

RODZINA w zdrowiu i w chorobie

Uwarunkowania środowiskowe zdrowia



RODZINA w zdrowiu i w chorobie

Uwarunkowania środowiskowe zdrowia

redakcja naukowa

Grażyna Dębska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz

Kraków 2012

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

Recenzja: prof. dr hab. n. med. Marek Stępniewski

Projekt okładki: Oleg Aleksejczuk

Adiustacja: Margerita Krasnowolska

Zdjęcie na okładce: Jakub Aleksejczuk

ISBN 978-83-7571-293-3

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

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

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:

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

Sprzedaż prowadzi:

Księgarnia U Frycza

Kampus Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków

tel./faks: (12) 252 45 93

e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

Jerzy Jaśkiewicz: <i>Rodzina w zdrowiu i w chorobie.</i> <i>Uwarunkowania środowiskowe zdrowia</i>	7
Luiza Balicka-Adamik, Edyta Guty, Agata Wojtowicz, Małgorzata Dziechciaż, Joanna Ilzecka <i>Wpływ warunków klimatycznych na występowanie udarów mózgu</i>	9
Grażyna Dębska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz, Grażyna Cepuch <i>Problemy rodzin dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym</i>	17
Jerzy Jaśkiewicz, Anna Goździalska, Helena Kadučáková <i>Współczesne epidemie</i>	27
Bogumiła Kowalczyk-Sroka, Barbara Lelonek <i>Wpływ więzi rodzinnych na jakość życia w zdrowiu i chorobie</i>	37
Wioletta Ławska, Grażyna Dębska, Helena Kadučáková <i>Dzieci w rodzinie alkoholowej</i>	51
Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz <i>Wsparcie społeczne jako element instytucjonalnej pomocy rodzinie z osobą zależną</i>	61
Edyta Laurman-Jarząbek, Monika Szpringer, Eliza Mazur <i>Zakażenie HIV w życiu rodziny – „oswajanie nieznanego ładu”</i>	69
Helena Kadučáková, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz <i>Zdroje odporności v rodine pri starostlivosti o chronicky choré dieťa</i>	79
Beata Marzec, Wioletta Stręk <i>Rola opieki okołoporodowej we współczesnej rodzinie</i>	89
Eva Moraučíková <i>Implementácia Wiedenbachovej modelu do starostlivosti o matku a dieťa</i>	99

Eliza Mazur, Edyta Laurman-Jarząbek	
<i>Rola rodziny w procesie zdrowienia z uzależnienia na przykładzie skazanych aresztu śledczego w Kielcach</i>	111
Ewa Śpiewak, Ewa Szelaż	
<i>Oparzenia wśród dzieci w środowisku domowym. Edukacja rodziców w zakresie zapobiegania oraz udzielania pierwszej pomocy</i>	123

Rodzina w zdrowiu i w chorobie.

Uwarunkowania środowiskowe zdrowia

W naukach medycznych zwraca się uwagę na to, że funkcjonowanie całego społeczeństwa zależy od stanu zdrowia poszczególnych rodzin. Niezaprzeczalny jest bowiem fakt, że rodzina jest podstawowym źródłem przekonań i zachowań zdrowotnych. W niniejszej monografii, *Rodzina w zdrowiu i w chorobie. Uwarunkowania środowiskowe zdrowia*, hasło Światowej Organizacji Zdrowia – „zdrowie zaczyna się w rodzinie” – ma więc swoje implikacje.

Monografia, złożona z 12 artykułów o zróżnicowanej tematyce, przedstawia problemy występujące u chorych, zarówno dzieci, jak i dorosłych. Z jednej strony omawia problematykę wyraźnie osadzoną w naukach społecznych, głównie socjologii rodziny, psychologii, pedagogiki. Z drugiej strony odwołuje się do nauk medycznych, poruszając kwestie zdrowia i choroby w kontekście wpływu czynników środowiskowych na zdrowie. Szczególnie ważne są problemy dzieci niepełnosprawnych oraz żyjących w rodzinach patologicznych, czy też edukacji rodziców w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Autorzy zwracają uwagę na wpływ więzi rodzinnych i wsparcia społecznego na funkcjonowanie rodziny w sytuacji choroby przewlekłej.

Przedstawione w monografii problemy nie znajdują pełnego rozwiązania. Do takich należą: choroba alkoholowa i wzrastające zagrożenie zakażeniem wirusa HIV. Wiadomo, że większości zagrożeń epidemiologicznych nie można skutecznie wyeliminować.

Aby zmniejszyć ryzyko zachorowań konieczna jest więc prozdrowotna edukacja rodziców i dzieci. Tą drogą zacieśnia się także więzy rodzinne, co znacząco wpływa na jakość życia w zdrowiu i chorobie. Autorzy prac żywią nadzieję, że zawarta problematyka monografii może pogłębić rozumienie problemów, które występują w każdej rodzinie.

prof. zw. dr hab. med. Jerzy Jaśkiewicz



Luiza Balicka-Adamik¹, Edyta Guty², Agata Wojtowicz²,
Małgorzata Dziechciaż^{2,3}, Joanna Hłzecka⁴

¹ Centrum Opieki Medycznej, Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, Jarosław

² Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna, Instytut Ochrony Zdrowia, Jarosław

³ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Dar”, Jarosław

⁴ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Neurologicznej

Wpływ warunków klimatycznych na występowanie udarów mózgu

The impact of climatic conditions on the occurrence of stroke

Abstract

Physiological processes occurring in the human organism are influenced by cyclical internal biological rhythms and external factors like climate in particular area seasons of the year and environment pollution. In addition to conventional risk factors for stroke such as hypertension, diabetes, alcoholism, smoking, an indirect, but also noticeable impact have meteorological, social and cultural factors. Research conducted by scientists from all over the world show a significant difference in the incidence of stroke in the summer and winter months. The authors reviewed Polish and international literature to present the latest data of the impact of climate on the increase in the incidence of ischemic and hemorrhagic cerebral stroke.

Keywords: ischemic stroke, hemorrhagic stroke, climate, seasonality

słowa kluczowe: klimat, udar mózgu

Wprowadzenie

Procesy fizjologiczne zachodzące w ludzkich organizmach podlegają wpływom cyklicznych wewnętrznych rytmów biologicznych oraz czynników zewnętrznych, takich jak klimat panujący na danym obszarze, zmieniające się pory roku oraz zanieczyszczenia środowiska. Oprócz konwencjonalnych czynników ryzyka udaru mózgu: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, alkoholizm, palenie tytoniu – pośredni, ale zauważalny wpływ mają także czynniki meteorologiczne, społeczne i kulturowe. Badania prowadzone przez naukowców z całego świata wskazują na istotne różnice w zapadalności na udar mózgu w miesiącach letnich i zimowych.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje udar dokonany jako zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym pojawieniem się ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgowia, które utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa. W literaturze naukowej podkreśla się fakt, że udar mózgu stanowi trzecią co do częstości, przyczynę zgonów na świecie i jest najważniejszą przyczyną trwałego inwalidztwa osób dorosłych.

Jest zrozumiałe, że działania naukowców nieustannie zmierzają do poznawania czynników zewnętrznych i wewnętrznych mających wpływ na częstotliwość zachorowania. Poznano już dokładnie mechanizm wpływu zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych, stylu życia, wpływu czynników genetycznych, środowiskowych, uwarunkowań rasowych. Wiele doniesień naukowych potwierdza zależność między częstotliwością udarów mózgu a chorobami przewlekłymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze, miażdżycy, cukrzyca i innymi.

Natomiast w ciągu ostatnich kilkunastu lat problem wpływu czynników klimatycznych na zwiększenie zapadalności na różne choroby stał się przedmiotem dyskusji oraz badań prowadzonych na całym świecie. Czynniki te zmieniają rytmy biologiczne (czyli zmienne cyklicznie procesy fizjologiczne) wszystkich organizmów żywych, które wykształciły się przez miliony lat w wyniku adaptacji organizmów na zmieniające się warunki panujące na Ziemi, związane z ruchem planety [1]. Większość parametrów fizjologicznych, takich jak: ciepłota ciała, wartości ciśnienia tętniczego, praca serca, poziomy hormonów, skład osocza, podlega tym rytmicznym wahaniom wskutek zmieniających się czynników fizycznych – temperatury, oświetlenia (szczególnie długości dnia), pór posiłków, kontaktów socjalnych itp. [2, 3].

Wpływ czynników klimatycznych na choroby naczyniowe stał się przedmiotem ostatnich badań i analiz. Przyczyniła się do tego niewątpliwie profesjonalizacja dyskusji nad globalnym ociepleniem oraz stosowanie coraz bardziej poprawnych metodycznie narzędzi do badania zmian klimatu. Dużą rolę szkodliwych efektów zanieczyszczenia wody i powietrza – z uwagi na rozległość zagadnienia, pominięto w niniejszej pracy, skoncentrowano się natomiast na czynnikach klimatycznych, które jako bodziec pogodowy działają na organizmy. Pod ich wpływem układ wegetatywny człowieka wraz z układem wewnątrzwydzielniczym reaguje zmianami czynnościowymi ustroju. Czynniki klimatyczne charakterystyczne dla danego obszaru mogą wpływać stymulująco, odbarczająco lub obciążająco przez zakłócanie rytmów biologicznych człowieka. Podkreśla się rolę elementów pogodowych, które nie są bezpośrednio czynnikami etiopatologicznymi, ale pośrednio, poprzez zachwianie homeostazy, sprzyjają zaostrzeniom objawów chorobowych np. schorzeń alergicznych, reumatycznych i chorób układu krążenia. Podczas miesięcy jesiennych i zimowych wzrasta zachorowalność na infekcje układu

oddechowego i grypę, ponadto w niskiej temperaturze zwiększa się lepkość krwi poprzez wzrost stężenia fibrynogenu, białka C-Reaktywnego (CRP), rośnie liczba płytek krwi i innych czynników krzepnięcia, następuje zwężenie naczyń krwionośnych, co sprzyja wzrostowi ciśnienia tętniczego krwi. Natomiast infekcje wpływają na reakcje zapalne w mechanizmach powstawania blaszek miażdżycowych, co zwiększa zdolność tworzenia zakrzepów. Oprócz wpływu temperatury bierze się także pod uwagę szybkość jej zmian, wahania dobowe, tygodniowe i miesięczne, obecność wiatrów, oraz prędkość ich wiania, wilgotność na danym obszarze, ciśnienie atmosferyczne, opady deszczu i śniegu oraz aktywność słoneczną.

Cel pracy

Celem pracy był przegląd dostępnej literatury medycznej krajowej i zagranicznej na temat wpływu klimatu na występowanie udaru niedokrwiennego i krwotocznego mózgu.

Wyniki prac naukowych

Badacze na całym świecie od kilkunastu lat usiłują udowodnić związek zmian klimatycznych z częstością występowania chorób sercowo-naczyniowych, w tym udarów niedokrwiennych mózgu i krwotoków śródmózgowych. Udowodnienie zależności wpływu zmian meteorologicznych na występowanie udaru mózgu pozwoliłoby bowiem naukowcom na edukację jak największej liczby osób, co poprzez unikanie czynników wpływających negatywnie, mogłoby w dużym stopniu ograniczyć zapadalność na wyżej wymienione choroby.

Sezonowość występowania udaru mózgu badano w różnych częściach świata. Według niektórych badaczy, istnieje ścisła zależność między występowaniem udarów, zgonów z powodu udaru, wzrostem liczby hospitalizacji w miesiącach chłodniejszych i spadkiem w miesiącach letnich.

Naukowcy z Calgary, miasta leżącego w tzw. pasie Chinook, przez ponad pięć lat badali i analizowali zachorowalność na zawał mózgu i krwotoki mózgowe; rejon ten został wybrany z uwagi na specyficzne warunki meteorologiczne. Wiatr Chinook należy do grupy ciepłych wiatrów górskich zimowych, które występują w wielu miejscach tam, gdzie pasma górskie leżą mniej więcej prostopadle do kierunku jego wiania. Nasilenie siły wiatru wpływa na samopoczucie powodując bóle głowy, nudności, wymioty, bezsenność a także zaostrzenie chorób reumatycznych, astmy i choroby wieńcowej. Jako mechanizm postuluje się zwiększenie stężenia dodatnich jonów w powietrzu, które na-

stępnie jako katalizatory reakcji biochemicznych wpływają na stężenie w mózgu neuroprzekazników, takich jak np. serotonina. Stężenie dodatnich jonów gwałtownie rośnie wraz ze wzrostem prędkości wiatru Chinook. Wietrzna pogoda może więc stanowić okoliczność obciążającą dla występowania udaru mózgu, gdyż występują wówczas gwałtowne wzrosty temperatury połączone ze spadkiem wilgotności. Przez pięć lat badań przeanalizowano kilka tysięcy udarów mózgu, jednak nie znaleziono istotnej korelacji pomiędzy wzrostem częstości występowania udaru mózgu i zmianami pogody, co może się wiązać z trudnością oszacowania pewnych zmiennych, takich jak wilgotność czy aktywność słoneczna [4].

Podobne duże badania przeprowadzone przez japońskich uczonych w latach 1988–2001 miały na celu udowodnienie modyfikacji konwencjonalnych czynników ryzyka, takich jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, palenie papierosów przez zmiany meteorologiczne i ich wpływ na udary mózgu [5]. Przebadano populację liczącą ponad 55 tysięcy mieszkańców. Powyższe badania ujawniły sezonowe różnice występowania udaru mózgu [6, 7]. Odnotowano wzrost incydentów niedokrwiennych i krwotoków śródmózgowych w miesiącach wiosennych i zimowych. Turin i wsp. [8] opisują sezonowość według miesięcy w roku, niezależnie od występowania lub niekonwencjonalnych czynników ryzyka. W Japonii wzięto również pod uwagę istotny czynnik stresu psychologicznego, którego szczyt występował również w miesiącach wiosennych, co wiąże się w tym kraju z początkiem nowego roku finansowego w większości korporacji [9].

Prowadzone przez badaczy na Tajwanie sześciolatnie obserwacje na grupie ponad 168 tysięcy chorych z udarem mózgu nie potwierdziły jego sezonowego występowania, jakkolwiek zwrócono uwagę na zależność wzrostu częstości zachorowań na udar od zmian ciśnienia atmosferycznego. Wyniki te były statystycznie istotne [10]. Z kolei w Grecji przeanalizowano ponad 8200 pacjentów z rozpoznaniem udarem niedokrwiennym, krwotocznym, krwotokiem podpajęczynówkowym oraz przemijającym niedokrwieniem mózgu, przy czym odnotowano ewidentny wzrost zachorowalności na udary niedokrwienne na wiosnę, a obniżenie w lecie [11, 12].

W Polsce prowadzone były dwa badania, których wyniki były jednak różne. Autorzy z Chełma wykazali sezonowość zachorowań zarówno na udar niedokrwienny, jak i krwotoczny [13]. Najwyższą zachorowalność na udar niedokrwienny zanotowano w lipcu, wysoką w okresie od listopada do stycznia, a najniższą w sierpniu i wrześniu [14]. Natomiast badacze z Białegostoku, podobnie jak w Grecji, najwięcej przypadków udaru niedokrwienego odnotowali w kwietniu, maju i czerwcu, natomiast najmniej w listopadzie [15]. W przypadku krwotoków najwyższą zachorowalność stwierdzono w kwietniu, a najniższą w czerwcu. Badania prowadzone były od 1990 do 1997 roku,

przeanalizowano ponad 800 przypadków pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu.

Podobne obserwacje odnotowali Miah i wsp. w Bangladeszu oraz Park i wsp. w Korei [16, 17]. Na podstawie przeanalizowanych 292 przypadków udaru w Bangladeszu i ponad 1100 w Korei stwierdzono, że w miesiącach letnich zapadalność znacząco rośnie (ponad 66%, w przeciwieństwie do 34% w miesiącach zimowych), natomiast udary krwotoczne, w tym krwotoki pod pajęczynówkowe, najczęściej występują rano tuż po przebudzeniu w okresie jesieni lub zimy [16, 17]. Większa zachorowalność w miesiącach jesienno-zimowych, poza wspomnianymi wcześniej zmianami w krzepliwości krwi, może być pośrednio związana ze spadkiem aktywności ruchowej pacjentów, mniejszą odpornością na czynniki stresowe, niekorzystnymi zmianami w diecie (mniejsza ilość świeżych owoców i warzyw) [18, 19].

Trwają także dyskusje na temat wpływu zanieczyszczenia klimatu, zwłaszcza powietrza, na zapadalność na choroby sercowo-naczyniowe. Często podnosi się argument, że emisja zanieczyszczeń do atmosfery sprzyja częstszym infekcjom układu oddechowego, a przez to oddziałuje na spadek odporności i wydolności układów oddechowego i naczyniowego [20, 21]. Hori i wsp. oraz Manfredini i wsp. [22, 23], po przeanalizowaniu częstości przyjęć do Oddziału Ratunkowego pacjentów z zachorowaniem na te choroby stwierdzili, że liczby te korelują w znacznym stopniu z pojawieniem się komunikatów stacji meteorologicznej o większym zanieczyszczeniu powietrza.

W prowadzonych przez ponad 5 lat badaniach w Stanach Zjednoczonych i opisanii ponad 190 tysięcy przypadków udaru mózgu, nie dostrzeżono żadnych istotnie statystycznie zależności pomiędzy zmiennością pogody a zapadalnością na udary mózgu. Należy więc podchodzić z ostrożnością, oceniając wpływ klimatu na występowanie udaru mózgu [24–26].

W ostatnich latach odnotowano również dyskusję naukową i medialną na temat wpływu nadmiernego nasłonecznienia na zdrowie człowieka. Oczywiście wydaje się, że głównymi dziedzinami, których dotyczy ten problem są dermatologia i onkologia – wskutek udowodnionej większej zapadalności na nowotwory skóry. W piśmiennictwie polskim opublikowano pracę pogładową dotyczącą wpływu promieniowania słonecznego na ciśnienie tętnicze krwi. Omówiono potwierdzone dane, świadczące o niższym ciśnieniu tętniczym u osób mieszkających bliżej równika, niż w innych szerokościach geograficznych. Stwierdzono, że oprócz znanego niekorzystnego wpływu nasłonecznienia powodującego nadmierne starzenie skóry, wzrost częstości nowotworów, widoczny jest też jego wpływ na obniżenie ciśnienia tętniczego. Wiąże się to z mechanizmami niezależnymi od syntezy witaminy D₃ [27, 28]. W skórze człowieka zawarte są fotolabilne azotyny i S-nitrozotiole, które pod wpływem światła słonecznego uwalniają znany ze swego wazodylatacyjnego

charakteru tlenek azotu [29]. Wzrost jego ilości, także pod wpływem diety śródziemnomorskiej, może wpływać poprzez obniżenie ciśnienia tętniczego krwi na spadek częstości incydentów sercowo-naczyniowych, w tym udarów krwotocznych [30, 31].

Podsumowanie

Na podstawie analizy wyników badań przeprowadzonych na świecie dotychczas nie udało się ustalić jednoznacznych wniosków odnośnie do wpływu czynników klimatycznych na wzrost zachorowań na udary mózgu. Nie ma wśród badaczy zgody co do mechanizmów tych obserwacji. Jedni opowiadają się za wpływem klasycznych czynników, inni postulują znaczenie nowych dodatków niepoznanych czynników ryzyka. Jednym z prawdopodobnych mechanizmów pogarszających czynność układu krążenia oraz wywołujących niepokój u pacjenta mogą być zaburzenia czynności układu vegetatywnego. Wskutek nieprawidłowej aktywności mechanizmów termoregulacji, termoreceptory skóry ulegają nadmiernemu pobudzeniu, a w konsekwencji pobudzeniu ulega układ współczulny, co powoduje skurcz naczyń, wzrost częstości akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi. Również obserwowana zimą porą większa aktywność układu krzepnięcia może podwyższać liczbę incydentów sercowo-naczyniowych, szczególnie w mechanizmie zatorowo-zakrzepowym. Wyjaśnienie wszystkich powyższych zjawisk nie jest łatwe z uwagi na znaczną ilość innych dodatkowych elementów, które mogą wywierać wpływ na zachorowanie, takich jak: czynniki demograficzne, kulturowe, geograficzne, klimatyczne, a wśród nich temperatura, nasłonecznienie, wilgotność, opady deszczu i śniegu oraz wahania ciśnienia atmosferycznego. Wydaje się również, że zmiana stylu życia, rodzaj diety, ograniczenie aktywności fizycznej, stres, oraz zanieczyszczenie powietrza mogą w pewien pośredni sposób wpływać na wyżej wymienione zależności.

Bibliografia

- [1] Zawilska J.B., Nowak J.Z., *Rytmika okołodobowa i zegar biologiczny*, „Sen” 2002, nr 2, s. 127–136.
- [2] Cymborowski B., *Geny zegara biologicznego*, „Kosmos” 1999, t. 48, s. 43–51.
- [3] Dzierżykraj-Rogalski T., *Rytm i antyrytm biologiczne*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1976, s. 37–58.
- [4] Field T.S., Hill M.D., *Weather, Chinook, and Stroke Occurrence*, „Stroke” 2002. Vol. 33 (7), s. 1751–1757.
- [5] Turin T.C., Kita Y., Murakami Y., Rumana N., Sugihara H., Morita Y., Tomioka N., Okayama A., Nakamura Y., Abbott R.D., Ueshima H., *Higher Stroke Incidence*

- in the Spring Season Regardless of Conventional Risk Factors. Takashima Stroke Registry, Japan, 1988–2001*, „Stroke” 2008, Vol. 39 (3), s. 745–752.
- [6] Takizawa S., Shibata T., Takagi S., Kobayashi S.J., *Seasonal Variation of Stroke Incidence in Japan for 35631 Stroke Patients in the Japanese Standard Stroke Registry, 1998–2007*, „Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases” 2011, July 19.
- [7] Matsumoto M., Ishikawa S., Kajii E., *Cumulative Effects of Weather on Stroke Incidence: a Multi-community Cohort Study in Japan*, „Journal of Epidemiology” 2010, Vol. 20 (2), s. 136–142.
- [8] Turin T.C., Kita Y., Rumana N., Murakami Y., Ichikawa M., Sugihara H., Morita Y., Tomioka N., Okayama A., Nakamura Y., Abbott R.D., Ueshima H., *Stroke Case Fatality Shows Seasonal Variation Regardless of Risk Factor Status in a Japanese Population: 15-Year Results from the Takashima Stroke Registry*, „Neuroepidemiology” 2009, Vol. 32 (1), s. 53–60.
- [9] Martinez G.S., Imai C., Masumo K., *Local Heat Stroke Prevention Plans in Japan: Characteristics and Elements for Public Health Adaptation to Climate Change*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2011, Vol. 8 (12), s. 4563–4581.
- [10] Lee H.C., Hu C.J., Chen C.S., Lin H.C., *Seasonal Variation in Ischemic Stroke Incidence and Association with Climate: a Six-Year Population-Based Study*, „Chronobiology International” 2008, Vol. 25 (6), s. 938–949.
- [11] Karagiannis A., Tziomalos K., Mikhailidis D.P., Semertzidis P., Kountana E., Kakafika A.I., Pagourelis E.D., Athyros V.G., *Seasonal Variation in the Occurrence of Stroke in Northern Greece: a 10 Year Study in 8204 Patients*, „Journal of Neurology Research” 2010, Vol. 32 (3), s. 326–331.
- [12] Spengos K., Vemmos K.N., Tsvigoulis G., Synetos A., Zakopoulos N., Zis V.P., Vassilopoulos D.J., *Seasonal Variation of Hospital Admissions Caused by Acute Stroke in Athens, Greece*, „Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases” 2003, Vol. 12 (2), s. 93–96.
- [13] Boguszewski A., Żydok M., Jarosz M.J., *Sezonowość roczna udarów niedokrwiennych i krwotocznych mózgu*, „Zdrowie Publiczne” 2005, t. 115, s. 21–24.
- [14] Gillum R.F., Mussolino M.E., Ingram D.D., *Physical Activity and Stroke Incidence of in Woman and Men. The NHANES and Epidemiologic Follow-up Study*, „American Journal of Epidemiology” 1996, Vol. 143, s. 860–887.
- [15] Kochanowicz J., Kułakowska A., Drozdowski W., *Sezonowość występowania udarów niedokrwiennych mózgu w Polsce północno-wschodniej*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 1993, t. 33 (5), s. 1005–1013.
- [16] Miah A.H., Sutradhar S.R., Ahmed S., Bhattacharjee M., Alam M.K., Bari M.A., Tariquzzaman M., Mondol G.D., Khan N.A., Bari M.S., Sarker C.B., *Seasonal Variation in Types of Stroke and its Common Risk Factors*, „Mymensingh Medical Journal” 2012, Vol. 21 (1), s. 13–20.
- [17] Park H.S., Kang M.J., Huh J.T., *Recent Epidemiological Trends of Stroke*, „Journal of Korean Neurosurgical Society” 2008, Vol. 43 (1), s. 16–20.
- [18] Magalhães R., Silva M.C., Correia M., Bailey T., *Are Stroke Occurrence and Outcome Related to Weather Parameters? Results from a Population-Based Study in Northern Portugal*, „Cerebrovascular Diseases” 2011, Vol. 32 (6), s. 542–551.

- [19] Turin T.C., Specogna A.V., Rumana N., *Geotopographic and Environmental Characteristics of Communities and the Seasonality of Stroke Occurrences*, „Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases” 2011, November 22.
- [20] Jiménez-Conde J., Roquer J., *Ischemic Stroke Rhythms: External Factors that Contribute to Modulate the Moment of Event's Occurrence*, „Medicina Clínica” (Barc) 2009, Vol. 132 (17), s. 671–676.
- [21] Wang Y., Levi C.R., Attia J.R., D'Este C.A., Spratt N., Fisher J., *Seasonal Variation in Stroke in the Hunter Region, Australia: a 5-year Hospital-based Study, 1995–2000*, „Stroke” 2003, Vol. 34 (5), s. 1144–1150.
- [22] Hori A., Hashizume M., Tsuda Y., Tsukahara T., Nomiyama T., *Effects of Weather Variability and Air Pollutants on Emergency Admissions for Cardiovascular and Cerebrovascular Diseases*, „International Journal of Environmental Health Research” 2012, March 5.
- [23] Manfredini R., Fabbian F., Pala M., Tiseo R., De Giorgi A., Manfredini F., Malagoni A.M., Signani F., Andreati C., Boari B., Salmi R., Imberti D., Gallerani M., *Seasonal and Weekly Patterns of Occurrence of Acute Cardiovascular Diseases: Does a Gender Difference Exist?*, „Journal of Women's Health” (Larchmt) 2011, Vol. 20 (11), s. 1663–1668.
- [24] Bakal J.A., Ezekowitz J.A., Westerhout C.M., Boersma E., Armstrong P.W., *Association of Global Weather Changes with Acute Coronary Syndromes: Gaining Insights from Clinical Trials Data*, „International Journal of Biometeorology” 2012, July 19.
- [25] Cowperthwaite M.C., Burnett M.G., *An Analysis of Admissions from 155 United States Hospitals to Determine the Influence of Weather on Stroke Incidence*, „Journal of Clinical Neuroscience” 2011, Vol. 18 (5), s. 618–623.
- [26] Jimenez-Conde J., Ois A., Gomis M., Rodriguez-Campello A., Cuadrado-Godia E., Subirana I., Roquer J., *Weather as a Trigger of Stroke. Daily Meteorological Factors and Incidence of Stroke Subtypes*, „Cerebrovascular Diseases” 2008, Vol. 26 (4), s. 348–354.
- [27] Kiss A.K., Bazyłko A., Filipek A., Granica S., Jaszewska E., Kiarszys U., Kośmider A., Piwowarski J., *Oenothera B's Contribution to the Anti-inflammatory and Antioxidant Activity of Epilobium sp.*, „Phytomedicine” 2011, Vol. 18 (7), s. 557–560.
- [28] Pilz S., Kienreich K., Stücker D., Meinitzer A., Tomaschitz A., *Associations of Sun Exposure with 25-Hydroxyvitamin D and Parathyroid Hormone Levels in a Cohort of Hypertensive Patients: the Graz Endocrine Causes of Hypertension (GECOH) Study*, „International Journal of Endocrinology” 2012, s. 732–736.
- [29] Makariou S.E., Michel P., Tzoufi M.S., Challa A., Milionis H.J., *Vitamin D and Stroke: Promise for Prevention and Better Outcome*, „Current Vascular Pharmacology” 2012, June 22.
- [30] Iwamoto J., Takeda T., Matsumoto H., *Sunlight Exposure is Important for Preventing Hip Fractures in Patients with Alzheimer's Disease, Parkinson's Disease, or Stroke*, „Acta Neurologica Scandinavica” 2012, Vol. 125 (4), s. 279–284.
- [31] Basu R., Pearson D., Malig B., Broadwin R., Green R., *The Effect of High Ambient Temperature on Emergency Room Visits*, „Epidemiology” 2012, September 21.

Grażyna Dębska¹, Anna Goździalska¹, Jerzy Jaśkiewicz¹, Grażyna Cepuch^{1,2}

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

² Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Późnictwa

Problemy rodzin dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Problems of families with children suffering from cerebral palsy

Abstract

Cerebral palsy is a syndrome of many symptoms resulting from damage to the central nervous system. In children with this disorder occurs in addition to movement disorders such as mental retardation also other problems. The primary goal of treatment of children with cerebral palsy is to alleviate the symptoms, taking into account the damage to the brain and the individual child's potential.

Parents behave differently with respect to their disabled child. You can extract the different stages of parenting: shock, emotional crisis, virtual and constructive adaptation to the situation. Parents can show negative or positive attitudes towards their disabled children. A positive attitude is the meaning of the child's needs, acceptance of his physical and mental capabilities. However, a negative attitude is characterized by avoidance or rejection of the child, which is most common in families pathological or disturbed in families with emotional ties.

The family as a basic unit of society, is of great importance in the process of raising a child, which may affect the subsequent relationship with the environment and the possibility of a child with disabilities to overcome their weaknesses, and thus success in improving. Understanding the nature of parental attitudes towards the disabled child is, therefore, particularly important for the development of the child being with cerebral palsy.

Keywords: family, children, cerebral palsy

słowa kluczowe: rodzina, dzieci, porażenie mózgowe

Aspekty medyczne mózgowego porażenia dziecięcego

Mózgowe porażenie dziecięce jest zespołem wielu objawów powstałych wskutek uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w okresie jego rozwoju zarodkowego, płodowego i okresu okołoporodowego. Jest zaburzeniem niejednoznacznym pod względem klinicznym i etiologicznym [1, 2]. Głównym

czynnikiem, który w znacznym stopniu decyduje o późniejszym obrazie klinicznym jest stopień rozwoju i dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego w momencie działania niekorzystnych czynników. Częstość występowania mózgowego porażenia dziecięcego szacuje się od 1,3–5,2 promila w populacji dziecięcej. W Polsce, według Zgorzalewicz i wsp. [1], występuje średnio 2,4 promila. Dużym problemem są trudności diagnostyczne mózgowego porażenia dziecięcego, co skutkuje późnym rozpoznaniem. U dzieci z tym zaburzeniem stwierdza się różnego rodzaju kurczowe niedowłady kończyn, ruchy mimowolne, zaburzenia zborności ruchów i równowagi. Oprócz zaburzeń ruchowych, zespołowi temu mogą towarzyszyć różnego stopnia opóźnienia rozwoju umysłowego, padaczka, uszkodzenia narządu wzroku, słuchu, nieprawidłowości w rozwoju mowy.

Zaburzenia rozwoju ruchowego występuje najczęściej, przede wszystkim w postaciach spastycznych i hipotonicznych, najmniej w dyskinetycznej. Padaczka występuje u 35–60% dzieci, związana jest z ciężkim uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego [3, 4] Uszkodzenie narządu wzroku występuje u około 50% przypadków, najczęściej występuje w postaci: zaburzenia analizy i syntezy bodźców wzrokowych, zeza, ubytków w polu widzenia, trudności w spostrzeganiu kształtów, trudności w ujmowaniu całości i stosunków przestrzennych, a także oczopląsu [1, 3].

Z taką samą częstotliwością występują zaburzenia mowy wywołane trudnościami w wytwarzaniu głosu ze względu na niedowład występujący w obrębie warg, języka i podniebienia. Mowa może być spowolniona, ruchy artykulacyjne przesadne i nieskoordynowane, wymowa głosek zniekształcona. Przy uszkodzeniach mózdzku obserwuje się mowę głośną, skandowaną. Zaburzenie mowy jest potęgowane przez uszkodzenie słuchu, które występuje u 25% dzieci, powodując zaburzenie analizy i syntezy bodźców słuchowych, a w konsekwencji zniekształcenie odbioru słów oraz upośledzenie rozwoju mowy [5]. W etiologii opóźnionego rozwoju mowy istotnym czynnikiem jest upośledzenie umysłowe, które występuje u 50% dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Dotyczy wszystkich stopni upośledzenia, od lekkiego po upośledzenie głębokie, które towarzyszy najczęściej obustronnemu porażeniu kurczowemu. Badania Otapowicz i wsp. wykazały, że rozwój mowy jest tym gorszy, im głębsze jest upośledzenie umysłowe [6].

Pojawiają się też zaburzenia sfery emocjonalnej, takie jak: drażliwość, wybuchowość, zachowania agresywne. Inne zaburzenia dotyczą myślenia, koordynacji wzrokowo-ruchowej, schematu własnego ciała i lateralizacji. Dzieci mają trudności z koncentracją i orientacją w przestrzeni [5]. Również układy pokarmowe i oddechowe wykazują nieprawidłowości w funkcjonowaniu u dzieci z porażeniem mózgowym. Przyczyną zaburzeń pierwszego z nich jest dysfunkcja ruchowa ust, nieskoordynowane mechanizmy połykania i niesta-

bilna pozycja. Natomiast zaburzenia wentylacji płuc są spowodowane przede wszystkim ograniczeniem aktywności ruchowej i długotrwałym przebywaniem w przymusowej pozycji [7, 8].

Biorąc pod uwagę stopień zaburzeń utrudniających codzienne funkcjonowanie, połowa dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym porusza się za pomocą różnych urządzeń ortopedycznych. Przez całe życie wymagają one specjalistycznej pomocy medycznej, edukacyjnej, społecznej, a przede wszystkim pomocy, miłości i zrozumienia rodziny [9].

Podstawowym celem leczenia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest łagodzenie objawów, w granicach wyznaczonych między innymi przez uszkodzenie mózgu oraz indywidualny potencjał dziecka. Leczenie takie ma charakter kompleksowy, wymaga zaangażowania wielu specjalistów w tym: pediatry, neurologa dziecięcego, okulisty, laryngologa, foniatry, ortopedy, logopedy, pielęgniarki, psychologa, pedagoga, terapeuty zajęciowego, a przede wszystkim fizjoterapeuty. Działania rehabilitacyjne mają podstawowe znaczenie, dysponują wieloma metodami usprawniania, między innymi metodą Bobathów, Vojty oraz Domana [1, 2].

Reakcja rodziców na niepełnosprawność dziecka

Rodzice w różny sposób zachowują się w stosunku do swojego niepełnosprawnego dziecka. W ciągu całego życia ich reakcja podlega zmianom i zależy od wieku dziecka, stopnia zaburzeń funkcjonowania, fazy leczenia i rehabilitacji oraz zasobów, takich jak: środki materialne, spójność rodziny, szeroko pojęte wsparcie społeczne, a także strategie radzenia sobie ze stresem. Nie budzi wątpliwości fakt, że pojawienie się dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym wiąże się ze stresem. Pomimo różnych opinii, wielu badaczy jest zgodnych co do tego, że stres wzrasta w miarę dorastania dziecka. Specyfika stresu rodzicielskiego w tej konkretnej sytuacji dotyczy: późnej niepewnej diagnozy, przewlekłości schorzenia, intensywności i różnorodności zaburzeń oraz podejmowanych zabiegów pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. Rodzicom często towarzyszy poczucie braku kompetencji, niezbędnych do sprostowania wymaganiom stawianym przez ograniczenia dziecka, co może wpływać obniżenie poczucia wartości u rodziców [9].

Charakteryzując sytuacje rodziców, a przede wszystkim ich przeżycia można wyodrębnić następujące etapy: szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego oraz konstruktywnego przystosowania się do zaistniałej sytuacji. Okres szoku ma swój początek w momencie przekazania informacji o sytuacji zdrowotnej dziecka. Informacja o tym, że dziecko będzie niepełnosprawne jest dla rodzica wstrząsem psychicznym, który wyraża się najczęściej niekontrolowanymi reakcjami emocjonalnymi i stanami nerwicowymi. Specyficzne dla tego okresu

jest ciągle zadawanie pytania, „Dlaczego spotkało to moje dziecko”. Znacznie pogorszeniu ulegają relacje panujące w rodzinie. Pojawia się brak wsparcia otoczenia, poczucie winy i lęku oraz zaburzenie funkcjonowania całego systemu, jakim jest rodzina. W tym okresie rodzice potrzebują fachowej pomocy z zewnątrz [10, 11].

Po fazie „burzy negatywnych uczuć” następuje faza kryzysu emocjonalnego. Rodzice nadal nie mogą pogodzić się z faktem niepełnosprawności dziecka. Jest to czas rozpacz i depresji, przejawiający się poczuciem winy. W tym czasie zazwyczaj bardzo pesymistycznie oceniają przyszłość dziecka. Sytuacja ta zagraża trwałości więzów między rodzicami, na co dodatkowy wpływ mają kłótnie, nieporozumienia czy przemęczenie opieką. W fazie tej można często obserwowane jest odsuwanie się ojca od rodziny przez brak zainteresowania dzieckiem, ucieczkę w alkohol lub w pracę zawodową i społeczną.

Kolejnym okresem w przeżyciach rodziców wychowujących dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym jest przystosowania się do sytuacji. Na tym etapie rodzice kreują własny wizerunek rzeczywistości, irracjonalnie radzą sobie z trudną sytuacją, nie mogąc oswoić się z niepełnosprawnością dziecka. Będąc na tym poziomie przeżyć emocjonalnych, często uciekają się do szukania nowej diagnozy oraz cudownego sposobu leczenia, a przede wszystkim zaprzeczania niepełnosprawności dziecka. Może się zdarzyć, że rodzice obarczają siebie nawzajem winą za niepełnosprawność dziecka lub obciążają tym inne osoby, np. personel medyczny. Takie przystosowywanie się rodziców może trwać bardzo długo. Gdy rodzice pogodzą się z faktem posiadania dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym, początkowo z powodu bezsilności popadają w apatię i pesymizm. Ostatnim etapem jest okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji. Charakterystyczne dla tego etapu jest to, że rodzina wyznacza sobie wspólny cel, jakim jest stworzenie najlepszych warunków dla rozwoju dziecka. Rodzice angażują się w rehabilitację i opiekę nad dzieckiem, która zaczyna przynosić im satysfakcję. W miejsce uczuć negatywnych u rodziców pojawiają się pozytywne. Należy zaznaczyć, że przebieg tych okresów jest bardzo indywidualny, a przedstawione okresy mogą się różnić czasem trwania i intensywnością [12, 13].

Postawy rodziców wobec dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym

Opisane powyżej emocje towarzyszące wychowaniu dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym wpływają na postawy rodziców. Mają one ogromne znaczenie w procesie wychowania dziecka, który rzutuje na późniejsze stosunki z otoczeniem oraz na możliwości niepełnosprawnego dziecka w pokonywaniu własnych słabości, a co za tym idzie, sukcesów w usprawnianiu. Dlatego waż-

ne jest zrozumienie istoty postaw rodzicielskich wobec niepełnosprawnego dziecka [14].

Według Marii Ziemskiej, postawy rodzicielskie to „tendencje do zachowania się w pewien specyficzny sposób w stosunku do dziecka”. Wyróżniła ona dwie podstawowe grupy postaw rodzicielskich: pozytywne i negatywne [15].

Rodzice mogą prezentować postawy negatywne lub pozytywne w stosunku do swoich niepełnosprawnych dzieci. Pozytywna postawa polega na rozumieniu potrzeb dziecka, akceptacji jego możliwości fizycznych i umysłowych, zapewnieniu mu miłości, ciepła rodzinnego, poczucia bezpieczeństwa i troskliwości. Natomiast postawa negatywna charakteryzuje się odrzuceniem bądź unikaniem dziecka. Może też przejawiać się nadopiekuńczością. Postawa odrzucenia lub unikania występuje najczęściej w rodzinach patologicznych lub w rodzinach z zaburzonymi więzami emocjonalnymi. Dziecko odrzucone często umieszczane jest w placówkach rehabilitacyjnych, bądź rodzice nie interesują się jego usprawnianiem. Natomiast nadopiekuńczość, która wynika z dobrych chęci rodziców, wpływa hamująco na rozwój dziecka przez ograniczenie jego kontaktów z otoczeniem i wyręczaniem w codziennym życiu. W konsekwencji tych postaw dziecko jest nieprzystosowane do samodzielnego życia w społeczeństwie [15].

U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym ważne jest, aby rodzice natychmiast rozpoczęli odpowiednie działania. Nie można zwlekać z rozpoczęciem rehabilitacji. Rola rodziców w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest pierwszoplanowa i decyduje o późniejszych wynikach ich usprawniania. Jeżeli rodzice nie podejmują się usprawniania dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym, to traci ono szanse na uzyskanie poprawy stanu zdrowia i korzystny wynik rehabilitacji [16]. Rodzice przede wszystkim muszą zaakceptować dziecko, aby rehabilitacja przynosiła pozytywny efekt. Akceptacja ta musi polegać na przyjęciu dziecka takim, jakie ono jest. Aby osiągnąć ten stan, konieczna jest również pomoc specjalistów i lekarzy zajmujących się dzieckiem. Powinni oni w odpowiednim czasie i w odpowiedni sposób przekazać informacje na temat stanu zdrowia dziecka. Rodzice powinni się dowiedzieć, jaki jest stan faktyczny, jakie będzie dalsze leczenie i czego można oczekiwać w związku z chorobą dziecka. Informacje powinni być przekazane w sposób jasny i przystępny. Rodzice muszą wiedzieć, dlaczego mają tak postępować tak, a nie inaczej, powinni rozumieć, jakie konsekwencje może mieć zaniechanie odpowiednio dobranej rehabilitacji. Ważne jest także, aby rodzice wiedzieli, gdzie mogą szukać pomocy specjalistycznej. Powinni wiedzieć, jakie przysługują im prawa związane z wychowywaniem niepełnosprawnego dziecka. W poradniach rodzice powinni być informowani o ośrodkach rehabilitacyjnych znajdujących się najbliżej miejsca zamieszkania, przedszkolach

integracyjnych, organizacjach społecznych. Rodzice muszą wiedzieć, że nie są sami, że zawsze mogą liczyć na pomoc rodziny bądź instytucji społecznych i państwowych [14, 15].

Wybrane aspekty pomocy rodzicom dziecka

W dzisiejszym świecie rodzina musi uporać się z wieloma problemami rozwoju dziecka niepełnosprawnego i jednocześnie tworzyć warunki sprzyjające wejściu dziecka w życie społeczne. Każdy rodzic mający dziecko niepełnosprawne pragnie, aby było ono na tyle sprawne, by umiało poradzić sobie w dorosłym życiu, a to się wiąże z koniecznością współlistnienia w społeczeństwie. Rodzice podejmują więc starania, aby ich dziecko nie było samo, by nawiązywało kontakty z rówieśnikami. Organizują kontakty z kolegami, sąsiadami w domu. Dziecko niepełnosprawne musi uczestniczyć w życiu rodzinnym tak, jak pozostałe rodzeństwo, musi mieć swoje obowiązki, nie może być specjalnie traktowane, bo wzbudzi to zazdrość rodzeństwa i niechęć w stosunku do niepełnosprawnego brata lub siostry. Postępowanie takie uczy prawidłowych relacji, pewnych zachowań, które można przenieść do grupy rówieśniczej. Rodzina poszukuje pomocy w trudnej sytuacji, a stowarzyszenia i organizacje stanowią odpowiedź na jej poszukiwania. Dlatego ważne jest podejmowanie zorganizowanych form działania środowiska na rzecz tolerancji i pomocy osobom niepełnosprawnym [14, 19]. Rodzice swoje zadania opiekuńcze mogą spełniać w sposób prawidłowy, jeżeli uzyskują odpowiednią pomoc.

Pomoc rodzinie dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym polega na:

- wczesnej diagnozie i podjętych działaniach leczniczo-rehabilitacyjnych,
- wyczerpującym poinformowaniu o istocie niepełnosprawności oraz możliwościach rozwojowych dziecka,
- zorganizowanej opiece specjalistycznej lekarskiej w stałym punkcie konsultacyjnym, zapewniającym całokształt leczenia i jego ciągłość,
- zaplanowaniu kompleksowych działań terapeutycznych z uwzględnieniem zaleceń specjalistów,
- ustaleniu indywidualnego planu pielęgnacji w zakresie zaspokojenia potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z niepełnosprawności,
- ustaleniu programu postępowania usprawniającego, realizowanego w części przez rodziców wspieranych okresowym instruktą,
- zorganizowanej opiece psychologiczno-pedagogicznej [16, 17].

Praca z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym powinna odbywać się według indywidualnie ustalonego programu. Dowiedziono, że wyniki leczenia dziecka w dużej mierze zależą od zaangażowania i systematycznej

aktywności rodziców. Stały kontakt z matką, karmienie piersią, dostarczanie bodźców dotykowych, zapachowych, smakowych i słuchowych, zaliczane są do pozytywnych czynników stymulujących, które wpływają neuroplastycznie na układ nerwowy dziecka. Rodzice dziecka niepełnosprawnego borykają się z koniecznością podjęcia decyzji o wyborze najskuteczniejszej metody terapeutycznej dla ich dziecka, a źródłem permanentnego stresu jest odpowiedzialność za efekty prowadzonej rehabilitacji oraz perspektywa braku środków finansowych [20]. Badanie Trawczyńskiej i wsp. [21], mające na celu zidentyfikowanie problemów dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym, wykazało, że większość badanych rodziców zgłaszała trudności w prowadzeniu rehabilitacji. Były one głównie związane z utrudnionym dostępem do ośrodków rehabilitacyjnych i specjalistów. Wynikały głównie z braku odpowiednich środków finansowych, dużej odległości ośrodka specjalistycznego od miejsca zamieszkania oraz nadmiernego obciążenia obowiązkami w pracy i domu.

Podsumowując, dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, z uwagi na mnogość problemów, obok kompleksowej pomocy specjalistycznej, wymagają dużej zaangażowania rodziny w procesie wychowania. Należy zwrócić uwagę na to, że kształtowanie korzystnych postaw rodziców w stosunku do dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym sprzyja uzyskiwaniu pozytywnych rezultatów w usprawnianiu dziecka. Umożliwia również realizowanie programu postępowania leczniczego przy współudziale przygotowanej do tego rodziny. Główne znaczenie w tym oddziaływaniu ma postawa matki, gdyż to zazwyczaj ona zajmuje się opieką, wychowaniem i rehabilitacją. Natomiast w procesie przystosowania społecznego duże znaczenie ma obecność rodzeństwa lub kontakt z grupą rówieśniczą.

Jak zatem postępować, aby kontakt z dzieckiem był prawidłowy, a postawy pozytywne? Według Marii Ziemskiej, rodzice powinni dążyć do autonomii wewnętrznej i zrównowżenia emocjonalnego, gdyż jest to fundamentem kształtowania prawidłowych postaw rodzicielskich [15].

Opieka nad dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym jest szczególnym wyzwaniem pod wieloma względami. Rodzice przezwyciężają trudności związane z zaakceptowaniem niepełnosprawności dziecka, co może prowadzić do zaburzeń w kontaktach i postawach wobec dziecka. Ważna jest inicjatywa specjalistów, którzy od momentu przekazania informacji o niepełnosprawności dziecka powinni pomagać rodzicom pokonywać bariery emocjonalne. W trudnych chwilach osoby niepełnosprawne oczekują wsparcia, którego źródłem jest rodzina i wszelkie kontakty interpersonalne w środowisku. Więzy społeczne chronią jednostkę przed poczuciem osamotnienia. Poczucie bliskości z innymi, świadomość wsparcia wzmacniają odporność psychiczną. Wsparcie w rozwoju pomaga w przezwyciężeniu kryzysu – po-

czucia bezradności i beznadziejności, a przede wszystkim pomoc w procesie rehabilitacji [11, 14, 18].

Jakie cele stawia sobie rodzic wychowując niepełnosprawne dziecko? Cele te zwykle formułowane są bardzo ogólnie, np. wspieranie dziecka w usprawnianiu, prawidłowy rozwój, przystosowanie czy też szczęście dziecka. Sami rodzice często nie znają odpowiedzi, a w postępowaniu wychowawczym kierują się najczęściej własnymi doświadczeniami. Jednak te doświadczenie nie wystarczają w przypadku wychowywania dziecka niepełnosprawnego. Rodzice szybko orientują się, że ich niepełnosprawne dziecko nie spełnia stawianych mu wymagań i oczekiwań, a stosowane metody wychowawcze zawodzą. Ten brak skuteczności oddziaływań staje się często przyczyną trudności. Jedną z nich jest zaniechanie wysiłków wychowawczych, co niezależnie od towarzyszącej mu postawy wobec dziecka (odrzucającej czy akceptującej), prowadzi do utrwalenia bądź pogłębienia niepełnosprawności dziecka. Inną trudnością, ujemnie wpływającą na rozwój dziecka, jest ciągle realizowanie tego samego planu wychowania mimo braku efektów. Niektórzy rodzice, widząc brak skuteczności swych działań, próbują znaleźć przyczynę. Przyczyna ta tkwi najczęściej w braku wiedzy na temat odpowiednio dobranych metod i form wychowania [10, 14].

Natomiast cele, jakie stawia sobie rodzic uczestnicząc w procesie usprawniania, koncentrują się na systematycznej rehabilitacji ruchowej, pozwalającej w maksymalnym stopniu rozwinąć możliwości dziecka. Zapobiega ona jednocześnie nasilaniu się przykurczów ścięgno-mięśniowych, które dodatkowo utrudniają wykonywanie ruchów. Ważne jest, aby usprawnianie psychoruchowe rozpoczęło się jak najwcześniej, to jest od pierwszych tygodni życia dziecka, dlatego tak istotna jest wczesna diagnostyka. Tylko wytrwałe, wieloetapowe, prowadzone niekiedy przez wiele lat usprawnianie, może poprawić rozwój dziecka. Jego efekty będą lepsze, gdy w proces ten włączy się rodziców świadomych konsekwencji urodzenia się dziecka niepełnosprawnego. Rodzinę można bowiem scharakteryzować jako autonomiczny układ funkcjonalny, który dąży do utrzymania swego istnienia i rozwoju. Rodzina jest pierwszym miejscem fizycznego, psychicznego, duchowego rozwoju [9, 21].

Bibliografia

- [1] Sadowska L., *Rehabilitacja w wieku rozwojowym. Diagnostyka i rehabilitacja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] *Rehabilitacja medyczna*, t. 2, red. A. Kwołka, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 411–436.
- [2] Russman B.S., Ashwal S., *Evaluation of the Child with Cerebral Palsy*, „Seminars in Pediatric Neurology” 2004, Vol. 11 (1), s. 47–57.

- [3] Kołomyjska T., Sobaniec W., Kulak W., *Charakterystyka padaczki u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „Epilepsja” 2004, t. 12, s. 221–233.
- [4] Michałowicz R., *Mózgowe porażenie dziecięce*, PZWL, Warszawa 2001.
- [5] Otapowicz D., Kulak W., Sobaniec W., *Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „Neurologia Dziecięca” 2002, t. 22, s. 49–58.
- [6] Otapowicz D., Sendrowski K., Waś A., Cholewa M., *Rozwój mowy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym upośledzenia umysłowego*, „Neurologia Dziecięca” 2011, t. 41 (20), s. 65–71.
- [7] Więcek S., Woś H., Grzybowska-Chlebowczyk U., Radziejewicz-Winnicki I., *Zaburzenia czynności przewodu pokarmowego u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „Neurologia” 2007, nr 4, s. 445–449.
- [8] Szczegielniak J., Udrska A., *Czynność wentylacyjna płuc u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, „Fizjologia Polska” 2005, nr 2, s. 189–191.
- [9] Wiśniewska E., *Rodzina z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym w aspekcie teorii systemowej*, „Neurologia Dziecięca” 2009, t. 35 (18), s. 61–66.
- [10] Rosłowska T., Jarmołowska A., *Rozwojowe i wychowawcze aspekty życia rodzinnego*, Difin, Warszawa 2010.
- [11] Minczakiewicz E., *Dziecko ryzyka a wychowanie*, Impuls, Kraków 2005.
- [12] Urbanowicz M., *Praca z rodzicami dzieci niepełnosprawnych*, „Problemy Opiekunczo-Wychowawcze” 2003, nr 5, s. 22–24.
- [13] Zeman I., *Poczucie sensu życia u rodziców a akceptacja niepełnosprawnego dziecka*, „Psychologia Wychowawcza” 1999, nr 4, s. 340–348.
- [14] Obuchowska I., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
- [15] Ziemska M., *Postawy rodzicielskie*, Wiedza Powszechna, Warszawa 2009.
- [16] Kotkowska-Szulżyk A., *Praca z dzieckiem z porażeniem mózgowym*, „Edukacja i Dialog” 2005, nr 7, s. 35–40.
- [17] Pawlaczyk B., *Zarys pediatrii*, PZWL, Warszawa 2005.
- [18] Mania M., Barczykowska E., Szajda J., *Postępowanie pielęgniarskie wobec dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym*, [w:] *Pielęgniarstwo w pediatrii*, red. E. Barczykowska, R. Ślusarz, M.T. Szewczyk, Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2006, s. 29–43.
- [19] Brzuchacz M., *Terapia psychomotoryczna małych dzieci z zaburzeniami i utrudnieniami w rozwoju psychoruchowym w hipoterapii*, „Szkoła Specjalna” 2005, nr 4, s. 295–299.
- [21] Barczykowska E., Grabińska M., *Dylematy rodziców podczas rehabilitacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Studium przypadku*, „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne” 2012, t. 1 (1), s. 23–28.
- [22] Arusztowicz B., Bąkowski W., *Dziecko niepełnosprawne z dysfunkcją narządu ruchu*, Impuls, Kraków 2001.



Jerzy Jaśkiewicz¹, Anna Goździalska¹, Helena Kadučáková²

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

² Catholic University in Ružomberok, Faculty of Health, Department of Nursing, Slovakia

Współczesne epidemie

Contemporary epidemics

Abstract

Over the centuries evolved threat to human health. Numerous epidemics decimated the population on the one hand, on the other hand are often a stimulus to the advancement of knowledge. This condition occurred in the discoveries of the century. Now, with the advancement of molecular and clinical base spawn new opportunities in preventive and treatment procedures. But we cannot ignore the fact that the result of the advancement of knowledge could be an unknown pathogen. Salvation for the health of the people is the knowledge and common sense.

Keywords: epidemic, health

słowa kluczowe: epidemie, zdrowie

„Zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brakiem choroby czy niedomagania” – tak brzmi definicja zdrowia ustalona w 1975 r. przez Konstytucję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [18]. W powyższej definicji wzięto pod uwagę niemal wyłącznie subiektywne odczucia człowieka. Można również przyjąć, że „zdrowie to zdolność i gotowość każdej części organizmu człowieka do podjęcia w normalnych warunkach mikro- i makrośrodowiska wszystkich typowych czynności z wystarczającą wydolnością” [2]. Zdrowie bywa zaburzone przez różnorodne czynniki chorobotwórcze – zarówno pasożyty, mikroorganizmy, wirusy, jak i molekularne czynniki patogenne.

Epidemiologia jest jednym z działów medycyny, opisuje przyczyny powstawania i szerzenia się wszystkich chorób w populacji ludzkiej, natężenie tych chorób i sposoby zapobiegania [6, 9]. Badane są czynniki wpływające na częstość występowania i skalę rozpowszechniania się i szerzenia chorób wśród ludzi. Jednym z najważniejszych działów epidemiologii jest dział dotyczący

rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, który kompleksowo opisuje proces krążenia drobnoustrojów i pasożytów w populacji oraz opracowuje praktyczne metody zapobiegawcze, wykorzystując do tego celu dane z takich dziedzin, jak bakteriologia, wirusologia, parazytologia, immunologia i higiena, stosowane są tu również metody analizy statystycznej.

Epidemią określa się nadmierną zapadalność na daną chorobę w określonej czasowo i terytorialnie populacji ludzkiej. Pojęcie epidemii jest względne i zależne od właściwości patogenu. Swoim zasięgiem epidemia może obejmować populację począwszy od rodziny, poprzez daną wieś czy miasto, aż po obszar całego państwa. Mianem pandemii natomiast określa się szybko szerzące się choroby zakaźne, ogarniające swym zasięgiem całe państwa, jeden z kontynentów lub nawet cały świat [4, 13].

Podstawowym warunkiem możliwości przetrwania drobnoustrojów jest zdolność do ich przenoszenia się z organizmów skolonizowanych na inne wrażliwe na zakażenie organizmy [15]. Drobnoustroje przenoszą się różnorodnymi drogami ze źródła zakażenia na osobniki podatne na zakażenie. Drogi rozprzestrzeniania się drobnoustrojów zostały podzielone na następujące grupy: bezpośrednie, pośrednie i mieszane. Jako drogi bezpośrednie przyjmuje się stosowane niegdyś bezpośrednie przetaczanie krwi dawcy do biorcy, kontakty z chorymi podczas badań diagnostycznych i zabiegów interwencyjnych, ukąszenia i zadrapania przez zwierzęta, kontakty bezpośrednie, takie jak pocałunki, stosunki płciowe czy podanie ręki. Drogi pośrednie zostały zdefiniowane jako możliwość dostania się patogenu przez drogą powietrzno-kropelkową, powietrzno-pyłową, wodną, pokarmową czy też pokarmowo-wodną, drogę poprzez używanie przedmiotów codziennego użytku, a także możliwość zakażenia przez kontakt z zakażoną glebą czy stawonogami (wszy, pchły, muchy, komary, kleszcze, pająki). Drogi wieloogniowe zostały natomiast potraktowane jako drogi mieszane, opisujące dostanie się patogenu do organizmu człowieka [12].

Wraz z postępem techniki możliwe jest zastosowanie coraz to doskonalszych środków zapobiegawczych, zarówno swoistych, jak i nieswoistych. Z drugiej jednak strony postęp cywilizacyjny – zagęszczenie ludności, szybki transport i powszechne, wielokierunkowe przemieszczanie się ludzi, ułatwiają bardzo znacząco rozprzestrzenianie się czynników patogennych. Przerwanie dróg szerzenia się zakażeń jest utrudnione również przez nabywanie oporności drobnoustrojów chorobotwórczych na środki farmakologiczne, chemioterapeutyczne i dezynfekcyjne, a także uodpornianie się wektorów przenoszących patogeny na środki dezynsekcyjne. W związku z postępem cywilizacji zmianie ulegają również mechanizmy funkcjonowania układu odpornościowego człowieka, który podlega nadmiernej, niespotykanej dotąd aktywacji, wynikającej z kontaktu z coraz to nowymi czynnikami chemicznymi. Problem

ten jest wyzwaniem dla medycyny XXI w., ale także dla międzynarodowych i krajowych administracji sektora sanitarnego. Wyzwaniu temu musi sprostać również polska medycyna [14, 20].

Od zarania dziejów epidemie chorób zakaźnych były plagą niosącą ogrom nieszczęść i śmierci. Już jaskinie zamieszkałe przez ludzi pierwotnych świadczą zachowanymi tam malunkami o ludzkim strachu i lęku przed epidemiami [2]. Ślady dowodów obecności epidemii zawarte są zarówno w wykopaliskach archeologicznych najstarszych osad ludzkich, jak i w reliktach cywilizacyjnych pochodzących ze starożytnego Egiptu, Grecji czy Rzymu. Również i w ostatnich stuleciach wymienić można kilka epidemii, które istotnie zdziesiątkowały populację ludzką: choroba Heinego-Medina, kiła, grypa hiszpanka (XX w.), ospa prawdziwa, żółta febra, malaria, czarna ospa (XII w.), trąd (XIII w.), czerwotka (XVI w.), tyfus (XVIII w.), świńska grypa (wirus grypy A/H1N1; XXI w.) [19].

Różny i zmienny bywa zasięg geograficzny chorób. Część chorób ma zasięg szeroki i uogólniony, występują one we wszystkich szerokościach geograficznych, część natomiast jest specyficzna dla określonych miejsc na kuli ziemskiej. Zmienność występowania może mieć różny charakter; niektóre choroby niegdyś szeroko występujące, jak np. dżuma i cholera, obecnie ograniczają się niemal wyłącznie do stref tropikalnych. Część natomiast zostaje przeniesiona z krajów niskorozwiniętych do europejskich. I tak, w ostatnich paru dziesięcioleciach odnotowane zostały epidemie chorób tropikalnych: cholery, żółtej febry, ospy małpiej, a nawet dżumy. Przeniesienie takie może obecnie dotyczyć każdej z chorób, ponieważ czas wylegania zawsze jest dłuższy niż doba, a to wystarczy, by przemieścić się drogą lotniczą nawet na bardzo duże odległości. Dlatego występowanie zawleczonych przypadków chorób zakaźnych jest szczególnie przedmiotem zainteresowania służb epidemiologicznych wielu państw, a nadzór nad tą procedurą objęła również WHO. Największe znaczenie mają zawleczenia do innych krajów chorób kwarantannowych, takich jak cholera, żółta gorączka i dżuma, które wciąż są traktowane jako najgroźniejsze choroby tropikalne. Zainteresowaniu podlegają również zawleczenia takich chorób jak odra, błonica, zapalenie wątroby, paraliż dziecięcy, gruźlica czy zakażenia wirusem HIV [16].

Połowa XX w. okazała się czasem, który dokonał ważnego przełomu w walce z epidemiami w Polsce i na świecie [14]. W okresie tym nastąpił istotny rozwój medycyny i mikrobiologii – postęp naukowy dotyczący odkrycia różnego rodzaju bakterii, ale także odkrycia związane z lekami, sulfonamidami i antybiotykami umożliwiającymi skuteczną terapię antybakteryjną. Zostały opracowane i zapisane w kalendarzu terapeutycznej immunizacji szczepionki, dzięki którym ochronie podlegało i podlega do dziś szereg ludzi. Dzięki stosowaniu szczepień przez większą część populacji zmniejsza się prawdopodobień-

stwo penetracji patogenów w pozostałej, nawet nieszczepionej części. Rozwój epidemiologii jako dyscypliny naukowej, jak również organizacja przy administracji państw i miast prężnie działających komórek epidemiologicznych powstrzymały proces szerzenia się chorób zakaźnych. Wprowadzono również zasady służące ograniczeniu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, w tym izolacja osobników chorych od zdrowych, izolowanie i szybkie pochówki zmarłych na choroby zakaźne, higienę ogólną, w tym higienę spożywanej żywności i wody pitnej, oraz kontrolę przemieszczania się ludności i towarów w okresach zagrożeń epidemiologicznych. Doszło również do podniesienia poziomu świadomości ludności o konieczności zachowania higieny, poziomu wiedzy zdrowotnej i sanitarnej. Zapobieganie epidemiom zaczęło być możliwe na szerszą skalę dzięki m.in. polepszeniu warunków bytowych ludności, ochronie środowiska naturalnego, budowie sieci wodociągowych, kanalizacji, rozsądnej gospodarce asenizacji i utylizacji śmieci i odpadów. Musiał być z tym związany również nurt administracyjny, który umożliwił wprowadzenie właściwych przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia wszystkich członków populacji [11].

Wdrażane są liczne programy eliminacyjne, dzięki konsekwentnej polityce krajów należących do WHO. Jednym z ważniejszych osiągnięć było zlikwidowanie ospy prawdziwej w skali światowej. Pod koniec 1979 r. ogłoszono, że eradykacja (wykorzenie) ospy prawdziwej stało się faktem. Jednakże pomimo takiego stanu, każdy kraj zobowiązany jest do posiadania odpowiedniej puli liofilizowanych, gotowych do użycia szczepionek przeciwko ospie prawdziwej. Szczepionki takie również zostały zdeponowane w siedzibie WHO, aby mogły być użyte w razie ewentualnego pojawienia się wirusa ospy prawdziwej w populacji ludzkiej.

W 1988 r. WHO zapoczątkowało Program wykorzenia poliomielitis na świecie, który zakładał całkowitą likwidację dzikiego wirusa polio. W Polsce nie zarejestrowano żadnego przypadku zachorowania na poliomielitis wywołanego przez dziki wirus od 1982 r. Polska jako uczestnik tego programu, realizuje jego założenia, wykazując stały, wysoki odsetek szczepionych dzieci, monitoruje też ostre porażenia wiotkie oraz zastąpiła żywą szczepionkę OPV szczepionką inaktywowaną IPV.

Ciągle jedną z najgroźniejszych chorób na świecie pozostaje gruźlica [8]. Corocznie odnotowuje się 8–9 milionów zachorowań, w tym 1,5 miliona dzieci. Około 2 miliardy ludzi na świecie jest nosicielami prątków gruźlicy. Rocznie z powodu tej choroby notuje się 3 miliony zgonów, w tym 500 tys. dzieci mimo, że gruźlica jest obecnie chorobą całkowicie wyleczalną. Polska należy do krajów o średniej zapadalności na gruźlicę. Według danych Instytutu Gruźlicy w Warszawie, obecna sytuacja epidemiologiczna w Polsce wska-

zuje spadek zachorowań. W 2006 r. zapadalność na gruźlicę w całej populacji wynosiła 22,5 zachorowań na 100 tys. mieszkańców. Gruźlica wieku dziecięcego w Polsce to nadal niewielki odsetek w porównaniu z liczbą zachorowań u dorosłych. Od wielu lat liczba zaszczepionych noworodków szczepionką BCG jest wysoka, obejmuje średnio ponad 94% noworodków. Szczepionka BCG, stosowana od ponad 50 lat, zawierająca podtyp brazylijski prątka BCG, produkowana jest w Lublinie. Podtyp brazylijski (Moreau) uznany jest za bezpieczny, co najmniej dziesięciokrotnie mniej reakto-genny niż szczepionki zawierające podtyp Kopenhaga, a liczba odczynów niepożądanych jest przewidywalna. W latach 80. i 90. XX w. problem gruźlicy wydawał się narastać. Spowodowane to było wzrostem zachorowalności w Afryce i w Azji, gdzie jednocześnie występuje największy przyrost naturalny ludności. Szczególnie na terenie Afryki odnotowano znaczący wzrost zapadalności na gruźlicę w koincydencji z występowaniem zakażeniem wirusem HIV. Zakażenie HIV wpłynąć może na wzrost liczby zachorowań na gruźlicę o 30–50%, ale w skrajnych przypadkach, na obszarach o dużym odsetku występujących zakażeń HIV, nawet do kilkuset procent. Przyjmuje się, że liczba osób zakażonych podwójnie – gruźlicą i HIV – wynosi ponad 5 milionów. Narastanie szczepów prątków gruźlicy opornych na szereg antybiotyków, migracja ludności z obszarów, gdzie występowanie gruźlicy jest nasilone i współwystępowanie zakażeń gruźlicy z HIV, mogą spowodować znaczące nasilenie występowania zakażeń gruźliczych [4, 10].

Na świecie w 2007 r. każdego dnia 7400 osób zakażało się HIV. Ponad 96% zakażeń odnotowano w krajach nisko i średnio rozwiniętych, około 1000 zakażeń wśród dzieci poniżej 15 roku życia. Zarejestrowano też około 6300 zakażeń wśród dorosłych w wieku 15 lat i starszych, z których prawie połowa to kobiety i niemal 45% to młodzi ludzie (15–24 lata).

W Polsce HIV i AIDS – według danych od początku epidemii (1985 r.) do 31 lipca 2012 r. – obejmuje 15 829 zakażonych ogółem, co najmniej 5920 zakażonych w związku z używaniem narkotyków. Odnotowano 2783 zachorowań na AIDS, a 170 chorych zmarło – na podstawie danych NIZ-PZH. W 2011 r. w Polsce odnotowano 1302 nowe przypadki HIV, 264 osoby chore na AIDS, a 82 osoby zmarły w wyniku zakażenia AIDS. W połowie października 2012 r. leczeniem ARV (antyretrowirusowym) objętych było około 6186 pacjentów, w tym 119 dzieci. Leczenie jest prowadzone i finansowane w ramach programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce na lata 2010–2011” [21].

Do innych chorób ważnych z epidemiologicznego punktu widzenia należą zakażenia układu oddechowego, w wyniku których rocznie umiera około 2,2 miliona osób. Do najgroźniejszych chorób w tej grupie, głównie ze wzglę-

du na wysoką zapadalność, należy grypa. Straty ekonomiczne wywołane zakażeniami wirusami grypy pochłaniają 1–3 miliardy dolarów. Wirusy te każdego roku wywołują miliony zachorowań na świecie i dziesiątki tysięcy zgonów. Ze względu na zasięg problemu WHO opracowała światowy program nadzoru nad gripą. W związku z ogromną częstotliwością mutacji wirusa grypy, konieczne jest coroczne wykrywanie zmian antygenowych w obrębie krążących szczepów wirusa grypy, a dzięki temu stałe uaktualnianie składu szczepionki przeciwgrypowej [20].

Współczesny świat obfituje w różnego rodzaju epidemie, choć wydaje się, że część z nich została w Polsce zażegnana, jak np. trąd czy cholera. Obecnie szczególnie istotne wydają się choroby cywilizacyjne, które są wywoływane patogennymi czynnikami molekularnymi, takie jak otyłość, cukrzyca typu 2 czy zespół metaboliczny. Epidemia otyłości dotyka obecnie całą populację ludzi – zarówno ludzi dorosłych, jak i dzieci, wśród których jest najbardziej niebezpieczna.

Nadmierna masa ciała spowodowana jest spożywaniem pokarmu zawierającego zbyt dużą ilość kalorii w stosunku do potrzeb organizmu. Do oceny prawidłowej wagi ciała służy indeks masy ciała BMI (Body Mass Index). Światowa Organizacja Zdrowia określiła zakres właściwego BMI w przedziale 18,5–25. BMI oblicza się ze stosunku masy ciała (w kilogramach) do kwadratu wzrostu (w metrach). Rozwój cywilizacyjny w ostatnich dwudziestu latach stworzył warunki, które wywołują u ludzi brak aktywności fizycznej, a nadmiar pożywienia przyczynia się do znaczącego przyrostu masy ciała [10].

W krajach europejskich problem otyłości narasta we wszystkich grupach społecznych. Składa się na to wiele czynników, m.in.: psychologiczny (stres), edukacyjny (brak wiedzy na temat żywienia), ekonomiczny (opłacalność produkcji żywności wysoko przetworzonej).

Nadmiaru tkanki tłuszczowej nie należy oceniać jedynie w kategoriach estetycznych, gdyż jest to patologia grożąca zaburzeniami metabolicznymi prowadzącymi do rozwoju licznych chorób. Wyodrębnione zostały choroby, które są bezpośrednią konsekwencją otyłości. Dowiedziono, że znacznie częściej pojawia się choroba nowotworowa u ludzi otyłych. U kobiet stwierdzono większe ryzyko zachorowania na raka piersi i trzonu macicy, u mężczyzn – na raka okrężnicy i gruczołu krokowego. Związek otyłości z cukrzycą jest znany od wielu lat. Osoby ze znaczną otyłością wykazują wyższe ryzyko zachorowania na cukrzycę, niż ludzie szczupli. U otyłych mężczyzn po andropauzie ryzyko nadciśnienia tętniczego jest wyższe w porównaniu ze szczupłymi. Stwierdzono, że u otyłych pacjentów z nadciśnieniem częściej niż u szczupłych z prawidłowym ciśnieniem krwi występują udary mózgu. Ścisłe z otyłością związana jest choroba wieńcowa. Nadwadze i otyłości mogą towarzyszyć zaburzenia go-

spodarki lipidowej. Charakteryzują się one podwyższonym poziomem frakcji LDL cholesterolu i obniżeniem poziomu frakcji HDL cholesterolu oraz podwyższonym poziomem triacylogliceroli w surowicy krwi [5].

Szczególnie niebezpieczna jest otyłość brzuszna, która stwarza ogromne zagrożenie chorobami kardiologicznymi. Otyłość sprzyja częstszemu powstawaniu dny moczanowej. U ludzi otyłych zwiększa się ryzyko chorób dróg żółciowych (kamica pęcherzyka żółciowego częściej występuje u otyłych kobiet niż mężczyzn i narasta wraz z wiekiem).

U ludzi otyłych często występują także zaburzenia w oddychaniu ze względu na wysoko ustawioną przeponę, co zmniejsza efektywność ruchów oddechowych. Niedowład czynności oddechowych prowadzi do niedotlenienia wywołującego stałą senność i małą aktywność ruchową, przez co otyłość zostaje skutecznie pogłębiona. Często występują także choroby układu kostno-stawowego, objawiające się bólami stawów biodrowych, kolanowych i kręgosłupa.

Nasuwa się zatem wniosek: geny, warunkujące obfitość tkanki tłuszczowej, których występowanie w toku ewolucji człowieka umożliwiała lepszą zdolność adaptacyjną do środowiska życia, w dzisiejszych warunkach stały się poważnym obciążeniem dla współczesnego człowieka. W świetle tym najbardziej istotne wydaje się spostrzeżenie, dotyczące występowania liniowej zależności pomiędzy wartością wskaźnika BMI w dzieciństwie, a pojawieniem się choroby niedokrwiennej serca i cukrzycy w wieku dorosłym. Stąd też badania nad aktywnością metaboliczną tkanki tłuszczowej nabrały nowego wymiaru w świetle współczesnej wiedzy i danych epidemiologicznych.

Można obecnie obserwować wiele czynników żywieniowych mających istotny wpływ na stan zdrowia populacji ludzi na całym świecie. Jednym z takich czynników są kwasy tłuszczowe o konfiguracji trans. Kwasy te powstają w znaczących ilościach w procesie utwardzania wysokonienasyconych lipidów, wchodzą zatem w skład tłuszczu powszechnie znanego jako margaryna. W ostatnich 2 wiekach spożycie tego tłuszczu znacząco wzrosło na całym świecie. Utwardzone kwasy tłuszczowe trans nigdy wcześniej nie były tak znaczącym składnikiem diety. Związki są wbudowywane w lipidy strukturalne, będące składnikiem wszystkich błon biologicznych. Następstwem tego procesu są zmiany polarności i elastyczności błon komórkowych. Należy podkreślić, że kwasy tłuszczowe trans występują także w lipidach komórek terminalnych. Związki te są transportowane przez łożysko z organizmu matki do rozwijającego się płodu. Można przyjąć, że obecnie żyje dziesiąte pokolenie ludzi, których dieta obfitowała w kwasy tłuszczowe trans. Ewolucyjnie, w perspektywie epidemiologicznej, jest to krótki okres, ale należy ten fakt bacznie obserwować [5].

Innymi składnikami diety, które dotychczas nie były spożywane, są produkty roślinne pochodzące z roślin modyfikowanych genetycznie (GMO). Wprawdzie genom tych roślin po spożyciu ulega strawieniu w przewodzie pokarmowym, a uwolnione nukleotydy zawierające zasady purynowe i pirymidynowe są metabolizowane, zatem można przyjąć, że nie będą wbudowywane jako całe geny lub ich transgenizujące fragmenty do genomu komórek ludzkich czy zwierząt hodowlanych, nie można jednak wykluczyć, że uprawa roślin transgenicznych znacząco wpłynie na zmiany w środowisku, w którym żyje człowiek. Takie zmiany ekosystemu mogą przynieść nieprzewidywalne dziś następstwa. Stąd też konieczność nieustającego monitoringu zmian we florze i faunie na obszarach, na których uprawiana jest żywność modyfikowana [1, 3].

Problem epidemii, rozprzestrzeniania się chorób w populacji ludzkiej, zmieniał się na przestrzeni wieków wraz z postępem wiedzy, kultury życia i postępu technologii. Wszystkie te czynniki z jednej strony zmniejszają lub eliminują groźne kiedyś choroby zakaźne, z drugiej strony pojawiają się nowe, nieznanne dotąd zagrożenia o nieprzewidywalnych skutkach. Wystarczy tu podać jako przykład otyłość. Realnym ratunkiem dla działań prozdrowotnych są postępy wiedzy i wdrażanie skutecznych metod zapobiegania, a także leczenia współczesnych epidemii. Nadzieją dla wielu schorzeń powiązanych z otyłością może być w przyszłości terapia genowa. Na razie jest to zakres futurystyki, choć poparty odkryciami i wdrażaniem technik biologii molekularnej i inżynierii genetycznej. Można jednak wyrazić nadzieję, że z czasem działania takie znacząco zapewnią ludzkości bezpieczeństwo zdrowotne.

Bibliografia

- [1] *Biologia molekularna w medycynie*, red. J. Bal, PWN, Warszawa 2006.
- [2] Beaglehole R., Bonita R., Kjellstrom T., *Basic epidemiology – Student’s Text*, WHO, Geneva 2006.
- [3] Brown T.A., *Genomy*, PWN, Warszawa 2009.
- [4] Chomiczewski K., Gall W., Grzybowski J., *Epidemiologia działań wojennych i katastrof*, Alfa Medica Press, Bielsko Biała 2001.
- [5] Devlin T.M., *ED Textbook of Biochemistry with Clinical Correlations*, John Wiley & Sons Inc. 2011.
- [6] Friedman G.D., *Primer of Epidemiology*, McGraw–Hill, New York 2004.
- [7] *Zachowania zdrowotne – zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Łódź 1990.
- [8] Hennekens C.H., Buring J.E., *Epidemiology in Medicine*, Mayrent S.L. Little, Brown & Company. Boston 1987.

- [9] *Kryteria zdrowotne środowiska*, t. 27: *Poradnik do badań w zakresie epidemiologii środowiskowej*, red. J.A. Indulski, PZWL, Warszawa 1986.
- [10] Jabłoński L., *Sanologia – nauka o zdrowiu społeczeństwa*, WSRL, Warszawa 1998.
- [11] Jabłoński L., *Epidemiologia*, Folium, Lublin 1999.
- [12] *Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych*, red. L. Jabłoński, J.D. Karwat, Czekaj, Lublin 2002.
- [13] Jędrychowski W., *Epidemiologia – wprowadzenie i metody badań*, PZWL, Warszawa 1999.
- [14] Karski J.B., *Narodowy program zdrowia, (przyjęty przez Radę Ministrów 24 VII 1993)*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1993.
- [15] Kolarzyk E., *Wybrane problemy higieny i ekologii człowieka*, UJ, Kraków 2008.
- [16] *Zarys medycyny środowiskowej*, red. H. Kirschner, Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 1966.
- [17] Magdzik W., Maruszewicz-Lesiuk D., *Zakażenia i zarażenia człowieka*, PZWL, Warszawa 2001.
- [18] Statut WHO, Dokumenty podstawowe, 25. wydanie z 1975 r.
- [19] Vaugham J.P., Morrow R.H., *Manual of Epidemiology for District Health Management*, WHO, Geneva 1989.
- [20] Wojtczak A., *Medycyna, zdrowie, choroba i lekarz*, [w:] *Choroby wewnętrzne*, t. 1, red. A. Wojtczak, PZWL, Warszawa 1995.
- [21] www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm.



Bogumiła Kowalczyk-Sroka^{1,2}, Barbara Lelonek³

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała, Chęciny

² Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa im. prof. Edwarda Lipińskiego, Kielce

³ Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wpływ więzi rodzinnych na jakość życia w zdrowiu i chorobie

The impact of family ties on the quality of life in health and disease

Abstract

Clinical experience indicates various ailments and problems that may affect the quality of life and functioning in society. The fact of having a family is often identified with the possibility of receiving help from loved ones. Studies carried out so far indicate that the family and the support provided by them have a positive impact on various aspects of mental and physical health, and protect, minimizing stress in the case of illness. The aim of this study was to evaluate the impact of family relationships, the quality of life of healthy and chronically ill people. The study included a group of 240 persons including 120 patients with chronic obstructive pulmonary disease and 120 healthy individuals who made a self-assessment of health status, showing no chronic somatic diseases. The research tool was an interview questionnaire including data about the functioning of family ties, support and Polish version of WHOQOL-100 adapted by K Jaracz and L. Wołowicka. Based on the study there are the following conclusions:

1. In both groups, either group of patients or healthy subjects, there were found differences in the assessment of global quality of life and various fields for the benefit of those who were married.
2. Patients, who reported supportive family relationship, obtained higher scores on psychological and environmental areas, compared to those for whom the family was critical of or indifferent, while in the group of healthy subjects there was found that supportive family relationship to the test affects the increase in the quality of life in the social relations and the global quality of life.
3. Family relationship to the treatment of a patient has a significant impact on enhancing the quality of life in the areas of social and global assessment of quality of life.

Keywords: quality of life, family relationships, chronic obstructive pulmonary disease

słowa kluczowe: jakość życia, relacje rodzinne, przewlekła obturacyjna choroba płuc

Wprowadzenie

Jakość życia (*well-being*) ściśle wiąże się z pojęciem życiowej satysfakcji. Liczne badania socjologiczne dowodzą związku między relacjami społecznymi a jakością życia. Ludzie, których cechuje wysoka jakość życia są zadowoleni i mają satysfakcjonujące relacje społeczne [5]. Także praktyka kliniczna wskazuje na różnego rodzaju dolegliwości i problemy, które mogą mieć wpływ na jakość życia i funkcjonowanie w społeczeństwie.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), jak każda choroba przewlekła, w istotny sposób wpływa na codzienne życie chorych i przyczynia się do pogorszenia jakości życia. Czynnikiem negatywnie wpływającym na jakość życia osób chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc są ich doznania wynikające z procesu chorobowego. Duszność oraz upośledzona tolerancja wysiłku są głównymi objawami klinicznymi obniżającymi komfort życia tej grupy chorych. W sytuacji ograniczonej zdolności do samoopieki osoby chorej ostateczny efekt pielęgnacyjny zależy głównie od postawy rodziny oraz od jej przygotowania do realizacji opieki. Nie bez znaczenia na poprawę kondycji chorego pozostaje więc wpływ stałej opieki, wspieranie oraz okazywanie życzliwości przez członków rodziny [8].

Problematyka więzi rodzinnych i wsparcia społecznego od wielu lat stanowi interesujące pole badawcze rozmaitych dyscyplin naukowych. Bogdanowicz, definiując więź rodzinną jako „poczucie wspólnoty między członkami grupy społecznej, jaką tworzy rodzina”, wyróżnia:

- więź prawidłową – członkowie rodziny wykazują wzajemne przywiązanie,
- więź słabą – stwarzanie pozorów wzajemnej troskliwości w obecności osób trzecich,
- brak więzi – każdy z członków rodziny żyje swoim życiem, postawa „brania” przeważa nad „dawaniem”,
- więź negatywną – występuje niechęć i wrogość wobec siebie [6].

Według Caplana, wsparcie społeczne to stopień, w jakim podstawowe potrzeby społeczne (aprobata, bezpieczeństwo, przynależność) są zaspokajane przez osoby znaczące [14]. Sarason określa wsparcie jako pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych [16].

Kawczyńska-Butrym definiuje wsparcie społeczne jako szczególny sposób i rodzaj pomocy poszczególnym osobom i grupom w celu mobilizowania ich sił, potencjału i zasobów, które zachowali, aby mogli sami radzić sobie z problemami negatywnie wpływającymi na ocenę jakości życia [8].

Wyróżnia się 4 typy wsparcia społecznego:

- emocjonalne (wyrażanie troski, zaufania, bliskości, stworzenie możliwości autoekspresji itp.),

- informacyjne (dostarczenie nowych umiejętności, informacji, udzielanie rad itp.),
- instrumentalne (dostarczenie dóbr materialnych, wspólne rozwiązywanie trudnych zadań),
- oceniające (wyrażenie akceptacji, zrozumienia, zachęty itp.) [15].

Uzyskanie wsparcia jest warunkowane liczbą osób wyrażających gotowość udzielania wsparcia, zasobami, które mogą być uruchomione w celu zapewnienia wsparcia, oraz zakresem, w którym osoby z otoczenia chcą udzielić wsparcia [18].

Zazwyczaj podstawowym źródłem wsparcia są pierwotne systemy społeczne, przy czym rodzina jest głównym źródłem podtrzymania społecznego i zwykle najważniejszą grupą odniesienia, dając najczęściej pierwotne wsparcie emocjonalne [18, 12].

Ludzie najbardziej oczekują wsparcia emocjonalnego, mimo że jego przeciętna skuteczność jest mniejsza od rzadziej oczekiwanego wsparcia instrumentalnego i rzeczowego. Pozytywna rola wsparcia jest tym większa, im bardziej to wsparcie jest oczekiwane i trafne [17]. Celem przeprowadzonych badań była ocena wpływu więzi rodzinnych na jakość życia osób zdrowych oraz przewlekle chorych.

Metody

Badaniem objęto grupę 240 osób, w tym 120 osób chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (Ch) oraz 120 osób zdrowych (Z), którzy dokonując samooceny stanu zdrowia, nie wykazywali przewlekłych chorób somatycznych. Badania przeprowadzono wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego (Z) oraz pacjentów (Ch) hospitalizowanych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. św. Rafała w Chęcinach. Dobór pacjentów do badań miał charakter celowy w oparciu o następujące kryteria:

- 1) stan fizyczny oraz poziom intelektualny umożliwiające posłużenie się metodami kwestionariuszowymi,
- 2) zgoda na uczestnictwo w badaniu,
- 3) obecność rozpoznania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Dobór osób zdrowych miał charakter kwotowy. Kryterium doboru osób do badań stanowiły:

- 1) brak przewlekłych chorób somatycznych,
- 2) stan fizyczny oraz poziom intelektualny umożliwiające posłużenie się metodami kwestionariuszowymi,
- 3) zbliżone cechy socjodemograficzne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania) w odniesieniu do zbadanej grupy osób chorych,
- 4) zgoda na uczestnictwo w badaniu.

Zdecydowaną większość badanej grupy chorych (Ch) stanowili mężczyźni – 77,5% (93 osoby), zaś kobiety stanowiły 22,5% (27 osób). Również w 120-osobowej grupie osób zdrowych (Z), mężczyźni stanowili zdecydowaną większość – 72,5% (87 osób). Kobiety stanowiły 27,5% (33 osoby).

Wiek badanych chorych był zróżnicowany i wahał się od 37 do 69 roku życia. Średnia wieku w grupie osób chorych (Ch) wynosiła $M = 57,7$ lat przy odchyleniu standardowym 7,2 lat. Rozpiętość wieku osób zdrowych (Z) zawarta była w przedziale od 43 do 69 roku życia, średnia wieku wynosiła 56 lat. W grupie osób zdrowych dyspersja wiekowa była mniejsza i wynosiła 5,3 lat.

Struktura badanych chorych (Ch) wykazała, że 89 osób (74,2%) pozostawało w związku małżeńskim, natomiast pozostała część badanych (31 osób, co stanowi 25,8%) była stanu wolnego. W grupie osób samotnych, 6,6% badanych (8 osób) nigdy nie zawarło związku małżeńskiego (panna, kawaler), 5,0% (6 osób) było rozwiedzionych, 4,2% (5 osób) pozostawało w separacji oraz 10,0% (12 osób) stanowiły osoby owdowiałe. Również w grupie osób zdrowych (Z) zdecydowaną większość stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim (101 osób, co stanowi 84,2%). W grupie osób samotnych (Z) zbadano 19 osób (15,8%), w tym 3 osoby (2,5%) nie zawierały nigdy związku małżeńskiego, 4 osoby (3,3%) były rozwiedzione, a 12 osób (10,0%) było owdowiałych. Żadna z badanych osób zdrowych nie pozostawała w separacji.

Badana grupa pacjentów (Ch) była także zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania. Połowa badanych (61 osób, co stanowi 50,8%) zamieszkiwała na terenach wiejskich. Znaczna część badanych (37 osób, tj. 30,8%) była mieszkańcami dużego miasta (powyżej 100 tysięcy mieszkańców). Natomiast pozostałe 22 osoby (18,3%) deklarowały, że mieszkały w małym mieście (poniżej 100 tysięcy mieszkańców). Podobny rozkład obserwuje się w grupie zdrowych (Z). Ponad połowa badanych (65 osób, tj. 54,2%) mieszkała na wsi, natomiast pozostali ankietowani zamieszkiwali tereny miejskie, w tym 30 osób (25,0%) w mieście poniżej 100 tysięcy mieszkańców i 25 osób (20,8%) w mieście powyżej 100 tysięcy mieszkańców.

Pacjenci objęci badaniem (Ch) reprezentowali zróżnicowany poziom wykształcenia. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (54 osoby, co stanowi 45,0%), następnie zawodowym (38 osób, tj. 31,7%). Pozostałe 28 osób (23,3%) legitymowało się wykształceniem średnim (27 osób, tj. 22,5%) lub wyższym (1 osoba, co stanowi 0,8%).

Kolejną analizowaną cechą była aktywność zawodowa. W grupie osób chorych (Ch) zdecydowana większość badanych nie pracowała zawodowo. Osiemdziesiąt pięć procent badanych (102 osoby) posiadało status rencisty lub emeryta, a 8,3% (10 osób) osoby bezrobotnej. Zaledwie 6,7% osób było czynnych zawodowo, ale z powodu hospitalizacji przebywali na zwolnieniu lekarskim. Natomiast w grupie osób zdrowych (Z), 50,0% badanych (60 osób)

było aktywnych zawodowo. Świadczenia emerytalne lub zasiłek przedemerytalny otrzymywało 36,7% badanych (44 osoby). Pozostałe 13,3% badanych (16 osób) korzystało z zasiłku dla bezrobotnych. Żadna z badanych w tej grupie osób nie posiadała renty inwalidzkiej.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Wywiad jako podstawowa technika gromadzenia informacji posłużył m.in. do diagnozy:

- czynników socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa),
- sposobu funkcjonowania chorego (samodzielnie, zależne od innych),
- wsparcia (obecność lub brak bliskich osób, kontakty z rodziną, osobami bliskimi w czasie hospitalizacji oraz stosunek rodziny do chorego i leczenia).

Do pomiaru jakości życia wykorzystano polską wersję WHOQOL-100 według adaptacji Jaracz, Wołowickiej z Katedry Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Poznaniu wraz z Kalfoss z Oslo University (1999). Podstawą teoretyczną WHOQOL jest definicja jakości życia według WHO, która określa jakość życia jako „postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu, w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym ona żyje w relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [4].

Kwestionariusz składa się z 100 pytań pogrupowanych na 24 podskale, wchodzące w zakres 6 dziedzin życia (fizycznej, psychologicznej, niezależności, społecznej, środowiskowej, duchowości). Wyniki poszczególnych podskal po przeliczeniu zgodnie z podanym przez autorów wzorem, zawierają się w przedziale od 4 do 20 punktów. Zarówno wynik liczbowy globalnej jakości życia, jak i wyniki liczbowe poszczególnych dziedzin mają „kierunek” pozytywny, czyli większa wartość liczbowa odpowiada wyższej jakości życia.

Strukturę badanych zmiennych zbiorowości opisano za pomocą średniej arytmetycznej, wartości minimalnych i maksymalnych, które odzwierciedlają rozstęp cech-wariancji, odchylenia standardowego. Dla porównania różnic między rozkładami badanych cech użyto jednoczynnikowej analizy wariancji oraz testu najmniejszych istotnych różnic (LSD – *Limited Significance Difference*). Za znamiennej statystycznie przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Fakt posiadania rodziny dość często jest utożsamiany z możliwością otrzymania pomocy od najbliższych osób. Aby odpowiedzieć na pytanie, czy więzi rodzinne mają wpływ na jakość życia, w pierwszej kolejności dokonano analizy samooceny badanych osób w zakresie zdolności funkcjonowania i radzenia

sobie w trudnych sytuacjach. Większość badanych pacjentów (72 osoby, co stanowi 60,0%) deklarowała, że jest zdolna funkcjonować samodzielnie, ale 40,0% badanych (48 osób) stwierdziło, że jest zależne od innych i wymagało pomocy w wykonywaniu codziennych czynności.

W grupie osób zdrowych (Z) 100% ankietowanych (120 osób) funkcjonowało samodzielnie. Jest to różnica wyraźna. Należy tu zauważyć, że osoby chore, częściej niesamodzielne, częściej są osobami samotnymi.

Wśród badanych pacjentów (Ch) 47 osób (39,2%) twierdziło, że samodzielnie radzi sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi. Prawie połowa badanych (49,2%) podała, że nie potrafi radzić sobie samodzielnie w sytuacjach trudnych i oczekuje wówczas rady i wsparcia; 14 osób (co stanowi 11,7%) oceniło, że w sytuacjach kryzysowych poddaje się i rozpacza. W grupie osób zdrowych (Z) większość badanych (82 osoby, co stanowi 68,3%) stwierdziło, że samodzielnie radzi sobie w sytuacjach trudnych. Problemy z samodzielnym rozwiązywaniem sytuacji trudnych oraz potrzebę wsparcia zgłosiło 37 ankietowanych (30,8%) i tylko jedna osoba (0,8%) uznała, że w sytuacjach kryzysowych czuje się bezradna, poddaje się i rozpacza. Różnica jest istotna statystycznie ($\chi^2 = 20,34$ $p = 0,001$). Toteż analizowaną zmienną w aspekcie jakości życia był stan cywilny badanych. W analizie uwzględniono dwie grupy badanych: badani pozostający w związku małżeńskim oraz stanu wolnego. Szczegółowe wyniki zawierają tabele 1 i 2.

Tabela 1. Porównanie średnich wartości WHOQOL-100 dla analizowanych dziedzin i globalnej oceny ze względu na stan cywilny w grupie osób chorych (Ch)

Dziedzina	W związku (N = 89)				Wolny (N = 31)				F	P ≤
	M	SD	Min.	Maks.	M	SD	Min.	Maks.		
Fizyczna	11,2	2,4	6,3	17,3	11,0	1,8	6,7	15,7	0,108	0,744
Psychologiczna	13,1	1,8	7,8	17,0	13,0	1,7	8,0	16,6	0,105	0,747
Niezależności	10,4	2,7	4,5	17,0	10,2	2,2	6,0	15,8	0,194	0,660
Spółeczna	13,7	2,4	7,7	19,0	12,1	2,0	6,7	15,7	11,162	0,001*
Środowiskowa	12,9	1,7	8,5	15,6	12,0	1,7	8,3	15,8	6,253	0,014*
Duchowa	12,1	3,6	5,0	20,0	12,2	3,6	4,0	19,0	0,045	0,833
Ocena globalna	12,6	2,5	5,0	18,0	12,0	2,5	4,0	17,0	1,222	0,271

Poziom istotności $p < 0,05^*$

Źródło: badania własne.

W grupie badanych chorych (Ch) stwierdzono różnicę na korzyść osób pozostających w związku małżeńskim w zakresie dziedziny fizycznej, psychologicznej, niezależności, społecznej, środowiskowej oraz ocenie globalnej jako-

ści życia, jednak różnice istotne statystycznie stwierdzono jedynie w obszarze dziedziny społecznej i środowiskowej.

Tabela 2. Porównanie średnich wartości WHOQOL-100 dla analizowanych dziedzin i globalnej oceny ze względu na stan cywilny w grupie osób zdrowych (Z)

Dziedzina	W związku (N = 101)				Wolny (N = 19)				F	P≤
	M	SD	Min.	Maks.	M	SD	Min.	Maks.		
Fizyczna	15,5	2,1	10,7	20,0	14,7	2,1	12,3	18,7	2,556	0,113
Psychologiczna	14,5	1,5	10,6	18,6	13,2	1,7	9,8	15,6	11,143	0,001**
Niezależności	16,8	1,7	12,3	20,0	15,6	1,6	11,0	17,8	7,847	0,006*
Społeczna	15,2	1,7	11,0	19,0	13,1	2,0	8,3	17,3	21,347	0,000***
Środowiskowa	13,8	1,5	10,8	17,3	13,1	1,6	10,6	15,4	3,807	0,053
Duchowa	12,8	3,3	5,0	20,0	14,3	3,8	8,0	20,0	3,030	0,084
Ocena globalna	14,8	1,6	11,0	20,0	13,5	2,3	9,0	18,0	8,861	0,004**

Poziom istotności $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$

Źródło: badania własne.

W grupie osób zdrowych (Z) również stwierdzono różnice w ocenie globalnej jakości życia oraz poszczególnych dziedzin na korzyść osób pozostających w związku małżeńskim. Analiza wariancji potwierdziła różnice istotne statystycznie w obszarze 3 wśród 6 badanych dziedzin (psychologicznej, niezależności, społecznej) oraz ocenie globalnej jakości życia. Jedną ze zmiennych desygnujących wsparcie społeczne był stosunek rodziny do badanego. W grupie chorych (CH) prawie wszyscy badani (114 osób, co stanowi 95,0%) posiadali bliską osobę, jedynie 6 osób (5,0%) jej nie miało. Zdecydowana większość badanych (103 osoby, co stanowi 85,9%) miało wsparcie w rodzinie. W stosunku do 13 osób (10,8%) rodzina była obojętna, a w stosunku do pozostałych 4 osób (3,3%) rodzina miała stosunek krytyczny.

W grupie osób zdrowych (Z) również prawie wszyscy ankietowani (115 osób, co stanowi 95,8%) posiadali bliską osobę, pozostałych 5 respondentów (4,2%) nie miało takiej osoby.

W grupie osób zdrowych (Z) stosunek rodziny do badanego był wspierający wobec 106 osób (88,3,0%), obojętny wobec 11 osób (9,2%) oraz krytyczny wobec 3 osób (2,5%). Ogromna większość badanych chorych (108 osób, co stanowi 90,0%) odczuwała, że rodzina ma pozytywny stosunek do ich leczenia. W pozostałych 12 przypadkach rodzina miała obojętny stosunek do leczenia (6 osób, tj. 5,0%) lub negatywny (6 osoby tj. 15,0%).

Podsumowując, rodzina w stosunku do osób ankietowanych zarówno w grupie osób chorych (Ch), jak i osób zdrowych (Z) miała zróżnicowany

stosunek, jednak zdecydowana większość ogółu badanej populacji (209 osób, co stanowi 87,08%) mogła liczyć na wsparcie ze strony rodziny.

Zbadano także związek więzi rodzinnych z oceną jakości życia. W zależności od samooceny stosunków panujących w rodzinie wyodrębniono następujące trzy grupy: badani wobec których rodzina miała stosunek krytyczny, badani w stosunku do których rodzina była obojętna oraz badani wobec których rodzina miała stosunek wspierający. Szczegółowe wyniki prezentują tabele 3 i 4.

Tabela 3. Porównanie średnich wartości WHOQOL-100 dla analizowanych dziedzin i globalnej oceny ze względu na stosunek rodziny do badanego w grupie osób chorych (Ch)

Dziedzina	Krytyczny (N = 4)				Obojętny (N = 13)				Wspierający (N = 103)				F	P ≤
	M	SD	Min.	Maks.	M	SD	Min.	Maks.	M	SD	Min.	Maks.		
Fizyczna	12,8	2,1	11,0	15,7	10,6	1,9	6,7	13,7	11,2	2,3	6,3	17,3	1,481	0,232
Psychologiczna	14,1	2,0	11,8	16,6	12,8	2,0	8,0	14,8	13,1	1,7	7,8	17,0	0,773	0,464
Niezależności	11,1	2,8	7,8	14,3	9,2	1,4	6,8	11,8	10,5	2,6	4,5	17,0	1,757	0,177
Społeczna	11,1	0,5	10,7	11,7	11,5	2,5	6,7	14,7	13,6	2,3	8,3	19,0	6,299	0,003
Środowiskowa	12,0	1,6	9,8	13,4	11,6	2,1	8,3	15,8	12,8	1,6	8,5	15,6	3,448	0,035
Duchowa	9,3	2,4	6,0	11,0	12,5	4,3	4,0	18,0	12,2	3,5	5,0	20,0	1,360	0,261
Ocena globalna	12,8	2,9	11,0	17,0	11,2	3,0	4,0	16,0	12,6	2,4	5,0	18,0	1,667	0,193

Źródło: badania własne.

Wśród badanych pacjentów (Ch) stwierdzono zwiększanie się średniej wartości jakości życia w zakresie dziedziny społecznej, dotyczącej relacji personalnych, wsparcia społecznego i aktywności seksualnej wraz ze wzrostem pozytywnego nastawienia rodziny do chorego. Osoby, w stosunku do których rodzina miała wspierający stosunek różniły się w świetle testu LSD na poziomie istotności $p < 0,05$ od osób, w stosunku do których rodzina była obojętna lub miała nastawienie krytyczne.

Osoby, które deklarowały wspierający stosunek rodziny uzyskały również wyższe wyniki w zakresie dziedziny psychologicznej i środowiskowej w porównaniu z osobami, w stosunku do których rodzina była nastawiona krytycznie lub obojętnie. Różnica w zakresie dziedziny psychologicznej okazała się jednak nieistotna statystycznie. Analiza wariancji wykazała natomiast różnice statystyczne na poziomie istotności $p < 0,05$ w obszarze dziedziny środowi-

skowej i w świetle testu LSD osoby, które mogły liczyć na wsparcie ze strony rodziny różniły się istotnie statystycznie od osób, wobec których rodzina była obojętna. Zatem wspierający stosunek rodziny do chorego ma znaczący wpływ na wyższą ocenę jakości życia w obszarze dziedziny społecznej i środowiskowej.

Tabela 4. Porównanie średnich wartości WHOQOL-100 dla analizowanych dziedzin i globalnej oceny ze względu na stosunek rodziny do badanego w grupie osób zdrowych (Z)

Dziedzina	Krytyczny (N = 3)				Obojętny (N = 11)				Wspierający (N = 106)				F	P ≤
	M	SD	Min.	Maks.	M	SD	Min.	Maks.	M	SD	Min.	Maks.		
Fizyczna	17,0	2,0	14,7	18,3	15,4	2,0	12,7	18,7	15,3	2,1	10,7	20,0	0,938	0,394
Psychologiczna	15,1	1,2	12,2	17,8	13,7	1,2	12,0	15,6	14,3	1,5	9,8	18,6	1,354	0,262
Niezależności	17,0	1,9	14,8	18,5	16,9	1,7	14,5	19,3	16,6	1,8	11,0	20,0	0,178	0,837
Społeczna	14,6	2,2	12,7	17,0	12,6	2,6	8,3	17,7	15,1	1,7	10,7	19,0	9,311	0,000***
Środowiskowa	14,6	1,7	12,5	16,0	12,9	1,6	10,8	16,3	13,8	1,5	10,6	17,3	2,515	0,085
Duchowa	13,3	4,6	8,0	16,0	13,9	3,4	8,0	20,0	12,9	3,4	5,0	20,0	0,373	0,690
Ocena globalna	15,0	1,7	13,0	16,0	13,3	1,9	10,0	16,0	14,8	1,8	9,0	20,0	3,550	0,032*

Źródło: badania własne.

W grupie osób zdrowych (Z) natomiast stwierdzono, że wspierający stosunek rodziny do badanego wpływa na podwyższenie oceny jakości życia w zakresie relacji społecznych oraz globalnej jakości życia. Różnice były wysoce istotne statystycznie na poziomie $p < 0,0001$ oraz $p < 0,05$ i w świetle testu LSD, osoby wobec których rodziny miały stosunek wspierający, różniły się istotnie statystycznie w porównaniu z osobami, w stosunku do których rodzina była obojętna.

W ocenie jakości życia osób chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc uwzględniono również związek jakości życia ze stosunkiem rodziny do leczenia chorego. Związek ten analizowano dla trzech grup: badani, którzy określili stosunek rodziny do leczenia jako krytyczny, badani, których rodzina ma obojętny stosunek do leczenia oraz badani, których rodzina ma pozytywny stosunek do leczenia. Uzyskane wyniki badań i porównań między grupami przedstawiono w tabeli nr 5.

Tabela 5. Porównanie średnich wartości WHOQOL-100 dla analizowanych dziedzin i globalnej oceny ze względu na stosunek rodziny do leczenia chorego

Dziedzina	Krytyczny (N = 6)				Obojętny (N = 6)				Pozytywny (N = 108)				F	P≤
	M	SD	Min.	Maks.	M	SD	Min.	Maks.	M	SD	Min.	Maks.		
Fizyczna	12,3	2,3	9,0	15,7	11,1	2,8	6,7	14,3	11,1	2,2	6,3	17,3	0,823	0,442
Psychologiczna	14,0	1,6	11,8	16,6	12,4	2,6	8,0	14,6	13,1	1,7	7,8	14,6	1,307	0,275
Niezależności	10,5	2,4	7,8	14,3	8,9	1,7	6,8	11,5	10,5	2,6	4,5	17,0	1,113	0,332
Spółeczna	11,7	1,5	10,7	14,7	10,8	3,0	6,7	13,7	13,5	2,3	8,3	19,0	5,052	0,008
Środowiskowa	12,5	2,1	9,8	15,8	11,9	2,4	8,3	14,0	12,7	1,7	8,5	15,6	0,763	0,469
Duchowa	11,7	4,2	6,0	17,0	12,8	2,9	10,0	17,0	12,1	3,6	4,0	20,0	0,167	0,847
Ocena globalna	13,5	2,6	11,0	17,0	10,0	3,2	4,0	13,0	12,5	2,4	5,0	18,0	3,480	0,034

Źródło: badania własne.

Najniższe średnie wyniki we wszystkich trzech analizowanych grupach badani pacjenci uzyskali w zakresie poziomu niezależności. Z kolei najwyższe średnie oceny dotyczyły dziedziny psychologicznej w grupie osób, których rodzina miała krytyczny stosunek do ich leczenia, dziedziny duchowości i przekonań osobistych w grupie osób, których rodzina miała obojętny stosunek do leczenia oraz społecznej i psychologicznej w grupie osób, których rodzina była nastawiona pozytywnie do leczenia chorego. Przeprowadzona analiza wariancji pozwoliła wykazać różnice, istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$ w zakresie dziedziny społecznej oraz na poziomie $p < 0,05$ w zakresie oceny globalnej jakości życia. Natomiast w pozostałych wyznacznikach jakości życia nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności. Interpretacja statystyczna skłania do stwierdzenia, że stosunek rodziny do jego leczenia, podobnie jak stosunek rodziny do chorego, ma znaczący wpływ na podwyższenie oceny jakości życia w zakresie dziedziny społecznej oraz oceny globalnej jakości życia.

Dyskusja

Przewlekła obturacyjna choroba płuc ingeruje we wszystkie dziedziny życia człowieka, a sprowadzenie wielu problemów staje się łatwiejsze z pomocą osób najbliższych i otoczenia. Opracowania medyczne dotyczące typów relacji opiekuńczych w rodzinie wskazują, że najbardziej pożądana jest taka postawa rodziny wobec chorego, która stwarza osobie chorej możliwość wyrównania

szansy na w miarę samodzielne, aktywne życie. Można ją scharakteryzować konkluzją: „Twoja samodzielność i aktywność jest naszą troską i pragniemy ci pomóc, abys ją odzyskał”. Członkowie rodziny występują wówczas jako osoby wspierające w chorobie, a nie jako osoby zastępujące lub wyręczające [6]. Przeważająca większość badanych chorych podkreślała, że w sytuacjach trudnych może liczyć na wsparcie ze strony rodziny. Jest to bardzo ważne stwierdzenie bowiem wskazuje grupę, którą trzeba objąć szczególnie dokładnie edukacją zdrowotną i przygotować do opieki nad chorym w domu, aby mogła wspierać swoich najbliższych w chorobie optymalnie do zapotrzebowania. Badania własne potwierdziły po raz kolejny, że wspierający stosunek rodziny do chorego oraz do jego leczenia mają znaczący wpływ na podwyższenie jakości życia w zakresie dziedziny społecznej, środowiskowej oraz oceny globalnej jakości życia i pozostają w zgodzie z wynikami innych autorów [19]. Podobnie w grupie osób zdrowych udowodniono pozytywny wpływ relacji rodzinnych opartych na wzajemnym wsparciu w zakresie dziedziny społecznej oraz globalnej jakości życia.

Uzyskane wyniki badań są zbieżne z wynikami badań Susłowskiej (1975), Halickiej (2004), które ujawniły związek relacji w rodzinie z satysfakcją życiową i bilansem życia [13]. Z badań Susłowskiej wynika, że w trakcie choroby dochodzi do reorganizacji funkcjonowania rodziny, modyfikowania istniejących w rodzinie związków emocjonalnych, jak również tworzenia nowych jakości w związkach [3].

Podobnie wyniki badań Głębockiej i Szarzyńskiej wykazały, że poziom wsparcia otrzymywanego od rodziny jest istotnie wyższy ($p < 0,001$) u osób posiadających partnera (31,48), niż u samotnych (22,90), zaś poczucie wsparcia rodziny koreluje dodatnio z optymizmem (0,32) oraz zaradnością (0,29) [2]. Barraclough zaznacza, że pacjenci szczęśliwie poślubieni czerpią korzyść z faktu, że współmałżonek pomaga w uporaniu się ze stresem związanym z chorobą [1]. Podobnie Kmicik-Baran wymienia żonę i męża jako najważniejszych dawców wsparcia [11]. W badaniach Kirkevold i wsp., wsparcie społeczne otrzymywane od współmałżonka i dzieci jest najważniejszym zewnętrznym czynnikiem wpływającym na skrócenie czasu wyzdrowienia po operacjach w obrębie serca [10].

Z kolei Caplan [13] opisał mechanizm redukcji stresu przez kontakty z bliskimi, które obejmują m.in. doradzanie, słuchanie zwierzeń, opracowanie strategii działania w trudnych sytuacjach. A zatem prezentowane wyniki badań pokazują, że silnym predyktorem jakości życia są relacje z rodziną. Pozytywne więzi rodzinne dają poczucie bezpieczeństwa, przynależności do większej grupy społecznej, budują siłę danej jednostki, ego oraz sprawiają, że jest w stanie podjąć więcej wyzwań.

W kontekście przemian społeczno-gospodarczych należy mówić o potrzebie pielęgnacji więzi rodzinnych, częstych kontaktów z rodziną oraz potrzebie niesienia bezinteresownej pomocy bliskim. Dzięki dbałości o jakość tych relacji możliwe jest poczucie wyższej jakości życia.

Wnioski

1. Zarówno w grupie badanych chorych, jak i osób zdrowych stwierdzono różnice w ocenie globalnej jakości życia oraz poszczególnych dziedzin na korzyść osób pozostających w związku małżeńskim.
2. Wsparcie ze strony najbliższej rodziny wpływa na poczucie wyższej jakości życia chorych w zakresie dziedziny społecznej, środowiskowej oraz oceny globalnej jakości życia, natomiast w grupie osób zdrowych ogranicza się do dziedziny społecznej i ogólnej oceny jakości życia.
3. Stosunek rodziny do leczenia chorego wpływa na podwyższenie oceny jakości życia w zakresie dziedziny społecznej oraz oceny globalnej jakości życia.
4. Wzmocnienie więzów rodzinnych mogłoby znacznie poprawić jakość życia zarówno osób zdrowych, jak i chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.

Bibliografia

- [1] Aleksandrowicz J., *Nie ma nieuleczalnie chorych*, PWN, Warszawa 1982.
- [2] Głębocka A., Szarzyńska M., *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, „Gerontologia Polska” 2005, t. 13, nr 4, s. 255–2598.
- [3] Heszen-Niejodek I., *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, PZWL, Warszawa 1990.
- [4] Jaracz K. i wsp., *Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100*, [w:] *Jakość życia w naukach medycznych*, red. L. Wołowicka, Wyd. Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, s. 291–302.
- [5] Jones T.G., Rapport L.J., Hanks R.A., Lichtenberg P.A., Telmet K., *Cognitive and Psychosocial Predictors of Subjective Well-being in Urban Older Adults*, „The Clinical Neuropsychologist” 2003, Vol. 17, s. 3–18.
- [6] Kaczmarek A., *Rodzina – egzemplifikacja pojęć w świetle literatury*, www.literka.pl/3/39226/rodzina_egzemplifikacja_pojec-w-swietle_literatury.
- [7] Katsura H., *End of Life Care for Patients with COPD*, „Nippon Rinsho” 2003, Vol. 61 (12), s. 2212–2219.
- [8] Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Czelej, Lublin 2001, s. 80–81.
- [9] Kempf P., *Long-term Oxygen Therapy-impact on the Quality of Life in Persons with Chronic Obstructive Lung Disease*, „Rech Soins Infirm” 2000, Vol. 61, s. 44–67.

- [10] Kirkevod M., Gartner S. R., Berg K., Saltvold L., *Patterns of Recovery Among Norwegian Heart Surgery Patients*, „Journal of Advanced Nursing” 1996, Vol. 24, No. 5, s. 943–951.
- [11] Kmiecik-Baran K., *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*, „Przegląd Psychologiczny” 1995, t. 38, nr 1/2, s. 201–214.
- [12] Krasuska M.E., Stanisławek A., Lechicka J., Wrońska I., *Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci*, „Psychoonkologia” 2002, t. 6 (3), s. 65–69.
- [13] Niezabitowski M., *Relacje społeczne ludzi starszych w środowisku zamieszkania – aspekty teoretyczne i empiryczne*, „Acta Universitatis Lodzianis Folia Sociologica” 2011, nr 38.
- [14] Pommersbach J., *Wsparcie społeczne a choroba*, „Przegląd Psychologiczny” 1998, t. 31, nr 2, s. 503–525.
- [15] Poprawa R., *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 103–141.
- [16] Poshuszna M., *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*, [w:] *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*, red. Z. Kawczyńska-Butrym, CMDNŚSM, Warszawa, 1994, s. 13.
- [17] Sęk H., *Spoleczna psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 2000, s. 486–495.
- [18] Taranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z., *Elementy socjologii dla pielęgniarek*, Czelej, Lublin 2000, s. 238–254.
- [19] Xiaolian J. i wsp., *Family Support and Self-care Behavior of Chinese Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients*, „Nursing & Health Sciences” 2002, Vol. 4 (1–2), s. 41–49.



Wioletta Ławska^{1,2}, Grażyna Dębska¹, Helena Kaduťáková³

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

² Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Nowy Targ

³ Catholic University in Ružomberok, Faculty of Health, Department of Nursing, Slovakia

Dzieci w rodzinie alkoholowej

Children in alcoholic families

Abstract

Alcoholism as a serious social problem is not a product of recent times, however the intensity of this phenomenon in the most European countries is very disturbing, also in Poland. Drinking alcohol is a commonly accepted element of cultural rituals associated with important life situations. Alcohol (changing the mental state) is very attractive because it creates and maintains hope that a man may directly control and regulate one's emotional life. The whole current civilisation focuses on developing the conviction that people can control their personal life satisfaction. Every moment of pleasure experienced after drinking alcohol reinforces the need to repeat this experience. An alcoholic causes all kinds of problems i.e. living, financial, and emotional. As a result his/ her whole family has to cope with a broadly understood alcohol/drinking problem. According to Woronowicz, between 4 and 5 millions of Polish citizens abuse alcohol, and 15 millions of Poles have to manage the consequences of drinking habit directly or indirectly. There are between 1.5 and 2 millions of children in this group of people and 500 000 of these children experience dramatic situations threatening their health and lives, responsible for significant damage in various functioning domains and their development. The objective of this study was to draw attention to the difficult situation of children from alcoholic families in various functioning domains. This work is a review of literature concerning alcoholism and drinking problems in families with respect to children's situation.

Keywords: children, family, alcoholism

słowa kluczowe: dzieci, rodzina, alkoholizm

Wprowadzenie

W ostatnich latach prowadzono wiele badań nad alkoholizmem, jego źródłami i konsekwencjami. Choroba ta, według Światowej Organizacji Zdrowia, polega na okresowej lub przewlekłej intoksykacji alkoholowej szkodliwej dla jednostki i społeczeństwa [1]. Nowoczesne podejście do problematyki alko-

holowej charakteryzuje się między innymi zrezygnowaniem z używanego poprzednio powszechnie terminu „walka z alkoholizmem”. Zgodnie z terminologią międzynarodową, wyrażenie to zostało zastąpione określeniem „rozwiązywanie problemów alkoholowych”. Nie jest to zmiana tylko językowa, ponieważ ma na celu podkreślenie, że uwaga nie powinna być kierowana wyłącznie na grupę osób uzależnionych, ale grupę osób nadużywających alkoholu [2].

Osoby uzależnione fizycznie i psychicznie od alkoholu, same będąc ofiarami, wywierają niekorzystny wpływ na tych, z którymi są związani. Skutki alkoholizmu dotyczą rodzinę, krewnych, przyjaciół. Powszechnie zainteresowanie problemem alkoholizmu dotąd koncentrowało się przeważnie na procesie uzależnienia, mniej zaś uwagi poświęcano rodzinie, zwłaszcza dzieciom i młodzieży [1, 3].

Konieczność włączenia innych członków rodziny w proces terapii wynikała z założenia, że choroba alkoholowa jest chorobą dotykającą cały system rodzinny i jej skutki można rozpoznać w każdym, kto żyje z osobą uzależnioną. I odwrotnie, okazało się, że określone zachowania i postawy członków rodziny osoby uzależnionej, rozwijają system podtrzymujący uzależnienie [4]. Członkowie rodziny próbują przystosować się do zagrażających sytuacji tworzonych przez osobę pijącą. Takie przystosowanie pozwala na przetrwanie w trudnych i bolesnych okolicznościach, staje się jednak pułapką, w której zostają zamknięte pragnienia normalnego i bezpiecznego życia rodzinnego. Małżonkowie i dzieci osoby uzależnionej albo rozpaczliwie próbują powstrzymać jej picie, albo rezygnują z nadziei na lepsze życie. Oznacza to często głębokie uwikłanie w chorobę alkoholową małżonka lub rodzica, które lekarze i psycholodzy nazywają współuzależnieniem [5].

Dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu

Problemy społeczne dzieci i młodzieży ściśle wiążą się z obrazem warunków życia i dorastania tej grupy populacji we współczesnym świecie. Problemem, który należy podkreślić są długotrwałe skutki życia dziecka w domu, w którym istnieje problem alkoholowy [6]. Za rodzinę z problemem alkoholowym uważa się rodzinę, w której choćby jedna osoba pije w sposób przynoszący szkodę [7].

Należy zwrócić uwagę na dwa istotne skutki życia w takiej rodzinie dysfunkcyjnej. Pierwszy to negatywny wpływ życia w rodzinie z omawianym problemem na tzw. szanse życiowe dziecka. Często tak zasadnicze sprawy, jak wybór zawodu, współmałżonka czy stylu życia, wiążą się w sposób nieuświadomiony z graniem określonej roli rodzinnej. Wpływa to nawet w takie sprawy, jak szanse na udaną rodzinę czy wybór drogi życia. Nierzadkie jest

wycofanie się ze świata. Drugim negatywnym skutkiem życia w rodzinie z problemem alkoholowym, i chyba najgorszym, jest powtarzanie choroby rodzica [6]. Z badań wynika, że rodzina jest odpowiedzialna za prawidłowe kształtowanie postaw dzieci i młodzieży w zakresie picia napojów alkoholowych [8]. Aż 60% dzieci alkoholików powtarza nałóg ojca czy matki [6].

Dobre relacje z rodzicami są bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na zachowania młodzieży w okresie dojrzewania. Młodzież, która postrzega postawy swoich rodziców jako oparte na miłości, w większości nie używa substancji psychoaktywnych [9]. Nadmierne spożywanie alkoholu w rodzinie należy rozpatrywać w dwóch aspektach. Po pierwsze, jako kształtowanie postaw wobec alkoholu u dzieci i młodzieży oraz dostarczanie im wzorów zachowań. Drugi aspekt określa wpływy nadużywania alkoholu przez rodziców na warunki wychowania i atmosferę moralną w rodzinie. Alkoholizowanie się rodziców nie tylko pogarsza warunki materialne, ale powoduje konflikty pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny oraz zaburza stosunki uczuciowe między nimi [10].

Problematyka dzieci wychowujących się w rodzinach dysfunkcyjnych, szczególnie zaś w rodzinach z problemem alkoholowym, od dawna budziła zainteresowanie naukowców. Niemniej dopiero w latach 70. XX w. pojawiły się pierwsze znaczące publikacje na temat osób, które wychowywały się w rodzinach alkoholowych. Ich źródłem były z jednej strony – doświadczenia psychoterapeutów zajmujących się problematyką alkoholizmu, z drugiej zaś – pojawienie się ruchów samopomocowych i grup wsparcia, szczególnie zaś ruchu Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA) [11, 12].

Dzieci alkoholików niejednokrotnie mają problemy z konstruktywnym radzeniem sobie w trudnych sytuacjach, a co za tym idzie, z emocjami, przeżywaniem ich i odreagowywaniem. Postrzegane są jako dzieci nadpobudliwe, z zaburzonym zachowaniem, bez motywacji do podejmowania społecznych wyzwań. Stanowią potencjalną grupę ryzyka pod względem uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych [13].

Niepokojącym zjawiskiem jest obserwowane przez niektórych badaczy obniżanie się wieku inicjacji alkoholowej i wzrastająca częstotliwość picia wśród młodzieży. W konsekwencji prowadzi to do zaburzeń funkcjonowania całego społeczeństwa [14, 15]. Pediatrzy obserwują nie tylko problemy spowodowane piciem przez dzieci i młodzież, ale także problemy wywołane przez picie rodziców. Są to problemy poznawcze, emocjonalne i behawioralne dzieci, a także wady wrodzone, takie jak alkoholowy zespół płodowy (*Fetal Alcohol Syndrome* – FAS) [16].

Alkoholowy zespół płodowy, wynikający z nadmiernego używania alkoholu przez ciężarną, może spowodować prenatalne uszkodzenie układu nerwowego, niedorozwój umysłowy, mikrocefalię, hipotonię i mnóstwo innych

anomalii [7]. Dzieci alkoholików często zgłaszają się do pediatrów z nawracającymi i nieokreślonymi objawami, takimi jak zmęczenie, bóle w jamie brzusznej lub dolegliwości kostno-mięśniowe, wskazujące na podłoże psychosomatyczne. Ponadto cierpią z powodu urazów, napaści słownych, wykorzystywania fizycznego lub kazirodztwa [16]. Kilkuletnie dzieci alkoholików częściej skarżą się na bóle zębów, bóle głowy, zaburzenia snu, tiki nerwowe i mdłości, chociaż nie udaje się znaleźć fizycznych przyczyn tych dolegliwości [7]. Jako nastolatki częściej od rówieśników wagarują lub popadają w konflikty z prawem, nadużywają alkoholu lub innych środków odurzających, bądź też nawet dokonują prób samobójczych [7]. Jako dorośli mogą mieć większe od innych problemy interpersonalne i kłopoty związane z pracą. Większy jest też wśród nich odsetek alkoholików [7]. W literaturze przedmiotu przyjęło się stosować angielskie wyrażenie *Children of Alcoholics* – na określenie wszystkich dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym oraz *Adult Children of Alcoholics* – odnoszącym się tylko do osób dorosłych [11, 17].

Im wcześniej dziecko zetknie się z alkoholizmem rodziców, tym poważniejsze będą efekty uboczne. W dzieciństwie, w momentach zwiększonej wrażliwości, młodzi są bardziej podatni na rozwinięcie dysfunkcyjnych cech, które można obserwować u dorosłych dzieci alkoholików. Dzieci, które od momentu przyjścia na świat stykają się z aktywnym alkoholizmem rodziców, na wiele różnych sposobów podlegają negatywnym wpływom choroby alkoholowej [18].

System rodzinny staje się zamknięty, izolujący od otoczenia ze względu na poczucie wstydu, poczucie winy, zamrożenia uczuć i pozostawania w kręgu iluzji i zaprzeczeń przez samego alkoholika i pozostałych członków rodziny [19]. Taka postawa umożliwia stosunkowo dobre funkcjonowanie na zewnątrz, jednak zaburza prawidłowe relacje wewnątrz rodziny. Tworzy się nowy model rodziny, w którym życie toczy się wokół osoby uzależnionej [19]. Taka rodzina nie umożliwia harmonijnego rozwoju, ponieważ nie zapewnia trzech podstawowych potrzeb dziecka: akceptacji, miłości i bezpieczeństwa. Ze względu na brak wzajemności w stosunkach między rodzicami, w rodzinie alkoholowej występują dysfunkcje ról, które wynikają z narażenia na długotrwały stres i mogą spowodować trwałe zaburzenia sfery emocjonalnej w życiu dorosłym [19].

Dzieci alkoholików stanowią potencjalną grupę ryzyka pod względem uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Cierpią latami nie tylko z powodu alkoholizmu swoich opiekunów, ale także z powodu współuzależnienia i towarzyszących zaburzeń psychicznych rodziców. Brak harmonijnego, prawidłowego funkcjonowania rodziny alkoholowej spowodowany jest koncentracją i nadmierną kontrolą osoby pijącej przez jej partne-

ra, co może doprowadzić do zaniedbywania dzieci i zaburzeń emocjonalnych wszystkich członków rodziny [19].

Zasady panujące w rodzinie alkoholowej

Nieobliczalność przejawów nałogu alkoholowego jest przyczyną braku jakiegokolwiek stałości w życiu rodziny uzależnionego. Dzieci alkoholika próbują mniej lub bardziej świadomie uzyskać kontrolę nad tymi nieprzewidywalnymi wydarzeniami. Obserwując z zewnątrz taką rodzinę, można bez trudności zauważyć, jak dzieci dopasowują się do aktualnej sytuacji, przejmując role, które są zupełnie nieadekwatne do ich wieku i stopnia rozwoju. Role te nie są wynikiem korzystania z osobistego marginesu wolności, nie wyrażają danej fazy dzieciństwa czy dorastania, lecz zostają wymuszone okolicznościami. Młody człowiek wytwarza typowe postawy współuzależnionego: krycie rodziny na zewnątrz, skupianiu się na łagodzeniu objawów alkoholizmu bez zajmowania się przyczynami, bo to znacznie przekracza jego kompetencje [20].

Rodzina z problemem alkoholowym jest zamknięta przed otaczającym ją światem. Nikt z zewnątrz nie może się dowiedzieć, co naprawdę się w niej dzieje. Podstawową panującą zasadą jest więc „nic nie mówić nikomu”. Jest to podyktowane oczywiście wstydem i lękiem panującym w rodzinie. Dzieci boją się komukolwiek zwierzyć ze swoich problemów, ponieważ w atmosferze rodzinnej pełnej lęku i napięcia łatwo stać się ofiarą oskarżenia. Nie można też mówić o tym, co dzieje się w wewnętrznym świecie dziecka, tj. o jego bólu, lęku, niepokoju, przerażeniu, zagubieniu czy ogólnym chaosie i dezorientacji, ponieważ rozmowa wewnątrz rodziny na ten temat pogłębia kryzys rodzinny. Natomiast zwierzenie się dziecka komuś z zewnątrz ze swoich problemów, jest zabronione, rodzice utrzymują dziecko w przeświadczeniu że to, co dzieje się w domu, ma pozostać w gnieździe rodzinnym [20].

Kolejna zasada obowiązująca w rodzinie z problemem alkoholowym to „nie ufać”. Dziecko nie może opierać się na swoich rodzicach, ponieważ są oni niestabilni, ich nastroje zmieniają się jak w kalejdoskopie, zobowiązania nie są dotrzymywane. To, co w jednej chwili jest odbierane jako właściwe, w kolejnej poczytywane jest jako błąd nie do wybaczenia. Dziecko w takim świecie nie jest niczego pewne.

Następna zasada to „nie odczuwaj”. Dziecko w rodzinie z problemem alkoholowym nie jest w stanie udźwignąć ciężaru doznawanych uczuć. Wiąza się one z poczuciem bezsilności, przerażeniem, nienawiścią do osób je krzywdzących. Doświadczenia z domu rodzinnego uczą, że nie ma bezinteresownej miłości, oparta jest ona na zafalszowaniu, manipulacji i wykształcaniu poczucia winy. Dziecko wchodzi więc w dorosłość z ogromnym deficytem emocjonalnym [21].

Z badań przeprowadzonych przez Ławską wynika, że istnieje statystyczna różnica między dziećmi z rodzin obarczonych chorobą alkoholową w porównaniu do grupy kontrolnej, która dotyczy szczęścia w rodzinie. Dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu, nie umieją jednoznacznie określić, czy są szczęśliwe w swojej rodzinie. Dzieci ze zdrowych rodzin częściej deklarują zdecydowane szczęście z rodzicami i nie padają od nich odpowiedzi negatywne, w przeciwieństwie do dzieci alkoholików [22].

Konsekwencje emocjonalne spowodowane alkoholizmem rodziców

W rodzinach alkoholików ufność niemowląt jest wystawiona na próbę od pierwszego dnia życia, ponieważ ich rodzice są zbyt mocno zaabsorbowani alkoholizmem, aby być odpowiednimi żywicielami i opiekunami dla swego potomstwa. Małe dzieci w rodzinie alkoholowej, gdzie ich autonomia nie może dojść do głosu, już we wczesnym etapie zaczynają wykazywać objawy współuzależnienia. Przeniosą one problemy wiążące się z kontrolą i negatywnym stosunkiem do autorytetów w dorosłą osobowość, chyba że zostaną poddane terapii.

We wczesnym dzieciństwie dzieci muszą przyswoić sobie zasady współżycia społecznego oraz umiejętność rozróżniania złego i dobrego. W rodzinie alkoholowej pojęcia te zmieniają się z dnia na dzień w sposób nieprzewidywalny. Dzieci nie wiedzą, jaka zasada obowiązuje w danym dniu. W wieku szkolnym przechodzą z kolei przez fazę obejmującą walkę pracowitości z poczuciem niższości. Na tym etapie sukces dokonuje się wraz z przekonaniem dziecka, że jest produktywne i kompetentne. To, czy w dziecku rozwinie się pracowitość czy poczucie niższości, w dużym stopniu będzie zależało od wsparcia i informacji zwrotnej otrzymywanej od ważnych dla niego dorosłych i rówieśników [18].

Okres dojrzewania charakteryzuje walka pomiędzy poczuciem tożsamości a niepewnością roli. Młody człowiek próbuje odpowiedzieć sobie na pytania: kim jest, dokąd zmierza, co chce zrobić ze swoim życiem. Ci, którzy rozwiążą ów konflikt zwycięsko, zdobywają poczucie własnej tożsamości i wchodzą w dorosłość z jasną odpowiedzią na przytoczone pytania. Potrafią harmonijnie połączyć własne oczekiwania z wymaganiami społecznymi. Inaczej jest w przypadku dzieci alkoholików [18].

Dzieci alkoholików wkraczające w wiek dorosły mają problemy z budowaniem zdrowych i szczęśliwych związków. Trudno jest im nawiązać bliskie kontakty, ponieważ stłumione uczucia z przeszłości upośledzają ich zdolność do odczuwania i wyrażania emocji. Rzadko kojarzą to uczucie z chorobą alkoholową rodziców.

Dorośle dzieci alkoholików często nieświadomie przyciągają się nawzajem. Często myślą miłość z litością i są skłonne troszczyć się o ludzi współuzależnio-

nych. Zarówno w miłości, jak i w przyjaźni najbardziej atrakcyjna jest dla nich słabość. Łączą się w pary przyjacielskie lub miłosne zwykle z dziećmi alkoholików, narkomanów lub z członkami innych dysfunkcyjnych rodzin.

W wieku dojrzałym, w którym pojawia się konflikt pomiędzy kreatywnością a stagnacją, nieleczone choroby alkoholowe niszczy poczucie spełnienia wieku średniego. Dzieci alkoholików, które nie przeszły terapii, nadal cierpią z powodu współuzależnienia, a często same są już uzależnione od substancji psychoaktywnych. W końcowej fazie cyklu życiowego (konflikt pomiędzy integralnością a rozpaczą), ludzie nadal cierpiący z powodu choroby alkoholowej, są niezadowoleni z kierunku, jaki przyjęło ich pełne gorzkie życie [18].

Przemoc w rodzinie alkoholowej

Alkohol stanowi ważny czynnik inicjujący cykl przemocy, zmniejsza kontrolę własnych zachowań, pogłębia zaburzenia emocjonalne opiekunów dziecka. Krzywdzenie dzieci może przybierać formę przemocy fizycznej, psychicznej, wykorzystywania seksualnego i zaniedbywania. Dzieci mogą doznawać aktów przemocy w wyniku agresywnych zachowań rodziców oraz potrzeby rozładowania emocji przez opiekunów [19].

Ogromne szkody w psychice wywołuje bezpośrednio obserwowanie przemocy lub bycie ofiarą przemocy fizycznej. Przemoc fizyczna wobec dziecka rani również jego psychikę. Dziecko nie potrafi żyć w poczuciu dualizmu, kiedy ma wierzyć w miłość osoby będącej jednocześnie przyczyną jego fizycznego cierpienia. Te dzieci są często ofiarami wykorzystywania seksualnego. Nie bronią się i nie informują nikogo o tym zjawisku, bo gdzie mają szukać pomocy, jeżeli we własnej rodzinie stały się już ofiarami zła wyrządzanego przez najbliższych? Jako osoby dorosłe cierpią potem na nieuzasadniony strach przed autorytetami [20].

Ławska na podstawie swoich badań stwierdziła, że dzieci w rodzinach alkoholowych mają problem z określeniem poczucia bezpieczeństwa w swojej rodzinie, a porównując ich odpowiedzi z odpowiedziami dzieci z grupy kontrolnej, dowiodła, że rzadziej czują się w rodzinie bezpieczne [22].

Nazbyt często pomija się niezwykle poważne trudności w życiu dziecka z rodziny alkoholowej, których przyczyną jest niepijący rodzic. Jeżeli już alkoholizm staje się tematem rozmowy, to w przeważającej większości wypadków nie chodzi wówczas o rozwiązanie problemów dziecka, o jego ochronę. Przeciwnie, dziecko staje się namiastką partnera życiowego, którego zasypuje się szczegółami z nieudanego życia, nie wykluczając nawet tych najbardziej osobistych i intymnych. Nie zważa się przy tym, że takie informacje i przekazana za wcześniej wiedza są dla młodego człowieka zbyt dużym obciążeniem. Dziecko nie może bowiem pełnić roli doradcy czy terapeuty. Takie zachowania są ni-

czym innym, jak psychicznym wykorzystaniem dziecka, emocjonalną przemocą wobec niego – ten, kto sam rozpaczliwie szuka pociechy i pomocy, jest zmuszany, aby zajmować się osobą, która jemu powinna pośpieszyć z wszelką możliwą pomocą [20].

Podsumowanie

Najczęściej ludzie piją alkohol po to, aby było przyjemnie. Na ogół te oczekiwania się spełniają i alkohol doraźnie poprawia stan emocjonalny. Często, w przypadku nadużywania alkoholu skłania do zachowań, które utrudniają poszukiwanie dobra, miłości, piękna oraz zwiększa prawdopodobieństwo zachowań negatywnych. Zostaje uszkodzona sfera naturalnej aktywności człowieka, która służy uzyskiwaniu satysfakcji życiowej, dlatego zaczyna on przeżywać coraz więcej przykrych uczuć, wynikających z niepowodzeń i strat [23, 24].

Wyniki uzyskane przez Dujkę [25] dają podstawę do nakreślenia dość wyraźnego portretu młodych ludzi ukształtowanych specyficzną (patologiczną) sytuacją rodzinną. Przeżycia związane z dorastaniem w obliczu nałogu rodzica lub rodziców sprawiły, że dzieci z rodzin upośledzonych alkoholizmem przejawiają specyficzne cele, ambicje, pragnienia i nadzieje. Trudno im bowiem pragnąć sukcesu, pieniędzy czy wiedzy w przypadku, gdy mają niezaspokojone podstawowe potrzeby i nieuporządkowane sprawy związane z życiem rodzinnym. Podobnie jak rówieśnicy z rodzin „zdrowych” marzą o szczęściu, choć wątpić można, czy jest ono tak samo rozumiane. Potrzebują spokoju, bezpieczeństwa, miłości, stabilności, pewnej przewidywalności zdarzeń, „normalności” w codziennym życiu, poczucia siły i wiary we własne możliwości [25].

Zjawiska patologiczne występujące w badanych rodzinach mają znaczny wpływ na brak społecznego przystosowania nieletnich. Wydaje się, że jednak trzeba przyznać rację tym, którzy twierdzą, iż zdrowe społecznie jednostki wyrastają przede wszystkim w tych rodzinach, gdzie panuje szczęśliwe pożycie rodziców i wykluczona jest patologia życia rodzinnego. Niezbędne jest zatem planowanie, a następnie organizowanie pomocy wspierającej rozwój dziecka w rodzinie problemowej, a tym samym pomocy całej rodzinie [10].

Na podstawie przytoczonych doniesień oraz badań własnych należy stwierdzić, że położenie dzieci z rodzin alkoholowych jest bardzo złe. Problemy, z jakimi borykają się dzieci alkoholików nie pozwalają im optymistycznie patrzeć i planować swoją przyszłość. Istota alkoholizmu rodziców i życie w ciągłym napięciu staje się dla nich sprawą najważniejszą, przysłaniającą aspiracje i motywacje. W oddziaływaniach wychowawczych na pierwszy plan wysuwa się kwestia zdiagnozowania istniejącego problemu i podjęcie działań wspierających rozwój dzieci, aby mogły uwierzyć w swoje możliwości i podjąć życiowe wyzwania.

Bibliografia

- [1] Kurtek P., *Samoocena ogólna u synów alkoholików*, „Problemy Alkoholizmu” 2000, nr 4, s. 26–28.
- [2] Kopiel A., *Spoleczne skutki nadużywania alkoholu*, „Medycyna Ogólna” 2004, t. 10 (39), nr 1–2, s. 49–56.
- [3] Kulisiewicz T., *Zespół uzależnienia alkoholowego*, „Problemy Alkoholizmu” 1998, nr 3, s. 3–7.
- [4] Sękowska M., *Współuzależnienie – diagnoza i terapia*, „Przegląd Lekarski” 1997, t. 54, nr 6, s. 441–445.
- [5] Płotka A., Malicki D., Płachecka L., Karakuła H., Szymona K., Kowal A., *Analiza funkcjonowania psychospołecznego osoby uzależnionej od alkoholu*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2007, nr 2 (19), s. 141–144.
- [6] Herda J., Poznański K., Wdowiak L., *Problemy społeczne dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, „Zdrowie Publiczne” 2004, t. 114 (4), s. 595–599.
- [7] Bodys A., *Choroba alkoholowa w rodzinie a sytuacja uczniów szkół ponadpodstawowych*, „Antidotum” 2003, nr 12 (8), s. 18–70.
- [8] Huk-Wieliczuk E., Litwiniuk A., *Picie alkoholu przez uczniów wiejskich w wieku 15–17 lat*, „Zdrowie Publiczne” 2004, t. 114 (3), s. 312–314.
- [9] Mazur J., Kowalewska A., Woynarowska B., *Picie alkoholu a inne zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży w wieku 11–15 lat*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2003, nr 7, s. 75–89.
- [10] Kobylińska-Szkatuła J., *Patologia rodziny a wykojenie nieletnich*, „Problemy Alkoholizmu” (wkładka dla nauczycieli, wychowawców i młodzieży szkolnej) 2000, nr 3, s. I–III.
- [11] Gąsior K., *Czynniki zagrażające rozwojowi dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym na przykładzie dorosłych dzieci alkoholików*, „Problemy Alkoholizmu” 2008, nr 21 (3), s. 247–262.
- [12] Harter S.L., *Psychosocial Adjustment of Adult Children of Alcoholics. A Review of the Recent Empirical Literature*, „Clinical Psychology Review” 2000, Vol. 20 (3), No. 4, s. 311–337.
- [13] *Dzieci alkoholików. Indywidualne plany pomocy*, red. J. Graniger, PARPA, Warszawa 2006.
- [14] Opozda K., Włoch K., Ziółkowski M., *Rola pielęgniarki w poradni odwykowej*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2001, nr 2, s. 350–359.
- [15] Ugniewska C., *Pielęgniarstwo psychiatryczne*, PZWL, Warszawa 1996.
- [16] Adger H., Werner M.J., *Problemy alkoholowe w praktyce lekarza pediatry*, [w:] *Alkohol a zdrowie. Pacjenci z problemami alkoholowymi w podstawowej opiece zdrowotnej*, PARPA, Warszawa 1997, s. 69–85.
- [17] Giglio J.J., Kaufman E., *The Relationship between Child and Adult Psychopathology in Children of Alcoholics*, „International Journal of the Addictions” 1990, Vol. 25 (3), s. 263–290.
- [18] Wójcik M., *Drogi rozwojowe dzieci alkoholików*, „Remedium” 2003, Vol. 11, s. 20–21.

- [19] Cielecka-Kuszyk J., *Sytuacja dzieci w rodzinie alkoholowej*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2007, nr 2 (19), s. 123–124.
- [20] Reichman W., *Kto im pomoże? Dzieci alkoholika*, „Wspólne Tematy” 1997, nr 9, s. 29–32.
- [21] Salwowska-Stachowiak R., *Dziecko alkoholika*, „Źródło” 2004, t. 24, s. 26–27.
- [22] Ławska W., Dębska G., Zięba M., *Emocje dziecka w rodzinie alkoholowej*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, t. 20 (2), s. 185.
- [23] Zięba H.R., *Człowiek a uzależnienia*, [w:] *Promocja zdrowia wobec zagrożeń cywilizacyjnych*, red. D. Mucha, H.R. Zięba, PPWSZ, Nowy Targ 2007, s. 397–410.
- [24] Chlebio-Abed D., *Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2000.
- [25] Dujka E., *Poczucie sensu życia młodzieży z rodzin alkoholicznych*, „Problemy Alkoholizmu” 2001, nr 1, s. 27–32.

Marta Kowalewska¹, Anna Goździalska¹, Jerzy Jaśkiewicz¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Wsparcie społeczne jako element instytucjonalnej pomocy rodzinie z osobą zależną

Social support, as part of the institutional support of dependent family

Abstract

The family is the basic social group among all historically known types of societies and cultures. The institutional nature of the family is that it is not just a collection of individuals with their features but above all a team of related people. Health of the family is not the sum of ontogenetic health of its members, but the state achievable through a dynamic process in which behavior and health condition of a family member are not without impact on the health and functioning, and the functioning of the rest of the family. A healthy family is characterized by the capability to persevere and functioning, despite the changes taking place within it and outside it – is not only able to fulfill the function present, but also to prepare for the future (resources, culture, health, relationships between members of the ruling family, the ability and opportunity to procreation, care and welfare, and education of the new generations). The basic elements of family health assessment factors associated with somatic and mental health of family members, socio-economic factors, social and cultural environment and its dynamics. Disorganized family is not able to provide proper care for a sick person. This should stimulate various institutional measures. It is the social support. J. Melibruda highlighting the essence of the adequacy of support reports that „helping a man is one of the commonly accepted values. To help another human being that is, above all, for his sake do what you really need”. These actions should lead to the use all elements ranging from health care, the financial activities (various types of incentives and subsidies), to the use of specialized instruments closely within the broader social policy.

Keywords: family, social support

słowa kluczowe: rodzina, wsparcie społeczne

Rodzina to podstawowa grupa społeczna występująca we wszystkich historycznie znanych typach społeczeństw i kultur. „Rodzina jest interpersonalnym systemem stosunków wewnątrzgrupowych, mikrosystemem społecznym czy też pewnym rodzajem instytucji społecznej. Rodzina zawsze stanowi podstawową komórkę społeczeństwa. Podlegała ona i podlega społecznej ewolucji i nadal pozostaje instytucją, która przystosowuje się do zmieniającej rzeczywistości. W rodzinie dokonuje się ciągła wymiana doświadczeń i przepływ uczuć o różnych rodzajach i stopniach natężenia, tutaj też człowiek kształtuje swoją osobowość, styl życia, wartości i poglądy na świat” [1, 2].

Rodzina należy do najważniejszych grup pierwotnych. Zaspokaja potrzebę miłości, przynależności i akceptacji. Człowiek, obcując z członkami rodziny zawiązuje kontakty emocjonalne, uczy się określonych zachowań społecznych, kształtuje także określone potrzeby i postawy oraz elementy obrazu samego siebie. Oddziaływanie rodziny nie tylko zaczyna się najwcześniej, ale i trwa najdłużej. Stopniowo, wraz z wiekiem i poznawaniem innych kręgów społecznych, oddziaływanie rodziny maleje, ale i tak ma ona znaczący wpływ na funkcjonowanie człowieka w dorosłym życiu. Rodzice stanowią dla dziecka najbliższe wzory asymilowane w procesie naśladownictwa i identyfikacji. Dzięki istnieniu takich wzorów osobowych dziecko przyswaja sobie różnorodne formy społecznego zachowania i uczy się samodzielnie egzystować [3].

Funkcje rodziny to wyspecjalizowane oraz permanentne działania i współdziałania członków rodziny, wynikające z bardziej lub mniej uświadomionych sobie przez nich zadań, prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych. Wystarczy zaznaczyć, że do najważniejszych należą funkcje: biopsychiczne, ekonomiczne, społeczno-wyznaczające oraz funkcje socjopsychologiczne.

Rodzina jest ośrodkiem uspołecznienia. W środowisku rodzinnym odbywa się przekaz wielu podstawowych składników kultury, które wpływają znacząco na kierunek i przebieg procesu socjalizacji jednostki [3, 4]. Jest to miejsce kultywowania i kreowania tradycyjnych zachowań społecznych umocowanych głęboko w historii narodu. To również miejsce tworzenia małych odrębności, zwyczajów przekazywanych następnym pokoleniom, tego, co zwykło się nazywać atmosferą rodzinną, często wspominaną przez całe życie i postrzeganą jako swoista oaza bezpieczeństwa.

Rodzina jest grupą o niepowtarzalnym charakterze. Jest jedyną grupą społeczną opierającą się na czynnikach biologicznych i naturalnych, w których więzy miłości i pokrewieństwa nabierają najwyższego znaczenia. Funkcjonowanie i kondycja rodzin to czynnik rozstrzygający o charakterze funkcjonowania całych społeczeństw [1, 5].

W Polsce, pomimo tendencji spadkowej zawieranych małżeństw, rodzina nadal stanowi najważniejszą, podstawową komórkę społeczną. Nie należy też

zapominać, że o kwestii „bycia rodziną” nie decyduje formalnie zawarty związek małżeński, lecz również pozostawanie w nieformalnych układach: konkubinatach czy związkach partnerskich. Zmieniające się warunki życia rodziny polskiej, zmiany w jej postrzeganiu oraz ciągle przemiany, które dokonują się nieustannie, są szczególnie widoczne na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, powodując znaczące zmiany w funkcjonowaniu poszczególnych członków rodziny. Jednym z efektów tych przeobrażeń jest osłabienie funkcji wspierającej rodziny pochodzenia i środowiska lokalnego [1, 3]. Taka sytuacja znów powoduje rosnące zapotrzebowanie na różnorodne formy oparcia instytucjonalnego. Z drugiej strony, dorośli członkowie rodzin potrzebują większej ilości czasu poświęconego na zdobycie środków utrzymania rodziny. Tym samym osłabiona jest funkcja kontrolna i więziotwórcza rodziny wobec jej wszystkich członków, co w efekcie może powodować wyższą patologię dzieci i dorosłych. Ponadto następuje szybszy rozpad więzi rodzinnych, stąd rosnące zapotrzebowanie na instytucje kontroli społecznej, różnorodne terapie, grupy wsparcia oraz inne formy pomocy rodzinie. Niewydolność opiekuńczo-wychowawcza rodziny wobec wszystkich jej członków, powoduje nacisk na rozwój instytucji opiekuńczo-wychowawczych, wydłużenie czasu instytucjonalnego wpływu na dzieci, a także wzrost zapotrzebowania na instytucje opieki nad osobami starszymi [4].

Potencjał systemu rodzinnego może być nadwyrężany przez różnorodne wydarzenia i sytuacje działające zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz rodziny. Szczególne miejsce zajmują sytuacja kryzysowe. Część z nich to kryzysy wywołane przez wydarzenia krytyczne, pojawiające się nagle, wywołujące poczucie zagrożenia, bezradności, często przekraczające aktualne kompetencje w radzeniu sobie z problemami. Tego typu wydarzeniem może być nieuleczalna choroba jednego z członków rodziny. Choroba nigdy nie jest problemem wyłącznie jednostkowym, dotyczącym tylko osoby chorej. Zawsze jest wydarzeniem rodzinnym. Długotrwała opieka nad osobą zależną w zdecydowanej większości jest realizowana w rodzinie. Zachorowanie członka rodziny niesie za sobą konsekwencje dotyczące każdej ważnej płaszczyzny rodzinnego życia. Pociąga za sobą obciążenie wszystkich osób wieloma zadaniami. Niektóre z nich wynikają z konieczności przejścia obowiązków dotąd pełnionych przez osobę chorą, inne to zupełnie nowe obowiązki generowane przez chorobę. Może to więc oznaczać dla rodziny poważne zmiany w jej dotychczasowej strukturze w pełnieniu ról i pozycji. Nieuniknione są zmiany w strukturze życia rodziny [2, 4]. Konieczność dostosowania się do zreorganizowanego dnia. Pojawiają się również trudności mocniej obciążające rodzinę, związane z emocjami. Członkowie rodziny realizujący wsparcie emocjonalne starają się dawać poczucie bezpieczeństwa, zmniejszając odczuwanie lęku związanego z chorobą.

Otoczenie rodzinne, nie zdając sobie sprawy ze wszystkich wewnętrznych procesów towarzyszących chorobie, może mieć trudności z właściwym odczytywaniem reakcji chorego, co dodatkowo komplikuje radzenie sobie w sytuacji trudnej.

W opiece nad osobą zależną często konieczne jest zapewnienie pomocy z zewnątrz. Pomoc osób do tej pory niezaangażowanych w opiekę może spełniać funkcję wspierającą, nie tylko dla osoby zajmującej się pomaganiem, pielęgnowaniem czy wspieraniem, ale może też uchronić samą osobę chorującą od dodatkowych cierpień wywołanych wypaleniem opiekuna. Zespół wypalenia na skutek wyczerpania sił może nasilać chłód emocjonalny wobec innych, w tym wobec chorego, może też zwiększać impulsywność, drażliwość, paraliżując zdolność do dalszego angażowania się w opiekę [5].

Grupowy i instytucjonalny charakter rodziny oznacza, że nie jest ona jedynie zbiorem jednostek, z ich cechami osobniczymi, lecz przede wszystkim zespołem powiązanych ze sobą ludzi. Także zdrowie rodziny nie jest prostą sumą zdrowia osobniczego jej członków, lecz stanem osiąganym w wyniku dynamicznego procesu, w ramach którego zachowania i stan zdrowotny któregoś z członków rodziny nie pozostają bez wpływu na zdrowie i działania pozostałych oraz na funkcjonowanie systemu rodziny jako całości [1, 3].

„Zdrowa rodzina to taka grupa, która zachowuje zdolność do trwania i funkcjonowania, mimo zachodzących zmian w jej obrębie i poza nią – to jednakże nie tylko możliwość wypełniania funkcji terażniejszych, lecz także przygotowania się do przyszłości (zasoby, kultura zdrowotna, relacje wzajemne pomiędzy członkami, zdolność i możliwości prokreacji, pielęgnacji i opieki oraz wychowania nowych pokoleń)” [4]. Ile jest w Polsce rodzin, których członkowie świadczą opiekę nad osobami zależnymi? Trudno podać konkretną liczbę. Aby uświadomić sobie ogrom tej liczby, wystarczy zastanowić się nad samą definicją tej grupy osób. „Osoba zależna” oznacza osobę *wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą opiekującą się*. Są to więc i małoletnie dzieci i osoby niepełnosprawne oraz starsze.

Zainteresowanie państwa oraz lokalnych samorządów muszą generować działania instytucjonalne. Ich podejmowanie powinno prowadzić do wykorzystania całego „wachlarza” elementów pomocowych począwszy od opieki medycznej, poprzez działania finansowe (ulgi i dotacje), aż do wykorzystania ściśle wyspecjalizowanych instrumentów w ramach szeroko rozumianej polityki społecznej.

Sarason definiuje „wsparcie społeczne jako pomoc, dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych i stresowych”. Z kolei Lin określa jako „dostępne wsparcie, płynące z powiązań człowieka z innymi ludźmi, grupami społecz-

nymi, społeczeństwem”. Autorzy ci zwracają uwagę na źródło wsparcia, które dostrzegają w interakcjach międzyludzkich, ale także na rolę wsparcia społecznego w przezwyciężaniu sytuacji trudnych. Natomiast Mellibruda, podkreślając istotę adekwatności wsparcia, twierdzi, że „pomaganie człowiekowi jest jedną z powszechnie uznawanych wartości. Pomagać drugiemu człowiekowi to znaczy przede wszystkim robić dla jego dobra to, czego naprawdę potrzebuje” [3, 4].

Można także odnaleźć definicje określające wsparcie jako pewien rodzaj informacji skłaniających jednostkę do wiary, że podlega opiece, jest szanowana oraz, że jest członkiem sieci komunikacji i wzajemnych zobowiązań. Z badań i analiz dotyczących identyfikacji źródeł wsparcia wynika, że najbardziej trwałą pomoc zapewnia naturalny system składający się z członków rodziny, dalszych krewnych, przyjaciół, znajomych, kolegów z pracy, sąsiadów innych bliskich i zaufanych ludzi. W literaturze przedmiotu można spotkać obszerną dokumentację współwystępowania różnego typu zaburzeń zdrowia, z zaburzoną sytuacją życia rodzinnego – konfliktami, dysfunkcją emocjonalną rodziny, niekorzystnymi dla zdrowia stylami zachowania, a także z przeżyciem śmierci lub odejścia bliskiej osoby. Rodzina jest czynnikiem umacniającym zdrowie przez niwelowanie stresów wpływających na człowieka w życiu społecznym, jest buforem chroniącym system emocjonalny, dający poczucie bezpieczeństwa i akceptacji. Wreszcie źródłem mogą być zarówno osoby, które z racji otrzymanego wykształcenia, czy wykonywanej pracy, powołania, zawodowo zajmują się udzielaniem wsparcia, a także stowarzyszenia, organizacje społeczne, czy instytucje państwowe [1, 5].

Źródłem wsparcia profesjonalnego będzie więc psycholog, socjolog, osoba duchowna, pracownik socjalny, lekarz czy pielęgniarka. Człowiek, pomimo posiadania rodziny i szerokich kontaktów towarzyskich lub też zdany na wyłączną pomoc wyspecjalizowanej instytucji, może odczuwać deficyt wsparcia, gdyż relacje te mogą np. gwarantować otrzymanie wsparcia wartościującego, ale nie przyczyniać się do poczucia wsparcia instrumentalnego lub odwrotnie [1, 4]. Największą więc rolę podtrzymującą odgrywa ten rodzaj wsparcia, na który w danej sytuacji występuje największe zapotrzebowanie. Korzyści wynikające ze wsparcia zależą w dużej mierze od subiektywnego postrzegania rzeczywistości, wyuczonych mechanizmów dawania sobie rady w sytuacjach trudnych oraz umiejętności nawiązywania pomocnych, podtrzymujących relacji z innymi zarówno w wymiarze interpersonalnym jak i instytucjonalnym.

Osoby zależne wymagają pomocy lub zupełnego wyręczenia ich często w czynnościach podstawowych, codziennych, takich jak jedzenie, kąpiel czy toaleta. Przed wieloma osobami stoją nadal ograniczenia architektoniczne lub transportowe, a także trudności w relacjach społecznych. Osoby te wymagają

wsparcia na wielu obszarach codziennego życia. Z tego względu członkowie rodziny, którzy pełnią opiekę nad osobami zależnymi mogą odczuwać przemęczenie długotrwałą opieką, rezygnację, czasami bezradność. Aby wspomóc rodzinę znajdującą się w takiej sytuacji, wprowadzono systemy, które wspierają rodzinę [3, 5].

Jednym z pomysłów na polepszenie ich życia i funkcjonowania jest zorganizowanie grupy ludzi, którzy świadczą wolontariat i społecznie działają na rzecz osób zależnych. Jednak jedną z najbardziej istotnych i rozbudowanych form pomocy jest wsparcie instytucjonalne, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, definiowane jako szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i rodzinom głównie w celu mobilizowania ich sił, potencjału i zasobów, które zachowali, aby mogli, sami sobie radzić ze swoimi problemami. Pracownicy socjalni, pielęgniarki środowiskowe, lekarze pomagają przystosować się rodzinom do nowej sytuacji, służą poradą, w razie potrzeby pomocą materialną i usługową. Starają się wyjaśnić i pomóc przezwyciężyć pojawiające się trudności, a także uczulić na problemy, które mogą pojawić się w przyszłości. Programy pracy z takimi rodzinami powinny umożliwiać klientom radzenie sobie z własnymi odczuciami, oraz wypracowywanie efektywnych metod postępowania w sytuacjach problemowych. Aby móc efektywnie pomagać i wspierać rodziny z osobą zależną, należy zapoznać się z ich życiem, poznać środowisko, w którym przebywają. Należy zaplanować pracę, która wspierać będzie odpowiednio do potrzeb i potencjału tego środowiska, aby realizować wyznaczone zadania i realnie oceniać uzyskane efekty. Istotne jest przygotowanie do pierwszego etapu pracy, czyli do rozpoznania środowiska i zgodnie z uzyskanymi wynikami, dostosowanie sposobu wsparcia do potrzeb rodzin. Przygotowanie to powinno obejmować wiedzę i umiejętności w zakresie stawiania pełnej diagnozy środowiskowej.

W obrębie wsparcia instytucjonalnego można wyróżnić: wsparcie informacyjne, emocjonalne, materialne (zarówno rzeczowe, jak i finansowe) oraz przez świadczenie usług. Wsparcie informacyjne polega na dostarczaniu rodzinom opiekującymi się osobą zależną różnorodnych informacji: o działaniach innych instytucji pomocowych, organizacji pozarządowych, istniejących grupach wsparcia, wolontariacie, i innych instytucjach, w których rodzina mogłaby uzyskać dodatkową pomoc i wsparcie. Ten rodzaj działań zawiera również porady dotyczące możliwości i sposobach leczenia i rehabilitacji, informuje o przysługujących uprawnieniach. Innym rodzajem wsparcia jest wsparcie emocjonalne. Jest to bardzo ważny rodzaj wsparcia, potrzebny w czasie silnych przeżyć emocjonalnych, okresach załamania, poczuciu bezradności, jakie mogą towarzyszyć rodzinie opiekującej się osobami zależnymi. Członkowie takich rodzin mogą przeżywać kryzys psychiczny, z którym nie są w stanie

sobie sami poradzić, z tego względu wymagają działania podtrzymującego, obecności innych osób, życzliwego zrozumienia, wysłuchania i pokrzepienia. W tej grupie wsparcia ważny jest udział osób, które miały podobne doświadczenia życiowe i odniosły sukces. Tu istotna jest rola grup samopomocowych i grup wsparcia, stowarzyszeń czy organizacji pozarządowych.

Wsparcie materialne stanowi kolejną składową systemu wsparcia instytucjonalnego. Oparte jest ono na tradycyjnych formach udzielanej pomocy, czyli dostarczaniu środków finansowych i rzeczowych w zależności od zdiagnozowanych potrzeb: odzieży, opału, wyposażenia mieszkania czy sprzętu gospodarczego.

Inną formą wsparcia instytucjonalnego jest świadczenie usług – opiekuńczych, skierowanych na zaspokojenie najbardziej podstawowych potrzeb bądź specjalistycznych.

Praca z rodzinami nie jest łatwa, wymaga wiele cierpliwości i poświęcenia, a jej efekty zależą w dużym stopniu od zaangażowania rodziny zajmującej się osobą zależną. Nie bez znaczenia pozostaje również współpraca pomiędzy poszczególnymi instytucjami biorącymi udział we wsparciu danej rodziny. Instytucje współpracujące ze sobą na mocnych fundamentach tworzą „sieć” wsparcia, dzięki której można wnioskować, iż pomoc rodzinie stanie się bardziej kompleksowa, a dzięki temu bardziej efektywna. Efektywność tej współpracy będzie przejawiała się we wczesnym wspomaganiu rodziny.

Przyglądając się strukturze usług oferowanych rodzinom i ich członkom w poszczególnych modelach polityki społecznej, można dostrzec dużą różnorodność w zakresie rozwiązań strukturalno-organizacyjnych [4, 5].

W ramach modeli polityki społecznej wyodrębnia się politykę rodzinną, której cele i zadania wpisują się w zakres funkcjonowania odpowiednich modeli opieki społecznej, pomocy społecznej, integracji społecznej i wsparcia społecznego, a także modeli wsparcia rodziny, które stanowią podsystem odrębny i niekiedy organizacyjnie niezależny, ale powiązany zadaniowo z innymi podsystemami działającymi w polu aktywności służb społecznych [1, 3, 4].

W wielu przypadkach rodzin opiekujących się osobą zależną jest tak, że cała opieka nad nimi spoczywa na najbliższych członkach rodziny. Z tego względu wsparcie instytucjonalne dla tej grupy rodzin odgrywa tu kluczową rolę, nierzadko decydującą o dalszym funkcjonowaniu rodziny. Zaznaczyć należy, że występuje obecnie wysokie zapotrzebowanie na interwencję instytucjonalną w rodzinie w formach terapeutycznych i poradniczych oraz długotrwałą pomoc, przy jednoczesnym braku aktywnego zgłaszania problemów i niskim poziomie współpracy w ich rozwiązywaniu ze strony rodziny. W rodzinach opiekujących się osobami zależnymi istotne znaczenie ma szeroka sieć wsparcia ale również dostosowanie jej do indywidualnych potrzeb

każdej z rodzin. Ważne są tu dwie płaszczyzny wsparcia: wsparcie instytucjonalne (pracownicy socjalni, pielęgniarki, lekarze, psycholodzy) oraz wsparcie pozainstytucjonalne (obecność dalszej rodziny, znajomych, osób znaczących, grup samopomocowych, wolontariuszy). Istotnymi aspektami sieci wsparcia jest ich rozmiar, dostępność i szybkość w udzielaniu potrzebnej pomocy. Podsumowując, w działaniach wspierających rodzinę istotne znaczenie ma mobilizacja ludzkiej aktywności, czyli kształtowanie postaw radzenia sobie z własnymi problemami, wzmocnienie poczucia własnej wartości i sprawczości oraz propagowanie rozwijania własnych możliwości.

Bibliografia

- [1] Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzinny kontekst zdrowia i choroby*, CEM Warszawa 1995.
- [2] Jaworska-Oblój Z., Skuza B., *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych*, „Przegląd Psychologiczny” 1986.
- [3] Ziemska M., *Rodzina i dziecko*, PWN, Warszawa 1979.
- [4] Schulz R., *Szkoła – instytucja, system, rozwój*, Edytor, Toruń 1992.
- [5] Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, UJ, Kraków 2000.

Edyta Laurman-Jarząbek¹, Monika Szpringer², Eliza Mazur³

¹ Akademia Ignatianum, Kraków

² Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

³ Wszechnica Świętokrzyska, Kielce

Zakażenie HIV w życiu rodziny — „oswajanie nieznanego lądu”

HIV infection In life of a family — „getting accustomed the unknown land”

Abstract

Message that someone become HIV infected, is painful and always difficult for accepting. Reactions to it can be different: shock, rejection, anger, closing in oneself, finally approval. Then a question is arising, with whom share this message, where to find comforting and supporting. The appearance in the family a seropositive person is calling shock, despair, fear, even for her/his ruling out. Often with also a characteristic social reaction on the open forum a panic attack is visible, even there, where the infected person is threatening nobody. Illness always encourages family and friends. The family is sometimes the only support group for persons with the positive serologic status. Enlarging knowledge of the HIV/AIDS, may help family and ill person, by disappearance of myths and prejudice causes.

Keywords: HIV, family, illness, support, help, acceptance.

słowa kluczowe: HIV, rodzina, choroba, wsparcie, pomoc, akceptacja

Wprowadzenie

Ponad 30 lat temu świat usłyszał o kolejnej groźnej, śmiertelnej chorobie. Chorobie, która spowodowała panikę i niechęć do osób seropozytywnych, spychając ich na margines życia społecznego, rodzinnego, zawodowego. Wirus HIV i śmiertelna choroba AIDS do dziś budzi lęk i odrzucenie osób zakażonych i chorych. HIV wyzwała w człowieku agresję i moralne potępienie osób zakażonych. Bezpieczniej jest myśleć, że to „nas nie dotyczy” i że „wirus HIV atakuje tylko tych, którzy sobie na to zasłużyli”. Niezaprzeczalny jest fakt, że osoby zakażone żyją w społeczeństwie, wiele osób nosi w sobie śmiertelnego wirusa i być może wcale o tym nie wie. Od kilku lat walczy się z mitem, że HIV/AIDS to problem grup ryzyka: osób przyjmujących narkotyki

dożylnie, świadczących usługi seksualne czy zorientowanych homoseksualnie. HIV i choroba AIDS może stać się problemem każdego człowieka. Jan Paweł II 20 czerwca 1983 r. w Katowicach powiedział, że „Rodzina jest pierwszą i podstawową szkołą miłości społecznej. Trzeba uczynić wszystko, ażeby ta szkoła mogła pozostawać sobą. Równocześnie zaś rodzina musi być na tyle silna Bogiem – czyli miłością wzajemną wszystkich, którzy ją tworzą – że potrafi pozostać ostoją dla człowieka pośród wszystkich niszczycielskich prądów i bolesnych doświadczeń”.

Dane epidemiologiczne wskazują na rosnącą z każdym rokiem liczbę osób zakażonych w wyniku kontaktów seksualnych. Z danych Krajowego Centrum ds. AIDS wynika, że w ostatnich latach najczęściej zakażeń pojawia się u osób pomiędzy 20 a 29 rokiem życia. W tej grupie wiekowej występuje 85% wszystkich zakażeń na świecie, w Polsce natomiast wskaźnik ten sięga aż 60%, z czego około 8% stanowią osoby poniżej 20 roku życia. Liczba zakażeń HIV/AIDS w Europie również rośnie, 50% nowych zachorowań ma miejsce wśród osób w wieku 15–25 lat, a najczęstszym sposobem zakażenia jest kontakt heteroseksualny [18].

HIV/AIDS to nie tylko problem medyczny, ale również kulturowy. Jan Paweł II w przemówieniu wygłoszonym podczas konferencji dotyczącej problematyki AIDS, zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w listopadzie 1989 r. mówił „AIDS w porównaniu z innymi chorobami zakaźnymi, które nękały ludzkość na przestrzeni dziejów, wywołuje daleko głębsze reperkusje natury moralnej, społecznej, gospodarczej, prawnej i organizacyjnej, tak w życiu rodzin i lokalnych wspólnot, jak też w życiu poszczególnych krajów i całej wspólnoty narodów”. Ta wypowiedź jednoznacznie wskazuje, że problematyka zakażenia HIV i choroba AIDS to również istotny problem społeczny i pedagogiczny. M. Staniaszek zauważa, że „dotychczasowe zachowania społeczne, przybierające niekiedy formę agresji, świadczą, iż w społeczeństwie istnieją bariery strachu. Lęk przed zakażeniem zmienił się w lęk przed zakażonymi, a także przed ich rodzinami oraz osobami, które im pomagają. Wśród większości społeczeństwa bariera lęku wywołuje jednocześnie wiele bardzo szkodliwych zachowań, a zwłaszcza piętnowanie osób zakażonych, które zostają odrzucone” [14].

Zachowania wobec osób zakażonych HIV

Dyskryminacja, stygmatyzacja i izolacja osób zakażonych prowadzą do tragicznej w skutkach „gry pozorów”. HIV może dotknąć każdego, jego trudna do zauważenia obecność w organizmie dezorientuje i usypia czujność. W związku ze specyfiką zakażenia HIV, przebiegiem choroby, leczeniem i rehabilitacją,

osoby zakażone wirusem lub chore na AIDS często są klasyfikowane do osób odmiennych lub niepełnosprawnych. W Polsce zakażenia HIV wykrywane są od 25 lat, na przestrzeni tego czasu można więc wyróżnić trzy charakterystyczne okresy stosunku społeczeństwa wobec osób z HIV/AIDS oraz problemu AIDS:

I okres – wrogość, nastawienie negatywne, dyskryminujące zakażonych i chorych, wywołane brakiem lub fragmentaryczną wiedzą na temat HIV/AIDS, a szczególnie dróg zakażenia i możliwościach leczenia;

II okres – strach przed zakażonymi i chorymi, przypisywanie tych osób do grup ryzyka z jednoczesnym odrzuceniem społecznym (narkomani, osoby świadczące usługi seksualne, osoby zorientowane homoseksualnie), przy coraz większym zaangażowaniu w działania edukacyjne, profilaktyczne oraz podejmowane próby modyfikowania negatywnych zachowań społecznych;

III okres – kampanie społeczne, promujące między innymi: bezpieczniejsze zachowania seksualne, anonimowe testowanie w kierunku zakażenia HIV, edukowanie różnych grup zawodowych z zakresu problematyki HIV/AIDS (pedagodzy, nauczyciele, pielęgniarki, lekarze, katecheci, pracownicy socjalni, policja, straż miejska); to również czas podejmowania badań naukowych odnoszących się do wiedzy i postaw społeczeństwa wobec HIV/AIDS [7].

Człowiek i jego środowisko życia często wymagają pomocy. Obszary ryzyka są obecnie bardzo widoczne, funkcjonują pod nazwą syndromu 3B – bezrobocie, bieda, bezdomność [9]. Należy podkreślić, że wiele marginalizowanych grup (do których należą również dzieci i dorośli z HIV/AIDS) nie potrafią planować swojej przyszłości. Strategią pedagogicznego wsparcia i pomocniczości jest rozbudzenie nadziei, odrodzenie poczucia sensu życia przez włączenie ich do pełnego funkcjonowania w życiu społecznym. Niezwykle ważne staje się odkrycie potencjału w człowieku i umożliwienie jego wykorzystania w pracy zawodowej, życiu rodzinnym i społecznym.

Opieka, pomoc i wsparcie społeczne to pojęcia wykreowane właśnie przez pedagogikę społeczną i odnoszą się do humanistycznego spojrzenia na człowieka i jego życiową drogę. Humanistyczne spojrzenie na człowieka wymaga skupienia uwagi na potrzebach, uznawanych wartościach, dążeniach, ale i na drugiej stronie życia jakim są określone działania opiekuńcze, wspomagające i wspierające wobec osób przeżywających dramaty życiowe [10].

Rozpoznanie zakażenia HIV

Od kilkunastu lat w świadomości społecznej istnieje HIV, jednak wciąż niski poziom wiedzy i świadomości o ryzyku zakażenia i przebiegu choroby powodują, że osoby seropoztywne doświadczają dramatów życiowych. Czę-

sto wiedząc, że zachowywały się ryzykownie, z obawy przed dyskryminacją, stygmatyzacją i odrzuceniem nie decydują się na badanie w kierunku HIV. Osoby, które jednak decydują się poznać swój status serologiczny uznają, że jest to wyjątkowa sytuacja w życiu człowieka. To często zmierzenie się ze swoją „seksualną przeszłością” oraz innymi zachowaniami ryzykownymi, które mogły narazić osobę na zakażenie HIV. Aspekty psychologiczne HIV/AIDS są bardzo złożone. Wiele osób zakażonych wyraża opinię, że jest to bardzo „psychologiczne” zakażenie. Poza aspektami medycznymi, dotyczącymi zdrowia fizycznego i możliwościami leczenia, HIV wkracza w psychikę i intymne sfery życia pacjentów, naruszając tematy tabu związane z seksem, a często stylem życia związanym z używaniem narkotyków. Bardzo ważny jest społeczny i etyczny aspekt zakażenia. Właściwie od samego początku – od momentu podejmowania decyzji o poznaniu swojego statusu serologicznego, ma się do czynienia z „psychologicznym” badaniem („psychologiczna próbka krwi” zawierająca: przeszłość pacjenta, czyli powody wykonania testu, sytuacje ryzykowne, które spowodowały tę decyzję; terażniejszość: decyzja wiedzieć czy nie, że jest się zakażonym, obawa przed dodatnim wynikiem testu oraz przyszłość: jaki będzie rezultat testu i jeśli okaże się pozytywny, to jak będzie wyglądało dalsze życie). Choć obecnie infekcja HIV jest zakażeniem przewlekłym i istnieją możliwości leczenia, to jednak u większości osób zakażonych diagnoza ta wprowadza różnicę dotyczącą życia osobistego i społecznego. Trzeba wiele wysiłku, koncentracji oraz pomocy zarówno bliskich, jak i zawodowo zajmujących się pomocą osobom żyjącym z HIV/AIDS, aby zaakceptować diagnozę i nauczyć się żyć z wirusem. Mnogość lęku, bólu i samotności towarzyszy osobie, która dowiaduje się o swoim zakażeniu. Dlatego też tak bardzo ważne jest rozważenie wszystkich za i przeciw poddaniu się testowi przez pacjenta, aby mógł on wziąć pod uwagę wszystkie konsekwencje badania, szczególnie wtedy, gdyby wynik testu okazał się dodatni [11].

Z medycznego punktu widzenia test w kierunku HIV jest takim samym badaniem diagnostycznym, jakie wykonuje się w przypadku wielu innych schorzeń, ale różnica, według wielu osób, które uległy zakażeniu, albo tylko poddały się testowi, dotyczy zazwyczaj obawy przed stygmatyzacją, odrzuceniem, wykluczeniem z rodziny i społeczności, stratami w życiu osobistym w przypadku dodatniego wyniku badania w kierunku obecności w organizmie wirusa HIV. Wiele osób myśli, że właśnie skończyło się ich życie, choć długie życie z HIV jest możliwe. I nie chodzi tu o dosłowne zakończenie życia w tej chwili, tylko zmiany, jakie mogą nastąpić i obawa przed nimi.

Z perspektywy psychologicznej ważne momenty dla pacjenta to:

1. sytuacja przed testem (myśl o wykonaniu testu, proces podejmowania decyzji i pierwsza decyzja o wykonaniu testu, obawa o wynik testu);

2. testowanie (wizyta w placówce wykonującej test, rozmowa z doradcą, decyzja o wykonaniu testu, pobranie krwi, oczekiwanie na wynik lub decyzja o niewykonywaniu testu lub odroczenie decyzji);
3. otrzymanie wyniku: wynik ujemny: najczęściej towarzyszy tej sytuacji radość i wielka ulga; wynik dodatni: najczęściej początkowo towarzyszy tej sytuacji szok i przerażenie, obawa o przyszłość, lęk, poczucie straty i poczucie winy, często zdarza się zaprzeczanie: „to nie jest mój wynik”, „to na pewno pomyłka” i bunt, potem może przyjść moment targowania się i zadawanie pytania, co mogę zrobić, aby odwrócić sytuację;
4. następne fazy w przypadku otrzymania wyniku dodatniego:
 - a) uczenie się życia z HIV („oswajanie wirusa w sobie”); zrozumienie wyniku i zrozumienie nowej, nieodwracalnej sytuacji, próba przystosowania się do nowej sytuacji, szukanie pomocy, nowe spojrzenie na życie i jego wartość,
 - b) bezobjawowy okres zakażenia,
 - c) objawowy okres zakażenia, początek kłopotów zdrowotnych będących następstwem zakażenia,
 - d) początek choroby, choroba, diagnoza AIDS,
 - e) rozstawanie się z życiem, przygotowanie do śmierci [11].

Fazy te nie muszą przebiegać w jednakowy sposób u wszystkich osób, ściśle według podanych powyżej punktów. Poszczególne momenty mogą się na siebie nakładać, niektóre mogą powracać, często są przerywane okresami depresji, szczególnie wtedy, kiedy następują niekorzystne zmiany zdrowotne lub osobiste. Także czas poszczególnych etapów nie może zostać dokładnie określony. Zawsze jest to indywidualna sprawa, a powyższy schemat obrazuje tylko statystyczne prawdopodobieństwo.

Z badania Ogólnopolskiej Sieci Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”, przeprowadzonego wśród osób zakażonych wynika, że co trzecia osoba żyjąca z HIV czuje się z tego powodu dyskryminowana, a co piętnasta wręcz dręczona. Respondenci skarżą się między innymi na dręczenie przez rodzeństwo, ograniczenie kontaktów z rodzicami, rozpowiadanie o zakażeniu w miejscu pracy lub środowisku przez byłych partnerów, złe traktowanie w szpitalach, przychodniach i gabinetach dentystycznych. Osoby żyjące z HIV oraz lekarze nie mają wątpliwości: takie sytuacje wynikają z braku wiedzy polskiego społeczeństwa o drogach rozprzestrzeniania się wirusa [www.pozytywnieotwarci.pl]. Istotnym, często pomijanym problemem, na który wskazują wyniki badania, jest samotność osób żyjących z HIV. Co dziesiąty badany nie ma nikogo, z kim mógłby porozmawiać o swoich problemach. Podobna liczba badanych w ogóle nie uczestniczy w żadnych wydarzeniach towarzyskich ani imprezach, kolejne 13% robi to najwyżej raz na pół roku, aż 38% nie miałoby u kogo szukać pomocy, gdyby pojawiły się problemy finansowe [19].

„Oswajanie wirusa w sobie”

Człowiek żyjący z HIV wcześniej lub później pogodzi się z tym, co mu się przydarzyło, ale inni wcale nie muszą. Nie jest to więc informacja, którą powinni mieć wszyscy, bo wiedza dotycząca HIV/AIDS jest ciągle zbyt mała, zbyt wiele jest uprzedzeń i nieprawdziwych informacji krążących w społeczeństwie. Trudno jest więc przewidzieć reakcje ludzi na taką wiadomość. Z doświadczeń autorek¹ wynika, że nie należy spieszyć się z przekazywaniem informacji, należy to przemyśleć, tym bardziej, iż mieszkanie pod jednym dachem z rodzicami i rodzeństwem nie naraża ich na zakażenie.

Jedyną osobą, która powinna wiedzieć o zakażeniu jest partner seksualny. Przekazanie informacji partnerce/partnerowi seksualnemu to jedna z trudniejszych decyzji, ale trzeba ją podjąć. Partnerka/partner powinien wiedzieć o zakażeniu, jeśli utrzymuje się kontakty seksualne. HIV przenosi się przecież tą drogą, więc bliskiej osobie może grozić zakażenie. Często bywa tak, że partnerka/partner po dowiedzeniu się o zakażeniu staje się najważniejszą osobą dającą wsparcie i miłość. Nie zawsze reaguje w ten sposób natychmiast. Niektórzy potrzebują czasu. Muszą się oswoić z tą wiadomością, dowiedzieć więcej o HIV/AIDS, o sposobach zmniejszenia ryzyka zakażenia [15, 16]. Może się jednak zdarzyć, że partnerka/partner uzna, iż jest to powód do zerwania związku.

W Polsce i na świecie jest wiele par „mieszanych”, w których jeden z partnerów seksualnych jest zakażony HIV a drugi zdrowy. Ludzie żyjący z HIV spotykają też niezakażonych partnerów, z którymi wchodzi w związki formalne lub nieformalne. Jeśli konsekwentnie stosują się do reguł bezpiecznego seksu, wówczas niezakażony partner/partnerka nie ulega zakażeniu. Ale niezakażony partner/partnerka powinni wiedzieć o zakażeniu.

Rodzina w „oswajaniu nieznanego lądu”

Rodzina to pierwsze, najważniejsze środowisko wychowawcze dziecka, które uznaje się za doskonałe źródło jego wszechstronnego rozwoju. Tu kształtuje się osobowość człowieka i istotne wartości życia ludzkiego. W niej człowiek winien znaleźć konieczne elementy do pełnego rozwoju osobowego i zostaje przygotowany do życia we wspólnocie rodzinnej. Rodzina powinna być ostoją, w której najpełniej zaspokajana jest potrzeba bezpieczeństwa, mająca pod-

¹ Autorki artykułu od wielu lat pracują w punkcie konsultacyjno-diagnostycznym, w którym wykonuje się anonimowo testy (przesiewowe i potwierdzenia) w kierunku HIV, połączone z profesjonalnym poradnictwem przed i po teście, jak również w grupach wsparcia dla osób zakażonych HIV.

stawowe znaczenie w życiu każdego człowieka. Rodzina pomaga człowiekowi odnaleźć jego tożsamość i realizować się jako osobie – wolnej, niepowtarzalnej, obdarzonej własną godnością. Św. Paweł pisze: „miłość współweseli się z prawdą, wszystko znosi, wszystkiemu wierzy, we wszystkim pokłada nadzieję, wszystko przetrzyma i nigdy nie ustaje” [1 Kor 13, 6–8]. Każda rodzina może zbudować taką miłość. Taka miłość rodzinna uszlachetnia, doskonali się przez wspólne troski i radości, buduje fundament dla radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Niezwykłym sprawdzianem miłości rodzicielskiej jest informacja o wykryciu u dziecka zakażenia HIV. Przekazanie informacji rodzinie jest stresujące zarówno dla osoby zakażonej, jak i dla jej bliskich. Niektórzy mówią rodzinie zaraz po dowiedzeniu się o zakażeniu, inni po latach, a jeszcze inni nigdy o tym nie wspominają. Nie ma dobrego momentu, dobrego czasu na powiedzenie rodzicom, rodzeństwu czy całej rodzinie, że jest się zakażonym HIV. Często rodzina stanowi ogromną pomoc, wsparcie dla osób żyjących z HIV, bywa jednak, że pogarszają się relacje, zrywane są kontakty. Zdarza się też, że rodzice stają się nadopiekuńczy wobec dorosłego dziecka, co też bywa trudne do zniesienia.

Bez względu na wiek, w którym pojawia się informacja o zakażeniu, każdy człowiek potrzebuje wsparcia, akceptacji, życzliwości i poczucia bezpieczeństwa. Takie potrzeby mogą być zaspokojone w rodzinie. Informacja o zakażeniu jest bardzo trudna do zaakceptowania przez pozostałych członków rodziny. Reakcje i uczucia towarzyszące takiej wiedzy przebiegają w kilku fazach [16]:

- 1) szok i niedowierzanie – nieprzyjmowanie do wiadomości, że osoba bliska jest zakażona, zadawanie pytań, jak to się stało i dlaczego,
- 2) uczucie złości i wrogości – fakt, że bliska osoba jest seropozytywna jest trudny do zaakceptowania, pojawia się złość w stosunku do osoby, a bardziej do jej zachowań, które mogły narazić ją na ryzyko zakażenia; zamiast negocjowania i moralizowania przeszłych zachowań osobie zakażonej HIV potrzebna jest bezwarunkowa akceptacja,
- 3) poczucie nieszczęścia – większość rodziców na informację o zakażeniu dziecka doświadcza poczucia straty związanej z utratą marzeń w stosunku do przyszłości własnego dziecka, to nieszczęście potęgowane jest często przez fakt ujawnienia przez osobę zakażoną swoich preferencji seksualnych (w sytuacji zakażenia w wyniku zachowań homoseksualnych lub biseksualnych),
- 4) uczucie niepewności – często niska wiedza o przebiegu zakażenia HIV wywołuje silne wyobrażenia o śmiertelnej i zaraźliwej chorobie. Warto poszukać prawdziwych i rzetelnych informacji o HIV/AIDS, bo wiedza

ta pozwoli uniknąć wielu trudności w zrozumieniu specyfiki choroby i jej przebiegu,

- 5) reakcje instynktowne – wielu rodziców odczuwa osobistą trudność w odnalezieniu zgody między troską a odrzuceniem. Czasami zdarza się, że informacja o śmiertelnej chorobie powoduje przebaczenie doznanych krzywd, pogodzenie się z trudnymi decyzjami dzieci (np. dotyczących wyboru stylu życia czy partnera życiowego), ale wyzwała też gotowość do podjęcia się trudu opieki.

Osoba żyjąca z HIV nie oczekuje litości, a jedynie zrozumienia i akceptacji. Świadomość bycia seropozytywnym wyzwała w człowieku nastroje depresyjne, połączone z bezsilnością i brakiem poczucia sensu życia. Pojawia się autorefleksja, która wywołuje dwojaką reakcję – jedni – świadomi swojego ryzykownego zachowania, które doprowadziło do zakażenia – mają poczucie winy, natomiast inni – czując się ofiarami wypadku losowego – koncentrują się na poczuciu krzywdy. Osoby z poczuciem winy trzeba chronić przed popadnięciem w negację siebie. Nie jest łatwo zaakceptować własne błędy i ich nieodwracalne konsekwencje wiedząc, że można było do nich nie dopuścić. Można zaobserwować u wielu osób żyjących z HIV przyspieszony proces dojrzewania osobowości, oparty na nowych wartościach i radykalnej zmianie zachowań i stylu życia. Wsparcie rodziny miewa w tych przypadkach kluczowe znaczenie [16]. To wtedy najbardziej człowiek potrzebuje członków rodziny i bliskich, którzy pomogą mu odbudować poczucie własnej wartości oraz da mu poczucie bycia bezwarunkowo akceptowanym i kochanym.

Jednym z warunków psychologicznego rozwoju człowieka są satysfakcjonujące kontakty z rówieśnikami i wymiana emocjonalna z otoczeniem. Brak kontaktów z innymi ludźmi grozi zamknięciem się w sobie i własnym świecie. Rola rodziny jest tu niełatwa, gdyż wydaje się że natrętne zachęcanie i aranżowanie kontaktów czy też całkowite odseparowanie od znajomych jest nieskuteczne [16].

Warto nadmienić, że w Polsce funkcjonują organizacje pozarządowe wspierające osoby żyjące z HIV. Organizują one spotkania i wyjazdy dla osób zakażonych, jak również i dla dzieci żyjących z tym problemem. Corocznie odbywają się spotkania integracyjne, podczas których prowadzone są warsztaty przez lekarzy oraz psychoterapeutów. Istnieje możliwość bezpośrednich konsultacji ze specjalistami oraz wymiana doświadczeń z innymi osobami.

Każda forma działań na rzecz rozwiązywania problemów osób żyjących z HIV i chorych na AIDS jest bardzo cenna. Wymaga jednak zaangażowania wielu środowisk, nie tylko pozarządowych, ale również rządowych, samorządowych oraz pracy wolontariuszy. Organizowanie kampanii i innych działań na rzecz podniesienia poziomu świadomości w społeczeństwie o prawach i obowiązkach ludzi żyjących z HIV przyczynia się do zmiany jakości życia

samych zakażonych, ich rodzin oraz bliskich. Choroby AIDS nie wolno postrzegać w kontekście winy i kary. Członkowie rodziny powinni unikać z jednej strony zbytnej opiekuńczości, a z drugiej – moralizowania i pouczania. Obydwie postawy szkodzą. Pomaga spokojna życzliwość, zrozumienie, wiara i przekonanie, że zakażenie HIV nie zmienia samego człowieka, jedynie może mieć wpływ na zmianę jego stylu życia [16].

Potrzeba czasu, aby ból związany z wiadomością o nieuleczalnej chorobie członka rodziny zamienił się w satysfakcjonujące życie emocjonalne i rodzinne na „nieznanym dotąd lądzie”. Większość rodziców „dodatnich” pacjentów po latach odkrywa, że to nie osoba żyjąca z HIV jest odrzucana, ale fakt zakażenia. To uczucie jest bardzo silne i czasami trzeba wielu miesięcy, żeby poznać HIV, pozbyć się uprzedzeń, obalić mity z nim związane, a w końcu oswoić wirusa i zaakceptować jego „bycie w rodzinie”.

Bibliografia

- [1] *Chrześcijaństwo wobec AIDS – materiały dla wychowawców, nauczycieli, katechetów szkół podstawowych i średnich*, przeł. R. Lewandowski, W drodze, Poznań 1994.
- [2] *Współczesne leczenie HIV i AIDS*, red. A. Gładysz, Volumed, Wrocław 2000.
- [3] Gładysz A., Juszczyk J., Dubik A., *Poradnictwo przed- i potestowe dla lekarza pierwszego kontaktu*, Volumed, Wrocław 1999.
- [4] *Żyć z wirusem... Poradnik dla osób żyjących z HIV*, red. I. Głowaczowska, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1997.
- [5] *HIV/AIDS podręcznik dla lekarzy i studentów*, red. W. Halota, J. Juszczyk, Termedia, Poznań 2006.
- [6] Hładik A., *HIV – fobia a realność – zagrożenia przełomu wieków*, [w:] *Dewiacyjne aspekty współczesnego świata: przejawy – zapobieganie – terapia*, red. M. Prokosz, Adam Marszałek, Toruń 2005.
- [7] Izdebski Z., *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997, 2001, 2005*, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2006.
- [8] Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji na temat AIDS 15.10.1989 r.*, [w:] *Człowiek a AIDS*, pr. zb., Wydawnictwo Lubelskie Nowe, Lublin 1994.
- [9] Kawula S., *Pomocniczość i wsparcie. Kategorie pedagogiki społecznej*, Kastalia, Olsztyn 2002.
- [10] *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualności – perspektywy*, red. S. Kawula, Adam Marszałek, Toruń 2006.
- [11] Konieczny G., Lipnicki A., Piasek A., Rogowska-Szadkowska D., *Wskaźniki dla osób pracujących z Punktach Anonimowego Testowania*, Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2006.
- [12] Mion R., Piolli C. (a cura), *Tempo e tempo libero dei giovani: quale educazione*, 2002.

- [13] Nowacka V., *Znaczenie wsparcia psychicznego w przypadku zakażenia wirusem HIV*, „Problemy Rodziny” 1998, nr 2.
- [14] Staniaszek M., *Co należy wiedzieć o HIV i AIDS?*, [w:] *Człowiek a AIDS*, pr. zb., Wydawnictwo Lubelskie Nowe, Lublin 1994.
- [15] Szatkowska-Rogowska D., *HIV/AIDS – zarys zjawiska*, „Remedium” 2005, nr 6.
- [16] *Życie z wirusem*, red. D. Szatkowska-Rogowska, Wyd. KC ds. AIDS, Warszawa 2007.
- [17] Szczegółowe sprawozdanie z realizacji w 2007 roku Harmonogramu Realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV na lata 2007–2011, cz. 1.
- [18] www.aids.gov.pl.
- [19] www.pozytywnieotwarci.pl.

Helena Kadučáková¹, Anna Goździalska², Jerzy Jaśkiewicz²

¹ Catholic University in Ružomberok, Faculty of Health, Department of Nursing, Slovakia

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

Zdroje odolnosti v rodine pri starostlivosti o chronicky choré dieťa

Source of resistance in family care of chronically ill child

Abstract

In tackling with the consequences of stressful situations, every family has a certain set of personal attitudes of cognitive and behavioral character, that regulates the relationship between stressful occurrences and family health. The contribution is focused on identifying sources of resistance in the family by the parent's sex in the care of chronically ill child.

To collect empirical data was used a standardized questionnaire „Family Hardiness Index“ (FHI). Sample consisted of 360 parents (181 mothers and 179 fathers) who provide care of chronically sick children (aged 1 – to 5 years of age) in the family.

The results in the investigation file (in the sample) parents that her father reported generally higher level of family resilience as a mother. Towards an effective stress coping in the family can significantly contribute the assessment and identify sources of resistance in the family and the subsequent implementation of individual interventions such as part of nursing care under the care of chronically ill child.

Keywords: family, sources of resistance, chronically ill child, responsibility, challenge, control

Úvod

V súčasnej dobe výskumné trendy a výskumné štúdie rodiny presúvajú záujem od výskumu problémových rodín k výskumu zdravého rodinného fungovania. Pre zdravé rodinné fungovanie a odolnosť rodiny nie je až tak rozhodujúca forma/štruktúra rodiny, ako rodinné procesy ktoré v nej prebiehajú [7]. Rodinné procesy z aspektu biopsychosociálnej systémovej orientácie sledujú mnohopočetné, vzájomne zložité pôsobiace faktory vo vzťahoch fungovania jednotlivcov – rodina. Z ekosystémového prístupu k rodine je rodina hodno-

tená vo vzťahu k individuálnym potrebám členov rodiny a širšieho sociálneho systému do ktorého je každá rodina začlenená. Centrom pozornosti v tomto smerovaní sa stávajú pojmy ako adaptácia, zvládanie záťaže, odolnosť, zdroje síl, možnosti, silné stránky rodiny.

Záťažové situácie sú každodennou súčasťou nielen spoločenského, ale aj rodinného života a ovplyvňujú zdravie jednotlivca a zároveň aj zdravie jeho rodiny. Pri vyrovnávaní sa s následkami takýchto situácií, rodiny majú určitú schopnosť adaptácie na zmenu v zmysle aktívnych vnútorných síl rodiny. No nie každá rodina má schopnosť zmobilizovať svoje adaptačné zdroje a vtedy potrebuje pomoc odborníkov. V rámci interdisciplinárnej pomoci je veľmi dôležité dodržiavať základný princíp partnerskej spolupráce odborníkov s rodinou.

Rodina ako primárny biopsychosociálny činiteľ v presadzovaní zdravia a duševnej pohody je charakterizovaná tým že:

- má kontrolu nad životnými udalosťami a zvládaním ťažkostí a problémov,
- zmeny prijíma ako užitočný a podporný faktor rodinného vývoja,
- aktívne sa orientuje pri zvládaní stresových situácií a pri adaptácii na ne.

Je prirodzené, že všetci rodičia túžia mať zdravé, „normálne, ak nie priamo „perfektné“ dieťa. Mnoho rodičov má dokonca vopred utvorenú predstavu o tom, ako má ich dieťa vyzeráť a čím sa má v budúcnosti stať, a to často skôr, ako sa im dieťa narodí. Rodičia, najmä tí, ktorých ambície v detstve a mladosti boli rôznym spôsobom frustrované (napr. túžili byť úspešnejší, talentovanejší, atraktívnejší a pod.) si vedome alebo podvedome prajú, aby aspoň dieťa splnilo ich očakávanie. Chronicky choré dieťa, žiaľ mnohokrát tieto očakávania rodičov nespĺňa a je často touto skutočnosťou stigmatizované a následne izolované, pričom stigma, izolácia a stres sa dotýka celej rodiny. Čím viac sa dieťa odlišuje od spoločensky uznávaných noriem, tým väčšia je diskreditácia rodiny nielen z pohľadu spoločenského okolia, ale niekedy aj v očiach samotných jej príslušníkov [7]. Rodinný stres, ktorý vzniká v rámci životných situácií je ponímaný ako nešpecifická požiadavka na adaptačné správanie rodiny. Jeho úroveň v rodine závisí od závažnosti a intenzity stresorov. Výskumy zamerané na stres a jeho zvládanie v rodine nie sú zďaleka také rozsiahle, ako práce zamerané na stres a jeho zvládanie u jednotlivca. V každej rodine sa vyvíjajú špecifické spôsoby zvládania úloh a riešenia problémov, ktoré sú ovplyvnené systémom presvedčení a názorov, ktoré sa jednotliví členovia rodiny i rodina ako celok rozhodne využiť [8]. Centrom pozornosti v tomto smerovaní sa stávajú pojmy ako adaptácia, zvládanie záťaže, odolnosť, zdroje síl, možnosti, silné stránky rodiny.

Cieľ práce

Cieľom práce bolo identifikovať mieru rezistencie a zdroje odolnosti v rodine pri starostlivosti o chronicky choré dieťa. Zistiť rozdielnosť zdrojov odolnosti medzi matkami a otcami.

Súbor

Vzorku respondentov tvoril súbor rodičov (otcov, matiek). Z celkového počtu 360 rodičov bolo 181 (50 %) matiek a 179 (50%) otcov. Do skúmaného súboru boli zaradení rodičia, ktorí spĺňali nasledovné kritériá: súhlas respondenta pre zaradenie do výskumu, participácia na výchove a starostlivosti o chronicky choré dieťaťa (vo veku od 1 – do 5 rokov života) v rodine.

Metodika

Na zber empirických údajov bol použitý štandardizovaný dotazník Family Hardiness Index (FHI) [4] ktorý meria rezistenciu voči stresu so zameraním na zdroje odolnosti v rodine. Dotazník pozostával z dvadsiatich položiek, zoradených do troch subškál:

1. **subškála – zodpovednosť** (Commitment) obsahuje 8 položiek; meria súdržnosť, spoluprácu rodiča pri zvládaní záťaže, vnútorné sily u rodiča, previazanosť a schopnosť spoločne riešiť záťaž v rodine.
2. **subškála – výzva** (Challenge) obsahuje 6 položiek; meria schopnosť rodiča prijímať výzvy, byť aktívny skúšať nové veci a učiť sa zo skúseností.
3. **subškála.– kontrola** (Control) obsahuje 6 položiek; meria schopnosť rodiča ovplyvňovať rodinný život.

Respondenti v dotazníku hodnotili jednotlivo každú položku odpoveďou v škále od 0–3, kde platí = 0, skôr platí = 1, skôr neplatí = 2, neplatí = 3 body. Na štatistické porovnanie rozdielov bola použitá metóda ANOVA.

Výsledky

Cieľom príspevku je priblížiť výsledky týkajúce sa identifikácii zdrojov odolnosti v rodine podľa pohlavia rodičov, pri zvládaní záťažových situácií v rámci starostlivosti o chronicky choré dieťa.

Vo výsledkoch štatistickej analýzy z hľadiska pohlavia rodičov v subškále zodpovednosť (tab. 1). bolo v skupine otcov dosiahnuté celkové priemerné skóre 2,02 a v skupine matiek 1,98 bodov. V subškále **kontrola** (tab. 2) bolo v skupine otcov dosiahnuté celkové priemerné skóre 1,69 a v skupine matiek

1,65 bodov. V oboch subškálach sa nezistili významné signifikantné rozdiely v súhrnnom skóre medzi rodičmi.

Tab. 1 Hodnotenie subškály – zodpovednosť

FHI_1	Skupina	Priemer	Št. odchýlka	Min.	Max.
	otec	2,02	0,5137	0,8	2,9
	matka	1,98	0,5168	0,6	3,0
	spolu	2,06	0,5164	0,5	3,0

Tab. 2 Hodnotenie subškály – kontrola

FHI_3	Skupina	Priemer	Št. odchýlka	Min.	Max.
	otec	1,69	0,5391	0,7	2,7
	matka	1,65	0,4874	0,7	2,8
	spolu	1,63	0,5255	0,2	2,8

Signifikantné rozdiely sme zistili v subškále **výzva** (tab. 3), kde sme hodnotili schopnosti rodiča prijímať výzvy, byť aktívny skúšať nové veci a učiť sa zo skúseností. V súhrnnom skóre u otcov bola nameraná vyššia priemerná škálová hodnota – 2,00 ako u matiek – 1,88.

Tab. 3 Hodnotenie subškály – výzva

FHI_2	Skupina	Priemer	Št. odchýlka	Min.	Max.
	otec	2,00	0,6127	0,3	3,0
	matka	1,88	0,5952	0,3	3,0
	spolu	2,02	0,5980	0,2	3,0

Pri posudzovaní **celkovej miery** rezistencie voči záťažovej situácie v rodine (tab. 4) z hľadiska pohlavia rodičov – otcovia vykazovali významne vyššiu priemernú škálovú hodnotu – 1,92 ako matky – 1,85.

Tab. 4 Celkové hodnotenie dotazníka

FHI	Skupina	Priemer	Št. odchýlka	Min.	Max.
	otec	1,92	0,3414	1,2	2,6
	matka	1,85	0,3724	0,8	2,7
	spolu	1,92	0,3863	0,8	2,9

Diskusia

V subškále **zodpovednosť** sa sledovala súdržnosť, spolupráca rodiča pri zvládaní záťaže, vnútorné sily u rodiča, previazanosť a schopnosť spoločne riešiť záťaž v rodine. Ako uvádza tab.1 nezistili sa významné signifikantné rozdiely v súhrnnom skóre otcov i matiek. Vplyv ochorenia dieťaťa na manželský vzťah rodičov je veľký, avšak nemožno ho hodnotiť jednoznačne negatívne. V súčasnosti sa objavujú štúdie, ktoré zdôrazňujú, zvýšenú pevnosť, súdržnosť a previazanosť u týchto rodín. No väčšina autorov zastáva názor, že chronicky choré dieťa predstavuje pre rodinu obrovské riziko narušenia stability manželského vzťahu. Ako uvádza Strnádová [9] tam, kde v dennej starostlivosti o dieťa boli zastúpení obaja rodičia tieto rodiny boli prevažne stabilné a funkčné, i ostatné demografické ukazovatele (napr. počet detí a vzdelanostná úroveň rodičov) sú v nich približne rovnaké, ako v rodinách so zdravými deťmi.

Je veľmi náročné zovšeobecňovať vzťahy a interakcie medzi rodičmi a deťmi vo všeobecnej rovine, pretože ich ovplyvňuje veľa faktorov, predovšetkým je to samotné ochorenie, ktoré môže permanentne vytvárať záťažovú situáciu. Dôležitú rolu zohráva aj osobnostná štruktúra jednotlivých členov rodiny, ktorá je veľmi variabilná. Vzťahy v rodine ovplyvňuje taktiež úroveň komunikácie, spôsob akým sa o problémoch hovorí, miera otvorenosti a úprimnosti vo vzťahoch i celkový životný štýl rodiny [8].

Signifikantné rozdiely sme zistili aj v subškále **výzva**, ktorá sa zamerala na hodnotenie schopnosti rodiča prijímať výzvy, byť aktívny skúšať nové veci a učiť sa zo skúseností. V súhrnnom skóre (viď. tab. 3), u otcov bola nameraná vyššia priemerná škálová hodnota ako u matiek.

Chronické ochorenie u dieťaťa môže byť pre rodičov situáciou ktorú filozofia nazýva existenciálnou, ak si kladie človek otázky o jeho význame pre spoločnosť. Existencionálna situácia sa stáva novým, iným spôsobom bytia. Charakterizuje ju predovšetkým strata samozrejmosti a istoty, čo prináša se sebou nepokoj a zvýšenú mieru úzkosti. Chronické choré dieťa, často u rodičov vyvoláva – vinu, utrpenie, pocit prázdna, hrôzy, osamelosti. Ale je tu možnosť, tvrdí Matoušek [3] objavovania seba, zrkadlenie svojej dôstojnosti v nových dimenziách ľudsky možného.

Matky, ktoré majú chronicky choré dieťa, môžu ho niekedy vnímať aj ako vlastné zlyhanie, uvedomujú si svoju vlastnú bezmocnosť a stávajú sa agresívne a negativistické. V skutočnosti sa však môže jednať o prejav zúfalstva a na toto sa nesmie v rámci starostlivosti o rodinu zabúdať. V rámci našej kultúry matky boli a sú považované za emocionálnejšie a vnímajú rodinný život viac v jeho bezprostrednej a živej realite, postihujú ho priamo v jeho základných vzťahoch. Otcovia naopak akoby ho hodnotili a posudzovali z abstraktnejšej pozície logickej operácie abstrahovania a kategorizovania skôr v jeho účin-

koch ako v jeho bezprostrednom prežívaní [5] čo potvrdzujú aj výsledky nášho prieskumu.

V subškále **kontrola**, kde sa merala schopnosť rodiča ovplyvňovať rodinný život sme nezistili signifikantné rozdiely medzi matkami a otcami. Sobotková [8] uvádza, že psychicky, zmyslovo alebo somaticky choré dieťa nie je pre rodinu iba niečím „čo chýba“, alebo naopak „čo je tu navyše“ ale posúva fungovanie rodiny a schopnosť rodiny ovplyvňovať rodinný život na kvalitatívne novú úroveň. Každé ochorenie pôsobí na rodinu aj dieťa špecifickým spôsobom, ktoré súvisí: s časovým faktorom, s druhom a stupňom ochorenia, s príčinou jeho vzniku. Ochorenie dieťa ovplyvňuje aj ekonomicky status rodiny. Citová opora a vzájomná istota, pocit prináležitosti, sociálne prostredie umožňujú rodičom aj deťom prekonávať prekážky a konflikty a stávajú sa základným predpokladom kvalitného sebarozvoja rodiča v novej roly a v realizácii vnútorného potencionálu každého člena rodiny, ale aj rodiny ako celku [10].

Rodičia pripravujú dieťa pre život a dieťa potrebuje rodičov najviac zo všetkých ľudí. Niekedy sa zabúda, že aj rodičia potrebujú dieťa, pretože, medzi základné psychosociálne potreby každého zrelého dospelého človeka patrí starostlivosť o potomkov a odovzdávanie skúseností a vlastnej osobnosti deťom. Tým je zabezpečená duševná a kultúrna kontinuita generácií, lebo rodičia v svojich deťoch vidia svojich pokračovateľov [10].

Podľa Oravcovej [6] môžu konkrétne životné podmienky a situácie, alebo stimulovať psychický rozvoj každej osobnosti, teda utvárať a rozvíjať vedomú reguláciu aktivity a integrovanosti osobnosti, a to v prípade, že predstavujú optimálnu psychickú záťaž, alebo sa stať zdrojom psychickej dezintegrácie. Táto nastáva v prípade, že jednotlivec (žena/muž) nie je schopný vedome regulovať správanie, nie je schopný uplatniť „účinnú kapacitu rozumu“, nakoľko podlieha situačným tlakom, ktoré pre neho predstavujú extrémnu psychickú záťaž. Vplyv situácie na psychiku je teda funkciou reálneho rozporu medzi predpokladmi, motiváciou, schopnosťami a temperamentnými charakteristikami osobnosti na jednej strane a situačnými nárokmi na psychiku daného jednotlivca na druhej strane [1].

Pri posudzovaní **celkovej miery** rezistencie voči záťažovej situácie v rodine sme zistili (viď. tab. 4), že otcovia vykazovali významne vyššiu priemernú škálovú hodnotu ako matky. Rodina s chorým dieťaťom sa dostáva do situácie, ktorá vyžaduje zmenu doterajšieho spôsobu života, preberanie nových rol a plnenie nových špecifických úloh. Ak má rodinný systém zostať zachovalý rodina musí neustále reagovať na meniace sa vonkajšie a vnútorné podmienky – adaptovať sa. Adaptačné schopnosti rodiny sú veľmi individuálne. Matejiček [2] uvádza, že adaptačné schopnosti rodiny sú spravidla také silné, aký silný je najslabší člen rodiny. Ak záťaž prekročí prah únosnosti rodina získava zna-

ky dysfunkčnosti, alebo sa úplne rozpadá. Toto tvrdenie je však hypotetické, pretože ako uvádza Bratská [1] pri adaptácii na záťažové situácie zohrávajú významnú úlohu vôľové vlastnosti jednotlivca, (rodičov, súrodencov), schopnosť prekonávať prekážky, húževnatosť a schopnosť nájsť pekné a príjemné chvíle a zážitky aj v ťažkých životných situáciách. Vzťahy medzi jednotlivými členmi rodiny, z nich menovite manželské vzťahy svojou kvalitou buď napomáhajú proces adaptácie, alebo naopak ho narúšajú, či celkom znemožňujú. Dôležitú rolu tu zohrávajú aj dobre udržiavané vzťahy s príbuznými, s priateľmi a skúsenosť rodičov s výchovou staršieho zdravého dieťaťa. Stabilný hodnotový systém rodiny, jej široko rozvinuté záujmy, vnímanie ochorenia skôr ako výzvu k boju než ako neúnosné bremeno, vzťah dôvery k zdravotníckym pracovníkom, ktorí sa o dieťa starajú. Súčasná spoločnosť má výrazný vplyv na fungovanie rodiny, nakoľko manželia/otcovia strácajú v nej výhradné postavenie žiteľa rodiny. Historické postavenie otca v rodine sa oslabilo, ale na druhej strane sa v rodine vytvoril preň priestor, čo sa týka starostlivosti o deti. Otcovstvo nadobudlo nový význam – inštitucionálne otcovstvo, v ktorom otec predstavoval autoritu, nahradilo vzťahové otcovstvo, ktoré je založené na tesnom citovom trojdimenzionálnom vzťahu otec – matka – dieťa.

Rodina spája svojich členov intímnymi pocitmi a vzťahmi, vzájomnou pomocou a spoluprácou, citová opora a vzájomná istota, pocit spolunáležitosti, umožňujú členom rodiny prekonávať prekážky a konflikty, s ktorými sa stretávajú vo svete mimo rodiny, ale aj v nej. Rodina má veľký význam pre vývin a stálu obnovu života. Dáva pocit istoty. Ochorenie niektorého člena zasahuje a ovplyvňuje celú rodinu. V praxi sa často stretávame z rozpadom rodín práve v situácii, keď sa objaví nejaký problém, najmä u mladších vekových skupín rodičov. Tieto skutočnosti dávajú výzvy pre všetkých, ktorým zdravie rodiny nie je ľahostajné, nakoľko zdravá rodina sa rovná zdravá spoločnosť. Z uvedeného vyplýva potreba aplikovať naše zistenia na úroveň profesionálnej prípravy zdravotníckych pracovníkov v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti, využívať pri posudzovaní problémov a potrieb rodiny validné a reliabilné dotazníky a realizovať intervenčné štúdie u rodičov s metodikou porovnateľnou so zahraničnými štúdiami.

Záver

Rodina sa stáva integrálnou súčasťou spoločenského celku. Miera a spôsob poskytovania starostlivosti závisí od kultúrnych tradícií, historického modelu starostlivosti o rodinu, usporiadania danej spoločnosti.

Pojem problémovosť modernej rodiny predstavuje zvýšená labilita manželstva a rodiny, znížená pevnosť a stálosť modernej rodiny v porovnaní s ro-

dinnými sústavami minulosti. Tu si treba uvedomiť najmä dve skutočnosti:

1. väčšina základných problémov s ktorými zápasila rodina v podchádzajúcich spoločenských formáciách, neboli vlastnými problémami rodiny, ale všeobecnými problémami spoločnosti, ktoré sa na pôde rodiny iba aktualizovali. Problémy boli častou základných rozporov daného spoločenského systému;
2. v historickom vývoji prešla rodina hlbokými premenami, ktoré sa dotkli všetkých podstatných determinantov jej existencie: funkcií, veľkosti, štruktúry. Podstata toho procesu spočíva v tom, že sa ťažisko rodinného života presunulo z roviny vonkajšej, od aspektov biologických a ekonomických do roviny vnútornej. Moderná rodina je vybudovaná na medziosobných vzťahoch svojich členov, predovšetkým na manželskom vzťahu a jeho sebamenšie narušenie môže mať osudné dôsledky pre samotnú existenciu rodiny.

Kvalita vzťahov v rodine sa stala základnou a rozhodujúcou otázkou rodinného života, no súčasne aj jej kardiálnym bodom. Tak ako sa zvýšil relatívny význam interpersonálnych vzťahov, zvýšil sa aj význam činiteľov schopných ich narušiť. Ten istý jav, ktorý sa v pevnej štruktúre starej rodiny, pod tlakom existenčných ohľadov nemohol zväčša plne rozvinúť a uplatniť, môže v modernej rodine nadobudnúť veľké rozmery a prejavíť sa ako základný činiteľ. Problematika rodiny spočíva v procese adaptácie – zmeny funkcie a štruktúry rodiny. K tomu však treba dodať, že proces a mechanizmus adaptácie sa prejavujú, pokiaľ ide o rodinu, celkom špecifickými znakmi, ktoré vyplývajú z jej osobitného charakteru, spoločenskej a biologickej determinovanosti.

Rodina ako primárna skupina v živote človeka, je tá najvplyvnejšia skupina, do ktorej človek patrí. Práve rodina je jedným z významných podporných činiteľov v živote človeka.

Najdôležitejšími faktormi rodinnej harmónie, funkčnosti a stability sú jasne vymedzené role a schopnosť jednotlivcov zastupovať sa v nich, jasná komunikácia, spôsob vyjadrovania konfliktov a účinnosť interakcie pri ich riešení. Zdravá rodina umožňuje samostatnosť, osobnú zodpovednosť, poskytuje pocit emočnej blízkosti, prejavovanie vzájomnosti každému svojmu členovi. Dôležitá je rodinná adaptabilita. Fungujúca rodina je schopná kreatívne riešiť situácie, ktoré prináša život, reagovať na ne adekvátne, meniť rodinnú štruktúru, vzťahy role a pravidlá. Podstatná je schopnosť vyjadriť podporu, záujem, možnosť zástupnosti.

Preventívne opatrenia zamerané na zdravie v rodine a jeho podporu zohrávajú dôležitú úlohu v oblasti prevencie aj v ošetrovatelstve. Sestra spolu s lekármi, pedagógmi, sociológmi a psychológmi sa stáva, dôležitou oporou rodiny v starostlivosti o zdravie jej jednotlivých členov, ale i rodiny ako celku.

Zdravie rodiny bolo, je a bude najdôležitejšou hodnotou a potrebou v globálnom svete. Preto na jeho upevnení, zachovaní a prinavrátení musia participovať všetky zložky danej spoločnosti.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] Bratská M., *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*, 1. vyd., IGAZ, Bratislava 2001, s. 325.
- [2] Matějček Z., *Riziko a resilience*, Československá psychologie 1986, roč. 42, č. 2, s. 97–105.
- [3] Matoušek O., *Rodina jako instituce a vztahová síť*, 3. vyd., Sociologické nakladatelství, Praha 2003, s. 161.
- [4] McCubbin H.I., Thompson A.I., McCubbin M.A., *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation – Inventories for Research and Practice*, University of Wisconsin Publishers, Madison 1996.
- [5] Mydlíková E., Gabura J., Schavel M., *Sociálne poradenstvo*, 2. vyd., ASSP, Bratislava 2005, s. 67.
- [6] Oravcová J., *Sociálna psychológia*, 1. vyd., Univerzita Mateja Bela FHV, Banská Bystrica 2004, s. 314.
- [7] Ruiselová Z., *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*, Ústav experimentálnej psychológie, SAV, Bratislava 2006 s. 128.
- [8] Sobotková I., *Psychologie rodiny*, 2. vyd., Portál, Praha 2007, s. 219.
- [9] Strnáďová I., *Stresové a resilientní činitele v kontextu kvality života rodin dětí s mentálním postižením*, Psychológia a patopsychológia dieťaťa 2007, roč. 42, č. 3, s. 191–213.
- [10] Vymětal J., *Lékařská psychologie*, 3. vyd., Portál, Praha 2003, s. 397.



Beata Marzec¹, Wioletta Stręć¹

¹ Krakowska Akademia im Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Rola opieki okołoporodowej we współczesnej rodzinie

The role of perinatal care in modern family

Abstract

This publication describes a system of perinatal care and presents the analysis of midwife's roles in primary health care in relation to care tasks and interventions provided for women and their families. It aims at informing the reader what the midwifery profession is, presenting possibilities and tools available for men and women who want to realise their mission as midwives with regard to family health status.

I hope that the content of this work will provide readers with accurate and comprehensive knowledge about midwives, their professional independence, competency and skills, and effective use of these skills in modern perinatal care.

Keywords: midwife, perinatal care

słowa kluczowe: położna, opieka okołoporodowa

Wprowadzenie

Na przestrzeni wieków przy porodach asystowały wyłącznie kobiety, gdyż mężczyźni nie tylko nie mogli, ale i nie chcieli brać w tym udziału. Lekarze niezwykle rzadko pomagali rodzącej. W przeszłości poród stanowił więc dla rodzącej i mającego przyjść na świat dziecka bardzo duże zagrożenie. W zasadzie bez względu na to, czy był to dwór królewski czy chłopska chata, w momencie zbliżającego się porodu równocześnie zaopatrywano się w trumnę. Jedyną pomocą przy porodzie dziecka w większości przypadków służyły starsze kobiety i znachorki, których wiedza była niestety bardzo ograniczona.

Prawie w każdej wiosce czy miasteczku mieszkała kobieta, którą różnie nazywano: babką, dzieciobiorką, pęporzezką, matroną, *sagefemme*, *comadore*, *godwife*, powituchą, odbierająca poród. Zdarzało się, że fach akuszerki przekazywany był z matki na córkę. W Polsce rozwój położnictwa nastąpił w XVI w.

Często dawna położna, najczęściej zwana babką, uczestniczyła w szeregu ważnych rytualnych wydarzeń, takich jak chrzest noworodka oraz inne uroczystości kościelne, w których brała udział kobieta po urodzeniu dziecka. Akuszerki odgrywały tak ważną rolę w późnośredniowiecznym społeczeństwie, że władze kościelne starały się kontrolować proces wyznaczania kobiet do pełnienia tej funkcji. Dbano o to, by znały one wszelkie szczegóły związane z udzielaniem sakramentu chrztu, szczególnie w sytuacji zagrożenia życia noworodka [1].

Akuszerki pracowały kierując się własnym doświadczeniem i stosując medycynę ludową – używały w czasie porodu różnego rodzaju ziół i mikstur działających przeciwbólowo, stosowały też mieszanki przyspieszające rozwiązanie, wykonywały też różnego rodzaju zabiegi magiczne. Wierzono na przykład, że rozwiązywanie węzłów, rozpinanie pasów czy otwieranie zamków ułatwiają poród. Do ich obowiązków należała nie tylko pomoc przy porodzie i w położu, ale też opieka nad położnicą i noworodkiem [1].

Do połowy XIX w. opieka okołoporodowa była wyłączną domeną kobiet. Od tego czasu przy porodach zaczęli uczestniczyć lekarze. Natomiast po II wojnie światowej w Polsce rozpoczęto uruchamianie osobnych placówek, w których przyjmowane były porody, tak zwanych izb porodowych. Nastąpiła kontynuacja długoletniej tradycji samodzielności pracy położnych w lokalnych społecznościach. W 1955 r. minister zdrowia określił uprawnienia położne gminnej lub miejskiej izby porodowej w następujący sposób: „Do obowiązków położnej należy prowadzenie prawidłowej ciąży i prawidłowego porodu. W razie wystąpienia w czasie porodu powikłań, położna jest obowiązana wezwać lekarza bądź przetransportować rodzącą do najbliższego położonego szpitala” [6].

Samodzielność zawodowa

Uchwalona w 1996 r. ustawa o zawodzie położnej dawała jeszcze mocniejsze podstawy do rozwoju samodzielności polskich położnych. Niestety, ustawa nie była w pełni wykorzystana. Z jednej strony bowiem na przeszkodzie stały dawne przyzwyczajenia, a z drugiej fakt, że zapisy w ustawie nie do końca precyzują sporną kwestię racjonalnego podziału kompetencji między lekarzami a położnymi w szpitalach.

Pomimo umocowań prawnych kompetencje polskiej położnej ulegały stopniowemu ograniczeniu. Temu zjawisku towarzyszyła koncentracja opieki w dużych ośrodkach, w których nadzór nad pracą położnych zaczął sprawować lekarz. Zwykle nie chodzi jednak o problem nadzoru, ale o kompetencje, które posiada zarówno lekarz, jak i położna. W Europie wzrastające znaczenie ginekologów położników związane z rozwojem technologii medycznej oraz

ograniczanie systemu licencji dla położnych, doprowadziły w ciągu dość krótkiego czasu do zmniejszenia roli położnych w opiece okołoporodowej. Nie był to jednak ogólnoeuropejski trend, biorąc pod uwagę sytuację w innych krajach np. w Holandii czy Danii. Tam położnym udało się zachować status niezależnego i samodzielnego zawodu.

W Polsce o pełnej samodzielności zawodowej położnych można było jeszcze mówić w odniesieniu do praktyk izb porodowych, których działalność, niestety, nie trwała zbyt długo. Na początku roku 2000 rozpoczęto ich likwidację, a ostatnia izba porodowa w Polsce została zlikwidowana w 2008 r. W zasadzie już od początku lat 60. XX w. normą stał się poród w szpitalu. Z czysto kobiecego, intymnego zdarzenia, narodziny zostały przekształcone w wymagający interwencji lekarskiej przypadek medyczny. Rodzące w szpitalu były zdane tylko na personel medyczny. Pozostawały zatem bez wsparcia bliskiej osoby. Nie było mowy o udziale najważniejszej osoby – ojca dziecka. Zapomniano również o tym, że opieka sprawowana przez położne, zarówno w czasie ciąży, jak i porodu i połogu, różni się od tej sprawowanej przez lekarzy. To przecież położne towarzyszyły nie tylko kobietom w ciąży, ale również ich rodzinom, przez co miały większe możliwości poznania warunków życia społeczności, w której działały. Dzięki temu mogły skuteczniej reagować na potrzeby zdrowotne, emocjonalne i społeczne.

Współczesne ciężarne, rodzące i położnice są w dużej lepszej sytuacji. Wprowadzony w życie Standard opieki okołoporodowej gwarantuje im nowe prawa, pozwalając min. na „rodzenie po ludzku”. Standard opieki okołoporodowej, opublikowany w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które weszło w życie 8 kwietnia 2010 r., określa procedury postępowania w opiece nad kobietą i dzieckiem podczas ciąży fizjologicznej, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem [2].

Dokument ten określa, jakie prawa ma kobieta w ciąży i rodząca oraz jakie procedury są obowiązujące dla opiekującego się nią personelu medycznego. Głównym celem tego dokumentu jest poprawa jakości opieki okołoporodowej przez uporządkowanie i ujednoczenie dotychczasowych praktyk, a także wdrożenie nowoczesnych działań, które znacznie zmieniają dotychczas obowiązujące. Najważniejsze zmiany dotyczą tych procedur, które związane są z przebiegiem porodu oraz pierwszego kontaktu matki z dzieckiem.

Rola edukacyjna położnej

Zgodnie ze Standardem, w ramach opieki okołoporodowej współczesna położna sprawuje kompleksową, pielęgnacyjną opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietą oraz opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.

Położna prowadzi zatem edukację kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowuje kobiety do porodu, także rodzinnego. Począwszy od 21. tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, położna prowadzi edukację przedporodową z częstotliwością nie większą niż:

- 1 raz w tygodniu od 21. do 31. tygodnia ciąży,
- 2 razy w tygodniu od 32. tygodnia ciąży do terminu rozwiązania.

Spotkania edukacyjne prowadzone są indywidualnie lub grupowo. Spotkania indywidualne trwają około 20 minut, natomiast grupowe około 1,5–2 godzin. Składają się najczęściej z części teoretycznej i praktycznej. Część teoretyczna to wykład, pogadanka i dyskusja, natomiast część praktyczna obejmuje ćwiczenia fizyczne, naukę oddychania oraz warsztaty, np. kąpiel noworodka. W ich trakcie ciężarne, poza zdobywaną wiedzą, w pewnym sensie zaprzyjaźniają się z położną i nabierają do niej zaufania. Zaufanie takie ułatwia kontakt i częściowo eliminuje lęk przed porodem.

Położna opracowuje własny program edukacji ciężarnej lub korzysta z gotowych opracowań.

Cele programu edukacji ciężarnych są następujące:

- kształtowanie właściwej postawy wobec własnego zdrowia,
- utrzymanie dobrego samopoczucia, przekonanie o bezpieczeństwie własnym i bezpieczeństwie dziecka w czasie ciąży, porodu i połogu,
- kreowanie aktywnej postawy ciężarnej wobec ciąży,
- zmniejszenie ryzyka zachorowania, zgonu lub utraty ciąży,
- zwiększenie szans dobrostanu płodu,
- zmniejszenie ryzyka zachorowania na ostre choroby i przewlekłe, którym można zapobiec.

Główne zadania programu są następujące:

1) W zakresie wiedzy:

- poznanie ogólnych zasad zdrowego stylu życia,
- dostarczenie wiedzy na temat fizjologicznych zmian w okresie ciąży,
- dostarczenie wiedzy na temat porodu, połogu i noworodka,
- poznanie wpływu optymalnego żywienia w okresie ciąży na rozwój płodu, a także dobre samopoczucie ciężarnej,
- poznanie wpływu czynników teratogennych na ciążę,
- poznanie zasad higieny ciężarnych,
- poznanie różnych typów dolegliwości i nauka radzenia sobie z nimi,
- doradztwo laktacyjne.

2) W zakresie umiejętności:

- kształtowanie umiejętności radzenia sobie z pewnymi trudnościami i dolegliwościami w okresie ciąży,
- kształtowanie umiejętności właściwego zachowania się w czasie porodu,

- kształtowanie umiejętności ćwiczeń oddechowych, relaksacyjnych i przygotowujących do porodu,
- kształtowanie umiejętności pielęgnacji noworodka,
- kształtowanie umiejętności karmienia piersią.

Czas realizacji programu edukacji ciężarnych jest uzależniony od zainteresowań, potrzeb i oczekiwań uczestniczek programu. Metody kształcenia w ramach programu edukacyjnego są następujące:

- pogadanka,
- dyskusja,
- praca z tekstem drukowanym.

Środki dydaktyczne pomocne w realizacji to:

- tablice anatomiczne,
- materiały popularnonaukowe, np. foldery, ulotki na temat profilaktyki, diagnostyki, leczenia, porad konsultacyjnych dla kobiet,
- literatura popularnonaukowa,
- sprzęt audio-wideo,
- sprzęt rehabilitacyjny: materace, piłki, worki sako, fantomy.

Każda ciężarna objęta programem edukacji zdrowotnej ma założoną teczkę z dokumentacją, której integralną częścią jest karta opieki prowadzonej nad kobietą ciężarną przez położną rodzinną w zakresie edukacji zdrowotnej. Karta ta zawiera informacje o kobiecie ciężarnej, zebrane w formie wywiadu ogólnego i położniczego. Druga strona karty to plan edukacji z tematami zajęć, potwierdzone datą i podpisem osoby edukowanej.

W oparciu o rozporządzenia ministra zdrowia, położna wraz z ciężarną opracowuje plan opieki w czasie ciąży i porodu. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i wskazuje miejsce porodu. Podczas opracowywania tego planu przyszła mama określa m.in., gdzie chce rodzić – w szpitalu czy w innym miejscu, np. w domu lub w domu narodzić pod warunkiem zapewnienia opieki medycznej. Poza tym decyduje z kim, jakie pozycje chce przyjmować i na jakie zabiegi wyraża zgodę. W części dotyczącej opieki prenatalnej ustalany jest także tzw. plan opieki prenatalnej, zawierający m.in. kalendarz niezbędnych badań [4].

Podczas opracowywania planu porodu nie sposób jest przewidzieć wszystkiego, co wydarzy się w trakcie porodu, trzymanie się więc ściśle wyznaczonych punktów nie zawsze jest możliwe. W razie nagłych i nieprzewidzianych okoliczności może się okazać, że plan jest niewystarczający z punktu widzenia bezpieczeństwa rodzącej i dziecka. Wówczas konieczna jest modyfikacja wcześniejszych zapisów. Również w trakcie porodu sama rodząca może podjąć decyzję o zmianach w tym dokumencie. Ustalenia planu pozwalają w pewnym zakresie decydować kobiecie o przebiegu porodu, dając jej możliwość wyboru opcji, unikając konieczności podejmowania decyzji między skurczami.

Plan porodu to część dokumentacji medycznej, która powinna podlegać respektowaniu oraz być chroniona zgodnie z zasadami GIODO (Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych). Personel medyczny, a zwłaszcza położne w sali porodowej, oddziale położniczym i noworodkowym powinny dokładnie zapoznać się z indywidualnymi zapisami planu, lecz nierzadko życzenia rodzącej nie mogą być w stu procentach spełnione z powodów medycznych albo ze względu na rozwiązania organizacyjno-logistyczne panujące w poszczególnych szpitalach czy oddziałach. Standard opieki okołoporodowej obowiązuje stosunkowo od niedawna, w związku z tym nie wszystkie placówki są dostosowane do jego wdrożenia. Równocześnie z niedostosowaniem placówek obserwowane są też braki w mentalnej i behawioralnej postawie położników i położnych. Optymistyczny jest jednak fakt, że ciężarne przed porodem zapoznają się ze zwyczajami danego szpitala i w chwili stwierdzenia, iż zbyt wiele procedur odbiega od tego, co zaleca standard, po prostu wybiera inny szpital – przyjazny matce i dziecku. Uwagi przyszłych mam coraz częściej kierowane są w formie skarg do dyrekcji szpitala, a nawet do Departamentu Matki Dziecka Ministerstwa Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta.

Znaczny wzrost poziomu wiedzy przyszłych rodziców w zakresie opieki okołoporodowej, ze szczególnym uwzględnieniem praw kobiety rodzącej, nastąpił między innymi dzięki ich udziałowi w zajęciach w szkołach rodzenia czy w szkołach dla rodziców, które stanowią nieodłączny i niezwykle istotny element współczesnej opieki okołoporodowej. Nowoczesna opieka okołoporodowa kieruje bowiem swe działania do całej rodziny. Edukacja grupowa prowadzona w formie szkoły rodzenia często obejmuje zarówno rodzając, jak i ich partnerów, mężów oraz istniejące już rodzeństwo.

Do najważniejszych zadań szkoły rodzenia zalicza się:

- teoretyczne przygotowanie do porodu i macierzyństwa,
- zapobieganie uciążliwościom i stanom patologicznym w czasie ciąży, porodu i porógu,
- kinezyterapia,
- właściwe przygotowanie przyszłej mamy i ojca do ich funkcji – ciąży we dwoje, poród we dwoje,
- propagowanie zdrowego stylu życia w czasie ciąży, porodu i porógu,
- utrzymanie psychofizycznej równowagi w organizmie kobiety [3].

Przyszli rodzice mają wiele obaw związanych z oczekiwanym porodem i opieką nad dzieckiem. W ramach opieki okołoporodowej położna pomaga rodzicom zrozumieć siebie i rozbudzić poczucie odpowiedzialności za mające narodzić się dziecko. Ponadto daje wsparcie psychiczne i poczucie bezpieczeństwa. Odslania przed ciężarną mechanizm narastania przesądów, fałszywych mitów i wyobrażeń, które stają się w końcu treścią przeżyć poporodowych.

Pogłębia więź między małżonkami. Ojcu dziecka pozwala poczuć się ważnym ogniwem i przygotowuje go do nowego rozdziału życia rodzinnego [5].

Do odgrywania swej roli jako partnera i ojca w czasie porodu mężczyzna powinien przygotować się dużo wcześniej niż zaistnieje ciąża, a w jej konsekwencji nastąpi poród. Tradycyjny model mężczyzny, męża i ojca, będącego głową rodziny i zarabiającego na jej utrzymanie, uległ na przestrzeni ostatnich kilku dziesięcioleci ogromnym zmianom. Związek zaczął opierać się na zasadach partnerskich w każdej dziedzinie jego funkcjonowania. Dotyczy to również sfery rodzicielskiej sposobu jej przeżywania i realizowania [7].

Podczas spotkań edukacyjnych z położną partnerzy ugruntowują swoje przekonania o „wspólnocie macierzyńskiej”. Jest to okazja do omówienia tematów związanych z przebiegiem ciąży, porodu i położu, który jest istotny ale często pomijany przez lekarzy prowadzących ciążę. Czas, kiedy kobieta wraca do domu po porodzie nie jest odpowiedni na omawianie wielu spraw związanych z położeniem – chociażby kwestia huśtawki hormonalnej, którą muszą zrozumieć i zaakceptować wszyscy domownicy.

Opieka okołoporodowa – zadania dla położnej rodzinnej

Opiekę okołoporodową nad kobietą i jej rodziną sprawuje położna rodzinna (stąd nazwa). Kompetencje położna nabywa po ukończeniu specjalizacyjnych szkoleń, kursów kwalifikacyjnych lub po uzyskaniu tytułu zawodowego magistra położnictwa oraz odbyciu co najmniej trzyletniego stażu pracy w zakładzie udzielającym świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (który posiada umowę z NFZ o udzielaniu świadczeń zdrowotnych).

W celu podniesienia jakości świadczonych usług opieki okołoporodowej, położna rodzinna nawiązuje dobry kontakt z całą rodziną. Dzięki określonym, ważnym cechom osobowości, takim jak:

- komunikatywność,
- operatywność,
- kultura osobista,
- uczciwość,
- rzetelność,
- pracowitość,
- otwartość,
- zaangażowanie,
- odpowiedzialność,

podczas odbywanych wizyt patronażowych potrafi zdiagnozować i rozwiązać problemy socjospołeczne i emocjonalne w rodzinie ciężarnej czy położnicy.

Warto także podkreślić rolę położnej w edukacji reprodukcyjnej, stanowiącej element edukacji zdrowotnej w ramach opieki okołoporodowej. Poradnictwo w zakresie antykoncepcji i życia seksualnego par po porodzie bardzo dobrze sprawdza się właśnie w jej wykonaniu w warunkach domowych podczas regularnej wizyty.

Wizyta położnej w domu to okazja do rozmowy o niepokojach rodziców związanych z pierwszymi chwilami opieki nad dzieckiem. Dużo rodzin chętnie z nich korzysta i chce się jak najwięcej dowiedzieć o pielęgnacji noworodka. Na szczęście polskie prawo daje **możliwość wyboru dowolnej położnej** i wcale nie musi być to ktoś praktykujący w najbliższej przychodni. Daje to możliwość wyboru rzeczywiście dobrej, a przede wszystkim zaufanej położnej, której nierzadko powierza się informacje o lękach, dylematach, a nawet sprawach intymnych.

Opieka okołoporodowa traktuje ciążę, poród i macierzyństwo jako wyjątkowe wydarzenie, którego bohaterami jest cała rodzina i od którego zależy przyszłe życie noworodka. Głównym graczem w opiece okołoporodowej przestaje być lekarz ginekolog położnik, lecz zespół złożony z położnej i rodziny dziecka. Wszyscy w tym układzie pełnią własne role, ale muszą się też wzajemnie uzupełniać i wspierać. Korzyści są zawsze obopólne. Z jednej strony przyszli rodzice zyskują większą wiedzę z zakresu przygotowania i przebiegu macierzyństwa, którą dostarcza położna. To ona również wpływa pozytywnie na kształtowanie wśród nich właściwych postaw i zachowań zdrowotnych oraz społecznych, warunkujących właściwy stosunek do nowonarodzonego członka rodziny. Z drugiej strony położna, realizująca opiekę okołoporodową w odniesieniu do całej rodziny, może wykazać się własną wiedzą i umiejętnością swojej profesji oraz komunikacji interpersonalnej, zyskując równocześnie nowe doświadczenia. Każda położna, wzorem swoich praprzodkiń – akuserek czy „babek”, powinna być świadoma zawodowej wartości.

Współczesna opieka okołoporodowa niesie ze sobą nadzieję na rzeczywisty renesans najcenniejszego zawodu świata w polskim systemie opieki zdrowotnej, choćby na wzór holenderski, gdzie położna (w języku holenderskim tłumaczona jako „mądra kobieta”) poprzez realizację zadań opieki okołoporodowej, przyczynia się do wielu sukcesów w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

Ten renesans w opiece okołoporodowej przejawia się również w pierwszych próbach odejścia od modelu szpitalnego przez uruchamianie niezależnych ośrodków porodowych w formie hoteli porodowych i domów narodzin, jak również coraz częściej prowadzonych porodów domowych. Bardzo często, oprócz opieki w czasie ciąży i porodu, dom narodzin jest otwarty dla kobiet w każdym wieku, organizowane są spotkania, grupy wsparcia, warsztaty i spotkania w rodzinnym gronie. Oczywiście nie zapomina się o udziale położnej,

która towarzyszy i odrywa niebagatelną rolę w najważniejszych chwilach życia rodziny. Można zatem stwierdzić, że rola położnej w opiece okołoporodowej jest niezwykle cenną, integralną częścią procesu oczekiwania i przyjścia na świat nowych członków społeczności.

Bibliografia

- [1] Brzeziński T., *Historia medycyny*, PZWL, Warszawa 1995.
- [2] Załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1259).
- [3] Fijałkowski W., *Przygotowanie do porodu naturalnego*, PZWL, Warszawa 1987.
- [4] Alexander J., Levy V., Roch S., *Nowoczesne położnictwo. Opieka okołoporodowa*, PZWL, Warszawa 1995.
- [5] Iwanowicz-Paulus G., *Prowadzenie porodu*, PZWL Warszawa 2001.
- [6] Instrukcja Ministerstwa Zdrowia w sprawie zabiegów, do których jest uprawniona położna gminna, miejska i położna izby porodowej, 1955 r.
- [7] Ćwiek D., *Szkoła rodzenia*, PZWL, Warszawa 2010.
- [8] Kozłowska J., *Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie*, „Podręczniki i Skrypty nr 27”, Akademia Wychowania Fizycznego im. B. Czecha, Kraków 2006.



Eva Moraučíková¹

¹ Katolícka univerzita Ružomberok, Fakulta zdravotníctva, Katedra pôrodnej asistencie, Slovakia

Implementácia Wiedenbachovej modelu do starostlivosti o matku a dieťa

Implementation of Wiedenbach's model into mother and child care

Abstract

The contribution is mapping the potential uses and benefits of Wiedenbach model to the care for mother and child during the intrapartum period. Attention is focused on the new concepts in the care for mother and child, which means creating the conditions for choice. Individual methods characterized in this paper are supporting a woman's right to co-decide, reduce the submissive position and performing routine interventions, thereby contributing to the strengthening of motherhood, birth and continuing ties between mother, child and father. This aspect meets Wiedenbach regulatory theory, which highlights some of the components associated with the nursing activities such as: respect for life, dignity and value of human being, autonomy of every human being and promotion of optimal development for every individual being.

Keywords: nursing model, childbirth, mother, child, labor management methods

Realizácie ošetrovateľských činností si vyžaduje rámec, ktorý je základnou podpornou štruktúrou a vychádza zo špecifického prístupu ku klientovi. Tento rámec určuje ošetrovateľský model [13]. Každý ošetrovateľský model je predstavou realizácie ošetrovateľskej praxe jeho autorky, ktorá bola pri jeho koncepcii ovplyvnená rôznymi filozofickými názormi a mala svojský pohľad na ošetrovateľskú prax. Uvedené skutočnosti boli ovplyvnené stupňom vzdelania a ekonomickými podmienkami krajiny, kde autorka žila, pracovala a tvorila.

Wiedenbachová patrí k staršej generácii výskumníčov v ošetrovatelstve. Priblížila protistanovisko k Hendersonovej modelu o elementárnych potrebách matky a dieťaťa/činnostiach pôrodnej asistentky a vyslovila tézu, že každá činnosť musí byť implicitne sprevádzaná teóriou [1]. Na základe vlastných dlhoročných skúseností z ošetrovateľskej praxe v roku 1964 zostavila Model umenia pomoci, v ktorom Wiedenbachová ošetrovatelstvo charakterizovala ako výživu, výchovu a staranie sa o niekoho s materinskou láskou, pričom pô-

rodná asistentka, ktorá poskytuje starostlivosť matke a jej dieťaťu, si musí získať ich dôveru. Základom modelu sa stalo systematické konanie v ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovateľský proces popisuje ako základný nástroj konania pôrodnej asistentky. Ošetrovateľská prax zahŕňa širokú paletu činností, ktoré sú zamerané na zistenie potrieb pomoci a poprípade na jej poskytnutie, ak je to nevyhnutné. Charakteristickými črtami pôrodnej asistentky má byť podľa Wiedenbachovej schopnosť vymedzenia vlastného cieľa, vysoká odbornosť, schopnosť spolupracovať, prejavovať záujem o nové progresívne vedomosti, podporovať formovanie človeka, pristupovať k matke a jej dieťaťu s múdrosťou, ktorú získala skúsenosťou, a byť senzitívna vo vzťahu k veciam, ktoré by mohli vyvolať problém [35, 9]. V príspevku je poukázané na možnosti využitia a výhody Wiedenbachovej modelu v starostlivosti o matku a dieťa počas intrapartálneho obdobia.

Wiedenbachovej model je založený na tzv. predpisovej teórii, ktorá usmerňuje činnosti smerom k presnému cieľu a obsahuje tri navzájom súvisiace koncepcie:

- **ústredný cieľ** v intrapartálnom období je pre pôrodnú asistentku definícia normálneho pôrodu (holistická podpora matky a jej dieťaťa). Keďže ústredný cieľ je založený na filozofii pôrodnej asistentky, závisí od tejto filozofie, aké metódy vedenia pôrodu bude pôrodná asistentka v predpise uprednostňovať. Filozofia odráža úctu k daru života, rešpektovanie dôstojnosti, hodnotu, autonómiu a rozhodnosť konať dynamicky vo vzťahu k viere človeka.

V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť s nemalým množstvom definícií „normálneho pôrodu“ ako napríklad: Normálny pôrod je pôrod bez indukcie, bez používania inštrumentálneho pôrodu, bez spinálnej alebo epidurálnej anestézie, cisárskeho rezu a bez epiziotómie [27].

„Normálny pôrod je spontánne vyvolaný, s nízkym rizikom na začiatku pôrodu, ktoré je nemenné počas celej I. a II. doby pôrodnej. Dieťa sa narodí spontánne v pozícii hlavou dopredu, v období medzi ukončeným 37. a 42. týždňom tehotenstva. Po pôrode je matka a dieťa v dobrom stave“ [34]. WHO stanovuje za cieľ v starostlivosti pri normálnom pôrode zdravie matky a dieťaťa s minimálnym počtom intervencií, ktoré sú kompatibilné s bezpečnosťou. Tento prístup, ktorý je zahrnutý v normálnom pôrode, by mal byť odrazom validného logického záveru a nemal by zabraňovať prirodzenému procesu [34].

Do starostlivosti o matku a dieťa sa implementuje:

- Podpora, pomoc a ochrana fyziologického pôrodu.
- Relevantná informovanosť o rizikách a benefite indukcií.
- Zabezpečenie komfortu bez indukcie pôrodu.

S normálnym pôrodom sa identifikuje aj prirodzený pôrod. Tento termín

zaviedol do pôrodnictva lekár-pôrodník Michael Odent, ktorý poukázal na skutočnosť, že pôrod sa môže viesť aj iným spôsobom, ako aktívne lekárske. Jeho definícia prirodzeného pôrodu zahŕňa psychosomatický komfort pre matku a dieťa, odbúranie strachu z pôrodu a komplikácií z preventívnych zásahov [22, 14]. Konceptia prirodzeného pôrodu je orientovaná na spontánny pôrod, minimalizáciu farmakoterapie, lekárske zásahy, čo však neznamená odmietanie lekárske postupov v prípade komplikácií. „Prirodzené metódy a spôsoby vedenia pôrodu môžu telu pomôcť len vtedy, keď je skutočne pripravené na pôrod. Keď krčok maternice a poloha dieťaťa je zrelá na pôrod“ [30]. Prirodzený pôrod má pozitívne účinky. Bolesť a stres, ktoré sú spojené s normálnym pôrodom majú veľký význam pre ženu a dieťa. Organizmus ženy reaguje na pôrodné bolesti vylučovaním adrenalínu a endorfínov. Adrenalín ženy mobilizuje prívod energie a endorfíny tlmia bolesť a zlepšujú náladu. Počas pôrodu sa v tele rodičky vyskytuje až tridsaťkrát vyššia hladina endorfínov ako normálne. V mozgu dochádza k vyplavovaniu oxytocínu, ktorý zlepšuje náladu a utlmí pamäťové centrá [10, 33]. Tieto účinky pri intravenózne podávanom oxytocíne chýbajú, nakoľko tento oxytocín neprechádza hematoencefalickou bariérou. Stresové hormóny sú prínosom aj pre novorodenca, u ktorého napomáhajú príprave pľúc na dýchanie, mobilizujú energetické zásoby ukryté v glukóze, spôsobujú odliv krvi z končatín k srdcu a mozgu dieťaťa, chránia dieťa počas pôrodu pred hypoxiou [10].

Na uvedených definíciách môžeme vidieť polarizáciu názorov, ktorá vyúsťila nielen do samotných definícií základných pojmov, ale aj do metód a stratégií, ktoré sa používajú v starostlivosti o tehotnú ženu a prenatálne dieťa. Preto aj WHO na základe relevantných vedecky získaných poznatkov stanovila a rozdelila pôrodnické praktiky, ktoré sú prospešné, pravdepodobne prospešné, prospešné s nepriaznivými účinkami a praktiky, ktorých účinnosť nie je dokázaná. Niektorí pôrodníci zastávajú názor, že za normálny môžeme pôrod vyhodnotiť až retrospektívne, a tak pristupujú k starostlivosti o rodičku ako pri pôrode komplikovanom. Pri starostlivosti o matku a dieťa treba brať do úvahy, že žena by mala na pôrod spomínať s pocitom uspokojenia a sebanaplnenia, a je jedno, v akom prostredí pôrod prebehol. Zážitok z pôrodu môže byť pozitívny dokonca aj v prípade, že bol pôrod veľmi bolestivý a vyčerpávajúci. Dobrý pôrod nie je len otázkou bezpečnosti a dosiahnutia cieľa: fyzicky zdravá matka a fyzicky zdravé dieťa. Patrí sem aj množstvo emócií a zážitkov, ktoré si žena nesie so sebou po celý život [31].

- **predpis** je direktíva k aktivite, špecifikuje charakter činnosti, ktorá s najväčšou pravdepodobnosťou zabezpečí naplnenie ústredného cieľa a procesu myslenia v zmysle tohto cieľa. Pod predpisom vo Wiedenbachovej modeli rozumieme naplánovanie metódy (alternatívy) a ich realizáciu (v procese

pôrodu), ktorá má prispieť k dosiahnutiu ústredného cieľa (normálny pôrod). Dôležité je, aby medzi matkou (rodičkou) a pôrodnou asistentkou došlo k vzájomnému porozumeniu a súladu, inak sa ústredný cieľ nedosiahne. Naplánovanie metódy (alternatívy) zahŕňa porozumenie potrebám a záujmom (matky a dieťaťa), naplánovaním činností, ktoré vedú k zlepšeniu schopností v súlade s terapeutickým plánom, tak aby sa zlepšil/podporil zdravotný stav matky a dieťaťa s dôrazom na prevenciu komplikácií, ktoré sa môžu objaviť vzniknutím novej situácie [5]. Predpis je direktíva k najmenej k trom druhom dobrovoľnej činnosti:

- vzájomné porozumenie a súhlas k činnosti (pôrodná asistentka má dôkaz, že príjemca chápe dôsledok zamýšľanej činnosti),
- riadená činnosť (príjemca usmerňuje spôsob a činnosti, ktorými má byť naplnený ústredný cieľ, možnosť použitia alternatív vo vedení pôrodu),
- pôrodná asistentka (vykonáva činnosti na dosiahnutie cieľa, ktoré sú založené na realite).

Metódy využívané v predpise pri vedení pôrodu môžeme rozdeliť na:

1. Nefarmakologické metódy:

- pôrod podľa Grandly Dick-Reada,
- pôrod podľa Fernanda Lamaza,
- pôrod podľa Frederica Leboyera,
- pôrod podľa Michela Odenta,
- pôrod podľa Sheily Kitzingerovej,
- Bradleyho metóda,
- Alexandrova technika,
- psychofyzická príprava na pôrod,
- otec alebo iná podporná osoba pri pôrode (príbuzný, priateľka, dula),
- muzikoterapia, audioanalgézia, hypnóza, vizualizácia,
- fyzikálne metódy – hydroanalgézia (relaxačný kúpeľ, pôrod do vody, intradermálny obstrek), TENS.

2. Farmakologické metódy:

- **celková analgézia** – inhalačná, intravenózna,
- **miestna analgézia** – pudendálna analgézia, paracervikálna analgézia, epidurálna blokáda – EDA, subarachnoidálna blokáda – SAZ, kombinovaná EDA a SAZ,
- aromaterapia,
- homeopatia,
- fytooterapia,
- programovaný pôrod,
- cisársky rez – primárny (plánovaný, elektívny), sekundárny (neplánovaný – akútny, urgentný), na želanie rodičky [23, 32].

„To, že je možnosť rozhodnúť sa medzi rozličnými metódami, prispieva nielen k upokojeniu mysle, ale dodáva aj určitú istotu, ktorá bude na prospech matke/rodičom a dieťaťu“ [33]. V predpise sa môžu vyskytnúť dobrovoľné aj nedobrovoľné činnosti. Na výber činnosti, ktorá sa pri pôrode použije, musí dať žena súhlas (informovaný súhlas), ktorý predchádza obidvom typom činností. Ideálne je, ak informácie sprostredkuje skúsená pôrodná asistentka alebo lekár. V žiadnom prípade by sa v praxi nemal pokladať za postačujúci náhodný (často nevhodný) výber, len na základe laických odporúčaní a samovzdelávania. Metóda/činnosť musí spĺňať kritérium bezpečnosti pre rodičku aj dieťa, ako aj zohľadňovať individuálne predstavy/potreby rodičky a dieťaťa. V praxi by sme mali rozhodnutie dokumentovať v písomnej forme. Žena má právo kedykoľvek svoj súhlas odvolať. K typickým činnostiam využívajúcim sa pri pôrode môžeme zaradiť:

- klyzma – na základe troch štúdií podľa Cochrane skupina tehotenstvo a pôrod, kde sa sledovali dve skupiny žien (s klyzmou a bez klyzmy), sa nedokázal podstatný rozdiel, čo sa týka výskytu infekcií u matky (rany perinea) a dieťaťa. Tento dôkaz nepodporuje rutinné používanie klyzmy pred pôrodom [26],
- holenie genitálu – tri kontrolované štúdie, ktoré skúmali rozdiely u dvoch skupín žien (ktorým bol pred pôrodom oholený genitál a ktorým genitál oholený nebol), nepoukázali žiadny prínos holenia perineálnej oblasti [2],
- epiziotómia – „dôkladné vyhodnotenie literatúry pripúšťa záver, že podiel nástrihov hrádze do 20% môže byť vedecky oprávnený. Prax je však v rámci Európy odlišná. V niektorých regiónoch je podiel nástrihov hrádze 1,5% a spontánnych natrhnutí 4,5%, pričom v istých klinikách dosahuje 100%. Táto skutočnosť stojí na zamyslenie“ [30],
- riadené tlačenie – žena má tlačiť, keď sa na to cíti – samovoľne, neodporúča sa tlačenie na vyzvanie (zníženie výskytu popôrodných komplikácií – problém s vylučovaním moču) [3]. Pri tlačení na vyzvanie sa dĺžka pôrodu skrátila o 13 minút, čo je pri 12-hodinovom trvaní pôrodu u prvorodičky zanedbateľný čas, pričom Apgar skóre novorodenca nebolo lepšie [6],
- dojčenie bezprostredne po pôrode – bol realizovaný dotazníkový výskum s cieľom poukázať na vzťah prvého priloženia k prsníku a dĺžku dojčenia. Z analýzy vyplynulo, že podiel matiek, ktoré dojčia v dĺžke štyroch mesiacov, bol signifikantne vyšší u tých, ktoré svoje dieťa začali dojčiť do 120 minút po pôrode v porovnaní s viac ako 120 minút (alebo 2,5, $p = 0,01$), ale nebol zistený štatisticky významný výsledok u tých, ktoré začali dojčiť do 30 minút po pôrode v porovnaní s tými, ktoré začali dojčiť po 30 minútach (alebo 1,8, $p = 0,06$). Počet žien v sledovanom súbore bol 318, z toho

36% uviedlo, že im bolo dieťa priložené k prsníku do 30 minút a 21% žien uviedlo, že im bolo dieťa k prsníku priložené v čase od 31 do 120 minút po pôrode [21],

- poloha pri pôrode – podľa štúdií v Cochrane v skupine tehotenstvo a pôrod sú zaregistrované výsledky 21 pokusov, kde boli porovnávané výsledky u dvoch skupín rodičiek (skupina vo vzpriamenej polohe a skupina v ležiacej polohe), ktoré potvrdili, že prvá fáza pôrodu trvá o hodinu kratšie, ak je rodička počas tejto fázy vo vzpriamenej polohe. Pravdepodobný vplyv sa ukázal aj vo vzťahu nižšieho využitia epidurálnej analgézie [18]. Použitie bočnej a zvislej polohy v porovnaní s polosedom a s litotomickou polohou v druhej dobe pôrodnej podľa 20 štúdií zaregistrovaných v Cochrane v skupine tehotenstvo a pôrod vyšli výsledky významné, čo sa týka dĺžky trvania II. doby pôrodnej (skrátene v priemere o 4,28 min), zníženie nutnosti použitia epiziotómie, zníženie vnímania bolesti a nižší výskyt abnormalít srdcovej činnosti plodu [12],
- audioanalgézia/muzikoterapia – nie je jednoznačne dokázaný účinok na zmiernenie bolesti. Nesporné je, že: „zvukové impulzy spúšťajú uvoľňovanie endorfínov, ktoré zmiernujú bolesť a zlepšujú náladu“ [17],
- nefarmakologické metódy tlmenia bolesti (akupunktúra, hypnóza, aromaterapia, akupresúra, masáže, relaxácia) – výsledky poukázali, že hypnóza a akupunktúra môžu bolesť pri pôrode zmierniť (sledovaný súbor bol ale malý). Pri ostatných metódach nie je dostatok dôkazov o ich účinku na zmiernenie bolesti [28],
- **skutočnosť** predstavuje situáciu, v ktorej sa realizuje ošetrovateľská starostlivosť. Skutočnosť pozostáva z fyzických, psychických, emocionálnych a duchovných faktorov. Ide sa o poznanie aktuálnej situácie, ktorá zahŕňa prostredie, zdravotnú politiku a udalosti, ktoré môžu ovplyvniť dosiahnutie ústredného cieľa [7].

Do skutočnosti môžeme zaradiť nasledujúce faktory:

- miesto pôrodu – v Cochrane databáze je zaradených 6 štúdií, ktoré porovnávajú pôrod v domácnosti a pôrod v nemocnici, do ktorých boli zaradené rodičky, u ktorých sa predpokladala žiadna alebo veľmi nízka lekárska starostlivosť počas pôrodu. Zo záverov môžeme vidieť, že v domácom prostredí je nižšia žiadosť o analgéziu počas pôrodu, vyššia spokojnosť s intrapartálnou starostlivosťou a menej epiziotómií. Jediná jedna položka, ktorá vyšla v neprospech pôrodu v domácom prostredí, je trend vyššej perinatálnej úmrtnosti [15],
- pocit smädu a hladu – v súčasnej dobe sú informácie o tom, že pôst počas pôrodu nezaručuje prázdny žalúdok a pri niekoľkohodinovom hladovaní sa vo zvýšenej miere vylučuje kyselina chlorovodíková, ktorá môže spôso-

biť komplikácie pri aspirácii. V roku 1989 štúdia pre Národné centrum pre pôrod poukázala na to, že u 11 814 žien, ktoré pili a jedli počas pôrodu, nebol jediný prípad aspirácie, pričom 22% zo sledovanej skupiny žien podstúpilo cisársky rez [4],

- prítomnosť podpornej osoby – podľa Cochrane v skupine tehotenstvo a pôrod, u žien, ktoré mali intrapartálne kontinuálnu podporu jednej osoby, pôrod trval kratšie, bola vyššia pravdepodobnosť, že pôrod bude spontánny vaginálnou cestou, menej pravdepodobné bolo využitie intrapartálnej analgézie a u žien bola nižšia nespokojnosť s priebehom pôrodu. Účinok sa zintenzívnil, keď kontinuálnou osobou nebol zdravotník (v štúdiách nebolo vyšpecifikované, kto konkrétne bol pri pôrode – otec, dula, príbuzní...) [16],
- bezprostredná interakcia s dieťaťom po pôrode – výsledky štúdií poukázali na jednoznačný prínos bezprostrednej interakcie matka a novorodenec, najlepšie metódou skin to skin. Prínos sa ukázal štatisticky významný v nasledovných položkách: pozitívny účinok na dojčenie, lepšie opatrovateľské správanie zo strany matky, kratší čas plaču novorodenca a u predčasne narodených detí sa zistila lepšia kardio-respiračná stabilita. Nenašiel sa žiadny nežiaduci účinok [20],
- bolesť – u žien, ktoré sú počas pôrodu podporované a majú pocit bezpečia, je bolesť miernejšia. Nesmierne dôležité je zabezpečiť rodičke súkromie, pohodlie, príjemné prostredie, informácie, poradenstvo, zdroje podpory a emocionálnej pomoci vo forme osoby, ktorá je schopná rodičke pomôcť prekonať bolesť, dodá jej silu a poskytne jej psychický a duchovný komfort [19]. Typy na zvládnutie pôrodnej bolesti sú: vedomosti o tom, čo ženu počas pôrodu čaká, viera v seba a emocionálna podpora [24].

Základné myšlienky starostlivosti podľa Wiedenbachovej sú orientované na reparatúru (obnovenie normatívneho stavu) a korektúru (zmena zamerania s dôrazom na životný proces).

Úspech profesionálnej ošetrovateľskej praxe podľa Wiedenbachovej ovplyvňuje:

- **činiteľ**, ktorým je pôrodná asistentka vykonávajúca ošetrovateľskú starostlivosť a je hnacou silou smerujúcou k cieľu, pričom vykonáva množstvo činností, ktoré si vyžadujú úsilie v zápase so skutočnými alebo odlišnými faktormi a situáciami v rámci skutočností, ktorých ona sama je súčasťou. Pôrodná asistentka má 4 typy zodpovednosti:
 - zosúladiť svoje predpoklady o skutočnostiach s centrálnym cieľom,
 - špecifikovať ciele praxe tak, aby bol výsledok realistický a dosiahnuteľný,
 - vykonávať ošetrovateľskú starostlivosť v súlade s cieľom,
 - vykonávať činnosti, ktoré prispievajú k realizácii a na zlepšenie ošetrovateľskej praxe,

- **príjemca** je žena (rodička a jej dieťa), ktorá prijíma činnosti pôrodnej asistentky. Je charakterizovaná osobnými atribútmi, problémami, kapacitou, aspiráciami a schopnosťou zvládať veci a problémy. Žena a jej dieťa sú zraniteľní a závislí od iných, pričom im hrozí reálne riziko straty svojej individuality, dôstojnosti, hodnoty a autonómie [9, 25, 35]. Wiedenbachová zdôrazňuje, že ľudská bytosť alebo individuum vlastní jedinečný potenciál, je schopný samousmernenia a potrebuje stimuláciu. Čokoľvek robí, je to jeho najlepší úsudok v tom momente. Na zachovanie integrity je pre jedinca dôležité sebedovetie, sebaopímanie a sebahodnotenie vyžadujúce si úctu pôrodnej asistentky [9],
- **cieľ** je výsledok, ktorý chceme pomocou činnosti pôrodnej asistentky dosiahnuť. Podmienkou aktívneho cieľa je zameranie sa na činnosti pôrodnej asistentky s ich odôvodnením,
- **prostriedky** sú nástroje a aktivity pomocou, ktorých je pôrodná asistentka schopná dosiahnuť cieľ a zahŕňajú odbornosť, techniku, postupy a prístroje. Ich využitie je determinované záujmom pôrodnej asistentky, cieľom a predpisom,
- **rámec** sa skladá z ľudských, environmentálnych, odborných a organizačných možností, ktoré nevytvárajú len súvislosť, v rámci ktorej sa vykonáva ošetrovateľská starostlivosť, ale stanovujú aj existenčné hranice. Patria sem všetky vonkajšie faktory a možnosti v situácii, ktorá ovplyvňuje možnosť sestry získať požadované výsledky. Rámec môže zahŕňať politiku, pozadie, atmosféru, čas dňa, ľudské bytosti a udalosti. Rámec pôrodnej asistentky na Slovensku vychádza z právnych predpisov, ktoré upravujú pôrodnú asistenciu: zákon č. 576/2004, zákon č. 578/2004, nariadenie vlády SR č. 742/2004 Z.z., nariadenie vlády SR č. 322/2006 Z.z., nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z.z., nariadenie vlády SR č. 226/2005 Z.z., vyhláška MZ č. 364/2005 Z.z., vyhláška MZ č. 470/2006 Z.z., smernice Európskeho parlamentu a Rady Európy a stratégie WHO.

Prax zahŕňa širokú paletu činností, ktoré sú zamerané na zistenie potrieb pomoci a poprípade na jej poskytnutie, ak je to nevyhnutné.

Skladá sa z troch zložiek:

- **identifikácia** potreby pomoci, v rámci ktorej pôrodná asistentka pozoruje ženu a jej dieťa, hľadá nezrovnalosti v ich súčasnom a očakávanom správaní a snaží sa objasniť, čo znamená táto disproporcía, určuje príčinu diskomfortu a zisťuje, či je pomoc potrebná,
- **poskytnutie** pomoci, ak je potrebná, keď môže dať pôrodná asistentka radu alebo informáciu, urobiť rozhodnutie, realizovať meranie, ošetrovateľský zásah. V prípade, že žena alebo dieťa pociťuje diskomfort, určí príčinu a upraví svoje činnosti,

- **validizácia** pomoci, ktorá bola poskytnutá a žene/dieťaťu pomohla. Dôkaz sa musí prejavíť na zdraví ženy a jej dieťaťa [9, 25, 35].

Tieto tri zložky sú v podmienkach slovenského pôrodnictva súčasťou ošetrovateľského procesu (zákon č. 576/2004).

Identifikácia pacientovej potreby pomoci podľa Wiedenbachovej vychádza z troch zásad:

- **zásada zhody/nezhody** súvisí s odhadom smerom k príjemcovi (žena a jej dieťa), pri ktorom sa pôrodná asistentka zameria na (prejavy, činnosti, vzhlad, vystupovanie, identifikáciu odchýlok) príjemcu a porovná ich s tým, čo sa očakáva a svoje zistenie kriticky analyzuje,
- **zásada efektívnej vytrvalosti** je založená na túžbe a úsilí pôrodnej asistentky pomôcť žene a jej dieťaťu, a pokračovať vo svojej činnosti aj napriek problémom, ktoré môžu nastať pri hľadaní účinných zdrojov a schopnosti pri poskytovaní služieb (ak sa za ústredný cieľ zvolili prirodzený pôrod, je nevyhnutné, aby pôrodná asistentka pri naplňaní cieľa bola trvalou, konštantnou, intenzívnou podporou rodičke počas pôrodu),
- **zásada rozšírenia starostlivosti** pripúšťa možnosť pôrodnej asistentky v prípade jej obmedzenia, ktoré môže mať osobný alebo situčný charakter hľadať pomoc aj inde (iné osoby, zdroje...), musí správne rozpoznať a zhodnotiť svoje limity a vedieť, kedy a kde má pomoc hľadať [9, 25, 35]. Pôrodná asistentka hľadá pomoc inde, napríklad pri činnostiach, ktoré sú nad rámec jej kompetencií (napr. využitie epidurálnej analgézie pri pôrode).

Súvislosť a prepojenosť uvedených koncepcií je zvláštnym fenoménom, ktorý skĺbuje realitu a ústredný cieľ (harmonizuje s predpisom), aby sa stanovil predpis (plán ošetrovateľskej starostlivosti) pre ošetrovateľskú starostlivosť (činnosti pôrodnej asistentky) [9]. Wiedenbachovej predpisová teória sa pokladá za predpovedajúcu teóriu, nakoľko nie je možné logicky sledovať myšlienkový proces a predpokladať výsledok, pretože predpis a výsledok budú u rôznych pôrodných asistentiek rôzne. Wiedenbachovej teória je jednoduchá a vytvára situáciu, od ktorej sa odvodí ústredný cieľ a predpis v rámci existujúcich skutočností. Teória je využiteľná pre jednotlivca (nie pre skupinu), ktorý musí potvrdiť potrebu pomoci. Táto skutočnosť si vyžaduje jasnú myseľ a vnímavosť príjemcu (žena a dieťa). Alternatívy/metódy, ktoré sú žene počas pôrodu ponúknuté, majú byť bez výnimky humánne, účinné, bezpečné, zdôvodnené (EBM) a primerané. Moderné pôrodnictvo by malo pomáhať dieťaťu prísť na svet prirodzeným spôsobom a so ženami a ich deťmi zaobchádzať nie ako s „pacientmi“. Snahou súčasného pôrodnictva je zaistiť pôrod ako významný životný zážitok a nie ako nepríjemnú bolestivú epizódu, na ktorú ženy nechcú radšej spomínať [11]. V procese pôrodu je najdôležitejšia neporušená konti-

nuita bio-psychologického stavu medzi matkou a dieťaťom [8] a starostlivosť poskytovaná holisticky. Z filozofie Wiedenbachovej modelu je zrejmé celostné zameranie na matku a dieťa, smerujúce k obnove vnútornej a vonkajšej harmónie, usilujúca sa o profylaxiu a podporu zdravia. Rutinné postupy, nepripravenosť, neskúsenosť a neochota personálu sú dôležitým faktorom v starostlivosti o ženu a dieťa, ktoré významnou mierou zasahujú do takého krásneho, ale na druhej strane náročného procesu zrodu nového života.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] Allhoff B.R., Schaeffer D., *Handbuch Pflegewissenschaft*, Juventa, München 2000, s. 883.
- [2] Basevi V., Lavender T., *Routine Perineal Shaving on Admission in Labor*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, číslo 4.
- [3] Bloom S. et al., *Es geht auch ohne „Hecheln!“, „Atmen!“ and „Pressen!“*, American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007, Bd. 194, Nr. 1.
- [4] *Eating During Labor?*, [online:] www.pregnancychildbirthsuite101.com/article.cfm/eating_during_labor_ [01.07.2010].
- [5] Eichelberg L.W., *Ernestine Wiedenbach*, [online:] www.healthsci.clayton.edu/eichelberger/wiedwnbach.htm [25.08.2009].
- [6] Eichner A., *Geburt – Pressphase*, [online:] www.frauenaerzte-im-netz.de [17.01.2007].
- [7] Farkašová D. et al., *Ošetrovatelstvo – teória: Osveta*, Martin 2005, s. 215.
- [8] Freybergh P.G.F., *Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava 2008, s. 36.
- [9] Fawcett J., *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*, F.A. Davis, Philadelphia 2000, s. 688.
- [10] Goer H., *Príručka premýšľive ženy na cestě k lepšiemu porodu*, One Woman Press, Havlíčkův Brod 2002, s. 549.
- [11] Gogela J., Malý Z., *Porodnické alternativy. In Moderní gynekologie a porodnictví*, Levret, Praha 2000, roč. 9, č. 1, s. 291–293.
- [12] Gupta J.K., Hofmeyr G.J., Smyth R., *Position in the Second Stage of Labour for Women without Epidural Anaesthesia*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.
- [13] Hanzlíková A. et al., *Úloha ošetrovatelstva v ochrane komunitného zdravia 2*, Univerzita Komenského, Bratislava 2002, s. 128.
- [14] Hašková H. et al., *Názorové diference k současným zmenám v českém porodnictví*, Sociologický ústav Akademie věd České republiky, Praha 2001, s. 53.
- [15] Hodnett E.D., Down S., Edwards N., Walsh D., *Home-like versus Conventional Institutional Settings for Birth*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1.
- [16] Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J., Sakala C., *Continuous Support for Women during Childbirth*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.

- [17] Kolektív autorov, *Vše o léčbě bolesti*, Grada, Praha 2006, s. 355.
- [18] Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., Dowswell T., Styles C., *Maternal Positions and Mobility during First Stage of Labor*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2.
- [19] Lowe N.K., *The Nature of Labor Pain*, American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002, No. 186, s. 16–24.
- [20] Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N., *Early Skin-to-skin Contact for Mothers and their Healthy Newborn Infants*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3.
- [21] Nakao J., Moji K., Honda S., Oishi K., *Initiation of Breastfeeding within 120 Minutes after Birth is Associated with Breastfeeding at Four Months among Japanese Women: A Self-administered Questionnaire Survey*, [online:] www.international-breastfeedingjournal.com/content/3/1/1&prev=/search%3Fq%3DThe%2Bfirst%2Battachment%2Bof%2Binfant%2Bto%2Bbreast%26hl%3Dsk%26client%3Dfirefox- [02.06.2010].
- [22] Odent M., *Znovuzrozený porod*, Argo, Praha 1995, s. 151.
- [23] Pařízek A., *Kniha o těhotenství@porodu*, Galén, Praha 2006, s. 414.
- [24] *Pain during childbirth*, [online:] www.midwife.org/siteFiles/news/sharewithwomen49_6.pdf [01.07.2010].
- [25] Pavlíková S., *Modely ošetrovatelství v kostce*, Grada, Praha 2006, s. 150.
- [26] Reviez L., Gaitán H.G., Cuervo L.G., *Enemas during Labour 2007*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.
- [27] *Research Summary – Normal Birth*, [online:] www.birthchoiceuk.com/Frame.htm [19.12.2008].
- [28] Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A., *Complementary and Alternative Therapies for Pain Management in Labour*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.
- [29] Stadelmann I., *Zdravé těhotenství, přirozený porod*, One Woman Press, Praha 2004, s. 579.
- [30] Steffen G., *Je rutinný, profylaktický nástřih brádze oprávněný?*, SKSaPA, Bratislava 2009, s. 70.
- [31] Štromerová Z., *Možnost volby*, Argo, Praha 2005, s. 183.
- [32] Tomáš S., Danko J., *Epidurální pôrodnická analgézia*, Praktická gynekológia 2002, roč. 9, č. 1, s. 19–22.
- [33] Verny T., Kelly J., *Tajomný život dieťaťa pred narodením*, Slovenské pedagogické nakladateľstvo, Bratislava 1993, s. 177.
- [34] WHO, *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*, WHO, Ženeva 1999, s. 44.
- [35] Závodná V., *Ošetrovatelský model Wiedenbachovej*, [in:] Farkašová D. et al., *Ošetrovatelstvo – teória*, Osveta, Martin 2005, s. 215.



Eliza Mazur¹, Edyta Laurman-Jarząbek²

¹ Wszechnica Świętokrzyska, Kielce

² Akademia Ignatianum, Kraków; Wszechnica Świętokrzyska, Kielce

Rola rodziny w procesie zdrowienia z uzależnienia na przykładzie skazanych aresztu śledczego w Kielcach

The role of a family in the process of recovering from addiction based on the example of the convicted of custody in Kielce

Abstract

Therapeutic interventions carried out in the conditions of isolation in a prison effect in changing the attitude of a convict addicted to treatment. Initial instrumental motivation in the course of participation in the therapeutic class turns into more internal beliefs about the need to make changes in one's life. In the following paper a role of family is presented, which is not often considered in the rehabilitation process, the support system for convicts, and their recovery.

A combination of therapeutic and educational interactions together with close cooperation of the convict and family and the use of its corrective function is of considerable importance in the whole treatment process.

Keywords: therapy, psychotherapy, substance abuse program, prison, therapeutic ward patients, family, family therapy, child

słowa kluczowe: terapia, psychoterapia, program, nadużywanie substancji, więzienie, rodzina, terapia rodzinna, dziecko

Wprowadzenie

Narkomania jest negatywnym zjawiskiem społecznym, ale przede wszystkim chorobą. Powoduje poważne szkody we wszystkich sferach życia jednostki, tj. przyczynia się do powstawania szkód zdrowotnych, psychicznych, emocjonalnych bądź związanych ze społecznym funkcjonowaniem. Jako ujemne zjawisko społeczne zawiera w sobie również pewien kryminogeny potencjał. Słowo „pewien” oznacza, że trudno jest opisać jednoznacznie charakter związku między narkomanią a przestępczością. W literaturze przedmiotu spotyka

się różnorodne podejścia do tego zagadnienia. Niektórzy badacze twierdzą, że narkomania jest źródłem wielu czynów przestępczych. Do zakładów karnych trafia coraz większa liczba ludzi, najczęściej bardzo młodych, którzy już na wolności eksperymentowali bądź byli nałogowymi użytkownikami substancji psychoaktywnych. Ich wiedza o środkach zmieniających świadomość, a wpływających na przyjemne doznania zapamiętane z okresu ich stosowania, a często już występujące objawy uzależnienia, nie skłania do rezygnacji z odurzania się nawet w warunkach izolacji.

W niniejszym artykule ukazano rolę rodziny, rzadką uwzględnianą w ramach procesu resocjalizacji, w systemie wsparcia skazanych, w tym ich zdrowienia.

Służba więzienna jest jednym z podmiotów, obok zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ), Stowarzyszenia (MONAR), związków wyznaniowych, grup samopomocowych, ustawowo zobowiązanych do realizacji zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Podstawę działań profilaktycznych stanowi Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii. W jednostkach organizacyjnych służby więziennej prowadzi się leczenie, rehabilitację i reintegrację uzależnionych od środków psychoaktywnych w: ambulatoriach zakładów wraz z izbami chorych, pododdziałach detoksykacyjnych zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz oddziałach terapeutycznych [2].

Zasadniczymi celami terapii uzależnień są: „uświadomienie pacjentowi, iż uzależnienie jest chorobą; dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat uzależnienia; przepracowanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz przygotowanie do życia bez substancji odurzających” [1].

Podstawową sprawą w udziale pacjenta w procesie terapeutycznym jest wzbudzenie jego motywacji do leczenia. Osoby podejmujące leczenie najczęściej zaprzeczają faktowi swego uzależnienia. Zgadzają się na leczenie ponieważ ponoszą określone szkody z powodu brania narkotyków, chce tego ich rodzina, nie radzą sobie ze swoim życiem itp.

Polskie więziennictwo, realizując przepisy Kodeksu karnego wykonawczego, prowadzi wobec skazanych uzależnionych oddziaływanie terapeutyczne w ramach kodeksowo określonego systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. I tak: art. 96 KKW zakłada „W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływanie specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej”.

Baza terapeutyczna więziennictwa dla osób uzależnionych składa się z 39 oddziałów, w tym 24 oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od alkoholu, dysponujących łącznie 814 miejscami oraz 15 oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, o łącznej pojemności 549 miejsc [6].

Skazanego obejmuje się za jego zgodą odpowiednim leczeniem i rehabilitacją. W razie jej braku, o leczeniu orzeka sąd penitencjarny. Osadzony, który przed trafieniem do jednostki penitencjarnej zażywał narkotyki, poddawany jest diagnozie w celu objęcia go odpowiednią opieką medyczną, psychologiczną i wychowawczą. Uzależnienie od środków odurzających lub psychotropowych osób umieszczonych w jednostkach penitencjarnych ustala się na podstawie: rozmów i obserwacji zachowania od chwili przyjęcia do placówki, wyników badań lekarskich oraz psychologicznych, dokumentacji z pozawięziennych ośrodków zajmujących się leczeniem, rehabilitacją lub reintegracją osób uzależnionych (Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 12 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, § 2, Dz.U. z 2007 r. Nr 5, poz. 40) [10].

Oddziaływania terapeutyczne prowadzone w warunkach izolacji więziennej dają efekt w postaci zmiany nastawienia skazanych uzależnionych do terapii. Początkowa – instrumentalna motywacja, w miarę uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych zamienia się w bardziej wewnętrzne przekonanie o potrzebie dokonania zmian w swoim życiu.

Niebagatelne znaczenie w procesie leczenia ma połączenie oddziaływań terapeutycznych i wychowawczych ze ścisłą współpracą z rodziną skazanego i wykorzystania jej naprawczych funkcji. Bardzo często osoby uzależnione twierdzą: „jestem narkomanem, nie jestem uzależniony”. Określenie „narkoman” ma niejednokrotnie bowiem dla pacjentów znaczenie nobilitujące „jestem kimś ważnym, innym od reszty ludzi”. Słowo narkoman wiąże się również z przynależnością do określonej subkultury, która ma swoje zasady, wyróżniki, atrybuty. Narkomani deklarujący chęć leczenia niejednokrotnie oczekują, że terapia pozwoli im brać narkotyki w sposób kontrolowany (oczywiście przez nich), jak również, że terapeuta ich wyleczy bez ich aktywności i zaangażowania. „Leczenie mnie, ale nie rozmawiajmy o mojej przeszłości. O tym chcę zapomnieć”.

Można wyróżnić trzy kategorie pacjentów z uwagi na posiadaną motywację do leczenia [9]:

1. Pacjent z motywacją „prześciową”, niepewną,
2. Pacjent zmotywowany,
3. Pacjent ze skłonnościami do nawrotu choroby.

Pacjent z motywacją „prześciową”, niepewną, nie jest pewien, czy chce nadal brać narkotyki, ale często wraca do brania. Jego motywacja jest ambiwalentna. Pacjent zmotywowany posiada motywację do zaprzestania brania narkotyków, ale nie ma wiedzy, jak utrzymać abstynencję. Trzecią kategorię stanowią pacjenci, którzy mają problemy z rozpoznaniem i zidentyfikowaniem procesów myślenia i emocjonalnych, prowadzących u nich do nawrotu choroby (ponownego sięgania po narkotyk).

Terapeuta powinien dążyć do wzmocnienia motywacji pacjenta. Dlatego ważne są nie tylko jego umiejętności warsztatowe, ale również pogląd na uzależnienie i stosunek do uzależnionego. Należy pamiętać, że oczekiwania terapeuty co do pacjenta wpływają na motywację samego uzależnionego. Przytoczone tu zostaną zasady, które stosowane przez terapeuta, prowadzą do wzrostu motywacji: „okazywanie empatii; rozwijanie poczucia rozbieżności u pacjenta między stanem obecnym a pożądanym; unikanie dowodzenia swoich racji; podążanie za oporem, a także wspieranie u pacjenta poczucia własnej skuteczności” [9].

Należy pamiętać, że motywacja to proces, a nie jednorazowe zdarzenie. Osobę uzależnioną należy traktować jako człowieka chorego, ale jednocześnie odpowiedzialnego za swój proces leczenia. Decyzję o terapii pacjent musi podjąć sam. Musi być więc przekonany, że leczenie jest dla niego szansą a nie karą, że zaprzestając brania narkotyków odniesie korzyści. Skutecznymi metodami motywującymi są konfrontacja wspierająca, identyfikowanie.

Każdy z istniejących w jednostkach penitencjarnych oddział terapeutyczny dla osób uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, realizuje własny autorski program terapii, trwający średnio sześć miesięcy, uwzględniający indywidualizację leczenia i standardy terapii uzależnień, a także: teoretyczne podstawy mające swoje umocowanie w aktualnych badaniach naukowych, cel ogólny, lista celów szczegółowych, charakterystyka populacji skazanych, do których program jest adresowany, założenia teoretyczne, forma i zawartość, rodzaje i zakres współpracy z podmiotami pozawięziennymi, założenia etatowe, charakterystyka bazy lokalowej, określenie niezbędnego zabezpieczenia rzeczowego i finansowego oraz ramowy tygodniowy rozkład zajęć w oddziale (Zarządzenie nr 2/04 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 24 lutego 2004 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników oddziałów penitencjarnych i terapeutycznych §72 z późn. zm.).

W trakcie leczenia wspólnie z uzależnionym opracowuje się osobisty plan terapii. Uwzględnia on jego aktywność i odpowiedzialność za realizację zadań oraz motywację do dokonania zmian i możliwości realizacji przez niego indywidualnego programu leczenia [11].

Poniżej przedstawiono program psychoterapii uzależnień realizowany w oddziale terapeutycznym dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych w Areszcie Śledczym w Kielcach. Program został opracowany przez zespół: Joanna Woźniak, Zbigniew Grzesiak, Wojciech Latkowski i Krzysztof Czekaj [2].

Założenia teoretyczne

Zespół terapeutyczny prezentuje pogląd, że narkomania jest chorobą:

- którą można opisać (narkomania jest diagnozowalna),
- pierwotną,
- postępującą,
- przewlekłą (nie ma powrotu do kontrolowanej konsumpcji środków psychoaktywnych),
- śmiertelną,
- uleczalną,
- z uwagi na biopsychospołeczny charakter uzależnienia, należy angażować różne sfery osobowości pacjenta oraz aspekty jego funkcjonowania poprzez objęcie go, oprócz terapii odwykowej, także formami zajęć, takimi jak: terapia rodzinna, ergoterapia, zajęcia sportowo-rekreacyjne oraz kulturalno-oświatowe, kontakt z otoczeniem zewnętrznym: rodziną, neofici, wolontariusze.

Celami ogólnymi programu są: leczenie, rehabilitacja i readaptacja skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, natomiast szczegółowymi są:

- uświadomienie pacjentowi, że uzależnienie jest chorobą,
- dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat uzależnienia,
- przeanalizowanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia,
- przygotowanie do życia bez substancji odurzających po wyjściu.

Adresaci programu

Program adresowany jest do skazanych młodocianych (M) i odbywających karę pozbawienia wolności po raz pierwszy (P) uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, którzy do oddziału terapeutycznego skierowani zostali na podstawie: decyzji Komisji Penitencjarnej (wyrazili zgodę na leczenie); wyroku sądu orzekającego (na podstawie art. 62 Kk); orzeczenia Sądu Penitencjarnego (na podstawie art. 117 Kkw).

Według danych oddziału terapeutycznego Aresztu Śledczego w Kielcach [za: Czekaj], na oddział trafiają osoby młode (92% nie ukończyło 30 roku ży-

cia, średni wiek oscyluje ok. 26 roku życia); kawalerowie (88% populacji); słabo wykształcone (50,8% wykształcenie podstawowe, 30,5% zasadnicze zawodowe); które kontakt z narkotykami zaczęli od marihuany (62%) lub środków wziewnych (19%) i nastąpiło to w 15 roku życia (średni wiek inicjacji); uzależnienie od wielu różnych środków psychoaktywnych – politoksykomania (33%), opiatów (31%), amfetaminy (26%); z prawie 8-letnim stażem odurzania się; popełniające przestępstwa przeciwko mieniu (49,15%) lub antynarkotykowej ustawie (czerpanie korzyści z handlu narkotykami – 35,59%) [3]. W 2011 r. leczeniu odwykowemu w oddziale poddanych zostało ogółem 120 skazanych, w tym 19 skazanych młodocianych, 101 skazanych pierwszy raz karanych. Skazani przyjmowani są do oddziału terapeutycznego w systemie rotacyjnym. Oznacza to, że w ciągu miesiąca, około 5–7 skazanych kończy program terapii, a na ich miejsce przyjmowani są nowi pacjenci. W 2011 r. do oddziału przyjętych zostało 79 skazanych [7].

Struktura i zawartość programu

Program psychoterapii podzielony jest na trzy etapy. Pierwszy trwa cztery tygodnie (konfrontacja z problemem). Na drugi zasadniczy etap przewidziano 18 tygodni (destrukcja). Ostatni etap terapii (nawroty) trwa cztery tygodnie. Po przybyciu do oddziału terapeutycznego skazany trafia do wstępnej grupy terapeutycznej (pierwszy etap leczenia), pracującej z wykorzystaniem „Mapy mojego dzisiejszego świata”. Procedurę tę tworzą instrukcje do ośmiu tematów [autodiagnoza, plany, rodzina – realizacja planów, dom – realizacja planów, nauka/praca – realizacja planów, wypoczynek/zainteresowania – realizacja planów, narkotyki – realizacja planów oraz podsumowanie (plany – realizacja)]. Pierwszą pracą skazanego jest autodiagnoza. Skazany otrzymuje 21 pytań ułożonych według kryteriów uzależnienia DSM-IV. Każda odpowiedź jest punktowana. Liczba uzyskanych punktów pozwala pacjentowi na wstępne zdefiniowanie problemu narkotykowego (stopnia uzależnienia). W drugiej pracy skazany dzieli się grupą swoimi planami życiowymi w takich obszarach, jak rodzina, dom, nauka, praca, wypoczynek i zainteresowania oraz narkotyki z okresu przed nałogowym zażywaniem środków psychoaktywnych. Kolejne prace koncentrują uwagę pacjenta na realizacji jego planów życiowych w wymienionych wcześniej sferach życia. Ma on odpowiedzieć sobie na pytania, czy jest dobrym wzorem do naśladowania jako członek rodziny, gospodarz swojego domu/mieszkania, pracownik, czy potrafił przyjemnie i pożytecznie spędzać czas wolny, czy udało mu się kontrolować zażywanie środków odurzających. Ostatnia praca skazanego to podsumowanie, polegające na konfrontacji aspiracji życiowych pacjenta (plany) z ich realizacją z okresu czynnej nar-

komanii. Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu. Każda sesja trwa około dwóch godzin. Raz w tygodniu pacjent bierze udział w wykładzie. Na tym etapie leczenia uzależnionego konfrontuje się ze swoim problemem narkotykowym, buduje motywację oraz przygotowuje się do kolejnego etapu terapii.

Destrukcyjna to drugi etap leczenia, skazany otrzymuje kolejne instrukcje do pracy nad sobą „Przewodnik samopoznania”. Procedura ta stanowi zbiór wskazówek pomocnych w stworzeniu historii uzależnienia (narkorysu) określeniu rozmiarów szkód i błędów w realizacji ról życiowych, kontaktów interpersonalnych, życia emocjonalnego, duchowego, osobistego, rodzinnego, odkryciu bezsilności wobec narkotyków (próby kontroli nałogu) oraz dokonaniu bilansu ułatwień i strat związanych z zażywaniem narkotyków. Oprócz uczestnictwa dwa razy w tygodniu w sesjach terapeutycznych, skazany co tydzień uczęszcza na wykłady – na tym etapie leczenia jest ich osiemnaście.

Podczas trzeciej sesji – ostatniej, „Nawroty”, pacjent raz w tygodniu bierze udział w sesji terapeutycznej i wykładzie. Jego pierwsza praca dotyczy identyfikacji własnych sygnałów ostrzegawczych, tj. zmian zachodzących w życiu poznańskim, emocjonalnym w zachowaniu oraz funkcjonowaniu społecznym, świadczących o tym, że jego abstynencja jest zagrożona. Kolejna praca wiąże się z czynnikami, tj. osobami, miejscami, przedmiotami, zdarzeniami, porami dnia czy roku oraz stanami psychicznymi kojarzącymi się z zażywaniem narkotyków. Podczas zajęć pacjent uczy się, między innymi, konstruktywnych sposobów radzenia sobie z głodem narkotykowym, ograniczania myśli o treściach związanych z nałogiem, skutecznych technik odmawiania zażycia narkotyku (trening asertywnych zachowań abstynenckich) oraz układa plan dalszego powrotu do zdrowia, w którym zawiera działania pomagające w aktywnym utrwaleniu swojej abstynencji [7].

W terapii osób uzależnionych i procesie ich zdrowienia, oprócz oddziaływań *stricte* terapeutycznych, należy uwzględnić rolę rodziny. Warto pamiętać, że kara pozbawienia wolności to jest czasowa izolacja od środowiska wolnościowego i każdy skazany po pewnym okresie pobytu w zakładzie karnym ma szansę powrotu do społeczeństwa, a wtedy odbudowywanie uprzednio zerwanych więzi może okazać się bardzo trudne. W niektórych przypadkach jest to wręcz niemożliwe i wtedy pojawia się duże prawdopodobieństwo, że przy braku wsparcia ze strony otoczenia, a zwłaszcza tego najbliższego, nastąpi jego powtórny proces staczania się na margines społeczny, a to już utarta droga powrotu do przestępstwa. Patrząc zatem z punktu widzenia dobra społeczeństwa, wydaje się właściwe dbanie o już istniejące więzi skazanych ze środowiskiem zewnętrznym, zwłaszcza ze środowiskiem rodzinnym, ich podtrzymywanie lub odbudowywanie w społecznie pożądanym kierunku. Powinno to być zatem naczelnym zadaniem dla wszystkich organizatorów procesu resocjali-

zacyjnego [8]. Pozbawienie lub utrudnianie skazanemu kontaktu z nią, może doprowadzić do całkowitego rozerwania więzi rodzinnych. W literaturze psychologiczno-pedagogicznej istnieje sporo publikacji, które koncentrują się na dysfunkcyjnym aspekcie rodziny dotkniętej uzależnieniem oraz na patologicznych konsekwencjach uzależnienia, ponoszonych przez członków systemu rodzinnego. Niewiele jednak jest badań poświęconych funkcjonowaniu samej rodziny w procesie zdrowienia. Toteż ważną rolę w oddziaływaniach wspomagających psychoterapię uzależnienia na terenie jednostki penitencjarnej odgrywa terapia rodzinna. Rodzina bardzo często stanowi istotny punkt odniesienia dla osób wychodzących z nałogu. Także dla osób niosących pomoc osobie uzależnionej, odniesienie do relacji rodzinnych staje się pomocne w ocenie zmian zachodzących w trakcie zdrowienia lub w motywowaniu do terapii.

W Areszcie Śledczym w Kielcach sesje terapii rodzinnej organizowane są dla skazanych kończących drugi etap terapii (zwykle jest to piąty lub szósty miesiąc terapii). W zajęciach, oprócz samego skazanego, uczestniczą bliscy pacjenta (rodzice, względnie żona) oraz terapeuta prowadzący. W czasie sesji dąży się do przeanalizowania trudnych faktów z przeszłości, zbudowania konstruktywnych relacji interpersonalnych oraz zidentyfikowania słabych i mocnych stron, zarówno pacjenta, jak i jego bliskich w aspekcie procesu dalszej terapii [3].

Terapia skazanych uzależnionych jest jedną z metod szeroko rozumianej pracy resocjalizacyjnej czy też readaptacyjnej. Bardzo istotnym jej elementem jest kształtowanie motywacji do zmiany swojego zachowania. W warunkach izolacji więziennej rola osoby pomagającej/wspierającej bywa dla pacjenta kluczowa. Jego pozytywny kontakt ze światem zewnętrznym budowany jest w oparciu o relacje z osobami, do których ma zaufanie i do których chciałby powrócić. Im więcej jest takich osób w „pozawięziennym środowisku” zdrowiejącego pacjenta, tym lepsze są rokowania jego readaptacji. Spośród 60 skazanych oddziału terapeutycznego dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, biorących udział w 2012 r. w autorskim *Programie profilaktyki z zakresu HIV/AIDS oraz chorób przenoszonych drogą płciową* (program opracowany przez E. Laurman-Jarząbek i E. Mazur); czterdziestu ośmiu uznało, że motywem wyjścia z uzależnienia jest chęć powrotu do swojej rodziny (żony, rodziców), z kolei dla dwunastu skazanych motywem wyjścia z nałogu jest chęć założenia własnej rodziny. Wszyscy skazani biorący udział w programie stwierdzili, że regularnie podtrzymują kontakt ze swoją rodziną i osobami bliskimi, poprzez widzenia, rozmowy telefoniczne, korespondencję oraz sesje terapii rodzinnej, które koncentrują się na pogłębianiu świadomości i rozumienia swoich emocji, impulsów, potrzeb, przekonań oraz nad indywidualnymi

celami poszczególnych uczestników. Czterdziestu dziewięciu skazanych swoje relacje z rodziną postrzega jako bardzo dobre (są pewni, że rodzina czeka na ich powrót oraz udzieli koniecznego im wsparcia: materialnego i emocjonalnego po opuszczeniu jednostki penitencjarnej); jedenastu skazanych stwierdziło, że relacje z rodziną są zadowalające, aczkolwiek wiele spraw wymaga wyjaśnień.

Skazany, który czuje, że ma wsparcie osób najbliższych, jest zdolny do pełnej współpracy i wysiłku na rzecz osiągnięcia nakreślonych wspólnie z rodziną/osobami znaczącymi/terapeutą celów i angażuje się tym bardziej, im większe ma poczucie, iż pomagający wierzy w niego i jego możliwości. Spokój, otwartość, kompetencja, życzliwość i odpowiedni system wymagań osób pomagających, są dla tych pacjentów/skazanych elementami modelującymi właściwe zachowania społeczne, przywracają chęć do życia i wchodzenia w relacje, napawają optymizmem co do rezultatów podejmowanych zadań i ról społecznych.

Rodzina zwiększa szansę skazanego na powrót do życia społecznego, jest naturalną siecią wsparcia. Badania przeprowadzone podczas ewaluacji amerykańskiego programu „La Bodega de la Familia”, opartego na wzmacnianiu więzi między skazanymi a pozostałymi członkami jego rodziny, wykazały, że liczba uzależnionych od narkotyków wśród skazanych spadła z 80 do 42%. Terapia uzależnień u tej grupy osadzonych okazała się skuteczniejsza niż wśród pozostałych grup pozbawionych rodzinnego wsparcia. Badacze udowodnili, że siła sieci rodzinnego wsparcia ma ogromne znaczenie i przynosi pozytywne rezultaty w resocjalizacji skazanych [4].

Zmiany dokonujące się w życiu rodzinnym podczas terapii uzależnień składają się głównie na aspekt społeczny procesu zdrowienia, chociaż mają związek ze zmianami w życiu psychicznym i duchowym. W aspekcie społecznym proces zdrowienia z choroby obejmuje przede wszystkim poprawę funkcjonowania wychodzącego z nałogu „narkomana” w różnych rolach społecznych. Osoba taka staje się tym zdrowsza i lepiej przystosowana do pełnienia ról społecznych, im bardziej umie korzystać ze wsparcia społecznego czy potrafi tworzyć więzi społeczne. Szczególnym obszarem funkcjonowania społecznego są relacje rodzinne. Są one często obciążone wieloma trudnymi doświadczeniami, związanymi z okresem narastania uzależnienia. Proces zdrowienia w tym obszarze z reguły nie polega na odbudowie pierwotnych relacji i systemu rodzinnego, lecz na ustaleniu nowej, bardziej funkcjonalnej równowagi w obszarze rodziny. Często wymaga to zaangażowania w zmianę także małżonka oraz dzieci. Wskaźnikiem postępu w społecznym aspekcie procesu zdrowienia może być zaangażowanie osoby wychodzącej z nałogu w życie rodziny, grupy wsparcia czy społeczności lokalnej. Osoba zdrowiejąca w tym wymiarze potrafi wypełniać zadania związane z pełnionymi rolami społecznymi i postrzega siebie jako część większej, społecznej całości [12].

Podsumowanie

Na temat, czy terapia w warunkach izolacji więziennej ma sens, powstało wiele różnych poglądów. Jedni uważają, że ma ona sens, inni, że nie. Jej przeciwnicy sądzą, że pobyt w jednostce penitencjarnej nie pozwala na otwartość czy szczerłość pacjenta, co jest warunkiem podstawowym powodzenia terapii. Z poczynionych obserwacji wynika, że terapia w warunkach izolacji więziennej jest możliwa, choć obwarowana licznymi warunkami. Po pierwsze należy stworzyć odpowiedni klimat w oddziale (między innymi przez odstępstwa od regulaminu). Po drugie należy zatrudnić odpowiednio merytorycznie przeszkoloną kadrę, rozumiejącą specyfikę życia więziennego, czy wreszcie należy odpowiednio przygotować skazanych do uczestnictwa w tego typu oddziaływaniach przez zawarcie kontraktu i respektowanie zasady dobrowolności leczenia. Realizacja terapii odwykowej nie uwzględniającej specyfiki życia więziennego, narażona jest na niepowodzenie.

Utrudnieniem w realizacji programu terapii odwykowej są sytuacje wyjazdu skazanego do innej jednostki w związku z inną sprawą karną. Jak pokazuje praktyka, dotyczy to zwykle kilku skazanych w ciągu kwartału. Przerывa to proces terapii – czasami nawet na kilka miesięcy [5]. Należy pamiętać, że w procesie zdrowienia z nałogu istotną rolę odgrywa rodzina i życie rodzinne. Rodzina stanowi jedno z ważnych źródeł doświadczeń egzystencjalnie znaczących dla osób uczestniczących w terapii. Cele życiowe, ambicje i pragnienia osób kroczących drogą „bez używek” związane są bardzo często z rodziną, a odniesienie do życia rodzinnego stanowi ważny czynnik sensotwórczy i hierarchizujący cele i dążenia życiowe pacjentów. Pozwala to twierdzić, że pomaganie osobom uzależnionym powinno w większym stopniu wykorzystywać formy pracy związane z systemem rodzinnym.

Programy readaptacji społecznej, podobnie jak i programy terapeutyczne prowadzone w jednostkach penitencjarnych, w większości opierają się na kontaktach z rodziną i jej wspieraniu, gdyż z doświadczenia penitencjarzystów wynika, że odgrywają znaczącą funkcję resocjalizacyjną, a przede wszystkim zapobiegają recydywie. Dlatego też rozpatrując problematykę efektywności kary pozbawienia wolności oraz prowadzonej w warunkach izolacji więziennej terapii wychodzenia z nałogu, należy większą uwagę poświęcić rodzinom skazanym. Warto postulować, aby działania na rzecz osób uzależnionych, w tym odbywającym karę pozbawienia wolności i ich rodzin, wykraczały poza istniejące obecnie formy pomocy, czyli programy informacyjno-edukacyjne dla członków rodzin czy terapię współuzależnienia oraz działania samopomocowe. Jak podkreśla P. Szczurkiewicz [12], wskazane jest włączenie do procesu pomagania osobom uzależnionym i współuzależnionym metod diagnozy i konsultacji systemu rodzinnego, poradnictwa rodzinnego oraz terapii rodzin

i terapii par – czy to w nurcie systemowym, czy też wykorzystując inne paradygmaty.

Bibliografia

- [1] Bieńko M., *Bliżej siebie dalej od narkotyków*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2005, nr 7, s. 13–18.
- [2] Czekaj K., *Metody resocjalizacji skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych*, [w:] *Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna*, red. A. Kieszkowska, Kraków 2011, s. 377.
- [3] K. Czekaj, *System pomocy skazanym uzależnionym od środków psychoaktywnych odbywających karę pozbawienia wolności*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Warszawa 2009, s. 243.
- [4] Dzierżyński S., *Rola rodziny w systemie wsparcia skazanych*, [w:] *Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna*, red. A. Kieszkowska, Kraków 2011, s. 408.
- [5] Fudała J., *Pacjenci uzależnieni od różnych substancji psychoaktywnych*, „Świat Problemów” 2003, nr 12, s. 8–13.
- [6] Majcherczyk A., *Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Warszawa 2009, s. 204.
- [7] J. Maślanka, *Oddziaływania terapeutyczne wobec skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych*, [w:] *Szanse i zagrożenia resocjalizacji penitencjarnej*, red. S. Bębas, Kielce 2012, s. 240.
- [8] E. Pindel, *Podtrzymywanie więzi rodzinnych w warunkach izolacji*, „Probacja” 2011, nr 1, s. 93.
- [9] *Dewiacyjne aspekty współczesnego świata: przejawy – zapobieganie – terapia*, red. M. Prokosz, Adam Marszałek, Toruń 2005, s. 75.
- [10] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 12 grudnia 2006 r. w sprawie szczególnych warunków i trybu postępowania rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej, §2, Dz.U. z 2007 r. Nr 5, poz. 40.
- [11] www.narkomania-grudziadz.yoyo.pl. [04.04.2013].
- [12] www.swiatproblemow.pl/2012_03_1.html [04.04.2013].



Ewa Śpiewak¹, Ewa Szelaq¹

¹Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego

Oparzenia wśród dzieci w środowisku domowym. Edukacja rodziców w zakresie zapobiegania oraz udzielania pierwszej pomocy

Burns among children in the home environment.

Education parents in the prevention and first aid

Abstract

Extensive and deep burns belong to the most dramatic and difficult injuries. They require the engagement of an interdisciplinary team of doctors, nurses, psychologists, therapists and of course, parents. The recovery of a small patient depends strictly on their knowledge, abilities and qualifications.

The aim of this study was to answer the following questions: do parents secure the house environment well enough to prevent child burn occurrence, are parents familiar with first aid rules and are they able to apply them in the situation of burn occurrence, are parents willing to receive knowledge about house environment security and first aid, do parents possess information concerning burn treatment, how do parents estimate the educational role of a nurse in this area.

The study was carried out in a group of 55 parents whose children were affected by different types of burns. All of them stayed with their children in the paediatric wards in one of Lodz hospitals from December 2010 to March 2011. The children were at the age of 0–18. The study was carried out by means of an anonymous questionnaire prepared individually.

Having analyzed the results of the study it can be claimed that parents do not pay much attention to protecting children against the probability of being burnt. 36% of the parents admit that they do not keep chemicals out of the reach of children, or do it only sometimes; and 50% of respondents do not secure electric sockets. The fact that 32% burn cases resulted from sun-burn says much about lack of the awareness of the parents.

73% of the parents said they had enough knowledge about how to deal with burns and 86% would apply water to cool down burns. However, 14% pointed at very primitive and harmful methods, such as applying oil, spirit or the white

of an egg. 91% of the questioned parents answered that they did not know any methods of burns treatment and 22% of them do not possess any knowledge about burns at all. All the parents wanted to gain the above knowledge and 96% pointed at the need to spread the knowledge about burns prevention. The study revealed that burns left scars in 30% of child burn cases. The evaluation of the educational activity of nurses towards parents whose children suffered the burn is quite low. Only 33% of parents admitted that the knowledge about burns treatment methods and first aid came from nurses.

Keywords: child, burn, nurse, parents

słowa kluczowe: dzieci, oparzenia, pielęgniarki, rodzice

Wprowadzenie

Oparzenia są jednym z najczęstszych urazów u dzieci. Dotyczą różnych obszarów ciała, często nie dotyczą tylko miejsca oparzonego, ale również trzeba wziąć pod uwagę metaboliczne skutki ciężkich oparzeń. Nierzadko powstałe powikłania rzutują na przyszłe, dorosłe życie. Powstałe blizny uniemożliwiają realizowanie marzeń, a konieczność wykonania wieloetapowych operacji i ciągle rehabilitacje prowadzą do ograniczenia kontaktów z rówieśnikami, osamotnienia i depresji.

Przyczyną powstania tego rodzaju urazów jest, niestety, niedostateczna wiedza rodziców/opiekunów na temat zagrożeń oraz brak dostatecznej opieki. Dziecko nie potrafi rozpoznać i uniknąć sytuacji dla niego niebezpiecznej. Opiekunowie nie mają odpowiedniej wiedzy na temat skutków, jakie niosą za sobą rany oparzeniowe. Bardzo często nawet pod okiem rodziców/opiekunów dochodzi u dzieci do oparzeń słonecznych, co w wieku dorosłym zwiększa częstość występowania zmian nowotworowych skóry.

Bardzo ważne jest, aby gdy już dojdzie do urazu, udzielić pierwszej pomocy w sposób prawidłowy. Niestety, i w tym zakresie wiedza rodziców i opiekunów jest bardzo niska. Wciąż stosowane są przestarzałe metody, które powodują pogłębianie się oparzenia i powstania zakażeń. Narazają dziecko na dodatkowe cierpienie. Rzadko też opiekun oparzonego dziecka podaje mu środek przeciwbólowy.

Edukacja rodziców i opiekunów jest bardzo ważna, aby zmniejszyć ryzyko powstania oparzeń u dzieci, a także wpojenie im zasad udzielania pierwszej pomocy przy różnego rodzaju oparzeniach u dzieci. Jeśli już dojdzie do urazu i powstania rany oparzeniowej ważne jest, aby rodzice i opiekunowie mieli odpowiednią wiedzę na temat pielęgnacji i postępowania z dzieckiem oparzoną. Powinni mieć również świadomość korzystania z nowoczesnych metod i sposobów leczenia.

Co to jest oparzenie?

Powierzchnię organizmu człowieka otacza powłoka wspólna, która składa się ze skóry, tkanki podskórnej i podściółki tłuszczowej. Powłoka ta stanowi barierę ochronną dla organizmu, chroniąc go przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi. Skóra jest zbudowana z naskórka i skóry właściwej. Jest ważnym narządem zmysłu. Znajdują się w niej receptory dotyku, bólu, temperatury, ucisku i wibracji [8: 569]. Zapalne lub martwicze zmiany skóry i tkanek powstałe w wyniku zadziałania energii różnego rodzaju po przekroczeniu możliwości obronnych organizmu nazywa się oparzeniem [9: 15]. Oparzenia ze względu na przyczynę dzielą się na:

- oparzenia cieplne,
- chemiczne,
- elektryczne,
- wywołane promieniowaniem elektromagnetycznym lub jonizującym,
- mieszane [10: 50].

Oparzenie cieplne to bezpośrednie działanie ciepła na tkanki. W procesie oparzenia wyróżnia się dwa procesy: nagrzewania i chłodzenia. W pierwszej fazie ciepło akumuluje się, chcąc wyrównać temperaturę środka parzącego. W drugiej fazie następuje chłodzenie skóry poprzez oddawanie ciepła przez powierzchnię skóry, a jednocześnie jest przewodzone w głąb tkanek o niższej temperaturze i wówczas oparzenie pogłębia się pomimo usunięcia czynnika parzącego [9: 15]. W wyniku oparzenia skóra traci swoje funkcje ochronne, a powstały strup martwiczny staje się źródłem drobnoustrojów, które wnikają w głąb skóry i mogą być początkiem zakażenia [9: 18].

Oparzenia cieplne dzielą się na:

- 1) oparzenia gorącym płynem, zwykle dotyczą pośredniej grubości skóry i są najczęstszą przyczyną oparzeń,
- 2) oparzenia płomieniem, obejmują pełną grubość skóry,
- 3) oparzenia błyskowe powstają w wyniku wybuchu, dotyczą twarzy i rąk,
- 4) oparzenia kontaktowe – to z reguły oparzenia głębokie, dotyczą osób nieprzytomnych,
- 5) oparzenia prądem, charakteryzują się uszkodzeniem tkanek, mięśni oraz punktem wejścia i wyjścia prądu. Mogą być spowodowane prądem niskonapięciowym zmiennym (do 1000V), który zazwyczaj powoduje zaburzenia rytmu serca, migotanie komór, a w konsekwencji zatrzymanie akcji serca, oraz prądem wysokonapięciowym (powyżej 1000V),
- 6) oparzenie łukiem elektrycznym, w wyniku czego powstają rozległe oparzenia.

Oparzenia wżewne powstają w wyniku bezpośredniego działania energii cieplnej (gorące gazy, para wodna) lub środków chemicznych. Zazwyczaj dotyczą górnych dróg oddechowych [11: 95].

Oparzenia chemiczne powstają podczas kontaktu z kwasem lub zasadą. Po działaniu kwasu powstaje martwica koagulacyjna, z dużą bolesnością i o ograniczonej rozległości. Natomiast po kontakcie z zasadą powstaje rozległe uszkodzenie z martwicą rozplywową [6: 17].

Wielkość powierzchni oparzonej oraz głębokość oparzenia stanowi główny czynnik diagnostyczny i stanowi o ciężkości oparzenia. W oparzeniach powierzchni uszkodzonej skóry oblicza się jako procent całkowitej powierzchni ciała. Nomogramy do obliczania powierzchni są różne dla dzieci i dorosłych. W anglosaskim piśmiennictwie używa się terminu % TBSA (*total body surface area*), w polskim % p.c. (powierzchni ciała) [10: 53].

Jednym ze sposobów określania procentowej powierzchni oparzenia jest tzw. reguła dziewiątek, według schematu A.B. Wallace'a. „Poszczególne, dużym obszarom ciała przypisuje się powierzchnię 9% p.c. lub jej wielokrotność, zaś powierzchnia dłoni ręki zajmuje 1% p.c.” [13: 53].

Podział oparzeń ze względu na ciężkość, obejmujący powierzchnię i głębokość:

- lekkie,
- średnie,
- ciężkie.

Objawy oparzenia

W wyniku oparzenia dochodzi nie tylko do lokalnego uszkodzenia skóry i jej funkcji, ale także do zaburzeń działania wielu narządów i układów organizmu. Dochodzi do zaburzeń wodno-elektrolitowych, metabolicznych i immunologicznych [3: 91]. Rozwija się choroba oparzeniowa. Dzieli się ją na trzy okresy:

- 1) wstrząs oparzeniowy – trwa 48–72 godziny, dochodzi do pojawiania się obrzęków, znacznie obniża się ciśnienie tętnicze krwi, są zaburzenia przemiany materii [4: 31],
- 2) kataboliczny – trwa około 4 tygodni, występują zaburzenia oddechowe, białkowe, rozpad krwinek, a w konsekwencji niedokrwistość, w wyniku namnażania się bakterii (gronkowiec złocisty – *Staphylococcus aureus*, pałeczka odmienca – *Proteus mirabilis*, pałeczka ropy błękitnej – *Pseudomonas aeruginosa*) dochodzi do zakażeń, które upośledzają gojenie się ran,
- 3) anaboliczny – okres jego trwania jest różny, dochodzi do wyhamowania znacznie nasilonego bezpośrednio po oparzeniu katabolizmu, opanowania zakażeń i ogólnoustrojowych powikłań [4: 31],

- 4) regeneracja – dochodzi do zagojenia się rany lub do przejścia choroby oparzeniowej w stan przewlekły,
- 5) w ciężkich oparzeniach może również dojść do zgonu pacjenta w wyniku rozwoju choroby oparzeniowej [6: 18].

Leczenie oparzeń można podzielić na trzy rodzaje:

1. Zachowawcze leczenie rany oparzeniowej: może być prowadzone bez opatrunku, czyli metodą otwartą, lub z zastosowaniem maści lub nowoczesnych opatrunków (opatrunki parafinowe, enzymatyczne, hydrożelowe, hydrokoloidowe, folie poliuretanowe),
2. Operacyjne leczenie rany oparzeniowej: polega na wycięciu martwiczych tkanek i pokryciu przeszczepem [3: 168]. Wykonuje się je w większości przypadków oparzenia II stopnia b oraz wszystkich oparzeń III i IV stopnia,
3. Leczenie ogólnoustrojowe: leczenie ogólnoustrojowe polega przede wszystkim na stosowaniu farmakoterapii przeciwbólowej, płynoterapii, antybiotykoterapii, podawaniu leków immunostymulujących. Ponadto prowadzi się pomiary podstawowych parametrów (RR, OCŻ, tętna), monitoruje bilans wodny, kontrola badań laboratoryjnych (hematokryt) i masy ciała.

Punktem zwrotnym w badaniach prowadzonych nad przyspieszeniem gojenia ran była koncepcja leczenia w środowisku wilgotnym. Udowodniono, że przyspiesza ono proces gojenia, pobudza angiogenezę, stymuluje oczyszczanie, chroni nowe komórki przed zniszczeniem, przyspiesza naskórkowanie. Obniżone pH działa bakteriostatycznie. Wilgotne środowisko i stała temperatura znacznie zmniejszają dolegliwości bólowe. Okluzja, czyli zamknięcie, stanowi barierę przed zanieczyszczeniami i infekcją. Wiele firm farmaceutycznych produkuje opatrunki, które spełniają koncepcję leczenia ran oparzeniowych w wilgotnym środowisku [1: 26].

Opatrunki hydrokoloidowe (np. Granuflex Extra Thin) stosuje się w oparzeniach lekkich szczególnie u dzieci. Pochłaniają one wysięk, zmniejszają ból, są łatwe i bezbolesne do zmiany. Opatrunki takie, jak np. Bactigras czy Grasolind neutral, nasączone są środkiem dezynfekcyjnym i preparatami srebra. Są łatwe do usunięcia, ale nie tworzą jednak wilgotnego środowiska. Innym opatrunkiem jest Inadine, zwany opatrunkiem inteligentnym, ponieważ substancję czynną w nim organizm sam uaktywnia. Jest nią poliwinylowa jodyna działająca na bakterie.

Jako metodę wspomagającą w leczeniu głębokich oparzeń stosuje się hiperbaryczną terapię tlenową. Tlen hiperbaryczny w początkowym okresie oparzenia wpływa na dystrybucję płynów ustrojowych, przez co redukuje obrzęki. W późniejszym okresie tlen przyspiesza oczyszczanie się rany, przez co przygotowuje ją do przeszczepu. Ponadto tlen hiperbaryczny wykazuje działanie

bakteriostatyczne i bakteriobójcze oraz działa modulująco na układ odpornościowy [14: 231].

Współcześnie obowiązujący model leczenia oparzeń wymaga współpracy wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w tym również rehabilitacji. Według amerykańskich źródeł, rehabilitację należałoby rozpocząć w momencie przyjęcia oparzonego pacjenta do oddziału, czyli bardzo wcześnie. Jednak w niektórych ośrodkach w Polsce rehabilitacja pojawia się dopiero wtedy, gdy u chorego już powstały blizny, przykurcze czy zniekształcenia. Wczesne działanie rehabilitacyjne powinno być traktowane jako forma profilaktyki powikłań.

Nadrzędnym celem rehabilitacji jest doprowadzić do sprawności urażonych części ciała, umożliwić pacjentowi powrót do samodzielnego życia oraz uzyskać zadawalający efekt kosmetyczny. Dlatego w zależności od tego, jak wcześnie wprowadzone będzie postępowanie rehabilitacyjne, zależy będzie końcowy efekt leczenia.

Opieka pielęgniarska nad oparzoną dzieckiem zaczyna się w momencie pojawienia się w izbie przyjęć. Oprócz biurowych czynności pielęgniarka powinna pamiętać, że dziecko oparzone, oprócz bólu, odczuwa silny strach wywołany nowym otoczeniem i tym, co się wokół niego dzieje [7: 10]. Dlatego należy zapewnić dziecku poczucie bezpieczeństwa, umożliwić jak najlepszy kontakt z opiekunem, stworzyć atmosferę życzliwości, poprzez bezpieczne i wygodne ułożenie umożliwić poszkodowanemu zaakceptowanie trudnej sytuacji.

Podstawowe zasady obowiązujące osoby udzielające pierwszej pomocy przy oparzeniu

1. Rozpoznanie rodzaju oparzenia umożliwia odpowiednią pomoc i ocenę stopnia zagrożenia ratującego;
2. Wyniesienie daje możliwość przerwania działania czynnika szkodliwego, jednak należy pamiętać że przede wszystkim ratownik musi być bezpieczny, a jest to trudne zwłaszcza wtedy, gdy poszkodowanymi są dzieci i działaniem ratownika kierują emocje. Dotyczy to dużych pożarów, skażeń chemicznych. Gdy na poszkodowanym palą się ubrania, należy go zatrzymać, wymóc pozycję leżącą, gasić palące się części ubrania okrywając kocem, płaszczem itp., pozostawiając odkrytą głowę lub toczyć po podłożu [12: 125];
3. Ochrona poszkodowanego przed szkodliwym czynnikiem, czyli umieszczenie go w miejscu bezpiecznym, gdzie łatwo dotrze profesjonalna pomoc (karetka pogotowia);

4. Powiadomienie służb ratowniczych – jest to numer 112, który obowiązuje w krajach Unii Europejskiej lub 999 – pogotowie ratunkowe, 998 – straż pożarna czy 997 – policja;
5. Wdrożenie zabiegów ratujących życie – w oparzeniach o małej powierzchni jest to chłodzenie. Osoba ratująca powinna również rozpoznać objawy wczesnego zagrożenia życia, w razie potrzeby przystąpić do reanimacji, zwrócić uwagę na możliwość urazu kręgosłupa (szczególnie po urazach elektrycznych);
6. Nie szkodzić oparzonemu – szczególnie przez stosowanie szkodliwych środków i niesprawdzonych metod [12: 125].

Cele pracy

Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy rodzice przywiązują wagę (są świadomi) do konieczności zabezpieczenia dziecka w środowisku domowym przed wypadkiem?
2. Czy rodzice, których dzieci uległy oparzeniu w środowisku domowym, posiadają wystarczającą wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy?
3. Jaki jest poziom wiedzy rodziców na temat leczenia oparzeń?
4. Czy rodzice są zainteresowani poszukiwaniem wiedzy związanej z udzieleniem pierwszej pomocy dziecku oparzonemu?
5. Jaka jest opinia rodziców na temat edukacyjnych działań pielęgniarki wśród rodziców, których dzieci uległy urazowi oparzenia?

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, a wybraną techniką badawczą był kwestionariusz własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety zawierał 28 pytań, mających charakter otwarty i zamknięty. Ankieta była anonimowa, a odpowiedzi na pytania dobrowolne.

Badania przeprowadzono w grupie losowo wybranych 55 rodziców. Tere-
nem badań były oddziały w jednym z łódzkich szpitali. Badania przeprowa-
dzono wśród rodziców, których dzieci uległy oparzeniu.

Omówienie wyników

Oparzenia są najczęstszymi i najcięższymi urazami wieku dziecięcego. Opa-
rzeniom w ciągu roku ulega 200–300 tysięcy osób, z czego 80% stanowią dzie-
ci [2: 95]. Wynika to z ich dużej ruchliwości, chęci zaspokojenia ciekawości

oraz braku umiejętności prawidłowej oceny zagrożenia ze strony otaczającego środowiska. Równie dużą grupę, 31%, stanowią dzieci w przedziale 7–13 lat. W tym wieku dochodzi najczęściej do kontaktu z tzw. żywym ogniem, co jest podyktowane chęcią eksperymentowania. Równie liczna grupa, 18%, to przedział wiekowy 4–6 lat. W tym wieku rosnąca ciekawość świata prowadzi do niebezpiecznego prowokowania losu. Prezentowane badania potwierdziły statystyki, że najczęstszym środkiem parzącym (49%) były gorące napoje, w 10% gorące zupy, co jednoznacznie wskazuje, że przyczyną oparzeń jest nieuwaga dorosłych. Analizując wypowiedzi rodziców otrzymano niepokojące dane, że aż 32% dzieci uległo oparzeniom słonecznym. Taki wynik stawia pod znakiem zapytania rozważę dorosłych, nie stwarzają oni bowiem dziecku bezpiecznych warunków do korzystania z uroków słońca. Wyniki badań wykazały, że połowa badanych rodziców zabezpiecza gniazdko, 64% izoluje środki chemiczne, a 55% usuwa zwisające serwety i obrusy, aby nie dopuścić do wylania wrzątku na dziecko.

Ponadto aż 27% ankietowanych rodziców uznało, że nie zawsze środki chemiczne znajdują się w miejscach niedostępnych dla dzieci, a 9%, nigdy ich nie izoluje od dzieci. Wskazuje to na brak wiary rodziców w możliwości dziecka, nieprawidłowej opieki i braku wyobraźni dorosłych. Bardzo budujące wyniki uzyskano, pytając rodziców o zasady udzielania pierwszej pomocy przy oparzeniach. Aż 73% ankietowanych odpowiedziało, że wie co zrobić w momencie, gdy dziecko uległo oparzeniu i 89% rodziców odpowiedziało, że schłodziłoby ranę zimną wodą. Jednak 27% uznało, że zasady udzielania pierwszej pomocy są im obce. Grupa rodziców pytana o sposoby udzielania pomocy przy oparzeniach odpowiedziało, że poleje olejem lub spirytusem – 5%, białko zastosowałoby – 4%, a 2% nie wiedziało, co można zrobić. Takie wyniki dowodzą, że jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia w kwestii edukacji, aby takie odpowiedzi nie miały miejsca, aby rodzice mieli świadomość, że przez nieprawidłowe działania narażają swoje dzieci na jeszcze większy ból i cierpienie.

Zadając rodzicom pytanie, czy są zainteresowani podniesieniem poziomu wiedzy na temat sposobu udzielania pierwszej pomocy, uzyskano następujące odpowiedzi: 89% badanych odpowiedziało twierdząco, a 11% rodziców nie było zainteresowanych taką wiedzą. Z analizy badań na temat wiedzy rodziców o istocie oparzenia, jego leczeniu oraz mogących wystąpić powikłaniach, wynika, że 51% zna powikłania, a 49% ich nie zna. Aż 91% ankietowanych zapytanych o nowoczesne metody leczenia oparzeń uznało, że ich nie zna, co potwierdziło wcześniejsze wyniki, że poziom wiedzy rodziców na temat leczenia oparzeń kształtuje się na niskim poziomie. Tylko 9% rodziców znało metody leczenia oparzeń. Do najczęściej wymienianych 39% – należą opatrunki

hydrożelowe, nieco mniej, bo 23% – autoprzeszcypy i 22% – przeszczepy sztucznej skóry, najmniej znane są – 16%, opatrunki uciskowe. Dowodzi to, że edukacja dorosłych powinna przebiegać systematycznie i dotyczyć nie tylko rodziców już oparzonych dzieci. Działania edukacyjne powinny być prowadzone w sposób uporządkowany i celowy [5].

Z badań wynika, że wszyscy badani są zainteresowani wiedzą za zakresu nowoczesnych metod leczenia oparzeń. Edukacja dziecka i jego rodziców jest integralną częścią opieki pielęgniarskiej. Ze względu na to, że to właśnie pielęgniarka ma największy kontakt z podopiecznym i jego rodzicami, to przede wszystkim ona powinna starać się jak najwięcej edukować. Badania pokazują, że 33% pytanym rodziców uznało, że taką wiedzę uzyskało od pielęgniarki. Biorąc pod uwagę fakt, że 67% rodziców nie uzyskało informacji na temat leczenia oparzeń od pielęgniarki, nasuwa się myśl, że działania edukacyjne prowadzone przez pielęgniarki nie są na odpowiednim poziomie, a to skutkuje ich niską oceną.

Z niewielką różnicą, 36% chciałoby taką wiedzę uzyskać od lekarza, a 35% od pielęgniarki. Zaskakujące jest to, że aż 29% ankietowanych wiedzę o zasadach udzielania pierwszej pomocy chciałaby uzyskać z mediów. Może się to wiązać z wizualnym przedstawieniem konkretnych metod. Jest to bardziej atrakcyjny i komfortowy sposób przekazywania wiadomości. Może się on jednak wiązać z niekompetencją i brakiem doświadczenia osób przekazujących informacje. O niskim poziomie wiedzy rodziców na temat profilaktyki oparzeń dowodzi odpowiedź respondentów (96%), że szerzenie tej wiedzy jest konieczne. Powyższe dane wykazały, że poziom wiedzy rodziców na temat oparzeń (74%) kształtuje się na średnim poziomie, a 22% pytanym uznało, że rodzice takiej wiedzy nie posiadają. Tylko 4% trwało w przekonaniu, że poziom wiedzy jest wystarczający. Nie są to dane zadowalające i wskazują, że dużo jeszcze trzeba zrobić w zakresie uświadamiania społeczeństwa w kwestii profilaktyki oparzeń. Z analizy badań wynika, że najbardziej pożądaną cechą pielęgniarki pediatrycznej według ankietowanych rodziców (23%) jest kompetencja. Na drugim miejscu (21%) znajduje się sprawność w wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych, następnie – 18% oczekuje opiekuńczości, 16% delikatności, a 14% komunikatywności.

Wnioski

1. Rodzice w stopniu średnim przywiązują wagę do tego, aby zabezpieczyć dziecko przed urazem w środowisku domowym. Mimo, że większość (64%) deklarowała, iż środki chemiczne są zawsze zabezpieczone przed dzieckiem, to jednak 27% nie czyni tego zawsze, stanowi to duży odsetek

a co za tym idzie, jest dość duży procent dzieci narażonych na niebezpieczeństwo.

2. Większość respondentów uznała, że zna zasady udzielania pierwszej pomocy oparzonym dzieciom (73%). Zdecydowanie większa część badanych przypadku oparzenia dziecka zastosowałoby chłodzenie zimną wodą (86%), niemniej 2% ankietowanych rodziców nie wiedziało, co zrobić, gdy doszło do wypadku, a 12% wybrało sposoby, które niosą przykre konsekwencje dla poszkodowanego dziecka (polanie białkiem, olejem, spirytem).
3. Rodzice zapytani o metody leczenia oparzeń wprawdzie zaznaczali wymienione rodzaje opatrunków, jednak pytani, czy znają metody leczenia oparzeń, aż 91% odpowiedziało, że ich nie zna. 22% ankietowanych uznało, że nic nie wie na temat oparzeń.
4. Wszyscy ankietowani są zainteresowani uzyskaniem wiedzy z zakresu nowoczesnych metod leczenia oparzeń. Zbliżony odsetek badanych uznał (96%) konieczność szerzenia profilaktyki oparzeń.
5. Tylko 33% rodziców, których dzieci uległy oparzeniu uznało, że wiedzę na temat oparzeń otrzymali od pielęgniarki. Dla ankietowanych najważniejszą cechą pielęgniarki pediatrycznej to kompetencja 23%.

Bibliografia

- [1] Agusewicz Z., *Leczenie oparzeń*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2005, nr 9, s. 26.
- [2] Cierzniaowska K., Szewczyk M.T., Barczykowska E., *Postępowanie pielęgniarskie wobec dziecka hospitalizowanego z powodu oparzenia*, [w:] *Pielęgniarstwo w pediatrii*, red. E. Barczykowska, R. Ślusarz, M.T. Szewczyk, Borgis, Warszawa 2006, s. 91–101.
- [3] Jethon J., *Wczesne chirurgiczne leczenie rany oparzeniowej*, [w:] *Wczesne leczenie oparzeń*, red. J. Strużyna, PZWL, Warszawa 2006, s. 165–169.
- [4] Klimczyk A., *Pielęgnowanie chorego oparzonego*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2007, nr 5, s. 31.
- [5] Kłapa Z., Musiał Z., Słowiacek M. et al., *Potrzeby edukacyjne rodziców dzieci oparzonych*, „Studia Medyczne” 2008, nr 11, s. 17–21.
- [6] Krysa E., *Oparzenia u dzieci – obraz kliniczny, pierwsza pomoc, leczenie*, „Biuletyn Ogólnopolski PSPP” Lublin 2007, nr 2, s. 14–22.
- [7] Krysa E., *Rola i zadania pielęgniarki wobec dziecka oparzonego*, „Biuletyn Ogólnopolski PSPP” 2008, nr 1, s. 10–14.
- [8] Michajlik A., Ramotowski W., *Anatomia i fizjologia człowieka*, PZWL, Warszawa 2009, s. 569.
- [9] Strużyna J., *Wczesna odpowiedź na uraz oparzeniowy*, [w:] *Wczesne leczenie oparzeń*, red. J. Strużyna, PZWL, Warszawa 2006, s. 15–42.

- [10] Strużyna J., *Oparzenia – podstawowe pojęcia*, [w:] *Wczesne leczenie oparzeń...*, s. 50–59.
- [11] Strużyna J., *Oparzenia dróg oddechowych*, [w:] *Wczesne leczenie oparzeń...*, s. 92–117.
- [12] Strużyna J., *Pierwsza pomoc w oparzeniach*, [w:] *Wczesne leczenie oparzeń...*, s. 124–145.
- [13] Strużyna J., *Leczenie zachowawcze*, [w:] *Wczesne leczenie oparzeń...*, s. 148–162.
- [14] Szymańska B., Glik J., *Zastosowanie hiperbarycznej terapii tlenowej w leczeniu oparzeń*, [w:] *Zarys medycyny hiperbarycznej*, red. A. Sieroń, G. Cieślak, a-medica Press, Bielsko-Biała 2007, s. 231–234.

