

Studia Medyczne  
Tom 14

# MEDICAL STUDIES

Edited by Stanisław Głuszek

---

Vol. 14

QUARTERLY  
april-june

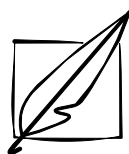
# Studia Medyczne

Pod redakcją Stanisława Głuszka

---

## Tom 14

KWARTALNIK  
kwiecień–czerwiec



Wydawnictwo  
Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego  
Jana Kochanowskiego

Kielce 2009

**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. Krzysztof Bielecki (Warszawa)  
dr Barbara Błaszczuk (Kielce)  
prof. Jean-Pierre Chambon (Lille, Francja)  
dr Elżbieta Cieśla (Kielce)  
prof. Jan Czesław Czabała (Warszawa)  
prof. Stanisław Jerzy Czuczwar (Lublin)  
prof. Teofan Maria Domżał (Warszawa)  
prof. Wiesław Drozdowski (Białystok)  
prof. Sławomir Dutkiewicz (Warszawa)  
prof. Bogusław Frańczuk (Kraków)  
prof. Andrzej Fryczkowski (Warszawa)  
prof. Pavol Holéczy (Ostrava, Czechy)  
doc Helena Kadučáková (Ružomberok, Słowacja)  
dr Wojciech Kiezbak (Kielce)  
prof. Rudolf Klimek (Kraków)  
prof. Marek Kochmański (Warszawa)  
dr Aldona Kopik (Kielce)  
prof. Teresa Korwin-Piotrowska (Szczecin)  
prof. Anton Lacko (Ružomberok, Słowacja)  
prof. Jerzy Kotowicz (Warszawa)  
prof. Romuald Lewicki (Warszawa)  
prof. Andrzej Malarewicz (Kielce)

dr Małgorzata Markowska (Kielce)  
dr Leszek Nowak (Kielce)  
prof. Grażyna Nowak-Starz (Kielce)  
prof. Józef Opara (Repty Śląskie)  
prof. Siarhei Pańko (Brześć, Białoruś)  
prof. Stanisław Pużyński (Warszawa)  
prof. Stanisław Radowicki (Warszawa)  
dr Tomasz Rogula (Cleveland, USA)  
prof. Grażyna Rydzewska (Kielce)  
prof. Andrzej Rydzewski (Kielce)  
prof. Danuta Ryglewicz (Warszawa)  
prof. Halina Sińczuk-Walczak (Warszawa)  
prof. Wojciech Sobaniec (Białystok)  
prof. Marek Spaczyński (Poznań)  
prof. Bruno Szczygieł (Warszawa)  
prof. Monika Szpringer (Kielce)  
prof. Wiesław Szymański (Bydgoszcz)  
dr Andrew Ukleja (Cleveland, USA)  
dr Piotr Walerian (Warszawa)  
prof. Beata Wożakowska-Kapłon (Kielce)  
dr Barbara Wybraniec-Lewicka (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](http://www.ujk.kielce.pl/studiamedyczne)  
tel. 41 349 69 64, 0668 185 445  
e-mail: [studiamedyczne@ujk.kielce.pl](mailto:studiamedyczne@ujk.kielce.pl)

**Redaktor naczelny:** tel. 41 349 69 10, 0602 715 889, e-mail: [sgluszek@wp.pl](mailto:sgluszek@wp.pl)

**Opracowanie redakcyjne/Editorial study**

Małgorzata Marchlewicz

**Korekta/Proofreading**

Małgorzata Marchlewicz

**Formatowanie komputerowe/Computer formatting**

Anna Domańska

Copyright © by Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego, Kielce 2009

**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](mailto:wyd@ujk.kielce.pl)

## SPIS TREŚCI

## CONTENTS

### ARTYKUŁY REDAKCYJNE/EDITORIAL ARTICLES

- Major problems of alcohol addicted patients who come through detoxication therapy*  
*Najważniejsze problemy pacjentów uzależnionych od alkoholu, przebywających na terapii odwykowej* 7  
Jolanta Karyś, Monika Szpringer

### PRACE ORYGINALNE/ORIGINAL PAPERS

- Postępowanie w szczególnie trudnych przetokach pooperacyjnych w świetle aktualnych rekomendacji*  
*Procedures in particularly difficult postoperative fistulas in the light of the current recommendations* 13  
Stanisław Głuszek, Maria Korczak

- Czerniak złośliwy błony naczyniowej gałki ocznej*  
*Uveal melanoma* 21  
Anna Walczyk, Andrzej W. Fryczkowski

- Pojęcie zdrowia w opinii pielęgniarek studiujących na studiach licencjackich – pomostowych*  
*The concept of health in the opinion of nurses who study on licentiate level* 27  
Kazimiera Zdziebło, Maria Michalska, Jadwiga Krawczyńska, Grażyna Czerwiak

- Voluntary service of health sciences students*  
*Działalność wolontaryjna studentów kierunków medycznych* 33  
Monika Szpringer, Edyta Dziewisz, Justyna Kosecka, Olga Pluta

### PRACE KAZUISTYCZNE/CASE STUDIES

- Diagnostyka różnicowa niepowściągliwych wymiotów ciężarnych*  
*Differential evaluation of hyperemesis gravidarum in pregnant women* 37  
Olga Adamczyk-Gruszka, Izabella Lewandowska-Andruszuk, Grzegorz Piasek

### PRACE POGLĄDOWE/REVIEW PAPERS

- Standardy i kontrowersje w diagnozie i terapii psychologicznej mózgowego porażenia dziecięcego*  
*Standards and controversies in the diagnosis and psychological therapy of infantile cerebral palsy* 45  
Barbara Wiśniewska

- Akupunktura w leczeniu dzieci i młodzieży ze schorzeniami neurologicznymi*  
*Acupuncture in the treatment of children and adolescents with neurological disease* 53  
Janusz Wendorff, Elżbieta Hibner, Paweł Póroła

- Depresja u chorych leczonych przewlekłymi hemodializami*  
*Depression in chronic haemodialysis patients* 61  
Jacek Starzyk, Katarzyna Starzyk-Łuszcz

***Religijność wspierająca rozwój osobowości i pożądaných cech społecznych***

*Religiosity in the development of a mature personality*

Kazimierz Franczak

67

***Regulamin publikacji prac w „Studiach Medycznych”***

*Publication instruction in “Medical Studies”*

73

# MAJOR PROBLEMS OF ALCOHOL ADDICTED PATIENTS WHO COME THROUGH DETOXICATION THERAPY

NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU,  
PRZEBYWAJĄCYCH NA TERAPII ODWYKOWEJ

Jolanta Karyś, Monika Szpringer

Faculty of Health Sciences, The Jan Kochanowski University of Humanities and Sciences in Kielce  
Dean: prof. Stanisław Głuszek MD

## SUMMARY

**Introduction.** An indispensable aspect of alcohol addiction is the magnitude of problems of addicted people. Alcohol ruins health and the life of an addicted person. Uncontrolled drinking of alcohol does not solve problems, but it leads to subsequent more complex problems. An alcohol addict does not stop drinking although the spiral of problems caused by alcohol heaps up at a dynamic rate.

**Aim.** The aim of the study is to present problems which alcohol addicted people experience on a daily basis.

**Material and method.** The empirical investigation included 105 patients of the therapeutic programme carried out on different levels. The investigation was carried out during 5 months, i.e. from November 2007 to March 2008.

**Results and conclusions.** From among the surveyed patients the most numerous group consisted of the age range 31–40 years; next 41–50 – 28%; 51–60 – 21%; 18–30 – 15%; and others – 4%. Married people were the largest group – 51%. The investigation has confirmed that alcoholism is a problem with which the patient cannot cope alone (99%). Alcoholism effectively ruins the life of an addicted person. It is the source of other numerous, frequently terminal diseases. The very fact of alcoholic addiction is only one of many problems resulting from drinking alcohol. Cognition of the major important problems inflicted by alcoholism upon addicted people permits to analyse this phenomenon with a better insight. It also allows to understand better addicted persons and their problems with which they struggle on a daily basis and to improve the efficiency of therapy.

**Key words:** alcohol addiction, alcoholic disease, disaccustoming therapy, alcoholism.

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Nieodzownym aspektem uzależnienia od alkoholu jest ogrom problemów osób uzależnionych. Alkohol rujnuje zdrowie i życie osoby popadłej w uzależnienie. Niekontrolowane picie nie tylko nie rozwiązuje problemów, ale prowadzi do kolejnych, coraz poważniejszych. Alkoholik nie przestaje pić, mimo że spirala problemów, wywołanych przez alkohol piętrzy się w dynamicznym tempie.

**Cel.** Celem pracy jest przedstawienie problemów, jakich na co dzień doświadczają ludzie uzależnieni od alkoholu.

**Material i metoda.** Badaniem empirycznym objęto 105 pacjentów programu terapeutycznego, realizowanego na różnych jego poziomach. Badania przeprowadzono w ciągu 5 miesięcy, tj. od listopada 2007 roku do marca 2008 roku.

**Wyniki i wnioski.** Spośród ankietowanych pacjentów najlicniejszą grupę stanowili chorzy w przedziale wiekowym 31–40 lat, następnie 41–50 – 28%, 51–60 – 21% 18–30 – 15% i inne 4%. Największą grupę badanych stanowiły osoby będące w związkach małżeńskich – 51%. Badanie potwierdziło, że alkoholizm jest problemem, z którym chory nie jest w stanie sobie sam poradzić (99%). Alkoholizm skutecznie rujnuje życie osoby uzależnionej. Jest przyczyną licznych innych chorób, często śmiertelnych.

Sam fakt uzależnienia od alkoholu jest tylko jednym z wielu problemów wynikających z picia. Poznanie najważniejszych problemów, jakie przysparza choroba alkoholowa osobom uzależnionym, pozwala głębiej zanalizować to zjawisko. Pozwala również na lepsze zrozumienie osób uzależnionych i problemów, z którymi zmagają się na co dzień, a zatem poprawić skuteczność terapii.

**Słowa kluczowe:** uzależnienie od alkoholu, choroba alkoholowa, terapia odwykowa, alkoholizm.

## INTRODUCTION

Alcoholism is one of most serious social problems. It affects people of both sexes at various age. It begins guilefully, and over time it ruins the health

of a drinking person and of his or her family. When untreated it leads inevitably to untimely death. Statistics of alcohol abuse in Poland are alarming. About 2 per cent of the Polish population are people addicted to alcohol, which is the equivalent of two medium-

size cities. Solution of many emotional and physical problems of alcohol addicts requires solution of the problem of alcohol drinking. The process of the effective treatment of alcoholism requires a stay of an alcohol addicted person in a disaccustoming centre. However, despite the use of modern therapeutic methods, therapy is not always completed with a complete success. This results from the fact that alcoholism is a chronic illness. It has also been proved that the kind of motivation for treatment has an essential influence on its efficiency; being a decisive factor in the sobering process of patients after the completion of the disaccustoming therapy. Almost all patients subjected to treatment declare the wish to stop drinking alcohol, being aware of numerous devastations which alcohol causes in their life.

As it results from the investigation, alcoholic addiction involves many harms and losses for the addicted person and for anyone who has close relations with the addicted person [1]. Addicted persons feel that alcohol ruins their life, embracing its all aspects. They struggle with numerous problems resulting from drinking, a considerable part of which can act as motivators that inspire their fight with addiction. Health harms, resulting from alcohol addiction, can be divided into somatic and psychiatric complications. No less important are social harms of prolonged drinking of alcohol, which refer to a widely understood disturbances in relations of the addicted person with the social environment. Alcoholism can, therefore, lead to violence in alcoholic families, but it can also cause other undesirable phenomena, such as increase in delinquency and conflicts with the law, accidents, unemployment, poverty and homelessness [2, 3,4, 5]. Alcoholic addiction is, therefore, only one of many problems resulting from the abuse of alcohol. There are other problems involved, and understanding each of them permits to look for effective strategies and methods of the solution of individual problems. Increase in the number of people drinking alcohol on various occasions and for the improvement of mood considerably aggravates the risk for addiction [6]. It is worth while to look closer at the major problems of patients addicted to alcohol who undergo the disaccustoming therapy.

### THE AIM OF THE STUDY

The aim of this study is to present, on the basis of empirical investigation, problems which alcohol addicted people experience in their everyday life. It will permit to have a look at the alcoholic, a person afflicted with alcoholic disease from another perspective.

### MATERIAL AND METHODS

The empirical investigation was carried out at the Department of Alcoholic Therapy during a period of 5 months, i.e. from November 2007 to March 2008. 105 patients, who followed the basic disaccustoming programme, took part in the investigation. The group of respondents were patients who participated in the therapeutic programme on its different levels, beginning with the entry group, through all the stages, to the exit group. They were men of various social status and differentiated social background, age, education as well as professional and family situation.

The fundamental criterion of the selection of the group of the investigated patients was a diagnosed alcoholic addiction, patients' signed contract about the compliance with the principles and regulations, binding in the Therapy Centre and participation in the therapeutic programme during the period of investigation.

### RESULTS

Of all the surveyed patients the most numerous group (32%) consisted of patients in the age range 31–40 years, next 28% of patients aged 41–50 years. Patients aged 51–60 years made 21% of the inmates of the Centre; 15% were young men, aged 18–30 years. The least numerous group included people in the age range 61–70 years, which was 4% of all the surveyed patients. The average age of all the surveyed people was 41 years.

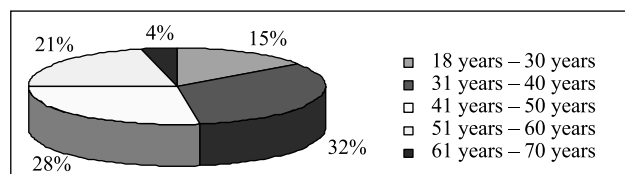


Fig. 1. Age range of patients under therapy

The majority of people who participated in the group therapy had elementary vocational education. They made up 51% of all respondents. The second biggest group consisted of patients with secondary education – 28% all of the investigated subjects. 18% of the investigated subjects had primary education and 3% of them had higher education.

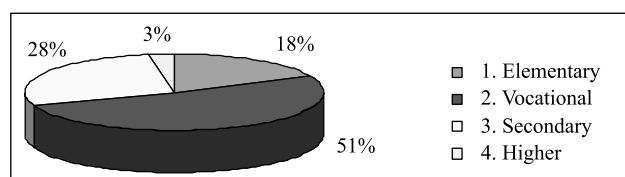


Fig. 2. Educational status



The largest group of the surveyed people were married persons – 51%; bachelors – 28%, divorcees – 18%, and widowers – 3%.

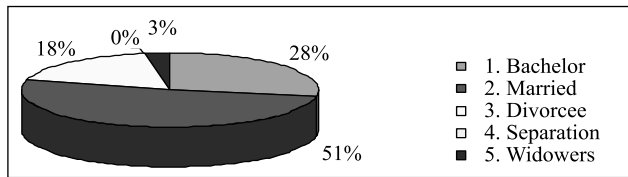


Fig. 3. The marital status of patients

Alcoholics entangled in psychological mechanisms of alcohol addiction reluctantly undertake the disaccustoming therapy. However, as the results of the investigation have shown, almost all of the surveyed patients admitted that alcoholic addiction was a source of many vital problems for them. Majority of them also declared that they were willing to acquire skills of coping with the alcohol problem; all of them declared that they were prepared to improve their life.

Table 1. Criticism of the problem of addiction

Alcoholism is a problem which I cannot solve by myself	n = 105	%
1. Definitely yes	92	88%
2. Rather yes	12	11%
3. Rather not	0	0%
4. Definitely not	1	1%

The fact that alcoholic addiction is a problem which cannot be solved by the patient alone was acknowledged by 99% of the surveyed people. The word “problem” includes all difficulties and harms resulting from the uncontrolled drinking. Only 1 patient acknowledged that alcoholism was decidedly not his problem. It is possible to conjecture that he joined the disaccustoming therapy through the motivation of the external environment which extorted from him the commencement of treatment.

Table 2. Ways of coping with vital problems

I cannot cope with problems that is why I drink alcohol	n = 105	%
1. Definitely yes	97	92%
2. Rather yes	8	8%
3. Rather not	0	0%
4. Definitely not	0	0%

The attitude of patients to this issue indicates how big problems patients have in overcoming daily difficulties without stimulating themselves with alcohol. This results from internal disposition, situational factors or also educational deficits. All the surveyed

people (100 %) admitted they lacked skills of coping with daily problems without the use of alcohol as “support”. 92% of respondents indicated “definitely yes”, and 8% – “rather yes”.

Table 3. Alcohol as the source of problems

Drinking alcohol is the reason of many problems of mine	n = 105	%
1. Definitely yes	91	87%
2. Rather yes	12	11%
3. Rather not	2	2%
4. Definitely not	0	0%

Alcohol as the cause of vital problems was indicated univocally by 87% of the surveyed subjects; however 11% answered “rather yes”. Only 2 persons did not perceive the relationship between drinking and problems resulting from them. Probably they entered therapy in consequence of strong external motivators, and negative answers can indicate their understated criticism.

Table 4. The destructive effect of alcohol on whole life

Alcohol destroys my whole life	n = 105	%
1. Definitely yes	87	83%
2. Rather yes	15	14%
3. Rather not	2	2%
4. Definitely not	1	1%

Alcoholism leads to the degradation of life in all its aspects. 83% of the surveyed people indicated the magnitude of devastations caused by alcohol in their life; 14% admitted that alcohol has rather a destructive influence on their life. Only 3 patients denied that drinking destroyed their life, and one of them definitely rejected such eventuality. Perhaps alcohol has not made yet drastic harms in the life of these patients, or these patients are firmly stuck in disease mechanisms that they cannot perceive these harms.

Table 5. Loss of control over drinking

I cannot drink in controlled way	n = 105	%
1. Definitely yes	77	73%
2. Rather yes	20	19%
3. Rather not	4	4%
4. Definitely not	4	4%

73% of the surveyed patients admitted the lack of control over drinking; and 19% respondents answered “rather yes”. The answer “rather not” and “definitely not” was indicated by 8 patients. In reality, it is alcohol that controls the addicted person and not on the contrary. The addicted person believes only that he or she

“controls the situation”. Most often the addicted person builds up an illusory strategy of “safe drinking”.

Table 6. Problems in relations with family and friends

By drinking alcohol I hurt people I care for	n = 105	%
1. Definitely yes	77	73%
2. Rather yes	24	23%
3. Rather not	4	4%
4. Definitely not	0	0%

The effects of alcoholism afflict all persons with whom the alcoholic has close relations, particularly family members. Chaos, uncertainty and impermanence, and frequently acts of violence, are manifested in all the spheres of family life of an alcohol addict. 77% of the patients answered “definitely yes” and 24% – “rather yes”. It proves that respondents are aware of the disadvantageous influence of drinking on their relations. Only 4 persons, i.e. 4% of the surveyed people, opined that they did not do any harm to anybody by their conduct. Perhaps those respondents were single people who lived solitary lives. It is also possible to infer that these statements result from the lack of criticism, which is the effect of the biosocial degradation or personality disorders.

Table 7. The problem of guilt and shame

While drinking alcohol I feel ashamed and guilty	n = 105	%
1. Definitely yes	71	67%
2. Rather yes	26	25%
3. Rather not	7	7%
4. Definitely not	1	1%

The so called “moral hangover” is experienced by the addicted person as a feeling of guilt and shame. This problem was admitted by 67% of the surveyed people; 25% answered “rather yes”. Not everyone, however, indicated, that they felt guilt and shame due to drinking alcohol. This result is puzzling and permits better to understand the multifactoriality of the phenomenon (kind of motivation, patient’s personality, presence of damages within the central nervous system, degradation, and other).

Table 8. The problem of pressure on the part of close relations and friends

While drinking alcohol I feel marked by relatives for what I do	n = 105	%
1. Definitely yes	53	51%
2. Rather yes	33	31%
3. Rather not	14	13%
4. Definitely not	5	5%

The alcohol addict usually has not the possibility of “comfortable” drinking, i.e. without attracting the atten-

tion of others. He or she is most often under pressure of the family who urge him or her to stop drinking or commence treatment. The alcohol addict isolates himself or herself from social relations and he or she isolated. 51% of the surveyed people recognized it as their own problem, answering “definitely yes”, and 31% – “rather yes”. However, as many as 18% of the surveyed people indicated the negative answer. Paradoxically, defence against the pressure of other people can generate the so-called alcoholic’s pride. It is a manifestation of subjective satisfiability and power. It is a desperate defence of illusions about personal value and power [3].

Table 9. Health problems

While drinking alcohol I destroy my life	n = 105	%
1. Definitely yes	43	41%
2. Rather yes	34	32%
3. Rather not	18	17%
4. Definitely not	10	10%

Alcoholism leads both to psychical and physical changes of the addicted person. Eventually physical degradation follows. For many it was the only motive to ask for professional help [3]. The relationship between drinking and health problems was confirmed by 41% of the surveyed people, and 32% indicated the answer “rather yes”. The group which answered “rather not” – 17% and “definitely not” – 10%, most surely did not feel yet the disastrous effects of drinking on their health.

Table 10. The problem of the threat of the loss of family

While drinking alcohol I am conscious that I loose my family	n = 105	%
1. Definitely yes	47	45%
2. Rather yes	20	19%
3. Rather not	21	20%
4. Definitely not	17	16%

Untreated alcoholism sometimes leads to family breakup, and always to its dysfunction, or even pathology. 45% of the surveyed people recognized this problem as their own; and 19% responded “rather yes”. 20% of the surveyed patients did not feel any threat for the loss of their family, and 16% of the surveyed people did not confirm any threat of the loss of family.

Table 11. Financial questions

Because of drinking alcohol I have financial problems	n = 105	%
1. Definitely yes	43	41%
2. Rather yes	32	30%
3. Rather not	20	19%
4. Definitely not	10	10%

Alcoholism often causes financial problems of addicted people. 41% of the surveyed subjects admitted financial problems, saying “definitely yes”; 30% responded “rather yes”; whereas 29% of the surveyed subjects answered that they did not have financial problems due to drinking alcohol.

## DISCUSSION

Alcoholism is a disease particularly destructive for individuals and their families. Uncontrolled drinking is a problem itself, it also brings many harms and losses; it creates new problems and intensifies the existing ones. Consequences concern not only addicted people, but they also cause many social and health problems.

The investigation has confirmed that alcoholism is a problem with which the patient cannot cope alone (99%). Alcoholic disease has its origin and further course from the warning phase, through a critical one until the chronic one, while effects of this disease become more and more noticeable for both the addicted persons and their environment. Alcohol is drunk by people who believe that their problems will not be so acute as they seem to be in the state of sobriety (100%). However, instead of expected improvement, other vital problems arise; they lead addicted persons to psychophysical and social degradation. Self-destruction is one of the major effects of alcoholism.

In fact, everything begins with the problem of the lack of control over drinking, which is one of the criteria of alcoholic addiction (92%). Nevertheless, a part of respondents (8%) denied that they lost the ability of controlling the situation in which they reach for alcohol. It is true that there are moments in which addicted persons can refrain from drinking, and even – to some degree – they can control their addiction – however, sooner or later a situation arises when alcohol controls addicted persons.

The surveyed people acknowledged wronging their family and close relations (96%) as one of the major problems. It is a fact that alcoholic addiction even of one person stamps on all the family – on both adults and children. Over time all of them fall into the trap of so called codependence, i.e. a harmful adaptation to life in abnormal situation. Alcoholic addiction leads to domestic violence. It sharpens emotional problems of the alcoholic and disturbs self-control. Persons who become aggressive under the effect of alcohol admit to have used violence in relation to family members also in the state of sobriety. The investigation proved that respondents were acutely aware of it.

Untreated alcoholism may lead to a break-up or even loss of the family. It also happens sometimes that the alcoholic who is in the process of regaining sobriety loses his or her family. Decision to stop drinking comes too late and even decisive steps fail to bring positive changes. The majority of respondents recognized the loss of family as their own problem (64%).

Another essential problem of addicted persons is a sense of guilt and shame (92%). These problems are usually interrelated and they are caused by the violations of norms and ethical rules by the alcoholic. When drinking alcohol, the addicted person feels socially stigmatized and feels discomfort (82%). The more his or her life concentrates around alcohol, the more he or she secludes himself or herself from other people.

Alcoholism is an illness which ruins the whole life of an addicted person, including his or her health, too. It is the cause of other numerous diseases, some of them being terminal. Chronic alcoholism leads to severe disturbances as well as somatic psychiatric changes. It is sometimes the cause of impotence and sterility. Many of these disturbances can regress in the conditions of long abstinence. 73% of the surveyed people acknowledged that they had health problems resulting from drinking alcohol. A large group of the investigated subjects (27%) did not notice yet deep health changes, which indicates a short duration of the disease.

The essential problems of alcoholics are also financial matters (71% of the investigated subjects indicated them). The whole family with the alcohol problem often falls into debt, and more often its living standard deteriorates (“because money must be spent on alcohol”). The financial problems of an alcohol addict can also result from conflicts with the law, job loss and in extreme cases they can lead to homelessness.

## CONCLUSION

Alcohol drunk pathologically causes an incessant suffering of the addicted person. It is a problem which is not easily admitted by alcoholics, who repulse assistance from outside. Under this “shell” of apparent listlessness and reluctance is usually hidden a great need of warmth, acceptances and support.

## BIBLIOGRAPHY

- [1] Miller M, Górski TT, Miller DK. *Naucz się żyć od nowa*. Warszawa 2000: 51.
- [2] Mellibruda J, Sobolewska–Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Warszawa 2006: 28–124.

[3] Babiarczyk M, Koziej S, Szpringer M. Wybrane problemy współczesnej młodzieży. Kielce 2007: 136.  
[4] Perlorenzi C, Senni A. L'alcolismo. Prospettive di ricerca e di intervento. Roma 2001: 96.

[5] Gallimberti L, Il bere oscuro. Milano 2005: 135.  
[6] Barbagli M, Colombo A, Savona E. Sociologia della devianza. Bologna 2003: 77.

**Address for correspondence:**

prof. dr hab. Monika Szpringer  
Zakład Profilaktyki Społecznej  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: mszprin@poczta.onet.pl  
tel. 048 41 349 69 31

# POSTĘPOWANIE W SZCZEGÓLNIIE TRUDNYCH PRZETOKACH POOPERACYJNYCH W ŚWIETLE AKTUALNYCH REKOMENDACJI

## PROCEDURES IN PARTICULARLY DIFFICULT POSTOPERATIVE FISTULAS IN THE LIGHT OF THE CURRENT RECOMMENDATIONS

Stanisław Głuszek<sup>1,2</sup>, Maria Korczak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej  
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

<sup>2</sup> Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego

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

Kierownik Oddziału i Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

### STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono grupę chorych w wieku 51–82 lat, z zewnętrznymi pooperacyjnymi przetokami. Zwrócono uwagę na indywidualne planowanie leczenia w dramatycznych powikłaniach. Przedstawione przypadki przetok pooperacyjnych były powikłaniami we wczesnym okresie pooperacyjnym (1 chora) oraz w późniejszym okresie pooperacyjnym (3 chorych). Leczenie obejmowało wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, właściwy drenaż, zwalczanie zakażenia i wczesne zastosowanie całkowitego odżywiania pozajelitowego. W trzech przypadkach konieczna była późna interwencja chirurgiczna. Wszystkie przypadki wyleczono, stosując niezwykle trudne, kosztowne i przewlekłe skojarzone leczenie zachowawcze i chirurgiczne.

**Słowa kluczowe:** przetoka, powikłania zabiegu chirurgicznego, niedożywienie, żywienie pozajelitowe, zespolenie.

### SUMMARY

The study presents four cases of patients aged 51–82 suffering from external postoperative fistulas. The study introduced an individual schedule of treatment in serious complications of the presented group of the patients as well as the results of external postoperative fistulas in the digestive duct. All the presented cases of the postoperative fistulas occurred as direct complications following surgical treatment.

The treatment included the water-electrolytic balance, correct drainage, infection stoppage and on early application of parenteral nutrition. Distant surgical intervention was necessary in three cases. All the presented cases were cured due to extremely difficult, expensive and chronic treatment associating conservative and surgical types.

**Key words:** fistula, complications after surgery, malnutrition, parenteral nutrition, anastomosis.

Przetoka stanowi patologiczne połączenie między światem zewnętrznym a jednym z narządów przewodu pokarmowego, między dwoma narządami przewodu pokarmowego lub między przewodem pokarmowym a jamą otrzewnej [1–5]. W klasyfikacji przetok istotne jest: a) anatomiczne umiejscowienie przetoki, b) czas jej pojawienia się, c) stosunek przetoki do skóry, do światła przewodu pokarmowego (całkowite lub częściowe rozejście się zespolenia lub częściowe), d) etiologia, e) rodzaj i objętość wydzielanej treści.

Przetoki przewodu pokarmowego powstają najczęściej jako powikłania zabiegów chirurgicznych, rzadziej pojawiają się w przebiegu chorób zapalnych

jelit, np. choroby Leśniowskiego-Crohna, jako samostne przetoki wewnętrzne i zewnętrzne; ponadto mogą być wynikiem chorób nowotworowych oraz urazów [1–8]. Przetoki bardzo często powstają u niedożywionych chorych po zabiegach resekcyjnych i mogą prowadzić do zaburzeń wodno-elektrolitowych, zakażeń, krwawień, niewydolności wielonarządowej, a w konsekwencji do śmierci chorego [4–8].

Sitges-Serra i wsp. [9] przedstawili następujący podział przetok przewodu pokarmowego:

1. Przetoka żołądkowa, jelita cienkiego, krętniczko-kątnicza
  - a. Mało wydzielająca – poniżej 500 ml/dobę,

- b. Dużo wydzielająca – powyżej 500 ml/dobę,
2. Przetoki drenowane przez duże ubytki ściany brzucha.
3. Przetoki wyrostkowe i okrężnicze.

Przetoka może mieć ujście na zewnątrz i wówczas określamy ją jako przetokę zewnętrzną, albo do jamy otrzewnej i jako przetoka wewnętrzna prowadzi do ograniczonego lub rozlanego zapalenia otrzewnej [10]. Przetoki wewnętrzne często są bezobjawowe.

Metody leczenia przetok są zróżnicowane w zależności od rodzaju przetoki, wielkości wydzielania, jej przyczyny, przewidywania wygojenia metodami zachowawczymi czy konieczności zastosowania leczenia chirurgicznego.

Przetoki przewodu pokarmowego stanowią nadal bardzo trudny problem leczniczy w chirurgii. Pomimo znacznego postępu w leczeniu, rokowanie w większości przypadków jest niepewne [11]. Większość niepowodzeń w leczeniu jest związana z utratą płynów, zaburzeniami elektrolitowymi, niewydolnością wielonarządową i niedożywieniem [12].

Wyniki leczenia przetok uległy w ostatnim czasie poprawie, co wyraża się skróceniem czasu gojenia przetoki i mniejszym odsetkiem śmiertelności. Korzystny wpływ na leczenie przetok ma wprowadzenie żywienia pozajelitowego [13]. Somatostatyna [14] i jej analog oktreotyd [15] zmniejszają wydzielanie z przetok trzustkowej, jelitowej i żołądkowej oraz skracają czas do zagojenia przetoki. Dane w piśmiennictwie są jednak rozbieżne, jedni stosują somatostatynę zawsze w przypadkach pooperacyjnych przetok przewodu pokarmowego [14], a inni [10] wcale, uzyskując porównywalne wyniki. Niektórzy chorzy z powikłaniami w postaci przetok stanowią bardzo złożony problem leczniczy.

Celem pracy jest przedstawienie ważnych spostrzeżeń związanych ze szczególnie trudnym procesem leczenia czterech chorych z ciężkimi pooperacyjnymi przetokami.

## SPOSTRZEŻENIA WŁASNE

**Chora I** (82 lata) została przyjęta na Kliniczny Oddział Chirurgii 24.04.2004 roku. Z wywiadu wynika, że w ciągu miesiąca schudła 20 kg, a od tygodnia występowały nudności i wymioty. Kilka lat wcześniej chora przeżyła napromienianie z powodu raka szyjki macicy.

Po przygotowaniu pacjentki 26.04.2004 roku wykonano **I zabieg operacyjny**. Cięciem pośrodkowym okalającym pępek wycięto starą bliznę pooperacyjną i otwarto jamę otrzewnej. Stwierdzono rozdętą pętlę jelita cienkiego, tworzące lity konglomerat. Uwol-

niono zrosty z przednią ścianą żołądka oraz pozrastane, rozdętą pętlę jelita cienkiego od więzadła Treitza do kątnicy. W trakcie uwalniania pozrastanych pętli doszło do uszkodzenia ściany i krezki jelita cienkiego. Wykonano resekcję jelita, zostawiając ok. 80 cm zdrowego jelita od więzadła Treitza. Kikut od strony kątnicy zamknięto staplerem i jedną warstwą szwu ciągłego. Następnie wykonano zespolenie krętniczno-kątnicze „koniec do boku” dwoma warstwami szwów.

Po zabiegu stan ogólny chorej był ciężki. Włączono intensywne leczenie: płyny infuzyjne, antybiotykoterapię (do 5. doby), leki przeciwbólowe, przeciwzkrzepowe, leki poprawiające perystaltykę jelit, substytucję potasu, leki przeciwgrzybicze. Sonda żołądkowa, ze względu na duże zaleganie, została utrzymana do 4.05.2004 roku (8. doba). W 5. dobie wprowadzono kompletne żywienie pozajelitowe, w 11. dobie dietę doustną w postaci zupy. W dniu 10.05.2004 (14. doba) – opatrunek przesiąkł treścią jelitową. Stwierdzono całkowite rozejście się rany, a w dniu na pętli jelita cienkiego uwidocznił się 2 mm otwór przetoki.

W dniu 14.06.2004 roku wykonano **II zabieg operacyjny**, którego zadaniem było stworzenie warunków do zakończenia leczenia przetoki. Odpreparowano skórę i tkankę podskórną od pochewki i mięśni prostych brzucha, odświeżono brzegi rany i zmobilizowano ją. Nadal utrzymywała się przetoka jelitowa. W dniu 9.07.2004 roku wystąpiła gorączka do 40°C. Przerwano żywienie pozajelitowe i usunięto cewnik z żyły podobojczykowej. Pobrano koniec cewnika na posiew; wynik: *S. epidermidis* MRSA. Następnie 10.07.2004 roku wprowadzono kompletne żywienie pozajelitowe drogą żył obwodowych. Pasaż górnego odcinka przewodu pokarmowego 13.07.2004 wykazał, że z górnego odcinka jelita cienkiego kontrast szybko wypływa na zewnątrz powłok, pod opatrunek, nie napływając wcale do dalszej części jelit nawet po 2 h. W dniu 14.07.2004 roku ponownie założono wkłucie centralne, przez które kontynuowano kompletne żywienie pozajelitowe. Ssanie czynne – wysoka przetoka jelitowa wydzielająca ok. 800 ml na dobę. Dnia 23.07.2004 roku przeprowadzono **III zabieg operacyjny**. Dotarto do wolnej jamy otrzewnej, stopniowo do boków odpreparowując od powłok ziarninę wypełniającą ranę wraz z wciągniętymi w nią pętlami jelita cienkiego. Zlokalizowano okrężnicę, zespolenie wstępniczo-krętnicze, uwolniono z nacieku zapalnego pętlę jelita cienkiego z przetoką na przedniej ścianie. Podczas uwalniania pętli jelita cienkiego doszło do uszkodzenia jego ściany i otwarcia światła na odcinku „dowstępniczym” – uszkodzenie zaopatrzono dwoma piętami pojedynczych szwów MAXON 3/0. Wycięto brzegi przetoki, pozostawiając

nienaruszoną tylną ścianę jelita, a następnie zeszyto jego ścianę przednią poprzecznie dwoma piętami pojedynczych szwów, przywracając mu ciągłość i zamykając przetokę. Odpreparowano skórę i tkankę podskórną od powięzi na całym obwodzie rany, dość daleko od jego brzegów, które „odświeżono”. Następnie nacięto powięź (przednią blaszkę mięśnia prostego brzucha) obustronnie w odległości ok. 3–4 cm od brzegu rany, wywinęto ją do środka, tworząc jak gdyby otrzewną, którą zeszyto pojedynczymi szwami bez napięcia. Ze względu na skażenie rany odstąpiono od wszczepienia siatki. Wdrożono antybiotykoterapię do 7. doby pooperacyjnej, leki przeciwbólowe, przeciwzkrzepowe, poprawiające perystaltykę jelit, inhibitory pompy protonowej. Chora oddawała luźny stolec kilka razy dziennie; w 10. dobie wprowadzono dietę przecieraną (bezmleczną). Pacjentka wypisana z oddziału w dniu 13.08.2004 roku w stanie ogólnym dość dobrym, z zagojoną raną brzuszną.

Ponownie pacjentka została przyjęta w dniu 7.09.2004 roku z powodu osłabienia, drętwienia rąk, które wystąpiło w 3 tygodnie po opuszczeniu oddziału. Utrzymywały się dolegliwości bólowe brzucha, o rozlanym charakterze i miernym nasileniu oraz biegunki. Pacjentka na diecie przecieranej – wysokobiałkowej. Wprowadzono leczenie zachowawcze: płyny infuzyjne (10% Glukoza, PWE), KCL, MgSO<sub>4</sub>, Calcium Polfa, Controloc, Kreon, Loperamid, Smecta, Calperos. Stan ogólny chorej był zadowalający, nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Pomimo leczenia nadal oddawała wolne stolce po kilka dziennie, 20.10.2004 roku założono wkłucie centralne do żyły podobojczykowej prawej i wprowadzono kompletne żywienie pozajelitowe, następnie 26.10.2004 chora została przewieziona na Kliniczny Oddział Żywienia i Chirurgii w Warszawie celem kontynuacji leczenia i przystosowania do pozajelitowego żywienia domowego.

W 2006 roku chora dwukrotnie przebywała na tutejszym Oddziale. Dnia 9.03.2006 była przyjęta z powodu osłabienia, bólów podbrzusza i krwawień przy defekacji. Ze względu na niskie wartości morfotyczne przetoczono 3 j. KKCz i zastosowano leczenie zachowawcze. Wypisana do domu w dniu 11.03.2006 roku w stanie ogólnym dość dobrym. Kolejno 30.03.2006 roku pacjentkę przyjęto z powodu krwistych stolców i gorączki od 3 dni (38°C). Chora pozostawała w programie domowego żywienia pozajelitowego. Ze względu na stany gorączkowe usunięto wkłucie centralne, wymaz ze skóry wokół drenu i końcówki drenu – wynik MRSE. Wprowadzono antybiotykoterapię (Ciprinol 2×200). Chorą wypisano z oddziału w dniu 7.04.2006 w stanie ogólnym dość dobrym. Uzyskano zagojenie przetoki oraz zagojenie rany operacyjnej z likwidacją przepukliny, bez konieczności zastosowania siatki przepuklinowej w za-

każonym polu. Pozostał natomiast problem zespołu krótkiego jelita (80 cm) oraz konieczność domowego żywienia pozajelitowego.

**Chora II** (63 lata) przyjęta na Kliniczny Oddział Chirurgii 8.06.2006 roku z powodu przetoki w obrębie przewodu pokarmowego, po próbie odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego (jelita grubego), w szpitalu rejonowym.

W dniu przyjęcia chora była w stanie ciężkim, z objawami posocznicy, z gorączką do 38°C. W badaniu fizykalnym stwierdzono cechy zabrudzenia rany operacyjnej przez stolec. W okolicy rany widoczne otwory stomii jelitowej. Założono wkłucie centralne do prawej żyły podobojczykowej. Zastosowano leczenie zachowawcze: wyrównanie wodno-elektrolitowe, antybiotykoterapię (Sulperazon 2×2 g, Metronidazol 3×500 mg przez 7 dni), profilaktykę przeciwzkrzepową, leki przeciwbólowe, żywienie pozajelitowe oraz leczenie miejscowe rany. W dniu 9.06.2006 roku pobrano posiew z rany pooperacyjnej i krwi obwodowej. Wynik posiewu z krwi – *Candida albicans*. Włączono Flukonazol i.v. 1×200 mg. Stan ogólny chorej uległ poprawie, ale stwierdzono znaczny spadek ostrości wzroku od dnia przyjęcia do szpitala (w wywiadzie podaje pogorszenie widzenia od 5 lat). Konsultacja okulistyczna – podejrzenie zapalenia naczyńki (niewykluczona etiologia grzybicza). Wykonano TK głowy – nie stwierdzono zmian patologicznych. Od 13.06.2006 roku włączono żywienie doustne – kleje, 20.06.2006 do diety wprowadzono zupy przecierane. Wynik posiewu z rany pooperacyjnej otrzymano 21.06.2006, stwierdzono: *Enterococcus* i *Enterobacteriaceae*. Włączono antybiotykoterapię zgodnie z antybiogramem (Meronem). W dniu 22.06.2006 dietę doustną rozszerzono na przecieraną, 26.06.2006 wystąpiła gorączka do 38°C. Pobrano krew na posiew – posiew jałowy. Okolica wkłucia centralnego zaczerwieniona. Z uwagi na utrzymujące się stany gorączkowe usunięto cewnik z żyły podobojczykowej. Pobrano koniec cewnika na posiew, wynik: *Staphylococcus epidermidis*, zastosowano Vancomycynę. Rana goiła się prawidłowo przez ziarninowanie. Stomia funkcjonowała prawidłowo. Chora wypisana z oddziału 29.07.2006 roku w stanie ogólnym dość dobrym, ale z dużym stopniem upośledzenia wzroku.

Chora 16.05.2007 roku ponownie przyjęta do badań kontrolnych, bez dolegliwości bólowych, stomia funkcjonowała prawidłowo. W dniu 17.05.2007, po przygotowaniu, u chorej wykonano kolonoskopię: odbył naturalny „ciasny”, słówka odbytu prawidłowa; kolonoskop wprowadzono przez esicę do otworu zewnętrznego przetoki dwulufowej; przebieg zstępnicy i poprzeczniczki pozaginany; na poziomie zgięcia wątrobowego przerwano badanie ze względu

na bolesne wzdęcie brzucha; w dolnym odcinku esicy kilka drobnych uchyłków; przy ujściu odbytu dwulufowego dodatkowo dwie kieszonki prowadzące pod skórę powłok.

Chora przyjęta do planowego zabiegu operacyjnego 6.08.2007 roku. Zgłaszała dolegliwości bólowe w okolicy odbytu sztucznego, uczucie pełności po jedzeniu. Po przygotowaniu w dniu 9.08.2007 roku wykonano **III zabieg operacyjny (na tym Oddziale – I)**. W obrębie esicy stwierdzono liczne małe uchyłki. Przygotowano jelito do zespolenia, a następnie zeszyto „koniec do końca” pojedynczymi szwami dwupiętrowo. Zeszyto osłabione powłoki brzuszne, a następnie naszyto siatkę polipropylenową. Po zabiegu stan ogólny chorej dobry, zastosowano wyrównanie wodno-elektrolitowe, antybiotykoterapię do 6. doby (Cefazolin 3×1 g, Metronidazol 3×500 mg), leki przeciwbólowe, leki poprawiające perystaltykę jelit, profilaktykę przeciwzakrzepową. W 3. dobie wprowadzono kleje, a dietę przecieraną w 4. dobie. W 6. dobie wystąpił nagły wzrost temperatury ciała (38,4°C), ponownie włączono antybiotykoterapię (Biodacyna 3×500 mg i Flukonazol 1×100 mg), w 12. dobie wprowadzono niekompletne żywienie pozajelitowe. Przebieg pooperacyjny powikłany przetoką jelitową zespolenia (albo miejsca wszycia siatki) i głębokim zakażeniem miejsca operowanego. Ze względu na dużą ilość wypływającej treści jelitowej (wysoka przetoka jelitowa ok. 700 ml/dobę) założono ssanie czynne do jamy brzusznej, które było utrzymane do 19. doby (28.08.2007). Przez rozchyloną ranę, bez wykonania laparotomii, usunięto siatkę polipropylenową. Wymaz z rany pooperacyjnej (24.08.2007) – MRSA. W dniu 25.08.2007 roku (16 doba) założono wkłucie centralne i wprowadzono ponownie kompletne żywienie pozajelitowe, które było stosowane do 30.08.2007 (21. doba). W tym okresie obserwowano stopniowe zmniejszanie się wydzieliny z przetoki. Chorej zalecono dietę doustną. Pacjentka wypisana z oddziału w dniu 6.09.2007 roku w stanie ogólnym dobrym, z wygojoną raną pooperacyjną.

**Chora III** (51 lat) przeniesiona z oddziału nefrologii, gdzie przebywała od dnia 14.02.2007 roku z powodu objawów ostrej niewydolności nerek, leczona hemodializami (cewnik założony do ŻGG przez prawą żyłę podobojczykową). W dniu 19.02.2007 roku pacjentka zgłaszała silne dolegliwości bólowe brzucha zlokalizowane w prawym dole biodrowym. Po konsultacji chirurgicznej przeniesiona na chirurgię celem dalszego leczenia.

W dniu przyjęcia na oddział (19.02.2007) wykonano I zabieg operacyjny. Stwierdzono niezmienny wyrostek robaczkowy oraz zmienioną martwiczo ścianę kątnicy i wstępnicy, aż do zgięcia wątrobowego. Ściana jelita grubego na tym odcinku pogrubiała do

ok. 1,5 cm. Jelito cienkie oraz pozostałe odcinki jelita grubego bez zmian patologicznych. Pozostałe narządy jamy brzusznej bez zmian. W jamie otrzewnej ok. 300 ml jasnego klarownego płynu, który pobrano na posiew. Wykonano hemikolektomię prawostronną. Następnie przy pomocy staplera GIA 60 mm wykonano zespolenie „bok do boku” jelita krętego z poprzeczną. „Wolne” końce jelit zamknięto szwami ciągłymi PDS 3/0 (dwie warstwy). Zespolenie drożne, szerokie, bez napięcia.

Po zabiegu stan ogólny chorej dobry, pacjentka otrzymywała antybiotykoterapię do 6. doby pooperacyjnej, leki przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe i leki poprawiające perystaltykę jelit. W 4. dobie wprowadzono dietę doustną w postaci kleików, w 6. dobie włączono dietę przecieraną ziemniaczaną. Pacjentka pozostawała pod stałą kontrolą nefrologiczną, była regularnie dializowana. W 10. dobie stwierdzono przetokę jelitową, opatrunek przesiąknięty był treścią jelitową. Wprowadzono niekompletne żywienie pozajelitowe, leki przeciwgrzybicze, antybiotykoterapię.

W 15. dobie wystąpiło masywne krwawienie z górnego odcinka pokarmowego. Z powodu niskich wartości ciśnienia tętniczego (70/60 mmHg), pacjentkę w stanie ciężkim z cechami klinicznymi i elektrokardiograficznymi wstrząsu hipowolemicznego przeniesiono na oddział kardiologiczny. Włączono leki przeciwkrwotoczne, inhibitory pompy protonowej; w sondzie żołądkowej treść krwista, przetoczono 6 j. KKCz. Po wykonaniu diagnostyki kardiologicznej wykluczono sercowe przyczyny ciężkiego stanu pacjentki; po ustabilizowaniu układu krążenia uzgodniono ponowne przeniesienie na oddział chirurgii (w 16. dobie 7.03.2007).

Chora osłabiona, apatyczna, powłoki skórne blade; ze względu na dużą ilość wypływającej treści jelitowej do jamy brzusznej założono ssanie czynne (ok. 600 ml/dobę), utrzymane do 1.04.2007 roku. Pacjentka pozostawała na ścisłej diecie, była karmiona pozajelitowo. W dniu 8.03.2007 w gastrokopii stwierdzono nieco zniekształconą powrzodowo opuszkę dwunastnicy z widocznymi nadżerkami oraz cechami niewielkiego sączenia krwi, dalsza pozaopuszkowa część była w normie. Dnia 12.03.2007 roku wykonano kontrolne USG jamy brzusznej – wolnego płynu w jamie brzusznej nie stwierdzono. Wątroba powiększona, hypoechogeniczna bez zmian ogniskowych. Trzustka, śledziona i nerki powiększone z objawami obrzęków. W dniu 23.03.2007 roku pacjentce zaczęto podawać płyny doustne. Ze względu na niskie wartości morfotyczne przetoczono 2 j. KKCz. Ponadto wprowadzono leki przeciwgrzybicze i inhibitory pompy protonowej. Dnia 30.03.2007 wystąpiła gorączka (38°C) i ponownie włączono antybiotykoterapię. Pobrano krew na posiew – posiew jałowy.



W dniu 2.04.2007 przeprowadzono **II zabieg operacyjny**. Wycięto brzegi rany wraz z ziarniną, w dniu rany widoczne pętle jelita cienkiego i rozejście się zespolenia krętniczopoprzeczniczego na przedniej ścianie z sączącą się treścią jelitową. Wypreparowano zespolenie, uwolniono nacieczone jelito cienkie, a następnie zresekowano je. Zamknięto kikut obwodowy poprzeczniczy. W górnym biegunie rany założono ileostomię. W trakcie wypreparowywania jelita cienkiego i grubego odsłonięto rozległą ropowicę w przestrzeni zaotrzewnowej z obecnością martwych tkanek oraz ropny naciek w tkance podskórnej po stronie prawej. Pobrano ropę do badania bakteriologicznego, wycięto martwe tkanki, zresekowano zmieniony ropowiczo martwiczo fragment sieci, przepłukano jamy po ropniach, a następnie drenowano dwoma drenami.

Po zabiegu stan ogólny chorej średni, włączono antybiotykoterapię do 3. doby, leki przeciwwgrzybicze, przeciwzkrzepowe, leki moczopędne, inhibitory pompy protonowej. Pacjentka żywiona pozajelitowo do 9. doby. W tym czasie wprowadzono także żywienie doustne, w 2. dobie rozpoczęto podawanie płynów doustnych, w 4. wprowadzono zupy, w 10. dobie dietę rozszerzoną na przecieraną, podając jednocześnie niepełne żywienie pozajelitowe przez trzy doby. Przebieg pooperacyjny powikłany obfitym ropieniem rany pooperacyjnej. Chora podczas rehabilitacji w dniu 23.04.2007 roku zgłaszała silne dolegliwości bólowe kończyny dolnej lewej. Wykonano USG DOPPLER – zmian zakrzepowych w obrębie żył głębokich nie stwierdzono. Pacjentka skarżyła się na ograniczenie zakresu ruchów kończyny dolnej. Ból kończyny był najbardziej nasilony w obrębie kolana i podudzia. Występowały zaburzenia czucia tej kończyny, 5.06.2007 pacjentkę przeniesiono na oddział rehabilitacji celem dalszego usprawniania.

W dniu 16.07.2007 roku chora została przeniesiona z oddziału rehabilitacji, gdzie przebywała celem usprawnienia niedowładu kończyny dolnej prawej. W chwili przyjęcia stan chorej stabilny, pacjentka apatyczna, depresyjna. Utrzymywana na diecie przecieranej. Brzuch miękki, stomia prawidłowa. W linii pośrodkowej, w rzucie blizny pooperacyjnej, ujście zewnętrzne zbiornika płynowego jamy otrzewnej. W prawym dole biodrowym drugie ujście z założonym drenem. Badanie USG jamy brzusznej wolnego płynu w jamie otrzewnej nie wykazało. Po wygojeniu rany pooperacyjnej chora w stanie ogólnym dobrym wypisana z oddziału 2.08.2007 roku.

Pacjentka przyjęta na Oddział w dniu 27.11.2007 z powodu zbiornika płynowego zlokalizowanego w powłokach jamy brzusznej o wymiarach 50×33×31 mm, objętości ok. 30 ml, odpowiadający ropniowi. Wykonano nacięcie powłok jamy brzusznej i drenaż ropnia, ewakuując bardzo dużą ilość gęstej treści ropnej.

Posiew: *Escherichia coli*. Chora wypisana w stanie ogólnym dobrym w dniu 4.12.2007 roku. W sierpniu 2008 wykonano rekonstrukcję przewodu pokarmowego, bez powikłań. Aktualnie chora jest w dość dobrym stanie, przewód pokarmowy funkcjonuje prawidłowo, w badaniu stwierdzono przepuklinę brzuszną, pozostaje nadal w programie dializacyjnym.

**Chora IV** (74 lata), została przyjęta na Oddział Chirurgii 15.03.2007 roku z powodu spadku masy ciała, krwi w stolcu, ciągłego uczucia parcia na stolec. Badaniem palpacyjnym per rectum: napięcie zwieraczy prawidłowe, w zasięgu palca wyczuwalny twardy opór, zajmujący 2/3 obwodu jelita. W badaniu rektoskopowym stwierdzono na głębokości 10 cm, krwawliwy guz zwężający światło jelita. Badanie mikroskopowe wycinków wykazało: adenocarcinoma tubulare muciparum recti.

Po ocenie stopnia zaawansowania na podstawie badania klinicznego i badań obrazowych [T3NxMo] oraz przygotowaniu, chorą operowano 19.03.2007 roku.

**I zabieg operacyjny**. Po otwarciu jamy otrzewnej stwierdzono guz odbytnicy położony poniżej załamka maciczo-odbytniczego otrzewnej, na ścianie tylnej odbytnicy, o średnicy zewnętrznej ok. 5 cm. Pozostałe narządy jamy brzusznej bez zmian patologicznych. Wykonano przednią niską resekcję odbytnicy Zespolenie jelitowe odbytniczo-esicze „koniec do końca” wykonano metodą dwustaplerową: kikut odbytnicy zamknięto staplerem Contour 40B, a następnie zespolono go z kikutem esicy staplerem okrężnym Proximate JLS 31 mm. Zespolenie obszyto dodatkowo pojedynczymi szwami. Próba szczelności – prawidłowa. Pozostawiono dren w okolicy zespolenia jelitowego.

Po zabiegu stan ogólny chorej dobry, pacjentka otrzymywała niekompletne żywienie pozajelitowe, a także leki przeciwbólowe, przeciwzkrzepowe, profilaktykę antybiotykową przez 72 godziny, leki poprawiające perystaltykę jelit. W 2. dobie pacjentce zaczęto podawać płyny doustnie, w 5. dobie do diety włączono zupy, w ósmej dobie zamieniono dietę na lekkostrawną. W dniu 28.03.2007 roku w 8. dobie po I zabiegu wystąpił wzrost ciepłoty ciała pacjentki do 38,3°C. W badaniu per rectum stwierdzono rozejście się tylnej części zespolenia.

**II zabieg operacyjny**. Wykonano relaparotomię 28.03.2007 roku. Stwierdzono znaczne ilości płynnej treści jelitowej (kałowej) w jamie otrzewnej. Dokonano kontroli zespolenia odbytniczo-esiczego, stwierdzono prawie całkowite rozejście się. Odcięto całkowicie zespolenie, kikut odbytnicy zamknięto pojedynczymi szwami. W lewym śródbrzuszu wyłoniono końcowy odcinek esicy jako odbył jednolufowy. Od 0–2. doby dieta ścisła (antybiotykoterapia, monitorowanie glikemii, 5% glukoza 500 ml + KCL 20 mEq + insulina krótkodziałająca w zależności od

stężenia glukozy we krwi [GIK], leki przeciwbólowe, przeciwkrwotoczne, poprawiające perystaltykę). W 3. dobie wprowadzono dietę doustną w postaci kleików, przetoczono: 2 j. FFP i 3 j. KKCz; w 4. dobie zlecono dietę przecieraną, leki doustne. W 7. dobie wykonano kontrolne badanie USG – ewidentnych zbiorników płynowych ani wolnego płynu nie stwierdzono. W dniu 9.04.2007 u chorej wystąpił nagły wzrost temperatury i objawy zapalenia otrzewnej z powodu wpadnięcia odbytu sztucznego do jamy otrzewnej.

**III zabieg operacyjny** – wykonano resekcję zstępniczy i esicy oraz wytworzono odbyt sztuczny na poprzeczniczy. W pierwszej dobie po trzecim zabiegu operacyjnym założono wkłucie centralne do żyły podobojczykowej prawej. U chorej zastosowano kompletne żywienie pozajelitowe. Ponadto chora otrzymywała substytucję potasu, insulinę Actrapid w dawce zależnej od wyników badań. W 4. dobie zwiększono kaloryczność mieszaniny odżywczej i wprowadzono powoli żywienie doustne – kleje, w 5. dobie wprowadzono zupy, w 6. dobie dietę przecieraną, w 10. dobie zmniejszono kaloryczność worka RTU, który podawano do 18. doby, po trzecim zabiegu operacyjnym. W dniu 11.05.2007 roku pacjentka osłabiona, apatyczna, kilkakrotnie zmieniono opatrunek, który był przesiąknięty treścią jelitową. W dniu 13.05.2007 roku do rany pooperacyjnej założono ssanie czynne, ze względu na dużą ilość sączącej się treści jelitowej (wysoka przetoka jelitowa zewnętrzna wydzielająca ok. 600 ml/dobę). Pacjentka pozostawała na diecie ścisłej.

Ze względu na brak postępu w gojeniu przetoki jelitowej 19.06.2007 roku wykonano **IV zabieg operacyjny** – uwolnienie zrostów, resekcja części jelita cienkiego z przetoką. Szybie błony surowiczej jelita cienkiego. Drenaż jamy otrzewnej. Po zabiegu zastosowano antybiotykoterapię celowaną, leki przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe, poprawiające perystaltykę jelit, inhibitory pompy protonowej, leki moczopędne. W 6. dobie chorej zaczęto podawać płyny doustne, w 14. dobie wprowadzono kleje, w 20. dobie rozszerzono dietę o zupy przecierane, dietę przecieraną wprowadzono w 22. dobie. W dniu 25.06.2007 roku kilkakrotnie zmieniano opatrunki, które były przesiąknięte treścią jelitową, stwierdzono przetokę jelitową. Kontrolne badanie USG jamy brzusznej wykazało w lewym nadbrzuszu wypełnione płynem jelito cienkie bez perystaltyki. Wolnego płynu w jamie otrzewnej nie stwierdzono. Do rany pooperacyjnej założono ssanie czynne, które usunięto 22.07.2007, a więc prawie po miesiącu. Z przetoki jelitowej drenażowało się coraz mniej treści jelitowej, aż do jej samoistnego zamknięcia się. Po ostatnim zabiegu chora żywiona była nadal parenteralnie do 31.07.2007 r. Stan ogólny chorej stabilny,

wypisana do domu 2.08.2007 w stanie ogólnym dobrym z niewielką przetoką ropną w dolnym biegunie rany pooperacyjnej.

Kontrola – styczeń 2009 – bez cech wznowy choroby nowotworowej, CEA utrzymuje się w granicach normy, w CT wątroby opisywana jest zmiana o charakterze zwapnienia (5 cm) bez cech progresji w kolejnym badaniu CT. Rana brzucha zagojona, z kikuta odbytnicy, okresowo wydobywa się treść ropna (przewlekła ropna przetoka?). Okresowo (raz na 2 miesiące) kikut odbytnicy jest płukany środkami przeciwbakteryjnymi (Betadine, Octenisept, Metronidazol), po którym zmniejsza się ilość drenującej się treści. Chora funkcjonuje dość dobrze, bez istotnych dolegliwości bólowych, przyjmuje posiłki, zdolna do samopielegnacji.

## OMÓWIENIE

W pracy przedstawiono postępowanie lecznicze w dramatycznych powikłaniach, jakimi były szczególnie złożone przetoki jelitowe oraz wyniki leczenia. W analizowanej grupie przetoki pooperacyjne były powikłaniami po leczeniu chirurgicznym chorych obciążonych wiekiem, chorobami metabolicznymi, chorobami nowotworowymi, przebyłym napromienianiem, laparotomiami oraz niewydolnością nerek. Jedna pacjentka została skierowana do naszej kliniki z innego szpitala. Jatrogenne uszkodzenie jelit podczas zabiegu jest jedną z najczęstszych przyczyn powstania przetok, które mogą się ujawniać w różnym czasie po zabiegu operacyjnym. W przypadku chorej Nr 1 zabieg pierwotny był przeprowadzony w trybie ostrym, bez możliwości przygotowania metabolicznego. W piśmiennictwie [3, 5, 9, 16, 17] podkreśla się, że przetoki powstają częściej u chorych operowanych ze wskazań nagłych. Częstość występowania przetok wzrasta wraz z wiekiem, w przedstawionej grupie chorych średnia wieku wynosiła – 68 lat. Chorzy obciążeni cukrzycą, chorobą nowotworową i niedożywieniem mają większe ryzyko powstania pooperacyjnej przetoki jelitowej aniżeli chorzy bez tych czynników ryzyka. Konieczność wykonania rozległych resekcji jelit jest również czynnikiem pogłębiającym katabolizm, zwiększa ryzyko nieszczelności zespołów oraz wpływa niekorzystnie na cały przebieg pooperacyjny [15–19].

Leczenie obejmowało wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, kontrolę zakażenia miejscowego i powikłań septycznych, zapewnienie odpowiedniego drenażu – skuteczne odprowadzenie treści wydzielanej z przetoki, ochronę skóry, antybiotykoterapię celowaną i wczesne zastosowanie kompletnego żywienia poza-

jelitowego i dojelitowego. Ważnym elementem w leczeniu przetok jelitowych jest wprowadzenie kompletnego żywienia pozajelitowego i dojelitowego.

Podstawowe znaczenie ma przygotowanie żywieniowe chorego do kolejnych operacji, następnie żywienie chorego w okresie pooperacyjnym, pozajelitowe lub dojelitowe [15–17]. Celem żywienia parenteralnego jest dostarczenie odpowiedniej ilości kalorii w sytuacji koniecznej wyłączenia pasażu przewodu pokarmowego [15, 17, 18].

Zapobieganie niedożywieniu ma ogromne znaczenie dla prawidłowego gojenia przetoki. Wszyscy opisani chorzy otrzymywali kompletne żywienie pozajelitowe. Leczenie żywieniowe również może powodować liczne powikłania, metaboliczne i infekcyjne. W żywieniu pozajelitowym mogą wystąpić powikłania związane z zakażeniem cewnika w żyłę centralnej, które wystąpiło w 2 przypadkach w przedstawionej grupie chorych. Drugą grupę powikłań stanowią powikłania metaboliczne. Regularne monitorowanie metabolizmu i stałe dopasowywanie składu mieszanin odżywczych do potrzeb chorych zapewniło bezpieczne leczenie żywieniowe. Wszystkie przypadki wyleczono, stosując niezwykle trudne, kosztowne i długotrwałe skojarzone leczenie zachowawcze i chirurgiczne.

## WNIOSKI

Kompleksowe leczenie powikłań chirurgicznych, jakimi są przetoki jelitowe, pozwoliło w szczególnie trudnych przedstawionych przypadkach uzyskać wyleczenie chorych. Stosowane zasady leczenia, indywidualizowane w zależności od potrzeb poszczególnych chorych, odpowiadają wytycznym przedstawionym w polskich rekomendacjach leczenia przetok.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Gutowski P, Butkiewicz J, Cnotliwy M. Przetoki pomiędzy protezą aortalną a jelitem. *Pol Przegl Chir* 1996; 68: 584–588.
- [2] Kościński T, Sękowska M. Leczenie chirurgiczne przetok odbytniczo – pochwowych. *Pol Przegl Chir* 2007; 79: 961–971.
- [3] Rychlewski D, Krawczyk Z, Bednarz W. Przetoki żołądkowo-okrężnicze – postępowanie chirurgiczne. *Pol Przegl Chir* 2004; 78: 373–382.
- [4] Stachowiak M. Współistnienie dwóch przetok pęcherzykowo-dwunastniczych oraz kamicy dróg żół-

ciowych u chorej bez żółtaczki – opis przypadku. *Pol Przegl Chir* 2007; 79: 1290–1297.

- [5] Saint-Marc O, Tiret E. Surgical management of internal fistulas in Crohn disease. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 97.
- [6] Jałocha W, Łuczak R. Perforacja jelita krętego na tle gruźliczym. *Wiad Lek* 1994; 47: 302.
- [7] Meissner W, Szabłoński W, Krowicz P. Leczenie chirurgiczne chorób zapalnych jelit u dzieci i młodzieży. *Pol Przegl Chir* 2007; 79: 60–71.
- [8] Singh V, Wadleigh R. Gastrocolic fistula as a complication of colon carcinoma. *Acta Oncol* 1997; 24: 1085–1089.
- [9] Sitges-Serra A, Jaurrieta E, Sitges-Sreus A. Management of postoperative enterocutaneous fistulas. The roles of parenteral nutrition and surgery. *Br J Surg* 1982; 69: 147–50.
- [10] Torres-Garcia A, Arguello J, Balibrea J. Gastrointestinal fistulas: pathology and prognosis. *Scan J Gastroenterol* 1994; 207: 39–41.
- [11] Paluszkiwicz P, Pertkiewicz M. Podstawy patofizjologiczne leczenia przetok dwunastnicy. *Postępy Żywienia Klinicznego* 2008; 1: 32–35.
- [12] Foster III CE, Lefor AT. General management of gastrointestinal fistulas. *Surg Clin North Am* 1996; 76: 1019.
- [13] Friess H, Malferheiner P, Isenmann K. The risk of pancreatointestinal anastomosis can be predicted preoperatively. *Pancreas* 1996; 12: 202.
- [14] Szczepanik A, Jaśkowiak W, Huszcza S. Leczenie przetok jelitowych przy zastosowaniu całkowitego odżywiania pozajelitowego i somatostatyny. *Pol Przegl Chir* 2005; 77: 1323–1331.
- [15] Alivzatos V, Felekis D, Zorbalas A. Evaluation of the effectiveness of octreotide in the conservative treatment of postoperative enterocutaneous fistulas. *Hepatogastroenterology* 2002; 49: 1010–1012.
- [16] Głuszek S, Kot M, Matykiewicz J. Przetoki przewodu pokarmowego. *Pol Przegl Chir* 1999; 71: 40–49.
- [17] Głuszek S, Kot M, Matykiewicz J. Problemy kliniczne rozszerzonych zabiegów resekcyjnych jelit. *Wiadomości Lekarskie* 2003; 56: 1–5.
- [18] Ysebaert D, Van Hee G, Hubens W. Management of digestive fistulas. *Scand. J Gastroenterol* 1994; 29: Suppl. 207.
- [19] Szawłowski A, Pertkiewicz M, Drews M, Dziki A, Krasnodębski I, Kulig J, Lampe P, Stojcev Z, Wallner G, Zegarski W. Rekomendacje Towarzystwa Chirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Przetoki układu pokarmowego u chorych leczonych z powodu nowotworów – diagnostyka i leczenie. *Pol Przegl Chir* 2008; 80: 1267–1297.

**Adres do korespondencji:**

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek  
Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: sgluszek@wp.pl  
tel. 048 41 349 69 09

# CZERNIAK ZŁOŚLIWY BŁONY NACZYNIOWEJ GAŁKI OCZNEJ

UVEAL MELANOMA

Anna Walczyk<sup>1</sup>, Andrzej W. Fryczkowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Oddział Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

Ordynator: lek. med. Magdalena Gierada

<sup>2</sup> 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 Fryczkowski

## STRESZCZENIE

Czerniak złośliwy jest najczęściej występującym pierwotnym nowotworem złośliwym gałki ocznej u dorosłych. Lokalizuje się on głównie w obrębie błony naczyniowej.

Obecne metaanalizy wyników badań wykazują średnią śmiertelność spowodowaną tym nowotworem w ciągu pierwszych pięciu lat po leczeniu w granicach 30%. Jednym z głównych czynników wpływających na śmiertelność jest wielkość guza w momencie rozpoznania. Aby więc poprawić rokowania pacjentów, konieczne jest wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie nowotworu.

W poniższej pracy, na podstawie przypadku pacjenta diagnozowanego i kontrolowanego na Oddziale Okulistyki Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, przedstawiono krótką charakterystykę przebiegu choroby, wczesnych i późnych objawów, diagnostyki, różnicowania, obecnych zasad leczenia, ich powikłań oraz perspektyw leczenia w najbliższej przyszłości.

**Słowa kluczowe:** czerniak złośliwy błony naczyniowej gałki ocznej, brachyterapia.

## SUMMARY

Uveal melanoma is the most common primary intraocular malignant tumor observed within the adults' organism. The current meta-analyses results of research exhibit the average amount of mortality caused by this kind of tumor within first five years after treatment in about 30%. One of main factors effecting mortality level is the magnitude of tumor at the moment of its recognition. In order to improve the patient's diagnosis, the early recognition of a given disease is indispensable as well as its proper treatment.

In the following publication, on the basis of the case of a patient diagnosed and controlled in the Department Ophthalmology, Provincial Hospital in Kielce, the short characteristic of the disease course has been presented.

**Key words:** uveal melanoma, brachytherapy.

Czerniak błony naczyniowej – najczęstsza postać czerniaka gałki ocznej – występuje z częstością 1 przypadek na 2000–2500 osób [1, 2]. Czerniak wywodzi się z melanocytów. Rozwija się na podłożu zmian barwnikowych lub jako transformacja nowotworowa de novo. Nieprawidłowości genetyczne w postaci mutacji zaburzają właściwe funkcjonowanie komórek, co skutkuje nowotworzeniem [3].

Za proces ten odpowiedzialne są mutacje w wielu miejscach genomu, m.in.: ubytek całego chromosomu 3 bądź jego ramienia, mikrodelecje długiego ramienia chromosomu 6,13 i 9, mutacje genu supresorowego p53 na krótkim ramieniu chromosomu 17 [3].

Wzrost guza w początkowym okresie rozwoju przebiega zwykle bezobjawowo. Na tym etapie choroby może on być rozpoznany przypadkowo podczas badania wziernikowego. Nowotwór najczęściej przyjmuje postać ubarwionej lub bezbarwnikowej, uwy puklonej masy rosnącej w kierunku ciała szklistego. Charakterystyczne jest pomarańczowe nakrapianie na powierzchni guza. Rozlana, płaska forma czerniaka – rzadsza, o gorszym rokowaniu, nieznacznie unosi nabłonek barwnikowy i często nacieka twardówkę [4, 5].

Pojawienie się objawów jest spowodowane wzrostem guza i oddziaływaniem na sąsiednie struktury. Do objawów tych można zaliczyć: zaburzenia

widzenia w postaci ograniczenia pola widzenia, za co odpowiedzialne jest sama masa guza i wtórne odwarstwienie siatkówki lub odłączenie naczyniówki, wtórna jaskra zamkniętego kąta, rubeoza tęczówki, samoistne krwawienie do przestrzeni podsiatkówkowej i ciała szklonego, wysięk zapalny w komorze tylnej. W zaawansowanych stadiach może dojść do nacieczenia twardówki i przejścia guza przez ścianę gałki ocznej [4, 5].

Guzy o wymiarach: średnica podstawy – 3 mm, grubość – 1,5 mm, mogą już być przyczyną odległych przerzutów drogą krwi do wątroby, rzadziej do płuc i węzłów chłonnych jamy brzusznej i pachowych [4–7].

Właściwie przeprowadzone badanie przedmiotowe, podmiotowe i badania dodatkowe pozwolą ustalić prawidłowe rozpoznanie w 95% przypadków czerniaka.

Złotym standardem jest pośrednie wziernikowanie dna oka z wgłobieniem. Pozostałe metody diagnostyczne to diafanoskopia, ultrasonografia, angiografia fluoresceinowa, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny [5].

Zmiany, które należy brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej czerniaka naczyniówki, to: znamiona naczyniówki, tarczowate zmiany w plamce i pozapłamkowe, w tym AMD, melanocytoma, przerost nabłonka barwnikowego siatkówki, naczyniaki naczyniówki, krwotoczne odłączenie naczyniówki lub nabłonka barwnikowego siatkówki, przerzuty raka [5].

Współcześnie w leczeniu czerniaka złośliwego naczyniówki stosuje się brachyterapię z użyciem płytek z izotopami jodu (I125), kobaltu (Co60), rutenu (Ru106), irydu (Ir192), napromienianie za pomocą naładowanych cząstek elementarnych, wyłuszczenie gałki ocznej [5, 8, 9].

Enukleacja, uważana przez wiele lat za jedyną pewną metodę leczenia czerniaka naczyniówki, jest obecnie stosowana tylko w przypadkach nowotworów naciekających struktury poza twardówką, wywołujących neowaskularyzację i bóle gałki ocznej [1, 4, 9, 10].

Obecnie większość okulistów opowiada się za radioterapią czerniaków wewnątrzgałkowych, która pozwala na uzyskanie kontroli nad rozrostem guza, poprzez niszczenie DNA komórek nowotworowych i uszkodzenie naczyń nowotworu, a także zachowanie gałki ocznej.

Alternatywne metody leczenia poddawane obecnie badaniom klinicznym to: leczenie skojarzone (np. brachyterapia i hipertermia laserowa), termoterapia przezręczniczna, resekcja przeztwardówkowa, endoresekcja guza, terapia fotodynamiczna. Trwają

również badania nad zastosowaniem immuno- i chemioterapii w leczeniu przerzutów czerniaka [1, 9, 10].

Terapia przezręczniczna (TTT – transpupillary thermotherapy) polega na przegrzaniu masy guza wiązką promieniowania lasera diodowego. W terapii fotodynamicznej wstrzykuje się dożylnie pochodną hematoporfiny, która łączy się z komórkami nowotworowymi, a następnie masę guza poddaje się działaniu lasera o długości fali 630 nm. W wyniku tejże reakcji powstaje tlen cząsteczkowy i wolne rodniki, które uszkadzają endotelium naczyń, powodując ich zamknięcie, a w wyniku tego obumieranie komórek guza [1, 9, 10].

## OPIS PRZYPADKU:

### Wywiad

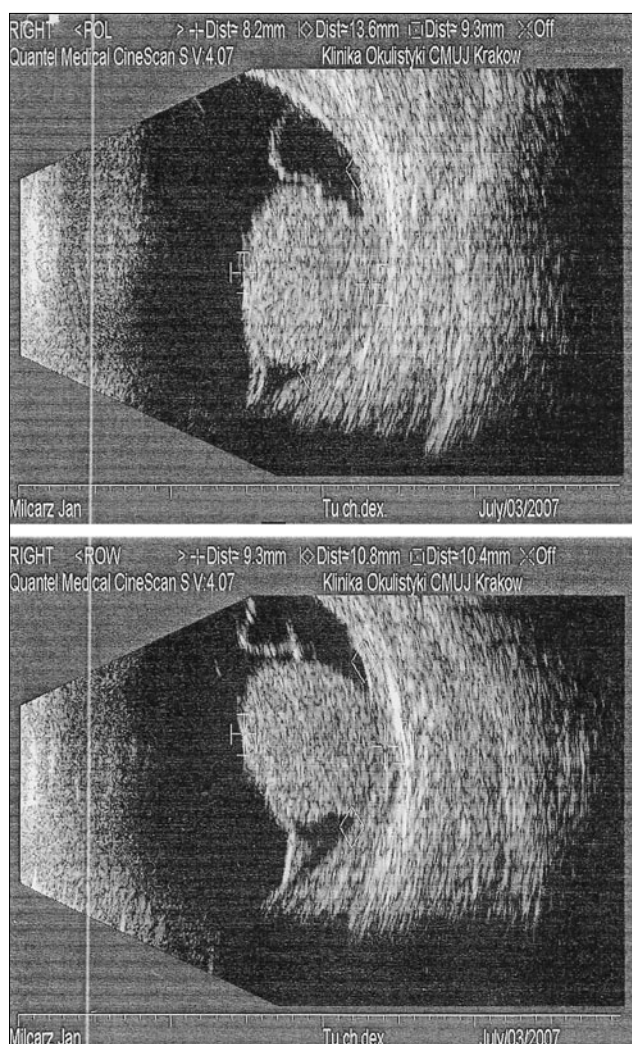
Pacjent J.M., wiek 51 lat, zgłosił się do Poradni Okulistycznej z powodu znacznego pogorszenia widzenia okiem prawym od ok. 3 tygodni i poczucia pojawienia się zasłony w polu widzenia oka prawego od ok. tygodnia.

W wywiadzie pacjent podaje zez rozbieżny oka lewego od dzieciństwa, niedowidzenie okiem lewym, nadwzroczność obu oczu korygowana do tej pory szklami okularowymi o mocy +4,0 Dsph obuocznie.

Pacjent choruje ponadto na nadciśnienie tętnicze, inne choroby przewlekłe neguje.

### Badanie przedmiotowe

OKO PRAWE: Voc.dex. – 0,4 cc+4,0 Dsph, Sn oc.dex – 0,5/30 cc+5,5 Dsph, Toc. dex – 14 mm Hg. Przedni odcinek gałki ocznej bez odchyłań od stanu prawidłowego. Reakcja źrenicy na światło prawidłowa. Soczewka, ciało szklone – przejrzyste. Dno oka – tarcza nerwu II niezmienniona, dołem i od strony skroni widoczny wyniosły, szarawy, kopulasty, podsiatkówkowy guz wielkości ok. 10 dd. Na powierzchni guza widoczne skupiska pomarańczowego barwnika. Guzowi towarzyszy wtórne odwarstwienie siatkówki obejmujące część dolno-skroniową plamki. W gonioskopii – kąt rogówkowo-tęczówkowy na całym obwodzie prawidłowy. Badanie USG B oka prawego: Guz wewnątrzgałkowy mający bezpośrednią łączność z naczyniówką, o wymiarach: średnicy podstawy – 13,5×10,5 mm, grubość ze ścianą gałki ocznej – 9,3 mm, grubość bez ściany gałki ocznej – 8,2 mm, odwarstwiający siatkówkę na jego brzegach. Bez naciekania oczodołu. Okolica tarczy nerwu II bez odchyłań od normy.



Ryc.1 USG B oka prawego przed rozpoczęciem leczenia

OKO LEWE: V oc.sin. – 0,05 cc+4,0 Dsph, Sn oc.sin. – nie czyta, T oc.sin – 14 mm Hg. Niedowidzenie z nieużywania.

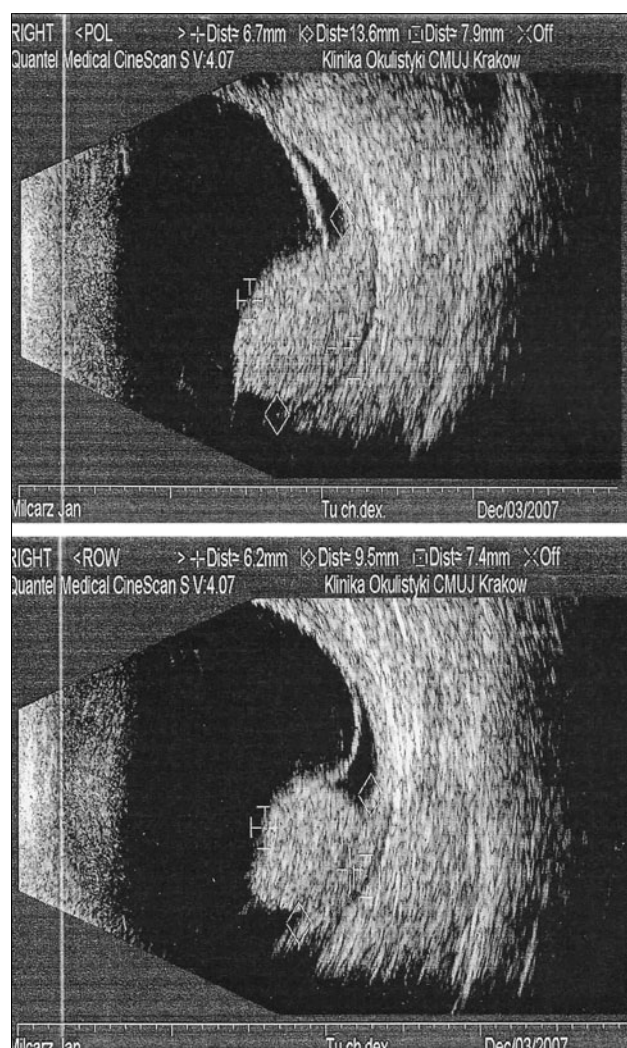
Gałka oczna ustawiona w zezie rozbieżnym. Przedni odcinek oka bez odchyień od normy. Reakcja źrenicy na światło – prawidłowa. Soczewka i ciało szkliste – przejrzyste. Dno oka – tarcza nerwu II i plamka – niezmienione.

#### Badania ogólne dodatkowe

USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, morfologia krwi, badanie ogólne moczu, AlAT, AspAT, GGTP, LDH, fosfataza alkaliczna – wszystkie wyniki w granicach normy.

Biorąc pod uwagę wyniki powyższych badań, pacjenta zakwalifikowano do leczenia metodą brachyterapii (warunkowała to głównie średnia wielkość guza bez naciekania struktur pozagałkowych i brak odległych przerzutów).

Na okres 2 dób w miejscu ponad guzem przyśzyto do twardówki oka prawego pacjenta aplikator zawierający izotop jodu 125. Dawka promienio-



Ryc.2. USG B oka prawego 4 miesiące po leczeniu

wania przewidywana na szczyt guza wynosiła 70–100Gy.

W okresie pooperacyjnym stwierdzono odłączenie naczyniówki i wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego oka prawego. Zastosowano sol. 2% Trusopt i leki standardowo stosowane po zabiegach operacyjnych (sol. Atropini, sol. Dexamethasoni, ung, Gentamycyni).

#### Badanie kontrolne po 4 miesiącach od zabiegu

Stan ogólny pacjenta dobry. V oc.dex – lppo Sn oc.dex – nie czyta T oc.dex – 19 mm Hg. V oc.sin – 0,1 cc+4,0 Dsph Sn oc. sin – 1,5/30 cc+5,5 Dsph T oc. sin – 14 mm Hg.

OKO PRAWY: Blizna spojówki w kwadracie dolno-skroniowym, źrenica poszerzona, minimalnie reaguje na światło, pozostałe części przedniego odcinka oka w granicach normy. Soczewka – zmętnienia korowe, ciało szkliste – przejrzyste, dno oka – tarcza nerwu II niezmieniona, guz o wielkości porównywalnej jak sprzed zabiegu, nadal z towarzyszącym odwarstwieniem siatkówki na mniejszym obszarze niż przed zabiegiem. Wokół guza i w plamce liczne

zmiany degeneracyjne, pojedyncze krwotoczki do siatkówki, wysięki twarde, delikatne objawy włóknienia.

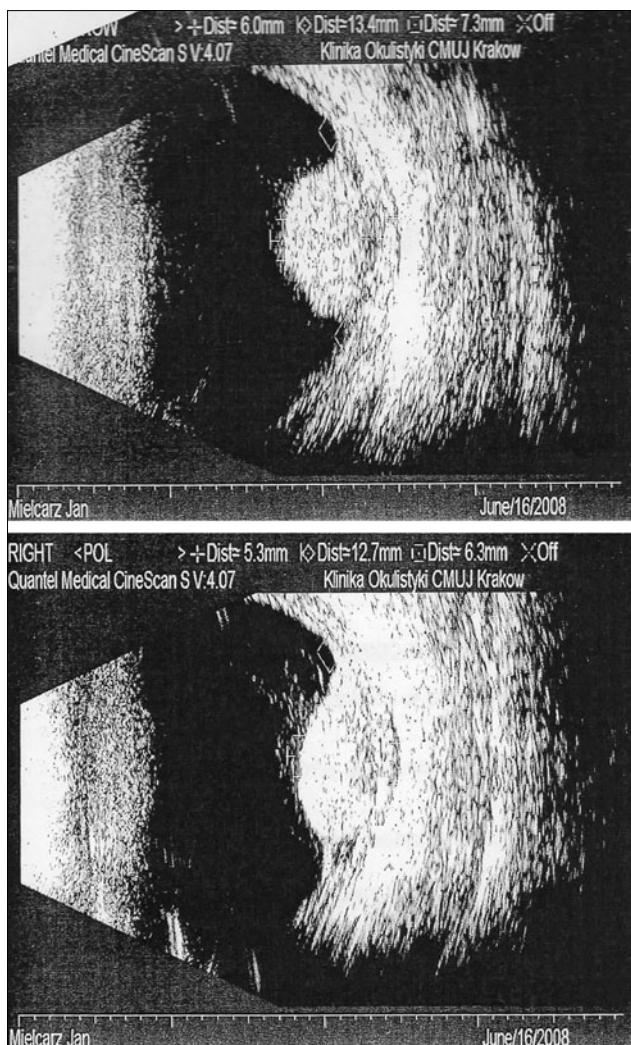
W USG B oka prawego – nieznaczna regresja guza – zmniejszenie grubości guza o ok. 1 mm.

#### Badanie kontrolne po 1 roku od zabiegu

Stan ogólny pacjenta dobry.

V oc.dex – lp1m Sn oc.dex – nie czyta, T oc.dex – 14 mm Hg. V oc.sin – 0,4 cc+4,0 Dsph, Sn oc.sin – 0,8 cc+5,5 Dsph, T oc.sin – 14 mm Hg. Kompensacyjna poprawa ostrości widzenia oka lewego po praktycznym zaniewiedzeniu oka prawego.

OKO PRAWO: Gałka oczna ustawiona w zezie rozbieżnym (kąąt zeza – 45 stopni), przedni odcinek oka – jak poprzednio, soczewka – nieco bardziej zmętniała, dno oka – wielkość guza makroskopowo porównywalna z badaniem poprzednim, zmiana koloru guza na bardziej szarą. Płyn spod siatkówki uległ resorpcji. Znacznego stopnia retinopatia postaci krwotoczków do siatkówki, wysięków twardych, objawów włóknienia.



Ryc.3. USG B oka prawego 1 rok po leczeniu

Pacjent zgłaszał dwojenie poziome. Z tego powodu zaaplikowano pryzmatyczne szkła okularowe.

USG B oka prawego: Powolna regresja guza (zmniejszenie wymiarów guza o ok. 0,6–0,7 mm)

USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, wyniki prób wątrobowych w granicach normy.

#### OMÓWIENIE

Od momentu, kiedy udowodniono, że czas przeżycia pacjentów z czerniakiem naczyniówki małym (5–10 mm średnicy podstawy i 2–3 mm grubości) oraz czerniakiem średnim (10–15 mm średnicy podstawy i 5–10 mm grubości) po napromieniowaniu i enukleacji gałki ocznej jest podobny, w leczeniu tej wielkości guzów standardowo stosuje się brachyterapię. Pięcioletnie przeżycie chorych z guzami średniej wielkości wynosi 68%.

Ryzyko wznowy po brachyterapii w tychże przypadkach wynosi ok. 25% [3, 4, 9, 10].

Czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo wznowy guza są: zły stan ogólny pacjenta w momencie rozpoczęcia leczenia, większa początkowa grubość i średnica podstawy guza, obecność pomarańczowego barwnika, brak druz w rzucie guza.

Ze względu na to, że guzy o średnicy podstawy 3 mm i grubości 1,5 mm mogą już być przyczyną odległych przerzutów, pacjentów tych trzeba objąć szczególną opieką onkologiczną [1, 4, 5, 7, 8].

W celu obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia wznowy guza i przerzutów brachyterapię łączy się z termoterapią przezręczniczną. Niestety, potęguje to i tak znaczne ryzyko poważnych powikłań skutkujących pogorszeniem ostrości widzenia.

#### WNIOSKI

Istnieje nadal wiele niedoskonałości stosowanych obecnie metod leczenia.

Wielką nadzieją dla pacjentów z rozpoznaniem nowotworem jest rozwój genetyki i immunologii.

#### PIŚMIENICTWO

[1] Starzycka M. Diagnostyka i zasady leczenia czerniaków wewnątrzgałkowych. Okulistyka 2000; 11: 3–7.



- [2] Augsburger JJ, Damato BE, Bornfeld N. Uveal melanoma. Mosby International Ltd, London 1999; 9: 3.
- [3] Hevelke A., Skopiński P. Rola genu supresorowego p53 w rozwoju czerniaka złośliwego. Okulistyka 2000; 1: 54–58.
- [4] Kański JJ. Okulistyka Kliniczna. Urban&Partner, Wrocław 2006.
- [5] Basic and Clinical Science Course. Część 4. Patologia narządu wzroku i guzy wewnątrzgałkowe. Urban&Partner, Wrocław 2005; 232–253.
- [6] Shields CL, Shields JA Materin M, Gershenbaum E, Singh AD, Smith A. Uveal melanoma. Risk factors for metastasis in 169 consecutive patients. Ophthalmol 2001; 108(1): 172–178.
- [7] Naumann GOH, Apple DJ. Pathology of the eye; 441–468.
- [8] Rennie IG. Uveal Melanoma: the past, the present and the future. The Ashton lecture. Eye 1997; 11: 255–264.
- [9] Żygulska-Mach H. Nowoczesne leczenie złośliwych czerniaków wewnątrzgałkowych. Klinika Oczna 1996; 1: 61–67.
- [10] Niżankowska MH. Podstawy okulistyki. Wyd. 2. Volumed, Wrocław 2000; 198–205.

**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. 607 502 493



## POJĘCIE ZDROWIA W OPINII PIELEŃNIAREK STUDIUJĄCYCH NA STUDIACH LICENCJACKICH – POMOSTOWYCH

THE CONCEPT OF HEALTH IN THE OPINION OF NURSES WHO STUDY ON LICENTIATE LEVEL

Kazimiera Zdziebło<sup>1</sup>, Maria Michalska<sup>2</sup>, Jadwiga Krawczyńska<sup>1</sup>, Grażyna Czerwiak<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

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

<sup>2</sup> Zakład Perinatologii i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Malarewicz

<sup>3</sup> Zakład Organizacji i Zarządzania z Pracownią Umiejętności Pielęgniarskich, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Lesław Krwawicz

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

### STRESZCZENIE

Ludzie z różnych powodów okazują niewielkie zainteresowanie swoim zdrowiem, jego wzmacnianiem i ochroną. Określenie „być zdrowym” ma dla nich różne znaczenie, co wynika z wielorakich uwarunkowań zdrowia. To, jak człowiek postrzega własne zdrowie, wpływa na jego samopoczucie, aktywność życiową, a także zachowania zdrowotne.

Celem podjętych badań było poznanie opinii pielęgniarek – studentów studiów licencjackich, tzw. pomostowych, na temat: co rozumieją pod pojęciem zdrowie, co oznacza „być zdrowym” oraz jakie prezentują zachowania zdrowotne.

Badania przeprowadzono w grudniu 2007 roku wśród pielęgniarek studiujących na studiach pomostowych Wydziału Nauk o Zdrowiu AŚ w Kielcach. Materiał badawczy zebrano za pomocą sondażu diagnostycznego – kwestionariusza ankiety (Lista Kryteriów Zdrowia).

Według badanych „być zdrowym” to przede wszystkim nie mieć żadnych dolegliwości i problemów zdrowotnych (ranga 1,92), czuć się szczęśliwym (ranga 1,98), cieszyć się życiem (ranga 1,56), mieć dobry nastrój (ranga 0,87), móc pracować i prowadzić aktywne życie (ranga 0,78). Najmniejsze znaczenie przypisano stwierdzeniu: być odpowiedzialnym za swoje zdrowie (ranga 0,13).

Brak jednolitego rozumienia pojęcia zdrowia utrudnia planowanie i podejmowanie działań służących ochronie, wzmacnianiu i przywracaniu zdrowia, a także może mieć wpływ na właściwą realizację przez pielęgniarke wielu zadań na rzecz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

**Słowa kluczowe:** zdrowie, zachowania zdrowotne, styl życia.

### SUMMARY

For many reasons people show little interest in their health, its intensification and protection. The term “to be healthy” has different sense which results from multifarious health conditions. The way a human perceives his own health influences his frame of mind, life activity and health behaviors.

The aim of undertaken research was to get to know the opinion of nurses- students of licentiate studies about the subject: what they mean by the concept of health, what it means “to be healthy” as well as which health behavior they present.

The research was carried out in December 2007 among nurses who study in The Faculty of Health in the Jan Kochanowski University in Kielce. Research material was gathered with the help of the following diagnostic tool – questionnaire forms (List of Health Criteria). According to the research “to be healthy” is, above all, not having any ailments and health problems (rank 1.92), feel happy (rank 1.98), enjoy life (1.56), have a good frame of mind (rank 0.81), be able to work and lead active life (rank 0.78). The least meaning was attributed to the statement: to be responsible for one’s health (rank 0.13).

Lack of uniform understanding of the concept of health makes it difficult to plan and take up activities that serve protection, intensification and rehabilitation of health. What is more, it can have an influence on proper realization of many tasks in favor of health.

**Key words:** health, health behaviors, life style.

Zdrowie – wg definicji WHO jest to „dynamiczny stan całkowitego fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego dobrego samopoczucia, nie zaś wyłącznie stan braku choroby lub niesprawności i jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa”.

Zdrowy człowiek ma większe szanse na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych czy też dobrą adaptację do zmian środowiska. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe oraz zapewnić rozwój społeczny i gospodarczy.

Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy: **styl życia** (ok. 50% „udziału”), **środowisko fizyczne** (naturalne oraz stworzone przez człowieka) i **społeczne życia, pracy, nauki** (ok. 20%), **czynniki genetyczne** (ok. 20%), **działania służby zdrowia** (ok. 10%). Do ważnych przesłanek zachowania zdrowia należą warunki społeczno-ekonomiczne, natomiast największymi zagrożeniami są ubóstwo i niski poziom wykształcenia [1]. Stąd Narodowy Program Zdrowia uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Wyłączny punkt ciężkości przenosi się z działań ochrony zdrowia na wiele sektorów społeczno-gospodarczych, a styl życia człowieka w największym stopniu determinuje zachowanie zdrowia. Sami w bardzo dużym stopniu decydujemy o swoim zdrowiu, co dobrze odzwierciedla znane od dawna hasło „Twoje zdrowie w Twoich rękach”. Od polityków, administracji rządowej i samorządowej oraz organizacji pozarządowych będzie zależeć rozwijanie polityki zdrowotnej sprzyjającej dokonywaniu przez ludzi wyborów korzystnych dla ich zdrowia [1].

Znaczącą rolę w determinowaniu ludzkiego zdrowia odgrywa styl życia, na który składają się: zachowania zdrowotne, postawy, działania i ogólna filozofia życia człowieka. Jego znaczenie uwarunkowane jest również przez osobiste przekonania jednostki, uznawane przez nią wartości, normy społeczne i kulturowe oraz warunki życia i pracy, a także przez środowisko naturalne, społeczne, czynniki genetyczne i opiekę zdrowotną.

Obecnie zmienia się także podejście do zdrowia: z biomedycznego na salutogenetyczny. Zdrowie w tym drugim znaczeniu rozumiane jest jako transakcja pomiędzy wymaganiami (obciążeniami), zasobami (potencjałem zdrowia) a wzorami zachowań [2]. Czynniki zagrożenia zdrowia/czynniki ryzyka to zachowania, stany i sytuacje, których obecność łączy się ze zwiększoną częstością występowania chorób.

Określenie „być zdrowym” ma dla ludzi różne znaczenie. Wynika to z wielorakich uwarunkowań

zdrowia i zależy m.in. od wieku, płci, sytuacji społecznej, a także od systemu wartości wyznaczającego cele życiowe. Na ogół dla większości ludzi zdrowie sprowadza się do braku choroby, nowego znaczenia nabiera zaś dopiero w kontekście choroby lub pojawienia się problemów zdrowotnych. Występują zasadnicze różnice między profesjonalnym ujęciem zdrowia, wyznaczonym zarówno wydolnością fizyczną, jak i bogactwem zasobów społecznych i osobistych, a podejściem laickim, koncentrującym się najczęściej na wymiarze fizycznym, czasem także psychicznym [3].

Styl życia, czyli zespół zachowań i postaw zdrowotnych, jest najważniejszym czynnikiem warunkującym zarówno stan zdrowia jednostki, jak i populacji. Zachowania zdrowotne to jakiegokolwiek zachowania (lub aktywność) jednostki będące elementem codziennego życia, a ponadto wpływające na stan jej zdrowia. Są to działania polegające na praktycznym stosowaniu posiadanej wiedzy na temat zdrowia i choroby. Stanowią one przedmiot względnie wolnych, indywidualnych wyborów i decyzji. Jest to ta część czynników wpływających na zdrowie, nad którą każdy człowiek ma największą kontrolę [4].

Wyróżnia się zachowania zdrowotne:

- biopozytywne, prozdrowotne, wykazujące pozytywny wpływ na zdrowie, mające na celu lub dające w efekcie podtrzymanie, umacnianie, przywracanie zdrowia i sprawności,
- bionegatywne, antyzdrowotne, mające negatywny wpływ na zdrowie, wywołujące jego zagrożenie, chorobę lub utratę sprawności, utrudniające profilaktykę, wczesną diagnozę, opóźniające proces leczenia i rehabilitacji.

Ze względu na stan zdrowia jednostki można podzielić zachowania zdrowotne na:

- zachowania zdrowotne w zdrowiu,
- zachowania zdrowotne w doświadczaniu choroby,
- zachowania zdrowotne w roli chorego [5].

W aktywności człowieka ukierunkowanej na zdrowie można wyróżnić zachowania zdrowotne o cechach nawykowych i celowe działania na rzecz zdrowia. Nawyki zdrowotne wiążą się z higieną życia codziennego, upodobaniami żywieniowymi, aktywnością fizyczną i wypoczynkiem – to działania wzmacniające zdrowie, zapobiegające chorobom oraz przyczyniające się do wczesnego wykrycia chorób. Niestety, są także zachowania, które przyczyniają się do zagrożenia czy utraty zdrowia, np. palenie papierosów, nieprawidłowe żywienie, używanie substancji psychoaktywnych, stres, itd. Czynnikiem najbardziej mobilizującym do podejmowania zachowań zdrowotnych jest wartość, jaką przypisuje się zdrowiu. Odzwierciedleniem stanu zdrowia jest subiektywny dobrostan, który obejmuje zarówno

elementy emocjonalno-uczuciowe, jak i poznawcze [3].

Sposób zachowania się i postępowania człowieka wobec własnego zdrowia jest zależny od wielu czynników kultury, w ramach których jednostka funkcjonuje, indywidualnej hierarchii wartości, posiadanego zasobu wiedzy na ten temat oraz wykształcenia i sytuacji ekonomicznej.

Sposób postrzegania własnego zdrowia przez pielęgniarki może wpływać na kształtowanie i realizację ich postaw zawodowych. Jest to istotne, gdyż jednym z zadań pielęgniarki jest edukacja zdrowotna, doradztwo zdrowotne, przygotowanie człowieka i jego rodziny do przyjęcia odpowiedzialności za własne zdrowie. Jak powszechnie wiadomo, najbardziej efektywną metodą w każdej edukacji, także zdrowotnej, jest metoda wzoru osobowego. Demonstrowanie własnego zdrowia, kształtowanie nawyków, realizacja przekonań zdrowotnych to bardzo efektywny sposób oddziaływania na ludzi [6].

Pielęgniarki są specyficzną grupą społeczną charakteryzującą się zarówno wysoką wiedzą na temat zdrowia i choroby, jak i gotowością do prowadzenia edukacji zdrowotnej oraz aktywnej działalności na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa.

Celem podjętych badań było poznanie opinii pielęgniarek – studentek studiów licencjackich tzw. pomostowych na temat: co rozumieją pod pojęciem zdrowie, co oznacza „być zdrowym” oraz jakie prezentują zachowania zdrowotne.

## MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono w grudniu 2007 roku wśród pielęgniarek studiujących na studiach licencjackich tzw. „pomostowych” Wydziału Nauk o Zdrowiu AŚ w Kielcach. Badaniami objęto 113 pielęgniarek w różnym wieku i z różnym stażem pracy zawodowej.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jest to jedna z najpopularniejszych metod badań społecznych, która pozwala na gromadzenie informacji dotyczących dynamiki zjawisk społecznych, opinii i poglądów wybranych zbiorowości [7].

W badaniach wykorzystano Listę Kryteriów Zdrowia (LKZ) autorstwa Z. Juczyńskiego, udośćnioną za zgodą autora przez Pracownię Testów Psychologicznych w Warszawie. Lista ta zawiera 24 stwierdzenia opisujące pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. Badany zaznacza swoje preferencje, wskazując, które z podanych stwierdzeń są ważne w ocenie zdrowia, a spośród wybranych te, które są

najważniejsze. Wyniki pozwalają ustalić preferencje badanego. Spośród zaznaczonych stwierdzeń, które są ważne w ocenie zdrowia, badany zaznaczył te, które dla niego są najważniejsze, używając punktacji od 1 do 5.

## WYNIKI I OMÓWIENIE

W działaniach na rzecz promocji zdrowia ważne jest poznanie (nie tylko opinii odbiorców edukacji zdrowotnej, ale również jej realizatorów – np. pielęgniarki) tego, co ludzie rozumieją pod pojęciem zdrowia, co dla nich oznacza „być zdrowym” oraz w jakim stopniu zdrowie utożsamiane jest ze stanem, wynikiem, właściwością, celem lub procesem.

Analizie poddano 111 wypełnionych kwestionariuszy. Wśród respondentów 91,5% stanowiły kobiety, a 8,5% – mężczyźni, 2 osoby błędnie wypełniły kwestionariusz, 5 osób nie odpowiedziało na pytanie dotyczące płci, 1 osoba nie odpowiedziała na pytanie związane z wiekiem. Średnia wieku badanych – 40,2 lat.

Preferencje badanych przedstawia tabela 1. W tabeli zamieszczono średnie „wagi” uzyskane na podstawie badania 111 osób. Wyniki uszeregowano w kolejności uzyskanych średnich wartości. Ocena zbliżająca się do 1, oznacza, że danemu stwierdzeniu przypisano mniejsze znaczenie, a ocena zbliżona do 5 bardzo duże znaczenie.

Respondenci największą wagę przypisują zdrowiu rozumianemu jako stan i właściwość, zdrowie jako wynik i proces zajmuje zaś dalsze miejsca. Być zdrowym, według badanych, to przede wszystkim (w kolejności ważności): czuć się szczęśliwym przez większość czasu, nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych oraz umieć się cieszyć z życia. Na dalszych miejscach znalazły się następujące stwierdzenia: należycie się odżywiać, mieć dobry nastrój, potrafić pracować bez napięcia i stresu. Najmniej ważne, zdaniem respondentów, to: potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami oraz pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale, a także mieć zdrowe oczy, włosy, cerę (tabela 1).

W kategorii definicji zdrowie jako „cel” badani wskazali jako najważniejsze: akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki (wykres 1).

Charakteryzując zdrowie jako „stan”, respondenci najwyżej sklasyfikowali stwierdzenie: czuć się szczęśliwym przez większość czasu i umieć się cieszyć z życia (wykres 2).

W zdrowiu scharakteryzowanym jako „właściwość” badani uznali za najważniejsze: nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych (wykres 3).

Tabela 1. Uszeregowanie stwierdzeń dotyczących zdrowia według średnich wag

Nr stwierdzenia	Treść stwierdzenia	Definicja zdrowia	Ranga
2	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	stan	1,98
12	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	właściwość	1,92
17	umieć się cieszyć z życia	stan	1,56
5	należycie się odżywiać	wynik	0,84
11	mieć dobry nastrój	właściwość	0,81
13	potrafić pracować bez napięcia i stresu	proces	0,78
21	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	cel	0,72
6	dbać o wypoczynek, sen	wynik	0,65
20	mieć sprawne wszystkie części ciała	właściwość	0,64
9	mieć odpowiednią wagę ciała	wynik	0,61
22	mieć pracę, różnorodne zainteresowania	wynik	0,61
23	czuć się dobrze	stan	0,55
4	umieć rozwiązywać swoje problemy	proces	0,54
16	umieć przystosować się do zmian w życiu	proces	0,54
14	nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność	właściwość	0,46
1	dożyć późnej starości	cel	0,45
24	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	właściwość	0,30
8	nie pić alkoholu	wynik	0,29
3	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	proces	0,28
10	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	właściwość	0,19
18	być odpowiedzialnym	cel	0,13
15	mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	właściwość	0,06
7	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	wynik	0,05
19	potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	proces	0,05

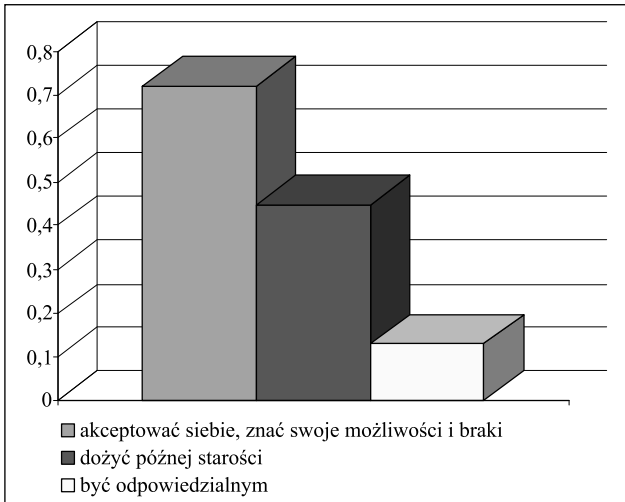
Tabela 2. Porównanie 10 najważniejszych kryteriów zdrowia w różnych grupach badanych

Nr stwierdzenia	Treść stwierdzenia	Studenci <sup>1</sup>	Nauczyciele <sup>1</sup>	Pielęgniarki – studenci I <sup>2</sup>	Pielęgniarki – studenci II <sup>3</sup>
1	długowieczność		5		
2	poczucie szczęśliwości	3	9	2	1
5	odżywianie	7	2	4	4
6	wypoczynek, sen		3	8	8
9	mieć odpowiednią wagę ciała			10	10
11	dobry nastrój	4			5
12	brak dolegliwości fizycznych	6	1	1	2
13	praca bez napięcia i stresu	8	4	7	6
14	brak choroby i poważnych dolegliwości	5		9	
17	radość z życia	1	10	3	3
20	sprawność fizyczna	2	6		9
21	akceptacja siebie	10	8	6	7
23	dobre samopoczucie	9	7		

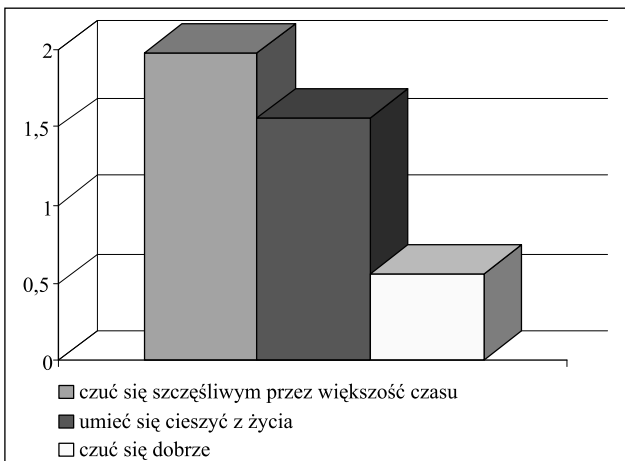
<sup>1</sup> Na podstawie badań: Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. PTP, Warszawa 2001.

<sup>2</sup> Na podstawie badań: Lewko J. i in. Definiowanie pojęcia zdrowia przez pielęgniarki. W: Problemy pielęgniarstwa 2006; 1–2.

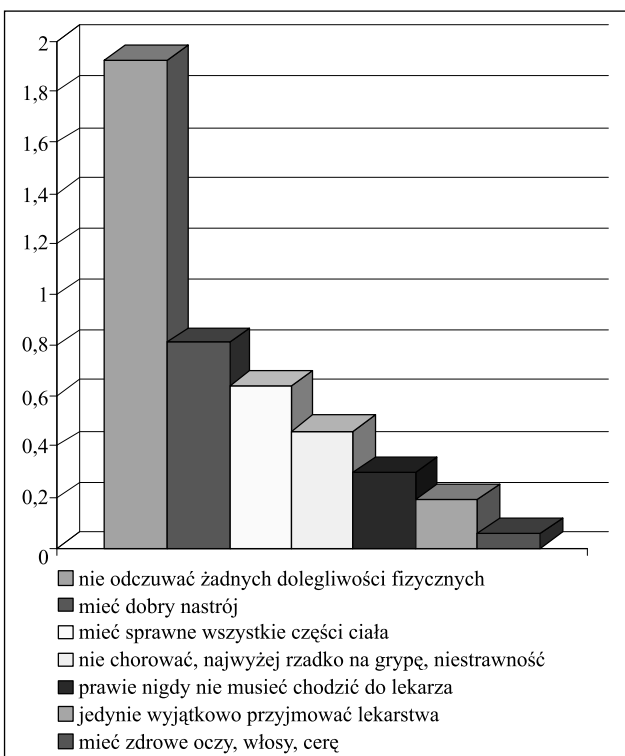
<sup>3</sup> Badania własne.



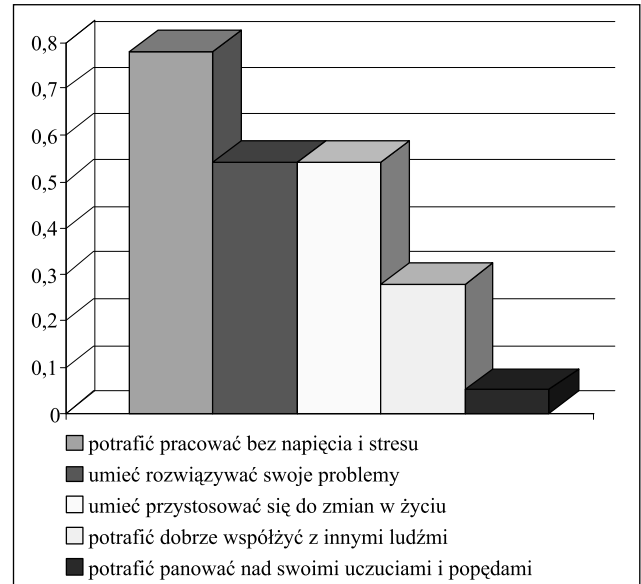
Wykres 1. Ocena zdrowia w kategorii definicji „cel”



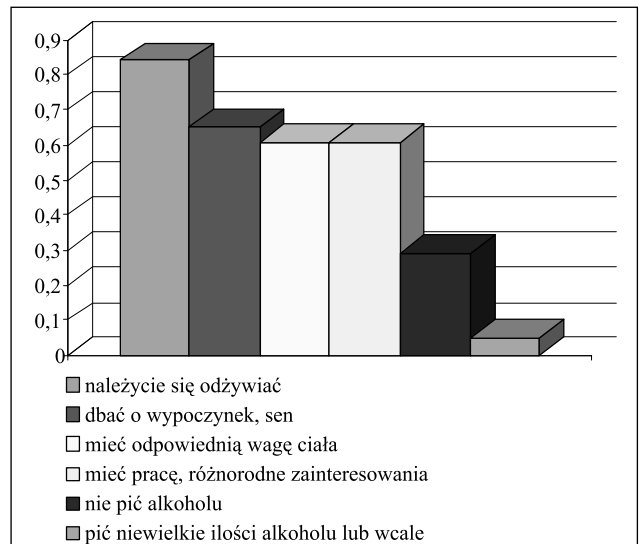
Wykres 2. Ocena zdrowia w kategorii definicji „stan”



Wykres 3. Ocena zdrowia w kategorii definicji „właściwość”



Wykres 4. Ocena zdrowia w kategorii definicji „proces”



Wykres 5. Ocena zdrowia w kategorii definicji „wynik”

W kategorii definicji zdrowie jako „proces” badani wskazali jako najważniejsze – potrafić pracować bez napięcia i stresu (wykres 4).

Charakteryzując zdrowie jako „wynik” respondenci najwyżej sklasyfikowali stwierdzenie: należycie się odżywiać (wykres 5).

Bardzo podobne wyniki badań w poszczególnych kategoriach postrzegania zdrowia uzyskano w badaniach przeprowadzonych z użyciem LKZ w zbliżonej grupie respondentów. Jeśli chodzi natomiast o najwyższą rangę w kategorii stwierdzeń, to badani (w kolejności ważności) wskazali na: brak dolegliwości fizycznych, czuć się szczęśliwym przez większą część czasu i należycie się odżywiać [8].

Z kolei badania przeprowadzone z LKZ wśród studentów psychologii i nauczycieli (przedszkole i pierwsze klasy szkoły podstawowej) ujawniły, że w ocenie nauczycieli najważniejszy jest brak dolegli-

wości fizycznych, natomiast dla studentów psychologii „być zdrowym” to przede wszystkim cieszyć się z życia, czuć się szczęśliwym [3].

Porównując, na podstawie literatury przedmiotu [3, 8, 9] i badań własnych, 10 najważniejszych kategorii zdrowia w różnych grupach badanych uzyskano następujące stwierdzenia (w kolejności ważności): brak dolegliwości fizycznych, poczucie szczęśliwości oraz radość z życia (tabela 2).

Sposób, w jaki ludzie definiują zdrowie, co dla nich oznacza pojęcie „być zdrowym”, jest zatem bardzo ważne w działaniach promujących zdrowie, gdyż potoczne ujęcie zdrowia i sposób jego wartościowania ma wpływ na podejmowanie zachowań zdrowotnych. W procesie edukacji zdrowotnej pozwala zaś rozpoznać, które zachowania należy wzmacniać, kształtować, modyfikować, zmieniać, ograniczać, eliminować.

## WNIOSKI

1. Pielęgniarki w większości zdrowie utożsamiają ze stanem i właściwością, co charakteryzuje instrumentalne podejście do zdrowia.
2. Jako najważniejsze kryterium zdrowia pielęgniarki określiły „czuć się szczęśliwym przez większość czasu” oraz „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych”.
3. W związku z realizacją przez pielęgniarki roli edukatora zdrowotnego, istotne jest dalsze prowa-

dzenie badań w tym kierunku, zwłaszcza w kontekście uzyskanych rezultatów.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] [www.mz.gov.pl/npz](http://www.mz.gov.pl/npz) – 12 XII 2007.
- [2] Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
- [3] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. PTP, Warszawa 2001.
- [4] Żołnierczuk-Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. W: Zdrowie publiczne. Red. TB Kulik, M Latalski. Czelej, Lublin 2002.
- [5] Żołnierczuk-Kieliszek D. Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. W: Zdrowie publiczne. Red. M Latalski. AM, Lublin 1999.
- [6] Majchrowska A. Społeczne definiowanie i wartościowanie zdrowia – wskazaniem dla pracy pielęgniarskiej. W: Problemy Pielęgniarstwa 2001; 1–2: 15–19.
- [7] Pilch T, Bauman T. Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Żak, Warszawa 2001.
- [8] Lewko J i in. Definiowanie pojęcia zdrowia przez pielęgniarki. Problemy Pielęgniarstwa 2006; 1–2: 127–131.
- [9] Kulik TB, Pacian A, Zboina B, Żołnierczyk-Kieliszek D, Skurzyńska H, Janiszewska-Grzyb M. Czynniki powodujące zagrożenia zdrowia w sytuacji bezrobocia. Badania Naukowe 2007; 21: 2–20.

## Adres do korespondencji:

dr Kazimiera Zdziebło  
Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: [zdziebło@wp.pl](mailto:zdziebło@wp.pl)  
tel. 048 41 349 69 35



## VOLUNTARY SERVICE OF HEALTH SCIENCES STUDENTS

DZIAŁALNOŚĆ WOLONTARYJNA STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH

Monika Szpringer, Edyta Dziewisz, Justyna Kosecka, Olga Pluta

Faculty of Health Sciences, The Jan Kochanowski University of Humanities and Sciences in Kielce

Dean: Prof. Stanisław Głuszek MD

### SUMMARY

The article presents a fragment of research concerning voluntary service of health sciences students and their knowledge in this area. The aim of the research was to assess voluntary service of Health Sciences students at the Health Science Faculty, the Jan Kochanowski University in Kielce. The research was carried out in March 2009 among 19-24 year-old students of the following specialisations: Public Health, Physiotherapy, Nursing and Obstetrics. In total, 200 students, including 187 women and 13 men, were interviewed during the investigation. The basic method applied in the investigation was a diagnostic survey. Only 2% of the surveyed students take part in voluntary service. This is a very small number. They provide assistance in orphanages, hospices and Caritas.

The best-known organisations of public benefit known by students are: The Polish Red Cross (22%), the Great Orchestra of Christmas Charity (20%), Caritas (17%), Polish Humanitarian Action (11%), the POLSAT Foundation (6%), TVN (5%), Monar, Markot (13%). 7% of students do not know any non governmental organisations. Students acquire knowledge about voluntary service mainly from the Internet (36.8%), from friends and families (22.2%), media (19.3%), and also from non governmental organisations (16.2%). The surveyed students contact call centres (5.5%) most seldom.

It results from the investigation that only a small number of students become engaged in voluntary service. The main cause of this small number of volunteers is the lack of time. More students of Pedagogy and Social Sciences are engaged in voluntary work.

**Key words:** activity, voluntary service, Health Sciences students.

### STRESZCZENIE

W artykule zaprezentowano fragment badań dotyczących aktywności wolontaryjnej studentów kierunków medycznych i ich wiedzy w tym zakresie.

Celem podjętych działań jest ocena zjawiska społecznego, jakim jest wolontariat wśród studentów kierunków medycznych na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach. Badania przeprowadzono w marcu 2009 roku wśród studentów z kierunków: zdrowie publiczne, fizjoterapia, pielęgniarstwo i położnictwo, w wieku 19–24 lat. Ogółem poddano badaniu 200 osób, w tym 187 kobiet i 13 mężczyzn. Podstawową metodą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny, w ramach którego zastosowano technikę ankietowania.

Zaledwie 2% ankietowanych studentów włącza się w wolontariat. Jest to bardzo znikoma liczba. Swoją pomocą służą w domach dziecka, hospicjach i Caritasie.

Najbardziej znanymi przez studentów organizacjami pożytku publicznego są: Polski Czerwony Krzyż (22%), Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy (20%), Caritas (17%), Polska Akcja Humanitarna (11%), Fundacja POLSAT (6%), TVN (5%), Monar, Markot (13%), a 7% studentów nie zna żadnych organizacji pozarządowych. Wiedzę o wolontariacie studenci czerpią głównie z Internetu (36,8%), od przyjaciół i rodziny (22,2%), z innych mediów (19,3%), a także organizacji pozarządowych (16,2%). Najrzadziej ankietowani korzystają z infolinii (5,5%).

Z badań wynika, iż niewielu studentów zostaje wolontariuszami. Głównym tego powodem jest brak czasu studentów. Większe grono wolontariatu stanowią studenci kierunków pedagogicznych i społecznych.

**Słowa kluczowe:** aktywność, wolontariat, studenci kierunków medycznych.

## INTRODUCTION

There are many people in the contemporary world who voluntarily and disinterestedly offer themselves and their assistance to other people. Volunteers offer their assistance everywhere where it is necessary. A. Gluziński points out that volunteers can also be engaged in public administration and in other public establishments (e.g. hospitals, nursery schools [1]. Volunteers act from the need of their hearts. Bringing joy to seriously sick children and adults and making them smile are the only rewards for their effort.

The period of studies is the time of the acquisition of knowledge and experience. Voluntary service is one of many possibilities of one's verification in direct activity in the interest of others. In Poland, voluntary service is based in a large measure on students. It is proper, therefore, to prepare suitable conditions for voluntary service [2].

The disadvantageous situation of voluntary service in Poland results from the absence of satisfactions of basic needs contained in the Maslow's Hierarchy of Needs, i.e. physiological needs, safety, belonging, self-esteem and respect. Offering assistance to others and self-actualisation are on its highest level. If the individual is not in a position to satisfy his or her own basic needs, it is difficult to expect from them a commitment to act in the interest of others.

The labour market in Poland negatively bears on voluntary service. Students prefer to undertake a profitable employment rather than to devote their spare time to disinterested help to people in need. They do not perceive later advantages from the acquisition of such experiences. Voluntary service shapes character, teaches responsibility, sensitivity and patience, prepares for the commencement of professional work after graduation. If young people understand it, then voluntary service will become more popular [3].

All persons who want to become volunteers undergo a suitable training, recognise their competences and the range of activities. After the completion of training they receive a certificate which does not confirm their work as volunteers. Half of them resign from collaboration after the receipt of a certificate. They are persons who want to obtain such a certificate for their own private advantages. The majority of trainees want to verify their knowledge acquired during the period of studies. However, they often undertake something that outgrows their abilities. They have no practical, and what is most important, psychological preparation to execute such difficult tasks. It is also necessary to emphasise that not every person can work in all kinds of voluntary activity.

Many students confuse the notion of community service and voluntary service. Voluntary service is not

only assistance offered to the sick, disabled and children, but also all other activities undertaken by the need of the heart. It also includes help in animal shelters, museums, artistic activity or desk jobs.

In the opinion of students a volunteer is the person who:

- is disinterested
- is helpful
- works benevolently from the need of the heart
- is sensitive to human harm
- is tolerant and responsible
- is forbearing and friendly
- is competent and honest
- gives, but also gains precious experience
- wants to change the world for the better, thinks innovatively
- feels necessary.

A majority of students consider that volunteers are very necessary. However, only 54% of them want to do this service; 7% do not want to; and 39% do not know whether they would be prepared to do voluntary service. At present a great opportunity for young people is the European Voluntary Service – EVS. EVS has already undertaken the second action of the programme “Youth in Action”. EVS enables organisations to send young volunteers to provide help in various foreign (ecological, social, cultural) projects and to host volunteers from other European countries in the existing non-profit organisations and institutions [4]. Everyone aged 18–30 years can become a volunteer and they do not need to have any qualifications or experience, they do not have to know any foreign language on a determined level (unless stated otherwise by the hosting organisation – the host of the project and the sending organisation which carries out recruitment). The only criteria are a strong motivation, age and citizenship of one of countries of the programme (or – for volunteers from countries not included in the programme – possession of a temporary residency card). Voluntary work brings measurable advantages to young people, such as personal development, a better understanding of oneself and others, meeting the challenges, new relationships and friendships, assistance to people in need, new knowledge: acquisition or improvement of a foreign language, new ideas and interests, improvement of communication and practical skills, acquisition of new experiences. Serving other people is one of the most noble human attitudes and at the most lofty and priceless manifestation of the human spirit [5]. It acquires a special significance in relation to Health Sciences students. It is an opportunity for young people to learn how to help others, organise time without drinking alcohol, drugs, violence, and to develop the attitude of help and kindness for others, particularly those who are weak and need support.

**MATERIAL AND METHOD**

The survey was carried out in March 2009 at the Faculty of Health Sciences, the Jan Kochanowski University in Kielce. 19-24 year-old students included in the survey studied Public Health, Physiotherapy, Nursing and Obstetrics. The research was carried out in March 2009 among 19-24 year-old students of the following specialisations: Public Health, Physiotherapy, Nursing and Obstetrics. In total, 200 students, including 187 women and 13 men, were interviewed during the investigation. The basic method applied in the investigation was a diagnostic survey. Interviews were also made with the employees of the Kielce Centre of Voluntary Service.

**RESULTS AND DISCUSSION**

There are far more of women (92%) than men (8%) among volunteers. In the majority of cases they are people with higher education, residing in towns. In recent years a 50% fall of the number of volunteers was observed. The major cause was emigration of young people. It is a very alarming phenomenon because people who have left the country were very creative and highly committed to working for the benefit of others.

Students provide many reasons why they infrequently undertake this activity. Above 36% of students do not have time for voluntary service; 26% do not want to be engaged disinterestedly in work for the benefit of others. Almost 21% of the investigated claim that health problems are a barrier for involvement in this type of work. It is disturbing that 15% of the investigated students do not believe in their competence and possibility of voluntary service for people in need (Fig. 1).

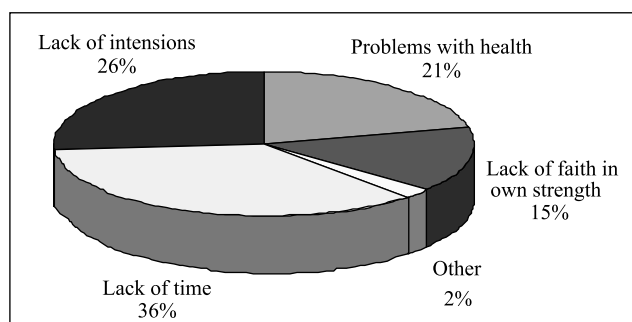


Fig. 1. Major causes of the lack of the commitment of students in voluntary service.

Many students are not engaged continuously in voluntary service, but in daily life they often offer assistance to other people. Most often they help dis-

eased and handicapped persons (24%), however only 14% of students declare assistance to elderly people. About 12% of the surveyed students devote their time to play with children and young people, and they also help shopping (12%). Above 11% of students offer assistance to their friends. Fund raising and gift collection are rarer forms of assistance (8.4% each) (Fig. 2).

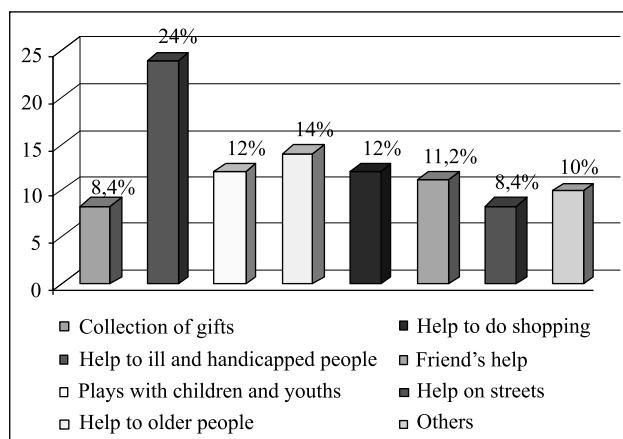


Fig. 2. Private help of students not involved in voluntary service.

The majority of the surveyed students:

- never received help from a volunteer;
- consider that they have not sufficient knowledge on the subject of voluntary service;
- consider that it is necessary to induce young men to voluntary service;
- do not know many volunteers.

The Polish Red Cross is one of the organisations of public benefit best known to students (22%). The second place is occupied by The Great Orchestra of Christmas Charity (20%). Such a great popularity is due to a strong publicity in media. Another well-known organisation is Caritas (17%). A considerable number of students also mention The Polish Humanitarian Action (11%). The POLSAT Foundation is indicated by 6% of the surveyed students, and The TVN Foundation by 5%. It is alarming that 7% of students do not know any non governmental organisations. Ac-

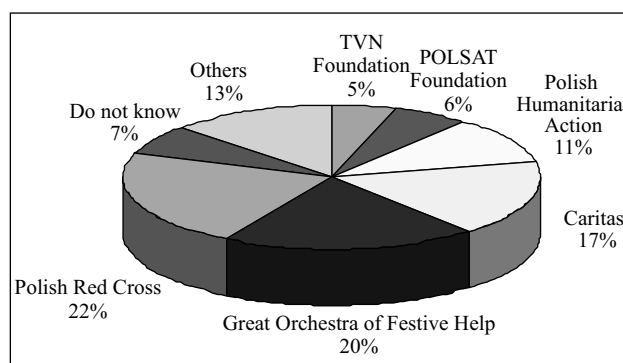


Fig. 3. Non governmental organisations engaged in voluntary service best known by students.

tivities of the remaining organisations are also important but less well-known, as e.g. those of Monar and Markot (13%).

It is necessary to emphasise that only 27.5% of the surveyed students donate 1% of their income tax for the organisations of public benefit.

Social activists most often mentioned by students:

- Jerzy Owsiak
- Janina Ochojska
- Jolanta Kwaśniewska
- Małgorzata Foremniak
- Marek Kotański
- Anna Dymna

Students acquire knowledge about voluntary service mainly from the Internet (36.8%) and from friends and families (22.2%). The subsequent sources of information are media (19.3%) and also non governmental organisations (16.2%). The surveyed students use the call centre (5.5%) most seldom.

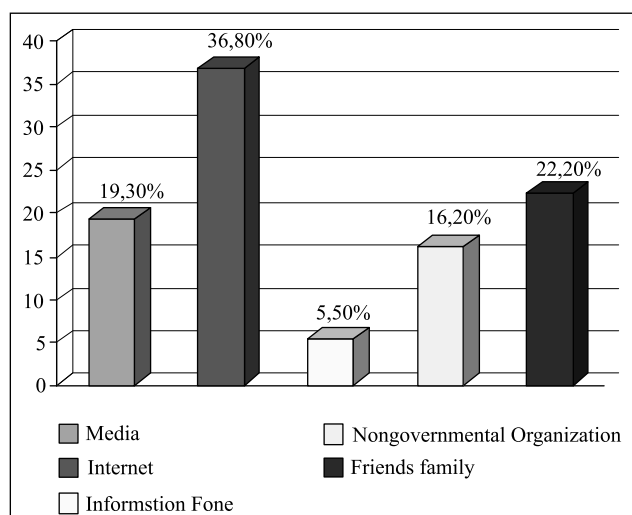


Fig. 4. Sources of information about voluntary service

Only a small percentage of Health Sciences students undertake work in voluntary service (2%). Those who do offer help in orphanages, hospices and Caritas. They were induced to this type of activity mainly by their acquaintances and friends. The major cause of insufficient commitment in voluntary service of Health Sciences students is the lack of time.

#### Address for correspondence:

prof. dr hab. Monika Szpringer  
Zakład Profilaktyki Społecznej  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: mszprin@poczta.onet.pl  
tel. 048 41 349 69 31

Table 1. Commitment of Health Sciences students in voluntary service.

Commitment	n = 200	%
Yes	4	2
No	196	98

#### CONCLUSION

1. In the last two years the number of volunteers has been observed to drop by 50%.
2. What is most important for students is the satisfaction of their own needs, and next offering assistance to other people.
3. A serious problem is the stereotypical vision of voluntary service and confusing it with community service.
4. There is a need to include in the Syllabus basic information about voluntary service in Poland and in the world, about advantages and opportunities of participation in different forms of voluntary service.

#### BIBLIOGRAPHY

- [5] Gluziński A. Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Wyd. Difin, 2005; 102–103.
- [6] Kanios A. Społeczne kompetencje studentów do pracy w wolontariacie. Wyd. UMCS, Lublin 2008; 62–67.
- [7] Information obtained from employees of the Voluntary Service Centre, ul. Sienkiewicza 76, 25–501 Kielce.
- [8] ([http://pl.wikipedia.org/wiki/Wolontariat\\_Europejski](http://pl.wikipedia.org/wiki/Wolontariat_Europejski))
- [9] A letter of Bishop Jan Chrapek Let's share – voluntary service, Radom 2001: 2.

# DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA NIEPOWŚCIAĞLIWYCH WYMIOTÓW CIĘŻARNYCH

DIFFERENTIAL EVALUATION OF HYPEREMESIS GRAVIDARUM IN PREGNANT WOMEN

Olga Adamczyk-Gruszka<sup>1</sup>, Izabella Lewandowska-Andruszuk<sup>2</sup>, Grzegorz Piasek<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego z Pracownią Badań Naukowych  
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

Kierownik Pracowni: dr n. med. Urszula Grabowska

<sup>2</sup> Zakład Profilaktyki w Ginekologii i Położnictwie  
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Tomasz Soszka

<sup>3</sup> Oddział Ginekologiczno-Położniczy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach  
Ordynator: lek. med. R. Rudziński

## STRESZCZENIE

Niepowściągliwe wymioty ciężarnych (NVC) występują u 0,3% do 2% kobiet w ciąży w Polsce, chociaż w populacji znacznie większa liczba ciężarnych choruje na tę chorobę. NVC definiowane jest jako niepowściągliwe nudności i wymioty w pierwszym trymestrze ciąży. W praktyce klinicznej NVC jest identyfikowane jako niewyjaśnione długotrwałe wymioty i odwodnienie. Charakteryzują się one odwodnieniem, zaburzeniami równowagi elektrolitowej, ketonurią, utratą masy ciała więcej niż 5% i zwykle wymagają hospitalizacji. W artykule omówiono przyczyny, diagnostykę różnicową i postępowanie w NVC.

**Słowa kluczowe:** niepowściągliwe wymioty ciężarnych, ciąża, odwodnienie, zaburzeniami równowagi elektrolitowej.

## SUMMARY

Hyperemesis gravidarum occurs in 0.3% to 2% of pregnant women, although populations with significantly higher rates have been reported. Hyperemesis gravidarum is defined as severe nausea and vomiting during the first trimester of pregnancy. In clinical practice, hyperemesis gravidarum is identified by otherwise unexplained intractable vomiting and dehydration. It is characterized by dehydration, electrolyte imbalance, ketonuria and weight loss of more than 5% of body weight and it usually requires hospitalization. This article discusses the causes, presentation, diagnosis, and management of hyperemesis gravidarum.

**Key words:** Hyperemesis gravidarum, pregnancy, dehydration, electrolyte imbalance.

Niepowściągliwe wymioty ciężarnych (NVP) występują u ok. 20 ciężarnych na 1000 ciąż [1]. W większości przypadków uzupełnienie płynów i elektrolitów spowoduje ustąpienie dolegliwości. Jeżeli we wczesnej fazie schorzenia nie podejmiemy leczenia farmakologicznego, to doprowadzimy do odwodnienia ciężarnej, a nawet do jej zgonu. Dlatego postać ciężka niepowściągliwych wymiotów ciężarnych, która nie poddaje się leczeniu konwencjonalnemu, polegającemu na podaniu płynów i leków przeciwwymiotnych, wymaga hospitalizacji pacjentki w oddziałach ginekologiczno-położniczych.

Opracowanie to ma na celu przedstawienie diagnostyki różnicowej niepowściągliwych wymiotów ciężarnych, a także zwrócenie uwagi na funkcję, jaką

ma do spełnienia szybka diagnostyka i wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Nudności i wymioty występują u ok. 50% kobiet ciężarnych i są jednym z domyślnych wczesnych objawów ciąży [1]. Długotrwałe wymioty i nasilone nudności mogą być przyczyną pogorszenia stanu zdrowia ciężarnej, prowadząc do pojawienia się niepowściągliwych wymiotów. Sytuacja ta powoduje, iż ciężarna nie może dostarczyć do organizmu odpowiedniej ilości białek, tłuszczów, węglowodanów, płynów i elektrolitów, co w konsekwencji prowadzi do wystąpienia różnych powikłań, tj. spadku masy ciała, ketozy, rozpadu białek mięśniowych z zanikiem mięśni włacznie.

Patogeneza niepowściągliwych wymiotów ciężarnych nie została dotychczas ani poznana, ani wy-

jaśniona. W większości przypadków zaburzenie to opisywane jest jako wynik zmian zachodzących w organizmie kobiety ciężarnej w pierwszym trymestrze ciąży. Za jeden z czynników odpowiedzialnych za to schorzenie przyjmuje się któryś z produktów łożyska. Zaobserwowano bowiem, iż w zaśniedziałym i ciążach mnogich, gdzie występuje większa masa łożyska (NVP), objawy te pojawiają się częściej. Najczęściej autorzy kojarzą je ze wzrostem stężenia estradiolu i poszczególnych izoform  $\beta$  Hcg [2].

U połowy ciężarnych, oprócz niepowściągliwych wymiotów ciężarnych, stwierdza się biochemiczne wykładniki nadczynności tarczycy wywołane przez hCG. Tłumaczone to jest jako zwiększony efekt tyreotropowy niektórych izoform  $\beta$  hCG [3].

Estrogeny są także odpowiedzialne za wymioty. Niektórzy badacze zauważyli współzależność między poszczególnymi izoformami  $\beta$  hCG, charakteryzującymi się silniejszym działaniem gonadotropowym, a stężeniem estradiolu i niepowściągliwymi wymiotami u ciężarnych [3]. Inni autorzy obserwują wpływ TNF- $\alpha$  i interleukiny 1 i 6 na regulację syntezy hCG w łożysku i wymioty ciężarnych [3].

W etiologii NVC pewną rolę mogą również odgrywać zaburzenia wydzielania hormonów, tj. FSH, progesteron, kortyzol oraz ACTH. Jednak ich znaczenie w patogenezie niepowściągliwych wymiotów ciężarnych nie zostało do końca potwierdzone.

W ciąży w wyniku zwiększonego działania hormonów dochodzi do obniżenia napięcia mięśniówki części wpustowej żołądka, zwolnienia jego perystaltyki oraz wydłużenia czasu jego opróżniania, co w efekcie może doprowadzić do nasilenia wymiotów. Mało jest jednak prawdopodobne, żeby były one wyłącznie odpowiedzialne za wywoływanie tej choroby.

Psychosomatyczne teorie próbujące wyjaśnić etiologię NVC najczęściej tłumaczą to jako przejaw stresu związanego z brakiem akceptacji i odrzuceniem ciąży [4]. Pomimo istniejącego w tym schorzeniu czynnika psychologicznego, trudno jest udowodnić, że to on wywołuje wymioty u ciężarnych. Choroba ta przy braku opieki ze strony osób drugich może doprowadzić do skrajnego wyczerpania psychicznego związanego z separacją od rodziny, niezdolnością do pracy, poczuciem winy, złością skierowaną na płód spowodowaną faktem, że ciężarna czuje się źle. Czynniki psychologiczne w niektórych przypadkach odgrywają ważną rolę, a potwierdzeniem tego jest szybka poprawa objawów NVC z równoczesną poprawą samopoczucia po przyjęciu do szpitala i wyrównaniu stanu ogólnego [4].

Rozpoznanie niepowściągliwych wymiotów ciężarnych ustala się na drodze wykluczenia innych przyczyn nudności i wymiotów u ciężarnych (tabela 1).

Tabela 1. Diagnostyka różnicowa niepowściągliwych wymiotów ciężarnych (wg TM. Gowin Hyperemesis gravidarum. Clin Obstet Gynecol. 1988; 41: 597–605)

	Diagnostyka różnicowa niepowściągliwych wymiotów ciężarnych
Układ moczowo-płciowy	Zakażenie układu moczowego
	Odmiedniczkowe zapalenie nerek
	Mocznica
	Skრęt szypuły jajnika
	Kamienie nerkowe
Zaburzenia neurologiczne	Degenerujący mięśniak macicy
	Guz rzekomy mózgu Zmiany w narządzie przedśionkowym Migrenowe bóle głowy Guzy OUN
Układ endokrynologiczny	Nadczynność tarczycy
	Cukrzycowa kwasica ketonowa
	Choroba Addisona
Układ pokarmowy	Zapalenie błony śluzowej żołądka i jelit (gastroenteritis)
	Wrzód trawienny
	Zapalenie trzustki
	Zapalenie wyrostka robaczkowego
	Achalazja przełyku
	Niedrożność jelit
Zapalenie wątroby	
Wymioty polekowe (głównie po preparatach żelaza)	
Óśrodkowy układ nerwowy/choroby błędniaka	

Początek NVC pojawia się zawsze w pierwszym trymestrze ciąży, zazwyczaj ok. 6–8 tygodnia, natomiast wymioty rozpoczynające się po 12 tygodniu nie powinny być związane z niepowściągliwymi wymiotami ciężarnych. W różnicowaniu NVC należy pamiętać o innych chorobach, którym towarzyszą wymioty, takich jak: infekcje układu moczowego, zaburzenia metaboliczne (choroba Addisona, nadczynność tarczycy, porfiria), choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie trzustki, zapalenie wątroby, zapalenie jelit, wrzód trawienny, zapalenie wyrostka robaczkowego). Niepowściągliwe wymioty ciężarnych powtarzają się w kolejnych ciążach.

W diagnostyce różnicowej NVC powinno się brać pod uwagę określone cechy kliniczne i objawy im towarzyszące.

- Wymioty poranne – pojawiające się w I trymestrze ciąży. Mogą nałożyć się na takie choroby, jak: mocznica, poalkoholowe zapalenie żołądka, nowotwory i inne guzy OUN.
- Wymioty w krótkim czasie po posiłku – I trymestr ciąży, zwężenie odźwiernika (choroba wrzodowa, nowotwór), ostre zapalenie trzustki lub żołądka, zapalenie pęcherzyka żółciowego, nadwrażliwość pokarmowa, jadłowstręt psychiczny, bulimia.

- Wymioty 4–6 godzin po posiłku – NVC, atonia żołądka, zwężenie dalszych odcinków przewodu pokarmowego.
- Wymioty treścią żółciową – NVC, długotrwałe wymioty, przeszkoda poniżej brodawki Vatera.
- Wymioty niestrawionym pokarmem – NVC, achalazja, uchyłki przełyku, znaczne zwężenie przełyku, nadwrażliwość pokarmowa (reakcja natychmiastowa).
- Ból głowy, zaburzenia widzenia, zaburzenia przytomności, sztywność karku – NVC, migrena, choroby OUN.
- Biegunka i gorączka – NVC, z odwodnieniem organizmu ciężarnej, zakażenia przewodu pokarmowego.
- Zmniejszenie masy ciała – NVC, przewlekłe choroby organiczne przewodu pokarmowego, procesy nowotworowe.
- Żółtaczka – NVC (pojawia się rzadko), choroby wątroby i dróg żółciowych (kamica, zapalenie).

W diagnostyce różnicowej NVC powinno się uwzględnić czas trwania wymiotów, czas pomiędzy spożytym posiłkiem a wystąpieniem wymiotów, charakter wymiocin, a także objawy towarzyszące. Zazwyczaj na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz badań laboratoryjnych udaje się ustalić przyczynę schorzenia.

Nudnościom i wymiotom w NVC towarzyszy ślinotok ze zwiększonym odpluwaniem śliny. Tabela 2 przedstawia najczęściej występujące objawy kliniczne towarzyszące NVC.

Tabela 2. Objawy kliniczne niepowściągliwych wymiotów ciężarnych

Objawy kliniczne
Wymioty polekowe (głównie po preparatach żelaza)
Ośrodkowy układ nerwowy/choroby błędniaka
Nudności, wymioty (początek w pierwszym trymestrze)
Ślinotok
Spadek masy ciała
Ketonuria
Odwodnienie
Rozpad białek mięśniowych i zanik mięśni

Oprócz nudności i wymiotów u ciężarnej z NVC obserwuje się: spadek masy ciała, objawy odwodnienia z hipotonią ortostatyczną i tachykardią [5].

W badaniach laboratoryjnych u ok. 20–30% ciężarnych obserwuje się podwyższenie aktywności bilirubiny ( $< 4 \text{ md/dl}$ ) i aminotransferaz ( $< 300 \text{ U/l}$ ). Żółtaczka pojawia się rzadko. Podwyższenie poziomu transaminaz, jeżeli współistnieje z żółtaczką, powinno być kojarzone z wirusowym zapaleniem wątroby. Podobnie jak w przypadku wyników badań tarczycy,

również i tutaj obserwuje się związek pomiędzy nasileniem objawów NVC a stopniem nieprawidłowości czynności wątroby; 25% pacjentek hospitalizowanych z powodu niepowściągliwych wymiotów ciężarnych ma nieprawidłowy poziom aminotransferazy asparaginianowej, ale tylko u 7% poziom ten przekracza  $100 \text{ U/l}$ . Według Wernickego Rotmana i wsp., w 47% przypadków ciężarnych z NVC powikłanych encefalopatią występowały nieprawidłowości funkcji wątroby, a w 40% poziom AspAT przekraczał  $100 \text{ U/l}$  [6]. Etiologia zaburzeń czynności wątroby w NVC nie jest znana. Stwierdzono, że po samoistnym ustąpieniu wymiotów lub w wyniku wdrożonego leczenia nieprawidłowości te cofają się.

U 60% pacjentek z NVC, ketonurią i większym niż 5% spadkiem masy ciała występują nieprawidłowe wyniki badań czynność tarczycy [7–9]. Obraz kliniczny przemawia za nadczynnością tarczycy z podwyższonym poziomem wolnej tyroksyny i/lub zahamowaniem wydzielania TSH. Pacjentki, u których występują te nieprawidłowości, najczęściej znajdują się w eutyreozie i nie mają przeciwciał przeciw-tarczycowych. Poprawa stanu ogólnego w NVC powoduje ustąpienie nieprawidłowych wyników badań tarczycy [10, 11].

W badaniach laboratoryjnych w NVC obserwujemy: hipokaliemię, hiponatremię, obniżony poziom mocznika, metaboliczną zasadowicę hipochloremiczną oraz ketonurię. Wzrasta hematokryt i ciężar właściwy moczu.

W latach 30. XX wieku stwierdzono 159 zgonów na milion ciężarnych wywołanych NVC. Liczba ta uległa zmniejszeniu do 3 ciężarnych w latach 50. W latach 70. i 80. minionego wieku nie odnotowano zgonu spowodowanego niepowściągliwymi wymiotami ciężarnych z powodu wprowadzenia jako standardowego postępowania – dożylnego uzupełnienia płynów w wypadku wystąpienia tej choroby. Według najnowszych danych, w Wielkiej Brytanii w latach 1991–1993 zostały odnotowane 3 zgony związane z NVC, 2 z nich były wynikiem encefalopatii Wernicke’go, jeden natomiast był spowodowany aspiracją wymiotów [12].

W przypadku braku odpowiedniego leczenia NVC mogą skutkować dużą śmiertelnością i umiarkowaną. Encefalopatia Wernicke’go, spowodowana niedoborem witaminy B1 (tiaminy), charakteryzuje się zmęczeniem, podwójnym widzeniem, nieprawidłowymi ruchami gałek ocznych, ataksją. Typowymi objawami są oczopląs i porażenie n. VI. Encefalopatia Wernicke’go rozwija się przy niewłaściwym odżywianiu (najczęściej spotykana jest w grupie alkoholików). W literaturze światowej są doniesienia o częstym występowaniu zaburzeń funkcji wątroby u kobiet z NVC powikłanych encefalopatią Wernicke’go

w porównaniu do kobiet z NVC bez encefalopatii [6]. Autorzy sugerują, że – podobnie jak u alkoholików – zaburzona czynność wątroby w tym schorzeniu może przyczynić się do rozwinięcia encefalopatii w wyniku obniżonej konwersji tiaminy do jej aktywnego metabolitu – pirofosforanu, a także zmniejszenia możliwości jej magazynowania.

Rozpoznanie tego rodzaju encefalopatii może być ustalone na podstawie obniżonego poziomu transketolazy erytrocytów (enzymu zależnego od tiaminy) lub stwierdzenia zwiększonej aktywności pirofosforanu tiaminy [4]. Niektórzy autorzy w swoich badaniach wykazali prawidłowy poziom aktywności transketolazy z podwyższoną aktywnością pirofosforanu tiaminy u pacjentek z NVC, wskazując przy tym na ostre zaburzenia w metabolizmie tiaminy [13, 14].

W ostatnich latach została potwierdzona duża wartość diagnostyczna rezonansu magnetycznego (NMR) w przypadku wystąpienia ostrej encefalopatii Wernicke'go związanej z NVC [15]. NMR uwidacznia symetryczne ogniska chorobowe dookoła wodociągu oraz komory IV, które ustępują po wdrożeniu leczenia tiaminą. Uzupełnienie niedoborów tiaminy może łagodzić objawy encefalopatii, jednakże częstość wyzdrowienia w przypadku wystąpienia niepamięci wstecznej, zaburzonej zdolności poznawczej i konfabulacji (psychoza Korsakowa) wynosi tylko 50%. Stan ten odpowiedzialny jest w 40% za śmierć płodu [6].

Hiponatremia (Na w osoczu <120 mmol/l) może spowodować drgawki i zatrzymanie oddechu. Zarówno hiponatremia, jak i szybkie jej wyrównanie mogą wywołać mielinolizę środkowej części mostu (osmotyczny zespół demielinizacyjny), polegającą na destrukcji mieliny. Uszkodzenie mieliny w środkowej części mostu powoduje objawy porażenia drogi piramidowej, niedowłady czterokończynowe, porażenie rzekomoopuszkowe oraz zaburzenia świadomości. W literaturze zostały opisane trzy przypadki mielinolizy środkowej części mostu i encefalopatii Wernicke'go współistniejące z ciążą. W żadnym z tych przypadków nie stwierdzono spadku stężenia sodu poniżej 126 mmol/l, jednakże autorzy sugerowali, iż niedobór tiaminy może spowodować niską wrażliwość osłonki mielinowej środkowej części mostu na zmianę stężeń sodu w surowicy [15].

W NVC pojawiają się niedobory innych witamin, tj. cyjanokobalaminy (B12) i pirydoksyny (B6), powodując niedokrwistość i obwodową polineuropatię [15].

Nasilające się wymioty mogą być przyczyną uszkodzenia przelyku oraz doprowadzić do powstania zespołu Mallorego-Weissa i krwistych wymiotów. Niedobory białka, brak dostarczenia do organizmu ciężarnej odpowiedniej ilości kalorii powoduje bardzo znaczny spadek masy ciała (10–20%), destrukcję masy

mięśniowej z następowym osłabieniem. Gdy niezbędne jest wdrożenie żywienia pozajelitowego, odbywa się ono na drodze dożylniej poprzez cewnik centralny. Z zakładaniem portu centralnego wiąże się takie powikłania, jak zakażenie lub odma opłucnowa.

Początkowo sądzono, iż NVC nie ma wpływu na rozwijający się płód i nie występują efekty uboczne. Ustalono, iż ryzyko poronienia, porodu przedwczesnego, wystąpienia wad wrodzonych oraz urodzenia martwego płodu jest niskie u kobiet, u których we wczesnej ciąży występowały wymioty [13, 14]. Zostało udowodnione, że noworodki matek z NVC z nieprawidłowymi wynikami badań biochemicznych i utratą masy ciała <5% miały mniejszą masę urodzeniową w porównaniu z noworodkami matek bez wymiotów lub z wymiotami łagodnymi [16, 17]. Kobiety ciężarne, wielokrotnie hospitalizowane z powodu NVC, mają duże niedobory żywieniowe prowadzące do obniżenia masy ciała w czasie ciąży oraz małej masy urodzeniowej noworodka w porównaniu z noworodkami matek wymagających tylko jednej hospitalizacji [18–20].

Przedstawione powikłania u matki i płodu przemawiają za koniecznością wczesnego podjęcia leczenia. Każda ciężarna z objawami odwodnienia i ketozą powinna być hospitalizowana. Najważniejszym etapem leczenia jest odpowiedni dobór i podaż płynów i elektrolitów. Wlew samej glukozy (5%; 10% roztwór glukozy) ze względu na zapewnienie pacjentce odpowiedniej ilości energii jest niebezpieczny. Po pierwsze, może wywołać encefalopatię Wernicke'go, po drugie, hiponatremia wymaga podania płynów zawierających sód (izotoniczny roztwór NaCl i glukozy zawiera tylko 30 mmol/l Na+) [4]. Odpowiednimi roztworami są: roztwór fizjologiczny (0,9% NaCl – 150 mmol/l Na+) lub roztwór Hartmanna (0,6% NaCl – 131 mmol/l Na+), przy czym do każdego z nich, jeżeli są takie wskazania, należy dodać chlorek potasu. Nie należy ciężarnej podawać roztworów o wyższym stężeniu chlorku sodu nawet w przypadku ciężkiej hiponatremii, ponieważ może to wywołać zbyt szybkie wyrównanie poziomu sodu w osoczu, niosąc ryzyko mielinolizy środkowej części mostu. Podaż płynów i elektrolitów musi być codziennie regulowana i uzależniona od wyników pomiaru poziomu Na, K i bilansu płynów.

Każda pacjentka, u której stwierdzono przedłużające się wymioty, powinna otrzymywać tiaminę [6, 12, 15]. Dobowe zapotrzebowanie w czasie ciąży wzrasta do 1,5 mg dziennie [15]. Tiaminę można podawać jako uwodniony chlorek tiaminy 3 razy dziennie po 25–50 mg, a jeżeli tabletki nie są tolerowane, tiaminę należy podać dożylnie (100 mg rozpuszczonej w 100 ml 0,9% NaCl, codziennie w wolnym wlewie (0,5–1 godziny) przez tydzień [21]. Pirydoksyna (wi-



tamina B6) w znacznym stopniu redukuje nudności, natomiast nie stwierdzono istotnego jej wpływu na złagodzenie wymiotów [19].

Leczenie farmakologiczne z użyciem leków przeciwwymiotnych powinno być podjęte u kobiet, u których po dożylnym podaniu płynów i elektrolitów objawy kliniczne nie ustępują. Istnieją dane potwierdzające brak teratogenicznego działania antagonistów dopaminy (metoclopramid, domperidon), fenotiazyn (chlorpromazyna, prochlorperazyna) i preparatów antyhistaminowych (prometazyna, cyklizyna) [18, 22]. Do objawów ubocznych tego leczenia należą: sennaść (najczęściej po fenotiazynach), objawy pozapiramidowe, napady przymusowego patrzenia z rotacją gałek ocznych (po metoclopramidzie i fenotiazynach) [23]. W niektórych przypadkach NVC stosuje się blokery receptorów histaminowych (ranitydyna, cymetydyna) oraz inhibitory pompy protonowej – omeprazol.

W literaturze zostały opisane dwa przykłady użycia w sytuacjach opornych na konwencjonalne leczenie NVC ondansetronu – wysoce selektywnego antagonisty receptora HT-3 stosowanego w skrajnych przypadkach nudności i wymiotów pooperacyjnych oraz indukowanych chemioterapią [22, 24, 25].

Oprócz środków farmakologicznych do leczenia NVC zastosowano leczenie alternatywne, polegające na podawaniu sproszkowanego imbiru w celu zmniejszenia lub eliminacji objawów niepowściągliwych wymiotów ciężarnych [26]. Akupunktura i akupresura mają pozytywny wpływ na NVC. Po zastosowaniu akupresury w punkcie Neiguan, PC-6 pojawiają się znaczne redukcje nudności [27].

W niektórych przypadkach NVC trzeba zastosować żywienie pozajelitowe, które ma przynieść natychmiastowy efekt leczniczy [28]. Przy takim leczeniu istnieje ryzyko związane z powikłaniami infekcyjnymi i metabolicznymi. Ponadto hiperalimentacja parenteralna jest zarezerwowana dla bardzo ciężkich, zagrażających życiu przypadków [29].

W latach 60. XX wieku w leczeniu wymiotów stosowano kortykosteroidy w dawkach – prednizolon (40–60 mg na dobę) lub dożylnie hydrokortyzon (100 mg dwa razy dziennie) [30–32]. Kortykosteroidy podawane były zazwyczaj tylko tym kobietom, u których występowały uporczywe nudności i wymioty pomimo odpowiedniej podaży płynów, suplementacji tiaminy i regularnej terapii przeciwwymiotnej. Taylor w swojej pracy opisał zakończone sukcesem podawanie 50 mg hydrokortyzonu dożylnie dwa razy dziennie. Wymioty ustąpiły u wszystkich kobiet w ciągu 3 godzin od podania pierwszej dawki, ale przez następne 6–20 tygodni konieczne było podawanie prednizolonu w dawce przekraczającej 15 mg na dobę [31]. Najnowsze próby z prednizolonem (50 mg dziennie) wykazują, że nie jest on bardziej

skuteczny aniżeli kwas askorbinowy podawany 100 mg na dobę [33]. W przypadkach, w których po zastosowaniu kortykosteroidów występuje odpowiedź, redukcja dawki musi następować powoli, a prednizolon musi być podawany do tego tygodnia ciąży, w którym wymioty ustąpią samoistnie, czasami aż do porodu. Prednizolon metabolizowany jest przez łożysko, a jego transfer wolny powoduje, iż bardzo mała ilość jego postaci aktywnej dociera do płodu. Stężenie aktywnego metabolitu we krwi płodu wynosi 10% stężenia stwierdzonego u matki [34]. Hydrokortyzon (kortyzol) przechodzi przez łożysko szybciej, jest jednak przez enzymy płodowe przekształcany w nieaktywny kortyzon [35]. Badania nad zastosowaniem kortykosteroidów w leczeniu astmy oskrzelowej w czasie ciąży nie potwierdziły żadnych wad wrodzonych lub efektów ubocznych u płodów związanych z leczeniem matki kortykosteroidami [36].

Kortykosteroidy są efektywne w leczeniu wymiotów indukowanych chemioterapią, dlatego też udowodniono, że mogą być one użyte w innych sytuacjach, jak np. wymioty pochodzenia centralnego, związane z pobudzeniem progowym chemoreceptorów. Badania kliniczne potwierdzają korzystną rolę steroidów w leczeniu ciężkich niepowściągliwych wymiotów ciężarnych [31–33, 37, 38].

## WNIOSKI

Nudności i wymioty są częstym objawem wczesnej ciąży. Niepowściągliwe wymioty ciężarnych rozpoznajemy w I trymestrze ciąży przez wyeliminowanie innych chorób, NVC charakteryzuje się długotrwałymi i bardzo nasilonymi nudnościami i wymiotami. Ponadto u ciężarnych z tej grupy występuje odwodnienie, ketoza i spadek masy ciała. Ciężkie powikłania NVC są rzadkie ze względu na wprowadzenie dożylnego uzupełniania płynów. W każdym nasilonym przypadku NVC powinniśmy brać pod uwagę encefalopatię Wernicke’go, która może być niekorzystna w skutkach zarówno dla matki, jak i płodu. Niepowściągliwe wymioty ciężarnych są przykrym stanem związanym z wielokrotnymi hospitalizacjami, nieobecnością w domu i w pracy, wyczerpaniem psychicznym. Leczenie NVC powinno obejmować: hospitalizację, dożylnie podawanie płynów i elektrolitów, uzupełnienie niedoborów witaminowych [6, 12, 15], leki przeciwwymiotne oraz pomoc psychologiczną. U pacjentek, u których brak jest poprawy po zastosowaniu powyższego leczenia, należy wdrożyć żywienie pozajelitowe. Ten sposób leczenia nadal jest obciążony wysokim ryzykiem powikłań ze zgonami włącznie.

## PIŚMIENICTWO

- [1] Hod M, Orvieto R, Kaplan B, Friedman S, Ovadia J. Hyperemesis gravidarum: a review. *J Reprod Med* 1994; 39: 605–612.
- [2] Godwin TM, Hershman JM. Hypertyroidismus due to inappropriate production of human chorionic gonadotropin. *Cli Obstet Gynecol* 1997; 40: 32–44.
- [3] Jordan V, Grebe SK, Cook RR et al. Acidic isoforms of chorionic gonadotropin in European and Samoan women are associated with hyperemesis gravidarum and may be thyrotropic. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1999; 50: 619–627.
- [4] Iatrakis GM, Sakellaropoulos GC, Kourkoubas AH et al. Vomiting and nausea in the first 12 weeks of pregnancy. *Psychother Psychosom* 1988; 49: 22.
- [5] Johnson DR, Douglas D, Hauswald M, Tandberg D. Dehydration and orthostatic vital signs in women with hyperemesis gravidarum. *Acad Emerg Med* 1995; 2: 692–697.
- [6] Rotman P, Hassin D, Mouallem M, Barkai G, Farfel Z. Wernicke's Encephalopathy in hyperemesis gravidarum: association with abnormal liver function. *Isr J Med Sci* 1994; 30: 225–228.
- [7] Goodwin TM, Montero M, Mestman JH. Transient hyperthyroidism and hyperemesis gravidarum: clinical aspects. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 648–652.
- [8] Goodwin TM, Montero M, Mestman JH, Pekary AE, Hershman JM. The role of chorionic gonadotropin in transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 75: 1333–1337.
- [9] Yoshimura M, Hershman JM. Thyrotropic action of human chorionic gonadotropin. *Thyroid* 1995; 5: 425–434.
- [10] Price A, Davies R, Heller SR, Milfordward A, Weetman AP. Asian women are at increased risk of gestational thyrotoxicosis. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 1160–1163.
- [11] Tareen AK, Baseer A, Jaffry HF, Shafiq M. Thyroid hormone in hyperemesis gravidarum. *J Obstet Gynaecol* 1995; 21: 497–501.
- [12] Department of Health, Welsh Office, Scottish Home and Health Department and Department of Health and Social Services. Northern Ireland: Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1991–93. London: HMSO, 1996
- [13] Van Stuijvenberg ME, Schabort I, Labadarios D, Nel JT. The nutritional status and treatment of patients with hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1585–1591.
- [14] Omer SM, al Kawi MZ, al Watban J, Bohlega S, McLean DR, Miller G. Acute Wernicke's encephalopathy associated with hyperemesis gravidarum: magnetic resonance imaging findings. *J Neuroimaging* 1995; 5: 251–253.
- [15] Bergin PS, Harvey P. Wernicke's encephalopathy and central pontine myelinolysis associated with hyperemesis gravidarum. *Br Med J* 1992; 305: 517–518.
- [16] Chin RKH, Lao TT. Low birth weight and hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol* 1988; 28: 179–183.
- [17] Gross S, Librach C, Cecutti A. Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum: a predictor of fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 906–909.
- [18] Godsey RK, Newman RB. Hyperemesis gravidarum: a comparison of single and multiple admissions. *J Reprod Med* 1991; 36: 287–290.
- [19] Vutyavanich T, Wongtrangan S, Ruangsri R. Pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 881–884.
- [20] Milkovich L, Van Den Berg BJ. An evaluation of the teratogenicity of certain anti-nauseant drugs. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 125: 244–248.
- [21] Klebanoff MA. Epidemiology of vomiting in early pregnancy. *Obstet Gynaecol* 1985; 66: 612–616.
- [22] Guikontes E, Spantideas A, Diakakis J. Ondansetron and hyperemesis gravidarum. *Lancet* 1992; 340: 1223.
- [23] Nageotte MP, Briggs GG, Towers CV, Asrat T. Droperidol and diphenhydramine in the management of hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1801–1805.
- [24] World MJ. Ondansetron and hyperemesis gravidarum. *Lancet* 1993; 341: 185.
- [25] Sullivan CA, Johnson CA, Roach H, Martin RW, Stewart DK, Morrison JC. A pilot study of intravenous ondansetron for hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1565–1568.
- [26] Fischer-Rasmussen W, Kjaer SK, Dahl C, Asping U. Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991; 38: 19–24.
- [27] Belluomini J, Litt RC, Lee KA, Katz M. Acupressure for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, blinded study. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 245–248
- [28] Charlin V, Borghesi L, Hasbun J, Von-Mulendbrock R, Moreno MI. Parenteral nutrition in hyperemesis gravidarum. *Nutrition* 1993; 9: 29–32.
- [29] Hsu JJ, Clark-Glena R, Nelson DK, Kim CH. Nasogastric enteral feeding in the management of hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 343–346.
- [30] Wells CN. Treatment of hyperemesis gravidarum with cortisone. *Am J Obstet Gynecol* 1953; 66: 598–601.

- [31] Nelson-Piercy C, de Swiet M. Corticosteroids for the treatment of hyperemesis gravidarum. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 1013–1015.
- [32] Nelson-Piercy C, de Swiet M. Complications of the use of corticosteroids for the treatment of hyperemesis gravidarum. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 507–509.
- [33] Magee LA, Redman CWG. An n-of-1 trial for the treatment of hyperemesis gravidarum. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 478–480.
- [34] Beitins IZ, Bayard F, Ances IG, Kowaski A, Migem CJ. The transplacental passage of prednisone and prednisolone in pregnancy near term. *J Paediatr* 1972; 81: 936–945.
- [35] Murphy BE, Clark SJ, Donald IR, Pinsky M, Vedady D. Conversion of maternal cortisol to cortisone during placental transfer to the human foetus. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 118: 538–541.
- [36] Fitzsimons R, Greenberger PA, Patterson R. Outcome of pregnancy in women requiring corticosteroids for severe asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 78: 349–353.
- [37] Taylor R. Successful management of hyperemesis gravidarum using steroid therapy. *Q J Med* 1996; 89: 103–107.
- [38] Fainstat T. Cortisone-induced congenital cleft palate in rabbits. *Endocrinology* 1954; 55: 502.

**Adres do korespondencji:**

dr n. med. Olga Adamczyk-Gruszka  
Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego z Pracownią Badań Naukowych  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: kasia.kielce@poczta.fm  
tel. 048 41 349 69 35



# STANDARDY I KONTROWERSJE W DIAGNOZIE I TERAPII PSYCHOLOGICZNEJ MÓZGOWEGO PORAŻENIA DZIECIĘCEGO\*

STANDARDS AND CONTROVERSIES IN THE DIAGNOSIS AND PSYCHOLOGICAL THERAPY  
OF INFANTILE CEREBRAL PALSY

Barbara Wiśniewska

Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej,  
Instytut Centrum Zdrowia Matki-Polki w Łodzi  
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski  
Zakład Pedagogiki Specjalnej i Promocji Zdrowia  
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi  
Kierownik Zakładu: dr n. med. Hanna Saryusz-Wolska

## STRESZCZENIE

W zakresie diagnozy dzieci z MPDz konieczne jest wypracowanie standardów dotyczących stosowania odpowiednich metod do oceny sprawności intelektualnej. Wynikające z rutynowej diagnozy błędy wpływają na nieskuteczność w rozpoznawaniu upośledzenia umysłowego. Trudność może sprawiać także ocena dodatkowych objawów, takich jak zaburzenia funkcji wzrokowych, słuchowych, koordynacji wzrokowo-ruchowej czy zaburzenia mowy. W procesie diagnozy psychologicznej standardem powinno być uwzględnienie również społecznych źródeł zakłóceń w rozwoju dzieci z MPDz. Kontrowersje mogą dotyczyć dostępu do różnych form kształcenia i ich efektywność. Standardem jest praca z rodziną, ale czy polskie rodziny są w stanie sprostać wysokim wymaganiom, jakie niesie ze sobą długotrwałość i kompleksowość procesu rewalidacji?

**Wniosek:** W diagnozie i rewalidacji niezbędny jest udział odpowiednio przygotowanego psychologa klinicznego: a) monitorującego przebieg rozwoju psychicznego dziecka z MPDz, b) współpracującego z rodziną, rehabilitantem i innymi specjalistami przy opracowywaniu programu terapeutycznego.

**Słowa kluczowe:** mózgowie porażenie dziecięce, diagnoza i terapia psychologiczna.

## SUMMARY

In the range of diagnosis of children with infantile cerebral palsy (ICP), it is necessary to work out standards concerning the application of appropriate methods for intellectual capacity assessment. Mistakes made in a routine diagnosis result in the diagnosis of mental impairment. It may also be difficult to assess additional symptoms such as impaired: vision, hearing, visual – motor coordination or speech disorder. In the process of psychological diagnosis it should be a standard to take into account also social sources of disorders in the development of children with cerebral palsy. Controversies can be related to the access to different forms of education and their effectiveness. Work with family is a standard – are Polish families able to meet high requirements associated with long-lasting and complex process of revalidation?

**Conclusions.** In the diagnosis and in revalidation the participation is essential of appropriately prepared clinical psychologist: a) monitoring the course of mental development of a child with ICP; b) cooperating with the family, physiotherapist and other specialists in working out therapeutic programme.

**Key words:** infantile cerebral palsy, diagnosis and psychological therapy.

## WSTĘP

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania psychologicznymi aspektami funkcjonowania osób niepełnosprawnych. Prowadzone są badania nad przebiegiem i jakością życia, czynnikami warunkującymi rozwój dzieci i młodzieży, a także

badania wielodyscyplinarne poświęcone ustaleniu związków pomiędzy funkcjonowaniem somatycznym, psychicznym i społecznym dziecka z różnego rodzaju niepełnosprawnością. Brak jest natomiast opracowanych standardów określających postępowanie psychologa w diagnozie i terapii pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPDz).

\* Praca wygłoszona została na Konferencji „Mózgowe porażenie dziecięce” Kielce 04.11.2008

Istnieje wiele definicji określających znaczenie terminu „niepełnosprawność”. W literaturze psychologicznej przyjmuje się rozumienie pojęcia niepełnosprawności w aspekcie rozwojowym. Za dzieci niepełnosprawne I. Obuchowska uważa „dzieci, których rozwój jest utrudniony w takim stopniu, że ani jednostka sama za pomocą własnych mechanizmów regulacji psychicznej, ani rutynowe metody postępowania pedagogicznego nie są w stanie utrudnień tych wyeliminować” [1].

Orzekanie o rodzaju niepełnosprawności w aspekcie prawnym w przypadku rozpoznania mózgowego porażenia dziecięcego (MPDz) oparte jest na dwóch grupach chorób, tj.:

- chorobach układu mięśniowo-szkieletowego (05-R upośledzenie narządu ruchu),
- chorobach neurologicznych (10-N choroby neurologiczne z dominującym udziałem MPDz) [2].

W diagnozie psychologicznej istotne jest ustalenie genezy zakłóceń w rozwoju dziecka, czyli określenie biologicznych i psychospołecznych źródeł zakłóceń. Ta ostatnia grupa czynników wymaga uwzględnienia wpływu niewłaściwych postaw rodzicielskich, grupy rówieśniczej, a także niewłaściwej polityki społecznej państwa wobec niepełnosprawności. Bardzo istotne jest także poznanie samego procesu przystosowania się do własnej niepełnosprawności w związku z współistniejącymi u dziecka deficytami poznawczymi oraz jaka jest rola rodziny i psychologa klinicznego.

#### **Problemy diagnostyczne dotyczące rodziny dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPDz)**

W toku podjętych czynności diagnostycznych konieczne jest poznanie problemów rodziny, ustalenie wpływu rodziny na przebieg choroby, wpływu hospitalizacji dziecka, badań, zabiegów, które stanowią często przyczynę utraty poczucia bezpieczeństwa, braku akceptacji i są źródłem uciążliwości dla całej rodziny. Choroba dziecka powoduje zakłócenie w funkcjonowaniu rodziny, zaburzenia jej ważnych funkcji, np. funkcji ekonomicznej (ok. 60% matek dzieci niepełnosprawnych nie pracuje zawodowo), ale także emocjonalnej, socjalizacyjnej czy opiekuńczej.

Standardem powinna być całościowa diagnoza rodziny, wydaje się to ważne z tego względu, że kompleksowe usprawnianie dziecka daje najlepsze rezultaty dla jego rozwoju psychofizycznego, kiedy odbywa się warunkach domowych. Dziecko choruje w swojej rodzinie, a niestety czasem ten istotny kontekst jest przez profesjonalistów pomijany czy lekceważony. Z jednej strony rodzina może tworzyć dodatkowe problemy, podtrzymywać już istniejące, ale z drugiej może także być elementem poprawiającym zdrowie. Czy tak będzie, zależy od wielu czyn-

ników. Rodzina jest częścią zespołu opiekującego się dzieckiem i jednocześnie podmiotem wymagającym opieki. Istotnym zagadnieniem jest problematyka rodzeństwa dziecka chorego, które może doświadczać poczucia odrzucenia (rodzice okazują większą troskę choremu bratu czy siostrze), albo rywalizować o uczucia rodziców. Dlatego standardem pracy z rodziną powinno być włączanie do procesu diagnozy i terapii również rodzeństwa.

W rozpoznawaniu sytuacji rodzinnej ważna jest ocena stanu równowagi emocjonalnej rodziców, sytuacji zdrowotnej, socjalnej rodziny, które to czynniki mogą odgrywać ważną rolę w poziomie funkcjonowania dziecka i przebiegu procesu rehabilitacji.

Wśród wtórnych przyczyn zaburzeń w rozwoju poznawczym, emocjonalno-społecznym i motorycznym dziecka z MPDz należy brać pod uwagę niekorzystne warunki rozwoju spowodowane podstawowymi objawami schorzenia (utrudniony dostęp do bodźców, np. w wyniku zaburzeń chwytu i manipulacji), nieprawidłowo zorganizowany proces rehabilitacji, opieki i edukacji, błędy opiekunów. W pracy z rodziną psycholog powinien znać reakcje rodziców na chorobę dziecka, wśród których typowa dla matek jest np. reakcja poczucia winy za chorobę i stan dziecka, powodująca nadmiar opieki i zbytne uzależnienie dziecka. Inną typową reakcją jest nadmierna koncentracja na niepełnosprawności dziecka czy podejmowane próby weryfikacji diagnozy, wynikiem czego jest czasem rezygnacja z pracy z dzieckiem, czasochłonna gonitwa terapeutyczna. Dodatkowo mogą pojawić się zaburzenia równowagi psychicznej u członków rodziny, trudności w przystosowaniu się do nowej sytuacji, co również komplikuje proces diagnozy, a zwłaszcza postępowania terapeutycznego wobec niepełnosprawnego dziecka [3].

Na gruncie psychologicznym istnieje wiele teoretycznych koncepcji opisujących przeżycia rodziców, postawy emocjonalne i ich wpływ na rozwój dziecka z niepełnosprawnością, np.: koncepcja fazowości przystosowania się (Twardowski, Ewert, Green, Rosen), żałoby (Solnit i Stark), chronicznego smutku (Olshansky), stresu rodzicielskiego (lata 80. XX w.) i koncepcje systemowe (Crnic, Friedrich, Greenberg) [1].

Wiele z tych koncepcji koncentrujących się na procesie dochodzenia do akceptacji niepełnosprawności u dziecka nie doprowadziło do powstania teorii adekwatnie opisujących przeżycia rodziców i pozwalających na przewidywanie przebiegu adaptacji rodziców do choroby dziecka, a tym samym kształtowania się ich pozytywnych postaw wobec dziecka i jego choroby.

W literaturze przedstawia się, cieszący się od wielu lat popularnością, pogląd o fazowym przebiegu przystosowania się rodziców do niepełnosprawności

dziecka [4]. Wyróżnia się najczęściej następujące okresy przeżyć rodziców, jakich doświadczają w przypadku niepełnosprawności dziecka, co koresponduje z zawartymi w literaturze opisami faz kształtowania się postaw rodziców wobec niepełnosprawności dziecka przedstawionymi m.in. przez J.C.Ewerta, M.M.Greena i L.Rosena [4]:

- **szoku**, niewiedza rodziców w postępowaniu z dzieckiem z nowo zdiagnozowaną chorobą nasila lęk rodziców i poczucie winy w kontaktach z dzieckiem; faza ta charakteryzuje się negatywnymi uczuciami, takimi jak: rozpacz, żal, poczucie krzywdy, bezradność, osamotnienie i poczucie życiowej klęski;
- **kryzysu emocjonalnego**, poprzez istniejące w tej fazie konflikty, poczucie bezradności, beznadziejności może dojść do niezaspokojenia potrzeby kontaktu emocjonalnego i potrzeby bezpieczeństwa; może to doprowadzić do rozbicia rodziny i stosowania mechanizmów ucieczki (w pracę zawodową, działalność społeczną, uzależnienie np. od alkoholu);
- **pozornego przystosowania się** do choroby dziecka, gdzie dominują nieracjonalne sposoby radzenia sobie z sytuacją, zaprzeczanie choroby, podważanie diagnozy i poszukiwanie nowej; jest to okres „gonitwy terapeutycznej”;
- **konstruktywnego przystosowania się**, które jest możliwe m.in. na podstawie wiedzy dotyczącej choroby i racjonalnych sposobów postępowania, np. stosowanie adekwatnych ograniczeń w trybie życia, wybór szkoły, zawodu; jest to okres akceptacji dziecka i uznania istniejącej rzeczywistości.

Jak podaje Twardowski [4], model przyczynowo-skutkowy analizy funkcjonowania, rozpatrujący sytuację rodzin wychowujących dziecko chore poprzez analizę takich właściwości, jak osobowość rodziców, ich postawy wobec dziecka, atmosferę emocjonalną czy strukturę, nie wyjaśnia całej złożoności sytuacji tych rodzin. Model ten zakłada, że im większe nieprawidłowości w obrębie tych właściwości środowiska rodzinnego, tym większe zakłócenia w procesach wychowania i opieki nad chorym dzieckiem. Większe możliwości ukazania sytuacji psychologicznej i społecznej daje model interakcyjny i systemowy. Należy pamiętać, że wśród czynników warunkujących przeżycia rodziców i kształtujących postawę akceptacji wyróżnia się etap pojawienia się choroby, sposób informowania przez specjalistów, relację pacjent (rodzic)–lekarz, zasób posiadanej przez rodziców wiedzy, rodzaj i stopień niepełnosprawności, jej widoczność oraz preferowane przez rodziców cele i wartości życiowe [4].

Obecnie standardem w postępowaniu psychologa klinicznego jest określenie czy w rodzinie wystę-

puje **syndrom wypalenia sił rodziców**. Są to przeżycia emocjonalne rodziców, ich poczucie winy za stan dziecka, autodeprecjacja związana z obniżeniem kompetencji rodzicielskich i przeciążenie psychiczne z powodu odczuwania izolacji społecznej [3].

Bardzo ważne jest także poznanie strategii radzenia sobie z sytuacją trudną, jaką niewątpliwie dla rodziców jest przewlekła choroba dziecka (coping). Jest to ciągle podejmowany wysiłek, aby sprostać wewnętrznym i zewnętrznym wymaganiom ocenianym przez rodzica jako obciążające i przekraczające jego możliwości. Wymienia się np. takie strategie, jak koncentracja na problemie, skoncentrowanie na emocjach, unikanie [3].

Niestety, dość istotne problemy metodologiczne w badaniach postaw rodzicielskich, takie jak niedoskonałość metod, czyli ich subiektywizm, niereprezentatywność prób, brak kryteriów interpretacji wypowiedzi, pomijanie takich zmiennych, jak status społeczny, grupy wsparcia, rodzeństwo, pomijanie różnic w etapie rozwoju dziecka i objawach w różnych postaciach MPDz, powoduje niedostatek badań. Dodatkowo niewłaściwe postawy rodzicielskie nasilają wtórne objawy zaburzeń u dzieci, jak np. zaburzenia zachowania, moczenie, tiki, zaburzenia nerwicowe, psychotyczne (reaktywne, depresyjne, symbiotyczne, autystyczne).

Wśród najczęściej przytaczanych postaw wobec dzieci z niepełnosprawnością wymienia się emocjonalne odrzucenie, zbyt rygorystyczną postawę, nadmierną opiekuńczość, ograniczenie swobody, samodzielności oraz izolowanie dziecka od grupy [3].

Uważa się, że sprzyjające rozwojowi dziecka postawy są uwarunkowane rzetelną wiedzą o niepełnosprawności i jej przebiegu, znajomością potrzeb psychicznych dziecka, dostępnymi możliwościami terapii MPDz i chorób współistniejących, pozytywnym stosunkiem emocjonalnym, zaspokajaniem potrzeb psychicznych, głównie potrzeby bezpieczeństwa rodziców i dziecka, społecznymi postawami wobec niepełnosprawności oraz właściwą organizacją pomocy i wsparciem (zapobiegają izolacji, samotności i wypaleniu).

Rodzice mają wpływ na przystosowanie się i akceptację zaleceń lekarskich, adaptację do grupy rówieśniczej, pomoc w wyborze szkoły i zawodu, kształtowanie poczucia własnej wartości.

W toku diagnozy psychologicznej, wśród wielu problemów dotyczących rodziny wychowujące dziecko niepełnosprawne, wymienia się problemy społeczno-ekonomiczne, takie jak: niedostosowanie systemu szkolnictwa, brak spójności między nauczaniem a zatrudnieniem, niewykorzystywanie potencjalnych możliwości, co skutkuje niższym standardem życia osób niepełnosprawnych, niemożnością

prowadzenia samodzielnego życia, brakiem szkoleń, informacji o możliwościach przekwalifikowania się. To m.in. psycholog na podstawie uzyskanych informacji powinien odpowiedzieć na pytanie rodziców dotyczące formy kształcenia: czy wybrać nauczanie systemem specjalnym w szkole ogólnodostępnej, czy integracyjne, czy może nauczanie indywidualne? Z kolei problemy ekonomiczne rodzin dzieci niepełnosprawnych sprowadzają się często do obniżonego statusu materialnego rodziny. Obciążeniem dla budżetu są koszty zakupu leków, przedmiotów ortopedycznych i pomocy, wyjazdów na konsultacje, zabiegi rehabilitacyjne. Niski zasiłek pielęgnacyjny i fakt, że niekiedy są to rodziny niepełne, dodatkowo obniżają standard życia tych rodzin.

Problemy społeczne dotyczą także istniejących barier psychologicznych, problemów z akceptacją niepełnosprawności dziecka, rozpadem rodziny, udziałem rodzeństwa, organizacji życia rodziny, słabej edukacji psychologicznej, integracji środowiskowej (udziału w życiu swojej grupy), integracji ogólnospołecznej (udziału w życiu lokalnej społeczności). Odczuwalny przez rodziny jest także niedostatek profesjonalnej, na większą skalę, edukacji i integracji rodziców.

#### **Diagnoza psychologiczna, terapia i edukacja dziecka z MPDz**

W diagnozie psychologicznej dziecka psycholog kliniczny powinien umieć ocenić procesy poznawcze, takie jak: percepcja wzrokowa, percepcja słuchowa, koordynacja wzrokowo-ruchowa, lateralizacja, schemat ciała i organizacja przestrzenna, procesy myślenia, rozwój mowy, koncentracja uwagi dowolnej, dynamika procesów nerwowych, dojrzałość emocjonalna i społeczna. Wymaga to często stosowania odpowiednio dobranych, ale niestandardowo, metod oceny. Podobny problem pojawia się w przypadku diagnozy rozwoju umysłowego. Dotyczy to rozróżnienia między opóźnieniem rozwoju a upośledzeniem umysłowym.

Wśród przyczyn opóźnienia w rozwoju trzeba uwzględnić ograniczony kontakt dziecka z otoczeniem zubażający ogólną wiedzę, brak zainteresowań poznawczych, zbytnią koncentrację na rehabilitacji ruchowej, niewłaściwy proces nauczania i wychowania, absencję w szkole i narastające braki programowe. W przypadku MPDz mamy do czynienia często z niepełnosprawnością sprzężoną, oprócz niepełnosprawności ruchowej występuje więcej niż jedna niepełnosprawność. Mogą to być zaburzenia rozwoju mowy, artykulacji, percepcji i pamięci słuchowej, wzrokowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, lateralizacji, a także współistniejące schorzenia, jak m.in. padaczka, wady słuchu, wzroku czy zaburzenia emocjonalne. Diagnoza jest trudna, chociażby ze względu

na rodzaje schorzeń i nie może przebiegać w sposób rutynowy. Innym problemem jest sama interpretacja wyników badań psychologicznych, bardziej zmiernicza do analizy klinicznej, a nie tylko statystycznej czy psychometrycznej. Bywa też, że psycholog zbyt koncentruje się na dysfunkcji mózgowej jako jedynej przyczynie dostrzegalnych nieprawidłowości w rozwoju dziecka. Pomijane są inne ważne zmienne, jak np. przebieg procesu rehabilitacji i opieki, postawa rodzicielska.

Bariery utrudniające trafną diagnozę związane ze stanem klinicznym wynikają z ograniczeń lub braku możliwości wykonywania zadań manipulacyjnych lub werbalnych, zmiennych rezultatów wykonywanych zadań, wolnego tempa czynności psychomotorycznych, zaburzeń uwagi utrudniających zrozumienie poleceń bądź instrukcji, braku zainteresowania zadaniami umysłowymi, labilności nastroju, zwiększonej męczliwości [5]. W przypadku dziecka z MPDz zasadne wydaje się stosowanie testów nie tylko jako narzędzi oceny funkcjonowania poznawczego, ale jako źródła wiedzy o zachowaniu dziecka, jego reakcjach werbalnych i niewerbalnych, sposobach rozwiązywania zadań. Wymaga to od psychologa klinicznego gruntownej wiedzy psychologicznej i doświadczenia [5].

Kontrowersje może budzić opracowanie standardu w zakresie diagnozy metodami psychometrycznymi, polegające na podwójnej procedurze badania, zastosowaniu np. wersji pisemnej z możliwością wyboru odpowiedzi z kilku podanych i rezygnacją z pomiaru czasu, a nawet możliwością zastosowania komputerowej wersji testów [5].

Zasadą trafnej diagnozy i jej użyteczności dla rehabilitacji jest przede wszystkim możliwie wczesna diagnoza (psycholog ma możliwości oceny rozwoju psychoruchowego dziecka od 3 miesiąca życia), ocena dynamiki rozwoju, różnicowanie zaburzeń pierwotnych od wtórnych, właściwa organizacja rewalidacji, eliminacja zaburzeń wynikających z niewłaściwej opieki.

Diagnoza powinna być dynamiczna, uzupełniać i korygować podjęte oddziaływania, uwzględniać funkcjonowanie w naturalnym środowisku.

Czynności diagnostyczne muszą uwzględniać zastosowanie różnych metod, jak np. dokładny wywiad kliniczno-ontogenetyczny, obserwacje czy eksperyment kliniczny. Dobór metod musi być elastyczny, np. w testach trzeba zrezygnować z prób werbalnych, gdy są głębokie zaburzenia mowy, zrezygnować z prób manipulacyjnych przy niedowładach kończyn górnych. Badanie testowe nie powinno w takiej sytuacji mieć ograniczeń czasowych. Tylko wnikliwa ocena rozwoju postawy i motoryki, które wpływają na rozwój umysłowy, jest gwarancją prawidłowej diagnozy. Ponadto diagnoza psychologiczna wzbogaca informacje



na temat zdolności fiksacji wzroku na przedmiocie, zdolności śledzenia przedmiotu, zdolności chwytania przedmiotu pod kontrolą wzroku, przebiegu procesu lateralizacji (naturalna vs wymuszona dominacja ręki), poziomu rozwoju funkcji wzrokowych, słuchowych, wzrokowo-ruchowych i ich koordynacji, zdolności posługiwania się narzędziami (praksja), zdolności manipulacji przedmiotami, rodzaju manipulacji (specyficzna-niespecyficzna), poziomu rozwoju mowy, komunikacji werbalnej, poziomu rozwoju umysłowego, poziomu dojrzałości emocjonalno-społecznej (samodzielność w higienie, pobyt w grupie bez rodziców, nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów, współdziałanie w zabawie).

Cele diagnozy psychologicznej są zmienne w zależności od etapów rozwoju dziecka. W okresie niemowlęcym i poniemowlęcym diagnoza stanu psychofizycznego i postaw rodzicielskich jest podstawą do opracowania programu wczesnej, kompleksowej rehabilitacji, pozwala skorygować jej przebieg, daje podstawę do wsparcia finansowego (orzeczenie o niepełnosprawności i zasiłek pielęgnacyjny z tego tytułu). W wieku przedszkolnym diagnoza koncentruje się na wyborze form i miejsca wychowania przedszkolnego (np. ogólnodostępne, specjalne, integracyjne) oraz ocenie gotowości szkolnej. W wieku szkolnym istotna jest decyzja, oczywiście w zależności od funkcjonowania dziecka z MPDz, dotycząca nauczania (indywidualne lub oparte na systemie klasowym organizowanym w szkole ogólnodostępnej lub specjalnej, jeśli niepełnosprawności ruchowej towarzyszy upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym, lub w domach pomocy społecznej zapewniającej zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze dla upośledzonych w stopniu głębokim [6]. Z kolei w późniejszym wieku diagnoza psychologiczna może pomóc w wyborze zawodu, określeniu preferencji w przyjęciu do szkoły odpowiedniego typu.

W przypadku znacznych ograniczeń w rozwoju psychofizycznym, braku opieki i orzeczeniu o niepełnosprawności konieczne wydaje się umieszczenie takiego dziecka w wyspecjalizowanym ośrodku, niestety w Polsce jest niedostateczna liczba takich placówek (Centrum Szkolenia Osób Niepełnosprawnych istnieje w Poznaniu, Przemyślu, Wrocławiu) [6].

Na kształtowanie się negatywnego obrazu własnego ciała i niską samoocenę wpływają nadmierne wymagania rodziców, krytykowanie, zawężone kontakty z otoczeniem, niezaspokojone potrzeby bezpieczeństwa, ruchu i aktywności, niezależności, afiliacji, znaczenia i uznania. Psycholog kliniczny pracujący z dzieckiem cierpiącym na to schorzenie i jego rodziną powinien być zorientowany w najnowszej wiedzy w zakresie metod terapii MPDz. Kontrowersje dotyczą np. metody Domana, która jest zabroniona

w niektórych krajach, nie udowodniono naukowo jej skuteczności i wymaga zaangażowania co najmniej 5 wolontariuszy. Wątpliwości budzą także same ćwiczenia o charakterze biernym, w wyniku których wypracowane wzorce nie mają zastosowania w codziennym życiu chorej osoby. Podobnie jest z metodą Wojty, adresowaną do dzieci z grupy ryzyka, czy kosztowną i przynoszącą krótkotrwałe efekty metodą skafandra kosmicznego.

Do istotnych problemów tej grupy osób niepełnosprawnych należy niedostosowanie systemu szkolnictwa do potrzeb edukacyjnych chorych dzieci. Interesujących danych dostarczyły badania dotyczące tworzenia przez szkoły warunków do kształcenia w zakresie zapewnienia uczniom niepełnosprawnym powodzenia w nauce szkolnej przeprowadzone w 219 szkołach na terenie Łodzi i województwa łódzkiego [2].

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (05-R upośledzenie narządu ruchu) i choroby neurologiczne (10-N choroby neurologiczne z dominującym udziałem MPDz) są jedną z wyróżnionych niepełnosprawności, która jest orzekana (w aspekcie prawnym) przez Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności i przez Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności przy MOPS. Najwięcej orzeczeń na terenie Łodzi z powodów 05-R i 10-N było wydanych w 2002 roku w grupie wiekowej dzieci do 16 roku życia, co stanowiło ponad 26% ogółu orzeczeń. W latach 2003–2004 choroby narządu ruchu i neurologiczne były przyczyną niepełnosprawności u ok. 10% dzieci z terenu miasta Łodzi, w 2005 roku nastąpił wzrost odsetka dzieci z niepełnosprawnością ruchową (16%) [2]. W świetle danych z terenu Łodzi należy uznać, że niepełnosprawność ruchowa stanowi istotny procent w porównaniu do innych rodzajów niepełnosprawności w wieku rozwojowym [2]. Oznacza to większą potrzebę wielokierunkowej opieki medycznej i intensyfikację działań instytucji państwowych w celu poprawy jakości życia.

W uchwalonej przez Sejm RP Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych (1.08.1997) zapisano m.in. prawo tych osób do nauki w szkołach wspólnie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej. Osoby niepełnosprawne mają także zagwarantowane prawo dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, również do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny. Istnieją jednak nadal utrudnienia komunikacyjne, informacyjne, medyczne, psychologiczne, prawne, ekonomiczne i społeczne.

Ustawa o systemie oświaty zakłada „dostosowanie treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych uczniów” oraz możliwość pobierania nauki przez uczniów niepełnosprawnych we wszystkich typach szkół. Dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego mogą to kształcenie realizować w szkole ogólnodostępnej (integracyjnej), w ramach nauczania indywidualnego.

Nauczyciel w szkole staje często przed koniecznością stworzenia warunków edukacyjnych dla ucznia z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego. Wspomniana analiza przeprowadzona przez Kuratorium Oświaty w Łodzi w 2004 roku (20% szkół) wskazała obszary, w których placówki osiągnęły proponowane standardy, jak również słabe strony. Okazało się, że najwyższe oceny w zakresie osiągania standardów pracy z uczniem niepełnosprawnym przez szkoły różnego typu osiągnęły szkoły podstawowe specjalne (ocena punktowa w skali 1–5: 4,6), gimnazja integracyjne lub z oddziałami integracyjnymi (4,4) oraz szkoły podstawowe integracyjne lub z oddziałami integracyjnymi (4,3). Najniższą notę w zakresie tworzenia warunków zapewniających rozwój uczniom niepełnosprawnym uzyskały szkoły podstawowe ogólnodostępne (3,3) i gimnazja ogólnodostępne (ocena 3,5). Bardzo nisko oceniona została realizacja zalecenia dla uczniów niepełnosprawnych dotycząca specjalnego oprzyrządowania i środków dydaktycznych adekwatnych do potrzeb ucznia w szkołach podstawowych ogólnodostępnych (2,5) i gimnazjach ogólnodostępnych (2,7).

Dostatecznie natomiast oceniono w szkołach podstawowych ogólnodostępnych i gimnazjach ogólnodostępnych realizację przez nauczycieli programu dostosowanego do indywidualnych potrzeb tych uczniów. Podobną notę wystawiło Kuratorium za organizację zajęć dydaktyczno-wyrównawczych i specjalistycznych wspomagających rozwój dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi na terenie szkół podstawowych i gimnazjalnych ogólnodostępnych. Niskie noty postawiono za zatrudnienie w szkołach integracyjnych lub z oddziałami integracyjnymi nauczycieli ze specjalnym przygotowaniem pedagogicznym (odpowiednim do rodzaju zaburzeń występujących u uczniów niepełnosprawnych). Ocenę dostateczną otrzymały szkoły za poziom realizacji programu nauczania dostosowanego do indywidualnych potrzeb i możliwości edukacyjnych niepełnosprawnych oraz poziom organizowania zajęć wspomagających rozwój dzieci niepełnosprawnych [2].

Wskazując obszary do dalszej pracy, Kuratorium podkreśliło nadzór pedagogiczny nad działaniami szkół i gimnazjów ogólnodostępnych w zakresie tworzenia warunków zapewniających rozwój uczniom o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Zwrócono

również uwagę na potrzebę uzupełnienia wyposażenia w środki dydaktyczne adekwatne do potrzeb uczniów niepełnosprawnych w szkołach ogólnodostępnych. Wszystkie aspekty oceniane przez kuratorium wymagają dalszych opracowań i zmian zgodnie z zaleceniami. Słabe strony, jakie wskazało Kuratorium w Łodzi, to brak odpowiednich standardów w edukacji [2]. Spełnione są natomiast standardy w zakresie warunków rozwoju w szkołach podstawowych specjalnych i gimnazjach integracyjnych. Jako dobry oceniono poziom systematycznego diagnozowania pod kątem rozwoju umiejętności i wiedzy, choć w placówkach zatrudnionych jest tylko 21 psychologów, a w szkołach ponadgimnazjalnych nie ma w ogóle etatów dla psychologów (dane z 2005 r.). Istniejące zapisy statutowe dotyczące udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom niepełnosprawnym nie są realizowane [2].

#### **Dziesięć podstawowych zasad integracyjnej polityki kształcenia**

Warto może w tym miejscu przedstawić zasady, które powinny wspierać skuteczną integrację uczniów z różnymi zaburzeniami rozwojowymi ze względu na ich uniwersalny charakter.

1. Podejście całościowe, wielokierunkowe, wprowadzone we wszystkich szkołach przy zaangażowaniu uczniów, rodziców, nauczycieli, kierownictwa oraz odpowiednich służb wspierających kształcenie.
2. Kluczowe uczestnictwo wszystkich nauczycieli – ich zaangażowanie w określaniu potencjalnych trudności w uczeniu się, w zaspokajaniu potrzeb uczniów wykazujących trudności.
3. Wczesna i stopniowa interwencja.
4. Ciągłość pomocy.
5. Koncentrowanie się na potrzebach indywidualnych – opracowywanie programów i dostosowywanie ich do potrzeb dziecka, uwzględniając indywidualne potrzeby w zakresie kształcenia.
6. Odpowiedzialność i przejrzystość – procedury w obrębie systemu edukacji powinny być wyraźnie określone, a osoby odpowiedzialne za wprowadzenie tych procedur powinny być wskazane.
7. Integracja – jeśli to możliwe potrzeby dzieci z zaburzeniami powinny być zaspokajane, tak aby miały te same doświadczenia edukacyjne, jakie mają inne dzieci.
8. Udział rodziców – powinni być zaangażowani w decyzje podejmowane w sprawie potrzeb edukacyjnych dzieci.
9. Podejście całościowe – odpowiadanie na potrzeby uczniów na każdym z poziomów kształcenia.
10. Równość i brak dyskryminacji [7].

## WNIOSKI

W standardach postępowania psychologicznego, w przypadku dzieci z MPDz, konieczna jest wczesna diagnoza, która powinna być wielokrotna i uwzględniać etapy rozwoju psychofizycznego dziecka. W terapii osób z MPDz standardem jest wczesna terapia, czyli stymulacja ogólnego rozwoju dziecka, zastosowanie uznanych, sprawdzonych metod (np. alternatywna komunikacja metodą Blissa w wypadku znacznych zaburzeń w komunikacji werbalnej, usprawnianie z wykorzystaniem odpowiednich programów komputerowych).

Wydaje się, że konieczne jest wczesne włączenie psychologa klinicznego, odpowiednio przygotowanego do pracy z dzieckiem dotkniętym opisanym schorzeniem i jego rodziną. Dla tej grupy psychologów należy organizować szkolenia, doskonalić ich w zakresie diagnozy i terapii.

Dziecko i rodzina powinni być pod opieką specjalistycznych interdyscyplinarnych zespołów, świadczących pomoc psychoterapeutyczną, wsparcie; psycholog powinien być stałym członkiem takiego interdyscyplinarnego zespołu. Tak jak w rozwiązywaniu wielu innych problemów zdrowotnych powinna nastąpić integracja dyscyplin medycznych. Konieczne jest stworzenie systemu edukacji na każdym poziomie rozwoju, wykorzystanie potencjału dziecka, właściwa kwalifikacja i odstępianie od obecnie nadużywanego nauczania indywidualnego, dostosowanie systemu edukacji do indywidualnego przebiegu rozwoju. Obecnie rozpatruje się głównie formy nauczania w aspekcie rehabilitacji medycznej, a marginalizuje opinie psychologa klinicznego. Standardem powinien być udział psychologa klinicznego w turnusach rehabilitacyjnych i działania na rzecz powstania wyspecjalizowanych ośrodków – centrów zajmujących się kompleksową pomocą osobom z porażeniem mózgowym

i ich rodzinom. Dla celów diagnozy psychologicznej należy podjąć prace nad opracowaniem odpowiednich narzędzi diagnozy procesów intelektualnych i poszczególnych procesów poznawczych oraz emocjonalno-motywacyjnych u osób z MPDz. Poprawie efektywności procesu rewalidacji omawianej tu grupy dzieci służy współpraca psychologa z rodziną, która powinna sprostać wymaganiom, jakie niesie ze sobą długotrwała rehabilitacja i opieka osób z porażeniem mózgowym.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Obuchowska I. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa 1999.
- [2] Chlebna-Sokół D, Loba-Jakubowska E, Krenc Z i wsp. Niepełnosprawność w wieku rozwojowym. Problemy dzieci i młodzieży niepełnosprawnych ruchowo. PPH, Łódź 2005.
- [3] Mazanek E. Dziecko niepełnosprawne ruchowo. WSiP, Warszawa 1998.
- [4] Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Red. I Obuchowska, WSiP, Warszawa 1999; 1: 18–54.
- [5] Krasowicz-Kupis G, Wiejak K. Skala inteligencji Wechslera dla dzieci (WISC-R) w praktyce psychologicznej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- [6] Siwek S. Mózgowe porażenie dziecięce. W: Neuropsychologia kliniczna dziecka. Red. AR Borkowska, Ł Domańska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- [7] Grabowska A, Rymarczyk K. Dysleksja od badań mózgu do praktyki, Instytut Biologii Doświadczalnej im. N. Nenckiego PAN, Warszawa 2004.

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Barbara Wiśniewska  
Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej  
Instytut Centrum Zdrowia Matki-Polki  
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289  
e-mail: bwis57@tlen.pl  
tel. 048 42 271 20 67



# AKUPUNKTURA W LECZENIU DZIECI I MŁODZIEŻY ZE SCHORZENIAMI NEUROLOGICZNYMI\*

ACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF CHILDREN  
AND ADOLESCENTS WITH NEUROLOGICAL DISEASE

Janusz Wendorff<sup>1, 2</sup>, Elżbieta Hibner<sup>2</sup>, Paweł Pótroła<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zakład Neurologii, Rehabilitacji Neurologicznej i Kinezyterapii Instytutu Fizjoterapii  
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Janusz Wendorff

<sup>2</sup> Klinika Neurologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Janusz Wendorff

<sup>3</sup> Oddział Neurologiczny Szpitala Neuropsychiatrycznego w Morawicy k. Kielc  
Ordynator: dr n. med. Grażyna Stypuła

## STRESZCZENIE

Akupunktura należy do metod fizjoterapii znanych od wieków w medycynie chińskiej. W ostatniej dekadzie metoda ta staje się coraz bardziej popularna również w krajach zachodnich, w tym także u dzieci i młodych dorosłych ze schorzeniami i zaburzeniami neurologicznymi.

W latach 2002–2008 ukazało się więcej niż 30 oryginalnych publikacji w światowej literaturze przede wszystkim dotyczących zastosowania akupunktury w mózgowym porażeniu dziecięcym, opóźnieniach neurorozwojowych, zaburzeniach językowych, wegetatywnych, udarze mózgu, tikach i bólach głowy u dzieci. Autorzy przedstawiają również niektóre wyniki własne leczenia dzieci i młodych kobiet z migreną i tikami.

**Słowa kluczowe:** akupunktura, dzieci, mózgowy porażenie dziecięce, tiki, bóle głowy, zaburzenia neurorozwojowe.

## SUMMARY

Acupuncture belongs to physiotherapeutic methods which has been known for centuries in Chinese medicine. In the last decade acupuncture became more popular even in Western countries in the treatment of children and young adults with neurological disease and disorders.

Authors present some data from the literature and own experiences in this field. In the period 2002–2008 appeared more than 30 publications in the world literature first of all about use of acupuncture in cerebral palsy, neurodevelopment delay, tics and headaches in children. Authors present some results of the treatment of children and young women with migraine and tics.

**Key words:** acupuncture, children, cerebral palsy, tics, headaches, neurodevelopmental disorders.

## WSTĘP

Akupunktura jest metodą, która przywędrowała do krajów zachodnich z Chin. Starożytni Chińczycy lekarze badali ciało ludzkie i obserwowali skutki, jakie niesła za sobą ta terapia. Pierwsze znaleziska archeologiczne dotyczące akupunktury pochodzą z lat 1450–1050 p.n.e. Za twórcę tej metody uważa się lekarza Bjan-Cjao, żyjącego w V w. p.n.e., on jako pierwszy stosował nakłucia igłami odpowiednich punktów ciała w celach leczniczych. Najstarszym dokumentem, w którym omówiono zagadnienie akupunktury, jest wielotomowa księga Kanon Medycyny

Chińskiej opracowana w okresie Wojujących Cesarstw (475–221 p.n.e.). Okres świetności akupunktury datuje się od czasu dynastii Han (206 p.n.e.–220 n.e.) do czasu dynastii mandżurskiej Tsing. Za panowania dynastii Tang (618–907) akupunktura stała się samodzielną specjalnością medyczną.

Akupunktura dotarła do Europy (Francja) w XVII wieku, rozpowszechnili ją misjonarze. W Holandii w 1683 roku pierwszy stosował akupunkturę lekarz Willem Ten Rhyne, w Niemczech lekarz Engelbert Kaemfer. W Niemczech wdrożył ją także sławny podróżnik Philipp von Siebold. We Francji akupunkturą leczył doktor Louis Joseph Berlioz (1776–1858),

\* Praca wygłoszona została na Konferencji „Mózgowe porażenie dziecięce” Kielce 04.11.2008

w Anglii w pierwszych latach XIX wieku dr Scott z Westminsteru, a także dr Lames Morse Churchill (członek Królewskiego Towarzystwa Chirurgów w Londynie), natomiast w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej w 1826 roku stosował ją Franklin Bache.

Polski rozdział w historii akupunktury otwiera Michał Boym, misjonarz urodzony w 1612 roku, syn Pawła Boyma, doktora filozofii i medycyny, nadwornego lekarza króla Zygmunta III. Michał Boym przebywał w Chinach w okresie dynastii Ming.

Myślą przewodnią akupunktury, jak i właściwie całej tradycyjnej medycyny chińskiej jest idea, według której występowanie dolegliwości bólowych czy innych schorzeń jest objawem zaburzeń równowagi w organizmie pomiędzy dwoma przeciwstawnymi siłami yin i yang.

Punkty akupunktury znajdują się w ściśle określonych miejscach i jak dowodzą badania wykazują odmienne od otaczającej skóry właściwości bioelektryczne. Punkty te odznaczają się mniejszym oporem elektrycznym, większą pojemnością elektryczną oraz wyższym w tych miejscach napięciem (potencjał elektryczny) w porównaniu do otoczenia. Poszczególne punkty poza tym, że są związane szczególnie blisko z poszczególnymi narządami wewnętrznymi, odznaczają się także pewnymi swoistymi właściwościami. I tak dla przykładu – meridian serca działa na psychikę, osierdza głównie na serce, natomiast pęcherzyka żółciowego działa rozkurczowo na mięśnie gładkie itd.

Od 1979 roku zaczęto rozwijać akupunkturę w Polsce. Jej prekursorem w naszym kraju był prof. Zbigniew Garnuszewski. To z jego inicjatywy powstał w Warszawie ośrodek szkolący lekarzy, w którym prowadzone jest leczenie akupunkturą.

Stan wiedzy na temat mechanizmu akupunktury systematycznie się poszerza. Wpływ nakłucia na poszczególne organy ciała upatruje się w reakcjach miejscowych i uogólnionych. Wykorzystując wiedzę na temat reakcji segmentarnych (strefy Heada) i związanych z nimi odruchami skórno-trzewnymi i trzewno-skórnymi, można powiedzieć, że impuls uzyskany na drodze nakłucia i pobudzenie odruchu skórno-trzewnego prowadzi do poprawy ukrwienia, „natlenienia” i odżywienia tkanek oraz rozkurczenia mięśni gładkich w związanych z tą strefą narządach wewnętrznych.

Reakcja ogólna polega na wydzielaniu w odpowiedzi na stymulację igłą odpowiednich punktów i wywołaniu dzięki temu pobudzenia włókien aferentnych poprzez drogi rdzenia kręgowego, śródmózgowia, podwzgórza i przysadki. Endorfiny rdzenia kręgowego powodują hamowanie presynaptyczne czuciowej komórki nerwowej, zapobiegają przewo-

dzeniu informacji bólowej. Impulsy przekazywane do śródmózgowia pobudzają komórki istoty szarej okołowodociągowej, które wydzielają enkefalinę. Te z kolei powodują wydzielanie monoamin (serotoniny i norepinefryny) do komórek rdzenia kręgowego, blokując przekazywanie impulsów bólowych. Dzięki pobudzeniu włókien pasma przednio-bocznego następuje jednocześnie pobudzenie przysadki i uwalnienie  $\beta$ -endorfiny do krwi oraz płynu rdzeniowego. Podwzgórze zaś stymuluje śródmózgowie, pobudzając system antynocyceptywny zstępujący, którego neurotransmiterem jest  $\beta$ -endorfina.

#### **Akupunktura w mózgowym porażeniu dziecięcym**

Od kilkunastu lat zwiększa się zainteresowanie lekarzy zachodnich w stosowaniu akupunktury lub jej odmian: elektroakupunktury, laseroakupunktury u dzieci i młodzieży, w tym również w schorzeniach neuropediatrycznych.

Mózgowe porażenie dziecięce jest zespołem chorobowym związanym z uszkodzeniem c.u.n. o etiologii pre-, peri- i postnatalnej, charakteryzującym się zmiennym obrazem klinicznym, zależnym od rodzaju, czasu i lokalizacji procesu, a także okresu neurorozwojowego, w którym oceniamy dziecko. W przeciwieństwie do chorób postępujących układu nerwowego, w większości o genetycznym pochodzeniu, przebieg mózgowego porażenia dziecięcego jest względnie stacjonarny, leczenie zaś oparte przede wszystkim na metodach fizjoterapii. Metody te podlegają ewolucji i modyfikacji [1], a modele usprawniania, edukacji i socjalizacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym są dostosowywane do współczesnych potrzeb dzieci i ich rodzin [2].

Metody rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym można podzielić na podstawowe i dodatkowe czy uzupełniające, do których zaliczyć można również akupunkturę. Metoda ta jest stosowana w klasycznej, chińskiej medycynie od dzieścioleci, ale nie było jak dotychczas kontrolowanych badań według zasad współczesnej medycyny zachodniej nad jej skutecznością. W ostatnich latach zwiększa się zainteresowanie zastosowaniem tej metody, co ma odzwierciedlenie w piśmiennictwie światowym, zarówno w literaturze publikowanej w krajach Dalekiego Wschodu, głównie w Chinach i Indiach, jak również w zachodnim piśmiennictwie, głównie amerykańskim. W latach 2001–2008 ukazało się 28 oryginalnych prac poświęconych temu zagadnieniu, w tym 10 publikacji w literaturze amerykańskiej. Szczególnie wartościową ich stroną jest zastosowanie w większości z nich próby obiektywnej oceny skuteczności metody, a także zwrócenie uwagi na jej bezpieczeństwo, np. w padaczkę towarzyszącej mózgowemu porażeniu dziecięcemu. Wu Y i wsp. (2008)

porównywali wyniki leczenia, a zwłaszcza częstości występowania napadów padaczkowych u 116 dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w 2 randomizowanych grupach: 58 dzieci otrzymało zabiegi akupunktury plus fizjoterapię, a 58 wyłącznie klasyczne metody fizjoterapii przez okres 12 tygodni [3]. Celem obiektywizacji metody zastosowano 4-tygodniowy okres „washout” i następnie w kolejnym okresie 12-tygodniowym poddano zabiegom akupunktury dzieci poprzednio otrzymujące jedynie fizjoterapię i na odwrót. W obu grupach i fazach badania kilkoro dzieci miało napady padaczkowe, ale ich częstość nie była istotnie większa u dzieci poddanych akupunkturze. Padaczka towarzyszy mózgowemu porażeniu dziecięcemu – w zależności od postaci – do 40% przypadków [4]. Praca Wu Y i wsp. jest dość przekonującym dowodem, że obecność napadów padaczkowych nie jest zasadniczo przeciwwskazaniem do zabiegów akupunktury u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Wyniki omawianej pracy należy jednak ocenić jako wstępne ze znaczną ostrożnością, gdyż liczba przypadków z padaczką w obu grupach była niewielka, a autorzy nie wypowiadają się na temat rodzaju i „ciężkości” napadów. Bardziej jednoznaczne wyniki uzyskali autorzy kilkunastu publikacji poświęconych skuteczności zabiegów akupunktury. Ji i wsp. zastosowali przed i po terapii akupunkturą przyjętą współcześnie skalę oceny nasilenia objawów mózgowego porażenia dziecięcego: GMFCS (Gross Motor Function Classification System) [4]. Do badania włączono 80 dzieci z zachowaniem przypadkowego doboru do grupy, w której zastosowano akupunkturę obejmującą 3 obszary na głowie, zgodnie ze wskazaniami medycyny chińskiej wraz z fizjoterapią oraz do grupy kontrolnej, w której stosowano wyłącznie fizjoterapię. Bardziej istotną poprawę w ocenie GMFCS przed i po serii zabiegów stwierdzono w grupie leczonych zarówno fizjoterapią, jak i akupunkturą ( $p < 0,001$ , versus  $p < 0,05$ ). Stosując zabiegi selektywnych iniekcji w punktach klasycznej akupunktury, potwierdzano również w innych badaniach z 2008 roku skuteczność tego zabiegu dla poprawy chodu zarówno u dzieci ze spastycznością kończyn dolnych u 87,5% leczonych ostrzykiwaniem punktów na bocznej powierzchni kończyny, jak z obniżonym napięciem po ostrzykiwaniu punktów na przyśrodkowej powierzchni kończyn dolnych u 100% badanych [5]. Autor uważa, że leczenie akupunkturą dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wymaga indywidualnego doboru właściwych punktów, w których wykonuje się zabieg. Istnieją jedynie pojedyncze doniesienia autorów zachodnich publikowanych w pismach neurologicznych wydawanych na obszarze Europy i Ameryki [6–9]. Svedberg i wsp. (2003) opublikowali w *Developmental Medicine and Child*

*Neurology* przypadek 7-letniego chłopca ze średnio nasiloną postacią hemiparetyczną mózgowego porażenia, u którego zastosował nakłucia igłami do akupunktury w mięśniu gastrocnemius (BL40) i soleus (BL 57) na głębokość 0,4–0,8 cm, stosując pulsy dwufazowego prądu o natężeniu 2–4 mA, o częstotliwości 80 Hz przez okres 0,1 ms. Seria zabiegów polegała na przeprowadzeniu 8 sesji 2 razy w tygodniu, pojedynczy zabieg trwał 20 minut. Przed i po każdej sesji oraz po 1, 3, 6 i 12 miesiącach oceniane było napięcie mięśniowe oraz zdolność do wyprostowania mięśnia. Oceniano także możliwość przejścia „step by step” po linii 4 metrów i możliwość podskakiwania osobno na każdej kończynie. W ocenie napięcia stosowano zmodyfikowaną skalę Ashwortha. Autor podkreśla, że napięcie mięśniowe zmniejszało się sukcesywnie od średnio stopnia „2” do stopnia „0” w okresie stosowania serii zabiegów i utrzymywało się na takim poziomie przez okres 1–3 miesięcy. Zdolność do wyprostowania zwiększyła się od 0 do 10 stopni i utrzymywała się na takim poziomie przez 1, 3, 6 i 12 miesięcy po serii zabiegów. Okres, w którym dziecko mogło stanąć na 1 kończynie, wydłużył się o 4–50 sek. Koordynacja ruchów kończyn dolnych uległa również poprawie, ruchy stały się bardziej symetryczne, co było widoczne w sprawniejszej grze dziecka w piłkę i innych aktywnościach ruchowych. Oceniając bardzo dobry wynik elektroakupunktury, autor w tym przypadku wskazuje na wstępny charakter pracy, zaznaczając, że udział w poprawie mogą mieć także procesy plastyczności mózgu, jak i naturalny efekt dojrzewania dróg nerwowych przez okres 1 roku.

Elektroakupunktura stanowi metodę uzupełniającą, dodatkowo stosowaną obok innych metod fizjoterapii w mózgowym porażeniu dziecięcym przede wszystkim ze względu na możliwe korzyści funkcjonalne dla dziecka, a także akceptowaną technikę (brak bólu) i bardzo małe koszty metody. Akupunktura i elektroakupunktura wymaga dalszych badań na większym materiale nad czuciową stymulacją u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Podobne zabiegi stosował wcześniej Hazelwood i wsp. (1994) w mózgowym porażeniu dziecięcym, Carmick (1995) w stopie spastycznej oraz Sannev i wsp. (1981) w dystonicznej postaci mózgowego porażenia dziecięcego [7–9].

#### **Akupunktura a badania strukturalne i czynnościowe układu nerwowego**

W ostatnich latach ukazało się też kilka prac oceniających wpływ akupunktury na przepływ mózgowy i metabolizm mózgu, a także na strukturalne zmiany w o.u.n.

*Journal of Child Neurology* opublikował w 2006 roku pierwsze badanie oceniające wpływ akupunk-

tury na metabolizm glukozy w badaniu PET [9]. Zabieg stosowano przez 5 dni w tygodniu w okresie 8 tygodni. Badanie PET wykonano przed i po serii akupunktury. Nie było poprawy klinicznej w obiektywnej skali użytej przez autorów, ale ogólne funkcjonowanie dzieci uległo poprawie o 25% (wg oceny rodziców). Metabolizm glukozy uległ zwiększeniu o więcej niż 10%. Badanie miało charakter wstępny, obejmowało tylko 4 dzieci i brak było grupy kontrolnej z podobnym nasileniem objawów mózgowego porażenia dziecięcego w skali GMFCS.

Podobnych ograniczeń nie wykazują badania przeprowadzone w Chinach w 2007 roku [10], podczas których 100 dzieci w 2 grupach poddano bądź zabiegom klasycznej fizjoterapii przy użyciu jedynie metody Bobath i Vojty, bądź z włączeniem akupunktury. Ćwiczenia i zabiegi prowadzono przez okres od 3–12 miesięcy. Badanie CT i SPECT wykonano na początku i po zakończeniu terapii. Wskaźnik uzyskanej poprawy był większy w grupie, w której stosowano akupunkturę, również w grupie tej zauważono istotną poprawę w badaniu KT (zmniejszenie obszarów zaniku), a w badaniu SPECT większą kompensacją zaburzeń funkcjonalnych ( $p < 0,01$ ). Nie potwierdzono jednak podobnego wpływu akupunktury w badaniach publikowanych poza Dalekim Wschodem. Journal of Child Neurology w 2008 roku opublikował wyniki wpływu akupunktury u 11 dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i 10 zdrowych dzieci w tym samym wieku [11]. Nakłucia wykonywano w punktach o tej samej lokalizacji (LiV 3 na lewej stopie). Wyniki były odmienne w obu grupach, badania (fMRI) przy pomocy czynnościowego rezonansu magnetycznego wykonywano dwukrotnie przed i po zakończeniu serii zabiegów. Wnioski z tego badania są trudne do zaakceptowania, gdyż są oparte na zasadach medycyny chińskiej i wskazują na upośledzenie drogi wątrobowej u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

#### **Akupunktura w innych schorzeniach neuropediatrycznych**

Akupunktura wpływa na zwiększenie gęstości układu kostnego i poziomu niektórych mikroelementów (Fe, Ca, Cu, Zn) w surowicy, co może mieć terapeutyczny efekt w mózgowym porażeniu dziecięcym, ale także w innych schorzeniach neurologicznych u dzieci [12]. W chińskiej medycynie zastosowanie akupunktury jest znacznie częstsze i obejmuje szereg schorzeń, w których farmakoterapia nie ma zastosowania lub wykazuje ograniczoną wartość, jak np. głuchota nerwowa, ataksja mózdkowa, zaburzenia neurorozwojowe, językowe. Leczenie przy pomocy akupunktury, jako metody uzupełniającej, ma zastosowanie w medycynie zachodniej u dorosłych po

udarach mózgowych. W 2007 roku autorzy opublikowali opis przypadku 18-miesięcznej dziewczynki po udarze mózgu, u której zastosowali z bardzo dobrym skutkiem akupunkturę metodą laserową (Yamamoto New Scalp Acupuncture) [13]. Proponują stosowanie tej metody jako nowej opcji terapeutycznej u dzieci z udarem mózgu. American Journal of Chinese Medicine jako główny cel podjął się publikacji badań udowadniających wartość różnych metod medycyny chińskiej, w tym również akupunktury, na podstawie nowoczesnych badań z nauk podstawowych. Do takich należy ciekawa praca Kanga (2003) ukazująca wpływ na ekspresję niektórych genów w wyniku niedokrwienia w hipokampie i korzystną zmianę po zastosowaniu akupunktury. Praca ta stanowi próbę wyjaśnienia korzystnego działania tego zabiegu po udarze niedokrwinnym [14]. Jednym z częstych objawów u dzieci chorych neurologicznie, na których leczenie korzystnie może wpłynąć akupunktura, są także zaburzenia wegetatywne. Jednym z przykładów może być jej terapeutyczne znaczenie w zaburzeniach naczyniowych powodujących uczucie zimna w kończynach, zwłaszcza w obrębie stóp. Objaw ten szczególnie niepokoi rodziców dzieci ze schorzeniami neurologicznymi i jest trudny do eliminacji głównie ze względu na znaczny stopień fizycznej nieśprawności dzieci. Środki domowe i farmakologiczne mają ograniczoną wartość terapeutyczną. Lundberg (1993) wykazał, że akupunktura ma rozkurczowy efekt na naczynia obwodowe [15]. Autorzy szwedzcy (2001) potwierdzili to spostrzeżenie i udowodnili jej korzystny wpływ na temperaturę skóry u dzieci ze schorzeniami neurologicznymi [16]. Cytowani autorzy zastosowali akupunkturę w punktach skóry z najniższą stwierdzoną temperaturą na kończynach dolnych i górnych przy pomocy elektroakupunktury (0,1 ms, 2 Hz, 2–5 mA). Zabiegi były powtarzane 2 razy w tygodniu przez 8 tygodni. Temperatura skóry zwiększyła się znacząco u 15 pacjentów ( $p < 0,05$ ). Autorzy zachęcają do dalszych badań na większej populacji dzieci ze schorzeniami neurologicznymi, wskazując na bezpieczeństwo metody. Najlicniejszą grupę chorych neurologicznie leczonych przy pomocy akupunktury, również przez autorów artykułu, stanowią dzieci i młodzież z bólami głowy i tikami.

#### **Akupunktura w bólach głowy**

Współczesne badania wykazują także normalizujący wpływ leczenia akupunkturą w przypadku przewlekłych codziennych bólów głowy. Badania przeprowadzone w południowej Korei wykazały znaczący wzrost wartości cytokin zapalnych (IL-1B, IL-6) oraz TNF- $\alpha$  u chorych cierpiących na przewlekły codzienny ból głowy. Po zastosowanym leczeniu (2 sesje akupunktury tygodniowo, w okresie 3 mie-



sięcy) stwierdzono towarzyszący poprawie klinicznej znaczący spadek wartości TNF oraz w mniejszym stopniu poziomu interleukin w surowicy [17].

Przeglądając bazę prac Medline z ostatnich 10 lat, odnaleziono 14 prac poświęconych wykorzystaniu akupunktury, elektroakupunktury oraz laseropunktury w leczeniu przewlekłych bólów głowy u dzieci. W większości badania potwierdziły korzystny efekt nakłuwać w przypadku długotrwałych dolegliwości bólowych głowy (najczęściej są to pacjenci wcześniej leczeni farmakologicznie bez lub z niesatysfakcjonującym efektem) [18, 19]. W pracach podkreśla się fakt dobrej tolerancji zabiegów przez dzieci (zwłaszcza laseropunktury) oraz niewielkiej liczby zdarzeń niepożądanych [20].

Własne badania wykazały skuteczność leczenia przy pomocy akupunktury zarówno napięciowych bólów głowy u dzieci, jak i transformowanej migreny wśród dorosłych [21].

Aktualne zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, oparte na metaanalizie badań spełniających wymogi „evidence based medicine”, zalecają stosowanie akupunktury jako metody skutecznej i dobrze udokumentowanej m.in. w bólach głowy z nudnościami i wymiotami, a także schorzeniami wewnętrznymi i reumatoidalnymi: kolka nerkowa, reumatoidalne zapalenie stawów, łokieć tenisisty, powikłania radioterapii i chemioterapii.

### **Akupunktura w tikach**

Zaburzenia tikowe należą do schorzeń neurobehavioralnych rozpoczynających się w dzieciństwie między 2–15 rokiem życia z nasileniem ok. 7 roku życia. Z wiekiem ulegają pewnej stabilizacji z tendencją do ustępowania po okresie dojrzewania, choć mogą przetrwać do wieku dorosłego, dając o sobie znać okresowo, bądź przyjmując formę bardziej nasiloną. Często mają charakter dziedziczny. Cechuje je wykonywanie nieskoordynowanych, niecelowych ruchów, wypowiedanie niekontrolowanych treści słownych, „pokrzykiwanie, chrząkanie”, kopro- i echolalia. W obrazie klinicznym występuje zmienność objawów charakteru oraz częstości i rodzaju tików [22–26].

Etiopatogeneza tików do dziś nie jest jednoznacznie ustalona. Możemy wyróżnić 2 główne teorie dotyczące podziału na tiki:

1. objawowe (po urazach, zapaleniach oun)
2. idiopatyczne
  - podłoże psychologiczne
  - teoria poligenowa (występowanie rodzinne, zwłaszcza u bliźniąt)
  - autoimmunologiczna reakcja na neuroinfekcję [27, 28], np. choroba tikowa, ADHD, zespół obsesyjno-kompulsyjny oraz część przypadków choroby Gilles de la Tourette’a, nale-

żąca do pediatrycznego neuropsychiatrycznego zaburzenia poparciorkowcowego PANDAS z występowaniem p/ciał p/jądra ogoniastemu w połączeniu z wysokim mianem antystreptoliny [22, 23, 29, 30]

- zaburzenia rozkładu neurotransmiterów, m.in. zaburzenia równowagi oraz hipoteza nadczynności receptorów postnaptycznych dopaminergicznych.

Ta wieloprzyczynowość spowodowała próby wdrożenia różnego rodzaju terapii do leczenia tików, jak: psychoedukacja, terapia behawioralno-poznawcza, farmakoterapia, jak również wobec niecałkowitej skuteczności ww. terapii skłoniła lekarzy do poszukiwania innych metod leczenia.

Nasze zainteresowanie skierowało się w kierunku akupunktury, jako metody bezpiecznej, pozbawionej działań ubocznych i bezbolesnej.

Nie wyjaśniono ostatecznie zasady jej działania, badania przeprowadzane głównie na szczurach mówią nam o wpływie na rozkład cytokin w podwzgórze i ciele migdałowatym, blokowaniu mikrogleju w substancji czarnej, wzroście poziomu enkefalin w prządkowiu i podwzgórze oraz o wpływie na mechanizmy regulacji w układzie dopaminergicznym [25, 31].

Przyjmuje się w obecnym stanie wiedzy, iż akupunktura działa leczniczo na drodze odruchowej, wywołując segmentalne odruchy w odpowiednich metamerach (dermatomach i miotomach), impulsy wysokie wywołane nakłuciami pobudzają układ współczulny lub przywspółczulny i w ten sposób za pośrednictwem układu nerwowego działają na czynność narządów wewnętrznych. W wyniku działania odruchowego nakłuć dochodzi do rozszerzenia drobnych tętnic i naczyń włosowatych narządów wewnętrznych, co wpływa regulująco na ich czynność. Potencjał czynnościowy wywołany nakłuciem przenosi się wzdłuż neurytu (axonu) i powstaje prąd biegnący dośrodkowo. Wędrówce tego impulsu towarzyszy zjawisko zwiększonej przepuszczalności błony komórkowej dla sodu, ulega ona bowiem depolaryzacji [25].

Wskazaniami do nakłuwać w neurologii są (obok dotychczas omówionych) choroby pochodzenia czynnościowego, jak depresja, lęk, zaburzenia psychosomatyczne, ruchowe, np. tiki, kręcz, jąkanie [25]. U dzieci bezpiecznie i bezboleśnie można stosować laseroakupunkturę wprowadzoną do leczenia na początku lat 70. XX wieku. Stosuje się cykle 12 zabiegów z częstością 3 razy w tygodniu aparatem TherapyLaser Model CTL 1 106 M [26]. W Klinice Neurologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki obserwowano pięcioro dzieci w wieku 8–11 lat (3 chłopców i dwie dziewczynki). Efekty uzyskane u tych dzieci były różne, w zależności od ciężkości

i nasilenia tików. U dziewczynki 11-letniej leczonej od kilku lat przy pomocy wszystkich dostępnych metod z powodu znacznie nasilonych tików złożonych ruchowych i głosowych uzyskano zmniejszenie intensywności i częstości tików przy nadal stosowanej farmakoterapii. U pozostałych dzieci tiki ustąpiły całkowicie, w tym u dwojga odstawiono leczenie farmakologiczne. Poprawa utrzymywała się przez 2–3 miesiące od zakończenia zabiegów.

## WNIOSKI

1. Liczne dane z piśmiennictwa ostatnich lat wskazują, że akupunktura stosowana obok klasycznych metod fizjoterapii stanowi skuteczną i bezpieczną metodę w leczeniu mózgowego porażenia dziecięcego.
2. Ma ona już utrwaloną pozycję w terapii innych schorzeń neurologicznych u dorosłych, w tym przede wszystkim w migrenie, napięciowym bólu głowy, zespołach bólowych i tikach. W tych schorzeniach może być z powodzeniem stosowana również w populacji dzieci i młodzieży.
3. Należałoby kontynuować i rozszerzyć jej stosowanie w wieku rozwojowym na większym materiale w innych ośrodkach neuropediatricznych i rehabilitacyjnych w kraju.

## PIŚMIENICTWO

- [1] Nowotny J, Czupryna K, Domagalska M. Współczesne poglądy na rehabilitację dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. „Mózgowe porażenie dziecięce: Standardy i Kontrowersje”. Kielce 4–5 XII 2008; 27–28.
- [2] Król M, Kryszczyńska J, Wnuk A. Europejskie modele organizacji systemu zintegrowanych działań rehabilitacyjno-edukacyjno-opiekuńczych wobec dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. „Mózgowe porażenie dziecięce: Standardy i Kontrowersje”. Kielce 4–5 XII 2008; 13–14.
- [3] Wu Y, Zou LP, Han TL i wsp. Randomized controlled trial of traditional Chinese medicine (acupuncture and tuina) in cerebral palsy: part I-any increase in seizure in integrated acupuncture and rehabilitation versus rehabilitation group. *I of alternative and complementary Medicine (New York)* 2008; 14: 1005–1009.
- [4] Li YH, Sun BD, Zhang J i wsp. Therapeutic effect of scalp-acupuncture combined with exercise therapy on spastic cerebral palsy of child. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2008; 28:723–726.
- [5] Yao XH. Analysis on therapeutic effect of selective acupoint-injection on scissors gait in children of cerebral palsy. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2008; 28: 101–103.
- [6] Svedberg L, Nordahl G, Lunderberg T. Electroacupuncture in child with mild spastic hemiplegic cerebral palsy. *Dev Med. Child Neurol* 2003; 45: 503–504.
- [7] Sanner G. Acupuncture for the relief of painful muscle spasm in dystonic cerebral palsy. *Dev Med. Child Neurol* 1981; 37: 965–75.
- [8] Duncan B, Barton L, Edmonds D et all. Parental perception of the therapeutic effect from osteopathic manipulation or acupuncture in children with cerebral palsy. *Clin Ped* 2004; 43: 349–53.
- [9] Wong VC, Song JG, Yeunug DW. Pilot study of positron tomography (PET) brain glucose metabolism to assess the efficacy of tongue and body acupuncture in cerebral palsy. *J Child Neurol* 2006; 21: 456–462.
- [10] Liv ZH, Pan PG, Ma MN. Effects of acupuncture on quality of life in children with spastic cerebral palsy *Chinese J of Integrated Traditional and Western Med* 2007; 27: 214–216.
- [11] Wu Y, Jin Z, Li K i wsp. Effect of acupuncture on the brain in children with spastic cerebral palsy using functional neuroimaging (fMRI). *J Child Neurol* 2008; 23: 1267–1274.
- [12] Huang H, Fan HF, Lei SH. Scalp-acupuncture plus body-acupuncture for treatment of spastic cerebral palsy and its effects on body density and trace elements in diseased children *Chinese acupuncture and moxibustion* 2007; 27: 395–397.
- [13] Yamamoto T, Schocker T, Boroodjerdi B. Treatment of juvenile stroke using Yamamoto New Scalp Acupuncture (YNSA) a case report. *Acupuncture in medicine. J Brit Med Acup Soc* 2007; 25: 200–222.
- [14] Shin JK, Lee HJ, Lim S i wsp. Acupuncture modulates expression of NO syntetase and c-fos in hippocampus after transient global ischemia in gerbils. *Am J Chinese Med* 2003; 31: 509–663.
- [15] Lundberg T. Peripheral effects of sensory nerve stimulation (acupuncture) in infalation and ischemia. *Sc J Reh Med* 1993; suppl 1: 61–68.
- [16] Svedberg L, Nordahl G, Lundberg T. Effects of acupuncture on skin temperature in children with neurological disorders and cold feet. *Dev Med Child Neurol* 2003; 43: 358–360.
- [17] Diener HC, Katsarava Z, Limmroth V. Current diagnosis and treatment of migraine. *Schmerz. Berlin, Germany* 2008; 22: 51–58.
- [18] Gottschling S, Meyer S, Gribova I i wsp. Laser acupuncture in children with headache: a dou-

ble-blind, randomized, bicenter, placebo-controlled trial. *Pain* 2008; 137: 405–412.

[19] Hyun-Ja Leong, Seung-Heon Hong, Yong-Che Nam et al. The effect of acupuncture on proinflammatory cytokine production in patients with chronic headache” *Am J Chin Med* 2003; 31: 945–954.

[20] Kemper KJ, Sarah R, Silver-Highfield E et al. On pins and needles? Pediatric pain patients’ experience with acupuncture. *Pediatrics* 2000; 105: 941–947.

[21] Wendorff J, Półrola P, Woźniak P. Akupunktura w bólach napięciowych i w migrenie transformowanej. Praca niepublikowana.

[22] Kiessling LS i wsp. Antineuronal antibodies in movement disorders. *Pediatrics*, July 1993; 92: 39–43.

[23] Swedo SE et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of first 50 cases. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 2: 264–271.

[24] Wolańczyk T, Stefanoff P, Komander J. Zaburzenia tikowe. W: Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci. Red. S Józwiak Biofum, Lublin 1999.

[25] Garnuszewski Z. *Renesans akupunktury*. Wyd. „Sport i Turystyka, Warszawa 1988.

[26] Hibner E, Wendorff J, Woźniak P. Laseroakupunktura – korzystna wyniki terapii u dzieci z tikami. *Akupunktura Polska* 2001; 23/24: 780–783.

[27] Edwards MJ, Trikouli E, Martino D et al. Anti-basal ganglia antibodies in patients with atypical dystonia and tics: a prospective study. *Neurology* 2004; 63:1:156–158.

[28] Sinder LA, Swedo SE. PANDAS: current status and directions for research. *Mol Psychiatry* 2004; 9: 10: 900–7.

[29] Singer HS, Loisel CR, Lee O i wsp. Anti-basal ganglia antibodies in PANDAS. *Mov Disord* 2004; 19: 4: 406–415.

[30] Pringsheim T, Davenport WJ, Lang A. Tics. *Curr Opin Neurol* 2003; 16:4:523–527.

[31] Tsou K, Zheng M, Ding XH. Dynamic changes in the levels of striatal proenkephalin mRNA and large molecular weight enkephalin containing peptides following electroacupuncture. *NIDA Res Monogr* 1986; 75: 385–388.

#### **Adres do korespondencji:**

prof. dr hab. n. med. Janusz Wendorff  
Klinika Neurologii ICZMP  
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289  
tel/fax 048 42 271 14 12  
e-mail: janusz\_wendorff@o2.pl



# DEPRESJA U CHORYCH LECZONYCH PRZEWLEKŁYMI HEMODIALIZAMI

DEPRESSION IN CHRONIC HAEMODIALYSIS PATIENTS

Jacek Starzyk<sup>1,2</sup>, Katarzyna Starzyk-Łuszcz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zakład Fizjologii i Patofizjologii, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

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

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Marek Kochmański

<sup>2</sup> Dział Nefrologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

Kierownik: dr n. med. Jacek Starzyk

<sup>3</sup> NZOZ „BGMED” w Warszawie

Kierownik: lek. med. Ewa Gyrczuk

## STRESZCZENIE

Depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym u chorych dializowanych. Praca niniejsza stanowi przegląd literatury na temat depresji u chorych leczonych przewlekłymi hemodializami. Przedstawiono kryteria diagnostyczne epizodu ciężkiej depresji oraz narzędzia przesiewowe (Skala Depresji Becka, Skala Depresji Hamiltona, Kwestionariusz SF-36) dla identyfikacji objawów depresji wśród chorych przewlekle hemodializowanych. Wykazano związek między depresją a śmiertelnością oraz hospitalizacją wśród tych chorych. Przedstawiono także etiologię, patofizjologię i leczenie depresji. Dostępne są ograniczone dane odnośnie do bezpieczeństwa i skuteczności leczenia antydepresyjnego chorych leczonych hemodializami. Konieczne są dalsze badania nad narzędziami przesiewowymi dla depresji i jej leczenia u tych pacjentów.

**Słowa kluczowe:** depresja, hemodializa, zaburzenia psychiczne.

## SUMMARY

Depression is the most common psychiatric disorder in dialysed patients. The article is a review of the literature on depression in chronic haemodialysis patients. Diagnostic criteria for major depressive episode and screening tools (Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Rating Scale, Medical Outcome Study Short Form 36) for identification of depressive symptoms among patients on chronic haemodialysis are presented. It is proved that there is connection between depression and mortality and hospitalization among these patients. Etiology, pathophysiology and treatment of depression are also described. Limited evidence regarding the safety and efficacy of antidepressant treatment of haemodialysis patients is available. Further studies on screening tools for depression and its treatment in these patients are necessary.

**Key words:** depression, haemodialysis, psychiatric disorder.

Depresja należy do często występujących zaburzeń psychicznych. Niemal 15% populacji doświadcza epizodu dużej depresji w jakimś okresie życia. 20–30% pacjentów z chorobą wieńcową cierpi z powodu epizodów depresji. U chorych onkologicznych częstość depresji wynosi ok. 25% [1].

U chorych na przewlekłą niewydolność nerek leczonych powtarzającymi hemodializami częstość występowania depresji jest różna w zależności od badanej populacji, rodzaju stosowanych metod badawczych [2]. W badaniu Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS II), obejmującym 6987 chorych z 12 krajów, średnia częstość występowania

depresji rozpoznanej przez lekarza wynosiła 13,9%, najniższa była w Japonii – 2%, najwyższa w Stanach Zjednoczonych – 21,7%. Inaczej przedstawiała się częstość depresji rozpoznanej za pomocą skali Center for Epidemiological Studies Depression Screening Index (CES-D). Średnia częstość wynosiła 43%, najniższa była w Stanach Zjednoczonych – 39,2%, najwyższa we Włoszech – 62,3% [3].

Rozpoznanie depresji ustala się na podstawie kryteriów zawartych w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, wyd. 4 (DSM-IV) lub International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems – Tenth Revision (ICD-10) [4, 5].

Kryteria epizodu dużej depresji według DSM-IV:

- A. Występowanie łącznie przez 2 tygodnie co najmniej 5 z wymienionych objawów. Co najmniej jednym z tych objawów jest: 1) obniżenie nastroju lub 2) utrata zainteresowań lub odczuwania przyjemności.
1. Obniżenie nastroju występujące niemal codziennie przez większą część dnia, zarówno stwierdzone subiektywnie, jak i dostrzegane przez otoczenie.
  2. Wyraźne zmniejszenie zainteresowania niemal wszystkimi czynnościami oraz odczuwania przyjemności z ich wykonywania, występujące niemal codziennie (zarówno podawane przez chorą osobę, jak i potwierdzone obserwacjami innych, którzy opisują je jako trwającą przez większość czasu apatię).
  3. Znaczny ubytek lub przyrost masy ciała, niezwiązany ze stosowaniem diety (5% masy ciała w ciągu miesiąca) bądź niemal codzienny wzrost lub spadek łaknienia.
  4. Bezsenność lub nadmierna senność, występujące niemal codziennie.
  5. Podniecenie lub spowolnienie psychoruchowe, występujące niemal każdego dnia (widoczne dla innych, a nie tylko odczuwane lub subiektywne poczucie niepokoju lub spowolnienia).
  6. Uczucie zmęczenia lub utraty energii niemal codziennie.
  7. Poczucie własnej bezwartościowości lub nieuzasadnionej winy (niekiedy urojenia winy), występujące niemal każdego dnia (chodzi nie tylko o robienie sobie wyrzutów czy poczucia winy z powodu choroby).
  8. Zmniejszenie sprawności myślenia, zaburzenie skupienia uwagi bądź niemożność podjęcia decyzji, występujące niemal codziennie (zarówno w ocenie subiektywnej, jak i w obserwacjach otoczenia).
  9. Nawracające myśli o śmierci (nie tylko obawy przed śmiercią), nawracające myśli samobójcze bez określonego planu, podejmowanie prób samobójczych bądź posiadanie planu popełnienia samobójstwa.
- B. Wymienione wyżej objawy nie spełniają kryteriów dla mieszanych epizodów maniako-depresyjnych.
- C. Objawy powodują cierpienie i/lub pogorszenie funkcjonowania w życiu zawodowym, społecznym oraz w innych ważnych sytuacjach.
- D. Objawy nie zależą od bezpośredniego wpływu zażytych substancji lub od schorzeń somatycznych.
- E. W okresie żałoby objawy muszą występować dłużej niż przez dwa miesiące po śmierci bliskiej osoby. Musi również wystąpić znaczne pogor-

zenie funkcjonowania, chorobliwe zgłębianie poczucia braku własnej wartości, myśli samobójcze, objawy psychotyczne lub zahamowania psychomotoryczne [4].

W ICD-10 wyróżnia się: epizod depresji łagodny, umiarkowany, epizod ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych lub z objawami psychotycznymi. Kryteria epizodu ciężkiej depresji bez objawów psychotycznych:

- A. Epizod depresyjny trwa przez co najmniej 2 tygodnie. W żadnym okresie życia nie występowały dotąd objawy hipomaniakalne lub maniakalne. Przyczyny epizodu nie wiążą się z używaniem substancji psychoaktywnych ani z jakimkolwiek zaburzeniem organicznym.
- B. Występują co najmniej dwa z następujących trzech objawów:
1. Nastroj obniżony w stopniu wyraźnie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez większość dnia i prawie każdego dnia.
  2. Utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność.
  3. Zmniejszona energia lub zwiększona wrażliwość.
- C. Dodatkowo występują objawy z następującej listy, dopełniając łączną liczbę objawów do co najmniej ośmiu:
1. Spadek zaufania lub szacunku do siebie.
  2. Emocjonalne poczucie wyrzutów sumienia lub nadmiernej, a nieuzasadnionej winy.
  3. Nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie albo jakiejkolwiek zachowania samobójcze.
  4. Skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupienia się, albo jej przejawy, takie jak niezdeterminowanie lub wahanie się.
  5. Zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej w postaci pobudzenia lub zahamowanie.
  6. Zaburzenia snu wszelkiego typu.
  7. Zmiany łaknienia wraz z odpowiednią zmianą wagi.
- D. Nie występują omamy, urojenia, ani osłupienie depresyjne [5].

W rozpoznaniu depresji oraz w ocenie skuteczności leczenia pomocne są skale psychometryczne. Często stosowanymi są: Skala Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) oraz Skala Depresji Hamiltona (Hamilton Rating Scale for Depression – HAMD).

Skala Depresji Becka składa się z 21 pytań ocenianych od 0 do 3. Im większa suma punktów, tym większe nasilenie depresji [6]. Narzędzie to jest chętnie używane w badaniu depresji u chorych dializowanych [7, 8].

Skala Depresji Hamiltona w wersji 21-punktowej składa się z 21 pytań dotyczących: obniżenia nastroju, poczucia winy, myśli samobójczych, trudności z zasypianiem, budzenia się w nocy, budzenia się wcześniej rano, trudności w pracy i aktywności pozazawodowej, spowolnienia psychoruchowego, pobudzenia, lęku, niepokoju somatycznego, objawów somatycznych, objawów ogólnych, zaburzeń seksualnych i ze strony układu rozrodczego, objawów hipochondrycznych, spadku masy ciała, wyglądu, dobowego wahania nasilenia objawów, objawów depersonalizacji i derealizacji, objawów paranoidalnych, objawów obsesyjno-kompulsyjnych. W każdym pytaniu zaznacza się tylko jedną odpowiedź. Im większa liczba punktów, tym większe nasilenie objawów depresji [9].

Finkelstein i wsp. wykazali, że 85% chorych leczonych dializami z liczbą punktów 11 lub więcej w Skali Becka i 17 lub więcej w Skali Hamiltona spełnia kryteria depresji DSM IV [10].

Hedayati i wsp., badając 98 chorych leczonych hemodializami, stwierdzili, że przy wartości 14 punktów w Skali Becka czułość wynosiła 62% (95% CI 43%–81%), swoistość 81% (95% CI 72%–90%), wskaźnik wiarygodności (likelihood ratio – LR) wyniku dodatniego dla rozpoznania depresji (LR+) wyniósł 3,26, wyniku ujemnego (LR-) 0,47 [11].

Chilcot i wsp., badając populację 40 chorych leczonych hemodializami, stwierdzili, że 22% spełniało kryteria wielkiej depresji. Ustalili, że optymalną wartością odcięcia w Skali Becka dla depresji było 16, z czułością 88,9% (95% CI 75,1%–95,5%), swoistością 87,1% (95% CI 72,9%–94,4%) [12].

Innym narzędziem oceniającym profil zdrowia pacjentów z różnymi schorzeniami jest kwestionariusz MOS SF 36 (Medical Outcomes Study Short Form 36) (SF-36). Składa się z 11 pytań, zawierających 36 twierdzeń dotyczących 8 sfer życia: bólu fizycznego, fizycznego funkcjonowania, ograniczeń fizycznych w odgrywaniu ról, ograniczeń emocjonalnych w odgrywaniu ról, zdrowia psychicznego, funkcjonowania społecznego, witalności, ogólnego zdrowia oraz dwóch podskal przedstawiających całościowo funkcjonowanie w wymiarze fizycznym i psychicznym. Przy użyciu odpowiedniego wzoru przeliczeń otrzymuje się wynik w skali punktowej od 0 do 100 punktów w każdej z domen. Im wyższy jest wynik, tym lepszy stan zdrowia [13].

Troidle L. i wsp. wykazali, że ocena zdrowia w sferze psychicznej w SF-36 dobrze korelowała ze Skalą Depresji Becka u chorych dializowanych otrzewnowo [14].

Depresja wpływa na przeżycie chorego leczonego powtarzanymi hemodializami. Kimmel i wsp. oceniali co 6 miesięcy przez 2 lata występowanie i nasilenie depresji przy użyciu Skali Depresji Becka u 295 cho-

rych przewlekle dializowanych. Wykazali, że wynik skali był predykatorem przeżycia. Wzrost wyniku BDI o 8,1 punktu (1 SD) był związany ze wzrostem ryzyka zgonu o 24% [15]. Lowrie i wsp. wykazali, że chorzy z liczbą punktów 0–37 w SF-36 mieli dwukrotnie większe ryzyko śmierci niż chorzy z liczbą punktów 51 lub większą [16]. Kalanther-Zadeh i wsp. stwierdzili, że dziesięciopunktowy spadek w Skali SF-36 zwiększał ryzyko śmierci dializowanych dwukrotnie w ciągu następnych 12 miesięcy (RR 2,07, 95% CI 1,08–3,98) [16]. Także Lopes i wsp. wykazali w badaniu DOPPS, że depresja stwierdzona przez lekarza u chorych leczonych hemodializami wiąże się z większym ryzykiem zgonu niż u chorych bez objawów depresji (RR 1,26, 95% CI 1,10–1,43) [3].

Wystąpienie depresji u chorych leczonych hemodializami zwiększa częstość hospitalizacji. Kimmel i wsp. stwierdzili, że w populacji 147 219 chorych leczonych hemodializami 13 397 (9,1%) wymagało hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych, głównie depresji. Badacze stwierdzili również, że szansa zachorowania na depresję była większa u chorych młodszych oraz u dializowanych dłużej. Szansa wystąpienia depresji w grupie wiekowej 18–44 lat była 4 razy większa niż u chorych w wieku powyżej 65 lat (OR 4,0, 95% CI 3,4–4,9). Możliwość zachorowania na depresję u chorych dializowanych 1–2 lata była ok. 2 razy większa niż u chorych dializowanych krócej (OR 1,8, 95% CI 1,4–2,2) [18].

Etiologia depresji jest złożona i nie do końca poznana. Istotną rolę odgrywają zaburzenia czynności neurotransmitterów w ośrodkowym układzie nerwowym oraz czynniki psychospołeczne. Najbardziej poznane są zaburzenia dotyczące monoamin i serotoniny. W pośmiertnych badaniach mózgu osób chorych na depresję stwierdzano zwiększone wiązanie noradrenaliny do receptorów alfa 1 -, alfa 2 -, beta- adrenergicznych w korze mózgu i spadek liczby neuronów noradrenergicznych w locus coeruleus. W obrębie układu serotonergicznego stwierdzano wzrost liczby receptorów serotoninowych w mózgu chorych [1].

W badaniach przyżyciowych w krwi stwierdzano obniżone stężenie tryptofanu, prekursora serotoniny, a w płynie mózgowo-rdzeniowym obniżone stężenie metabolitu serotoniny – kwasu 5-hydroksyindolooctowego [1].

Płytki krwi chorych na depresję są używane jako obwodowy model dla synaptosomów serotonergicznym. Wychwyty, przechowywanie, uwalnianie serotoniny z płytek odpowiada procesom zachodzącym w centralnym układzie nerwowym [19].

U chorych na przewlekłą niewydolność nerek leczonych powtarzanymi hemodializami Pivac i wsp. stwierdzili obniżone stężenie serotoniny w płytkach krwi chorych w porównaniu z osobami zdrowymi,

ale nie stwierdzili istotnych różnic między osobami przewlekle dializowanymi z objawami depresji i bez objawów depresji [20, 21].

Tlenek azotu (NO) jest ważnym mediatorem w centralnym układzie nerwowym. Jest syntetyzowany przez syntazę NO z L-argininy. Wpływa na uwalnianie noradrenaliny i dopaminy. W depresji stwierdzano zaburzenia metabolizmu NO [22].

Papageorgiou i wsp. stwierdzili, że u chorych leczonych przewlekle hemodializami z objawami depresji stężenie metabolitów NO w surowicy krwi było wyższe w niż u chorych bez objawów depresji. [23].

W depresji stwierdzono także zaburzenia endokrynne:

1. Wzrost stężenia kortyzolu w surowicy krwi i sekrecji kortykoliberyny (CRH).
2. Zmniejszone hamowanie wydzielania kortyzolu po podaniu deksametazonu.
3. Zmniejszoną sekrecję tyreotropiny (TSH) po stymulacji tyreoliberyną (TRH) [1]. Zaburzenia te są następstwem obniżonej czynności układu adrenergicznego mózgu [1].

W badaniach neuroobrazowych stwierdzano: w badaniu PET spadek aktywności jąder ogoniastych i płatów czołowych, w badaniu SPECT zmniejszony przepływ krwi w tych obszarach [1].

Wystąpieniu depresji u chorych leczonych przewlekle hemodializami sprzyjają czynniki psychologiczne. Najbardziej znanymi są:

1. Utrata funkcji układu moczowego, zmniejszenie zdolności koncentracji, utrata miejsca pracy i swobody jego wyboru, dotychczas sprawowanej funkcji rodzinnej, dotychczasowego znaczenia w życiu społecznym, jakości życia, istoty kobiecości, utrata miesiączki, zdolności przeżywania orgazmu, istoty męskości, osiągania erekcji, libido, dobrego samopoczucia, możliwości uprawiania sportu, swobody w wybieraniu pokarmów i napojów, wagi ciała, masy mięśniowej, barwy skóry, godzin snu.
2. Zależność od personelu stacji dializ, aparatury, rodziny, porządku dializ [24].

W leczeniu farmakologicznym depresji stosuje się kilka grup leków oddziałujących na neurotransmittery w centralnym układzie nerwowym. Są to:

1. Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (fluoksetyna, sertralina, paroksetyna, fluwoksamina, citalopram, s-citalopram).
2. Inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny (reboksetyna).
3. Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, noradrenaliny (duloksetyna).
4. Inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny, dopaminy (bupropion).

5. Antagoniści receptora serotoninowego (nefazodon).
6. Antagoniści receptora alfa2-adrenergicznego (mitrazepina).
7. Inhibitory oksydazy monoaminowej nieselektywne (fenelzyna, izokarboksazyd, tranlycypromina).
8. Trójcykliczne leki antydepresyjne – nieselektywne inhibitory wychwyty noradrenaliny i serotoniny (desimipramina, protryptylina, nortryptylina, amoksapina) [25].

Dawkowanie leków przeciwdepresyjnych u chorych leczonych hemodializami musi być ostrożne z uwagi na możliwość kumulacji metabolitów tych leków. Przy dawkowaniu należy wziąć pod uwagę dwa parametry farmakokinetyczne: objętość dystrybucji i stopień wiązania leku z białkami osocza [25]. Ważne są także objawy uboczne leków. Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny mogą wywoływać zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, drżenia, bóle głowy. Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne mogą wywoływać spadki ciśnienia tętniczego, wykazują nasilone objawy antycholinergiczne. Inhibitorów MAO najlepiej unikać u chorych dializowanych [26].

Leczenie lekami przeciwdepresyjnymi jest skuteczne u chorych dializowanych. Już po 8 tygodniach leczenia jakość życia chorych poprawia się [27]. Zastanawiające jednak jest, że tylko 34,9% chorych z objawami depresji otrzymuje leczenie farmakologiczne [3].

Konieczne są dalsze badania mające na celu ustalenie odpowiednich metod diagnostycznych i terapeutycznych u chorych na depresję leczonych przewlekle hemodializami [28].

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Reus VI. Mental disorders. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. Ed. AS Fauci. McGraw-Hill, New York 2008; 2710–2723.
- [2] Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systemic review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14: 82–99.
- [3] Lopes AA, Albert JM, Young EW et al. Screening for depression in hemodialysis patients: Associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int* 2004; 66: 2047–2053.
- [4] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association. Washington, DC 2000.



- [5] Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.
- [6] Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
- [7] Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1985; 79: 160–166.
- [8] Craven JL, Rodin GM, Littlefield C. The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18: 365–374.
- [9] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56–62.
- [10] Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 1911–1913.
- [11] Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatia M et al. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2006; 69: 1662–1668.
- [12] Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Screening for depression while patients dialyse: an evaluation. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23: 2653–2659.
- [13] Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care* 1992; 30: 473–483.
- [14] Troidle L, Wuerth D, Finkelstein S et al. The BDI and the SF36: Which tool to use to screen for depression? *Adv Perit Dial* 2003; 19: 159–162.
- [15] Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 2000; 57: 2093–2098.
- [16] Lowrie EG, Zhang H, LePain N et al. The association of SF-36 quality of life scales with patient mortality. CQI Memorandum. Fresenius Medical Care 1997.
- [17] Kalanchar-Zadeh K, Kopple JD, Block G et al. Association among SF 36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 2797–2806.
- [18] Kimmel PL, Thamer M, Richard CM et al. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998; 105: 214–221.
- [19] Stahl SM. Platelets as pharmacological models for the receptors and biochemistry of monoaminergic neurons. In: *Platelets: Physiology and Pharmacology*. Ed. GL Longenecker. Academic Press, New York 1985: 307–340.
- [20] Pivac N, Muck-Seler D, Barisic I et al. Platelet serotonin concentration in dialysis patients with somatic symptoms of depression. *Life Sciences* 2001; 68: 2423–2433.
- [21] Barisic I, Pivac N, Muck-Seler D et al. Comorbid depression and platelet serotonin in hemodialysis patients. *Nephron Clin Pract* 2004; 96: 10–14.
- [22] Van-Amsterdam JGC, Opperhuizen A et al. Nitric oxide in depression and stress. *Psychiatry Res* 1999; 18: 33–38.
- [23] Papageorgiou C, Grapsa E, Chistodoulou NG et al. Association of serum nitric oxide levels with depressive symptoms: a study with end-stage renal failure patients. *Psychoter Psychosom* 2001; 70: 216–220.
- [24] Fabrazzo M, De Santo RM et al. Depression in chronic kidney disease. *Semin Nephrol* 2006; 26: 56–60.
- [25] Tossani E, Cassano P, Fava M et al. Depression and renal disease. *Semin Dial* 2005; 18: 73–81.
- [26] Levy J, Morgan J, Brown E. *Oxford handbook of dialysis*. Oxford University Press, Oxford 2004: 98.
- [27] Turk S, Atalay H, Altintepe L et al. Treatment with antidepressive drugs improved quality of life in chronic hemodialysis patients. *Clin Nephrol* 2006; 65: 113–118.
- [28] Kimmel PL, Peterson RA. Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: Has the time to treat arrived? *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1: 349–352.

**Adres do korespondencji:**

dr n. med. Jacek Starzyk  
Dział Nefrologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach  
25–736 Kielce, ul. Artwińskiego 3  
e-mail: studiamedyczne@ujk.edu.pl  
tel. 048 41 367 47 51



# RELIGIJNOŚĆ WSPIERAJĄCA ROZWÓJ OSOBOWOŚCI I POŻĄDANYCH CECH SPOŁECZNYCH

RELIGIOSITY IN THE DEVELOPMENT OF A MATURE PERSONALITY

Kazimierz Franczak

Katedra Psychopedagogiki

Wydział Nauk Humanistycznych UKSW w Warszawie

Kierownik: prof. UKSW dr hab. Janusz Surzykiewicz

Dziekan: prof. UKSW dr hab. Jadwiga Kuczyńska Kwapisz

## STRESZCZENIE

Powszechnie przyjmuje się, że religijne dogmaty i przesłania, zobowiązujące wyznawców do określonego stylu życia, jako takie, mogą tworzyć dobrą przestrzeń rozwoju i wychowania człowieka; mogą być rzeczywistym nośnikiem wielorakich wartości, wśród których najważniejsze to: sam człowiek w swojej godności, a z tego wynikające wartości moralne, religijne i społeczne. Mogą także kreować fałszywe obrazy Boga, które nakładając się na niedojrzałe czy wręcz neurotyczne cechy osobowości mogą prowadzić do dysfunkcji osobowościowych i społecznych.

Niniejsze opracowanie pragnie ukazać ważniejsze badania i niektóre koncepcje teoretyczne zmierzające do określenia zależności typów religijności z cechami osobowości na gruncie polskiej psychologii religii.

**Słowa kluczowe:** religijność, osobowość, dojrzałość.

## SUMMARY

It is generally assumed that religious dogmas and sermons, which oblige the worshippers to follow a definite lifestyle, may create favourable conditions for the development and upbringing of man. They may constitute a real means of various values, among which the most important one is the human being with his dignity, as well as the resulting moral, religious, and social qualities. Nevertheless, they may also create false images of God. Those, if accompanied by immature or even neurotic personality features, may lead to personality and social malfunctions.

This paper is aimed at presenting some more significant research and theoretical approaches studying the relationship between types of religiousness and personality features within the Polish psychology of religion.

**Key words:** religiosity, personality, mature.

W ostatnich latach aktualności nabiera pytanie o znaczenie i rolę religii i religijności w kształtowaniu osobowości i wychowaniu młodzieży. Tłem do tego typu rozważań mogą być chociażby wydarzenia z ostatnich miesięcy związane z powstaniem w Stanach Zjednoczonych (gdzie 85% obywateli deklaruje, że są chrześcijanami, a 11% to wyznawcy innych religii) Oddziału Racjonalnej Reakcji (The Rational Response Squaw) zraszającego młodzież przekonaną, że religia jest jednym z najpoważniejszych źródeł zła na świecie [1]. Autorytetem i intelektualną inspiracją tej grupy młodzieży jest brytyjski biolog ewolucji, autor poczytnej również w Polsce książki pt. *Bóg urojony*, Richard Dawkins, który w wywiadzie udzielonym wkrótce po 11 września 2001 roku powiedział,

że religia to nie tylko „niegroźne bzdury”, ale może być ona śmiertelnie niebezpieczna [2]. Z drugiej zaś strony coroczne spotkania młodzieży z Taize czy spotkania młodych z Janem Pawłem II czy Benedyktem XVI mówią o wielkiej inspiracji osobistego rozwoju, jaką młodzież czerpie z religii i religijności.

Współczesna psychologia nie może nie podejmować takich właśnie zagadnień. Uczniowie stawiają zatem pytania o intensywność różnorodnych form religijności ze współwystępowaniem cech wspierających rozwój osobowości oraz pożądanych cech społecznych. W literaturze przedmiotu dość łatwo można znaleźć potwierdzenie tezy, że postawy religijne i typy religijności inaczej funkcjonują u ludzi zdrowych, a inaczej u ludzi chorych zarówno fizycznie,

jak i psychicznie. Mówiąc za Koziółcem, jest to pytanie o regulacyjną rolę religii [3]. Przy czym religijność jest rozumiana jako „podmiotowe, indywidualne ustosunkowanie się człowieka wobec Boga i nadprzyrodzoności, wyrażające się w sferze pojęć i przekonań, uczuć oraz zachowań jednostki” [4]. Jest to struktura bardzo złożona, w skład której wchodzi sądy, przekonania, przeżycia, emocje oraz predyspozycje do określonych zachowań w konkretnych sytuacjach odnoszących się do przedmiotu religijnego. Występowanie czynników psychologicznych w relacji religijnej upoważnia do poszukiwania związków religijności z osobowością. Związki te zachodzą w obszarze pięciu płaszczyzn osobowości: potrzeby psychiczne, system wartości, emocje i uczucia, lęk i niepokój oraz mechanizmy obronne „ja” [5].

### **Osobowościowe i społeczne korelaty wybranych form religijności**

Jesteśmy świadomi, że poszukiwanie związków nie daje pełnej odpowiedzi na pytanie o sposób funkcjonowania religijności rozumianej jako konstrukt w złożonej rzeczywistości, jaką jest osobowość, ale bez wątpienia przyczynia się do pełniejszego rozumienia wskazywanych korelatów i wynikających z nich konsekwencji. Jednocześnie należałoby unikać rozwiązań czy też uogólnień upraszczających te wzajemne powiązania i zależności, wnioskując na przykład o jakiegokolwiek kierunkowości tych ostatnich.

Dyskusja w literaturze przedmiotu nabiera wyrazistości, zwłaszcza w odniesieniu do niektórych form religijności obecnych w religiach fundamentalnych. Zauważa się bowiem, że konsekwencje fundamentalizmu religijnego sięgają już nie tylko życia stricte religijnego, ale dotyczą innych sfer życia, takich jak polityka, prawo, edukacja, ekonomia i medycyna [6]. Na ścisły związek religijnych postaw fundamentalistycznych rodziców na postawy ich dzieci, zwłaszcza na wybór szkoły, kierunków studiów czy w ogóle kształcenia wskazują badania Darnella i Sherkata [7]. Autorzy ci podkreślają negatywny wpływ przekonań i postaw fundamentalistycznych, zwłaszcza na edukację córek. Również badania Lewisa dotyczące atrybucji „ja” podkreślają tendencję rodziców fundamentalistów do negatywnych atrybucji w odniesieniu do własnych córek, co utrudnia im dzieciom rozwój tożsamości koncentrowanej na sobie, jednocześnie uzależniając je od struktur zewnętrznych [8]. W konsekwencji, w dorosłym życiu kobiety fundamentalistyczne zbyt intensywnie przeżywają wstyd i poczucie winy, podczas gdy mężczyźni odczuwają tylko wstyd, i to w znacznie mniejszym stopniu.

Należy jednak zaznaczyć, że rezultaty badań empirycznych jednogłośnie wskazują na fakt, iż fundamentaliści – ogólnie mówiąc – nie uzyskują wyższych

wyników w zakresie miar patologii niż inne grupy, pod warunkiem że miary te są neutralne religijnie, a przynależność społeczna badanych grup jest taka sama [9, 10]. Ponadto w niektórych przypadkach otrzymane wyniki są lepsze niż w przypadku grup uchodzących za liberalne. Dla przykładu chrześcijańscy, żydowscy i muzułmańscy fundamentaliści uzyskują wyższe wyniki w skalach optymizmu niż członkowie wspólnot bardziej liberalnych w obrębie tychże tradycji [11]. Można jednak wskazać na pewne cechy osobowości, które związane są określoną formą religijności. Badania prowadzone przez jednego z bardziej znanych badaczy polskich Tadeusza Doktora wskazują na związek fundamentalizmu z autorytaryzmem, poczuciem własnej wartości, siłą superego oraz z ekstrawersją [12]. Według Chrisa Branda autorytaryzm interpretowany w kategoriach poznawczych, a nie motywacyjnych, może polegać, na widzeniu świata w uproszczony sposób, najbardziej podstawowy, według gatunku, rasy, płci i cech im przynależnych, co pozostaje w konflikcie z wykształceniem typu humanistycznego [13].

Również orientacja fundamentalistyczna i New Age nie korelują z uwewnętrznionymi powszechnie obowiązującymi zasadami. Akcentuje się w tym przypadku bardziej moralność zorientowaną na konsekwencje, a nie na zasady [14].

Jakiego zatem rodzaju religijność i wyznawana religia sprzyjają formowaniu akceptowanych w życiu społecznym cech osobowości młodego pokolenia, a jaka nie?

Powszechnie przyjmuje się, że religijne dogmaty i przesłania zobowiązujące wyznawców do określonego stylu życia, jako takie mogą tworzyć dobrą przestrzeń rozwoju i wychowania człowieka; mogą być rzeczywistym nośnikiem wielorakich wartości, wśród których najważniejsze to: sam człowiek w swojej godności i z tego wynikające wartości moralne, religijne i społeczne. Oczywiście, świadomość tego, że rozwój i wychowanie może i faktycznie dokonuje się również poza środowiskiem religijnym, nie pozwala przyjąć religii jako warunku koniecznego do rozwoju i wychowania, ale w sposób bardzo znaczny stwarza ono warunki naturalności tego rozwoju i wychowania [15].

Czy więc istnieją wzajemne związki między klimatem społecznym środowiska wychowującego, cechami osobowościowymi a religijnością?

W niniejszym opracowaniu pragniemy ukazać ważniejsze badania i niektóre koncepcje teoretyczne zmierzające do określenia wyżej wymienionych zależności na gruncie światowej i polskiej psychologii religii\*.

\* Szerzej na temat polskiej psychologii religii czytelnik może zapoznać się m.in. w: La psicologia della religione in Polonia. Inquadramento storico e filoni di ricerca. Red. T Doktor, K Franczak. Orientamenti Pedagogici 1998; 2: 266, 324–336; Grzymała-Moszczyńska H. Perspektive: The Psychology of Religion in Poland. The International Journal for the Psychology of Religion 1991; 1(4): 243–247.

Dotychczasowe badania psychologiczne wskazują na ścisły związek struktury środowiska rodzinnego, jako źródła rozwoju i profilowania się, z religijnością człowieka. Osoby, które w rodzinie swego pochodzenia w dzieciństwie doznawały więcej zrozumienia, szacunku i akceptacji, w życiu dorosłym charakteryzują się wysokim poziomem personalizacji religijności w porównaniu z osobami, które nie doświadczały takich postaw [16]. W związku z tym zwraca się uwagę na fakt, że religijność człowieka w swej warstwie psychologicznej posiada korzenie społeczne i kształtuje się w kontekście przeżywania relacji międzyludzkich. Doświadczenia z dzieciństwa modyfikują stosunek do Boga. Stwierdzono na przykład, że osoby osamotnione mają między innymi słabiej rozwiniętą relację z Bogiem i łatwiej relatywizują religijną moralność [17]. Badania J. Szymoła potwierdzają tezę, że typ religijności wiąże się z zachowaniami prospołecznymi. Osoby o personalnym, dialogowym odniesieniu do Boga są również bardziej otwarte i wrażliwe na potrzeby innych ludzi. Tendencja do zachowań prospołecznych współwystępuje z motywacją allocentryczną, rozwojową i zdolnością przyjmowania perspektywy innych ludzi [18].

W oryginalnej, autorskiej typologii religijności R. Jaworski, nawiązując do koncepcji wywodzących się z filozofii dialogu, wyróżnił dwa typy religijności: personalną i apersonalną [19]. Zostały one również zoperacjonalizowane w postaci rzetelnego i trafnego narzędzia diagnostycznego nazwanego *Kwestionariuszem Religijności Personalnej*. Koncepcja ta, podobnie jak niektóre inne znane koncepcje w psychologii religii, traktuje religijność wielowymiarowo. Nawiązuje do innych, znanych w literaturze typologii, takich jak: narcystyczna i analityczna (Freud), religijność zdrowa i chora (James), autorytarna i humanistyczna (Fromm), wewnętrzna i zewnętrzna (Allport). Religijność personalną Jaworski rozumie jako „angażującą człowieka formę przeżywania jego kontaktu z Bogiem osobowym. Człowiek jako podmiot relacji religijnej w partnerskim dialogu z Bogiem angażuje całe swoje »ja« w bezpośrednie i aktualne spotkanie »Ty«” [19]. Religijność apersonalna cechuje się niższym poziomem zaangażowania, jest odizolowana od innych elementów życia psychicznego, nie stanowi integralnej części systemu wartości oraz leży niejako na marginesie całokształtu doświadczeń człowieka. Ważność relacji do Boga istotnie wpływa na sposób postrzegania i kształtowania rzeczywistości interpersonalnej. Z badań nad współzależnością między wymiarami stosunku do Boga i wymiarami relacji „Ja – Inny” w stosunkach międzyludzkich wynika, że osoba zbuntowana przeciw Bogu jest mniej przyjaźliwsza. Inni postrzegani są jako wrogowie, egocentryczni i zamknięci na relacje. Konsekwentnie, jej

samej trudniej jest wchodzić w relacje społeczne [20]. Najczęściej osoby takie prezentują postawę o cechach podejrzliwości i agresji przejawiającą się w krytykanctwie i narzucaniu własnej woli. Badania Jaworskiego z zastosowaniem Kwestionariusza Religijności Personalnej, Testu Przymiotników oraz Arkusza Samopoznania wskazują na wyższy poziom integracji osobowości oraz wyższy poziom akceptacji siebie w przypadku osób o religijności personalnej. Osoby te nie manifestują ponadto symptomów jawnego bądź ukrytego niepokoju. Być może jest to związane z silnym Ego, które obserwowane jest u osób z religijnością personalną. Natomiast osoby o cechach religijności apersonalnej wykazują istotnie wyższe wyniki w takich skalach, jak: niepokój ukryty, słabość Ego (słaba wola, niska samokontrola) oraz niski poziom integracji osobowości. Osoby te charakteryzują się ponadto podejrzliwością, konfliktowością oraz wyraźnym dystansem w relacjach międzyludzkich [19].

Badania K. Franczak i T. Doktora wskazują na dość istotny związek religijności personalnej z autorytaryzmem, neurotyzmem i niższym poczuciem własnej wartości. W przypadku osobowości o cechach neurotycznych istnieje ryzyko, że religia może pełnić funkcje odbiegające od cech religijności dojrzałej. Neurotyczny obraz Boga związany jest najczęściej z zaburzonym funkcjonowaniem psychicznym. Ciekawym spostrzeżeniem przywołanych autorów jest fakt, iż osoby o religijności apersonalnej deklarują również brak poczucia szczęścia w chwili obecnej [21]. Badania tych autorów potwierdzają wcześniejsze spostrzeżenia Bensona i Spilki o związku posiadanego obrazu Boga oraz obrazu, jaki osoba posiada o sobie samej [22]. Ten ostatni formuje się w procesie socjalizacji przy użyciu procesów poznawczych i doświadczeń emocjonalnych w kontekście struktury życia rodzinnego.

W dość długim i skomplikowanym procesie kształtowania się obrazu Boga zdarza się, że określone, typowe elementy, występujące u osób o zaburzonej osobowości, są włączane w jego obraz. Dzieje się tak na skutek występowania niektórych elementów negatywnych u osób wychowujących i również często są obecne w przedstawianym wychowankom obrazie Boga.

Najczęściej przywoływaną w literaturze przedmiotu jest zależność obrazu Boga od procesu identyfikacji dziecka z rodzicami. Dziecko konstruuje sobie obraz Boga najpierw poprzez identyfikację z matką, a następnie z ojcem. Jakość postaw rodziców oraz doznań i doświadczeń emocjonalnych z rodzicami warunkuje powstawanie obrazu Boga. Kiedy rodzice spełniają emocjonalne potrzeby dzieci, kształtuje się obraz Boga przyjaznego, czulego i opiekuńczego (antropomorfizm pozytywny). W przeciwnym razie

dziecko tworzy sobie obraz Boga jako surowego i karzącego sędziego (antropomorfizm negatywny) [23].

Badania z ostatnich lat pokazują, że taki mechanizm nie ogranicza się jedynie do okresu dzieciństwa – jak wcześniej sądzono – ale dotyczy również okresu młodzieńczego [24]. Osoby o cechach neurotycznych mogą manifestować obraz Boga w wypaczonych formach, który wraz ze wzrostem tychże cech będzie stawał się coraz bardziej wykrzywiony. Wśród najczęściej spotykanych, zdeformowanych obrazów Boga możemy wymienić następujące: „absolutny władca”, „surowy moralizator”, „Bóg humanista”, „magiczny uzdrowiciel” [25].

Konsekwencją posiadania neurotycznego obrazu Boga jest niepokój związany ze złem i poczuciem winy. Świadome uznanie własnej niedoskonałości, grzeszności, ekspiacji i działania zmierzające do uzyskania przebaczenia są elementami wielu religii. W przypadku dojrzałej relacji z Bogiem i pozytywnego obrazu Boga, poczucie winy posiada aspekt pozytywny i prowadzi osobę do działań reparacyjnych związanych z aktywnością naprawczą relacji społecznych, odnoszących się do samego siebie i do samego Absolutu. Natomiast zdeformowany obraz Boga wywołuje emocjonalne reakcje nieproporcjonalne do sytuacji i z psychologicznego punktu widzenia stan ten jest określany jako patologiczne poczucie winy.

Dotychczasowe badania wskazują jednoznacznie na zależność różnych typów religijności i sposobów doświadczania poczucia winy. Prezentowane wyniki w literaturze przedmiotu wskazują, że osoby o dojrzałej religijności, charakteryzującej się personalną relacją z Bogiem, w mniejszym stopniu doświadczają patologicznego poczucia winy i lęku. Badania J. Śliwaka jednoznacznie wskazują, że osoby charakteryzujące się negatywnymi relacjami do Boga diagnozowane są również z wysokim niepokojem (ogólnym, jawnym i ukrytym) [26]. Również badania J. Szymoła wskazuje, że niewolniczy lęk religijny utrudnia lub wręcz uniemożliwia tworzenie się i funkcjonowanie dojrzałej, personalnej religijności. Podobnie nasilone tendencje narcystyczne wydają się nie sprzyjać rozwojowi centralności religijności [27]. Funkcję dezintegrującą osobowości pełni lęk neurotyczny, który prowadzi do unikania konfrontacji z poczuciem własnej przygodności i powoduje ucieczkę od Transcendencji. Może też zniekształcać obraz instytucji kościelnych lub innych instytucji wyznaniowych, powodować skłonności do ideologizacji i sztucznych poglądów, obniżając możliwość religijnego i osobowościowego rozwoju. Badacze zwracają uwagę również i na taką prawidłowość, że tam gdzie poziom niepokoju jest niższy, w relacji do Boga zauważa się poczucie przynależności i wyższe poczucie bezpieczeństwa [28]. Zaznaczyć też należy,

że niektórzy badacze wyraźnie wskazują na różnice płci, twierdząc, że zakłócenia w jakiegokolwiek płaszczyźnie osobowości obserwowane u kobiet mogą wywoływać bardziej negatywne skutki w relacji do Boga niż podobne zaburzenia u mężczyzn [29].

Badania przeprowadzone na grupie 65 kobiet przez E. Zasęę wykazały istotnie statystyczny związek religijności personalnej z osobowością bardziej zintegrowaną i dojrzałszą. Badane charakteryzujące się wyższym nasyceniem personalizacji relacji z Bogiem są wyrozumiałe, pogodne, tolerancyjne, dobronasne, nastawione do innych allocentrycznie i altruistycznie [30]. Z kolei badania przeprowadzone przez D. Kroka na grupie 184 osób (96 kobiet i 88 mężczyzn) potwierdzają, że osoby silnie religijne (religijność mierzona Skalą Centralności Religijności S. Hubera) chętniej współpracują z innymi, udzielają pomocy oraz są bardziej wrażliwe na sprawy innych osób. Osoby takie wykazują również wyższą ugodowość mierzoną Inventarzem Osobowości NEO-FFI [31].

Interesujące wyniki w kontekście typów religijności i stylów przywiązania (J. Bowlby) uzyskał w swoich badaniach K. Franczak. W badaniach zastosowano Kwestionariusz Religijności Personalnej R. Jaworskiego oraz Kwestionariusz Experiences in Close Relationship, K. A. Brennana, C. L. Clarka i P. R. Shavera, w polskiej adaptacji P. Marchwiciego [32].

Bezpieczny styl przywiązania sprzyja kształtowaniu się osobowej relacji z Bogiem, rozwijającej się w otwartym i pełnym zaufania dialogu. Natomiast lękliwy styl przywiązania statystycznie istotnie koreluje z religijnością apersonalną. Również analiza regresji wyraźnie potwierdza związek religijności określonej jako otwarta, dialogowa i personalna z bezpiecznym stylem przywiązania. Osoby te charakteryzują się zrównoważeniem emocjonalnym i dobrym przystosowaniem [33]. Badania te również potwierdzają znaczące związki dojrzałego typu religijności z dojrzałym funkcjonowaniem osobowości. Funkcjonowanie to obejmuje nie tylko aktywność psychiczną człowieka, ale również fizyczną. Dowiodły tego eksperymenty prowadzone przez McIntosha i Spilkę, z których wynika, że osoby o uwewnętrznionej, dojrzałej religijności rzadziej zapadały na różne choroby niż osoby o religijności zewnętrznej i instrumentalnej [34]. Szczegółowej analizie postaw wobec choroby wynikających z osobowości i typów religijności podjął się M. Wandrasz. Autor dochodzi do wniosku, iż otwartość na Boga i innych ludzi oraz centralność religijności warunkują zróżnicowane postawy wobec choroby. Im osoba jest bardziej otwarta na Boga i innych ludzi, a religijność ma wartość centralną, tym łatwiej przeżywa swoją chorobą, odnajdując w niej nowe wartości. Istotnym czynnikiem w tej prawidłowości

wości jest poziom niepokoju w osobowości. Wydaje się, że wysoki poziom niepokoju ogranicza terapeutyczną funkcję religii [35, 36].

Analiza literatury przedmiotu oraz doniesień z badań empirycznych prowadzonych różnymi metodami potwierdza tezę, że „wysoki poziom religijności koreluje z wysokim poziomem dojrzałości osobowej i społecznej” [19]. Personalizacja relacji z otoczeniem stanowi istotny wskaźnik dojrzałości osobowości. W płaszczyźnie bogatych i zróżnicowanych relacji osoby odnotowujemy także personalne relacje z Bogiem.

Pozostaje jednak niewyjaśniona w dotychczasowych badaniach kwestia kierunku zależności między typem religijności a cechami osobowości. Otwarte pozostaje pytanie, czy dojrzała religijność, otwarta i dialogowa warunkuje dojrzały rozwój osobowości, czy też dojrzałość religijna postrzegana również jako dojrzała religijność rozwija się na bazie zintegrowanej i dojrzałej osobowości. Czy w ogóle możliwe jest chronologiczne ustalenie pierwszeństwa tych struktur wzajemnie i subtelnie ze sobą powiązanych? Wydaje się, że z metodologicznego punktu widzenia można przyjąć, że występuje tu prawo wzajemnego wzmocnienia [37]. I chociaż dotychczasowe badania nie wskazują jednoznacznie na pierwotność występowania którejkolwiek ze struktur, to jednak warto o nich pamiętać, zarówno w refleksji teoretycznej, jak i w szeroko rozumianej praktyce terapeutycznej.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] <http://www.rationalresponders.com>, z dn. 03.01.2008.
- [2] Werner M. Nastolatki walczą z Bogiem. Dziennik z dn. 29–30.12. 2007; 18.
- [3] Kozielecki J. Z Bogiem albo bez Boga. Psychologia religii: nowe spojrzenie. PWN, Warszawa 1991.
- [4] Golan Z. Pojęcie religijności. W: Podstawowe zagadnienia psychologii religii. Red. S Głaz. WAM, Kraków 2006.
- [5] Głaz S. Doświadczenie religijne a osobowość. W: Psychologiczna analiza religijności niespójnej. Red. W Chaim. RW KUL, Lublin 1991.
- [6] Doktor T. Orientacje moralne. W: Pluralizm religijny i moralny w Polsce. Raport z badań. Red. I Borowik, T Doktor. Nomos, Kraków 2001.
- [7] Darnell A, Sherkat D. The effect of Protestant fundamentalism on educational attainment. *American Sociological Review* 1997; 62: 303–315.
- [8] Lewis M. Shame the exposed self. New York 1992.
- [9] Hood R, Morris R, Watson P. Maintenance of Religious Fundamentalism. *Psychological Reports* 1986; 59.
- [10] Stark R. Psychopathology of Religious Commitment. *Review of Religious Research* 1971; 12.
- [11] Sethi S, Seligman M. Optimism and Fundamentalism. *Psychological Science* 1993; 4.
- [12] Doktor T. Światopogląd New Age. W: Ruchy pogranicza religii i nauki jako zjawisko socjopsychologiczne. Red. T Doktor. 1996; 5: 167–216.
- [13] Brand Ch, Personality and Political Attitudes. W: Dimensions of Personality. Red. R Lynn. Papers in Honour of HJ Eysenck. Oxford 1981.
- [14] Doktor T. New Age i fundamentalizm. W: Pluralizm religijny i moralny w Polsce. Raport z badań. Red. I Borowik, T Doktor. Nomos, Kraków 2001; 201–226.
- [15] Skorowski H, Znaczenie religii w wychowaniu człowieka pokoju. „*Saeculum Christianum*” 2006; 13 (1): 173–195.
- [16] Chaim W. Środowisko rodzinne i religijność a wybór kierunku studiów. *Homo Dei* 1995; 4: 3–16.
- [17] Chaim W. Klimat rodziny jako korelat personalnego wymiaru religijności. *Studia Płockie* 1997; 25: 221–230.
- [18] Szymoń J. Postawy prospołeczne a religijność. *Roczniki Psychologiczne* 2002; 5: 181–193.
- [19] Jaworski R. Psychologiczne korelaty religijności personalnej. Wydawnictwa KUL, Lublin 1989.
- [20] Chaim W. Klimat rodziny jako korelat personalnego wymiaru religijności. *Studia Płockie* 1997; 25: 221–230.
- [21] Franczak K, Doktor T. Niektóre korelaty religijności personalnej i apersonalnej. W: Postawy wobec religii. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje. Red. T Doktor, K Franczak. Salezjański Instytut Wychowania Chrześcijańskiego, Warszawa 2000.
- [22] Benson PL, Spilka B P. God – image as a function of self – esteem and locus of control. W: *Journal for the Scientific Study of Religion* 1973; 12: 297–310.
- [23] Król J. Postawy rodzicielskie, poziom akceptacji a pojęcie Boga. *Studium psychologiczne*, KUL, Lublin 1989.
- [24] Dickie JR, Ajega LV, Kobly, JR, Nixon K. Mother, father, and self: Sources of young adult’s God concepts. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2006; 45: 57–71.
- [25] Krok D. Psychopatologiczne przejawy życia religijnego. *Studia Teologiczno-Historyczne* 2006; 26: 75–98.
- [26] Śliwak J. Niepokój a religijność. *Roczniki Psychologiczne* 2006; 9: 53–79.
- [27] Szymoń J. Narcyzm a religijność. W: Doświadczenie religijne. Red. T Doktor. Verbinum, Warszawa 2007: 119–139.
- [28] Popielski K. Fenomen religijności a noetyczny wymiar człowieka. *Zeszyty Naukowe KUL* 1998; 41: 49–63.
- [29] Jarosz M. Interpersonalne uwarunkowania religijności. *Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin* 2004.

- [30] Zasepa E. Personalny wymiar religijności a struktura osobowości. *Roczniki Psychologiczne* 2002; 5: 161–179.
- [31] Krok D. Relacje między wymiarem religijnym i duchowym jednostek a ich osobowością. W: *At Christianorum Unitatem Fovendam*. Red. S Rabiej. Redakcja Wydawnictw WT, Opole 2007: 217–233.
- [32] Marchwicki P. Style przywiązania a właściwości tożsamości personalnej młodzieży. *Analiza psychologiczna*. UKSW, Warszawa 2002 (praca doktorska niepublikowana).
- [33] Franczak K. Stili di attaccamento e religiosità personale ed apersonale. Referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji Attaccamento e Religione, Mediolan 29–30.06.2007 in press).
- [34] McIntosh D, Spilka B. Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. *Research in the Social Scientific Study of Religion* 1990; 2: 167–194.
- [35] Wandrasz M. Choroba i cierpienie a religijność. W: *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*. Red. S Głaz. WAM, Kraków 2006: 511–533.
- [36] Szpringer M. Koncepcja wychowania w Oratorium Salezjańskim. *Edukacja* 1994; 1.
- [37] Szymoń J. Postawy prospołeczne a religijność. *Roczniki Psychologiczne* 2002; 5: 181–193.

**Adres do korespondencji:**

dr Kazimierz Franczak  
Katedra Psychopedagogiki  
Wydział Nauk Humanistycznych UKSW w Warszawie  
01-815 Warszawa, ul. Dewajtis 5  
e-mail: franczak@wa.onet.pl  
tel. 601 387 735



## 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: 82–9.

Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair. *Eur J Surg* 2002; 168: 684–9.

– 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, faxu, 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 wspólnymi 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).

**Abstract** (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: 82–9.

Vant RM, Vrijland WW, Lange JF et al. Mesh repair of incisional hernia: comparison of laparoscopic and open repair., *Eur J Surg* 2002; 168: 684–9.

– 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*