,6
Procent pierwiastek w grupie cięć z powodu zagrażającej zamartwicy	46	–	54	–
Zaburzenia fazy aktywnej	35 (25 pw)	2,9	26	2,6
Procent pierwiastek w grupie cięć z powodu zaburzeń fazy aktywnej	71	–	45	–
Zaburzenia fazy zstępowania główki	29 (19 pw)	2,4	21	2,1
Procent pierwiastek w grupie cięć z powodu zaburzeń zstępowania główki	66	–	50	–
Objawy zagrażającego pęknięcia macicy	9	0,7	19	1,9
Stan przedrzucawkowy	14 (12 pw)	1,1	4	0,4
Poród gorączkowy	10 (9 pw)	0,8	4	0,4
Przedwczesne oddzielenie łożyska	6 (1 pw)	0,5	2	0,2
Położenie poprzeczne lub skośne	10 (3 pw)	0,8	12	1,2
Niekorzystna przeszłość położnicza	0	0	0	0
Rak szyjki macicy	0	0	2	0,2
Choroby serca w III lub IV st. NYHA	0	0	2	0,2

* pw – pierwiastki

Tabela 4. Wskazania do cięć cesarskich z wyboru/elektywnych w grupach A i B (cięcia elektywne w grupie A – 6,8%, w grupie B – 0,5%)

Rodzaj wskazań	Grupa A n = 83	% z A	Grupa B n = 5	% z B
Podejrzanie makrosomii z obciążonym wywiadem (1)	18	21,7	1	20
Obciążony wywiad położniczy (bez cukrzycy) z podejrzanym zagrożeniem dla płodu i/lub matki (2)	40	48,2	1	20
Stan po cięciu cesarskim	21	25,3	1	20
Cukrzyca	4	4,8	0	0
Łożysko przodujące (bez krwawienia)	0	0	1	20
Inne (3)	0	0	1	20

Tabela 5. Charakterystyka kliniczna cięć cesarskich przy rozpoczętej fazie aktywnej w grupie A i B – cięcia ze wskazań nagłych

Cechy kliniczne	Grupa A n = 152	Grupa B n = 108
Średnie rozwarcie szyjki podczas rozpoczęcia cięcia (cm)	4,4	3,9
Liczba przypadków po samoistnym odpłynięciu wód płodowych przed II fazą porodu	130	97
Liczba przypadków po amniocentezie	7	10
Średni czas trwania porodu do chwili wykonania cięcia cesarskiego (h)	5,7	6,9

WYNIKI

1. W grupach noworodków o masie ponad 4000 g podejrzeniu obecności płodu makrosomicznego towarzyszyły: obciążony wywiad położniczy (np. krwotok poporodowy), stan po cięciu cesarskim i/lub cukrzyca.
2. Podejrzewane zagrożenie dla płodu i/lub matki: wiek pierwiastki powyżej 30 lat, stan po leczeniu niepłodności, poród dziecka z wadą w wywiadzie, schorzenia okulistyczne itp.
3. Inne: padaczka, cukrzyca, rak szyjki macicy.

Analizy statystycznej dokonano przy użyciu programu Statistica, w wersji 8.0. Porównano częstość występowania wskazań do cięcia cesarskiego w grupie A (lata 1993–2001) oraz B (lata 1980–1990) za pomocą testu niezależności dwóch mierzonych wartości Chi2 Pearsona [26]. Przeprowadzony test miał na celu wykazanie, że prawdopodobieństwo wystąpienia cięcia cesarskiego u pacjentek z grupy A było istotnie większe od prawdopodobieństwa wystąpienia cięcia cesarskiego u pacjentek z grupy B. Poziom istotności statystycznej przyjęto za $\alpha = 0,05$.

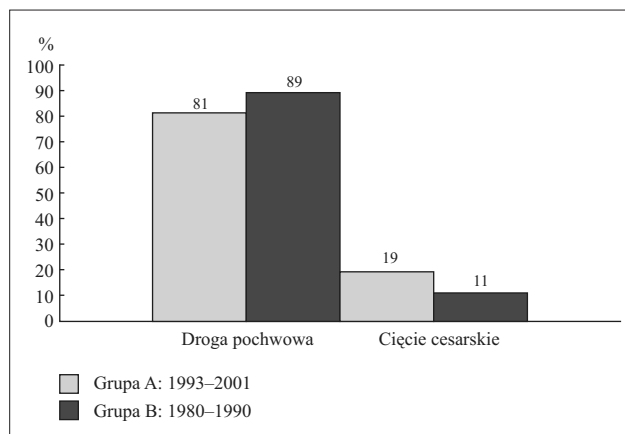
Wynik testu Chi2 Pearsona ($\chi^2 = 26,1$, $p = 0,00000$, $df = 1$) potwierdził hipotezę (dla $\alpha = 0,05$), iż wzrost liczby cięć cesarskich w latach 1993–2001 (grupa A), względem liczby cięć cesarskich wykonanych w latach 1980–1990 (grupa B), ma cechy znamienności statystycznej.

Po obliczeniu ryzyka względnego Odds-Ratio = 1,9* [27, 28] stwierdzono, iż prawdopodobieństwo wystąpienia cięcia cesarskiego w latach 1993–2001 wzrosło niemal dwukrotnie w porównaniu z latami 1980–1990.

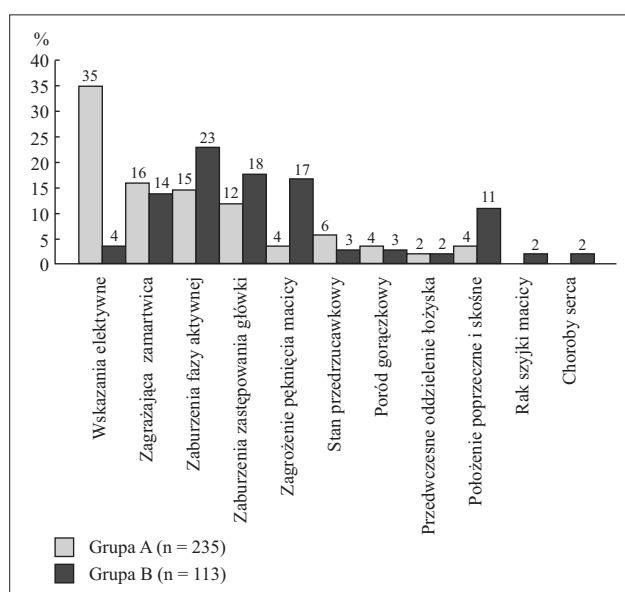
Druga część analizy miała na celu porównanie częstości wystąpienia poszczególnych wskazań do cięć cesarskich w analizowanych grupach: A i B. Do wykonania analizy porównawczej wielkość próby zredukowano do liczby cięć cesarskich w poszczególnych przedziałach lat. W grupie A (1993–2001) wykonano 235 cięć cesarskich (CC), w grupie B (1980–1990) – 113 CC.

Na bazie programu Statistica 8.0 wykonano analizę z wykorzystaniem testu porównawczego dwóch zaobserwowanych proporcji. Zestawiono proporcje w częstości wystąpienia poszczególnych grup wskazań (tabela 3) w grupie A (235 cięć cesarskich) i B (113 cięć cesarskich). Analiza miała na celu uwidocznienie statystycznie różnic ($p < 0,05$) w proporcjach występowania poszczególnych wskazań do cięcia cesarskiego. Test wyłonił decyzje elektywne jako grupę wskazań, których liczba wzrosła najbardziej znacząco statystycznie ($p < 0,0000$) w latach 1993–2001 w porównaniu z latami 1980–1990.

* Proporcja cięć cesarskich w stosunku do porodów drogą pochwową w grupie A (235/988) i B (113/887).



Wykres 1. Odsetek porodów drogą pochwową oraz odsetek cięć cesarskich – porównanie grup A – 1993–2001 ($n = 1223$) i B – 1980–1990 ($n = 1000$)



Wykres 2. Odsetek poszczególnych wskazań do cięcia cesarskiego w grupie A – 1993–2001 ($n = 235$) oraz B – 1980–1990 ($n = 113$)

WNIOSKI

1. Prawdopodobieństwo wystąpienia cięcia cesarskiego w latach 1993–2001 wzrosło niemal dwukrotnie (1,9) w porównaniu z latami 1980–1990.
2. W latach 1993–2001 wykonywano statystycznie istotnie częściej ($p < 0,05$) cięcia ze wskazań elektywnych w porównaniu z latami 1980–1990.

DYSKUSJA

Dokonana analiza porównawcza miała za zadanie wykazać rozszerzenie wskazań do cięć cesarskich i w konsekwencji wzrost liczby wykonywanych cięć na oddziałach położniczych.

Pojawiła się tendencja do rutynowych cięć cesarskich: przy porodzie przedłużonym, po pojawieniu się zaburzeń w tętnie płodu. Stale zwiększa się odsetek cięć cesarskich ze wskazań elektywnych [29]. Istnieje także ciągła tendencja do wzrostu ogólnej liczby cięć cesarskich po przebytym cięciu cesarskim, z powodu schorzeń okulistycznych matki, podczas infekcji HIV/HPV u matki [30].

W latach 1993–2001 (w porównaniu z latami 1980–1990) znacznie wzrósł zakres elektywnych wskazań do cięcia cesarskiego ($p < 0,05$). Głównym wskazaniem do cięcia w owej grupie był obciążony wywiad położniczy (bez cukrzycy) z podejrzanym zagrożeniem dla płodu lub dla matki. Podejrzenie makrosomii płodu, oceniane jako cecha pojedyncza, nie było istotnym wskazaniem do cięcia w grupach cięć elektywnych. Wydaje się to zgodne z innymi doniesieniami [30, 31].

Zaburzenia fazy aktywnej porodu i zatrzymanie zstępowania główki nie wpływało istotnie na decyzję o wykonaniu cięcia cesarskiego.

Liczba pierwiastek w grupach cięć nagłych była podobna, a więc obecność rodzącej pierwiastki nie miała wpływu na zamiar wykonania cięcia z powodu: zagrażającej zamartwicy płodu, zaburzeń fazy aktywnej porodu lub zatrzymania zstępowania główki płodu.

Należy rozważyć, czy wzrost liczby cięć cesarskich ze wskazań tzw. elektywnych nie jest także wynikiem słabej edukacji pacjentek w zakresie korzyści wynikających z porodu siłami natury (żądanie matki?) oraz braku informacji na temat powikłań po cięciu cesarskim [29, 32]. Rozpowszechnienie badań ultrasonograficznych mogło mieć zasadniczy wpływ na decyzję o wykonaniu cięcia po terminie wg reguły Naegellego. Obawa przed powikłaniami u noworodka mogła być powodem większej liczby cięć cesarskich, szczególnie w grupach płodów podejrzanym o dużą masę.

Prowadzenie przez media tzw. akcji zdrowotnych, bez szerokiego udziału lekarzy położników-praktyków, bez fachowej informacji dotyczącej przebiegu ciąży i porodu, sprzyja powstawaniu atmosfery wzajemnej nieufności pomiędzy położnikiem a pacjentką podczas porodu siłami natury. Obniża to tzw. próg decyzji o zamiarze wykonania cięcia cesarskiego. Skutkiem tych działań będzie stały wzrost liczby cięć cesarskich. Należy podkreślić, że część mediów neguje prawo lekarza położnika do decyzji o cięciu cesarskim, dając to prawo tylko pacjentce.

Wydaje się, że liczba cięć cesarskich z wyboru będzie stale wzrastać, co potwierdzają inne doniesienia [29, 31]. W Polsce brakuje informacji skierowanej bezpośrednio do pacjentki, potwierdzonej przez eks-

pertów – doświadczonych lekarzy położników. Przykładem pozytywnym może być ACOG Education Pamphlet SP006 – 2009, który w sposób zrozumiały informuje pacjentki w USA o powikłaniach związanych z cięciem cesarskim.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Kamińska J, Tobor E, Caus I. Analiza wskazań do cięć cesarskich na podstawie danych zawartych w dokumentacji. *Gin Prakt* 2005; 86, 5: 18–23.
- [2] Mazurek-Kantor J, Osuch B, Timorek A. Analiza wskazań do cięć cesarskich w materiale własnym w latach 2002–2007. *Gin Prakt* 2009; 4: 37–40.
- [3] Wareham V, Bain C, Cruickshank D. Caesarean section audit by peer review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 48: 9.
- [4] Kurian R, Joseph K, Surama L. Vaginal birth after caesarean section in developing. XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Supplement November 6th 2003; 63.
- [5] Porreco RP, Thorp IA. The cesarean birth epidemic trends. Causes and solutions. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 369–374.
- [6] Książewski B, Rzempoluch J, Wala D. Analiza wskazań do 3528 cięć cesarskich na podstawie szesnastoletniego materiału klinicznego (1977–1992). *Gin Pol* 1996; 67: 330.
- [7] Puzio M, Szczurowicz A, Rogaza A. Pozapolożnicze wskazania do cięć cesarskich w pięcioletnim materiale. *Gin Pol* 1996; 67: 383.
- [8] Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC et al. Report of final natality statistics, 1996. *Mon Vital Stat Rep* 1998; 46 (11 Suppl): 1.
- [9] Insunza A, Carrillo J, Latorre R. Caesarean section rate in patients with high prospects of vaginal delivery. XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Supplement. November 4th 2003; 57.
- [10] Munoz F, Cox M, Morales N. Clinical strategies to reduce the cesarean section rates in Chile. XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Supplement November 4th 2003; 56.
- [11] Książewski B. Analiza wskazań do 3528 cięć cesarskich na podstawie szesnastoletniego materiału klinicznego 1977–1992. *Gin Pol* 1996; 68 (8): 383–385.
- [12] Pajszczyk-Kieszkiewicz T. Cięcia cesarskie we współczesnym położnictwie. PTM, Instytut Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej, Łódź 1996.
- [13] Benson Harer W. Czy odsetek cięć cesarskich jest zbyt wysoki? Kontrowersje w położnictwie i ginekologii. *Gin po Dypl* 2003; 5 (4): 79–81.

- [14] Bednarowska A, Dębski R. Poród siłami natury po przebytych cięciach cesarskich. *Ginekologia po Dyplomie* 2002; 3: 23.
- [15] Hibbard JU, Delia Torre M. Co w sytuacji, kiedy pacjentka życzy sobie rozwiązania cięciem cesarskim? *Ginekologia po Dyplomie* 2007; 9: 3.
- [16] Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89 (1): 49–53.
- [17] Haberk J. Cywilnoprawne aspekty przeprowadzania zabiegu cięcia cesarskiego na wyłączne życzenie rodzącej. *Klin Perinatol Ginekol* 2006; 42: 65–68.
- [18] Lee YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008 Dec; 20 (6): 597–601.
- [19] Zajac R. Czy cięcie cesarskie na życzenie stanie się alternatywą porodu siłami natury? *Med Prakt Ginekol Położ* 2006; 2: 67–72.
- [20] Chazan B, Leibschang J. Postępowanie w nagłych stanach w położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 281–286.
- [21] Wardak K, Iwanowicz-Palus G. Wokół cięcia cesarskiego – wskazania subiektywne do ukończenia ciąży/porodu drogą brzuszną. *Gin Pol* 2008; 4: 18–21.
- [22] Murphy DJ, Liebling R et al. Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. *The Lancet* 358; 2001: 1203–1207.
- [23] Bręborowicz H. Operacje położnicze. W: *Położnictwo i Ginekologia*. Red. T Pisarski. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- [24] Friedman EA. Primigravid Labour. A graphico-statistical analysis. *Obstet Gynecol* 1955; 6: 567–589.
- [25] Pernoll ML, Benson RC. The course and conduct of normal labor and delivery. In: *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. Appleton and Lange 1987; 188–190, 200–201.
- [26] Howell DC. *Fundamental Statistics for the Behavioral Sciences*, 4th Edition. Brooks-Cole Publishing, Pacific Grove 1999.
- [27] Siström CL, Garvan CW. Proportions, odds, and risk. *Radiology* 2006; 230: 12–19.
- [28] Riffenburgh RH. *Statistics in Medicine*, Second Edition. Academic Press, Burlington 2005.
- [29] State-of-the-Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1386–1397.
- [30] Romaniuk W i wsp. Wskazania okulistyczne do cięcia cesarskiego. Wykład: Schorzenia okulistyczne a sposób rozwiązania ciąży. Wyd. PTG Oddział Śląski, Tychy 2006.
- [31] Słomko Z, Bręborowicz HG. Operacje położnicze. W: Bręborowicz HG i wsp. *Położnictwo i Ginekologia*, t. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- [32] Poręba R. Cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia. *Ginekologia i Położnictwo – Medical Project* 2007; 1(3): 22–34.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Grzegorz Piasek
Oddział Ginekologiczno-Położniczy WSzZ
25-376 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
e-mail: gpiasek@poczta.fm
tel. +48 600 452 273

POZIOM LĘKU U CHORYCH LECZONYCH OPERACYJNIE NA ODDZIALE CHIRURGICZNYM

THE LEVEL OF ANXIETY IN PATIENTS OF THE SURGERY DEPARTMENT

Barbara Lelonek¹, Aleksandra Cieślik²

¹ Zakład Anatomii Prawidłowej i Funkcjonalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Andrzej Fryczkowski

² Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Beata Wożakowska-Kapłon

STRESZCZENIE

Lęk jest uczuciem niepokoju, napięcia i trwogi towarzyszącym ludziom w chwilach zagrożenia zdrowia i życia. Lęk towarzyszący zabiegowi ma z reguły ścisły związek z rozległością planowanego zabiegu operacyjnego, a także osobowością chorego. Warunkowany może być również szeregiem innych czynników, wśród których wymienia się m.in.: wiek, płeć, rokowanie medyczne czy chociażby znieczulenie ogólne. Choroby i konsultacje w ośrodkach zdrowia to część normalnego życia wielu ludzi, ale przyjęcie do szpitala to zupełnie inne doświadczenie. Pacjenci szpitalni znajdują się w nieznanym środowisku, są narażeni na procedury potencjalnie niebezpieczne i krępujące, mają niewielki wpływ na funkcjonowanie oddziału, są oddzieleni od znajomych. Wyzwania te są dodatkowo spotęgowane fizycznymi i psychicznymi urazami po operacji.

Celem pracy była ocena nasilenia lęku u osób chorych hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym. Szukano również powiązania lęku sytuacyjnego i osobowościowego z takimi zmiennymi, jak: cechy socjodemograficzne, wsparcie rodziny, czas i liczba hospitalizacji, sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wgląd pacjenta w chorobę.

Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym. Narzędziem badawczym był wywiad standaryzowany oraz inwentarz do pomiaru Stanu i Cechy Lęku – STAI, w adaptacji Sosnowskiego i Wrześniewskiego. Analizę wyników badań kwestionariuszowych opracowano z odpowiedzi uzyskanych od 110 chorych. Badania pozwoliły na sformułowanie wniosków:

- Badaną grupę pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym w większości charakteryzował wysoki poziom lęku sytuacyjnego (X-1), badanych cechował także wysoki poziom lęku-cechy.
- Poziom lęku sytuacyjnego (ISCL X-1), jak również osobowościowego (ISCL X-2), warunkował stopień samodzielności funkcjonalnej w życiu codziennym. Najwyższy poziom lęku – stanu i lęku – cechy odnotowano u osób zależnych od pomocy innych osób w wypełnianiu czynności związanych z codzienną egzystencją.
- Niższy poziom lęku (X-1 i X-2) deklarowali pacjenci z krótszym czasem trwania choroby, w miarę wydłużania się hospitalizacji rósł poziom lęku stanu i cechy.

Słowa kluczowe: lęk osobowościowy, lęk sytuacyjny, cechy socjodemograficzne, pacjenci oddziału chirurgicznego.

SUMMARY

Anxiety is a feeling of uneasiness, tension and fear accompanying people in times of danger to health and life. Anxiety accompanying an operation usually has a tight relation with the immensity of the planned operation, as well as the personality of a patient. It can be conditioned with a series of other factors as well, amongst which age, gender, medical prognosis or even general anaesthesia are mentioned. Illnesses and consultations in health centres are a part of normal life for many people, but admission to a hospital is an entirely different experience. Hospital patients find themselves in an unknown environment, they are subject to procedures potentially dangerous and embarrassing, they have little influence on the functioning of a ward, and they are separated from their acquaintances. These challenges are additionally magnified by physical and mental trauma of the operation.

The aim of the research was an assessment of the intensification of anxiety in patients hospitalized in the surgery ward. The connection of situational and personality anxiety with such variables as socio-demographic features, family support, time and number of hospitalizations, manner of coping with difficult situations and the patient's insight into the disease was also sought after.

The research was conducted amongst patients hospitalized in the Surgery ward. The research instruments were a standardised interview and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), in the adaptation of Sosnowski and Wrześniewski. Analysis of questionnaire research results was compiled from the answers obtained from 110 patients. The research allowed to formulate the conclusions:

- The examined group of patients hospitalised in the surgery ward was mostly characterised by a high level of situational anxiety (X-1), the examined were also characterised by a high level of anxiety-trait.

- The level of situational (ISCL X-1), as well as personal (ISCL X-2), anxiety conditioned the degree of functional independence in everyday life. The highest level of anxiety state and anxiety trait were noted in people dependent from the help of other people in fulfilling actions connected with everyday existence.
- Patients with a shorter duration of the disease declared a lower level of anxiety (X-1 and X-2); with the duration of hospitalization increasing, the level of anxiety state and trait grew.

Key words: personality anxiety, situational anxiety, socio-demographic features, surgery ward patients.

WSTĘP

Uraz operacyjny uruchamia w organizmie człowieka szereg reakcji przystosowawczych, neuroendokrynologicznych i odpornościowych, zmierzających do przywrócenia homeostazy, określanych mianem stresu operacyjnego. Do najistotniejszych czynników psychologicznych kształtujących reakcję ustroju na uraz chirurgiczny należy lęk, zorientowany przyszłościowo stan emocjonalny jednostki cechujący się negatywnym afektem i antycypacją potencjalnych zagrożeń [1].

Lęk w psychopatologii rozumiany jest jako aktualny stan emocjonalny jednostki lub jako względnie stała cecha osobowości [2, 3]. Rozróżnienie to przyjmowali m.in. C.D. Spielberger, G. Rees, R. B. Cattell. W swojej koncepcji Spielberger nawiązuje do badań prowadzonych w latach pięćdziesiątych XX wieku przez Cattella i I. H. Scheiera. Poddawali oni analizie czynnikowej wyniki pomiaru różnych wskaźników lęku uzyskiwane na drodze kilkakrotnego badania tej samej grupy osób. Na podstawie przeprowadzonych badań wyodrębnili dwa różne czynniki: pierwszy zależny od sytuacji nazwali lękiem-stanem, drugi – związany z różnicami indywidualnymi w reagowaniu nazwali lękiem-cechą [4, 5, 6].

Lęk przeżywany jest wobec sytuacji ocenianych jako bolesne, groźne lub przykre, ale które dopiero mogą albo mają wystąpić. Jest więc wyrazem bezprzedmiotowego niepokoju [3, 7, 8].

Piśmiennictwo dotyczące problematyki lęku sprowadza go do trzech zasadniczych grup – są to [9]: wszystkie informacje związane bezpośrednio z chorobą, leczenie i związane z nim konsekwencje, naruszenie więzi ze środowiskiem.

Nasilenie lęku jest uwarunkowane różnorodnymi okolicznościami, wśród których można wymienić [8]:

- nasilenie i naturę choroby stanowiące o jej rokowaniu,
- rodzaj leczenia, jego skuteczność, objawy uboczne,
- postawę chorego wobec choroby i leczenia,
- osobowościową gotowość do reagowania lękiem,
- wcześniejsze doświadczenie związane z chorobami i całą procedurą leczniczą.

Gdy posiadane informacje oraz wyobrażenia o własnej chorobie zawierają w sobie potencjalne lub realne

zagrożenie podstawowych wartości, powodują pojawienie się negatywnych emocji, przede wszystkim lęku [10]. Lęki pacjentów oddziału zabiegowego dzielą się na lęki o rezultaty, czyli o skutki choroby i jej leczenia, oraz lęki proceduralne, które rodzą się z obaw przed klinicznymi technikami leczenia. Lęku o rezultaty często nie daje się wyeliminować, każda bowiem choroba jest niebezpieczna [11].

Operacja jest sytuacją ekstremalną, na którą pacjent nie ma bezpośredniego wpływu, jest on także pozbawiony kontroli. Już przed zabiegiem niejednokrotnie może budzić to u pacjenta poczucie lęku i obawy. Udowodniono, że stan psychofizyczny podczas okresu pooperacyjnego ma wpływ na funkcjonowanie pacjenta w późniejszym okresie [12, 13].

Zbyt duże nasilenie lęku działa niekorzystnie, destrukcyjnie, pogarsza ogólne samopoczucie i jakość życia chorego, a także osłabiając skuteczność terapii i rehabilitacji, może opóźnić powrót do zdrowia [8, 11].

CEL PRACY

1. Ocena nasilenia lęku jako stanu i lęku jako cechy osobowości u pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym.
2. Ustalenie, czy poziom lęku sytuacyjnego i/lub osobowościowego chorych ma związek z takimi zmiennymi, jak: cechy socjodemograficzne, czas trwania choroby i liczba hospitalizacji, wgląd pacjenta w chorobę, sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

MATERIAŁ

Badania przeprowadzono wśród pacjentów leczonych zabiegowo na Oddziale Chirurgicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach. Najczęściej byli to chorzy operowani z powodu: zapalenia wyrostka robaczkowego, przepukliny, schorzeń tarczycy (nadczynność tarczycy) i pęcherzyka żółciowego (tj. kamica żółciowa, kamica przewodowa – operowane metodą laparoskopową). Podsta-

wowym kryterium doboru pacjentów było pomyślne rokowanie co do efektów leczenia. Badania były całkowicie dobrowolne i anonimowe, a chorzy uczestniczący w nich zostali poinformowani o ich celu.

W badaniach wzięło udział 117 pacjentów, przy czym analizę wyników badań kwestionariuszowych opracowano z odpowiedzi 110 chorych. Siedmiu pacjentów nie odpowiedziało na wszystkie pytania zawarte w narzędziu badawczym.

METODA

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Wywiad standaryzowany, uwzględniający:
 - czynniki społeczno-demograficzne (wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, warunki materialne),
 - sposób funkcjonowania chorego (samodzielne, zależne od innych),
 - deklarowany sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych,
 - czas trwania choroby oraz liczbę dotychczasowych hospitalizacji,
 - wgląd pacjenta w chorobę.
2. Inwentarz do pomiaru Stanu i Cechy Lęku – STAI (State-Trait Anxiety Inventory) w opracowaniu Spielbergera i polskiej adaptacji Sosnowskiego i Wrześniewskiego [4, 5, 6]. Inwentarz jest metodą samooceny, a poziom lęku wyrażony jest liczbą punktów. ISCL składa się z dwóch odrębnych skal, z których jedną oznacza się symbolem X-1, służy ona do pomiaru stanu-lęku, czyli lęku sytuacyjnego, druga oznaczona symbolem X-2 – do pomiaru lęku jako względnie stałej cechy osobowości. W skali X-1 odpowiedzi dotyczą stopnia prawdziwości, z jakim poszczególne twierdzenia opisują stan jednostki. W skali X-2 kategorie odpowiedzi dotyczą częstości występowania u badanego odczuć opisanych w twierdzeniach [5, 6]. W skalach X-1 i X-2 lęk bardzo niski zawarty jest w przedziale punktowym od 0 do 29 pkt, niski od 30 do 39 pkt, średni od 40 do 60 pkt, wysoki od 61 do 70 pkt, bardzo wysoki od 71 do 100 pkt.

STATYSTYCZNA ANALIZA DANYCH

W przeprowadzonych analizach zastosowano następujące testy statystyczne – test analizy wariancji ANOVA, test analizy wariancji F – Fischera-Sne-

docora, test t-Studenta. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$ (za istotne statystycznie przyjęto wartości statystyk, dla których dwustronne prawdopodobieństwo $p < \alpha$). Skalowanie zgodności wewnętrznej i analizę rzetelności narzędzi zastosowanych w badaniach dokonano przy pomocy współczynnika rzetelności *alfa* Cronbacha.

WYNIKI BADAŃ

W grupie badanej podział ze względu na płeć był równy – 55 kobiet i 55 mężczyzn. Większość badanych (64,5%) stanowili chorzy w wieku do 50 lat. Rozpiętość wieku pacjentów zawierała się w przedziale od 18 do 76 lat. Średnia wieku wynosiła $= 46,1$ lat (przy odchyleniu standardowym $SD = 15,1$ roku).

Analiza stanu cywilnego badanych wykazała, że zdecydowaną większość (84 osoby tj. 76,4%) stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim. Pozostała część badanych (26 osób, tj. 23,6%) była stanu wolnego, przy czym: 17 osób (15,4%) nigdy nie zawierało związku małżeńskiego, a 9 osób (8,4%) stanowiły osoby owdowiałe lub rozwiedzione.

Dominowały osoby z wykształceniem średnim (70 osób, tj. 63,6%); drugą grupę pod względem liczebności stanowili badani legitymujący się wykształceniem wyższym (21 osób, tj. 19,1%), porównywalną grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (19 osób, tj. 17,3%).

Najliczniejszą grupą były osoby aktywne zawodowo (53 osoby, tj. 48,2%), przy czym zatrudnienie lub naukę deklarowało w chwili badania 30,0% (33 osoby), a na zwolnieniu L4 przebywało 18,2% (20 osób) badanych. Świadczenia emerytalne albo rentę otrzymywało 33,6% (37 osób), pozostałe 18,2% (20 osób) stanowili bezrobotni.

Połowa badanych (55 osób, tj. 50%) mieszkała w dużym mieście; niewiele mniej (43 osoby, tj. 39%), zamieszkiwało na wsi i w małych osadach, a 12 osób (11%) żyło w małych miasteczkach.

Tylko 15 osób (13,6%) swoje warunki materialne określiło jako trudne, większość (63 osoby, co stanowi 57,3%) uznała je za przeciętne, a 32 osoby (29,1%) uważało, że ma dobre warunki materialne.

Dopełniając charakterystykę społeczno-demograficzną badanych, poddano analizie również takie zmienne, jak: funkcjonowanie pacjentów, deklarowany sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych, samoocenę stanu zdrowia, liczbę dotychczasowych hospitalizacji, oraz czas, jaki upłynął od rozpoznania choroby (tabela 1).

Zdecydowana większość chorych (84,5%) deklarowała, że funkcjonuje samodzielnie.

Wśród badanych chorych 59% w sytuacjach trudnych radziło sobie samodzielnie; pozostali oczekiwali rady i wsparcia od bliskich, przyjaciół, znajomych. Nikt z badanych chorych nie poddawał się i nie rozpacział z powodu choroby. Zdecydowana większość (75,5%) czuła się chorymi, jak również w pełni akceptowała zastosowany sposób leczenia, a tylko 10% chorych deklaroowało brak poczucia choroby. W grupie eksperymentalnej mediana czasu, jaki upłynął od rozpoznania choroby, wynosiła 5 miesięcy.

Do dalszej analizy przyjęto dwie kategorie ze względu na czas trwania choroby. Kategorię pierwszą stanowili badani, u których czas, jaki upłynął od rozpoznania choroby do chwili badania, był niższy lub równy medianie czasu. Drugą kategorię stanowili chorzy, u których czas ten był dłuższy niż mediana czasu dla ogółu. Większość spośród badanych (70%) to chorzy, u których czas trwania choroby był mniejszy lub równy medianie czasu (tabela 1).

Mediana dla liczby hospitalizacji wynosiła 3 pobyty. Duże zróżnicowanie liczby hospitalizacji badanej populacji spowodowało, że w dalszej analizie uwzględniono dwie kategorie. Grupę pierwszą stano-

wili chorzy z liczbą hospitalizacji równą lub niższą medianie; drugą grupę stanowili chorzy z liczbą hospitalizacji powyżej mediany. Jak pokazuje tabela 1, przeważali pacjenci (83 osoby, tj. 75,5%) z liczbą hospitalizacji mniejszą lub równą medianie liczby hospitalizacji.

Analiza poziomu lęku

Pierwsza część prezentowanych wyników badań ocenia nasilenie lęku jako stanu i lęku jako cechy osobowości u pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym.

Oceny nasilenia lęku dokonano zgodnie z wymogami specyficznymi dla Inwentarza Stanu i Cechy Lęku – ISCL. Wyniki badań pokazały zróżnicowanie nasilenia objawów lęku w grupie badanej.

Średnia arytmetyczna dla lęku jako stanu (ISCL X-1) i lęku jako cechy (ISCL X-2) zawierała się w przedziale punktowym wyznaczonym dla lęku średniego (40,0–60,0 pkt).

Wartość punktowa lęku sytuacyjnego zawierała się w przedziale 26,0–73,0 pkt, a jako cechy osobowości w przedziale 28,0–63,0 pkt, co prezentuje tabela 2.

Tabela 1. Funkcjonowanie, samoocena stanu zdrowia, liczba hospitalizacji i czas trwania choroby w grupie badanej

Badane zmienne		N	%
Funkcjonowanie pacjenta	samodzielny	93	84,5
	zależny od innych	17	15,5
Radzenie sobie w sytuacjach trudnych	samodzielne	65	59,0
	wymaga wsparcia	45	41,0
	poddaje się, rozpacza	–	–
Samoocena stanu zdrowia	brak poczucia choroby (–)	11	10,0
	poczucie choroby i akceptacja leczenia (+)	83	75,5
	poczucie choroby, brak jednoznacznej opinii o leczeniu (+ –)	16	14,5
	brak jednoznacznej opinii o chorobie i potrzebie leczenia	–	–
Czas trwania choroby	do 5 miesięcy	77	70,0
	powyżej 5 miesięcy	33	30,0
Liczba hospitalizacji	1 – 3	83	75,5
	4 i więcej	27	24,5

(+) dobry wgląd, (–) brak wglądu, (+ –) wgląd częściowy, niejednoznaczny

Tabela 2. Poziom lęku jako stanu i jako cechy w grupie badanej

ISCL – X-1, X-2	N	$\bar{x}$	SD	Min	Max
ISCL X-1	110	48,01	11,09	26,00	73,00
ISCL X-2	110	45,11	8,42	28,00	63,00

Tabela 3. Poziom lęku jako stanu i jako cechy po uwzględnieniu norm stenowych

Poziom lęku	Poziom lęku – steny					
	niski poziom lęku (1–4)		średni poziom lęku (5–6)		wysoki poziom lęku (7–10)	
	N	%	N	%	N	%
Poziom lęku-stanu (ISCL X-1)	9	8,2	34	30,9	67	60,9
Poziom lęku-cechy (ISCL X-2)	35	31,8	35	31,8	40	36,4

Dość duże wartości odchylenia standardowego wskazują na duże zróżnicowanie respondentów pod względem lęku sytuacyjnego oraz lęku stanowiącego względnie stałą cechę osobowości. Wyniki surowe obu skal zamieniono na steny odnosząc do norm stenowych dla odpowiednich grup wiekowych i płci.

Analiza uzyskanych danych w grupie badanej pokazała, że w większości (67 osób) pacjenci oddziału chirurgicznego to chorzy z wysokim poziomem lęku sytuacyjnego (7–10 stenów). Grupa badana cechowała się także wysokim poziomem lęku-cechy, najliczniejszą bowiem grupą (40 osób) byli respondenci z wysokim poziomem lęku-cechy, czyli lęku stanowiącego względnie stałą cechę ich osobowości. Wskaźnik rzetelności *alfa* Cronbacha obliczony w badaniach własnych dla skali X-1 wyniósł 0,92, a dla skali X-2 – 0,87.

Nasilenie stanu i cechy lęku a wybrane wskaźniki socjodemograficzne

Podstawowym problemem niniejszych rozważań jest odpowiedź na pytanie: Jak zmienne socjodemograficzne: płeć, wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa, wykształcenie, miejsce zamieszkania wpływają na poziom lęku-stanu i lęku-cechy?

W grupie badanej stwierdzono wyższy poziom stanu lęku w grupie kobiet ($\bar{x} = 48,91$; SD = 11,60) niż w grupie mężczyzn ($\bar{x} = 47,03$; SD = 10,53). Istniejąca różnica nie była istotna statystycznie ($p = 0,378$). W odniesieniu do lęku-cechy, stwierdzono także większe nasilenie lęku osobowościowego wśród kobiet ($\bar{x} = 45,93$; SD = 8,42) niż wśród mężczyzn ($\bar{x} = 44,26$; SD = 8,41). Analiza wariancji nie potwierdziła

jednak różnicy na poziomie istotnym statystycznie ($p = 0,301$).

Obserwacji poddano nasilenie stanu lęku ze względu na wiek badanych.

Wyniki pokazały wyższy poziom lęku sytuacyjnego ($\bar{x} = 49,18$; SD = 11,34) u osób powyżej 50 roku życia w porównaniu z osobami mającymi 50 lat i mniej ($\bar{x} = 47,17$; SD = 10,91). Różnice okazały się nieistotne statystycznie ($t = 0,934$; $p = 0,352$).

W grupie chorych leczonych na oddziale chirurgicznym poziom lęku-cechy był wyższy w grupie chorych starszych ($\bar{x} = 46,58$; SD = 8,52) w porównaniu z grupą chorych młodszych ($\bar{x} = 44,09$; SD = 8,26). Różnica nie była jednak istotna statystycznie ($t = 1,532$; $p = 0,128$).

Analizując nasilenie cechy lęku w odniesieniu do stanu cywilnego badanych stwierdzono, że najwyższą średnią arytmetyczną uzyskali rozwodnicy i wdowcy ($\bar{x} = 53,56$). Zdecydowanie niższą średnią cechy lęku uzyskali kawalerowie (panny) ($\bar{x} = 45,94$) i osoby pozostające w związku małżeńskim ($\bar{x} = 47,83$). Analiza wariancji nie potwierdziła, by zauważone różnice w obszarze lęku cechy były istotne statystycznie ($p = 0,060$).

W przeprowadzonych badaniach nie wykazano, by lęk sytuacyjny różnicowany był aktywnością zawodową. Najniższy poziom lęku-stanu odnotowano u bezrobotnych ($\bar{x} = 43,40$), a najwyższy u emerytów i rencistów ($\bar{x} = 50,00$). Zauważone różnice nie były istotne statystycznie.

Analiza poziomu lęku-cechy pokazała, że najniższy poziom lęku osobowościowego prezentują bezrobotni ($\bar{x} = 39,85$); wyraźnie wyższy osoby pra-

Tabela 4. Porównanie poziomu lęku jako stanu (ISCL X-1) i jako cechy (ISCL X-2) ze względu na stan cywilny

Stan cywilny	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p
Kawaler (panna)	45,94	9,90	33,00	65,00	1,444	0,241 n.i.	45,76	6,86	36,00	57,00	2,890	0,060 n.i.
Żonaty (mężatka)	47,83	11,41	26,00	73,00			44,32	8,55	28,00	62,00		
Rozwodnik/wdowiec/wdowa	53,56	9,18	36,00	64,00			51,22	7,95	42,00	63,00		

n.i. – nieistotne statystycznie

Tabela 5. Porównanie poziomu lęku jako stanu (ISCL X-1) i jako cechy (ISCL X-2) ze względu na aktywność zawodową

Aktywność zawodowa	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p
Zatrudniony, uczeń	49,30	10,92	33,00	72,00	1,819	0,148 n.i.	44,85	6,26	33,00	57,00	4,468	0,005**
Bezrobotny	43,40	11,19	28,00	70,00			39,85	8,96	28,00	59,00		
Zatrudniony na L4	46,80	10,39	30,00	71,00			45,45	7,80	30,00	59,00		
Renta, emerytura	50,00	11,18	26,00	73,00			48,00	9,01	32,00	63,00		

** $p < 0,01$, n.i. – nieistotne statystycznie

Tabela 6. Porównanie poziomu lęku jako stanu (ISCL X-1) i jako cechy (ISCL X-2) ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p
Podstawowe	49,63	10,56	29,00	66,00	0,315	0,730 n.i.	46,11	8,66	28,00	63,00	0,244	0,784 n.i.
Średnie	47,91	11,25	26,00	73,00			44,70	8,56	30,00	61,00		
Wyższe	46,86	11,36	33,00	71,00			45,57	8,00	33,00	60,00		

n.i. – nieistotne statystycznie

Tabela 7. Porównanie poziom lęku jako stanu (ISCL X-1) i jako cechy (ISCL X-2) ze względu na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p
Wieś, osada, małe miasto	49,71	10,10	29,00	73,00	2,625	0,108 n.i.	46,16	8,08	28,00	63,00	1,738	0,190 n.i.
Duże miasto	46,31	11,85	26,00	71,00			44,05	8,68	30,00	62,00		

n.i. – nieistotne statystycznie

cujące i uczniowie ($\bar{x} = 44,85$) oraz pacjenci czynni zawodowo w chwili badania korzystający ze zwolnienia lekarskiego ($\bar{x} = 45,45$); najwyższy emeryci i renciści ($\bar{x} = 48,00$). Zauważone różnice okazały się być statystycznie istotne na poziomie $p < 0,01$ ($p = 0,005$).

Jak wynika z przedstawionych danych poziom wykształcenia nie wpływał w sposób istotny statystycznie zarówno na poziom lęku-stanu jak i cechy (tabela 6). Warto jednak zauważyć, że najniższy poziom lęku sytuacyjnego prezentowali chorzy z wyższym wykształceniem ($\bar{x} = 46,86$).

Ostatnią analizowaną zmienną zależną było miejsce zamieszkania respondentów i jego wpływ na poziom lęku.

Niższy poziom lęku sytuacyjnego ujawnili mieszkańcy dużych miast ($\bar{x} = 46,31$) w porównaniu z mieszkańcami wsi, małych miejscowości i osad ($\bar{x} = 49,71$). Różnice w miejscu zamieszkania nie okazały się istotne statystycznie dla poziomu ujawnionego lęku sytuacyjnego.

Jak pokazuje tabela 7, wyższe wartości średniej arytmetycznej dla cechy lęku uzyskali mieszkańcy wsi, osad i małych miasteczek ($\bar{x} = 46,16$) w porównaniu z mieszkańcami dużych miast ($\bar{x} = 44,05$). Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała jednak różnic istotnych statystycznie.

W odniesieniu do analizowanego nasilenia lęku sytuacyjnego nie wykazano, by pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym różnicowały zmienne socjodemograficzne. Nasilenie lęku będącego względnie stałą cechą osobowości (ISCL X-2) uwarunkowane było aktywnością zawodową. Pozostałe analizowane zmienne społeczno-demograficzne pozostawały bez wpływu na jego nasilenie. Najwyższy poziom lęku prezentowali emeryci i renciści.

Nasilenie stanu i cechy lęku a funkcjonowanie chorego i samoocena stanu zdrowia

Kolejny etap badawczy to próba odpowiedzi na pytanie: Jak funkcjonowanie pacjenta i samoocena stanu zdrowia wpływa na poziom lęku stanu i cechy? Wyniki badań, ukazujące związek pomiędzy deklarowaną samodzielnością w funkcjonowaniu badanych a poziomem lęku, zawierają kolejno tabele 8 i 9.

Uzyskane wyniki informują, że pacjenci deklarujący samodzielność w codziennym funkcjonowaniu uzyskali niższą średnią arytmetyczną dla lęku sytuacyjnego ($\bar{x} = 47,30$) niż pacjenci zależni od pomocy innych ($\bar{x} = 51,88$). Analiza statystyczna wykazała, że poziom lęku sytuacyjnego wyraźnie uzależniony był od samodzielności funkcjonalnej badanych chorych $p < 0,01$.

Analiza poziomu lęku-cechy pokazała podobnie: osoby wykazujące samodzielność w codziennej egzystencji charakteryzowały się mniejszym nasileniem cechy lęku w porównaniu z osobami wymagającymi pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Zauważone różnice osiągnęły wymagany poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Szukano także związku pomiędzy poziomem lęku sytuacyjnego a sposobem radzenia sobie w sytuacjach uznawanych przez respondentów za trudne, co prezentuje tabela 9.

Analiza danych ukazała, że wyższy poziom lęku sytuacyjnego i osobowościowego deklarowali pacjenci wymagający rady i wsparcia w sytuacjach uznawanych przez nich za trudne (odpowiednio: $\bar{x} = 48,76$; $\bar{x} = 46,22$) w porównaniu z chorymi radzącymi sobie samodzielnie (odpowiednio: $\bar{x} = 47,49$; $\bar{x} = 44,34$). Samodzielność radzenia sobie w sytuacjach trudnych nie różnicuje jednak poziomów lęku sytuacyjnego i osobowościowego.

Tabela 8. Porównanie poziomu lęku jako stanu (ISCL X-1) i jako cechy (ISCL X-2) ze względu na funkcjonowanie

Funkcjonowanie pacjenta	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	t	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	t	p
Samodzielny	47,30	11,16	26,00	73,00	3,193	0,0016**	44,30	8,21	28,00	63,00	5,789	0,018*
Zależny od innych	51,88	10,09	35,00	71,00			49,53	8,38	33,00	62,00		

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabela 9. Porównanie poziomu lęku jako stanu (ISCL X-1) i jako cechy (ISCL X-2) ze względu na radzenie sobie w sytuacji trudnej

Radzenie sobie w sytuacji trudnej	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	t	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	t	p
Samodzielne	47,49	11,15	26,00	73,00	0,343	0,559 n.i.	44,34	8,11	28,00	61,00	1,336	0,250 n.i.
Wymaga wsparcia	48,76	11,08	28,00	71,00			46,22	8,82	30,00	63,00		

n.i. – nieistotne statystycznie

Tabela 10. Porównanie poziomu lęku jako stanu (ISCL X-1) ze względu na samoocenę stanu zdrowia

Samoocena stanu zdrowia	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p
Brak poczucia choroby (–)	47,18	5,69	36,00	56,00	0,046	0,955 n.i.	43,73	6,00	35,00	53,00	0,335	0,716 n.i.
Poczucie choroby i akceptacja leczenia (+)	48,02	11,51	26,00	73,00			45,48	8,22	30,00	63,00		
Poczucie choroby, brak opinii o leczeniu (+ –)	48,50	12,12	28,00	68,00			44,13	10,89	28,00	62,00		

n.i. – nieistotne statystycznie, (+) dobry wgląd, (–) brak wglądu, (+ –) wgląd częściowy, niejednoznaczny

Zbadano również związek nasilenia lęku-stanu i lęku-cechy w aspekcie samooceny stanu zdrowia (tabela 10). Jak wskazują uzyskane wyniki badań, mniejsze wartości średniej arytmetycznej dla lęku sytuacyjnego odnotowano u pacjentów, którzy w chwili badania czuli się na tyle dobrze, że zaznaczali brak poczucia choroby ($\bar{x} = 47,18$) w porównaniu z chorymi uważającymi siebie za chorych ($\bar{x} = 48,02$ i $\bar{x} = 48,50$). Analiza wariancji nie potwierdziła różnicy istotnej statystycznie.

Nasilenie stanu i cechy lęku a czas trwania choroby

Celem odpowiedzi na pytanie: Jak czas i liczba hospitalizacji wiążą się z przejawianym poziomem lęku sytuacyjnego i osobowościowego? analizowano nasilenie lęku stanu i cechy w odniesieniu do czasu i liczby hospitalizacji. Uzyskane wyniki dotyczące nasilenia stanu i cechy lęku w stosunku do czasu trwania choroby prezentuje tabela 11.

Tabela 11. Porównanie poziomu lęku jako stanu (ISCL X-1) ze względu na czas trwania choroby

Czas trwania choroby	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	t	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	t	p
Do 5 miesięcy	46,69	11,23	26,00	72,00	3,034	0,003**	44,14	7,82	28,00	62,00	2,760	0,006**
Powyżej 5 miesięcy	51,09	10,26	32,00	73,00			47,36	9,41	30,00	63,00		

** $p < 0,01$

Tabela 12. Porównanie poziomu lęku jako stanu (ISCL X-1) ze względu na liczbę hospitalizacji

Liczba hospitalizacji	Lęk jako stan (ISCL X-1)						Lęk jako cecha (ISCL X-2)					
	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p
1–3	47,57	11,24	26,00	73,00	0,537	0,465 n.i.	45,23	8,85	28,00	63,00	0,068	0,795 n.i.
4 i więcej	49,37	10,70	32,00	71,00			44,74	7,07	30,00	59,00		

n.i. – nieistotne statystycznie

Analiza statystyczna potwierdziła, że czas trwania choroby jest predykatorem poziomu łęku stanu ($p = 0,003$). Czas trwania choroby istotnie wpływa także na poziom łęku osobowościowego $p = 0,006$.

Wpływ liczby hospitalizacji na poziom łęku stanu i cechy zawarto w tabeli 12.

Pacjenci, u których liczba hospitalizacji była mniejsza i równa medianie hospitalizacji (3 pobyty w szpitalu), deklarowali niższy poziom łęku sytuacyjnego niż pacjenci hospitalizowani częściej. Analiza wariancji nie wykazała różnicy istotnej statystycznie ($F = 0,537$; $p = 0,465$).

W odniesieniu do pacjentów leczonych chirurgicznie odnotowano, że wraz z przedłużającym się czasem trwania choroby narastał poziom łęku sytuacyjnego (ISCL X-1) i osobowościowego (ISCL X-2). Natomiast wraz ze wzrostem liczby hospitalizacji wzrastał poziom łęku sytuacyjnego, a obniżeniu uległ poziom łęku osobowościowego.

DYSKUSJA

Przez wiele lat zainteresowanie problemami chorych dotyczyło wyłącznie stanu fizycznego lub też stosowanego leczenia. W miarę sukcesów terapeutycznych w tym zakresie, zainteresowania badawcze przeniesiono na sferę psychiki pacjenta, diagnoza choroby bowiem wnosi w życie chorego wiele zmian i niewiadomych.

Wyniki badań własnych ukazały zróżnicowanie nasilenia łęku wśród chorych leczonych chirurgicznie. Średnia arytmetyczna dla łęku jako stanu (X-1) uzyskała wartość $\bar{x} = 48,01$. Fakt ten należy zapewne tłumaczyć tym, że grupę badaną stanowili pacjenci oddziału zabiegowego, poddawani różnym interwencjom chirurgicznym. Byli to pacjenci, co prawda z dobrym rokowaniem, ale niepokój związany z zabiegiem, znieczuleniem, jak również okresem pooperacyjnym to reakcja jak najbardziej uzasadniona. Zdecydowanie niższą średnią arytmetyczną dla łęku sytuacyjnego, zawierającą się w granicach łęku bardzo niskiego i niskiego uzyskali K. Wrześniewski i P. Lepczyński dla pacjentów z zawałem serca, z chorobą wrzodową żołądka i u osób zdrowych [14]. Brzoza i wsp. badający lęk wśród chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry, odnotowali lęk zawierający się w przedziale łęku średniego $\bar{x} = 40,00$ [15]. Znacząco wyższy poziom łęku odnotowali Dowson i wsp. u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc [16].

Dla łęku stanowiącego względnie stałą cechę osobowości (X-2) średnia arytmetyczna wartość wyniosła $\bar{x} = 45,11$. Nasilenie łęku osobowościowego zawierało się na dolnym poziomie łęku średniego.

Zdecydowanie wysokie wartości łęku jako cechy osobowości znajdowano u pacjentów chorujących na choroby psychosomatyczne, zwłaszcza nadciśnienie tętnicze, podczas gdy wartości średnie łęku cechują osoby chorujące na inne schorzenia [17]. Choć różnica nie była istotna statystycznie należy zauważyć, iż weryfikacja danych pokazała, że kobiety leczone na oddziale chirurgicznym cechował wyższy poziom łęku sytuacyjnego i osobowościowego w porównaniu z mężczyznami. Może to mieć związek z zagrożeniem ról społecznych, przede wszystkim rodzinnych, a zwłaszcza roli matki, która utrudnia pogodzenie się z chorobą i jej akceptację. Niższy poziom łęku u mężczyzn ma prawdopodobnie związek ze społecznym modelem wychowywania chłopców, niepozwalającym na ujawnianie własnych emocji, zmierzającym do wykształcenia mechanizmów samokontroli [18]. Wyraźnie obecne jest także społeczne przyzwolenie na otwartość i ekspresję uczuciową u kobiet, przy małej tolerancji dla tego typu reakcji u mężczyzn, zwłaszcza przy wyrażaniu uczuć słabości. W badaniach B. Kowalczyk-Sroki wśród pacjentów z Przewlekłą Obturacyjną chorobą Płuc (POCHP) odnotowano znacząco wyższy poziom nasilenia łęku stanu cechy zarówno w grupie kobiet chorych, jak i zdrowych stanowiących grupę kontrolną, jednak różnica istotna statystycznie dotyczyła wyłącznie nasilenia łęku osobowościowego w grupie chorych kobiet [19]. Podobnie G. Vingerhoets odnotował w badaniach wśród pacjentów po zabiegach rewaskularyzacji naczyń wieńcowych, wymianie zastawek, usunięciu guza przedsionka [20]. Odmienne wyniki uzyskali Papuć i wsp. wśród osób z chorobą niedokrwienną serca, gdzie mężczyźni stanowili grupę z wyższym nasileniem zarówno łęku-stanu, jak i łęku-cechy [21]. O znacząco wyższym nasileniu łęku stanu i cechy u kobiet z chorobą niedokrwienną serca, a łęku-cechy u pacjentek z nadciśnieniem tętniczym informują badania M. Kałużyńskiego i J. Kocura [22]. Wrześniewski i wsp. zauważają, że we wszystkich badanych próbach osób zdrowych, kobiety (dziewczeta) charakteryzują się większym nasileniem łęku-cechy niż mężczyźni (chłopcy) [6]. Występowanie wyższego poziomu łęku i bardziej znaczących objawów lękowych wśród kobiet szacowanych przy pomocy różnych skal, Shear tłumaczy wpływem hormonów płciowych na układy neuroprzekąźnikowe, biorące udział w powstawaniu łęku [23]. Wśród leczonych chirurgicznie najwyższy poziom łęku osobowościowego i sytuacyjnego odnotowano u rozwodników i wdowców (wdów). Nie udało się, co prawda wykazać istnienia zależności statystycznej pomiędzy stanem cywilnym a poziomem łęku sytuacyjnego, ale podkreślić należy, że właśnie osoby potencjalnie samotne – rozwodnicy i wdowcy, przejawiały najwyższy poziom łęku sytuacyjnego. W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że

na poziom lęku-stanu oraz lęku-cechy osobowości nie miały wpływu takie czynniki, jak: wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania. Podobnie zauważyli Kałużyński i Kocur w odniesieniu do osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym, oraz Papuć i wsp. analizujący poziom lęku u osób z chorobą niedokrwienną serca [22, 21]. Ani wiek, ani wykształcenie nie miały istotnego związku z poziomem lęku w badaniach przeprowadzonych przez wspomnianego powyżej Vingerhoetsa [20].

Ludzie różnią się między sobą potrzebą otrzymywania pomocy od innych. Czasami potrzeba autonomii i bycia kompetentnym powoduje unikanie pomocy innych. Zdaniem Jaworowskiej-Oblój, Skuzy i Caplan, ważną rolę w osiągnięciu poczucia samorealizacji i zachowania zdrowia psychicznego odgrywa uzyskanie proporcji między stopniem związania z innymi a potrzebą autonomii i niezależności [24]. Przeprowadzone badania potwierdziły związek samodzielności z poziomem lęku stanu i cechy. Osoby zależne od pomocy innych w codziennym funkcjonowaniu cechowały się wyższym poziomem lęku osobowościowego (X-2; $p < 0,05$) i sytuacyjnego (X-1; $p < 0,01$). Ma to zapewne związek z kolejną zależnością – aktywnością zawodową, najwyższy bowiem poziom lęku osobowościowego odnotowano u emerytów i rencistów ($p < 0,01$). Analiza statystyczna wyników badań własnych nie wykazała, by lęk osobowościowy uwarunkowany był samooceną stanu zdrowia, warto jednak zauważyć, iż pacjenci czujący się w chwili badania na tyle dobrze, że nie odczuwali ujemnych skutków choroby, jak również czujący się chorymi, ale w pełni akceptujący stosowane leczenie, wykazywali niższy poziom lęku sytuacyjnego niż pacjenci z dolegliwościami bólowymi. Badania Marmurowskiej-Michałowskiej i wsp. wśród chorych na schizofrenię pokazały, że wgląd w chorobę, definiowany jako zdolność do uświadomienia sobie i zrozumienia własnej sytuacji zdrowotnej i życiowej, powoduje znacznie lepsze funkcjonowanie społeczne oraz wpływa na skuteczność leczenia i lepszą kontrolę objawów choroby [25]. Przeprowadzone badania nie ujawniły, aby poziom lęku sytuacyjnego i osobowościowego różnicowany był liczbą hospitalizacji. Nie wykazano również, by poziom lęku sytuacyjnego różnicowany był czasem trwania choroby. Badania wykazały natomiast, że czas trwania choroby istotnie wpływał na poziom lęku osobowościowego, co znajduje potwierdzenie w badaniach Kałużyńskiego i Kocura [25]. W miarę wydłużania się czasu trwania choroby rosło nasilenie lęku-stanu u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym $p < 0,01$.

Leczenie na oddziale zabiegowym, choćby najlepiej funkcjonującym, stwarza zawsze poczucie zagrożenia i lęk przed zabiegiem, bólem oraz ingerencją chirurga. Lęk ten jest skutkiem niepewności

rokowania lub też przebiegu rekonwalescencji. Zabiegi, które dla klinicystów są rutynowe, mogą wydawać się niebezpieczne ich pacjentom. Wiadomo, że czynniki emocjonalne mogą w znaczący sposób modyfikować procesy zdrowienia. Do niekorzystnych konkretnych następstw lęku należy zaliczyć np. zaburzenia przebiegu reakcji zapalnej i wolniejsze gojenie się rany [1]. Doskonalenie technik chirurgicznych zwiększa stopień akceptacji postępowania zabiegowego, niemniej uzasadnione wydaje się poszukiwanie sposobów na zmniejszenie kosztów nie tylko w wymiarze ekonomicznym, ale zwłaszcza w wymiarze czysto ludzkim. Pamiętać zatem należy, że holistyczne podejście do medycyny traktuje człowieka jako całość, a lecząc ciało (*soma*), nie należy zapominać o psychice (*psyche*).

W świetle powyższych wyników badań uzasadniona wydaje się stała opieka psychologa klinicznego, który otoczyłby opieką i pomógł „przebrnąć” choremu przez trudny okres okołoperacyjny, wskazane jest to zwłaszcza w odniesieniu do kobiet. Stworzenie odpowiednich warunków w trakcie hospitalizacji, pozwalających choremu na większą samodzielność, jak również dbałość o wczesne uruchamianie wydaje się lepszym rozwiązaniem niż wyręczanie pacjentów w codziennym funkcjonowaniu. Samodzielność wiążąca się z samopielegnacją, wydolnością w zakresie samoopieki eliminuje poczucie zagrożenia i uzależnienia od personelu, co przejawia się niższym lękiem sytuacyjnym, a skrócenie hospitalizacji do niezbędnego minimum skutkować będzie niższym poziomem lęku sytuacyjnego.

WNIOSKI

1. Badaną grupę pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym w większości (67 osób) charakteryzował wysoki poziom lęku sytuacyjnego (X-1), badanych cechował także wysoki poziom lęku-cechy.
2. Poziom lęku sytuacyjnego (ISCL X-1), jak również osobowościowego (ISCL X-2) warunkował stopień samodzielności funkcjonalnej w życiu codziennym. Najwyższy poziom lęku-stanu i lęku-cechy odnotowano u osób zależnych od pomocy innych w wypełnianiu czynności związanych z codzienną egzystencją.
3. Niższy poziom lęku (X-1 i X-2) deklarowali pacjenci z krótszym czasem trwania choroby, w miarę wydłużania się hospitalizacji rósł poziom lęku stanu i cechy.
4. Wyższy poziom lęku deklarowały kobiety, co pozostaje zapewne w związku z liczbą pełnionych przez nie funkcji, zwłaszcza funkcji matki.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Billert H, Adamski D, Gaca M i wsp. Poziom lęku w okresie okołoperacyjnym u pacjentek ginekologicznych a nałóg palenia tytoniu – doniesienie wstępne. *Przegląd Lekarski* 2004; 61: 1035–1039.
- [2] Chojnacka-Szawłowska G. Sytuacyjny i osobowościowy komponent lęku wobec diagnozy onkologicznej. *Przegląd Psychologiczny* 1996; 39: 53–65.
- [3] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Red. J Heitzman. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 136–137.
- [4] Sosnowski T. Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu C. D. Spielbergera. *Przegląd Psychologiczny* 1977; 20: 349–360.
- [5] Sosnowski T, Wrześniewski K. Polska adaptacja inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Przegląd Psychologiczny* 1983; 26: 393–412.
- [6] Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. Inwentarz stanu i cechy lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2002.
- [7] Nowa Encyklopedia od A do Z. Wydanie Klubu Świata Książki na licencji Wydawnictwa Naukowego PWN. Warszawa 2005; 378.
- [8] Wciórka J. Miejsce lęku w psychopatologii. Postępy Psychiatrii i Neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii 1994; 3: 37–50.
- [9] Turuk-Nowakowa T. Wstępne badania dotyczące odległych skutków choroby nowotworowej. *Nowotwory* 1976; 26: 3.
- [10] Łosiak W. Subiektywny obraz choroby u pacjentów. W: Zmagając się z chorobą nowotworową. Red. D Kubacka-Jasiecka, W Łosiak. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 67–77.
- [11] Salmon P. Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk 2003; 36–58.
- [12] Goyal TM, Idler EL, Krause TJ et al. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosomatic Med* 2005; 67: 759–776.
- [13] Rothenhausler HB, Grieser B, Nollert G et al. Psychiatric and psychological outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective 12-month follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 18–28.
- [14] Wrześniewski K, Lepczyński P. Wzory reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych i ich związek z chorobą somatyczną. *Polski Tygodnik Lekarski* 1985; 60: 1285–1289.
- [15] Brzoza Z, Badura-Brzoza K, Nowakowski M i wsp. Objawy lęku i depresji w przebiegu zespołu atopowego wyprysku/zapalenia skóry. *Psychiatria Polska* 2005; 39: 691–699.
- [16] Dowson C, Laing R, Barraclough R et al. The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease, a pilot study. *N. Z. Medicine Journal* 2001; 114: 447–449.
- [17] Marmurowska-Michałowska H, Koprianiuk E. The anxiety level in various diseases. 10th Word Congress of the International College of Psychosomatic Medicine. *Anales de Psiquiatria* 1989; 5: 43.
- [18] Kubacka-Jasiecka D, Wrona-Polańska M. Pojęcie ja i samoocena pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej. *Zeszyty Naukowe UJ* 1980; 31: 66–84.
- [19] Kowalczyk-Sroka B. Jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Ocena przygotowania do samoopieki. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny, Lublin 2006.
- [20] Vingerhoets G. Perioperative anxiety and depression in open-heart surgery. *Psychosomatics* 1998; 39: 30–37.
- [21] Papuć E, Opolska A, Pawłowska B i wsp. Zaburzenia lękowe u osób z chorobą niedokrwienną serca. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2004; 59: 308–312.
- [22] Kałużyński M, Kocur J. Poziom lęku jako stanu bądź cechy u osób z chorobą niedokrwienną serca lub nadciśnieniem tętniczym. *Sztuka Leczenia* 2004; 10: 23–29.
- [23] Tomczak AA, Juchnowicz D, Konarzewska B i wsp. Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych – przegląd piśmiennictwa. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2004; 59: 319–324.
- [24] Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38: 201–214.
- [25] Marmurowska-Michałowska H, Kochański A, Dubas-Ślomp H i wsp. Współpraca w leczeniu z pacjentem chorym na schizofrenię a poziom funkcjonowania i wsparcia społecznego. *Badania nad Schizofrenią* 2004; 5: 293–303.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Barbara Lelonek
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, Al. XIX Wieków Kielc 19
e-mail: studia.medyczne@ujk.edu.pl
tel. +48 692 694 865

ASPEKTY ETYCZNE W MEDYCYNIE PALIATYWNEJ*

ETHICAL ASPECTS IN PALLIATIVE MEDICINE

Zofia Bugajska

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dyrektor Instytutu: prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Malarewicz

STRESZCZENIE

Choroba, cierpienie, umieranie i śmierć to trudne problemy ludzkiej egzystencji. W następstwie rosnącej liczby zachorowań na nowotwory i inne choroby niepoddające się leczeniu przyczynowemu, wzrasta liczba osób wymagających opieki paliatywnej. Perspektywa zbliżającej się śmierci stwarza liczne dylematy i rodzi wątpliwości natury etycznej: mogą to być problemy dotyczące informowania chorego o rozpoznaniu i prognozie, proporcjonalności stosowanych środków i rezygnacji z uporczywej terapii, metod stosowanych w łagodzeniu bólu wywołujących działania uboczne, problem sedacji terminalnej, kwestie eutanazji i wspomaganego samobójstwa.

Celem pracy było określenie stopnia świadomości społecznej, dotyczącej zasad etyki i problemów etycznych występujących w opiece paliatywnej, oraz poznanie poglądów dotyczących ich przestrzegania. Badaniami objęto rodziny terminalnie chorych przebywających w stacjonarnym Hospicjum w Dąbrowie Tarnowskiej. W celu poznania wiedzy badanych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, wybraną techniką badawczą był kwestionariusz ankiety. Badania wykazały brak dostatecznej wiedzy na temat zasad etycznych oraz zależność między wiekiem i wykształceniem a ich znajomością. Respondenci są przeciwnikami eutanazji, ale w większości nie respektują prawa chorego do autonomii, świadomej zgody na każdą czynność, obowiązku informowania go o stanie zdrowia, możliwości wyboru sedacji lub świadomego umierania, rezygnacji z uporczywej terapii. Dla rozwoju właściwej opieki nad człowiekiem nieuleczalnie chorym, konieczne wydaje się upowszechnienie wiedzy na temat zasad etycznych wśród rodzin, służby zdrowia i całego społeczeństwa.

Słowa kluczowe: etyka, problemy etyczne, opieka paliatywna.

SUMMARY

Illness, suffering, dying and the death are difficult problems of the human existence. Due to growing number of malignant neoplasms and other diseases with untreatable causes there is an increase in the number of people demanding palliative care. Prospect of the approaching death poses numerous dilemmas and gives rise to doubts of the ethical nature. Dilemmas may concern problems of informing patients of diagnosis and prognosis, proportionality of applied medicaments and withdrawal from persistent therapy, side effects of applied methods for easing pain, matter of terminal sedation as well as matters of euthanasia and assisted suicide.

The purpose of this dissertation was the establishing of the level of social awareness concerning ethics and ethical problems in palliative care, as well as to getting to know views concerning obeying them. The research was conducted in Hospice in Dąbrowa Tarnowska, among families of terminally ill patients. To establish the knowledge of patients' families a diagnostic survey was applied, the selected research method being a questionnaire. The research demonstrated an insufficient knowledge of ethical rules that should be applied in palliative care. Respondents are opposed to euthanasia, but a majority does not respect the patient's right to autonomy, their conscious consent for all activities, the obligation to inform them of their state, a possibility of choosing sedation methods, as well as conscious dying and withdrawal from persistent therapy. For the development of proper care for terminally ill, promoting the knowledge of ethical rules among families of the patients, medical staff and their entire society seems to be necessary.

Key words: ethics, ethical dilemmas, palliative care.

WPROWADZENIE

Mimo postępów medycyny, cierpienia i śmierci nie udaje się uniknąć. Świadomość śmiertelności wpływa na stosunek człowieka do kresu życia, a także na jego relacje z umierającymi i sposób po-

stępowania wobec nich, dlatego szczególnie ważne jest kształtowanie w świadomości ludzi właściwej postawy wobec tej problematyki. Spotkanie z przewlekłym cierpieniem, które dotyka wszystkich wymiarów ludzkiej egzystencji i staje się zapowiedzią, że życie doczesne zbliża się nieuchronnie do końca,

* Artykuł przygotowany na podstawie pracy magisterskiej napisanej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach; promotor: prof. zw. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska.

stanowi wyzwanie dla człowieka naznaczonego stygmatem bólu i choroby, oraz dla jego otoczenia. Ciężka choroba i umieranie to bolesne problemy; są tym trudniejsze, gdy dotyczą najbliższych. Śmierć w medycynie paliatywnej postrzegana jest jako naturalna, przewidywalna konsekwencja życia i choroby, nie powinna być przyspieszana, ani opóźniana tylko dlatego, że medycyna dysponuje takimi możliwościami. Medycyna paliatywna przeciwstawia się eutanazji jako metodzie rozwiązania problemu cierpienia oraz uporczywej terapii, chwilowo przedłużającej biologiczne życie, pełne bólu. Chory ma prawo do godnej, naturalnej śmierci; obowiązuje szacunek dla jego autonomii, poszanowanie zasady sprawiedliwości, zakaz szkodenia i nakaz świadczenia mu dobra. Etyka dnia codziennego sprowadza się do profesjonalnego i rzetelnego wypełniania obowiązków względem niego. Ważna jest właściwa pielęgnacja, by uniknąć powikłań, zmniejszanie cierpień fizycznych, psychicznych i duchowych. Stosowanie środków przeciwbólowych, aby ulżyć umierającemu, jest imperatywem w opiece terminalnej [1, 2, 3, 4, 5]. Cierpienie nie jest wartością samą w sobie, dlatego należy używać wszelkich sposobów, by przynieść choremu ulgę na ciele i duchu. Ciężar choroby i nadchodzącej śmierci stanowi wystarczającą szansę moralnego doskonalenia się człowieka, nie ma on obowiązku znosić cierpienia za wszelką cenę [1]. W opiece u kresu życia pojawiają się pytania natury etycznej: jak długo podtrzymywać przy życiu chorego, którego choroba i tak zmierza do nieuchronnej śmierci, a stosowane leczenie przysparza mu tylko dodatkowych cierpień? Mogą to być problemy dotyczące rezygnacji z leczenia przyczynowego na rzecz objawowego, środków i metod stosowanych w łagodzeniu bólu i innych dolegliwości, wywołujących działania uboczne, czy rezygnacji z terapii za wszelką cenę. Im trudniejsze są to problemy, tym bardziej wymagają refleksji etyczno-moralnej [3,6,7].

Codzienna konfrontacja z cierpieniem i umieraniem budzi wiele pytań i wątpliwości. Tych trudnych spraw nie da się ogarnąć, opierając się tylko na racjonalnej argumentacji, trzeba sięgnąć do wartości duchowych oraz do odpowiedzi wynikających z przekonań religijnych. Cierpienie i śmierć nabiera z tej perspektywy zupełnie nowego sensu, pozwala spojrzeć na dane problemy w sposób budujący głębsze zrozumienie człowieka. Podejmowanie decyzji etycznych zależne jest od poziomu wrażliwości, wiedzy i doświadczenia, umiejętności interpretowania słów i zachowań chorego, rozpoznawania jego życzeń i potrzeb, oraz właściwego na nie odpowiadania. Na wiele pytań moralnych opieka paliatywna udziela odpowiedzi, formułując konkretne normy etyczne – są one drogowskazami, które pomagają w dokonywaniu najlepszych wyborów. Wszystkie działania, które od-

noszą się do człowieka chorego, muszą opierać się na mocnych zasadach, tylko szacunek dla życia może stanowić fundament i gwarancję najcenniejszych i najpotrzebniejszych dla niego wartości. W tej perspektywie pochylenie się nad chorym i jego cierpieniem, a także solidarne poszukiwanie środków umożliwiających poprawę jego samopoczucia, stają się najważniejsze [1, 2, 8, 9]. Celem pracy było poznanie stopnia znajomości i stosunku do zasad etycznych osób, którym najbardziej zależy na dobru chorego, gdyż jest nim najbliższy, nieuleczalnie chory członek ich rodziny.

MATERIAŁ I METODY

Do realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, przeprowadzonego metodą techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz ankiety, według opracowania własnego, składający się z 28 pytań zamkniętych, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Pytania obejmowały dane osobowe badanych: płeć, wiek, wykształcenie; zasadniczą część pytań dotyczyła znajomości przez badanych problemów etycznych, jakie mogą wystąpić w opiece nad ich bliskimi i sposobów ich rozwiązania: autonomii chorego i prawa do samostanowienia o sobie, przekazywania niepomyślnych wiadomości o rozpoznaniu i prognozie, proporcjonalności środków i uporczywej terapii, leczeniu, które może spowodować ograniczenie, lub wyłączenie świadomości, problemu eutanazji i wspomaganego samobójstwa. W końcowym etapie pytania dotyczyły wpływu opieki hospicyjnej na przeżywanie cierpienia przez chorych, krewnych respondentów. Analizę statystyczną wykonano metodami statystyki opisowej. W celu poznania różnic między grupami wykorzystano test chi kwadrat, za różnicę znamioną statystycznie przyjęto $p < 0,05$ w skali Fischera. Badania przeprowadzono od czerwca do września 2009 roku.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Przekazywanie niepomyślnych informacji

W opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową często powstaje dylemat: czy poinformować go o rozpoznaniu i prognozie? Jeszcze kilkanaście lat temu istniało przekonanie, że chory nie powinien znać całej prawdy o swojej sytuacji zdrowotnej, nawet jeśli wyraźnie domaga się poznania diagnozy i rokowania, gdyż nikt nie jest w stanie przewidzieć jego reakcji. Obecnie przeciwnicy pełnej informacji uważają, że

lekarz jest jedynym sędzią, czy danemu choremu należy powiedzieć prawdę, inni stoją na stanowisku, że w przypadku choroby zagrażającej życiu pierwszeństwo do pełnej informacji ma rodzina, a nie chory [4, 10, 11]. Przeprowadzone badania własne dały podobne wyniki: tylko 8% respondentów jest przekonanych, że wiadomość o rozpoznaniu i prognozie należy przekazać choremu i on sam winien decydować, czy i ile informacji chce otrzymać. Pozostała część badanych uważa, że decyzję o tym powinien podjąć lekarz lub rodzina. Analiza statystyczna wykazała zależność między wiekiem ($p = 0,010$) i wykształceniem ($p = 0,002$) a przekonaniem o tym, kto ma decydować o przekazaniu niepomyślnych wiadomości. Osoby młodsze i bardziej wykształcone jako decydenta w tej sprawie w większej części wybierają chorego, starsze i mniej wykształcone – lekarza lub rodzinę.

Śmierć jest dla człowieka sprawą najwyższej wagi i decyzja o tym, w jaki sposób ma umrzeć i jakie przed tym poczyni przygotowania nie może należeć do decyzji lekarza, czy osób opiekujących się. Pacjent ma prawo wiedzieć, z czym będzie musiał się zmierzyć u kresu życia i jakiej może oczekiwać w tym czasie pomocy. Ukrywanie przed chorym, znajdującym się w niebezpieczeństwie śmierci, że jego stan jest groźny, naraża go na poniesienie ogromnych szkód. Nie będzie miał możliwości uregulowania swoich niedokończonych spraw dotyczących relacji z rodziną, ewentualnych kwestii zawodowych, majątkowych, a także odpowiedniego przygotowania się na przejście z tego świata do wieczności i przyjęcia śmierci. Wszyscy pacjenci są świadomi powagi swej choroby, bezpieczniej by się czuli, gdyby w trudnym okresie umierania mogli być otwarci w stosunku do otoczenia [2, 5, 7, 11].

Udzielanie informacji powinno się odbywać z taktem i ostrożnością, najpierw samemu choremu, a krewnym i przyjaciółom, gdy pacjent sobie tego życzy. Zawsze też należy je zakończyć akcentem nadziei – chory winien wiedzieć, że specjaliści opieki zdrowotnej zrobią wszystko, co w ich mocy, by mu pomóc. Czasem można przemilczeć prawdę, gdy lekarz jest przekonany, że jej ujawnienie spowoduje ogromne cierpienie lub inne niekorzystne dla zdrowia chorego następstwa, zwłaszcza u ludzi żyjących

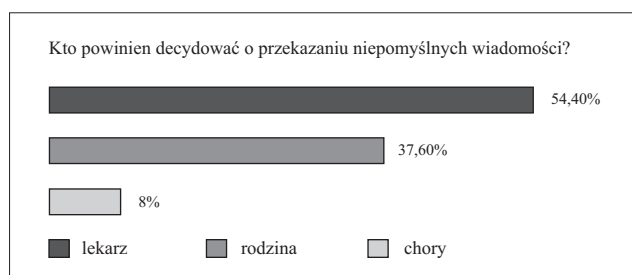
w panicznym lęku przed śmiercią i niezdolnych do racjonalnego jej pojmowania. Nigdy jednak nie należy kłamać, gdy pacjent domaga się pełnej informacji. Trzeba odrzucić obydwie skrajne postawy – z jednej strony mówienie prawdy za wszelką cenę, bez liczenia się z dobrem chorego, z drugiej posługiwanie się kłamstwem. Należy uwzględniać prawo do prawdy i dobro pacjenta [9, 10, 12].

Przeprowadzone badania dają podobne wyniki jak w innych ośrodkach i świadczą o niedostatecznej znajomości praw pacjenta. Pierwszą osobą, której należy przekazywać niepomyślnych wiadomości jest pacjent i on sam powinien decydować o tym, czy chce wiedzieć i ile. Ma prawo do tej informacji, ale też nie ma obowiązku jej otrzymać. Można przypuszczać, że niechęć badanych do rozmowy o perspektywie śmierci z bliskim, nieuleczalnie chorym członkiem rodziny wypływa z troski o jego psychikę, pragnienia ochrony przed ogromnym stresem, oszczędzenia załamania, a także z braku wiedzy, przemyślenia tego, jaki skutek na dalsze jego życie wywiera przeświadczenie, że nic się nie dzieje. Mimo że ich bliski nie zostanie poinformowany, nie oznacza, że nie ma podejrzeń, dlatego może przeżywać ciągle niepokój, poczucie zagrożenia. Nie ma z kim podzielić się przeżywanymi emocjami i może mieć trudności w byciu autentycznym w kontakcie z rodziną. Ostatecznie utraci kontrolę nad swoim życiem, szansę na twórcze przeżycie czasu, jaki mu pozostał, dokonanie pozytywnego bilansu życiowego i uzyskanie wewnętrznego spokoju [11, 12].

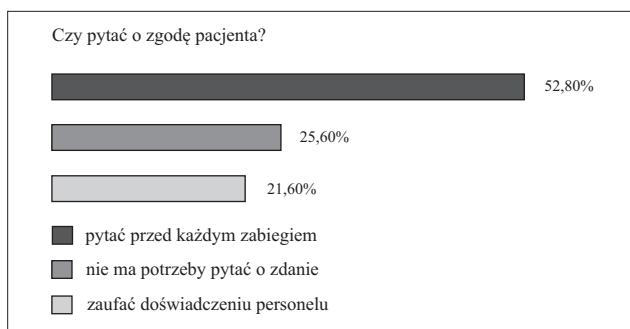
Autonomia chorego

U schyłku XX wieku zmienił się sposób traktowania chorego. Postawa paternalistyczna stopniowo ustępuje miejsca partnerstwu, w którym leczący stopniowo odkrywają osobę chorego. Światowa Organizacja Zdrowia, nawiązując do tradycji Hipokratesa, podkreśla konieczność podmiotowego traktowania pacjenta [7]. Problem autonomii analizowano w badaniach własnych: tylko 52,8% badanych uważa, że chorego należy pytać o zgodę przed każdym zabiegiem, 21,6% nie widzi potrzeby pytania go o zdanie, a 25,6% twierdzi, że należy zaufać doświadczeniu personelu. W analizie statystycznej wykazano zależność między wiekiem ($p = 0,003$) oraz wykształceniem badanych ($p = 0,002$) a przekonaniem o konieczności pytania o zgodę. Duża grupa starszych i mniej wykształconych nie jest przekonana o konieczności uzgadniania z pacjentem, młodszy i bardziej wykształceni częściej chcą pytać o jego zgodę na leczenie.

Godność chorego zobowiązuje do włączenia go w podejmowanie decyzji dotyczących jego życia. Ma on prawo wyrazić zgodę lub sprzeciw co do zalecanych świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu in-



Rys. 1. Decyzja o przekazywaniu niepomyślnych wiadomości



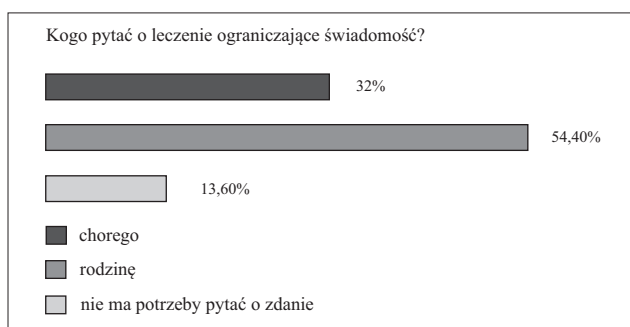
Rys. 2. Autonomia pacjenta

formacji o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku [6, 13]. Wolność decyzji musi być uszanowana na każdym etapie życia, nie ma podstaw, by w momencie ciężkiej choroby pozbawiać go tego prawa. Jeśli pacjent jest przytomny, powinna być określona i wyrażona jego zgoda na każdy zabieg, jeśli nie, pracownik służby zdrowia może domniemywać zgodę na interwencje terapeutyczne, jakie na podstawie swojej wiedzy i sumienia uważa za konieczne; chodzi o takie działania, na które wyraziłby zgodę chory, gdyby był do tego zdolny [1, 4, 9].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na nieznajomość wśród rodzin chorych, a w innych badaniach [12, 14] także wśród personelu służby zdrowia, prawa pacjenta do autonomii i świadomej zgody na czynności, które są wobec niego wykonywane. Nieznajomość wiąże się z nieprzestrzeganiem ich. Istnieje społeczne przekonanie, że choroba całkowicie uzależnia chorego od innych, nie pozostawiając mu prawa do decydowania o sobie. Sami pacjenci nie podkreślają własnych uprawnień, natomiast bardzo dotkliwie odczuwają ograniczenie własnej autonomii i prawa do wyboru.

Leczenie ograniczające świadomość

Człowiek potrafi walczyć z bólem przy pomocy środków znieczulających, ujemnym skutkiem ich stosowania może być jednak zaburzenie świadomości. Drugą przyczyną jej utraty jest podawanie środków nasennych w stanie splątania i w pobudzeniu terminalnym. W obu przypadkach istnieją etyczne kontro-



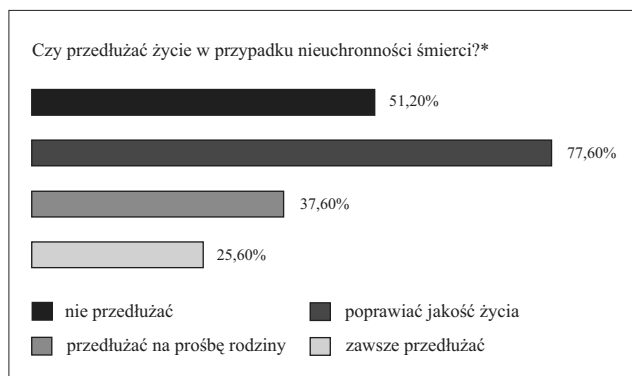
Rys. 3. Kompetencje w decyzji o leczeniu ograniczającym świadomość

wersje, problemy moralne dotyczące prawa ich stosowania w każdej sytuacji [1, 6]. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że tylko 32% badanych jest przekonanych, że chcąc zastosować leczenie ograniczające lub wyłączające świadomość, należy zapytać o to chorego, 54,4% uważa, że wystarczy uzyskać zgodę rodziny, a 13,4% w ogóle nie widzi konieczności, by o to pytać. Na pytanie o leczenie ograniczające świadomość respondentów, gdyby zaistniała taka potrzeba, radykalnie zmieniają się odpowiedzi: tylko 1,6% wyraża zgodę, 38,4% chciałoby wtedy samemu o tym zdecydować, a 60% chce do końca pozostać świadomymi. W analizie statystycznej wykazano brak istotnej zależności ($p = 0,088$) między wiekiem oraz zależność ($p = 0,004$) między wykształceniem a poglądami na leczenie ograniczające świadomość. Osoby wykształcone częściej uważają, że chory powinien uczestniczyć w decyzji o leczeniu ograniczającym świadomość, duża grupa mniej wykształconych nie widzi takiej konieczności.

Świadomość należy do najwyższych funkcji człowieka, przysługuje jej nienaruszalność. Umierający chory ma prawo do końca ją zachować i nikt nie może wbrew jego woli stosować środków przeciwbólowych lub usypiających, które spowodują utratę przytomności, chyba że pacjent wyraźnie sobie tego życzy. Dość często w stadium terminalnym dochodzi do zespołu zaburzeń świadomości, splątania i pobudzenia; w 50% jest ono odwracalne, gdy zastosuje się leczenie przyczynowe. Właściwe postępowanie w przypadku pobudzenia i identyfikacja chorych wymagających sedacji, są dwoma ważnymi zagadnieniami opieki paliatywnej: podejmowane musi być po wnikliwym ustaleniu wskazań, z należytą rozwałą i ostrożnością. Wymaga bezwzględnie zgody chorego i jego rodziny. Znaczną trudność stanowią chorzy z bólem egzystencjalnym – duchowym i cierpieniem wszechogarniającym niejednokrotnie leczonym poprzez stosowanie leków usypiających jako jedynej metody niesienia wątpliwej ulgi. Gdy zachodzi konieczność zastosowania środków, które mogą spowodować utratę świadomości, chory musi być poinformowany, by w sposób wolny zaakceptował lub odrzucił ten sposób leczenia [1, 2, 4, 7, 15].

Zasada proporcjonalności środków i uporczywa terapia

Ciężka choroba i perspektywa zbliżającej się śmierci są szczególnymi sytuacjami, w których człowiek chory spotyka się z licznymi możliwościami współczesnej medycyny. Te możliwości nie zmieniają jednak faktu, że są sytuacje, w których lekarz musi przyznać się do bezradności, dlatego potrzebne jest określenie zasad postępowania w takich sytuacjach [3, 10, 14].



* W pytaniu uwzględniono możliwość wielokrotnego wyboru

Rys. 4. Uporczywa terapia

W przeprowadzonych badaniach na pytanie o prawo do naturalnej śmierci 51,2% respondentów odpowiedziało, że nie wolno przedłużać procesu umierania, 77,6% uważa, że najważniejsze w tym okresie jest poprawienie jakości życia, a 25,6% jest przekonanych, że życie zawsze należy przedłużać wszelkimi środkami. Analiza statystyczna wykazała zależność między wiekiem respondentów ($p = 0,035$) oraz między ich wykształceniem ($p = 0,035$) a poglądami na temat prawa do naturalnej śmierci. Ludzie młodzi i wykształceni częściej myślą, że nie należy przedłużać procesu umierania, gdy nie ma nadziei na poprawę, duża grupa starszych chce przedłużać życie, gdy tego pragnie rodzina.

Lekarz zobowiązany jest do stosowania środków zwyczajnych, proporcjonalnych, a więc takich metod leczenia, których wykorzystanie daje racjonalną nadzieję, że przyniosą pacjentowi korzyść. W przypadku nikłych szans na uzyskanie zadowalających wyników, obowiązek ich wykorzystania znika. Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, można zrezygnować z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka należy się choremu [10, 14, 16]. Chory oczekuje od lekarza uwolnienia od cierpienia, a nie tylko wydłużenia agonii po to, by na krótki czas oddalić śmierć. Walka o życie za wszelką cenę nie dotyczy okresu umierania. Agonia i śmierć należą do fazy egzystencji człowieka, nie można ich sprowadzać do poziomu choroby. Trzeba pozwolić umrzeć w spokoju temu, kto nie ma już nadziei na przeżycie, jest to akt miłosierdzia, dla którego można poświęcić niewłaściwą ambicję walki za wszelką cenę i przy użyciu wszelkich środków [1].

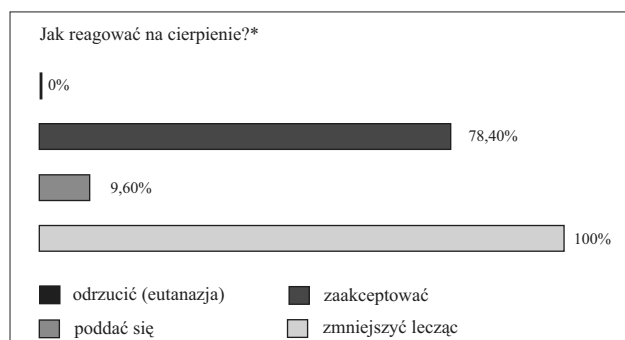
Śmierć pacjenta to nie porażka leczących, winno się ją spostrzegać jako zwycięstwo opieki pielęgniarzkiej i medycyny, jeśli otrzymał on doskonałą opiekę, miłość, cierpliwość, gdy jego odejście nie było przyspieszone, a jego godność nienaruszona. Uznawanie

zasady *primum non nocere* (pierwsza rzecz, nie szkodzić) oznacza nie sprawiać niepotrzebnego cierpienia fizycznego, psychicznego i duchowego [2, 9, 13].

Eutanazja

Z przeprowadzonych w Polsce badań opinii publicznej wynika, że 40% Polaków jest zdania, iż lekarz powinien spełnić wolę nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Inne badania pokazują, że połowa Polaków popiera legalizację eutanazji. Mimo prawnego zakazu i sprzeciwu Kościoła wobec eutanazji, temat ten jest ciągle poruszany i ma wielu zwolenników [7, 17]. Przeprowadzone badania własne dają nieco inne wyniki niż sondaże: eutanazji jako rozwiązania problemu cierpienia nie popiera żaden z badanych przeze mnie respondentów – 78,4% uważa, że cierpienie należy zaakceptować jako wolę bożą, 9,6% jest przekonanych, że trzeba się poddać, skoro i tak nie ma wyjścia, wszyscy chcą, by cierpienie ich bliskich zmniejszyć, stosując leczenie przeciwbólowe. Według badanych, czynnikami decydującymi o pragnieniu śmierci jest upokorzenie – 49,6%, doświadczenie poczucia osamotnienia – 69,6%, nieopanowane cierpienie – 88,8%.

Rozważając problem eutanazji, trzeba najpierw odpowiedzieć na pytania stawiane przez cierpiącego człowieka. Motywacją do wyboru eutanazji jest najczęściej lęk, rozpacz, depresja, poczucie utraty godności, braku sensu życia. Prośby o eutanazję wynikają z poczucia opuszczenia i upokorzenia, jakiego doznaje pacjent, lub z powodu odrzucenia przez rodzinę i środowisko. Nie należy rozwiązywać problemów cierpiących poprzez ich zabijanie. Żyjąc w prawidłowych warunkach, otoczony opieką i troską, chory człowiek nie poprosi o eutanazję. Tę propozycję winna zastąpić pełna miłości obecność przy umierającym, poprzez rozmowę można obudzić u niego nadzieję albo wzmocnić poczucie rozpacz [2, 7, 17]. Całkowity brak poparcia dla eutanazji wśród badanych przeze mnie osób, spowodowany jest wpływem religii na ich poglądy – wszyscy ankietowani to osoby



* W pytaniu uwzględniono możliwość wielokrotnego wyboru

Rys. 5. Reakcja na cierpienie

wierzące. Na decyzję o naturalnym umieraniu, bez stosowania eutanazji i przyspieszania śmierci wpływa u nich przekonanie o świętości życia, w które nikt nie może ingerować, decydując o jego zakończeniu, oraz wypływające z wiary przekonanie o zbawczym sensie cierpienia. Większość społeczeństwa również identyfikuje się z wartościami chrześcijańskimi, zastanawiającym jest więc stanowisko w wielu badaniach, sprzeczne z wyznawanymi wartościami.

Opieka paliatywna

Rozwijająca się w ostatnich latach medycyna paliatywna powoduje zwrócenie uwagi wielu autorów na ten rodzaj cierpienia, nazwany bólem wszechogarniającym, całkowitym, totalnym, gdzie, oprócz poparcia dla medycznych metod zwalczania bólu, jeszcze bardziej podkreślono potrzebę dostrzegania psychologicznych, społecznych i duchowych potrzeb chorego. Żadna aparatura nie jest w stanie zastąpić człowieka, cierpienie stanowi wezwanie do tworzenia międzyludzkiej wspólnoty wokół łóżka nieuleczalnie chorego, a fundament odniesień do niego ma być solidarność i miłość; powinien ich doświadczać zwłaszcza od najbliższych i od służby zdrowia [5, 9, 11].

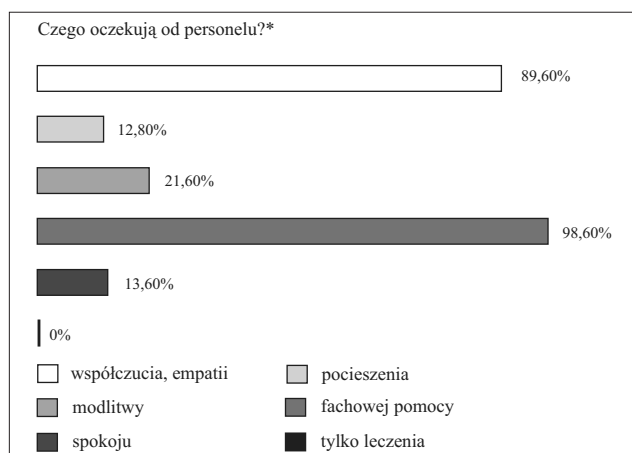
Analizując ten problem w badaniach własnych stwierdzono, że respondenci oczekują od personelu głównie współczucia dla bliskich im chorych, rozumienia potrzeb – 89,6%, oraz fachowej pomocy – 98,4%. Najbardziej rani osoby bliskie, gdy personel, będąc w otoczeniu cierpiącego, jest hałaśliwy, roześmiany – 96,8%, pochylając się nad chorym rozmawia o swoich sprawach – 79,2%, gdy automatycznie wykonuje swoje czynności – 60,8%, jeśli nie pyta o zdanie chorego – 44,8%.

Opieka paliatywna odznacza się szczególnym podejściem do chorego, jest sposobem opiekowania się respektującym jego autonomię i godność. Oparta na empatii, życzliwości, serdeczności i otwartości

na chorego i jego rodzinę, zmierza do zapewnienia ulgi, przy poszanowaniu i zaakceptowaniu człowieka takim, jakim jest, niezależnie od reprezentowanych poglądów, trybu życia i wyznawanej religii. Każdy chory stanowi dla opiekującego się niepowtarzalną osobę, godną szacunku i troski, bez jakichkolwiek interwencji w jego filozofię życia i śmierci, jego duchowość i wiarę. Działający ruch hospicyjny pomaga godnie przeżywać kres ludzkiego życia, czyni to przede wszystkim przez łagodzenie cierpienia i towarzyszenie umierającemu do ostatnich chwil jego życia [1, 5, 9, 10].

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

Pragnienie niesienia pomocy człowiekowi cierpiącemu z perspektywą bliskiej śmierci, stosując zasady etyczne jako korzystne dla umierającego, stanowi główny owoc poszukiwań i analiz zawartych w niniejszych badaniach. Medycyna, dysponując coraz większymi możliwościami, może przedłużać życie, co jest pozytywnym znakiem, rodzi jednak nowe problemy i dylematy moralne. Okazuje się, że podejście osób, które zetknęły się z nieuleczalną chorobą z bliska, z racji dotknięcia nią najbliższego, a pośrednio podejście społeczne do problemów związanych z kresem życia, nacechowane jest różnymi sprzecznościami. Badani często pragną przedłużenia życia chorego, bez względu na jego jakość, mimo ogromnego cierpienia i braku perspektyw na poprawę stanu zdrowia, by jak najdłużej uniknąć śmierci. Niewłaściwy stosunek do umierania jest związany z ogólnymi współczesnymi tendencjami, w których dostrzega się często ucieczkę od problemów dotyczących kresu ludzkiego życia. Badani jednocześnie nie uwzględniają autentycznych potrzeb i pragnień samego chorego: w większości nie respektują jego prawa do autonomii w przypadku powinności informowania go o stanie zdrowia, ustalania z nim priorytetów i celów, pytania o zgodę przed każdym zabiegiem, jego udziału w decyzji o sedacji, możliwości rezygnacji z przedłużania życia w przypadku nieuchronności śmierci. Równocześnie od pracowników hospicjum słusznie oczekują empatii, zrozumienia potrzeb chorego, kompetencji w zakresie choroby i fachowej pomocy. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność edukacji na temat zasad etycznych pacjentów i ich rodzin, ale też szerokiego grona pracowników i decydentów służby zdrowia, oraz ogółu społeczeństwa. Przybliżenie idei hospicjum i zapoznanie się z jego działalnością, może pomóc chorym i ich rodzinom z innej perspektywy spojrzeć na kres ludzkiego życia.



* W pytaniu uwzględniono możliwość wielokrotnego wyboru
Rys. 6. Oczekiwanie w stosunku do personelu

WNIOSKI

1. Eutanazja jako metoda rozwiązania problemu cierpienia nieuleczalnie chorych nie jest popierana przez respondentów, wpływa to z ich przekonań religijnych.
2. Ciężko choremu często odbiera się prawo do autonomii i decydowania o sobie w przypadku:
 - a) informacji o rozpoznaniu i prognozie,
 - b) konieczności uzyskania zgody na każdą czynność,
 - c) możliwości wyboru sedacji lub zachowania świadomości,
 - d) rezygnacji z uporczywej terapii w przypadku nieuchronności śmierci.
3. Wiedza na temat zasad etycznych zależna jest od wieku i wykształcenia. Młodszy i bardziej wykształceni mają większą wiedzę na ten temat, niż starsi i mniej wykształceni. U jednych i drugich jest ona niewystarczająca.
4. Upowszechnienie wiedzy na temat zasad etycznych wśród rodzin, służby zdrowia i całego społeczeństwa, oraz przybliżenie idei hospicjum powinno stać się ważnym krokiem do rozwoju właściwej opieki nad człowiekiem nieuleczalnie chorym.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Jan Paweł II. *Evangelium vitae*. Tekst i komentarze red. T. Styczeń i J. Nagórny. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1997.
- [2] Bartoszek A. *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*. Wydawnictwo Archidiecezjalne, Katowice 2000.
- [3] Beauchamp T, Childress J. *Zasady etyki medycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.

- [4] Bołoz W. Prawa człowieka umierającego. *Medycyna Praktyczna* 2008; 11: 27–29.
- [5] Leppert W, Łuczak J. *Holistyczna opieka medyczna w zaawansowanej chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2001.
- [6] Biesaga T. Elementy etyki. *Medycyna Praktyczna* 2006; 8: 174–178.
- [7] Dziedzic J. *Spór o eutanazję*. Wydawnictwo Naukowe Papierskiej Akademii Teologicznej, Kraków 2005.
- [8] Brusilo J. *Życie bez bólu. Chrześcijański sens cierpienia a przeciwbólowe działania medycyny*. Wydawnictwo Bratni Zew, Kraków 1996.
- [9] Papińska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Watykan 1995.
- [10] *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 1994.
- [11] Kubler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 1979.
- [12] Sępiło A. Problemy przekazywania niepomysłnych informacji pacjentom z chorobą nowotworową w Polsce i na świecie. *Psychoonkologia* 1998; 2: 69–73.
- [13] Bołoz W. *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
- [14] Machinek M. Uporczywa terapia a Magisterium Kościoła. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 3: 91–98.
- [15] Jan Paweł II. *Przemówienie do chorych*; Rzym, 11 lutego 1979. W: *O cierpieniu. Wypowiedzi Ojca św. do chorych i pracowników służby zdrowia 1978–1982*. MediPage, Warszawa 1985.
- [16] Krajewski P. Postęp medycyny a uporczywa terapia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2: 79–98.
- [17] Kongregacja Nauki Wiary. *Deklaracja o eutanazji Iura et bona*. L'Osservatore Romano 1980; 8: 3–6.

Adres do korespondencji:

mgr Zofia Bugajska
33-200 Dąbrowa Tarnowska, ul. Zamkowa 3
e-mail: zofiasm@op.pl
tel. +48 516 782 148

ROLA PIELEŃNIAREK W ZESPOŁACH LECZENIA BÓLU JAKO PROFESJONALNEJ FORMY TERAPII BÓLU POOPERACYJNEGO

THE ROLE OF NURSING STAFF IN TREATMENT OF POST-SURGERY PAIN SYNDROMES AS PROFESSIONAL FORM OF PAIN TREATMENT

Małgorzata Knap^{1, 2}, Renata Szebla²

¹ Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Beata Woźakowska-Kapłon

² Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. św. Rafała w Chęcinach

Kierownik: dr n. med. Renata Szebla

STRESZCZENIE

Wielospecjalistyczne podejście do zagadnienia leczenia bólu, obejmując personel medyczny zajmujący się leczeniem bólu, zapewnia ciągłość opieki od bloku operacyjnego po oddziały zabiegowe. Realizujący zadania zespół leczenia bólu, w którym znajduje się anestezyjolog, pielęgniarka anestezjologiczna, chirurg, pielęgniarka zabiegowa i farmakolog daje pewność, że ból leczony będzie skutecznie, a poziom satysfakcji hospitalizowanego pacjenta wyższy. Pielęgniarki prowadzą systematyczną kontrolę natężenia bólu i rejestrują jego poziom w dokumentacji medycznej, prowadzą terapię bólu zgodnie z zaleceniami anestezyjologa i lekarza prowadzącego. Lekarz w zakresie obowiązków ma konsultację pacjenta oraz bieżący nadzór nad leczeniem bólu.

Gwarantem dobrze pojętej współpracy w wielospecjalistycznym zespole leczenia bólu jest wiodąca rola pielęgniarki anestezjologicznej, która we współpracy z pielęgniarkami zabiegowymi powinna być koordynatorem działań ze względu na pełny zakres kwalifikacji zawodowych w tej specjalności. U wszystkich pacjentów, u których zastosowano techniki ciągłej analgezji regionalnej, powinien być prowadzony nadzór przez wykwalifikowane pielęgniarki anestezjologiczne. Leczenie bólu pooperacyjnego tylko wówczas przyniesie oczekiwane rezultaty terapeutyczne, kiedy organizacja leczenia bólu pooperacyjnego będzie realizowana w sposób zapewniający warunki bezpieczeństwa pacjenta. Usystematyzowany sposób leczenia bólu, opierający się na rekomendacjach towarzystw naukowych, stwarza szpitalom możliwość do ubiegania się o certyfikację tych działań.

Cel pracy. Celem pracy była próba oceny udziału pielęgniarek w zespołach leczenia bólu oraz ocena ich przygotowania do sprawowania opieki nad pacjentami, u których zastosowano techniki ciągłej analgezji zewnątrzoponowej po operacjach torakochirurgicznych, urologicznych, chirurgicznych i traumatologii. Podjęto próbę oceny zapotrzebowania na szkolenia specjalistyczne z zakresu leczenia bólu pooperacyjnego, nadając pielęgniarkom uprawnienia do podawania leków do przestrzeni zewnątrzoponowej i profesjonalnego nadzorowania terapii bólu pooperacyjnego.

Material i metody. Badaniami objęto wszystkie placówki ochrony zdrowia w województwie, które realizują procedury chirurgiczne i stosują multimodalną analgezję pooperacyjną. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający 20 pytań. Pytania dotyczyły rodzaju wykonywanych zabiegów operacyjnych z zastosowaniem analgezji bólu pooperacyjnego oraz udziału pielęgniarek w zespołach leczenia bólu. Zastosowano pytania zamknięte, opatrzone zestawem możliwych odpowiedzi.

Wnioski. Szpitale wykonują procedury chirurgiczne z zastosowaniem technik analgezji zewnątrzoponowej. Personel pielęgniarski nie zawsze uczestniczy w szkoleniach o tematyce leczenia bólu pooperacyjnego. Istnieje pilna potrzeba szkolenia pielęgniarek na poziomie kursu specjalistycznego, nadającego pielęgniarkom uprawnienia do podawania leków do przestrzeni zewnątrzoponowej, co ma bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjenta.

Słowa kluczowe: ból, techniki zewnątrzoponowej analgezji bólu pooperacyjnego, udział pielęgniarki.

SUMMARY

Multi-specialized approach to the issue of pain treatment includes the whole staff dealing with relieving pain, which assures continuity of care from operation theatres to surgical wards. The team of pain treatment in which there will be an anaesthesiologist, an anaesthesiological nurse, a surgeon and a pharmacologist ensures that the pain will be treated effectively and patients' satisfaction will be greater. Nurses carry out systematic check-ups of pain intensity and register its level in medical documentation, they carry out pain therapy according to recommendations and suggestions of the anaesthesiologist and the leading doctor. The doctor has got the patient's consultation and current supervision of pain treatment within his/her range of responsibilities.

Close cooperation in multi-specialized team, where the most leading position should belong to anaesthesiological nurse with full qualifications in this nursing specialization. The supervision among all patients who had techniques of epidural analgesia must be carried out by qualified anaesthesiological nurses. Post-surgical pain treatment will only then bring expected therapeutic results, keeping safety

conditions for the patient. Systematic, organized way of pain treatment, based on concrete recommendations opens opportunities for hospitals in which post-surgical pain is treated to apply for a certificate.

The aim of the study. The aim of the study was an attempt to evaluate the participation of nurses in pain relieving teams as well as evaluation of their preparation to take care of patients who had techniques of epidural analgesia after urological or surgical operations. Another attempt was made to evaluate the need for specialized trainings in post-surgical pain treatment which would give nurses rights to apply epidural medications.

The material and methods. The research was carried out in all specialized hospitals which realize surgical procedures and use multi-modal post-surgical analgesia. A questionnaire consisting of 20 questions was used as the research tool. The questions referred to the type of surgeries with the use of post-surgical pain analgesia and the participation of nurses in pain relieving teams. There were closed questions with a wide choice of possible answers and semi-open questions with a set of possible options together with an option "other".

Conclusions. Hospitals carry out surgical procedures with the use of technique of epidural post-surgical analgesia. Nursing staff not always takes part in trainings connected with post-surgical pain treatment. There is an urgent need for nurses to take part in specialized trainings entitling them to apply epidural medications which has a direct impact on patient's safety.

Key words: pain, techniques of epidural analgesia of post-surgical pain, participation of nurses.

WSTĘP

Opierając się na światowych doniesieniach, jak i rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (PTBB) uznano za bardzo istotny problem niedostatecznie leczonego bólu, a szczególnie bólu pooperacyjnego [1, 2]. Mamy na uwadze lepszą jakość świadczonych usług medycznych, gdzie źle leczony ból przyczynia się do wystąpienia powikłań przedłużających czas hospitalizacji, a taki stan wymusza dodatkowe koszty leczenia. Nieprawidłowe leczenie bólu nie jest wynikiem błędów w sztuce, ale wynika ze złej organizacji pracy w zakresie uśmierzania bólu w placówkach ochrony zdrowia.

Na przełomie sierpnia i września 2008 roku za pomocą środków masowego przekazu dotarła do publicznej wiadomości informacja, że w polskich szpitalach dochodzi do tragedii – pacjenci odbierają sobie życie, ponieważ nie mogą znieść bólu. Zadać należy pytanie, jak mogło do tego dojść, gdy współczesna medycyna dysponuje tak licznymi i skutecznymi środkami uśmierzania bólu. Dramaty rozegrały się m.in. w sytuacji, kiedy 44-letni pacjent z ostrym zapaleniem trzustki wyskoczył przez okno, oraz gdy z dziesiątego piętra wyskoczyła 70-letnia kobieta po operacji stawu biodrowego. Podobnych przypadków, do których dochodziło w różnym czasie, mogło być więcej. Te tragiczne zdarzenia dowodzą jak straszne cierpienie towarzyszyło tym ludziom, skoro byli zdolni do takiej desperacji. Aby temu zaradzić choć w niewielkim stopniu, konieczne jest uwrażliwianie studentów medycyny, lekarzy i pielęgniarek na cierpienie pacjenta. Pomocna w tym względzie może być szeroko zakrojona edukacja i przekazywanie wiedzy zarówno medycznej, jak i psychologicznej na temat bólu. Widząc potrzebę lepszej organizacji leczenia bólu w placówkach ochrony zdrowia, należy tworzyć lub reaktywować powołane wcześniej Zespoły Leczenia Bólu (które zostały zorganizowane w niektórych placówkach ochrony zdrowia zgodnie z zale-

ceniami konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii). Zespoły leczenia bólu tworzą anestezjolodzy, chirurdzy wszystkich specjalności zabiegowych, pielęgniarki anestezjologiczne oraz pielęgniarki z oddziałów zabiegowych. Zespół ma za zadanie skutecznie organizować leczenie bólu, aby każdy pacjent zgodnie z obowiązującymi standardami był objęty indywidualnym tokiem leczenia bólu pooperacyjnego. Integracja całego środowiska lekarsko-pielęgniarskiego, w którym wiodącą rolę odgrywają anestezjolodzy i pielęgniarki anestezjologiczne, daje możliwość stworzenia chorym subiektywnego komfortu hospitalizacji, ułatwiając proces leczenia, a przede wszystkim minimalizując ryzyko powikłań pooperacyjnych. Właściwa organizacja leczenia bólu i dostępność do jego optymalnych form leczenia wymaga zarówno wysiłku organizacyjnego, jak i specjalistycznej wiedzy medycznej oraz specjalistycznego sprzętu medycznego. Takie leczenie ma również wymiar ekonomiczny. Dynamiczny rozwój badań nad bólem ostrym – pooperacyjnym, umożliwiający poznanie jego mechanizmów, spowodował istotny wzrost zainteresowania tą problematyką. W 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Bólu uznało ból za piąty parametr życiowy, a parametry życiowe bierze się poważnie pod uwagę. Ocenianie natężenia bólu z takim samym zapalem jak w przypadku innych parametrów życiowych, daje o wiele większe prawdopodobieństwo, że będzie on prawidłowo leczony. Należy szczególną uwagę zwrócić na szkolenie pielęgniarki, by traktowały ból jako parametr życiowy. Jakość opieki w zakresie uśmierzania bólu polega na tym, by ból mierzyć i leczyć. Tak właśnie już w roku 1995 powiedział otwarcie James Campbell – Przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Bólu [3].

Ból nocyceptywny, to taki gdzie następuje aktywacja receptorów bólowych w odpowiedzi na działanie bodźców uszkodzających nerwy obwodowe w wyniku urazu, choroby, stanu zapalnego. Inny to ból neuropatyczny: związany z uszkodzeniem lub

chorobą dotyczącą nerwów obwodowych lub ośrodkowego układu nerwowego. Nowoczesna medycyna, dzięki badaniom neurobiologicznym, coraz lepiej poznaje istotę i mechanizm bólu, dysponuje też coraz skuteczniejszymi środkami terapeutycznymi, pozwalającymi przynajmniej częściowo kontrolować ból [6]. Ból pooperacyjny jest bólem nocycceptorowym, kiedy w wyniku śródoperacyjnego urazu tkanek poprzez istniejące wstępujące drogi przewodnictwa bólowego i zstępującą stymulację receptorów bólowych, a dokładnie włókien Aδ i C, powoduje uwalnianie neurotransmiterów oraz substancji neuromodulujących (np. prostaglandyn). Natomiast zstępujący układ antynocycceptorowy, wywołuje mechanizmy hamującego sprzężenia zwrotnego i uwolnienie serotoniny, noradrenaliny oraz enkefalin na poziomie rdzenia kręgowego [1].

Jak wynika z badań prowadzonych przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu ból pooperacyjny jest niewłaściwie uśmierzany u ponad połowy pacjentów. Przyczyny tego stanu rzeczy są złożone. Najważniejszymi z nich wydają się być problemy organizacyjne, niewystarczająca wiedza o uśmierzaniu bólu, a także złożoność postępowania przeciwbólowego. Organizowanie zespołów leczenia bólu zapewni pacjentom stałą opiekę ze strony anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej i pielęgniarki zabiegowej, monitorujących i prowadzących analgezję bólu pooperacyjnego. Pacjent, który po zabiegu operacyjnym odczuwa ból dotkliwy, nieprawidłowo oddycha, źle odkrztusza wydzielinę z dróg oddechowych, jak również w sposób wymuszony ogranicza ruch w pierwszych dobach pooperacyjnych, co nasila niekorzystne objawy. Taki stan kliniczny w szybkim czasie może stać się powodem stanów zapalnych w obrębie układu oddechowego. Dotkliwy ból wywołuje sprzężenie zwrotne ze strony układu współczulnego. Powoduje przyspieszenie pracy serca, rośnie zużycie tlenu przez mięsień sercowy, a w konsekwencji nasila się ryzyko niewydolności układu krążenia, co predysponuje stan niedotlenienia mięśnia sercowego. Nadreaktywność układu współczulnego może powodować zaburzenia w funkcjonowaniu innych układów [4].

CEL PRACY

Celem pracy była próba oceny udziału pielęgniarek w leczeniu bólu oraz ocena ich przygotowania do sprawowania opieki nad pacjentami, u których zastosowano różne techniki leczenia bólu, w tym analgezji regionalnej po operacjach torakochirurgicznych, urologicznych czy chirurgicznych. Podjęto próbę oceny zapotrzebowania na szkolenia specjalistyczne

z zakresu terapii bólu ostrego, przygotowującego pielęgniarki do podawania leków uśmierzających ból wszystkimi drogami, w tym do przestrzeni zewnątrzoponowej. Dokonano również oceny profesjonalnego udziału pielęgniarek w zespołach leczenia bólu.

MATERIAŁ I METODY

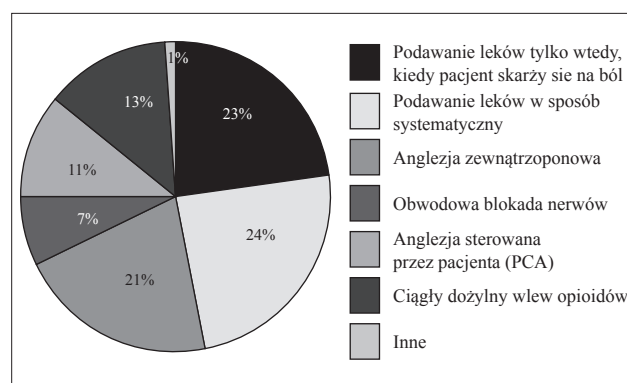
Badaniami objęto wszystkie szpitale specjalistyczne w województwie świętokrzyskim, które realizują procedury chirurgiczne i stosują multimodalną analgezję pooperacyjną. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający 20 pytań. Zastosowano pytania zamknięte opatrzone zestawem możliwych odpowiedzi.

WYNIKI

Aby ocenić techniki analgezji bólu pooperacyjnego po zabiegach w różnych specjalnościach chirurgicznych, poddano analizie wskazania na poszczególne techniki stosowane w placówkach ochrony zdrowia.

W odpowiedziach ankietowanych najczęściej wskazywano na podawanie leków w sposób systematyczny – tak odpowiedziało 24% ankietowanych, podawanie leków, kiedy pacjent skarży się na ból wskazało 23% ankietowanych, na technikę analgezji regionalnej wskazało 21% badanych. Innymi podawanymi przez respondentów technikami były odpowiednio: ciągły dożylny wlew opioidów (13%), analgezja sterowana przez pacjenta PCA (7%) oraz blokada nerwów obwodowych (7%).

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdza się, że pacjenci po operacjach nie są obejmowani specjalistycznym nadzorem w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego. Nadzór nad pacjentami z prowadzoną ciągłą regionalną analgezją pooperacyjną jest



Rys. 1. Techniki leczenia bólu pooperacyjnego

sprawowany przez pielęgniarki anestezjologiczne jedynie w 15% placówek, natomiast pielęgniarki z oddziałów zabiegowych posiadające uprawnienia do podawania leków do przestrzeni zewnątrzoponowej, sprawują nadzór nad pacjentami w 10% placówek. Są takie szpitale, w których podawanie leków do przestrzeni zewnątrzoponowej wykonuje lekarz z oddziałów zabiegowych. Mimo prowadzonych wielu form i technik uśmierzania bólu pooperacyjnego, tylko w dwóch placówkach funkcjonują zespoły leczenia bólu. Optymistyczny jest fakt, że wiele placówek deklaruje tworzenie zespołów leczenia bólu i chęć przystąpienia do certyfikacji placówki zgodnie z programem „Szpital bez bólu”. Oceniając udział pielęgniarek z oddziałów zabiegowych w terapii bólu pooperacyjnego, należy podkreślić, że jest on nieusystematyzowany i nie wskazywano na czynny udział pielęgniarek w interdyscyplinarnych zespołach leczenia bólu. Pozytywnym zjawiskiem jest deklaracja czynnego udziału pielęgniarek w terapii bólu ostrego, z naciskiem na konieczność organizowania szkoleń dla pielęgniarek z zakresu terapii bólu pooperacyjnego. Konieczność prowadzenia kształcenia podyplomowego na poziomie kursu specjalistycznego w zakresie patofizjologii bólu, technik leczenia bólu ostrego i przygotowania pielęgniarek do prowadzenia terapii bólu ostrego z wykorzystaniem technik ciągłej analgezji regionalnej widzi 70% ankietowanych.

DYSKUSJA

Odpowiedzialność za proces leczenia bólu pooperacyjnego w dużej mierze wchodzi w zakres kompetencji pielęgniarek obejmujących specjalistyczną opieką pacjentów w okresie okołoperacyjnym [3]. Specyfika pracy pielęgniarek oddziałów zabiegowych wymaga specjalistycznej wiedzy, zdobywanej poprzez ustawiczne kształcenie. Problematyka leczenia bólu pooperacyjnego jest wciąż poznawana i istnieje potrzeba pogłębiania tej wiedzy. Są dowody na to, że leczenie bólu przynosi korzyści zarówno dla pacjenta, jak i dla szpitala. W przypadku planowego leczenia bólu pooperacyjnego niezbędna jest wcześniejsza rozmowa z pacjentem, mająca na celu uzyskanie zgody na proponowane leczenie przeciwbólowe oraz przybliżenie pacjentowi metody leczenia, szczególnie przy technice analgezji sterowanej przez pacjenta lub analgezji regionalnej. H. Misiołek podkreśla, że dynamiczny rozwój badań nad bólem ostrym – pooperacyjnym, umożliwiającą poznanie jego mechanizmów oraz wprowadzenia do powszechnego użytku metod i środków stosowanych w postępowaniu przeciwbólowym spowodował istotny wzrost zainteresowania

tą problematyką [5, 6]. Zaowocowało to pojawieniem się publikacji na łamach czasopism medycznych oraz, z praktycznego punktu widzenia, powstaniem Zespołów Leczenia Bólu Ostrego (Acute Pain Service – APS). Za Dobrogowskim i wsp. [5] wiadomo, że analgezja multimodalna (zbilansowana) jest metodą z wyboru i powinna być stosowana wszędzie, gdzie jest to możliwe, ponieważ zakłada używanie leków o różnych mechanizmach działania, a takie połączenie wykazuje większą skuteczność analgetyczną i minimalizuje objawy niepożądane. W przeprowadzonych badaniach stwierdza się różnorodność technik analgezji pooperacyjnej. Analgezja zbilansowana oznacza stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) z opioidami lub technik znieczulenia miejscowego w zależności od indywidualnych wskazań. Wybór leków i metody leczenia bólu po zabiegach chirurgicznych zależą od rozległości operacji, okolicy operowanej, stanu klinicznego i wieku pacjenta, obecności przeciwwskazań do wykonania analgezji regionalnej, dostępności sprzętu i leków oraz wyszkolenia zespołu anestezjologicznego. W przeprowadzonych badaniach stwierdza się niedostateczny poziom przygotowania personelu pielęgniarskiego do realizacji zadań w zespołach leczenia bólu wobec pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. H. Misiołek podkreśla, że tylko profesjonalnie wyszkolony zespół i większa dostępność do sprzętu (pompy infuzyjne, pompy z możliwością samodzielnego sterowania poziomem analgezji przez pacjenta, sprzęt monitorujący, zestawy do znieczulenia przewodowego ciągłego itp.) pozwalają na bezpieczne i szersze zastosowanie zaawansowanych, wyspospecjalistycznych technik uśmierzania bólu pooperacyjnego [6].

Uśmierzenie bólu jest zatem bardzo istotnym zagadnieniem w pracy każdej pielęgniarki, a szczególnie tej, która sprawuje opiekę nad pacjentem w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Istotą roli pielęgniarek w zespołach leczenia bólu jest profesjonalne przygotowanie ich do pełnienia zadań w zakresie terapii bólu w codziennej pracy zawodowej. Szkolenie musi posiadać określoną wartość merytoryczną na podstawie ramowego programu kursu rekomendowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz przy współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Szkolenie musi być prowadzone według jednoznacznych wytycznych w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego, które opracowało Polskie Towarzystwo Badania Bólu. Wykorzystanie treści zawartych w oficjalnych wytycznych jest gwarancją zrealizowania szkolenia na wysokim poziomie i jego zgodności z aktualną wiedzą oraz możliwości ujednolicenia treści kształcenia i wynikających z nich umiejętności w każdym miejscu realizacji szkolenia. Biorąc pod uwagę bardzo ważne

cele, jakie powinny być zrealizowane przez pielęgniarki w zakresie leczenia bólu, autorzy programu ramowego przekazują do środowisk pielęgniarek i położnych, opracowany i zatwierdzony przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, program kursu specjalistycznego „Terapia bólu ostrego u dorosłych nr (02/10)” przeznaczony dla pielęgniarek i położnych. Program kursu daje podstawy do określenia rangi prawnej kursu, czyli w praktyce wskazuje środowisku pielęgniarek i położnych do jakich czynności upoważnia osobę, która ukończy ten rodzaj kształcenia. Uzyskane kwalifikacje w wyniku ukończenia kursu specjalistycznego powodują, że znikają dotychczasowe wątpliwości dotyczące zakresu kompetencji pielęgniarek działających aktywnie w zespole leczenia bólu. Program kursu przygotowuje pielęgniarki do podawania określonych grup leków wszystkimi drogami. Ze względu na jednorodność merytoryczną kursu, można także podjąć kroki, aby jego ukończenie przez położną było podstawą do ukończenia kolejnego, jakim mogłby być kurs w zakresie uśmierzania bólu porodowego.

Taki stan rzeczy stawia wymogi przed współczesną pielęgniarką i położną. Chodzi tu nie tylko o ustawiczne kształcenie, np.: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne i doksztalające.

Profesjonalne prowadzenie kontroli bólu (zjawiska subiektywnego oraz wielowymiarowego) powinno obejmować osobowościowe cechy każdego indywidualnego pacjenta oraz odpowiednio dobrany język komunikacji [8].

Takie postępowanie wymaga naukowego wartościowania za pomocą odpowiednio dobranych narzędzi badawczych oraz metod weryfikacji [9].

WNIOSKI

1. Szpitale wykonują specjalistyczne procedury chirurgiczne z zastosowaniem różnych technik uśmierzania bólu, w tym technik regionalnej analgezji pooperacyjnej.

2. Personel pielęgniarski realizuje swoje zadania w zespołach leczenia bólu, ale w sposób niewystarczający uczestniczy w szkoleniach dotyczących leczenia bólu pooperacyjnego.
3. Istnieje pilna potrzeba szkolenia pielęgniarek na poziomie kursu specjalistycznego nadającego pielęgniarkom uprawnienia do podawania leków różnymi drogami, w tym do przestrzeni zewnątrzoponowej.
4. Szkolenia z zakresu terapii bólu ostrego poprawiają bezpieczeństwo pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Dobrogowski J, Wordliczek J. Leczenie bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- [2] Knap M, Szyrner B, Kowalczyk-Sroka B. Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. *Problemy pielęgniarstwa* 2010; 18, 2; 129–133.
- [3] Campbell J. Pain: the fifth vital sign: Advocacy and Policy. American Pain Society. 1995.
- [4] Misiołek H i wsp. Czy zespoły leczenia ostrego bólu powinny zaistnieć w strukturach organizacyjnych naszych szpitali? *Anest Inten Terap* 2004; 36: 214–219.
- [5] Dobrogowski J i wsp. Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. *Ból* 2008, 9, 2: 9–22.
- [6] Mosiołek H. Leczenie bólu pooperacyjnego. *Rynek Zdrowia* 2009, 4–13.
- [7] Scherpereel P. Cierpienie w ujęciu filozoficznym. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2009, 3: 386–388.
- [8] Kosztołowicz M, Szerla M, Domański M. Propozycja konstrukcji języka komunikacji lekarz-pacjent z uwzględnieniem bólu i osobowości pacjenta. W: *Ból i cierpienie*. Red. G Makiełło-Jarży, Z Gajda. Acta Academiae Modrevianae. Kraków 2008, 113–134.
- [9] Szerla M, Kosztołowicz M. Evaluation of post-operative pain with the statistic reduction method. *Proceedings of the Tenth National Conference on Application of Mathematics in Biology and Medicine*. University of Computer Engineering and Telecommunications in Kielce 2004, 201–206.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Małgorzata Knap
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
tel. +48 509 478 604
e-mail: malgoknap@gmail.com

OPTYCZNA KOHERENTNA TOMOGRAFIA W DIAGNOSTYCE I MONITOROWANIU CHORÓB SIATKÓWKI

OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND MONITORING EFFECTS RETINAE
DISEASES

Anna Walczyk¹, Andrzej W. Fryczkowski²

¹ Oddział Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

Ordynator Oddziału Okulistyki: dr n. med. lek. med. Magdalena Gierada

² Zakład Anatomii Prawidłowej i Funkcjonalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Andrzej W. Fryczkowski

STRESZCZENIE

Optyczna koherentna tomografia, po ponad 15 latach od opublikowania pierwszego opisu badania, stała się jedną z najważniejszych metod w diagnostyce chorób siatkówki i ciała szklanego. Wiele chorób siatkówki, których istnienia domyślano się w przeszłości na podstawie badania klinicznego, lub rozpoznawano zbyt późno by leczyć, teraz można jednoznacznie zdiagnozować na wczesnym etapie zaawansowania.

Powyższa praca przedstawia krótki opis metody i jej zastosowania w okulistyce.

Słowa kluczowe: optyczna koherentna tomografia, interpretacja, choroby siatkówki.

SUMMARY

Optical coherence tomography began one of the most important methods in diagnostics of retinal diseases. The authors present basic information about principles of interpretation of images obtained with OCT. The main applications of OCT in diagnostics of retinal diseases are presented. The potentialities of imaging pathological retina's structures are described.

Key words: optical coherence tomography, interpretation, retinal diseases.

OPIS METODY

Optyczna koherentna tomografia jest bezkontaktną metodą badania, dającą możliwość morfologicznej oceny przedniego odcinka oka do poziomu listka barwnikowego tęczówki i tylnego odcinka gałki ocznej (w szczególności siatkówki, ciała szklanego i tarczy nerwu wzrokowego).

Tkanki jako struktury wieloskładnikowe w różny sposób rozpraszają światło. Aparat działa na zasadzie interferometrii niskiej koherencji – rozszczepia promień świetlny na dwie części i rejestruje interferencję składnika odbitego od struktur oka i promienia padającego. Następnie komputerowo analizuje, przetwarza dane i prezentuje w postaci dwuwymiarowych tomogramów lub trójwymiarowego obrazu struktur gałki ocznej [1, 2].

W zależności od właściwości danej struktury – stopnia odbijania lub pochłaniania światła – uzyskuje

się obraz prezentowany w skali barwnej. Struktury o najwyższym współczynniku odbicia – warstwa włókien nerwowych, nabłonek barwnikowy siatkówki i włókniczki naczyńki, prezentowane są w kolorze czerwonym. Struktury o najslabszym sygnale to ciało szklane i warstwa fotoreceptorów – prezentowane jako obszary ciemne. Struktury o pośrednich współczynnikach odbijania światła zaznaczone są na kolor żółto-zielony [3, 4].

W związku z tym, że aparat umożliwia uzyskanie rozdzielczości 1–15 mikrometrów badanie nazywane jest tzw. biopsją *in situ* struktur naczyńkiowo-siatkówkowych.

Badanie OCT jest wiarygodne, dokładne, powtarzalne i nieinwazyjne. Trwa krótko i pozbawione jest wszelkiego ryzyka. Ułatwia diagnozę, ocenę wskazań do leczenia farmakologicznego, laserowego lub operacyjnego. Monitoruje przebieg choroby i leczenia. Dzięki badaniu OCT można często udowodnić wystę-

powanie zmian, których istnienia domyślamy się po badaniu klinicznym, a które nie są dostrzegalne w badaniu wziernikowym.

OGRANICZENIA METODY

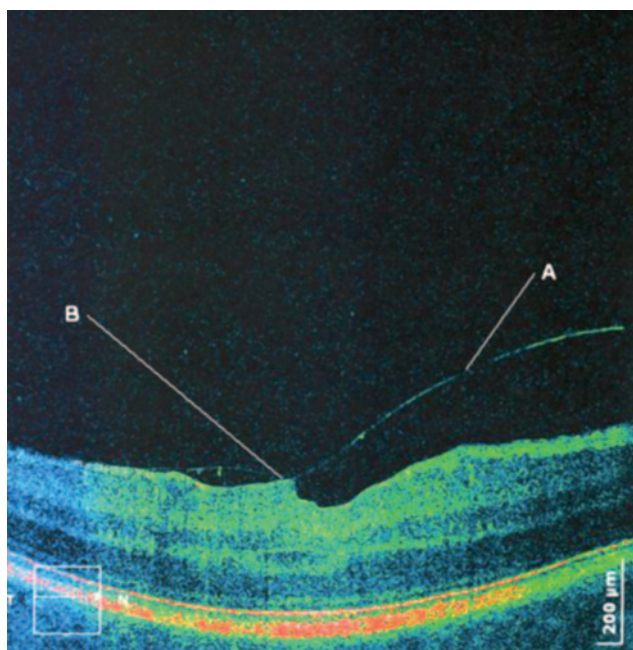
Przeciwwskazań do badania nie ma. Są natomiast stany, w których nieprzejrystość ośrodków powoduje bardzo niską jakość skanów niemożliwą do interpretacji, np. obrzęk rogówki, znaczne zmętnienia soczewek, nieprzezierność ciała szklanego. Częstość problemu są mimowolne ruchy gałki ocznej. Część pacjentów ma trudności w utrzymaniu fiksacji.

Obecnie w badaniu OCT nie można ocenić obwodu siatkówki ani uwidocznienie głębszych warstw naczyniówki. Trudności na jakie napotyka się, wykonując badanie OCT, związane są głównie z ograniczeniami technicznymi dostępnych aparatów.

W związku z nieustannie trwającymi pracami nad unowocześnieniem sprzętu, w niezbyt odległej przyszłości można się spodziewać wyeliminowania części wymienionych ograniczeń [5].

Poniżej przedstawiono przykładowe tomogramy siatkówek przypadków klinicznych diagnozowanych na Oddziale Okulistyki w Kielcach z interpretacją uwidocznionych patologii.

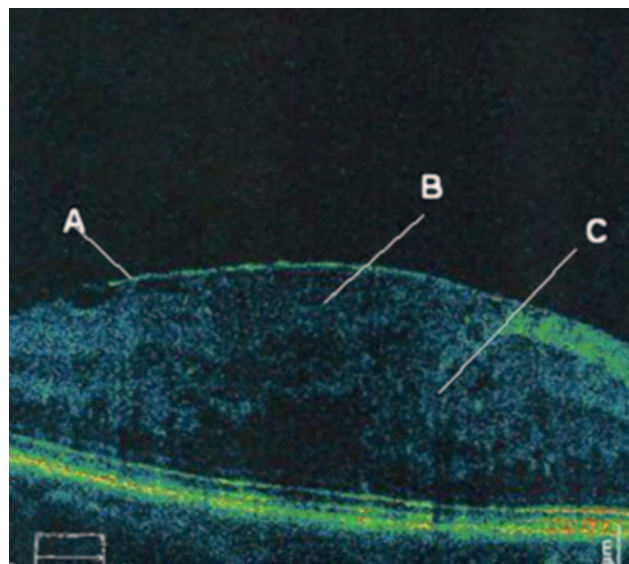
W badaniu OCT (fot. 1) widać częściowe odłączenie tylnej granicy ciała szklanego od siatkówki (A), a w miejscach przylegania ciała szklanego do siatkówki – trakcje (B), które skutkują zwiększeniem grubości siatkówki centralnej (pseudocysty).



Fot. 1. Zespół pociągania szkliskowo-siatkówkowego

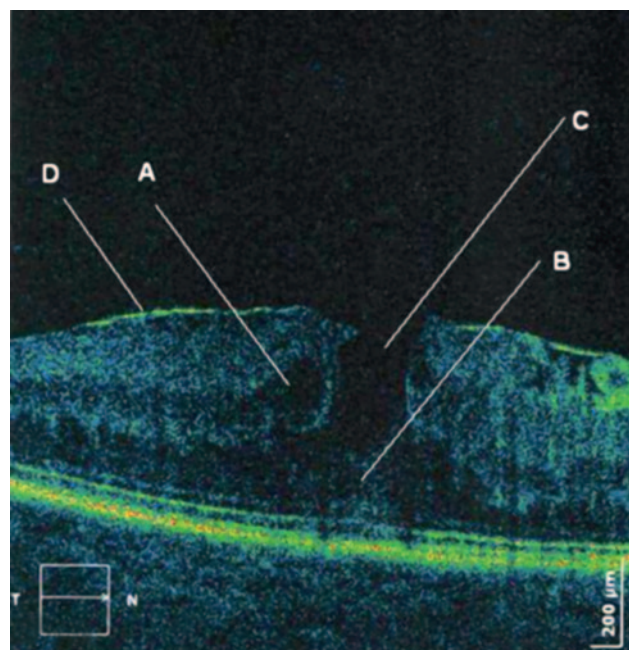
W obrazie OCT widać hyperrefleksyjną cienką strukturę na powierzchni siatkówki (A), powodującą zmniejszenie (czasem całkowite zniesienie) zagłębienia centralnego (B) i warunkującą jego nietypowy kształt.

Obecne jest pofałdowanie poszczególnych warstw siatkówki (C). Często towarzyszy jej zwiększenie grubości siatkówki centralnej, a także współistnieje otwór warstwowy plamki (fot. 2).



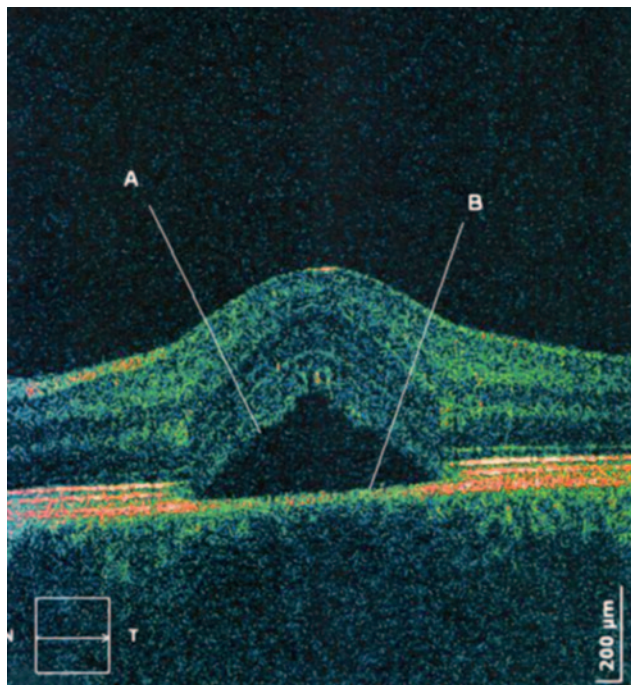
Fot. 2. Błona nasiatkówkowa

W badaniu OCT (fot. 3) widzimy zwiększoną grubość siatkówki paracentralnej (pseudocysty) (A), zmianę architektury siatkówki centralnej (zmiany na granicy warstwy jądrazastej i splotowatej zewnętrznej) (B), ubytek części warstw siatkówki centralnej (C), obecność błony przedsiatkówkowej (D). Często tej patologii towarzyszą trakcje szkliskowo-siatkówkowe.



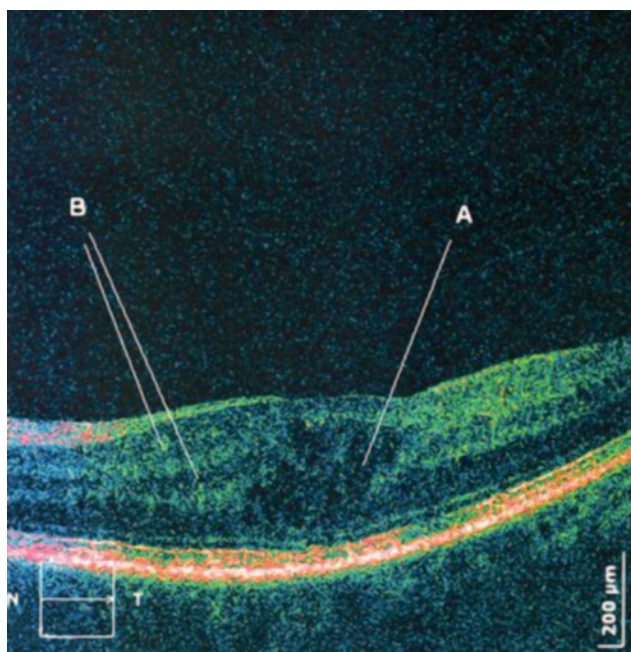
Fot. 3. Niepełnościenny otwór plamki

W obrazie OCT (fot. 4) widać odwarstwienie siatkówki neurosensorycznej w dołeczku (A), zaburzenia (do atrofii włócznie) nabłonka barwnikowego siatkówki (B), włóknienie podsiatkówkowe. Często towarzyszy odłączenie nabłonka barwnikowego siatkówki.



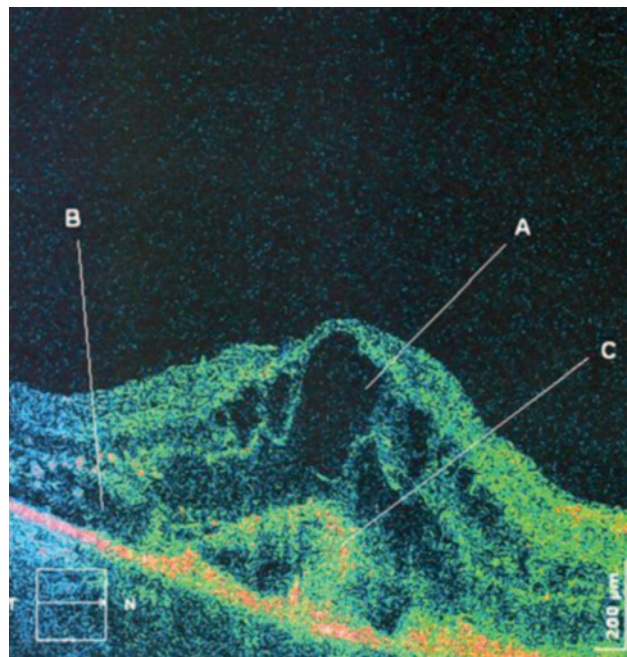
Fot. 4. Centralna retinopatia surowicza

W obrazie OCT (fot. 5) widać zwiększenie grubości siatkówki centralnej (obecność licznych, drobnych pseudocyst) (A), płyn podsiatkówkowy, mikrowysięki (punktowe ogniska o zwiększonej refleksyjności) (B). Często obrzękowi plamki towarzyszy błona przedsiatkówkowa.



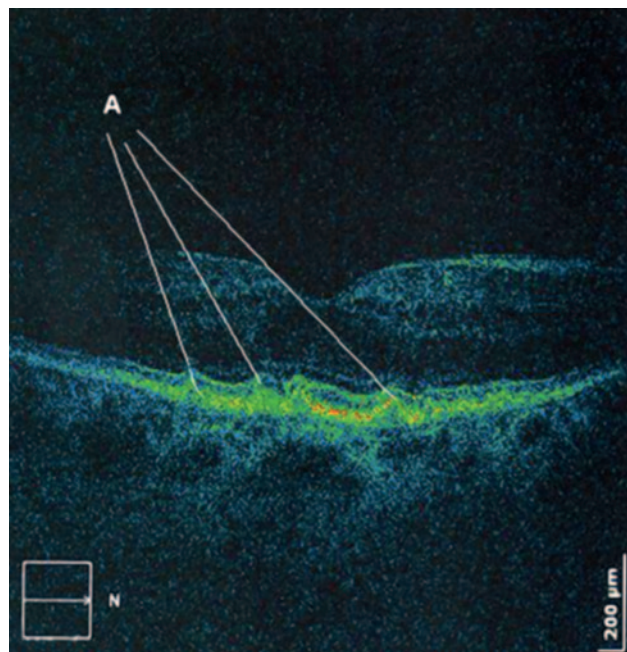
Fot. 5. Cukrzycowy obrzęk plamki

W obrazie OCT (fot. 6) widać liczne pseudocysty (hyporeflekcyjne okrągłe twory) (A), płyn podsiatkówkowy (między nabłonkiem receptorowym a nabłonkiem barwnikowym siatkówki) (B), odłączenie nabłonka barwnikowego – PED (hyporeflekcyjne uniesienie nabłonka barwnikowego ponad błoną Brucha), hiperrefleksyjną strukturę nad warstwą nabłonka barwnikowego (C).



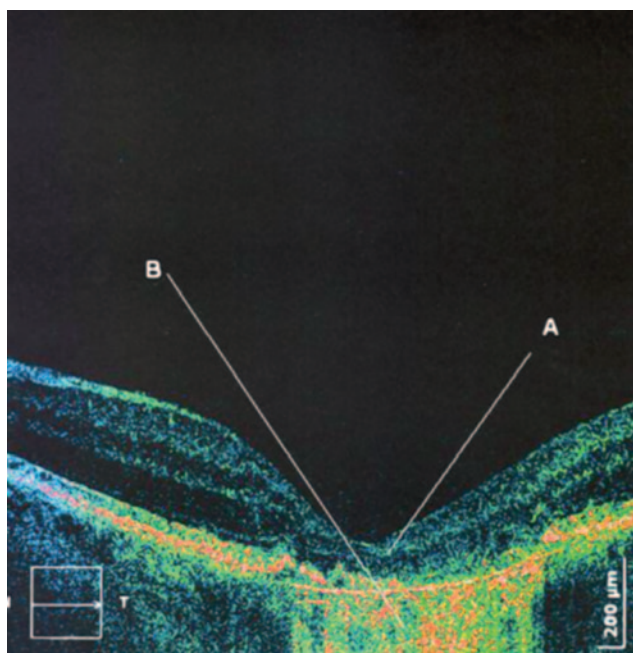
Fot. 6. AMD – postać wysiękowa (błona neowaskularna aktywna)

W obrazie OCT (fot. 7) widoczne są liczne, nie- zbyt duże druzy (hiperrefleksyjne zmiany unoszące nabłonek barwnikowy siatkówki) (A).



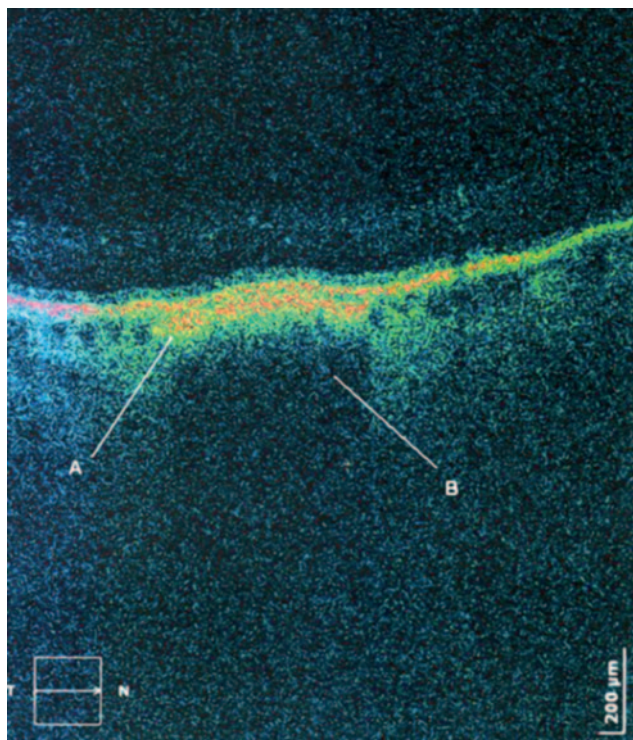
Fot. 7. AMD – postać sucha

W obrazie OCT (fot. 8) widać zmniejszoną grubość siatkówki (A) i zwiększoną penetrację światła poza siatkówkę – „hiperrefleksyjną” twardówkę (odwrócony cień optyczny) (B).



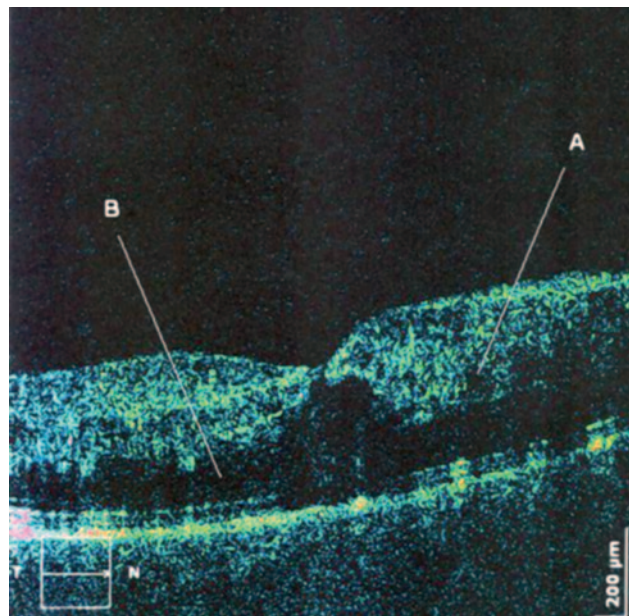
Fot. 8. Zaniki naczyńówki

W obrazie OCT (fot. 9) widoczne jest zwiększenie refleksyjności siatkówki (A) ze zwiększeniem jej grubości i cień optyczny w rzucie zmiany (B).



Fot. 9. Znamię naczyńówki

W obrazie OCT (fot. 10) widać zmiany podobne do cukrzycowego obrzęku plamki (zwiększenie grubości siatkówki centralnej, obecność licznych, drobnych pseudocyst) (A) i płyn podsiatkówkowy (B). Często obrzękowi plamki towarzyszy błona przedsiatkówkowa.



Fot. 10. Zakrzep żyły środkowej siatkówki

Badanie optycznej koherentnej tomografii już w obecnej chwili stanowi „złoty standard” w diagnozowaniu i monitorowaniu niektórych jednostek chorobowych w okulistyce. Dzięki OCT zrozumiano mechanizmy powstawania wielu chorób i wiele z nich można w sposób bardzo dokładny monitorować. Z pewnością nieustanna współpraca okulistów z fizykami zaowocuje dalszym rozwojem możliwości tej metody.

PIŚMIENICTWO

- [1] Huang D et al. Optical coherence tomography. Science 1991; 254: 1178–1181.
- [2] Izatt JA et al. Ophthalmic diagnostics using optical coherence tomography. Proc. SPIE.1993; 1877: 136–144.
- [3] Brar M, Bartsch DU, Nigam N et al. Colour versus greyscale display of images on high-resolution spectral OCT. Br J Ophthalmol 2009 May; 93 (5): 597–602; Epub 2009 Feb 11. PubMed PMID: 19211609. 655, 655.el-6. Epub 2008 Sep 5. Review. PubMed PMID: 18774122.
- [4] Byeon SH, Kang SY. Interpretation of outer retina appearance in high-resolution optical coherence to-

mography. J Ophthalmol 2009 Jan; 147 (1): 185–186; author reply 186. PubMed PMID: 19100358.

[5] Zheng K, Liu B, Huang C et al. Experimental confirmation of potential swept source optical cohe-

rence tomography performance limitations. Appl Opt 2008 Nov 20; 47 (33): 615 1–6158. PubMed PMID: 19023378; PubMed Central PMCID: PMC2640108.

Adres do korespondencji:

lek. med. Anna Walczyk
Oddział Okulistyki WSZ w Kielcach
25-736 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
e-mail: a.walczyk79@wp.pl
tel. +48 607 502 493

UWIEŻNIENIE MACICY CIĘŻARNEJ – OPIS PRZYPADKU

INCARCERATED GRAVID UTERUS – CASE REPORT

Piotr Niziurski^{1, 3}, Olga Adamczyk-Gruszka^{2, 3}

¹ Zakład Profilaktyki w Ginekologii i Położnictwie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. nadzw. dr hab. n. med. Tomasz Soszka

² Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski

³ Oddział Ginekologiczno-Położniczy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

Ordynator: lek. med. Rafał Rudziński

STRESZCZENIE

Przedstawiono przypadek uwieżnienia tyłozgiętej macicy ciężarnej u 34-letniej pacjentki w 16 tygodniu ciąży trzeciej. Przeprowadzono udaną próbę odprowadzenia uwieżnionej macicy w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym. Pacjentka w stanie dobrym została wypisana w trzeciej dobie po zabiegu bez objawów zagrożenia ciąży.

Słowa kluczowe: uwieżniona macica ciężarna, zatrzymanie moczu.

SUMMARY

A case of incarcerated retroflexed gravid uterus in a 34-year-old patient in the 16th week of her third pregnancy was presented. Conducted a successful attempt to drain the uterus incarcerated in the short-term general anesthesia. The patient discharged in good condition on the third day after surgery without evidence of risk of pregnancy.

Key words: incarcerated gravid uterus, urine retention.

WSTĘP

Uwężnienie macicy ciężarnej występuje rzadko (1 na 3000 ciąż). Do czynników sprzyjających zalicza się zrosty pozapalne, endometriozę, guzy miednicy i mięśniaki macicy [2, 3, 4]. Najczęściej występującym objawem uwężnienia macicy ciężarnej jest zatrzymanie moczu i związany z tym ból oraz dyskomfort w podbrzuszu. Rzadziej pojawia się dysuria, częstomocz, nietrzymanie moczu z przepełnienia, zapalenie pęcherza moczowego, krwawienie pochwowe i przewlekłe zaparcia. Nielezione uwężnienie macicy ciężarnej może prowadzić do jej pęknięcia, uszkodzenia pęcherza moczowego i cewki moczowej, poronienia i przedwczesnej czynności skurczowej [1, 2, 3, 4, 5, 6].

W przypadku słabo wyrażonych objawów uwężnienia ciężarnej macicy rozpoznanie tego powikłania stawiane jest w trakcie cięcia cesarskiego w ciąży do-
noszonej. Dotychczas opisano tylko 28 przypadków

cięż w macicy uwężnionej powyżej 24 tygodnia [9, 10].

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka A.S. lat 34 w ciąży trzeciej 16 tygodni przyjęta 17 stycznia 2001 roku o godzinie 21.30 na Oddział Ginekologiczny Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach z silnymi bólami podbrzusza i zatrzymaniem moczu (ostatnia mikcja 6 godzin wcześniej). W obecnej ciąży epizody utrudnionego oddawania moczu od 7 dni. Rodziła jeden raz 12 lat temu; przebieg ciąży, porodu i porodu bez powikłań. Przeżyła jedno poronienie samoistne w 8 tygodniu ciąży (marzec 2010 roku). W wywiadzie nie podaje przebytych operacji w obrębie jamy brzusznej.

Przy przyjęciu stan pacjentki średnio ciężki. Badaniem fizykalnym stwierdzono silną bolesność pod-

brzusza spowodowaną nadmiernie wypełnionym pęcherzem moczowym dnem sięgającym połowy odległości między pępkiem a spojeniem łonowym. Objaw Goldflamma obustronnie ujemny.

Po założeniu cewnika Foleya uzyskano około 1,5 litra moczu, który przekazano do badania ogólnego i na posiew.

W badaniu położniczym stwierdzono brak wyczuwalnego dna macicy nad spojeniem łonowym. We wzniętych nie uwidoczniło szyjki macicy. W badaniu przez pochwę szyjka macicy znacznie skrócona, dostępna od przodu za spojeniem łonowym. Zarówno w badaniu przez pochwę, jak i przez odbyty stwierdzono obecność olbrzymiego, bolesnego i nieruchomego guza wypełniającego całą miednicę małą, znacznie zwężającego światło pochwy i odbytnicy.



Fot. 1. Obraz ultrasonograficzny szyjki macicy przed odprowadzeniem uwięźniętej macicy (długość szyjki 5 mm, objaw lejka typu „U” z wpukleniem się pęcherza płodowego i miednicy płodu)



Fot. 2. Obraz ultrasonograficzny szyjki macicy w pierwszej dobie po odprowadzeniu uwięźniętej macicy ciężarnej (długość szyjki 41,5 mm, bez objawu lejka)

W badaniu ultrasonograficznym uwidoczniło w jamie silnie tyłozgiętej macicy płód 1 żywy wielkości 16 tygodni. Prawidłowa kosmówka na ścianie tylnej. Ilość wód płodowych w normie. Szyjka macicy długości 5 mm z objawem lejka typu „U” z wpuklającym się pęcherzem płodowym wypełnionym w górnej części miednicą płodu (fot. 1).

W wykonanych badaniach laboratoryjnych (morfologia krwi, badanie ogólne moczu, jonogram, mocznik, kreatynina) nie stwierdzono odchyleń od normy.

Ze względu na objawy zagrażającego poronienia zdecydowano się na odprowadzenie uwięźniętej macicy ciężarnej w trybie pilnym. Po nieudanej próbie repozycji w pozycji kolankowo-łokciowej, powtórne wykonanie zabiegu dokonano w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym. Zabieg odprowadzenia przeprowadzono w warunkach sali operacyjnej w pozycji Trendelenburga, wprowadzając do pochwy rękę zaciśniętą w pięść, uciskając dno macicy przez tylną ścianę pochwy w kierunku do tyłu i ku górze. Po repozycji macicy, na szyjkę założono pesar położniczy. Usunięto cewnik Foleya. Po zabiegu pacjentce zalecono leżenie na brzuchu.

Pacjentkę uruchomiono w pierwszej dobie po zabiegu. Dolegliwości nie zgłaszała. Po usunięciu pesara szyjka macicy w pozycji od kości krzyżowej, normalnej długości, ujście zewnętrzne zamknięte (w badaniu USG kanał szyjki długości 41,5 mm, bez objawu lejka) (fot. 2).

Pacjentkę wypisano w trzeciej dobie po zabiegu w stanie dobrym bez objawów zagrożenia ciąży.

DYSKUSJA

Tyłozgięcie macicy w pierwszym trymestrze ciąży występuje w około 15% przypadków, a uwięźnięcie macicy spotyka się w 1 na 3000 ciąży [1, 2]. Podczas normalnej ciąży, pomiędzy 12 a 14 tygodniem jej trwania, tyłozgięta macica przemieszcza się z miednicy do jamy brzusznej, przyjmując normalną pozycję anatomiczną [3]. Do czynników zaburzających ten proces zalicza się: wielorództwo, zrosty pozapalne, endometriozę, guzy miednicy mniejszej i mięśniaki macicy [2, 3, 4]. Objawy występujące przy uwięźnięciu macicy to ból w dole brzucha, dysuria, częstomocz, zatrzymanie moczu, nietrzymanie moczu z przepełnienia, zapalenie pęcherza moczowego, krwawienia pochwowe, ucisk odbytnicy prowadzący do parcia na stolec lub uporczywych zaparć. W opisanym przypadku dominującymi objawami

było zatrzymanie moczu i ból w podbrzuszu. Nieleczone uwięźnięcie macicy ciężarnej może prowadzić do ścięnięcia i/lub pęknięcia ściany macicy w ciąży albo w trakcie porodu, pęknięcia pęcherza moczowego i cewki moczowej, przedwczesnej czynności skurczowej oraz przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego [1–6].

Postępowanie w uwięźnięciu macicy ciężarnej z zatrzymaniem moczu polega na założeniu cewnika Foleya do pęcherza moczowego w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych i dyskomfortu pacjentki [4]. Według niektórych autorów [4, 5, 9], można przyjąć postawę wyczekującą, polegającą na okresowym cewnikowaniu pęcherza moczowego do chwili, aż uwięźnięcie ustąpi samoistnie w ciągu kilku dni. Postępowanie takie wiąże się jednak ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia infekcji dróg moczowych i atonii pęcherza moczowego. W opisywanym przez nas przypadku nasilenie objawów bólowych oraz znaczne skrócenie szyjki macicy wskazywało na wysokie ryzyko poronienia samoistnego. W tych przypadkach zaleca się próbę odprowadzenia uwięźniętej macicy w pozycji kolankowo-łokciowej lub grzbietowej litotomijnej dwoma palcami wprowadzonymi do pochwy poprzez uciśnięcie trzonu macicy przez tylne sklepienie pochwy bez lub w znieczuleniu dokanałowym albo ogólnym [4, 10]. W wyniku zrostów w obrębie miednicy małej lub obecności guzów postępowanie takie może być nieskuteczne ze względu na istnienie przeszkody mechanicznej utrudniającej odprowadzenie macicy. Dlatego należy traktować je jako próbę przed leczeniem operacyjnym [5].

Rzadko w uwięźnięciu macicy ciężarnej objawy są słabo wyrażone i traktowane jako typowe dole-

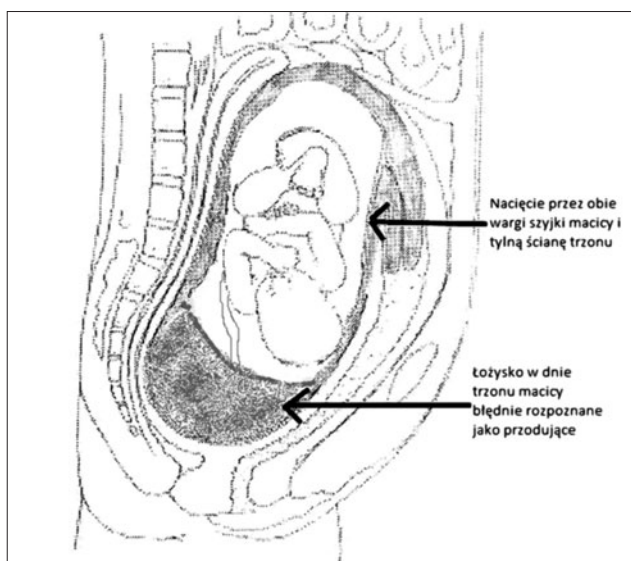
gliwości w ciąży. W literaturze anglojęzycznej opisano zaledwie 28 przypadków macicy uwięźniętej w ciąży powyżej 24 tygodnia ciąży. Van der Tuuk [7] i A. Agarwal [8] opisali przypadki uwięźniętej macicy ciężarnej w 37 i 36 tygodniu ciąży, które rozpoznano w trakcie cięcia cesarskiego. W obu przypadkach nacięcia „dolnego odcinka” dokonano przez przecięcie obu ścian rozciągniętej szyjki macicy i tylnej ściany macicy. W każdym z tych przypadków cięcie cesarskie wykonano z powodu błędnie postawionych wskazań spowodowanych zaburzeniem prawidłowych stosunków anatomicznych. W pierwszym przypadku było to rozpoznanie łożyska przoduującego, a w drugim obecność dużego mięśniaka zlokalizowanego w dolnym odcinku (w rzeczywistości łożysko i mięśniak znajdowały się w dnie macicy) (rys. 1).

WNIOSKI

1. W każdym przypadku zatrzymania moczu u ciężarnej w ciąży do 20 tygodnia należy wykluczyć uwięźnięcie macicy.
2. Najlepszym sposobem postępowania w przypadku uwięźnięcia macicy ciężarnej jest próba jej uwolnienia w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Fadel HE, Missenhimer HR. Incarceration of the retroverted gravid uterus with sacculation. *Obstet Gynecol* 1974; 43: 46–49.
- [2] Inaba F, Kawatu T, Masaoka K et al. Incarceration of the retroverted gravid uterus: the Key to successful treatment. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 273: 55–57.
- [3] Feusner AH, Mueller PD. Incarceration of a gravid fibroid uterus. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 821–824.
- [4] Love J, Howell JM. Urinary retention resulting from incarceration of retroverted gravid uterus. *J Emerg Med* 2000; 19: 351–354.
- [5] Owczarek M, Krzyszkowska I, Sikora W. Uwięźnięcie macicy ciężarnej – opis przypadku. *Ginekol Pol* 2010; 81: 944–946.
- [6] Jastrzębski A, Obcowska-Lech M, Ulman-Włodarz I i wsp. Uwięźnięcie macicy ciężarnej. *Ann Acad Meds Siles* 2005; 59: 422–424.



Rys. 1. Linia cięcia cesarskiego w przypadku uwięźnięcia macicy ciężarnej w ciąży zaawansowanej

- [7] Van der Tuuk K, Krenning RA, Krenning G et. al. Recurrent incarceration of the retroverted gravid uterus at term – two times transvaginal cesarean section: a case report. *J Med Case Reports* 2009; 3: 103–105.
- [8] Agarwal A, Das V, Mishra A. Incarcerated retroverted gravid uterus – A rare complication of fibroid with pregnancy. *J Obstet Gynecol India* 2006; 56: 346–347.
- [9] Broś-Konopielko M, Czjkowski K. Ostre zatrzymanie moczu w I trymestrze ciąży. Opis przypadku klinicznego. *Family Medicine & Primary Care Review* 2007; 9: 144–146.
- [10] O’Grady JP, Pope CS, Daronian Z. Malposition of the uterus. *E Medicine* 2006 Jun 5 (www.emedicine.com/med/topic3473htm).

Adres do korespondencji:

dr n. med. Piotr Niziurski
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
tel. +48 604 393 224
e-mail: pini1860@interia.pl

SELECTED MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MANAGING PATIENTS WITH CHRONIC PAIN IN POLAND

WYBRANE ASPEKTY MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE PROWADZENIA CHORYCH Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM W POLSCE

Małgorzata K. Szerla¹, Dorota E. Ortenburger²

¹ The Provincial Specialist Children's Hospital in Kielce,
Department of Health Sciences
The Jan Kochanowski University of Humanities and Sciences in Kielce

² Department of Social Sciences
The Jan Długosz Academy in Częstochowa
Pain Treatment Centre in Częstochowa

SUMMARY

The purpose of this paper is to present the necessity of interdisciplinary managing of patients with chronic pain. The article shows a complementary medical-psychological approach. The approach considers the complexity of pain and its sensory, emotional and motivational spheres. It also stresses the necessity to distinguish between acute and chronic pain, which is the basis of proper patient management. The differences include the duration of pain, functions of pain, emotional correlates. After the International Association for the Study of Pain (IASP), the paper presents chronic pain as a disease, with all of its consequences. It indicates psychological factors increasing the risk of disability of patients with chronic pain, that is depression and loss of professional activity. The paper shows fundamental problems of certification for sickness benefits and rehabilitation purposes in those patients. It also considers the assessment of readiness for professional and social activity as an essential element of rehabilitation.

Key words: pain experience, pain, stressor, chronic pain, acute pain.

STRESZCZENIE

Celem pracy było przedstawienie konieczności interdyscyplinarnego prowadzenia pacjentów z bólem przewlekłym. Artykuł prezentuje komplementarne, medyczno-psychologiczne podejście. Uwzględnia złożoność bólu i jego sfery: sensoryczną, emocjonalną oraz motywacyjną. Podkreśla konieczność rozróżnienia bólu ostrego od przewlekłego, co stanowi podstawę właściwego prowadzenia pacjenta. Różnice te obejmują czas trwania bólu, funkcje bólu, korelaty emocjonalne. Za Międzynarodowym Stowarzyszeniem Badania Bólu (International Association for the Study of Pain – IASP) praca przedstawia ból przewlekły jako chorobę, ze wszystkimi jej konsekwencjami. Wskazuje na czynniki psychologiczne, zwiększające ryzyko niepełnosprawności chorych z bólem przewlekłym – depresję i utratę aktywności zawodowej. Ukazuje zasadnicze problemy orzecznictwa do celów zasiłkowych i rehabilitacyjnych u tych chorych. Uwzględnia ocenę gotowości do aktywności zawodowej i społecznej jako ważny element rehabilitacji.

Słowa kluczowe: doświadczenie bólowe, ból, stresor, ból przewlekły, ból ostry.

INTRODUCTION

Man has been accompanied by pain since the moment of birth. As far back as about 2500 years ago, Hippocrates of Kos (460–370 B.C.), one of the most outstanding forerunners of contemporary medicine, claimed that “an hour of pain is as long as a day of pleasure”. Another Greek philosopher, Epicurus (341–271 B.C.), dealing with the philosophy of life, perceiving the phenomenon of pain, stated that “freedom from pain is happiness”. People experiencing that pheno-

menon confirm that each painful moment seems to last endlessly long.

Although we lack reliable statistics, we know that there is a huge pain burden in the world. If we took all types of chronic pain into consideration, even with a very conservative estimate of only 5% of the population having chronic pain, 250 million people in the developing world would be in pain [1].

This paper is devoted to the problem of diagnosing and treating patients experiencing chronic pain ailments. In the article, we refer to contemporary pro-

fessional literature, as well as to our own experience gained while working with patients suffering from pain, with whom we deal, considering the performed jobs of a physician and a psychologist. We base on the knowledge transferred in Poland mainly within the Polish Association for the Study of Pain, in cooperation with and under the auspices of the International Association for the Study of Pain, as well as the Polish Association of Anaesthesiology and Intensive Care (numerous trainings within seminars, conferences and symposia).

In 1974, as a result of a consensus reached by the body of interdisciplinary researchers of the International Association for the Study of Pain (IASP), the following definition of pain was announced. "Pain is an unpleasant receptor and emotional sensation which accompanies existing or threatening damage to tissues, or which is only related to such a damage" [2, 3, 4]. The basis for this individual phenomenon is made of two equivalent components: receptor (sensory) and emotional. It is widely recognized that pain is not just a sensation; it is also emotional experience. Understandably, therefore, the pain experience is dependent on the sociocultural context in which it occurs [1].

Depending on the reason causing pain, its duration can be diverse. The International Association for the Study of Pain divided pain, depending on its duration, into acute pain, lasting up to three months, and chronic pain, lasting over three months. It is worth emphasizing that both contemporary medicine and psychology acknowledge that pain is what a patient feels and describes, not what a physician or the environment imagine.

Acute pain is the result of the irritation caused by a damaging stimulus of **nociceptors**, that is of nerve endings in the tissues (receptors), and it is defined as the so called receptor pain. This pain plays a very important warning and defensive role. When a stimulus likely to damage tissues appears (e.g. high temperature), the feeling of pain appears, which causes instinctive moving back of the part of the body in order to avoid its damaging. Another equally important role of acute pain, is its defensive and protective function in the situation of damage to tissues, which has already occurred, e.g. a sprain or fracture. In such a case, the feeling of pain in the injured area forces limiting the movement of a limb. Acute pain is a self-limiting phenomenon. That means it recedes after any injury (including surgeries) within several days of properly proceeding recovery and effective analgesic treatment [5]. However, when acute pain remains longer because it is not properly controlled or it is not controlled at all, pain becomes established. Consequently, acute pain can switch to chronic pain.

Chronic pain is defined as "pain remaining longer than a regular three-month-long period of

healing a tissue" [6]. It is persistent, long-lasting or recurring pain which demands a regular analgesic therapy. Chronic pain mechanism is complex and the pain plays neither a warning-defensive nor a defensive-protective role. Therefore, chronic pain becomes a disease in itself. Chronic pain is accompanied by a variety of somatic symptoms, e.g. sleeping disorder, reducing daily living activities, loss of appetite, constipation, worsening of sexual activity and changes in personality. Moreover, pain can be accompanied by emotional disorders (fear or anxiety) and mental disorders (depression). This pain is very often connected with at least partial immobilization, immunity decrease, eating disorders. The problem of dependence on taking medicines frequently appears in its course.

Considering the mechanism of its appearing, chronic pain is divided into receptor pain (connected with the irritation of nerve endings) and non-receptor pain. The latter is divided into neuropathic pain, arising as a result of the damage to the peripheral nervous system and/or the central nervous system, and psychogenic pain which appears without the damage to tissues, but its symptoms are typical of such damage.

Neuropathic pain is a peculiar kind of chronic pain because it develops as a result of the damage to the peripheral or the central nervous system against, for instance, malignant disease, diabetes or past zoster. Neuropathic pain also includes phantom pain and persistent postoperative pain. The nature of neuropathic pain is diversified and can be perceived as burn, penetrating, tearing, or a feeling similar to electric shock. Those kinds of pain can appear independently or are released under the influence of a minor stimulus, e.g. touch or under the influence of emotions.

The most frequent causes of chronic pain are malignant diseases, diseases of movement organs, temporomandibular joint disorder, peripheral vessel diseases, diabetes, post-zoster neuralgia, facial palsy, wrist isthmus syndrome, the state after limb amputation, especially if a patient experienced severe pain in that limb before the amputation (so called phantom pain), nerve damage as a result of surgery (so called persistent postoperative pain).

The majority of professionals dealing daily with patients undergoing painful diagnostic and medicinal procedures notice the emotional spheres of postoperative (acute) pain, as well as chronic pain. However, it must be acknowledged that there is a certain gap between the knowledge of that subject and clinical practice, especially if we consider the psychological sphere of this phenomenon [7, 8].

At present, knowledge about pain is undergoing revolutionary changes introduced thanks to the application of modern techniques of molecular, cellular and systemic neurobiology, as well as neuroimaging [9].

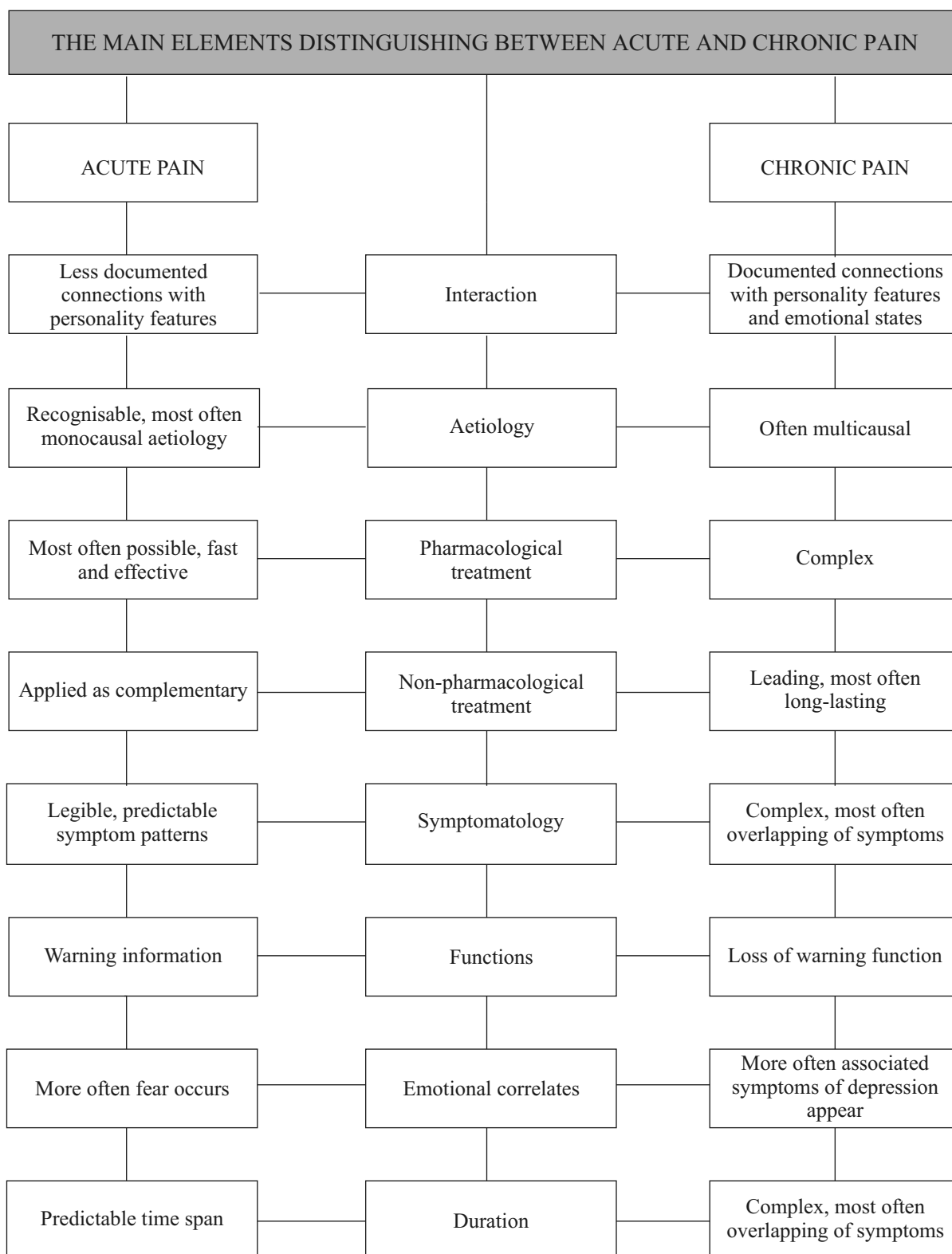


Diagram 1. The main elements distinguishing between acute and chronic pain [8, 10]

The majority of conducted examinations concerned the physiology of pain perception (nociception), new pain-relieving agents (analgesics), as well as other techniques of pain control and new means and ways of administering well-known agents. Technological progress is accompanied by a relatively new, comprehensive way of understanding the phenomenon of

pain. Suffice it to remind the concepts to which the scientists refer while describing neurobiological bases of contemporary psychological thought.

In connection with the issues discussed in the paper, we present a comparison of the basic elements distinguishing between acute and chronic pain. They are expressed in the publications on health psychology [10, 8].

In the paper, we highlight the issue which is of both humanitarian and practical importance. The knowledge of pain treatment, medicine and psychology contribute greatly to vocational rehabilitation of patients experiencing chronic pain. When analysing the problem of pain-related disability, at least two essential issues must be emphasized. On the one hand, it must be remembered that the factors connected with workplace can contribute to muscular-skeletal disorders and, secondarily, deteriorate an employee's health as a result of pain aggravation. On the other hand, complete abandonment of professional activity means premature loss of professional satisfaction, a decrease of wealth, a drop in spirit [11].

In the article we discuss three main aspects of chronic pain, which include:

1. Psychological conditionings of pain-related disability.
2. Selected certification problems.
3. Readiness for professional and social activity as a part of rehabilitation in patients with chronic pain.

Psychological conditionings of chronic pain-related disability

The processes of arising, conducting and suppressing pain impulses leading to chronic pain syndromes are complex and still not recognized well enough.

The after-effects of chronic pain syndromes include established, unfavourable changes within the systems which are basic for life: nervous (sleep and wakefulness phases disorders, changes in behaviour, depression), respiratory (arrhythmia and shallow respiration) and circulatory (cardiac arrhythmia, blood pressure increase in the vascular system).

Ineffective defence mechanisms lead to increased myogenic tone in skeletal muscles and, consequently, to the decrease in general activity which, in turn, frequently generates symptoms of depression in those patients [12, 13]. Moreover, the problem of necessity of taking medicines and sometimes drug dependence, the increase in dependence on family, carers, difficulties or inability to perform a job, and social isolation arise. Secondarily, all of those factors increase isolation, anxiety, fear, bitterness and frustration.

The researchers indicate the existing connections in the form of separate psycho-pathological systems which frequently occur in patients suffering from chronic pain [14, 15, 16].

The correlation between experiencing chronic pain and the occurrence of psychological problems is multidimensional and complicated. Herein, we only signal that problem. Suffice is to remind that the pain itself is a major stressor which can cause adaptation disorders.

According to many authors, pain itself is a risk factor in the process of development of deep depression in a suffering person [17, 18]. Creating a vicious circle of interaction and interdependence, both pain and depression, driving each other, become the cause of many losses, such as, among others, limiting job opportunities, decreasing the freedom of activity and independence, and often resulting in income decrease and loss of financial status. It can be stated that to learn living with pain at the same time means learning to deal with frustration, irritation, tiredness, and lack of hope, simply, with suffering in a creative way.

As we have said before, patients suffering from chronic pain often face many real life problems. They can cause escalation of helplessness against the barriers which would be absent if patients did not complain about nagging pain and other ailments, e.g. those connected with the necessity of long lasting analgesics intake (excessive sleepiness, persistent nausea, constipation) [19, 20].

Some researchers compared the frequency of chronic pain occurrence in the whole population with its frequency in the population of people suffering from mental disorders – there was no difference [21, 22, 23, 24, 25]. According to other researchers, patients in psychiatry clinics complained about chronic pain as often as patients in general medicine wards [22].

In other studies, conducted by Large, 94% of patients of the Pain Treatment Clinic had both physical and mental symptoms. High intensity of anxiety, sleeping disorders and pain ailments were the factors which prevailed among his patients.

A very interesting study was presented by Aigner and Bach [26], who revealed the lack of statistical differences, as far as the duration and degree of disability in two compared types of patients goes. Similar ailments characterized those patients who were diagnosed with disability connected with physical problems causing pain, and those patients whose pain was connected “solely” with psychological factors. This confirms the view, more and more frequently expressed by specialists, that in contemporary analgesia practice, the attempts of fixed dualistic division (into *soma* and *psyche*) are not justified any longer. There is the need to include both equivalent dimensions – physical and mental in the diagnosis of disability being the result of chronic pain syndrome [27, 28, 29, 30, 31]. The connection between depression disorders and experiencing persistent chronic pain is widely known [32]. The symptoms of depression, prevalent in patients with chronic pain, can themselves be a secondary-acting, pain-increasing factor [17, 33].

All in all, it is worth stressing once again that the connection between mental disease and pain is com-

plex, complicated and dependent on many factors (e.g. the kind of mental disease, the nature of pain, others).

Selected certification problems

Vegetative, endocrine, somatic and mental changes connected with chronic pain lead to hypoinmunity. In native and foreign literature we find the descriptions of psychophysical interactions between the sensory – nociceptive system, that is the system of ways engaged in conducting pain stimuli, and the immune system. Permanent activation of the psychophysical interactions increases incidence of a variety of infections.

Numerous research results indicate that particular groups of pain (e.g. low back pain) have fixed dynamics and their intensity is time-changeable. More or less half of the population in industrialized countries suffer from this ailment at least once a year. Each recurrence of those ailments increases the probability of the next one, worsening the prospects of health improvement and leading to disability.

In the socio-economic prospect, pain consumes a lot of money on analgesia counselling, and social benefits for the people incapable of performing a job due to chronic ailments [34].

The definition of chronic pain implies that it is a nociceptive pathological state which remains after the regression of its established or supposed source [9]. Considering the fact that pain is always an individual feeling, certification for both sickness benefit and rehabilitation purposes encounters a peculiar problem. In both of the systems, the emphasis is put on proving clinical deviations in a patient. Lack of clinically ascertainable deviations (e.g. deformations, degenerative osteoarticular changes, muscular dystrophy, others) constitutes a basic difficulty in this certification, despite a major degree of disability. It is in contradiction with the notion of disability defined by the European Disability Forum. Moreover, both systems of certification differ from each other as far as the ways of assessment of a person's self-service ability, and as far as time factor in the assessment of incapacity for work, but in a similarly restrictive way they refer to the problem of lack of physical deviations in an organ or systemic range. In the light of the data obtained from the register of specialist analgesic treatment institutions in Poland, in the majority of cases, pain syndromes are not considered disability. Two aspects of rightness are discussed: patient's individual feelings and rightness dictated by public welfare.

Such a state occurs contrary to the definition of disability which implies that chronic pain syndromes are in many cases a form of disability. There are barriers, impossible to overcome in the way accessible to other people, and the number of those barriers

shows growing tendency. It is growing alongside the increase in algological subdimension index values of chronic pain, that is of persistence of the ailment and its current intensity in the time unit.

Analgesic treatment specialists (mainly anaesthesiologists, neurologists, oncologists, as well as a growing number of specialists in palliative care and in pain medicine) stress that there is a relatively small number of chronic pain syndromes which undergo effective treatment. More often, the situation occurs when the ailment increases and, consequently, it is impossible for a person to play a professional and social role [35].

The literature of health psychology discusses extensively those problems, as well as the tools for measuring variables, for example, personality factors, emotions, the feeling of effectiveness and others [36, 37]. A multidimensional analysis of those issues can be found in "Health Psychology" [8], the book which is based on Polish reality. The author presents studies and theories important for research into psychological factors equally essential in diagnosis and in pain pharmacotherapy [36]. In the branch of clinical health psychology, psychological mechanisms of diseases and dysfunctions are still being discussed.

Chronic pain is called a silent epidemic. We cannot omit the fact that the lack of proper analgesic care also has its economic dimension in the form of costs of sickness benefits, besides its ethical aspect.

Chronic pain is the source of suffering of a large part of the population and it is a challenge to the health care organizers and institutions professionally concerned with social policy and legislation in this field.

Readiness for professional and social activity as part of rehabilitation of patients with chronic pain

Measurement of readiness for activity and of subjective assessment of one's own abilities plays a vital role in professional activity. The measurement result of perceived functioning ability of a person with chronic pain can indicate the ways of preventing the person from withdrawing from professional and social life. Such withdrawal is unfavourable to the overall psychophysical efficiency level and it leads to the phenomenon of the "vicious circle". Disbelief in one's own abilities limits the person's activity, and inaction reduces the capacity to handle successfully the situation of resuming professional and social activity. The research shows that the longer the person is unemployed, the less likely his/her resumption of professional activity is [38]. However, there are hardly any employment offers for people with specific professional qualifications, who are unable to pursue a previous career due to pain. Simultaneously, in the case of people suffering from chronic pain, their awareness

of how difficult it is to cope with professional duties, as well as interrupting employment for a longer period of time, negatively influence their functioning in the society in the future.

As any disease, chronic pain accumulates costs, not only personal but also social, that is, long-lasting sick leaves or even pension. Therefore, any form of support in resuming professional activity is valuable.

Vocational rehabilitation of patients with chronic pain is of great importance. In the process, both the patient and a variety of professionals such as a physicians who help to control pain, physiotherapists, psychologists, vocational therapists and vocational advisers play an essential role. Resuming professional activity (e.g. in an alternative position) is an important way of counteracting the increase in functional inefficiency. According to Gibson and Strong (1998), the way of spending free time (active or passive) and the conviction that one's own life influences everyday life have an essential connection with the person's readiness to act for the sake of continuing (even part time) professional activities.

Professional literature describes a variety of methods of the Direct Assessment of Functional Abilities (DAFA). The methods are partially encompassed in the list of physical requirements for a given job and elaborated for the people with pain (Table 1).

When we look at the problem of disability resulting from pain, we can see that such a person faces difficulties in many fields. Obviously, pain limits physical abilities, which arouses anxiety about how a patient is going to deal with professional duties. Current knowledge of numerous conditionings, as far as changing pain from the acute (informative) into the chronic stage, shows yet another aspect of disability.

Professional duties set requirements not only in the physical sphere. They also concern sensomotor and psychological abilities. The latter also include

psychosocial (e.g. interpersonal contacts), cognitive (e.g. concentration skills) and perceptive aspects.

According to Jacobs, it is essential to assess, among others, pointed above, psychosocial requirements for a given job and establish their influence on the person. Why? The author cites the data indicating that a particular profession can be an additional stimulus intensifying pain. This is the case in professions based on numerous social contacts, for example with strict customers (shop assistant, travelling salesman, waiter, receptionist) (1999).

From the medical point of view, it is obvious that taking medicine by patients with chronic pain can influence cognitive abilities. Consequently, it can influence greatly the person's own safety, as well as the person's colleagues' safety.

Therefore, the diagnosis of functional abilities and psychological features is a part of vocational rehabilitation.

Readiness to continue professional and social activity is an important part of rehabilitation. For this reason, the assessment of functional abilities (DAFA), as well as providing help with professional activation requires a careful approach, an individual diagnosis and considering the physiological, cognitive and psychosocial factors influencing each other (undergoing interactions).

Regardless of the reasons, chronic pain is real, persistent and it disrupts human activity. Chronic pain covers every sphere of human functioning and changes the patient's and patient's family's lives. The pain also leads to gradual degradation not only of health state but also of social life, economic status and the standard of living of a suffering person and their relatives worsens. Financial burden connected with medical service expenses, nursing expenses and cost of drugs appears. Absence from work results in the loss of income, as well as in the feeling of unproductiveness, and being a physical and financial burden to the family and friends.

Table 1. Physical requirements connected with performing professional activity by people with chronic pain constructed by the United States Department of Labor (1991)

Endurance requirements	Other physical requirements	Sensory and communications requirements
Body position: Standing Walking Sitting	Climbing	Touch
Weight/strength: Lifting weight and carrying Pushing weight and other loads Pulling a load	Keeping balance	Speaking
—	Bending Kneeling Squatting	Hearing Taste Smell
—	Reaching Holding Using Fingers (precise finger movement)	Vision: Acute near Acute far (proper accommodation) Seeing and distinguishing colours Proper visual area

All-social costs include damages, pension and social benefits which have to be paid. Another problem is that even when it is available, pain management is usually not multidisciplinary. Thus, pain tends to be managed as a sensation rather than emotional experience. In the absence of a multidisciplinary approach, psychological issues are ignored. If the approach to the problem of pain were to be based purely on the physical domain, it is doubtful if the same results could be obtained. Counselling, screening of depression or anxiety, social support, and rehabilitation are parts of the management process [1]. This confirms the necessity for elaborating an interdisciplinary approach to pain treatment [39]. This paper, written from the perspective of medical and psychological knowledge, can be an example of such an approach.

BIBLIOGRAPHY

- [1] Rajagopal MR. Pain in The Developing World. *Current Topics In Pain*. 12th World Congress On Pain. Ed J Castro-Lopes 2008; 311–318.
- [2] Calenda E. Pre- and postoperative pain. *J Fr Ophthalmol*. 2000; 23(4): 401–405.
- [3] Dobrogowski J, Wordliczek J. *Medycyna bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- [4] Diner HC, Maier C. *Leczenie bólu – metody – leki – psychologia*. Red. A. Kübler. Urban & Partner, Wrocław 2005.
- [5] Szerla M. Ocena leczenia bólu pooperacyjnego u dzieci. Związek bólu z osobowością. Praca doktorska na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego, Łódź 2006.
- [6] International Association for the Study of Pain: Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1986; 3: S1–S226.
- [7] Golianu B, Krane EJ, Galloway KS et al. Pediatric acute pain management. *Pediatric Clinic in North America* 1999; 47: 559–587.
- [8] Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2007.
- [9] Woolf CJ, Decosterd I. Implication of recent advances in the understanding of pain pathophysiology for assessment of pain in patients, *Pain* 1999; 6: 141–147.
- [10] Ortenburger D. Symptomy stresu u dziecka a cechy przeżywanego bólu pooperacyjnego. W: *Psychologia w służbie rodziny*. Eds. I Janicka, T Rostowska. Wydawnictwa Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003.
- [11] Brouwer S, Dijkstra PU, Stewart RE et al. Comparing self-report, clinical examination and functional testing in the assessment of work-related limitations in patients with chronic low back pain. *Disability & Rehabilitation* 2005; 27: 999–1005.
- [12] Dobrogowski J. Patomechanizm bólu przewlekłego. W: *Medycyna Bólu*. Red. J Dobrogowski, J Wordliczek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- [13] Muller D, Lehr. *Sposoby wyrażania bólu*. W: Saint-Maurice C, Muller A, Meynadier J, *Ból, diagnostyka, leczenie, prewencja*. Gebethner i S-ka, Warszawa 1998.
- [14] Domżał T. Neurologiczne zespoły bólowe. *Ból* 2000; 1: 139–151.
- [15] Dobrogowski J, Kuś M, Sedlak K i wsp. *Ból i jego leczenie*. Springer PWN, Warszawa 1996.
- [16] Pużyński S. *Depresje*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988.
- [17] Baune BT, Caniato RN, Garcia-Alcaraz MA et al. Combined effects of major depression, pain and somatic disorders on general functioning in the general population. *Pain* 2008; 31; 138: 310–317.
- [18] Fishbein DA, Cutler R, Rosomoff HL et al. Chronic pain – associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain* 1997; 13: 113–137.
- [19] Cox GB, Chapman CR, Black RG. The MMPI and chronic pain: The diagnosis of psychogenic pain. *Journal of Behavioral Medicine* 1978; 437–443.
- [20] Goldberg RT, Pachas W, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disability and Rehabilitation* 1999; 21: 23–30.
- [21] Dworkin RH, Caligor E. Psychiatric diagnosis and chronic pain: DSM-III-R and beyond. *Journal of Pain and Symptom Management* 1988; 3: 87–98.
- [22] Merskey H, Spear F. *Pain: psychological and psychiatric aspects*. Bailliere, Tindal & Cassel, London 1967.
- [23] Large RG. DSM-III Diagnoses in chronic pain: confusion or clarity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174: 295–303.
- [24] Law M. (ed) *Client-centered occupational therapy*. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 1998; 65: 131–135.
- [25] Fraser RD. Compensation and recovery from injury. *Medical Journal of Australia* 1996; 165: 71–72.
- [26] Aigner M, Bach M. Clinical utility of DSM-IV pain disorder. *Comprehensive psychiatry*. 1999; 40: 353–357.
- [27] *Somatization: Physical Symptoms and Psychological Illness*. Ed. C Bass. Blackwell, Oxford 1990.
- [28] Weisberg J, Vaillancourt P. Personality factors and disorders in chronic pain. *Semin Clinical Neuropsychiatry* 1999; 4: 155–66.
- [29] Kosztolowicz M, Szerla M. Evaluation of post-operative pain with the statistic reduction method.

University of Computer Telecommunications in Kielce, Kielce 2004; 201–206.

[30] Large R, New F, Strong J et al. Przewlekły ból i problemy psychiatryczne. W: Ból. Podręcznik dla terapeutów. DB PUBLISHING, Warszawa 2008; 439–457.

[31] Ortenburger D, Ortenburger A. Personality predictors in depression at chronic musculoskeletal pain patients. International Association for the Study of Pain, 12th World Congress on Pain, United Kingdom, Scotland, Glasgow, August 17–22 2008.

[32] Swinkels-Meewisse I, Roelofs J, Verbeek A et al. Fear-Avoidance Beliefs, Disability, and Participation in Workers and Nonworkers With Acute Low Back Pain. *Clinical Journal of Pain* 2006; 22: 45–54.

[33] Baune BT, Caniato RN, Arolt V et al. The effects of dysthymic disorder on health-related quality of life and disability days in persons with co-morbid medical conditions in the general population. *Psychotherapy Psychosomatics* (in press, accepted 12.02.2008).

[34] Kostarczyk E. Neuropsychologia bólu. Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Poznań 2003.

[35] Bujok G. Wybrane problemy orzecznictwa lekarskiego w leczeniu przeciwbólowym. Opis przypadku. *Ból* 2004; 5 (3): 54–56.

[36] Heszen I. Kliniczna psychologia zdrowia. W: Psychologia kliniczna, tom 2. Red. H Sęk. PWN, Warszawa 2005; 242–243.

[37] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.

[38] Waddell G, Newton M, Henderson I et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; 52: 157–168.

[39] Bishop G. Psychologia zdrowia. Astrum, Wrocław 2000.

Address for Correspondence:

dr n. med. Małgorzata Szerła
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: szerla@wp.pl
tel. +48 603 398 391

AUTOIMMUNOLOGICZNE ZAPALENIE WĄTROBY WYSTĘPUJĄCE W POPULACJI DOROSŁEJ

AUTOIMMUNE HEPATITIS OCCURRING IN THE ADULT POPULATION

Ewa Dutkiewicz^{1, 2}

¹ Zakład Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów, Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. nadzw. dr hab. n. med. Stanisław Dutkiewicz

² Oddział Zakaźny

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Ordynator: prof. nadzw. dr hab. n. med. Wiesław Kryczka

STRESZCZENIE

Prawidłowo działający system odpornościowy chroni człowieka przed wirusami, bakteriami, grzybami i pasożytami. Do zasadniczych właściwości układu odpornościowego należą rozpoznanie antygeny, swoistość reakcji i pamięć immunologiczna. W chorobach autoimmunologicznych struktury własnych tkanek stają się antygenami, przeciwko którym organizm wytwarza przeciwciała. Diagnostyka i leczenie wirusowego oraz alkoholowego zapalenia wątroby są dość dobrze opracowane, modyfikowane zgodnie z postępem wiedzy medycznej, natomiast rzadziej występujące przewlekłe choroby wątroby ciągle sprawiają wiele kłopotów dotyczących klasyfikacji, leczenia, monitorowania i prognozy. Rozwój immunodiagnostyki pozwolił na sprecyzowanie rozpoznań dotychczas nieokreślonych zapaleń wątroby. Dużą trudność sprawia nadal interpretacja wyników łącznie z klinicznymi objawami często nakładanymi z innymi chorobami z autoagresji. Autoimmunologiczne zapalenie wątroby, pierwotna żółciowa marskość wątroby, pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych stanowią coraz większą grupę rozpoznawanych schorzeń wątroby. Wynika to zapewne z większych możliwości diagnostycznych pozwalających na wcześniejsze ich wykrywanie, lecz także z narastającego problemu klinicznego. Leczenie chorych z AZW jest przewlekłe, wymaga monitorowania i indywidualnego prowadzenia pacjenta.

Słowa kluczowe: AZW, PŻMW, PSC, przeciwciała ANA, ASMA, LKM, M2, p ANCA, anty LC, SLA, anty ASGPR

SUMMARY

A properly functioning immune system protects the human-being from viruses, bacteria, fungi and parasites. Identification of the antigen, specificity of the reaction and immune memory are part of the principle characteristics of an immune system. In autoimmune diseases, the structures of own tissues become antigens, against which the human body produces antibodies. Diagnosis and treatment of viral and alcoholic hepatitis are quite well elaborated, and modified in accordance with the advance of medical knowledge, however more rarely occurring chronic liver diseases still cause many problems concerning classification, treatment, monitoring and prognosis. The development of immunodiagnosis allowed for a clarification of hitherto undetermined hepatitis diagnoses. Interpretation of results in connection with clinical symptoms, often overlapping with other auto-aggression diseases, still causes much difficulty. Autoimmune hepatitis, primary biliary cirrhosis, primary sclerosing cholangitis comprise an ever bigger group of diagnosable liver illnesses. This results most probably from greater diagnostic possibilities allowing for their earlier detection, but also from an increasing clinical problem. Treatment of patients with Autoimmune Hepatitis is long-drawn, requires monitoring and individual patient-management.

Key words: Autoimmune Hepatitis, PBC, PSC, ANA antibodies, SMA, LKM, p-ANCA, anti-LC, SLA, anti-ASGPR.

WSTĘP

Podstawowym zadaniem układu odpornościowego w walce z zakażeniem jest rozpoznanie patogenu i uruchomienie odpowiednich reakcji służących do usunięcia go z ustroju. Układ odpornościowy chroni człowieka przed wirusami, bakteriami, grzybami i pasożytami. Do zasadniczych właściwości układu odpornościowego należą rozpoznanie anty-

genu, współdziałanie komórek, swoistość reakcji i pamięć immunologiczna [1].

U podłoża chorób autoimmunologicznych leży brak zdolności do odróżniania własnych tkanek od obcych przez układ odpornościowy, skutkujący przewlekłym niszczeniem i eliminowaniem elementów własnych tkanek.

W chorobach autoimmunologicznych struktury własnych tkanek stają się antygenami (*antibody ge-*

nerators), przeciwko którym organizm wytwarza przeciwciała. Nie wiadomo, czy w tych chorobach zmienia się informacja genetyczna dotycząca struktury własnych tkanek (np. białek), czy zmienia się sposób ułożenia przestrzennego łańcuchów peptydowych i oligosacharydowych własnych białek, czy zmienia się system immunologiczny, który myli się w rozpoznawaniu własnych i obcych elementów [2].

Przewlekłym zapaleniem wątroby (PZW) nazywamy stan zapalny wątroby nieulegający poprawie przez ponad 6 miesięcy [3]. Klasyfikacje przewlekłych zapaleń wątroby na przestrzeni lat opierały się między innymi na ocenie morfologicznej nacieku zapalnego w wątrobie. Wyodrębniono wówczas przewlekłe przetrwałe zapalenie wątroby (*CPH – Chronic Persistent Hepatitis*), aktywne lub postępujące zapalenie wątroby (*CAH – Chronical Active Hepatitis*), zrazikowe zapalenie wątroby (*CLH – Chronical Lobular Hepatitis*) [4].

W 1983 roku Knodell i wsp. zaproponowali klasyfikację opartą na punktowej ocenie nasilenia zmian martwiczo-zapalnych oraz włóknistych (indeks Knodella) [5]. Wadą tej oceny było wykorzystanie w ocenie łącznej cyfrowej zarówno cech zapalenia, jak i włóknienia. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku klasyfikacja przewlekłych zapaleń wątroby uwzględniała etiologię, aktywność i stadium zaawansowania zmian zapalnych (*grading*) i włóknistych (*staging*) w punktach wątroby [6].

Rzadziej występujące przewlekłe choroby wątroby nadal sprawiają wiele kłopotów dotyczących klasyfikacji, monitorowania, leczenia i prognozy.

Badania epidemiologiczne wskazują na duże różnicowanie geograficzne występowania autoimmunologicznych chorób wątroby (ACW) [7].

AUTOIMMUNOLOGICZNE ZAPALENIE WĄTROBY (AZW)

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby (AZW) jest chorobą przewlekłą, cechującą się martwiczo-zapalnym naciekiem w przestrzeniach okołowrotnych wątroby, obecnością hipergammaglobulinemii, krążących autoprzeciwciał i dobrą reakcją na leczenie immunosupresyjne [8, 9].

Kryteria rozpoznania AZW opierają się na stwierdzeniu podwyższonej aktywności aminotransferaz, hipergammaglobulinemii i obecności przeciwciał: przeciwjądrowych (ANA), przeciw mięśniom gładkim (ASMA), przeciwkłosomalnym LKM1, oraz innych przeciwciał skierowanych przeciwko receptorowi asialoglikoproteinowemu (anty-ASGPR), anty-cytozolu LCI, przeciw rozpuszczalnemu antygenowi

wątrobowemu (anty-SLA/LP), przeciwartynowych i/lub przeciwciał p/cytoplazmie neutrofilii (pANCA) [10]. Kryteriami histologicznymi rozpoznawania AZW są ogniska martwicy kęsowej, niekiedy z cechami zrazikowego zapalenia wątroby lub martwicy przesłowej przy braku cech destrukcji dróg żółciowych, ziarniaków, złogów miedzi lub dodatkowych zmian charakterystycznych dla chorób o innej etiologii [11, 12].

Identyfikacja i charakteryzowanie przeciwciał obecnych w surowicy krwi zapoczątkowało prace nad klasyfikacją i diagnostyką autoimmunologicznych schorzeń wątroby [13].

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby (AZW) pierwszy opisał Waldenström w 1950 roku. Obserwował on przewlekłą formę zapalenia wątroby u młodych kobiet prowadzącą do marskości narządu. Objawami sugerującymi chorobę były: żółtaczka, podniesiony poziom gammaglobulin i zaburzenia miesiączki u tych pacjentek. Termin autoimmunologiczne zapalenie wątroby przyjęto w 1994 roku podczas Światowego Kongresu Gastrologicznego w Los Angeles poświęconego przewlekłym zapaleniom wątroby [14, 15].

Rozpoznanie AZW ustala się na podstawie wielu kryteriów diagnostycznych, zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Grupy Ekspertów powołanej do zdefiniowania Autoimmunologicznego Zapalenia Wątroby w 1992 roku (*International Autoimmune Hepatitis Group – IAHG*). Należy wykluczyć inne powody przewlekłego zapalenia wątroby [14, 16] (tabela 1).

Kombinacja testów serologicznych i molekularnych, szczegółowy wywiad, ocena histopatologiczna biopsjatu wątroby, pozwalają na precyzyjne wykluczenie innych niż przewlekłych zapaleń wątroby. Wykonanie biopsji wątroby jest konieczne w celu oceny mikroskopowej biopsjatu i ustalenia stopnia aktywności zapalnej (*grading*) i włóknienia (*staging*).

Rozpoznanie utrudniają zespoły nakładania, czyli wspólne wystąpienie AZW i PŻMW lub AZW i pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych PSC. W celu wyłączenia chorych z pierwotną żółciową marskością wątroby (PŻMW, PBC), należy zastosować testy immunofluorescencyjne wykrywające przeciwciała przeciwmityochondrialne (AMA, MIT) oraz swoiste przeciwciała M2 skierowane przeciwko dehydrogenazie pirogronianowej E2 [11].

W innych przypadkach z wysokimi aktywnościami fosfatazy zasadowej (ALP) i gammaglutamylotranspeptydazy (GGTP), celem wykluczenia np. pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych (PSC) konieczne jest wykonanie endoskopowej lub przezskórnej przezwątrobowej cholangiografii lub cholangio-pankreatograficznego rezonansu magnetycznego [17].

Przypadki przewlekłych chorób wątroby o podłożu genetycznym, wymagają przeprowadzenia badań genetycznych, np. testy ukierunkowane na identyfi-

Tabela 1. Kryteria wykluczenia zapaleń wątroby o innej etiologii zmodyfikowane [14, 16]

Choroby, które należy wykluczyć	Testy umożliwiające wykluczenie tych chorób
Wirusowe zapalenie wątroby typu C	HCV RNA, aHCV
Wirusowe zapalenie wątroby typu B, D	HbsAg, aHBctot, aHBcIgM, HBVDNA, aHDV, HDV RNA
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	a HAV IgM, IgG
Mononukleoz (EBV)	Tylko przy podejrzeniu PBD, VCA IgM
Wirusowe zapalenie wątroby typu E	Tylko przy podejrzeniu aHEV IgM
Cytomegalia	Tylko przy podejrzeniu CMV DNA
Zakażenie HSV	Tylko przy podejrzeniu aHSV
Półpasiec	Tylko przy podejrzeniu półpaśca
Pierwotna żółciowa marskość wątroby	Autoprzeciwciała AMA (MIT), M2 przeciwciała skierowane przeciw dehydrogenazie pirogronianowej E2
Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych PSC	cholangiopankreatografia
Choroba Wilsona	Badanie miedzi, ceruloplazminy, badanie w lampie szczelinowej oczu
Hemochromatoza	Stosunek żelaza/ferrytyny, biopsja wątroby, testy genetyczne ukierunkowane na identyfikację mutacji genu HFE polegającej na substytucji tyrozyny przez cysteinę C282Y, H63D
Niedobór alfa 1 antytrypsyny	Biopsja wątroby, obecność ziarnistości w hepatocytach, zaburzenia frakcji alfa 1 globulin
Zapalenie wątroby wywołane lekami	Wywiad, LKM-2
Niealkoholowe stłuszczenie wątroby	USG, biopsja, wywiad

kację mutacji genu HFE w hemochromatozie, oraz wykonania specyficznych badań biochemicznych m.in. przy podejrzeniu choroby Wilsona badanie stężenia miedzi i ceruloplazminy w osoczu. Istotniejsza diagnostycznie jest ocena stężenia miedzi w dobowej zbiórce moczu. Przy hemochromatozie kliniczne rozpoznanie polega przede wszystkim na pomiarze żelaza i ferrytyny w surowicy krwi oraz pomiarze stopnia wysycenia transferyny żelazem i stwierdzonej obniżonej zdolności wiązania żelaza w surowicy. W obu przypadkach wskazana jest biopsja wątroby potwierdzająca złogi miedzi lub hemosyderyny [18].

AZW może współistnieć z takimi chorobami jak: anemia hemolityczna, autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, bielactwo nabyte, reumatoidalne zapalenie stawów, rumień guzowaty, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zapalenie błony maziowej, zapalenie kłębuszków nerkowych, zespół Sjögrena i inne.

Autoimmunologiczne zapalenie wątroby najczęściej występuje u młodych dziewcząt i kobiet w średnim wieku, mężczyźni chorują 8-krotnie rzadziej [11].

PRZECIWCIAŁA STWIERDZANE W AZW

a) Przeciwciała przeciwjądrowe – ANA (*AntiNuclear Antibodies*).

Przeciwciała ANA skierowane są przeciwko funkcjonalnym i strukturalnym składnikom jąder komórkowych, przeciwko błonie jądrowej lub DNA jądra komórkowego [19]. Stwierdzono reaktywność ANA z centromerami, rybonukleoproteinami i wieloma innymi antygenami jądrowymi. Przeciwciała przeciwjądrowe oznaczane na komórkach HEp-2, najczęściej wykazują homogeny i plamkowy typ świecenia w immunofluorescencji pośredniej [15]. ANA należą do najczęściej wykrywanych przeciwciał w autoimmunologicznym zapaleniu wątroby i występują w wysokim mianie, zwykle przekraczającym 1:160. Wykrycie przeciwciał ANA jest podstawą klasyfikacji I typu AZW, ale można je także wykryć w innych schorzeniach z autoagresji oraz innych chorobach wątroby [20].

b) Przeciwciała przeciwmikrosomalne LKM (*Liver–Kidney Microsomal Antibodies*).

W 1973 roku Rizetto odkrył przeciwciała reagujące z bliższymi kanalikami nerkowymi i cytoplazmą komórek wątroby, posługując się metodą pośredniej immunofluorescencji. Te przeciwciała nazwał LKM-1 [21]. Są przekierowane przeciwko mikrosomalnemu antygenowi wątrobowo-nerkowemu o masie cząsteczkowej 50 kDa, który został zidentyfikowany jako cytochrom P450IID6. Przeciwciała LKM-1 hamują aktywność cytochromu P450IID6 *in vitro*, lecz nie hamują *in vivo*, a ich rola patogenetyczna nie została określona [22].

Determinantę antygenową przeciwciał anty LKM-1 stanowi 8-aminokwasowy motyw rdzenia cytochromu P450IID6 w postaci wyizolowanej lub część sekwencji rozszerzonej do 33 aminokwasów. Rozpoznanie tych aminokwasów pozwala różnicować pomiędzy autoprzeciwciałami LKM-1 związanymi z AZW a tymi, które są związane z przewlekłymi infekcjami HCV [23].

- c) Przeciwciała przeciw mięśniom gładkim – SMA. Przeciwciała SMA (*Smooth Muscle (actin) Antibodies*) są skierowane przeciwko białkom szkieletu komórkowego takim, jak aktyna, troponina i tropomiozyna [19]. Reakcję tę warunkuje obecność spolimeryzowanej F-aktyny, ściśle związanej z błoną komórkową hepatocytu. Przeciwciała SMA występują w wysokich mianach i towarzyszą przeciwciałom przeciwjądrowym ANA. Są wykrywane także w chorobach infekcyjnych i zaburzeniach reumatycznych, ale w tych przypadkach miana ich są mniejsze niż 1:80 [19]. Ocena obecności przeciwciał skierowanych przeciw włókienkom aktynowym fibroblastów jest wysoko specyficznym badaniem w rozpoznawaniu AZW [24].
- d) Inne przeciwciała przydatne w diagnostyce autoimmunologicznego zapalenia wątroby.
- Przeciwciała SLA (*Soluble Liver Antibody*) są skierowane przeciw rozpuszczalnemu antygenowi wątrobowemu i specyficznie reagują z wątrobową cytokeratyną. Kliniczne znaczenie tych przeciwciał polega na możliwości wcześniejszego zdefiniowania kryptogennego przewlekłego zapalenia wątroby jako zapalenia o podłożu autoimmunologicznym [25, 26].
 - Przeciwciała wątrobowo-trzustkowe (LP, anty-LP – *Antibodies to Liver–Pancreas*) odkryto u pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby i brakiem przeciwciał ANA, SMA, LKM. Dokładna funkcja i rola wątrobowego antygeny LP we własnej immunologicznej odporności jest niejasna. Wykazano, że autoprzeciwciała SLA reagują z takimi samymi antygenami jak niezależnie opisane przeciwciała wątrobowo-trzustkowe LP, dlatego nazywamy je SLA/LP. Są one wykrywane testem ELISA. W około 75% przypadków z AZW przeciwciała SLA/LP występują równolegle z innymi autoprzeciwciałami, takimi jak SMA i AMA (*AntiMitochondrial Antibodies*) [25].
 - Przeciwciała anty-ASGPR (*Antibodies to ASialoglycoProtein Receptor*) skierowane przeciwko receptorowi asialoglikoproteinowemu są specyficzne dla AZW. Receptor asialoglikoproteinowy jest glikoproteiną specyficzną dla komórek wątrobowych, znajdującą się w błonie

komórkowej hepatocytu, eliminującą z krążenia glikoproteiny pozbawione kwasu sialowego, powodując proliferację limfocytów T oraz aktywują cytotoksyczne limfocyty T. Poziomy przeciwciał dla receptora asialoglikoproteinowego zmieniają się zgodnie z aktywnością zapalną choroby wątroby i mogą być postrzegane jako dodatkowy marker do monitorowania skuteczności terapeutycznej [19].

- Autoprzeciwciała anty-LC1 (*Antibodies to Liver Cytosol type 1*) przeciwcytozolowe typu 1 są postrzegane jako wskaźnik AZW typu 2. Zostały one wykryte w około 50% przypadków AZW z obecnością w surowicach LKM [27]. Przeciwciała anty-LC1 korelują z aktywnością choroby w przeciwieństwie do przeciwciał LKM. Antygenem jest białko enzymu formiminotransferazy cyklodeaminazy, którego znaczenia klinicznego jeszcze nie zdefiniowano [28].
- Autoprzeciwciała przeciw cytoplazmie neutrofili pANCA (*Perinuclear Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies*) skierowane są przeciwko cytoplazmatycznym ziarnistościom neutrofili. Obecność pANCA wykazano w przebiegu kłębuszkowego zapalenia nerek, układowego zapalenia naczyń, ziarniniaka Wegenera, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych i autoimmunologicznego zapalenia wątroby [29]. W odróżnieniu od ziarnistego, rozproszonego typu świecenia przeciwciał cANCA (*classical ANCA*), charakterystycznego dla ziarniniaka, przeciwciała pANCA w autoimmunologicznym zapaleniu wątroby i PSC odznaczają się fluorescencją okołojądrową [30].

Klasyfikacja i rozpoznanie autoimmunologicznego zapalenia wątroby

Podstawą klasyfikacji AZW jest obecność odpowiedniej konstelacji autoprzeciwciał charakterystycznych dla danego typu. Typ I AZW, najczęstszy w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych, występuje u pacjentów z obecnością przeciwciał typu SMA (przeciw mięśniom gładkim) i/lub ANA (przeciwjądrowych) oraz w niektórych przypadkach z obecnością przeciwciał podgrupy SMA przeciwtaktynowych. Pacjenci, u których wykryto przeciwciała przeciwmikrosomalne typu 1 (anty LKM1), najczęściej chorują na typ II AZW. Głównie występuje on u dzieci i często współistnieje z innymi schorzeniami o podłożu autoimmunologicznym. Częściej niż w typie I AZW, wykrywane są w tej grupie przeciwciała przeciwtarczycowe, przeciw wyspom Langerhansa i komórkom okładzinowym. Stwierdzono także niższy poziom

osoczowej IgA u pacjentów z autoimmunologicznym zapaleniem wątroby typu II [15, 24] (tabela 2).

Rozpoznanie III typu AWZ zaproponowano na podstawie obecności przeciwciał skierowanych przeciw rozpuszczalnemu antygenowi wątroby anty-SLA i/lub przeciwciał wątrobowo-trzustkowych (anty-LP). Nadal jest kontrowersyjne, czy te przeciwciała stanowią warianty typu I AZW, czy też wskazują na obecność odmiennego III typu AZW [31, 32].

Klasyfikacja AZW zaproponowana przez międzynarodową grupę ekspertów (International Autoimmune Hepatitis Group) polega na oszacowaniu i zliczeniu punktów [16] (tabela 3).

Rozpoznanie AZW jest pewne, jeżeli na skali punktowej przekroczymy 15 punktów przed leczeniem, a 17 punktów po leczeniu.

Rozpoznanie jest prawdopodobne przy punktacji od 10–15 punktów przed leczeniem, a od 12–17 punktów po leczeniu.

Rozpoznanie jest niepewne, jeżeli na skali punktowej jest mniej niż 10 punktów przed leczeniem, a poniżej 12 punktów po leczeniu.

Podwyższona aktywność aminotransferaz potwierdza rozpoznanie tylko wówczas, gdy dominuje nad innymi nieprawidłowościami w badaniach enzymatycznych wątroby.

Pewne rozpoznanie autoimmunologicznego zapalenia wątroby stwierdzamy, gdy:

- całkowity poziom gammaglobulin jest 1,5 razy wyższy niż norma,
- stężenie IgG i białka przekracza górną granicę normy,

- poziom przeciwciał ANA, SMA, LKM1 jest wyższy niż 1:80, praktycznie 1:160 i wyższe, przy braku przeciwciał przeciwmitychondrialnych AMA (MIT) charakterystycznych dla pierwotnej żółciowej marskości wątroby,
- występują charakterystyczne zmiany w biopsji wątroby [33],
- brak zakażenia wirusami hepatotropowymi, nadużywania alkoholu, stosowania leków hepatotoksycznych i symptomów innych chorób z autoagresji.

Monitorowanie chorych:

- regularne oznaczanie aktywności transaminaz i enzymów cholestatycznych,
- regularne badanie stężenia IgG i gammaglobulin, bilirubiny,
- monitorowania morfologii z rozmazem, płytek krwi,
- ocena hemostazy, INR,
- poziom autoprzeciwciał 1–2 razy w roku,
- usg jamy brzusznej co 6–12 miesięcy, gastroscopia raz na 2 lata.

Częstotliwość wykonywania badań zależy od okresu choroby, w fazie ostrej i w okresie dekompenсации konieczne jest ich wykonywanie nawet co kilka dni, w fazie stabilizacji, remisji – rzadziej co 3–6 miesięcy.

W ostatnich latach coraz częściej w klasyfikacji i diagnozowaniu AZW klinicyści opierają się na uproszczonych testach score. Według Hennesa istotnymi kryteriami są płeć, wiek, przeciwciała, immunoglobuliny, brak markerów wirusowego zapalenia

Tabela 2. Podtypy autoimmunologicznego zapalenia wątroby/zmodyfikowane [15, 24]

Kryterium	Typ I AIH	Typ II AIH	Typ III AIH
Charakterystyczne przeciwciała	ANA, SMA, przeciwartynowe	LKM 1, P450 II D6, Przeciw sekwencji aminokwasów (254-271) DNA jądra komórkowego	anty-SLA
Autoprzeciwciała towarzyszące	Przeciw receptorowi asialoglikoproteinowemu, okołojądrowe, przeciw cytoplazmie neutrofilii	Przeciw receptorowi asialoglikoproteinowemu Przeciwcycytopolowe typu 1	anty-LP
Przeciwciała specyficzne narządowi	4%	30%	26%
Autoantygeny	Nieznane	Cytochrom P450IID6	Nieznane
Współistniejąca infekcja HCV	17%	50–86%	Nieznana
Fenotyp HLA	A1-B8-DR3 i DR4	B14, DR3, C4A0-QO	B8
Wiek	Dorośli	Dzieci	Dorośli
Współistnienie innych chorób autoimmunologicznych	17%	34%	Brak danych
Hipergammaglobulinemia	+++	+	++
poziom IgA	Niski	Wysoki	Niski
Progresja w marskość	45%	82%	75%
Reakcja na kortykoterapię	+++	+++	+++

+, ++, +++ – natężenie zmian

Tabela 3. Skala punktowa w rozpoznaniu autoimmunologicznego zapalenia wątroby

Kategorie	Czynnik	Punktacja
Płeć	Kobieta	+2
	Mężczyzna	0
Fosfataza alkaliczna	$< 1,5 \times \text{norma}$	+2
	$1,5-3 \times \text{norma}$	0
	$3 \times \text{norma}$	-2
Globuliny IgG	$> 2 \times \text{norma}$	+3
	$1,5-2 \times \text{norma}$	+2
	$1-1,5 \times \text{norma}$	+1
	$< 1 \times \text{norma}$	0
ANA, SMA, LKM1	$> 1:80$	+3
	1:80	+2
	1:40	+1
	$< 1:40$	0
AMA	Dodatnie	-4
	Ujemne	0
Markery wirusowe	Obecne	-3
	Ujemne	+3
Leki hepatotoksyczne w wywiadzie	Obecne	-4
	Nieobecne	+1
HLA	DR3, DR4	+1
Alkohol	$< 25 \text{ g/d}$	+2
	$> 60 \text{ g/d}$	-2
Inne choroby immunologiczne	Choroby z autoagresji, SLA, LE itd.	+2
Obraz histologiczny	Martwica wątroby i zrazikowe zapalenie wątroby + martwica przeszłowa	+3
	Limfo-plazmatyczne nacieki	+1
	Rozety	+1
	Komórki plazmatyczne	+1
	Brak zmian w biopsji wątroby	-5
	Zmiany w drogach żółciowych średnio zaawansowane	-3
	Zmiany znacznie zaawansowane dróg żółciowych	-3
Pełna remisja po leczeniu Częściowa remisja Brak reakcji Nawrót po zakończeniu leczenia	Sterydy	+2
		0
		-2
		+3
Inne autoprzeciwciała	Obecne	+2

wątroby. Na podstawie score można klasyfikować przypadki z predyspozycją w kierunku chorób autoagresji wątroby, wczesne ich wykrycie pozwoli na monitorowanie i wczesne leczenie przed pojawieniem się charakterystycznych zmian klinicznych [34].

Epidemiologia, lecz także związki immunogenetyczne w AZW, różnią się występowaniem na świecie. Autoimmunologiczne zapalenie wątroby u ludzi białych częściej występuje u osób z haplotypem HLA DRB1*0301 [35]. Natomiast w Japonii haplotyp A1-B8-DR3 jest zwykle nieobecny, został za to znaleziony związek zapadalności na AZW u osób z haplotypem HLA DRB1*0405 [36]. Wśród kobiet z haplotypem HLA DRB1*0405 [36]. Wśród kobiet z haplotypem A1-B8-DR4 wzrasta częstość występowania objawów pozawątrobowych w stosunku do haplotypu DR 3. W 2004 roku pojawiły się doniesienia o związku układu HLA DR3/DR4 (*Human Leukocyte Antigen*) z progresją włóknienia wątroby u chorych leczonych kortykosterydami. Nasilenie włóknienia wykazano u chorych z obecnością obu haplotypów (heterozygot) DR3 i DR4, nie stwierdzono zaś u homozygot DR3 lub DR4 [37].

W praktyce klinicznej w populacji dorosłych chorych rzadko wykonuje się badania genetyczne w celu rozpoznania AZW.

Leczenie autoimmunologicznego zapalenia wątroby

Każdy pacjent w okresie ostrym rozpoznanego AZW wymaga specjalistycznego leczenia celem uzyskania regresji zmian zapalnych i ustabilizowania choroby, następnie wymaga monitorowania i indywidualnego leczenia. Zasadą jest stosowanie skojarzonego leczenia przeciwzapalnego i immunosupresyjnego sterydami i azathiopryną [8].

Z uwagi na możliwość wystąpienia powikłań w trakcie terapii pacjent musi być systematycznie monitorowany. Dawki terapeutyczne leków przeciwzapalnych i immunosupresyjnych ustala się indywidualnie, w fazie początkowej rozpoznania AZW zwykle stosuje się wysokie dawki zależne od wagi ciała, następnie minimalizowane do dawki pozwalającej na utrzymanie remisji.

Proponowany schemat leczenia

- Encorton 2 mg/kg wagi ciała lub Metylprednison (Metypred) w dawce odpowiedniej; dawki

zmniejsza się stopniowo w zależności od wyników kontrolnych, zwykle co 4–6 tygodni, do optymalnej dawki podtrzymującej, obserwuje się mniejsze objawy uboczne prowadząc chorych na metylprednisonie;

- Azathiopryna 100 mg/dobę, redukując stopniowo dawkę.

Po uzyskaniu remisji (przynajmniej 6 miesięcy) można przejść na dawkowanie co drugi dzień i dalej redukować dawki leków. Zwykle, gdy w ciągu 3 lat leczenia nie zaobserwowano zaostrzeń, można podjąć próbę odstawienia leczenia poprzedzoną biopsją wątroby celem porównania zaawansowania zmian. W praktyce sporadycznie można odstawić całkowicie leczenie i najczęściej dotyczy to osób po 70 roku życia, u młodszych zwykle utrzymuje się minimalne dawki leków supresyjnych.

W leczeniu wspomagającym należy stosować inhibitory pompy protonowej lub H₂ blokery, witaminy E, D₃, K, potas, magnez, preparaty wapnia, leki hepatoprotekcyjne, żółciopędne. Przy towarzyszącej cholestazie – kwas ursodezoksycholowy.

W zależności od tolerancji leczenia oraz poprawy klinicznej i biochemicznej modyfikuje się leczenie. Przy wystąpieniu objawów niepożądanych posterydowych zwiększane są dawki azathiopryny lub utrzymywana monoterapia azathiopryną, jeśli wystąpią powikłania leczenia azathiopryną należy zwiększyć dawkę steryd. Kobiety planujące ciążę ustawia się na optymalnej dawce sterydów.

W medycynie standardy nie zawsze się sprawdzają i dlatego istotne jest indywidualne podmiotowe monitorowanie każdego pacjenta celem zminimalizowania wystąpienia powikłań.

W stadium zaawansowanym choroby, przy braku efektu terapeutycznego lub u chorych z progresją w kierunku marskości wątroby wskazane jest rozważenie kwalifikacji pacjenta do transplantacji wątroby.

PIŚMIENNICTWO

[1] Madaliński K, Walewska-Zielecka B. Odpowiedź immunologiczna wątroby. W: *Hepatologia – kompendium*. Red. J. Polański Warszawa 2004; 15–19.
 [2] Alberts A. *Molecular Biology of the Cells*. Garland Science. N.Y.N.Y 2002; 1242–1248.
 [3] Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary tract*. Blackwell Science 1997; 10: 239–252.
 [4] Ludwig J. Histopathological diagnosis and terminology of chronic hepatitis. *J Hepatol* 1995; 23: 49–53.
 [5] Knodell R. Formulation and application of a numerical scoring system for assessing histological ac-

tivity in asymptomatic chronic active hepatitis. *Hepatology* 1981; 1: 431–432.

[6] Batts KP, Ludwig J. *Histopathology of autoimmune chronic active hepatitis, primary biliary cirrhosis, and primary sclerosing cholangitis*. Raven Press, New York 1991; 75–92.

[7] Feld JJ, Heathcote EJ. Epidemiology of autoimmune liver disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2003; 18: 1118–1128.

[8] Czaja AJ, Freese D. Diagnosis and treatment of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2002; 36: 479–497.

[9] Krawitt EL. Autoimmune hepatitis. *N. Engl J Med* 1996; 334: 897–903.

[10] Vogel A, Strassburg CP, Manns MP et al. Autoimmune hepatitis. In: Gershwin ME, Vierling JM, Manns MP. *Liver Immunology*. Hanley & Belfus Inc. Philadelphia 2003: 329–347.

[11] Halota W. Autoimmunologiczne zapalenia wątroby. W: *Hepatologia – kompendium*. Red. J. Polański. Medical Tribune Group, Warszawa 2004; 88–90.

[12] Dienes HP, Propper H et al. Histologic features in autoimmune hepatitis. *Gastroenterology* 1989; 27: 327–330.

[13] Strassburg CP, Obermayer-Straub P et al. Autoimmunity in liver diseases. *Clin Rev Allergy Immunol* 2000; 18: 127–139.

[14] Johnson PJ, McFarlane IG. Meeting report: International autoimmune hepatitis group. *Hepatology* 1993; 18: 998–1005.

[15] Manns MP, Strassburg ChP. Autoimmune Hepatitis. *Gastroenterology* 2001; 120: 1502–1517.

[16] Alvarez F, Berg PA, Bianchi FB. International Autoimmune Hepatitis Group Report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. *J Hepatology* 1999; 31: 929–938.

[17] Balan V, La Russo NF. Pierwotna marskość żółciowa oraz pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych. W: *Tajemnice hepatologii*. Red. PR McNally. Medical Press, Gdańsk 1999: 42–54.

[18] Gładysz A, Juszczyk J. *Leczenia chorób wątroby*. Volumed, Wrocław 1996; 40–59.

[19] Czaja AJ, Cassani F et al. Frequency and significance of antibodies to active in type 1 autoimmune hepatitis. *Hepatology* 1996; 24: 1068–1073.

[20] Johnson PJ, Eddleston AL. Autoimmune liver diseases. *Gastroenterol* 1993; 14: 2069–2073.

[21] Homberg J, Abuaf N et al. Chronic active hepatitis associated with anti liver/kidney microsome type 1: a second type of “autoimmune” hepatitis. *Hepatology* 1987; 7: 1333–1339.

[22] Manns MP, Johnson EF et al. Major antigen of liver kidney microsomal antibodies in idiopathic autoimmune hepatitis is cytochrome P 450 db1. *J. Clin Invest* 1989; 83: 1066–1072.

[23] Manns MP, Griffin KJ et al. LKM-1 autoantibodies recognize a short linear sequence in P450IID6,

- a cytochrome P450 monooxygenase. *J Clin Invest* 1991; 88: 1370–1378.
- [24] Czaja AJ. Autoimmunologiczne zapalenie wątroby. W: *Tajemnice hepatologii*. Red. P McNally. Medical Press, Gdańsk 1999; 19–41.
- [25] Manns MP, Gerken G et al. Characterization of a new subgroup of autoimmune chronic active hepatitis by autoantibodies against a soluble liver antigen. *Lancet* 1987; 1: 292–294.
- [26] Woźniak M. Autoimmunologiczne zapalenie wątroby. *Hepatologia* 2000; 49–57.
- [27] Manotti MP et al. Liver cytosolic 1 antigen-antibody systemic type 2 autoimmune hepatitis and hepatitis C virus infection. *Gut* 1995; 36: 749–754.
- [28] Lapiere P, Djilali-Saiah I, Vitozzi S et al. Xenoinmunization with human antigens. *Hepatology* 2004; 39(4): 1066–1074.
- [29] Targan SR, Landers C. High titer antineutrophil cytoplasmic antibodies in type-1 autoimmune hepatitis. *Gastroenterology* 1995; 108: 1159–1166.
- [30] Mulder AHL, Horst G et al. Prevalence and characterization of neutrophil cytoplasmic antibodies in autoimmune hepatitis. *Hepatology* 1993; 17: 411–417.
- [31] Habiore A, Walewska-Zielecka B, Butruk E. Variant forms of autoimmune liver diseases. *Gastroenterologia Polska* 2003; 10(4): 396–364.
- [32] Poupon RE, Chrétien Y, Poupon R. Serum bile acids in primary biliary cirrhosis: effect of ursodeoxycholic acid therapy. *Hepatology* 1993; 17: 599–605.
- [33] Woźniak M, Woynarowski M, Socha J. Standard leczenia autoimmunologicznego zapalenia wątroby u dzieci w Instytucie Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka. *Medical Science Review; Hepatologia* 2009; 9: 12–19.
- [34] Hennes EM, Zeniya M, Czaja AJ et al. Simplified criteria for the diagnosis of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2008; 48 (1): 1:10–12.
- [35] Doherty DG, Donaldson PT et al. Allelic sequence variation in the HLA class II genes and proteins in patients with autoimmune hepatitis. *Hepatology* 1994; 19: 609–615.
- [36] Seki T, Ota M et al. HLA class II molecules and autoimmune hepatitis susceptibility in Japanese patients. *Gastroenterology* 1992; 103: 1041–1047.
- [37] Czaja AJ, Carpenter HA. Progressive fibrosis during corticosteroid therapy of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2004; 39: 1631–1638.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Ewa Dutkiewicz
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: ewa.dutkiewicz@wp.pl
tel. +48 604 221 602

ROLA PIEŁĘGNIARKI W EDUKACJI SEKSUALNEJ

PARTICIPATION OF THE NURSE IN THE SEXUALITY EDUCATION

Edyta Laurman-Jarząbek^{1, 2}, Tomasz Orczykowski^{1, 3}, Grażyna Lis¹

¹ Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Dyrektor Instytutu: prof. zw. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska

² Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny w Kielcach

Kierownik: dr n. hum. Edyta Laurman-Jarząbek

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski

³ Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy

Dyrektor: Iwona Uryć-Kaszuba

*Ciesz się każdą chwilą, abyś potem nigdy nie żałował, że utraciłeś młodość.
Każdemu etapowi życia Pan przypisał właściwe mu niepokoje.*

Paulo Coelho, *Piąta góra*

STRESZCZENIE

Piełęgniarka szkolna to bardzo ważna osoba w kreowaniu rzeczywistości zdrowotnej uczniów. We współczesnym holistycznym podejściu do zdrowia konieczne jest współdziałanie wielu sektorów społecznych. Wskazana więc jest profesjonalna praca w zakresie ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania. Edukacja seksualna dzieci i młodzieży w niektórych krajach Europy ze szczególnym uwzględnieniem Polski wciąż wzbudza emocje. Tylko rzetelna i prawdziwa informacja dotycząca życia seksualnego jest w stanie pomóc młodzieży w opanowaniu zadania rozwojowego jakim jest okres adolescencji. Wychowanie seksualne, którego brak wyraźnie dziś odczuwamy to zadanie niewątpliwie dla rodziców i szkoły. Jednak, przy dużej nieporadności komunikacyjnej wielu rodziców w wyjaśnianiu sekretów ludzkiej płciowości, ważną rolę mogłaby odegrać szkoła wraz z jej medycznym środowiskiem. Piełęgniarki współuczestniczą w realizacji celów edukacji zdrowotnej, wychowania zdrowotnego i oświaty zdrowotnej. Są to te wszystkie zadania programów promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, których istotą jest edukacja zdrowotna społeczeństwa.

Słowa kluczowe: piełęgniarka, edukacja seksualna, profilaktyka zdrowotna, szkoła.

SUMMARY

A school nurse is very much an important person in creating health reality of pupils. In the contemporary holistic approach a cooperation of many social sectors is necessary for the health. So a professional work is indicated in the extent of protection of the health of children and young people in the environment of teaching and bringing up. Sexuality education of children and young people in some countries of Europe with particular for taking Poland into account still is stirring up emotions. Only an honest and real information concerning the sex life is able to help young people master the developmental objective he is which period of the adolescence. A sex education which clearly today we are lacking is setting undoubtedly for parents and schools. However, at the great communications ineptitude of many parents in explaining secrets to the human sexuality, a school could play the important part with her medical environment. Nurses are concurring in the achievement of the goals of the health education, the health upbringing and the health education. They are these all tasks of schedules of the promotion of health and the health prevention of which a health education of the society is a being.

Key words: nurse, sexuality education, health prevention, school.

Piełęgniarka szkolna to bardzo ważna osoba w kreowaniu rzeczywistości zdrowotnej uczniów. To osoba, która jako jedyna jest przygotowana merytorycznie do świadczenia pomocy medycznej. Jej zadania określają

odpowiednie przepisy prawne, zależne od przyjętego systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. W 2002 roku podjęto w Polsce prace nad reaktywowaniem profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami [1].

Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania (higienistka szkolna) realizuje świadczenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 roku w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą [2]. Pielęgniarka środowiskowa obejmuje opieką dzieci w wieku od 6 roku życia do 18/19 roku życia (wg rocznika od klasy 0 do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej). W razie wypadku urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia podopiecznego/ucznia ma prawo wezwać zespół ratownictwa medycznego. Pielęgniarka pracuje w gabinecie profilaktyki w szkole utworzonym zgodnie z art. 91 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 roku o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 137, poz. 1304), lub w przypadku braku gabinetu w szkole w zakładzie opieki zdrowotnej (w gabinecie lekarza POZ, na którego liście zapisany jest uczeń). W środowisku nauczania i wychowania zapewnia dostępność do świadczeń od poniedziałku do piątku w wymiarze czasu odpowiadającym liczbie uczniów/wychowanków poprzez: godziny otwarcia gabinetu profilaktyki w szkole/placówce wg planu pracy, planu godzin lekcyjnych objętych programem zdrowotnym, organizację form promocji zdrowia i profilaktyki chorób, planu badań przesiewowych, szczepień ochronnych.

Koncepcja opieki zdrowotnej, nad uczniami zakłada, że zdrowie uczniów zależy od wielu czynników poza medycznych, w tym w największym stopniu od statusu ekonomiczno-społecznego rodzin, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego szkoły. Szkolna służba zdrowia tylko w niewielkim stopniu może wpływać na stan zdrowia populacji szkolnej. Niewątpliwie należy uznać, że w ochronie i promocji zdrowia uczniów powinni uczestniczyć przede wszystkim rodzice, którzy ponoszą prawną odpowiedzialność za zdrowie swoich dzieci oraz uczniowie, którzy w procesie wychowania i edukacji przygotowują się do przejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie i do roli współtwórcy swego zdrowia oraz aktywnego pacjenta – odbiorcy świadczeń zdrowotnych.

Miejsce w promocji i ochronie zdrowia powinna mieć również szkoła, która nakłada na uczniów obowiązki szkolny od 7 do 18 roku życia, powinna być odpowiedzialna za stworzenie uczniom środowiska fizycznego i społecznego, które sprzyja ich zdrowiu, oraz umożliwiać uczniom edukację zdrowotną. Także pracownicy służby zdrowia powinni zapewnić uczniom podstawowe świadczenia zdrowotne (profilaktyczne i lecznicze), uczestniczyć w ich edukacji zdrowotnej oraz wspierać uczniów, ich rodziców i szkołę w rozwiązywaniu ich problemów zdrowotnych.

We współczesnym holistycznym podejściu do zdrowia konieczne jest współdziałanie wielu sektorów społecznych. Wskazana więc jest profesjonalna praca w zakresie ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania [3]. Zasady organizacji zakresu profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą precyzują zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 roku, zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. W myśl przepisów pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w zakresie edukacji zdrowotnej ma do spełnienia następujące zadania: udział w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań w zakresie promocji zdrowia, a także doradzanie dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole [4]. W realizacji tych zadań pielęgniarka potrzebuje wsparcia ze strony rodziców, którzy niewątpliwie stanowią pierwsze wzorce w zakresie zachowań zdrowotnych, nauczycieli, którzy przez stosowne działania wychowawcze wzmocnią potencjał zdrowotny swoich wychowanków, oraz samych uczniów, którzy aktywnie włączają się w promowanie wartości zdrowia.

Mając na uwadze omawiany problem, warto odnieść się do propozycji prof. B. Woynarowskiej [4], kierowanej do nauczycieli, która proponuje: „do niektórych tematów uznanych przez szkołę za priorytetowe, można organizować specjalne cykle zajęć, na przykład w ramach lekcji wychowawczych, godzin do dyspozycji dyrektora szkoły lub zajęć pozalekcyjnych albo też tworzyć projekty edukacyjne międzyprzedmiotowe”. Istotne wydaje się podjęcie przez pielęgniarkę próby włączenia się w realizację powyższej koncepcji. Jest to tym bardziej zasadne, że w badaniach przeprowadzonych w grupie nauczycieli wykazano, iż uważają oni, że odpowiedzialność za realizację edukacji zdrowotnej w szkole powinna być powierzona w pierwszej kolejności służbie zdrowia, którą w szkole reprezentują pielęgniarki [5].

Edukacja seksualna dzieci i młodzieży w niektórych krajach Europy ze szczególnym uwzględnieniem Polski wciąż wzbudza emocje. W naszym kraju poparcie dla edukacji seksualnej w szkołach deklaruje około 70% obywateli [6]. Nadal jednak wielu osobom wydaje się, że edukacja seksualna przynosi więcej szkód niż korzyści. Chcą one chronić dzieci i młodzież przed „zepsuciem” i zupełnie nie biorą pod uwagę tego, że wiedza nie deprawuje, ale pomaga podejmować dojrzałe decyzje. Dyskusja gremium odpowiedzialnych za edukację młodego pokolenia toczy się wokół następujących kwestii: czy dzieciom i młodzieży w ogóle należy przekazywać wiedzę dotyczącą

ich seksualności i seksualności człowieka, kto powinien to robić – szkoła czy rodzice, od jakiego wieku można lub należy rozpocząć edukację seksualną, jaki powinien być jej zakres, jakie wartości powinno się promować, jakie metody nauczania powinny być stosowane, jakich należy unikać. Najważniejsza z wymienionych kwestii – czy edukacja seksualna jest w ogóle potrzebna dzieciom i młodzieży – została rozstrzygnięta na szczepku międzynarodowym, m.in. podczas Światowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju (Kair, 1994) oraz IV Światowej Konferencji na Rzecz Kobiet (Pekin, 1995). Polska uczestniczyła w obu konferencjach, a ich dokumenty końcowe przyjęła bez zastrzeżeń. Tym samym zobowiązała się do realizowania ich postanowień. Obradujące państwa uznały, że cena, jaką płacą młodzi ludzie za brak rzetelnej wiedzy na temat seksualności człowieka i zdrowia reprodukcyjnego, jest tak wysoka, iż rządy zobowiązane są do podjęcia odpowiednich działań na rzecz zmiany tej sytuacji. Najbardziej widocznymi skutkami braku edukacji seksualnej lub jej niewłaściwej jakości są przypadki zakażeń wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz wczesne i nieplanowane ciążę dziewcząt i młodych kobiet.

Szczególnie ważnym okresem w życiu człowieka jest dorastanie, w którym występują bardzo istotne zmiany związane z fizjologicznym dojrzewaniem organizmu, przemiany w psychice, poszukiwanie i tworzenie własnego ja i obrazu świata. W tym czasie ulega zmianie relacja, jaka łączy dziecko z rodzicami i innymi dorosłymi. To również czas niezwykle szybkich zmian związanych z fizjologicznym dojrzewaniem, często nienadążającym za nim dojrzewaniem emocjonalnym, pojawieniem się w myśleniu operacji formalnych oraz częstszym uczestnictwem w młodzieżowych grupach rówieśniczych i w związku z tym nawiązywaniu relacji heteroseksualnych. A. Brzezińska za najważniejsze zadania rozwojowe tego okresu uznaje: opanowanie społecznej roli kobiety i mężczyzny, osiągnięcie emocjonalnej niezależności od rodziców i innych dorosłych, nawiązywanie bardziej dojrzałych relacji z rówieśnikami obojga płci, kształtowanie się postaw wobec grup społecznych i instytucji, kształtowanie się systemu wartości i ideologii własnego życia, przygotowanie się do zawodu, życia małżeńskiego i rodzinnego [7].

W realizacji zadania rozwojowego, jakim jest opanowanie społecznej roli związanej z płcią, szkoła, a szczególnie pielęgniarka, może odegrać wyjątkową rolę. Tylko rzetelna i prawdziwa informacja dotycząca życia seksualnego jest w stanie pomóc młodzieży w opanowaniu tego zadania rozwojowego. Informacje przekazane przez osoby kompetentne pozwolą na opanowanie umiejętności ustalenia sto-

sunków heteroseksualnych, przyswojenia sobie odpowiedniej roli, „etykiet” odpowiedniego zachowania się w różnych sytuacjach towarzyskich i społecznych. Zasadniczym celem wychowania seksualnego jest poznanie natury i znaczenia płciowości oraz harmonijny i integralny rozwój osoby ludzkiej ku dojrzałości psychicznej dla osiągnięcia pełnej dojrzałości duchowej. Prawidłowe wychowanie powinno doprowadzić do akceptacji własnej płci i szacunku do drugiej, a także do uznania wartości samego człowieczeństwa oraz godności osoby ludzkiej. Celem edukacji seksualnej jest także zmniejszenie liczby zakażeń wirusem HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową, co z medycznego punktu widzenia może być zadaniem do realizacji przez pielęgniarkę szkolną.

Wychowanie seksualne, którego brak wyraźnie dziś odczuwamy to zadanie niewątpliwie dla rodziców i szkoły. Jednak przy dużej nieporadności komunikacyjnej wielu rodziców w wyjaśnianiu sekretów ludzkiej płciowości, ważną rolę mogłaby odegrać szkoła wraz z jej medycznym środowiskiem. Opanowanie społecznej roli związanej z płcią wiąże się z działaniem informacyjnym dotyczącym rozwoju seksualnego człowieka. Edukacja seksualna to zadanie wychowawcze na lata, które w miarę rozwoju młodego człowieka wymaga coraz większej wiedzy i umiejętności w przekazie. Bardzo ważne w komunikowaniu wiedzy o życiu seksualnym człowieka jest mówienie prawdy. Zdawkowe odpowiedzi lub „małe oszustwa” mogą zniszczyć zaufanie dziecka do osoby przekazującej tę wiedzę. Należy liczyć się z tym, że dziecko przebywa wśród rówieśników, którzy mają mniejszą lub większą wiedzę na temat seksu i mogą ją przekazywać nie zawsze w sposób naukowo poprawny. Różne uniki i odmawianie odpowiedzi mogą więc pobudzić ciekawość młodego człowieka i chęć czerpania tej wiedzy z innych źródeł. Podstawowe wiadomości dotyczące budowy i funkcjonowania narządów płciowych przekazywane są dzieciom w szkole na lekcjach przyrody/biologii. I już od tego momentu zaznaczyć można dużą rolę pielęgniarek szkolnych w edukacji związanej z dojrzewaniem (menstruacja u dziewcząt i popęd płciowy u chłopców to tematy edukacji seksualnej realizowanej z podziałem klasy na płeć). Rozmowy z dziećmi na te tematy zdecydowanie uchronią przed zaskoczeniem, strachem, a może nawet spowodują traktowanie tych spraw jako naturalne. Jest to równocześnie czas na wyjaśnienie czym jest małżeństwo, macierzyństwo, kojarzenie życia seksualnego z życiem rodzinnym, na wyrażanie szacunku dla ciała i drugiego człowieka.

Nie wydaje się zasadne, że edukacja seksualna tylko podsyci niespokojną ciekawość dzieci i młodzieży [8]. Nawet największa niezręczność w „mówieniu o seksie” jest mniej groźna niż edukacja przy-

padkowa, przez źle zrozumiane nienaukowe teksty lub doświadczonych rówieśników. Młodzież nie-uświadomiona w sposób rzeczowy i zgodny z prawdą przez kompetentnych dorosłych szuka innych źródeł poznania. Zgodnie z poglądem wyrażonym przez R. Łapińską i M. Żebrowską [9] młodzi ludzie szukają odpowiedzi na trapiące ich pytania w różnych publikacjach, prowadzą ze sobą rozmowy na tematy seksualne, udzielają wzajemnie potrzebnych im informacji. Krążą wśród nich publikacje pornograficzne, wulgarne dowcipy związane z tak subtelnym obszarem życia, jakim jest seks. Taka praktyka, wg autorek, prowadzi z reguły do podsycania ciekawości oraz do traktowania sfery seksualnej jako grzesznej, nieczystej, niezasługującej na szacunek i poważne traktowanie. Za rzeczową i kompetentną informacją dotyczącą dojrzewania fizycznego przemawia jej wpływ na rodzaj stosunków młodzieży obojga płci. Wraz z nadejściem wieku dorastania, gdy wzrasta się zainteresowanie osobami płci przeciwnej, zakres przeżyć łączących obie płci ulega rozszerzeniu i pogłębieniu. W tym okresie obserwujemy wiele nowych form „bycia ze sobą” młodzieży, z których każda zawiera utajnione lub jawne elementy erotyczne. Są to: adoracja, flirt, przyjaźń, sympatia, różne odmiany miłości, np. szkolna. Z negatywnych form wymienia się awersję płciową, która polega na silnej niechęci pomieszanej niekiedy z uczuciem wstrętu do osób płci przeciwnej. Dziewczeta i chłopcy są wtedy wobec siebie niegrzeczni, unikają swego towarzystwa, żartują z romantyki i zarzekają się przed małżeństwem w przyszłości [10]. Najczęściej awersja znika wraz z osiągnięciem pełnej dojrzałości płciowej, niekiedy ślady jej zostają w ciągu całego życia i w różnych sytuacjach życiowych dają znać o sobie. Jedną z przyczyn awersji płciowej jest niekompetentna edukacja seksualna. Wychowanie seksualne w interdyscyplinarny sposób podchodzi do wiedzy o płciowości człowieka, kładzie nacisk na kształtowanie pozytywnej postawy i szacunku wobec niej. Obejmuje również tematy, które pomagają młodemu człowiekowi budować dojrzałą osobowość, wdrażają do samowychowania. Ważne, by pomóc młodemu człowiekowi w nawiązywaniu prawidłowych relacji międzyludzkich i osiąganiu dojrzałości społecznej i psychologicznej. Dopiero na tym tle poruszane są tematy związane z płciowością, zawsze w kontekście celowości i budowania odpowiedzialności za własne działania. Prawidłowo przygotowane, profesjonalne programy edukacji seksualnej powinny: zapewniać rzetelną i pełną informację dostosowaną do wieku dziecka, zapewniać wiedzę odpowiednio wcześniej – tak, by wyprzedzać doświadczenia młodzieży, zapewniać rzetelną i pełną informację na temat antykoncepcji, w tym skuteczności, zalet i wad różnych metod, za-

pewniać rzetelną informację na temat AIDS i sposobu uniknięcia zakażenia wirusem HIV oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową, podkreślać odpowiedzialność mężczyzn za skutki aktywności seksualnej, podkreślać prawo kobiety do decyzji w sprawach dotyczących seksu, także do odmowy w każdej sytuacji. Uznaje się, że wychowanie prorodzinne oraz seksualne jest częścią wychowania osoby i nie może być oderwane od całego procesu wychowawczego.

Edukacja pacjenta (ucznia) to proces obejmujący oddziaływania wychowawcze i nauczanie skierowane na niego i jego środowisko, którego celem jest wpływ na kształtowanie (zmianę lub utrwalenie) motywów i postaw w pożądanym prozdrowotnym kierunku, zgodnie ze społecznie akceptowanymi celami programów promocji zdrowia, profilaktyki, wychowania zdrowotnego i oświaty zdrowotnej. Edukacja obejmuje to, co określamy jako pracę wychowawczą i dydaktyczną wynikającą z funkcji i zadań zawodowych pracowników ochrony zdrowia. Pielęgniarka występuje często w roli wychowawcy i nauczyciela. Powinna ona posiadać wiedzę oraz podstawowe umiejętności z pedagogiki dotyczące procesu wychowania i nauczania. Funkcja wychowawcza pielęgniarki to zadania, których celem jest zamierzony wpływ na osobowość podopiecznego poprzez kształtowanie prawidłowych, pożądaných zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, kształtowanie przekonań, systemu wartości. To zadanie bardzo ważne, biorąc pod uwagę treści wychowania seksualnego. Praca nad emocjami i uczuciami, tak ważnymi w procesie dojrzewania, to kolejne wyzwanie dla edukacyjnej roli pielęgniarki szkolnej.

Pielęgniarki współuczestniczą w realizacji celów edukacji zdrowotnej, wychowania zdrowotnego i oświaty zdrowotnej. Są to te wszystkie zadania programów promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, których istotą jest edukacja zdrowotna społeczeństwa. Edukacja zdrowotna to działania, których celem jest wyposażenie osób zdrowych lub chorych w wiedzę i umiejętności niezbędnych do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia. W promocji punktem odniesienia jest zdrowie, a jej celem inwestowanie w nie i jego wzmacnianie, poprawa lub utrzymanie na tym samym poziomie. W tym zakresie pielęgniarka propaguje w społeczności szkolnej i w odniesieniu do indywidualnych uczniów zachowania prozdrowotne i styl życia, który wspiera zdrowie. Pomaga w kształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu poprzez uczenie racjonalnego odżywiania, zasad higieny osobistej, form aktywnego wypoczynku, prawidłowych zachowań służących ochronie zdrowia, dbanie o higienę zdrowia psychicznego, zachowania właściwych proporcji między czasem poświęconym na pracę, naukę, aktywność, sen i wypoczynek. Profi-

laktyczna opieka zdrowotna nad uczniami ma na celu: wspieranie rozwoju i edukacji dzieci oraz młodzieży w wieku szkolnym, współdziałanie na rzecz ochrony i doskonalenia zdrowia uczniów.

Istotą tej opieki są medyczne działania profilaktyczne (prewencyjne) w stosunku do uczniów i ich rodziców oraz środowiska szkolnego, w tym:

- profilaktyka pierwotna (pierwszorzędowa) – ukierunkowana na wszystkich uczniów (szczepienia ochronne, edukacja zdrowotna) oraz szkołę i rodzinę (zachęcanie do zapewniania dzieciom i młodzieży odpowiednich warunków życia i nauki);
- profilaktyka wtórna (drugorzędowa) – dotycząca uczniów ze zwiększonym ryzykiem rozwoju zaburzeń i obejmująca wczesne wykrywanie ich objawów (testy przesiewowe, profilaktyczne badania lekarskie) oraz działania naprawcze;
- profilaktyka trzeciorzędowa – poradnictwo czynne dotyczące uczniów z problemami zdrowotnymi, społecznymi i szkolnymi, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, którego celem jest zapobieganie dalszym, niepomyślnym skutkom tych zaburzeń.

W założeniach do systemu [11] zapisano także udział pielęgniarki w planowaniu, realizacji i ewaluacji edukacji zdrowotnej w szkole i tworzeniu szkoły promującej zdrowie. Przyjęto także, że profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami powinna być powiązana z programami profilaktyki i promocji zdrowia w szkole oraz realizowana w ścisłej współpracy z pracownikami szkoły i rodzicami uczniów. Takie szerokie podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych uczniów zakłada Światowa Organizacja Zdrowia, która wymienia osiem elementów programu promocji zdrowia w szkole. Są to: edukacja zdrowotna, wychowanie fizyczne i rekreacja, profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami, posiłki szkolne, działania w zakresie promocji zdrowia w odniesieniu do pracowników szkoły, poradnictwo i pomoc psychologiczna, sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne szkoły, współpraca z rodzicami i społecznością lokalną [11–13].

W profilaktyce odniesieniem jest relacja między zdrowiem a chorobą. Celem profilaktyki jest zapobieganie wystąpieniu choroby. Zorientowana jest na ustalenie czynników ryzyka, ich eliminowanie, oddziaływanie na osoby szczególnie narażone na zachorowanie [14].

Medyczne działanie w szkole ma charakter profilaktyczny w stosunku do całej populacji szkolnej, grup zwiększonego ryzyka wystąpienia chorób i zaburzeń w stanie zdrowia, oraz do uczniów przewlekłe chorych i niepełnosprawnych [15–17]. Warto podkreślić, że władze publiczne powinny brać pod uwagę, że profilaktyka w ochronie zdrowia jest mniej kosz-

towna niż medycyna naprawcza, a profilaktyczna opieka zdrowotna w szkole jest inwestycją w przyszłe zdrowie populacji. Szkoła musi też mieć udział w zdrowotnej edukacji seksualnej, w której ważną rolę pełni pielęgniarka. Ze szkoły wychodzi człowiek dojrzały, od którego społeczeństwo wymaga również zachowań zapewniających mu zdrowie, będące zarówno jego osobistą wartością, jak i społeczną.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu; Założenia do systemu „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”. Warszawa 2002.
- [2] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 130 poz. 1196).
- [3] Leńczuk-Gruba A, Kobos E, Wrońska I. Przyczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w opinii pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania. *Problemy pielęgniarstwa* 2007; 15 (4): 218.
- [4] Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą z dnia 21 marca 2007 r. (Dz.U. Nr 56 poz. 379).
- [5] Woynarowska B, Sokołowska M. Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole. KOWEZ, Warszawa 2001; 16.
- [6] Zawadzka B, Nowak E. Przygotowanie nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej – na przykładzie woj. świętokrzyskiego. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 2006; 2: 31–36.
- [7] Badania TNS OBOP (wrzesień 2009, próba 1002 osoby w wieku 15 i więcej lat).
- [8] Brzezińska A. Między dzieciństwem a dorosłością – etapy rozwoju psychospołecznego. *Życie Szkoły* 1991; 4: 209.
- [9] Debesse M. Etapy wychowania. WSiP, Warszawa 1983; 123.
- [10] Żebrowska M. Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży. PWN, Warszawa 1975; 753–761.
- [11] World Health Organization; Promoting health through schools. WHO Technical Report Series 87.0. WHO, Geneva 1997.
- [12] Biuletyn nr 2005/2 – pismo Okręgowej Izby Lekarskiej.
- [13] Program Kursu Kwalifikacyjnego dla środowiskowych pielęgniarek (higienistek szkolnych) w środowisku nauczania i wychowania. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej. Warszawa, listopad 1988.

- [14] Radiukiewicz S. Medycyna Szkolna. Wyd. 4. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1987.
- [15] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. Nr 67 poz. 756).
- [16] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009 Nr 4 poz. 17).
- [17] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego z dnia 10 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 131 poz. 1079).
- [18] Woynarowska B. Zdrowie i szkoła. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Edyta Laurman-Jarząbek
Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny
25-711 Kielce, ul. Karczówkowska 36
e-mail: edytajarzabek@poczta.onet.pl
tel. +48 41 349 69 64

SZPITAL MALTAŃSKI

THE KNIGHTS HOSPITALLERS

Beata Bąk

Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. nadzw. dr hab. n. med. Józef Starzewski

STRESZCZENIE

Sacra Infirmaria – Szpital Zakonu Rycerzy św. Jana z Jerozolimy, znanych jako Rycerze Maltańscy, założony został na Malcie w 1574 roku, gdy zgromadzeniu przewodził Wielki Mistrz Jan de la Cassiere. Korytarz główny mierzący 155 m długości, 10,5 m szerokości i 11 m wysokości sprawił, że szpital był w tamtych czasach największą tego rodzaju budowlą w Europie. Spełniał on swoją funkcję do końca I wojny światowej. Nowoczesny system organizacyjny, a także działalność medyczna i opiekuńcza infirmerii prowadzonej przez joannitów, stała się jednym z fundamentów rozwoju nowoczesnej sztuki medycznej i pielęgniarstwa. Niniejsza praca jest poświęcona funkcjonowaniu szpitala na Malcie i powstała na podstawie zbiorów Muzeum Knights Hospitallers, Sacra Infirmaria w La Valletcie.

Słowa kluczowe: zakon św. Jana z Jerozolimy, historia medycyny, średniowiecze, historia pielęgniarstwa, Malta.

SUMMARY

The building of “La Sacra Infirmaria” – The Holy Infirmary of the Knights of St. John of Jerusalem also known as the Order of the Knights of Malta, was commenced in 1574 during the rule of Grand Master Jean de la Cassiere. The hall measuring 155 m in length, 10.5 m in width and 11 m in height was at that time one of the largest in Europe. It served as a hospital throughout the centuries up to the end of world war one. Modern hospital management system, as well as the medical and care practice, run by the Order of St. John (Knights Hospitaller) set the foundations for the development of the art of modern medicine and nursing. This paper is dedicated to the achievements of the order and it has been written using Museum Knights Hospitallers, Sacra Infirmaria resources (Valletta, Malta).

Key words: Order of the Knights of St. John of Jerusalem, history of medicine, medieval, history of nursing, Malta.

WSTĘP

„Pamięci wszystkim odważnym i pokornym sługom chorych, którzy poświęcili życie Bogu i wszystkim tym, którzy przysłużyli się temu budynkowi – Sacra Infirmaria Zakonu św. Jana” – tak brzmi inskrypcja przy wejściu do Muzeum Szpitala Joannitów w obecnej stolicy Malty. Imponujący gmach znajduje się w centrum La Valletty, nad samym brzegiem Morza Śródziemnego i jest świadectwem ogromnych zasług, jakie stały się udziałem rycerzy, nie tylko na polu walki za wiarę i Ziemię Świętą, ale przede wszystkim w służbie medycyny. Sława joannitów jako lekarzy, opiekunów chorych i potrzebujących oraz patronów sztuki lekarskiej przetrwała do dnia dzisiejszego.

HISTORIA SZPITALA MALTAŃSKIEGO

Najstarszy duchowny zakon rycerski powstał około 1085 roku, w okresie chrześcijańskich wypraw krzyżowych do Ziemi Świętej. Bractwo imienia św. Jana Chrzciciela zostało założone przy szpitalu w Jerozolimie, ufundowanym około trzydzieści lat wcześniej przez bogatych kupców z Amalfi. Jego zadaniem była opieka nad wiernymi, którzy rozchorowali się w czasie pielgrzymki do Palestyny. Początkowo mnisi ograniczali się tylko do prowadzenia szpitala, ale pod koniec pierwszej krucjaty, za sprawą Gérarda Tonque’a i jego następcy Wielkiego Mistrza Raymonda du Puy, bractwo przekształciło się oficjalnie w zakon. Ponieważ jednak okazało się, że pielgrzymi znacznie bardziej niż leków potrzebują ochrony przed atakami

ze strony niewiernych, wkrótce zawołaniem zakonu, nazywanego także „rycerzami szpitalnikami”, stało się hasło: „Obrona wiary i służba dla biednych” [1, 2, 3].

Do zakonu przyjmowano katolickich rycerzy z arystokratycznych rodów Francji, Włoch, Hiszpanii, Portugalii i Anglii. Szlachectwo było warunkiem niezbędnym do złożenia ślubów i nawet od służących wymagano udowodnienia „przyzwoitego pochodzenia” [1, 4]. Tradycje zakonu były w tym względzie niezmiennie przez wieki. Szeregi mnichów zasilala szlachta z najświetniejszych europejskich domów, ślubując swemu wielkiemu mistrzowi ubóstwo, czystość i posłuszeństwo. Legendarna była odwaga, waleczność, poświęcenie i umiejętności militarne zakonników.

Mimo dużego prestiżu i zasług, po upadku Królestwa Jerozolimskiego rycerze musieli opuścić Ziemię Świętą. Wielokrotnie przenosząc swoją siedzibę w obrębie wschodniej części Morza Śródziemnego, przebywali m.in. na Cyprze, a po podboju Rodos w 1309 roku założyli tam suwerenne państwo rycerskie [1, 2, 3]. W latach 1440–1489, dochowując wierności tradycji powołania, joannici prowadzili tam szpital. Jednak oprócz tej niewątpliwie szlachetnej działalności, mając za bazę Rodos, mnisi-rycerze stali się wówczas także żeglarskim zakonem korsarzy w służbie Chrystusa, „ochraniającym” na morzu statki chrześcijańskich kupców. Z bezpiecznych, ufortyfikowanych portów wypływali nie zawsze w pokojowych zamiarach i często zwyczajnie napadali obce okręty, łupiąc je bezlitośnie.

Przez wiele lat joannici byli solą w oku sułtanów osmańskich, gdyż działali oni na szlakach handlowych wykorzystywanych przez muzułmanów. Sytuacja ta m.in. zmusiła władców tureckich do radykalnych działań i wkrótce zwycięska kampania prowadzona przez Sulejmana Wspaniałego przetoczyła się przez region Morza Śródziemnego, obejmując zasięgiem również Rodos. W wyniku trwającego sześć miesięcy oblężenia, zakon broniący wyspy poniósł sromotną klęskę, a Turcy stali się dominującą potęgą w tej części świata [4]. W 1453 roku padł Konstantynopol, a armia osmańska zagroziła całemu znanemu wówczas światu, podczas gdy królestwa Europy rzucały się sobie do gardeł, niezdolne do zjednoczenia przeciw wspólnemu wrogowi.

Joannici musieli opuścić Rodos. Wbrew jednak utartym przekonaniom o tureckich barbarzyństwach, Osmanowie okazali łaskę pokonanym chrześcijanom. Rycerze wypływali z wyspy wraz z całym swoim dobytkiem, włącznie z relikwiami szczątków ręki św. Jana Chrzciiciela. Przez siedem lat nie mieli jednak domu, zajmując jedynie chwilowe siedziby na Sycylii i w Italii. Wreszcie, w zamian za roczną daninę, Karol V Habsburg, Cesarz Świętego Cesarstwa Rzymskiego

i Król Hiszpanii nadał joannitom wyspy Archipelagu Maltańskiego [5, 6].

W 1530 roku statki z rycerzami, osobami im towarzyszącymi i całym dobytkiem zakotwiczyły u wybrzeży Malty. Od tej pory zakonnicy nazywali się kawalerami maltańskimi – „maltańczykami” [2]. Archipelag wzbudził wielkie rozczarowanie wśród przybyłych, którzy opisywali to miejsce jako „nie ponad skały z piaskowca [...] ledwo pokryte trzema lub czterema stopami ziemi. [...] Nie ma tu strumieni ani studni [...], drewna jest tak mało, że sprzedaje się je na funty. [...] Liczba mieszkańców obu płci sięga może 12 tys., w większości biednych i nieszczęśliwych” [7].

Osiedlenie się zakonników sprawiło, że Malta po raz pierwszy znalazła się w centrum zainteresowania Europy. Dla kilku tysięcy gości trzeba było przecież szybko znaleźć lub wybudować schronienie. Priorytetem stało się więc wzniesienie fortyfikacji, które miały nie tylko dać nowy dom osadnikom, ale też powstrzymać zbliżający się wielkimi krokami atak wojsk osmańskich kontynuujących swoją ekspansję. Jednak najważniejszą misją zakonu i racją jego bytu pozostawała niezmiennie służba chorym i biednym.

Joannici osiedli w małej wiosce rybackiej Birgu (dziś Vittoriosa), nieopodal Fortu św. Anioła, normańskiego zamku, w którym założyli kwaterę główną [8]. W pobliżu znajdowała się kaplica św. Wawrzyńca, szpital zwany Świętą Infirmerią, arsenał oraz oddzielne oboze lub dormitoria, w których rycerze poszczególnych ośmiu języków – tak określano narodowości – mieszkali podczas pobytu w zgromadzeniu. Były to oboze: Prowansji, Owernii, Francji, Italii, Niemiec, Anglii, Portugalii oraz Kastylii i Aragonii. Każdy „język” był zarządzany przez mistrza, który często sprawował jeszcze inną, dodatkową funkcję w zakonie. Dowódca Francji zwykle był Wielkim Szpitalnikiem i zwierzchnikiem Świętej Infirmerii. Każdy rycerz, niezależnie od rangi, był zobowiązany okresowo poświęcać czas na służbę w szpitalu [7, 9, 10].

Joannitom przewodził wielki mistrz, wybierany przez rycerzy dożywotnio. Stał on na czele Świętej Rady, złożonej z najwyższych dostojników zakonu. Istniały trzy klasy rycerzy. Pierwszymi wśród nich byli Rycerze Sprawiedliwości, ci „najczystszej krwi”. Drugimi rangą byli kapelani zakonni – Rycerze Duchowni, których służba poświęcona była głównie szpitalowi i kaplicy. Trzecimi w hierarchii zakonnej byli Bracia Służący, nawet jeśli nie byli całkiem szlacheckiego pochodzenia – o ile nie byli bękartami, jako żołnierze. Dodatkowo wyróżniano Rycerzy Mistrzowskich i Rycerzy Łaski powoływanych przez wielkiego mistrza i zatwierdzanych przez radę.

Symbolem zakonu i znakiem rozpoznawczym był krzyż. Istniały dwa rodzaje krzyży. Pierwszy z nich,

kwadratowy, umieszczany na tunikach i proporcach, był biały i znajdował się na szkarłatnym polu. Drugi – krzyż profesji, rytualny, miał osiem kątów i wyszyty był na habicie lub noszony na łańcuchu. Istnieje kilka teorii na temat symboliki tego znaku. Niektórzy sądzą, że każdy z ośmiu punktów krzyża reprezentował jeden z ośmiu języków zakonu. Inni twierdzą, że był on symbolem ośmiu nagród duchowych z Kazania na Górze. Jeszcze inni, mniej wyrozumiali dla mnichów, sugerowali, że każdy punkt symbolizował jeden z siedmiu grzechów głównych popełnionych przez rycerzy, którzy sami stanowili dla siebie prawo, z dodatkowym punktem na wszelki wypadek: na zapasowy grzech w razie potrzeby. Niezależnie jednak od opinii na temat postaw moralnych i obyczajowych joannitów faktem jest, że ośmiokątny krzyż pozostaje symbolem zakonu do dnia dzisiejszego, a także jest godłem narodowym Malty.

Na co dzień utrzymanie dyscypliny wśród rycerzy bywało niekiedy dosyć problematyczne. W teorii zakon był wspólnotą członków stanowiących w wierze i mających wspólny cel, jednak wywodzących się z ośmiu różnych narodów. Łączyły ich wprawdzie śluby zakonne, ale dzieliły konflikty polityczne i religijne ówczesnej Europy. Kiedy jednak nadszedł czas konfrontacji z największym wrogiem chrześcijan, joannici zjednoczyli swoje siły i wślawili się niezwykłą odwagą i poświęceniem. Było to podczas osmańskiego oblężenia Malty w 1565 roku, gdy pod wodzą Wielkiego Mistrza Jeana Parisot de la Valette, mała grupa obrońców odparła najazd wielotysięcznej armii tureckiej [4, 8].

Niespokojne wojenne czasy, zwiększająca się liczba mieszkańców Malty i ich rosnące potrzeby, skłoniły władze zakonu pod przewodnictwem Wielkiego Mistrza Jeana de la Cassiere do powzięcia decyzji o budowie nowego szpitala. Sacra Infirmaria – wzniesiony w 1574 roku u stóp Fortu św. Elma ogromny halowy szpital, stał się na owe czasy najnowocześniejszym tego typu obiektem na świecie.

Oryginalny budynek ustawiono na bazie kwadratu. Dwa główne oddziały – jeden znany jako Wielki Oddział, drugi jako Mały Oddział, położone były względem siebie pod kątem prostym. Oddziały te składały się z małych pokoi usytuowanych na dwóch piętrach. Szpital przez wiele lat modernizowano i ulepszano, aż w 1666 roku zakończono jego budowę. Przedłużeniem Wielkiego Oddziału stał się przestronny, liczący 155 m długości, 10,5 m szerokości i 11 m wysokości korytarz przeznaczony na łóżka dla chorych. W owych czasach mówiono o tym pomieszczeniu jako o najbardziej okazałym wnętrzu na świecie.

W okresie największej świetności Sacra Infirmaria składała się z 563 łóżek, których liczba mogła wzrosnąć w razie potrzeby do 914. Na Wielkim Oddziale

leczono głównie schorzenia przewlekłe. Pielgrzymi oraz członkowie wspólnot religijnych mieli do dyspozycji 22 łóżka. Kolejne pododdziały wyodrębniono z myślą o pacjentach leczonych chirurgicznie, z których duże znaczenie miały dwa Oddziały Litotomiczne, gdzie przebywali cierpiący na kamice pę-



Fot. 1. Wielki Oddział w czasach swojej świetności



Fot. 2. Wielki Oddział



Fot. 3. Opieka nad chorymi w Sacra Infirmaria

cherza moczowego. Mały Oddział z 20 łózkami zarezerwowany był dla umierających. Chorzy skazańcy leczeni byli na Oddziale św. Józefa, natomiast członkowie zakonu św. Jana przyjmowani byli na Oddziale Królewskim. Kilka małych pokoi, nazywanych „gołębnikami” zarezerwowanych było dla zakaźnie chorych. Kobietom przeznaczony był inny, osobny budynek. Im również nie wolno było służyć w Świętej Infirmarii.

Imponujący był zakres operacji, jakie przeprowadzano w szpitalu. Usuwno guzy i kamienie moczowe. Skutecznie leczono zaćmę i amputowano kończyny. Z powodzeniem też wykonywano trepanację czaszki.

Dolny poziom szpitala przeznaczony był dla chorych psychicznie. Obecnie, podobnie jak w czasach swego funkcjonowania, sprawia on wrażenie raczej ponurego lochu. Tutaj, w odróżnieniu od pozostałych oddziałów standardy opieki były bardzo niskie, aczkolwiek nieodbiegające od ogólnie obowiązujących w Europie tamtego okresu. W średniowieczu i czasach późniejszych psychicznie chorzy budzili ciekawość, byli obiektem kpin i żartów, w najlepszym razie stanowili grupę wykluczoną poza społeczność [11]. Równie bezwzględnie obchodzono się z nimi w szpitalu. Niebezpiecznych i agresywnych przypinano łańcuchami do ściany w bardzo małej, wilgotnej i ciemnej celi. Jako jedyni w infirmerii byli źle odżywiani, źle ubrani oraz zbyt często i bezlitośnie bici.

Do szpitala przyjmowano chorych i rannych z Malty, pobliskiej wyspy Gozo, a także obywateli z innych krajów, którzy potrzebowali pomocy medycznej. Udzielano jej każdemu, bez względu na rasę, narodowość i religię. W lipcu 1798 roku dr Vincenzo Caruana przedstawił komisji rządowej raport o stanie szpitala i przytułków na Malcie i Gozo. Pisał m.in., że „[...] Sacra Infirmaria, szpital dla mężczyzn, gdzie przeciętnie przebywa około 400 pacjentów stanowi zasadniczą działalność zakonu. Z 544 łózkami zajmuje budynki położone na Grand Harbour i po drugiej stronie na Marchant Street. Rocznie wydaje ok. 66,811 scudi. Jeśli dodać do tego koszty darmowych leków dla sierot przebywających w małym domku obok szpitala dla kobiet, leków dla pacjentek oddziału kobiecego, chorych skazańców, niewolników i bezdomnych roczne koszty utrzymania szpitala wzrastają do 90,311 scudi [12].

Wielki Mistrz okresowo wizytował oddziały i niekiedy, zwłaszcza w czasie wielkiego postu, służył chorym, osobiście ich karmiąc. Podlegał mu Wielki Szpitalnik – zwierzchnik Francuskiej Oberży. Do jego obowiązków należały codzienne, ranne i wieczorne wizyty na oddziałach. Kontrolą objęci byli zarówno chorzy, jak i personel, który nadzorowany był pod względem obecności na stanowiskach, prawidłowego

rozdziału żywności, terminowego podawania leków i czystości otoczenia pacjentów. W razie potrzeby codziennie zmieniano pościel chorego, a małe grupki pacjentów oddzielane były od siebie lnianym prześcieradłem [2]. Aby ulżyć cierpieniom podopiecznych z powodu powikłań leczenia wprowadzono praktykę gotowania narzędzi, kładąc nieświadomie podwaliny pod nowoczesne metody walki z zakażeniami szpitalnymi. Stale w dzień i w nocy dyżurowało dwóch chirurgów, codziennym zaś zaspokajaniem potrzeb chorych związanych z czystością, załatwianiem potrzeb fizjologicznych, podawaniem leków i zmianami opatrunków zajmowali się rycerze pielęgniarze przygotowani również do współpracy zabiegowej z chirurgami. Duchową opiekę nad wszystkimi sprawował przeor i kapelani zakonnici.

Oddziały funkcjonowały wg specjalnych przepisów porządkowych, do których przestrzegania obowiązani byli wszyscy pacjenci. Konieczna była m.in. obecność w łóżku podczas wizyty lekarskiej, a kroki dyscyplinarne w postaci wydalenia ze szpitala stosowano w przypadku przylapania chorego na grze w kości, karty i szachy.

Pacjentów szpitala bardzo dobrze karmiono. Pościłki podawano dwa razy dziennie. Nadzór nad dietami sprawował naczelnny pielęgniarz. Kucharze zakonnici każdego dnia gotowali rosół z 200 kurcząt. W menu można było znaleźć oprócz tego ryż, zioła, mięso wołowe, gołębie, ziemniaki, mleko, biały chleb, ciastka i sycylijskie wino. Jedzenie podawano w srebrnych naczyniach, nie tyle z chęci manifestowania luksusu, co ze względów higienicznych i konserwacyjnych. Chory przy przyjęciu otrzymywał talerz, łyżkę do zupy, kubek, łyżeczkę i 2 dzbanki. Wyjątek stanowili skazani kryminaliści i galernicy, którzy spożywali posiłki z cynowych naczyń. Uzbrojeni służący odpowiedzialni byli za mycie i przechowywanie naczyń. Kiedy wiele lat później, podczas inwazji francuskiej na wyspy, w dość skandalicznych okolicznościach przetopiono zastawę, uzyskano z niej 1600 kg czystego srebra [7].

Lecząc i opiekując się chorymi, joannici wykorzystywali bogactwa naturalne wyspy. Jako przykład niech posłuży *Cynomorium Coccineum*, nazywany także „grzybem maltańskim”, choć nazwa jest myląca, bo roślina wcale grzybem nie jest. Największe jej zasoby znajdują się na wyspie Gozo. Lecnicze właściwości rośliny odkryli wcześniej Arabowie. Idąc za ich przykładem szpitalnicy stosowali ją z powodzeniem w chorobach krwi, dyzenterii i leczeniu ran. Falliczny kształt *Cynomorium Coccineum* przekonał rycerzy, że może ona wspomagać także inne, męskie części ciała. Wysyłano ją zatem sproszkowaną jako podarunek dla koronowanych głów Europy. Roślina musiała być niezwykle skuteczna, gdyż była pilnie

strzeżona. Każdy, kto ośmielił się zerwać choćby niewielką ilość, narażał się na 2 lata ciężkich galer.

Oprócz leczenia i pielęgnowania chorych, zakon maltański prowadził szeroko zakrojoną, regularną działalność wspierającą, obejmującą potrzebujących mieszkańców archipelagu. Udzielano rzeczowej i finansowej pomocy ciężarnym kobietom, które się o nią zwracały. Wsparcia nie byli pozbawieni niepełnosprawni, ubodzy, wdowy żeglarzy zmarłych w służbie dla zakonu i sieroty. Szpitalnicy dbali też o niechciane niemowlęta. Każdy mógł anonimowo przynieść dziecko i położyć w specjalnym łóżeczku zainstalowanym w obrotowych drzwiach. Sieroty płci męskiej przebywały w zakonie do 7 roku życia. Po tym okresie zazwyczaj kształcono je w dziedzinach handlu. Natomiast dziewczynkami opiekowano się do 3 roku życia, po czym umieszczano je w klasztorze, gdzie przebywały do końca swych dni, jeśli taka była ich wola, lub do momentu zamążpójścia. Działania takie zapobiegały marginalizacji życia sierot i prostytucji kobiet wynikającej z ich samotnego życia.

Lata 1675–1676 to okres panowania na Malcie wielkiej epidemii dżumy, podczas której życie straciło około 11 000 ludzi. Ofiar mogło być więcej, gdyby nie świadoma i racjonalna działalność szpitalików zmierzająca do zahamowania rozprzestrzeniania się zarazy. Zarządzono m.in. kwarantannę dla towarów i załóg statków przyplływających do portu. Okres kwarantanny był różny w zależności od miejsca, z którego okręt przyplwiał. I tak: dla krajów Lewantu, Grecji i Bałkanów wynosił 40 dni dla załogi i 55 dni dla towarów; dla statków przyplływających z Europy okres ten był krótszy i wynosił zarówno dla załogi, jak i ładunku 25 dni. Okręty objęte kwarantanną były strzeżone przez wojsko i żaden człowiek pod groźbą kary śmierci nie mógł przed upływem określonego czasu postawić stopy na stałym lądzie.

Wyjątkowe postępowanie obowiązywało również na samej wyspie. Lekarze Świętej Infirmierii w przypadku podejrzenia lub pierwszych objawów dżumy decydowali o przewiezieniu pacjenta na pobliską, niezamieszkałą wysepkę Marsamxetto. Bliscy chorego i osoby mające z nim kontakt otrzymywały zakaz opuszczania swoich domów, których drzwi oznaczano krzyżem. Działania te pozwoliły na szybką identyfikację ognisk choroby, a izolacja chorych na opanowanie epidemii. Co prawda, podczas jej trwania biedota nie była wpuszczana na teren Infirmierii, ale otrzymywała bezpłatną pomoc w swoich domach. Rycerze przestępujący progi budynków zakonnych obowiązani byli do przebycia wcześniejszej, trzydniowej kwarantanny w specjalnych pomieszczeniach szpitala. Po tym czasie, w zależności od obecności objawów, wpuszczani byli na teren zakonu albo wywożeni na Marsamxetto.

Schyłek działalności rycerzy maltańskich na wyspie przypadł na XVII wiek. Brak wrogów oraz atmosfera rewolucyjna w Europie sprawiły, że religia, służba chorym i ubogim przestały być dla joannitów sensem życia. Coraz częściej dało się słyszeć o pijackich awanturach i pojedynkach o względy miejscowych dam. Jakby na przekór swym malejącym wpływom wielcy mistrzowie zaczęli stroić się w coraz wytworniejsze szaty i nieprzydatne już zbroje, co nie przysparzało szpitalnikom popularności wśród miejscowej ludności. Większość zakonników stanowili z reguły Francuzi. Nic więc dziwnego, że z chwilą wybuchu rewolucji stanęli po stronie monarchii. Nie ominęła ich za to sroga zemsta ze strony zwycięskich rewolucjonistów. Posiadłości zakonne rozgrabiono, a oberże na Malcie pozbawiono obywatelstwa [7, 8, 12].

Dla joannitów gorsze czasy miały jednak dopiero nadejść wraz z cesarzem Napoleonem Bonaparte. Uważał on, że Malta stanowi łakomy kąsek ze względu na chęć ograniczenia brytyjskich wpływów w basenie Morza Śródziemnego. Rozpoczął więc oblężenie wyspy, w wyniku którego 10 czerwca 1798 roku Maltańczycy poddali ją cesarzowi, kończąc praktycznie tym samym swoją służbę [7, 8]. Najeźdźcy bezlitośnie ograbili joannitów. Srebrne naczynia szpitalne przetopiono i tym sposobem sfinansowano napoleońską wyprawę na Egipt. Przejęty budynek Sacra Infirmieria od tej pory służył francuskim żeglarzom i żołnierzom, po raz pierwszy w swej historii stając się szpitalem wojskowym. Francuskie rządy na wyspie były dla szpitala katastrofalne. Nowi właściciele w ciągu kilku tygodni zaprzepaścili wieloletni dorobek i tradycje joannitów. Z ówczesnych źródeł wiadomo, że brakowało wszystkiego: lekarstw, odzieży, żywności, ale przede wszystkim wody. Opieka lekarska i pielęgnarska była na najniższym możliwym poziomie, ponieważ mnichów często zastępowano zupełnie nieprzygotowanymi i nieprofesjonalnymi pracownikami cywilnymi. Szerzyły się szkorbut i biegunki.

Stan ten nie trwał na szczęście długo. Z początkiem września 1800 roku Brytyjczycy postanowili rozprawić się z Francuzami na Malcie na tyle skutecznie, że ci ostatni po dwumiesięcznej obronie skapitulowali. Wraz z ewakuacją Francuzów ostatecznie opuścił wyspę duch rycerstwa św. Jana z Jerozolimy. Miejscowa ludność entuzjastycznie przyjęła zwycięzców i na długo znalazła się pod wpływem brytyjskim, którego dziedzictwo spotyka się na Malcie do dzisiaj.

Po kapitulacji Francji Brytyjczycy przejęli infirmerię, kwaterując tam swoich chorych żołnierzy i nadając jej nową nazwę Generalnego Szpitala.

W 1887 roku świat medyczny jeszcze raz usłyszał o szpitalu na Malcie, gdy angielski mikrobiolog i chirurg wojskowy David Bruce odkrył tam i opisał

bakterię zwaną pałeczką maltańską, wywołującą chorobę zakaźną, nazwaną na cześć swojego odkrywcy brucelozą (gorączka maltańska, gorączka śródziemnomorska, gorączka falista).

Także kilku innych lekarzy wywodzących się ze Świętej Infirmierii zasługuje na miejsce w historii medycyny. Jednym z nich jest Fra Giuseppe Zammit, który kierował od 1676 roku Katedrą Anatomii i Chirurgii w szpitalu maltańskim. Ze swoich własnych środków utworzył ogród botaniczny w pobliżu Fortu św. Elma, w którym hodował rośliny, sporządzając z nich leki i ucząc tej sztuki następców. Swoją wiedzę wraz z biblioteką, w której zgromadził 15 000 woluminów na temat medycyny, chirurgii i innych nauk, przekazał studentom ze szpitala zakonu św. Jana. Był również osobistym lekarzem pięciu kolejnych wielkich mistrzów. Zmarł w 1722 roku po 52 latach pracy jako lekarz i nauczyciel.

Gabriele Henin był trzecim kierownikiem Katedry Anatomii i Chirurgii w Sacra Infirmieria i pierwszym chirurgiem, który otrzymał tę posadę. W 1721 roku został wysłany przez władze zakonu do szpitala Santa Maria Nuova we Florencji, aby tam doskonalić wiedzę i umiejętności. Specjalizował się w oftalmologii i jako pierwszy przeprowadził udaną trepanację w przypadku wgniecenia złamanej kości czaszki do mózgu.

Warto wspomnieć jeszcze jedną, mniej znaną, ale wybitną postać w historii medycyny, której korzenie sięgają świętego szpitala. Mikielang Grima urodził się około 1731 roku. Jako dwunastolatek rozpoczął naukę medycyny i chirurgii w Świętej Infirmierii, kontynuując ją w Pizie i Florencji. Swoje wojenne doświadczenia lekarza frontowego udokumentował w dziele *Della Medicina Traumatica*. Jako wykładowca anatomii i chirurgii opublikował *Instituzion*

d'Anatomia, będącą rozwinięciem i komentarzem znanych dzieł w tej dziedzinie i nieocenionym źródłem wiedzy dla studentów. Przed wynalezieniem anestetyków szybkość z jaką operował przyczyniła się do jego ogromnego sukcesu. Grima otwierał pęcherz moczowy i usuwał z niego kamienie w dwie i pół minuty! Pracował w Sacra Infirmieria prawie do śmierci w 1798 roku.

Ze względu na geograficzne położenie wyspy okres I wojny światowej był bardzo pracowity dla szpitala maltańskiego. Zwożono do niego chorych i rannych żołnierzy armii sprzymierzonych z pobliskich frontów, przede wszystkim z Gallipoli, gdzie toczyły się najcięższe walki [8]. Wówczas to Malta zyskała przydomek „pielęgniarki Europy”. Wkrótce po wojnie szpital jednak zlikwidowano, a budynek Świętej Infirmierii przejęła policja, czyniąc z niej swoją siedzibę.

II wojna światowa także nie pozwoliła o sobie zapomnieć mieszkańcom archipelagu. Stolica była mocno bombardowana przez siły niemieckie ze względu na swoje strategiczne położenie i stacjonujące tam wojska brytyjskie. Budynek infirmerii został w przeważającej części zburzony.

Gdy Malta uzyskała niepodległość w 1964 roku, młode państwo zaczęło się dynamicznie rozwijać. Dopiero jednak w 1978 roku podjęto się zadania odrestaurowania Sacra Infirmieria. Przekształcono go w Śródziemnomorskie Centrum Konferencyjne. Przygnębiający, smutny, stary budynek zmienił się wkrótce w dostojny, pełen wdzięku i śródziemnomorskiego klimatu gmach. Pomimo pożaru w 1987 roku, który strawił część budowli, odnowiono go i ponownie oddano do użytku 3 lata później. Obecnie większa część budynku Sacra Infirmieria przeznaczona jest dla zwie-



Fot. 4. Sacra Infirmieria obecnie

dzających i stanowi świadectwo historyczne działalności medycznej rycerzy joannitów na Malcie.

Sami joannici po opuszczeniu Malty ograniczyli się do zadań charytatywnych. W Niemczech w XIX wieku powstał ewangelicki zakon joannitów i katolicki zakon maltański. Obie organizacje wielce zasłużone dla rozwoju opieki zdrowotnej utrzymują liczne instytucje służące temu celowi, wśród nich szpitale, banki krwi, domy starców i pogotowia ratunkowe na całym świecie. Kawalerowie Maltańscy kierują obozami dla uchodźców, a także prowadzą szpital położniczy w Betlejem. Zakon współpracuje z wieloma kościołami chrześcijańskimi i wyznawcami innych religii. Ma podobnie jak Watykan status niezależnego podmiotu prawa międzynarodowego. Główną siedzibą zakonu jest Via Condotti w Rzymie. Joannici wydają własne znaczki pocztowe, mają swój korpus dyplomatyczny, a głowie ich państwa przysługuje tytuł książęcy i miano „wielkiego mistrza”. Współcześnie tylko najwyżsi dostojnicy zakonu składają śluby czystości i ubóstwa, pozostali to członkowie świeccy, do których mogą należeć także kobiety [1, 13, 14, 15].

ZAKOŃCZENIE

System organizacyjny szpitala maltańskiego zadziwia przejrzystością – wydaje się, że standardy organizacyjne nie odbiegały daleko od obowiązujących współcześnie. Zdumiewa wysoki poziom wykształcenia lekarzy i szeroki wachlarz leczonych skutecznie schorzeń. Segregacja chorych zmierzająca do ograniczenia zakażeń w oddziałach, dbałość o higienę, prawidłowe żywienie chorych, patronat nad wybitnymi medykami i chirurgami, skuteczne leczenie chirurgiczne takich schorzeń jak zaćma, amputacje, trepanacje, usuwanie guzów, to tylko niektóre z długiej listy zasług braci szpitalników.

Joannici, poprzez zastosowanie wielu nowatorskich i racjonalnych w tamtejszym okresie metod leczenia i pielęgnowania chorych, przyczynili się w ogromnym stopniu do rozwoju nauk medycznych. Zaprzeczyli tym samym, że średniowiecze było dla medycyny okresem zacofania, ciemnoty i zabobonu.

Spuścizna „maltańczyków” zachęca do dalszych studiów nad opiekuńczo-leczniczą działalnością zakonu w innych częściach świata.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Seward D. Mnisi wojny. Krótka historia zakonów rycerskich. Zys i S-ka, Poznań 2007.
- [2] Kronika medycyny. Wydawnictwo Kronika – Marian B. Michalik, Warszawa 1994.
- [3] Bradford E. The shield and the sword; the Knights of St. John, Jerusalem, Rhodes, and Malta. Dutton, New York 1973.
- [4] Schermerhorn EW. Malta of the Knights. Houghton Mifflin, New York, London 1930.
- [5] Cieślak A. Przywilej cesarza Karola V z 1530 roku nadający Zakonowi Szpitalników wyspę Maltę i Gozo oraz twierdzę Trypolis. Roczniki Humanistyczne KUL 2002; 50(2).
- [6] Lange T.W. Szpitalnicy, joannici, kawalerowie maltańscy. Bellona, Warszawa 1999.
- [7] Tobolewski M. Podróże marzeń Malta. Mediaprofit Sp. z o.o., Warszawa 2006.
- [8] Wituch T. Dzieje Malty. Książka i Wiedza, Warszawa 1980.
- [9] Potkowski E. Rycerze w habitach. Bellona, Warszawa 2004.
- [10] Sozański J. Tajemnice Zakonu Maltańskiego. KOM-PAKT, Warszawa 1993.
- [11] Podgórska-Klawe Z. Początki i rozwój szpitalnictwa. W: Historia medycyny. Red. T Brzeziński. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1988; 3: 80–94.
- [12] Źródła muzeum Sacra Infirmaria na Malcie.
- [13] Sire HJA. Kawalerowie Maltańscy. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2000.
- [14] Baranowski J, Libicki M, Rottermund A. i wsp. Zakon Maltański w Polsce. Red. SK Kuczyński. DiG, Warszawa 2000.
- [15] Czerwiński P. Zakon Maltański i stosunki jego z Polską na przestrzeni wieków. Szkic historyczny. Egros, Londyn 1963.
- [16] Wrzesiński S. Joannici na ziemiach polskich. Wyd. Egros. Warszawa 2007.

Adres do korespondencji

Beata Bąk
25-637 Kielce, ul. Dewońska 19/16
e-mail: beatab5@onet.eu

REGULAMIN PUBLIKACJI PRAC W „STUDIACH MEDYCZNYCH”

- Kwartalnik „Studia Medyczne” (“**Medical Studies**”) przyjmuje do druku prace w języku polskim i angielskim, oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, historyczne, listy do redakcji, recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, z medycyny oraz z dziedzin pokrewnych: psychologii, etyki, historii medycyny, organizacji ochrony zdrowia.
- Wszystkie prace oryginalne muszą spełniać wymogi Deklaracji Helsińskiej z 1989 r. W uzasadnionych przypadkach musi być załączona informacja o zgodzie Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badania lub przesłanie odpowiedniej dokumentacji. W opisie przypadków kazuistycznych obowiązuje zakaz podawania danych personalnych, chyba że chory wyraża na to świadomie zgodę, np. na publikowanie zdjęć.

PRZYGOTOWANIE MANUSKRYPTU (MASZYNOPISU)

Maszynopis pracy winien być przygotowany w formacie A-4. Tekst pisany czcionką 12 pkt, z zachowaniem marginesów: górny i dolny – po 2 cm, lewy – 3 cm, prawy – 4 cm. Na kartce wydruku powinno być ok. 30 wierszy, w każdym wierszu ok. 60 znaków, licząc łącznie z odstępami między wyrazami, interlinia – przynajmniej 24 pkt.

Strona tytułowa

1. Tytuł pracy: (w języku polskim i angielskim).
2. Imię (imiona) i nazwisko autora(ów), tytuły naukowe.
3. Instytucja(e), z której pochodzi praca.
4. Kierownik instytucji (tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko kierownika).

Streszczenie (w języku polskim i angielskim) dla prac oryginalnych od 200 do 250 słów w układzie: cel pracy, materiał i metody, wyniki i wnioski; dla prac kazuistycznych i poglądowych – od 100 do 150 słów).

Słowa kluczowe. 4–5 terminów indeksujących lub słów kluczowych (w języku polskim i angielskim) opisujących przedmiot pracy (jeśli to możliwe – zgodnie z Index Medicus Medical Subject Headings (MESH)).

Tekst pracy. W zależności od rodzaju, praca powinna być podzielona na:

- praca oryginalna – wstęp (wprowadzenie do zagadnienia, opis problemu i założenia), cel(e) pracy,

materiał i metody (opis projektu badania naukowego, miejsca), wyniki (o ile jest to możliwe, mogą być częściowo przedstawione w tabelarycznym układzie), omówienie (na tle aktualnego piśmiennictwa) i wnioski (nie powinny być powtórzeniem wyników pracy);

- praca kazuistyczna – wstęp, opis przypadku, omówienie i wnioski;
- praca poglądowa – wstęp, rozwinięcie omawianego tematu (problemu), wnioski.

Objętość pracy oryginalnej nie powinna przekraczać 14 stron maszynopisu znormalizowanego, pracy kazuistycznej 8 stron, a pracy poglądowej 18 stron łącznie z piśmiennictwem. W niektórych przypadkach prace mogą przekraczać limit objętości za zgodą Komitetu Redakcyjnego.

Skróty stosowane w tekście należy zawsze objaśniać przy pierwszym wystąpieniu terminu, nie należy stosować skrótów w tytule pracy. Określenia statystyczne, skróty i symbole powinny być jasno zdefiniowane.

Niezależnie od tematyki w tekście należy używać międzynarodowych nazw leków.

Wyniki badań laboratoryjnych oraz odpowiednie normy i odchylenia standardowe powinny być wyrażone w jednostkach przyjętych przez Międzynarodowy Układ Miar SI.

Tabele kombinowane, ryciny, zdjęcia, mapy, wzory itp. powinny być załączone w osobnej kopercie, również na płycie z zaznaczeniem miejsca ich umieszczenia w tekście. Rozmiar rycin 12–14 cm, tabele do formatu A4.

Podziękowania. Dotyczą osób lub instytucji, które przyczyniły się do powstania pracy, w tym źródeł finansowych, dzięki którym powstała praca. Osoby wymienione w podziękowaniach muszą dać zgodę na ujawnienie swojego nazwiska. Uzyskanie zgody należy do autorów.

Piśmiennictwo powinno być umieszczone na końcu pracy – pisane taką samą czcionką jak tekst. Układ piśmiennictwa musi być zgodny ze standardem Vancouver, tj. wg kolejności cytowania w pracy. Należy uwzględnić nazwisko, pierwsze litery imion, tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (wg Index Medicus), rok, tom i strony początkową i końcową. Jeżeli liczba autorów przekracza 3, to po 3 nazwiskach dodać: i wsp. W pracach oryginalnych i poglądowych należy uwzględnić do 40 pozycji, w kazuistycznych do 10. Każdą publikację umieszczać należy od nowego wiersza.

Przykłady prawidłowego piśmiennictwa:

– Artykuł:

Andrzejewski AM, Kolasiński Z, Bryk A i wsp. Własne 10-letnie doświadczenia w cholecystektomii laparoskopowej. *Wideochirurgia* 2006; 1: 82–89.

Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair. *Eur J Surg* 2002; 168: 684–689.

– Książka:

Franklin MA. *Thoracoscopy*. MTP Press. Lancaster, UK 1986.

– Rozdział w książce:

Bron JD. Early events in the infection of the arthropod gut by pathogenic insect viruses. In: *Invertebrate Immunity*. Ed. K Maramorosch, RE Shope. Academic Press. New York, San Francisco, London 1976; 80–111.

Orkiszewska A. Badania u chorych chirurgicznych. W: *Chirurgia dla pielęgniarek*. Red. W Rowiński, A Dziaka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 4: 48–72.

Adres do korespondencji. Na końcu pracy musi być zamieszczony adres autora oraz nr telefonu, faksu, e-mail.

Oświadczenie. Do pracy należy dołączyć oświadczenie, że nie była publikowana i że nie została złożona do druku w innym czasopiśmie oraz że autor wyraża zgodę na opublikowanie pracy w Internecie.

Odpowiedzialność prawną i merytoryczną za nieprawidłowości związane z przygotowaniem pracy ponoszą wszyscy autorzy w równym stopniu.

- Prace powinny być przesłane w 2 egzemplarzach maszynopisu i niezależnie od tego na opisanej płycie CD. Zalecane są formaty: Word pod Windows 98/2000/XP.

REDAKCYJNE OPRACOWANIE

- Wszystkie prace są recenzowane zgodnie ze współczesnymi wymogami oceny tego typu opracowań. Prace są oceniane przez recenzentów anonimowo, a autor otrzymuje z redakcji zawiadomienie o przyjęciu lub odrzuceniu pracy. Autor może podać nazwiska osób, które (jego zdaniem) nie powinny opiniować artykułu. Korekty tekstu dokonuje pierwszy autor lub jeden ze współautorów. Prace niezakwalifikowane do druku Redakcja zwraca jedynie na żądanie.
- Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac, w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych i innych oraz w Internecie.

Redakcja

PUBLICATION INSTRUCTION IN "MEDICAL STUDIES"

- The quarterly „Studia Medyczne” (“Medical Studies”) accepts for publication in Polish and English original papers, demonstrative and casuistic papers as well as historical accounts, letters to the Editor, reviews, short reports from scientific conferences devoted to medicine and related areas: psychology, ethics, history of medicine, organization of health care.
- All original papers must fulfil the requirements of the Helsinki Declaration from 1989. In justified cases information must be attached about the consent of the Bioethical Commission concerning the investigation, or relevant information should be sent. In the description of casuistic cases, it is forbidden to provide personal data, unless the patient consciously gives his or her consent, e.g. for the publication of photos.

PREPARATION OF THE MANUSCRIPT (TYPESCRIPT)

The **typescript** of the paper should be prepared in the format A-4. The text of the type of 12 points, with the maintenance of margins: upper and bottom – 2 cm, left – 3 cm, right – 4 cm. On the printout there should be approx. 30 lines, in every line approx. 60 signs with spaces at least 24 points.

Title page

1. Title of the paper: (in Polish and English).
2. Full name (names) of the author(s), academic titles.
3. Institution(s) from which the paper originates.
4. Head of the institution (title, degree, full name).

Summary (in Polish and English) for original studies from 200 to 250 words in the arrangement: the aim of the study, material and methods, results and conclusions; for casuistic and demonstrative papers – from 100 to 150 words).

Key words. 4–5 index terms or key words (in Polish and English) describing the subject of the study (if possible – in compliance with Index Medicus Medical Subject Headings (MESH).

Text of the contribution. Depending on the kind, the contribution should be divided into:

- original paper – introduction (introduction to the problem, problem description and assumptions), aim(s) of the contribution, material and methods (description of the investigation and its venue),

results (as far as it is possible, they can be partly represented in tabular arrangement), discussion (against the background of current literature), and conclusions (they should not be a repetition of results of the study);

- case study – introduction, description of case, discussion and conclusions;
- review paper – introduction, development of the problem, conclusions.

Volume of the original work should not exceed 14 pages of standardized typescript, a case studies – 8 pages, and a review paper – 18 pages including the literature. In some cases contributions can exceed the volume limit upon the agreement of the Editorial Committee. Abbreviations in the text must be always explained at the first appearance of the term; no abbreviations can be in the title of the contribution.

Statistical data, abbreviations and symbols should be clearly defined.

Aside from of the subject matter, international names of medicaments should be used.

Findings of laboratory investigations and suitable standards and standard deviations should be expressed in units accepted by the International System of Measures SI.

Tables combined, pictures, photos, maps, examples, etc. should be attached in a separate envelope, also on the diskette with the mark of the place of their location in the text. The size of pictures is 12–14 cm; tables – up to A4 size.

Acknowledgments refer to persons or institutions who/which contributed to the creation of the study, including financial sources thanks to which it came into being. Persons mentioned in Acknowledgments must give their consent to disclose their names. Authors are responsible to obtain the consent.

Bibliography should be listed at end of the paper – it must be typed by the same fonts as the text. The arrangement of the literature must be compatible with the Vancouver Standard, i.e. according to the sequence of quotation in the paper. The name, initials, the title of the work, abbreviation of the title of the periodical (according to Index Medicus), year, volume, and first and final page numbers. If the number of authors exceeds 3, after the third name add: et al. In original and demonstrative papers one ought to take into account up to 40 items; in casuistic papers up to 10. Every publication must be placed from a new line.

Examples of the correct literature:

– Article:

Andrzejewski AM, Kolasiński Z, Bryk A i wsp. Własne 10-letnie doświadczenia w cholecystektomii laparoskopowej. *Wideochirurgia* 2006; 1: 82–89.

Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair. *Eur J Surg* 2002; 168: 684–689.

– Book:

Franklin HAS. *Thoracoscopy*. MTP Press. Lancaster, UK 1986.

– Book chapter:

Bron JD. Early events in the infection of the arthropod gut that pathogenic insect viruses. In: *Invertebrate Immunity*. Ed. K Maramorosch, RE Shope. Academic Press. New York, San Francisco, London 1976; 80–111.

Orkiszewska A. Badania u chorych chirurgicznych. W: *Chirurgia dla pielęgniarek*. Red. W Rowiński, A Dziaka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 4: 48–72.

Address for correspondence. At the end of the paper the author's address and the number of telephone, fax, and e-mail address must be given.

Declaration. A declaration must be attached to the paper that it was not published and/or submitted for publication in another periodical, and that the author assents to publish the paper on the Internet.

Legal and substantial responsibility for any errors related to the preparation of the paper shall be shared by all authors equally.

- Contributions should be sent in 2 typescript copies and on a diskette. Word for Windows 98/2000/XP is recommended.

EDITORIAL ELABORATION

- All contributions are reviewed in accordance with current requirements for the assessment of this type of elaborations. Contributions are assessed by reviewers anonymously, and the author receives a notice from the Editorial Board about acceptance or rejection of the paper. The author may provide names of persons who (in his or her opinion) should not assess the article. Corrections of the text is made by the first author or one of co-authors. Papers not qualified for print are returned only on request.
- The Publisher acquires the general exclusive copyright to print the publication including dissemination of the publication on electronic media and on the Internet.

The Editorial Board