

Nr 3 (36) 2013

**Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu**  
**Polish Review of Health Sciences**

**Kwartalnik / Quarterly**



**Wydział Nauk o Zdrowiu**



**Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**RADA NAUKOWA / SCIENTIFIC COUNCIL***Przewodniczący Rady Naukowej:*

prof. dr hab. Tomasz Opala (Poznań)

*Członkowie:*

prof. dr Andre Aeschlimann (Szwajcaria)  
prof. dr hab. Marek Brzosko (Szczecin)  
prof. dr hab. Lechosław Dworak (Poznań)  
prof. dr hab. Ewa Florek (Poznań)  
dr hab. Maria Danuta Głowacka (Poznań)  
dr n. med. Andrzej Grzybowski (Poznań)  
dr hab. Krystyna Jaracz (Poznań)  
prof. Christina Köhler (Niemcy)  
prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz (Katowice)  
prof. dr hab. Piotr Małkowski (Warszawa)  
prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński (Warszawa)  
prof. dr hab. Michał Musielak (Poznań)  
prof. Wolfgang Müller (Szwajcaria)  
prof. dr hab. Alfred Owoc (Lublin)  
dr Grażyna Iwanowicz-Palus (Lublin)  
prof. Winfried Papenfuß (Austria)  
dr n. med. Paweł Rzymski (Poznań)  
prof. dr hab. Stefan Sajdak (Poznań)  
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (Poznań)  
dr n. med. Maciej Sobkowski (Poznań)  
prof. dr hab. Marian Sygit (Szczecin)  
prof. dr hab. Jacek Szechiński (Wrocław)  
dr hab. Krzysztof Szymanowski (Poznań)  
prof. dr hab. Leszek Wdowiak (Lublin)  
prof. dr hab. Henryk Wiktor (Lublin)  
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (Poznań)  
prof. dr hab. Maciej Wilczak (Poznań)  
prof. dr hab. Irena Wrońska (Lublin)  
prof. dr hab. Jacek Wysocki (Poznań)

**KOLEGIUM REDAKCYJNE / EDITORIAL BOARD***Redaktor Naczelny:*

prof. dr hab. Tomasz Opala

*Zastępcy Redaktora Naczelnego:*

dr hab. Krystyna Jaracz (pielęgniarstwo)  
prof. dr hab. Michał Musielak (nauki społeczne)  
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (fizjoterapia i reumatologia)  
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (nauki biologiczne)  
prof. dr hab. Maciej Wilczak (edukacja medyczna)  
prof. dr hab. Jacek Wysocki (zdrowie publiczne)

*Sekretarze Naukowi:*

dr n. med. Andrzej Grzybowski  
dr n. med. Maciej Sobkowski

*Sekretarz Redakcji:*

dr n. med. Maciej Sobkowski  
lek. med. Joanna Buks

*Skład i tamanie:*

Bartłomiej Wąsiel

*Korekta:*

dr n. hum. Janina S. Rogalińska

*Projekt okładki:*

dr n. med. Maciej Sobkowski

*Zdjęcia:*

dr n. med. Paweł Rzymski

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**WYDAWCA / PUBLISHER**

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**ADRES REDAKCJI / ADDRESS**

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny  
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu  
ul. Polna 33  
60-535 Poznań  
(Sekretariat Dyrektora)  
e-mail: maciej.sobkowski@ump.edu.pl  
tel.: 61 841 96 70, fax: 61 841 92 88  
strona internetowa: [www.przeglاد.amp.edu.pl](http://www.przeglاد.amp.edu.pl)

MNIŚW 2 pkt.

ISSN 1643-3203

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO  
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU  
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70  
tel.: 61 854 71 52, fax: 61 854 71 51  
[www.wydawnictwo.ump.edu.pl](http://www.wydawnictwo.ump.edu.pl)

Ark. wyd. 7,0. Ark. druk. 7,8.  
Format A4. Zam. nr 83/14.

## Spis treści

### PRACE ORYGINALNE

- Marcin Rozmus, Ewa Mojs  
*Analiza poziomu lęku, jako stanu i cechy wśród funkcjonariuszy  
Państwowej Straży Pożarnej w powiecie pilskim . . . . .* 147

### PRACE POGLĄDOWE

- Agata Reczek, Ewa-Kawalec-Kajstura  
*Przygotowanie chorego do implantacji stymulatora serca. . . . .* 153
- Monika Urbaniak  
*Prowadzenie badań nieinterwencyjnych – propozycje zmian  
de lege ferenda . . . . .* 158
- Mirosław Skarżyński  
*Etyczne aspekty zarządzania w podmiocie leczniczym . . . . .* 163
- Renata Przybylska, Katarzyna Plagens-Rotman, Sławomira Kubiak  
*Owrzodzenia podudzi w aspekcie terapeutyczno-pielęgniarskim. . . . .* 168
- Małgorzata Mizgier, Grażyna Jarząbek-Bielecka, Karolina Andrzejak,  
Magdalena Pisarska-Krawczyk, Stefan Sajdak  
*Promocja zdrowia a znaczenie diety i aktywności fizycznej  
w profilaktyce i terapii cukrzycy . . . . .* 173
- Adrian Maziarz  
*Masaż, techniki kompresyjne, rozciągające i inne formy terapii  
mięśniowo-powięziowych punktów uciskowo bolesnych  
– przegląd literatury . . . . .* 178
- Grażyna Jarząbek-Bielecka, Elżbieta Sowińska-Przepiera, Maciej Wilczak,  
Małgorzata Mizgier, Witold Kędzia, Magdalena Pisarska-Krawczyk  
*Problem waginizmu z uwzględnieniem pacjentek w okresie przekwitania . . .* 182
- Artur Guźlecki  
*Prawne aspekty lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce.  
Część 1: Lata 1922–1989 . . . . .* 187
- Artur Guźlecki  
*Prawne aspekty współczesnego lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce.  
Część 2: Lata 1990–2012 . . . . .* 191
- Agnieszka Ryczek  
*Peter Singer: Czy zwierzęta odczuwają ból? . . . . .* 199

## Contents

### ORIGINAL PAPERS

- Marcin Rozmus, Ewa Mojs  
*The analysis of anxiety level, as a state and feature of the officers  
of the State Fire Service in the Piła county . . . . .* 147

### REVIEW PAPERS

- Agata Reczek, Ewa-Kawalec-Kajstura  
*Preparing patients for pacemaker implantation . . . . .* 153
- Monika Urbaniak  
*Conducting non-interventional studies – proposals for change  
de lege ferenda . . . . .* 158
- Mirosław Skarżyński  
*Ethical aspects of management in medicinal institution. . . . .* 163
- Renata Przybylska, Katarzyna Plagens-Rotman, Sławomira Kubiak  
*The therapeutic and nursing aspects of leg ulcers treatment . . . . .* 168
- Małgorzata Mizgier, Grażyna Jarząbek-Bielecka, Karolina Andrzejak,  
Magdalena Pisarska-Krawczyk, Stefan Sajdak  
*Health promotion in context of the importance of diet and physical activity  
in prevention and treatment of diabetes . . . . .* 173
- Adrian Maziarz  
*Massage, compression techniques, stretching and other forms of therapy  
on myofascial muscle knots – review literature . . . . .* 178
- Grażyna Jarząbek-Bielecka, Elżbieta Sowińska-Przepiera, Maciej Wilczak,  
Małgorzata Mizgier, Witold Kędzia, Magdalena Pisarska-Krawczyk  
*The problem of vaginismus including patients in the menopause. . . . .* 182
- Artur Guźlecki  
*Legal aspects of health resort treatment in Poland in the years 1922–1989 . . .* 187
- Artur Guźlecki  
*Legal aspects of contemporary health resort treatment in Poland.  
Part 2: in the years 1990–2012 . . . . .* 191
- Agnieszka Ryczek  
*Peter Singer: Can animals feel pain? . . . . .* 199

# ANALIZA POZIOMU LĘKU, JAKO STANU I CECHY WŚRÓD FUNKCJONARIUSZY PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ W POWIECIE PIŁSKIM

## THE ANALYSIS OF ANXIETY LEVEL, AS A STATE AND FEATURE OF THE OFFICERS OF THE STATE FIRE SERVICE IN THE PIŁA COUNTY

Marcin Rozmus, Ewa Mojs

Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Streszczenie

**Wstęp.** Praca strażaków to częste uczestniczenie w zdarzeniach traumatycznych, które zwiększają doznawanie lęku. Lęk to negatywny, indywidualny, nieodłączny stan emocjonalny, który towarzyszy człowiekowi. Zastosowana została skala lęku Spielberga, STAI.

**Cel pracy.** Celem przeprowadzonych badań była ocena poziomu lęku, jako stanu i lęku, jako cechy wśród funkcjonariuszy PSP w powiecie piłskim oraz ustalenie ewentualnych zależności pomiędzy odczuwanym lękiem a wiekiem, wykształceniem, stażem pracy, itp..

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 50 osób z PSP w Piłce. Zastosowanym narzędziem był kwestionariusz STAI, który porównano z kwestionariuszem ankiety własnego autorstwa.

**Wyniki.** Stwierdzono, że badane osoby nie różnią się istotnie ani pod względem poziomu lęku-stanu, ani poziomu lęku-cechy. Lęk prawie we wszystkich przedziałach wiekowych był niski, z wyjątkiem przedziału 26–35, który był średni w STAI X2 (L-cecha), zaś w X-1 (L-stan) niski i średni. U osób, które otrzymywały wsparcie emocjonalne z racji wykonywanego zawodu poziom lęku cechy i stanu był niski.

**Wnioski.** Inwentarz STAI prawie we wszystkich przedziałach wiekowych był niski, z wyjątkiem 26–35 lat, który w STAI X1 był niski i średni, zaś w STAI X2 średni. Według wykształcenia różnicę mieli magistrowie: L-stan odczuwali na poziomie i niskim i wysokim, zaś L-cecha na poziomie średnim. Wedle stanu cywilnego kawalerowie L-cecha odczuwali w stopniu średnim, pozostałe wyniki były niskie. Przy dostatecznej sytuacji materialnej poziom lęku-stanu był niski, lecz poziom lęku-cechy wysoki. Wysoki poziom lęku-stanu występował u strażaków, którzy posiadali stopień sekcyjnego, młodszego ogniomistrza oraz aspiranta. Wysoki poziom lęku, jako cechy miał miejsce u strażaków ze stopniem sekcyjnym oraz młodszego kapitana.

**Słowa kluczowe:** strażacy, lęk, STAI.

### Summary

**Introduction.** The work of firefighters is frequently associated with a traumatic incidents which increase the level of fear. Fear is a negative, individual and inherent emotional state which is the part of humanity. Spielberg anxiety scale, STAI, has been used

**Aim of the study.** The goal of conducted research was to determine the level of anxiety, as a state and fear, as a feature among the officers of the State Fire Service in the Piła county. Another goal was to determine the connection between fear and age, education level and work experience.

**Material and methods.** The study involved 50 people of SFS in Piła. The tool used was a STAI questionnaire which was compared with a own made questionnaire.

**Results.** As a result it was stated that the tested persons are not different in respect of level of fear-state, neither fear-feature. Fear almost in every age range was low, except the people at age 26–35 which was average in STAI X2 (L-feature), what's more-in X1 (L-feature) was low and average. In case of people who received and emotional support, caused by their work, the level of fear-feature and state was low.

**Conclusions.** STAI inventory in almost every age range was low, except people at age 26–35, in this case STAI X1 was low and average. In STAI X2, only average. According to educational level, the difference was seen in MA's L-state which was low, average and high, but L-feature was only at average level. According to marital status only singles felt the L-feature in average level, the rest of results was low. With sufficient financial situation the level of fear-state was low but level of fear-feature was high. The high level of fear was seen in firefighters who have a degree of sectional, the younger firefighter and aspirant. The high level of fear as a feature occurred in firefighters with sectional or younger captain degree.

**Key words:** firefighters, fear, STAI.

### Wstęp

Strażacy podczas wykonywania swoich codziennych obowiązków często mają do czynienia ze

zdarzeniami traumatycznymi, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia lęku [2].

Lęk jest to reakcja psychiczna na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne [5]; stan emocjonalny uwarunkowany doznawaniem stresu, przykrości oraz przeżywaniem obaw. Należy do nieodłącznych, indywidualnych, niejasnych i nieprzyjemnych emocji człowieka towarzyszących różnym codziennym sytuacjom życiowym [4]. Poziom lęku może determinować zachowania człowieka, wpływać na wyrażane opinie i podejmowane decyzje. Związany jest z przeszłością, teraźniejszością i przyszłością [9]. W wielu przypadkach objawia się jako niepokój, poczucie napięcia lub zagrożenia. Często przeciwstawiany strachowi ze względu na to, że lęk jest stanem pozbawionym obiektu, natomiast strach jest zawsze strachem przed czymś, kimś lub przed jakimś zdarzeniem [1].

Spielberg dokonał rozróżnienia pomiędzy dwoma postaciami lęku: lękiem-stanem (L-stan) i lękiem cechą (L-cecha).

L-stan to stan emocjonalny odczuwany w danym momencie, jest przejściowy, uwarunkowany sytuacją, któremu towarzyszy wzmożona aktywność autonomicznego układu nerwowego. Wielkość jego zależy od czynników postrzeganych przez jednostkę jako zagrożenie.

L-cecha – zazwyczaj stała cecha osobowości, określana jako nabyta dyspozycja behawioralna, która sprawia, że jednostka jest bardziej podatna na postrzeganie obiektywnie niezagrażających sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku [8].

Skalą najczęściej stosowaną w Polsce jest skala lęku Spielberga, która wyróżnia [10]:

- a) Lęk, jako stan, który obejmuje:
  - składowe psychologiczne: poznawcze, emocjonalne zachowanie;
  - składową fizjologiczną: pobudzenie osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej.
- b) Lęk jako cecha, która obejmuje:
  - stałe, wszechogarniające uczucie napięcia i zagrożenia;
  - częste przeżywanie uczucia zakłopotania, niższości;
  - dominującą potrzebę bycia akceptowanym i lubianym;
  - nadwrażliwość na krytykę i odrzucenie;
  - unikanie wchodzenia w bliższe związki z innymi, jeśli nie zapewniają one bezkrytycznej akceptacji;
  - tendencję do przesady w ocenianiu potencjalnych zagrożeń w życiu codziennym oraz unikanie pewnych sytuacji;
  - pewne ograniczenia w trybie życia, wynikające z nadmiernej potrzeby bezpieczeństwa.

### Cel pracy

Celem badania było określenie poziomu lęku jako cechy i jako stanu wśród strażaków PSP w Pile, w zależności od wieku, wykształcenia, stanu

cywilnego, miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej, liczby posiadanych dzieci, dodatkowej pracy, stażu, stanowiska i posiadanego stopnia służbowego, a także otrzymywanego wsparcia z racji wykonywanego zawodu oraz określenie wzajemnych zależności tych zmiennych.

### Materiał i metody

Badaniami objęto 50 osób z PSP w Pile. Strażacy wypełniali identyczne, anonimowe ankiety oraz wyrazili dobrowolną zgodę na wypełnienie ich po poinformowaniu o wykorzystaniu wyników badań tylko do celów naukowych.

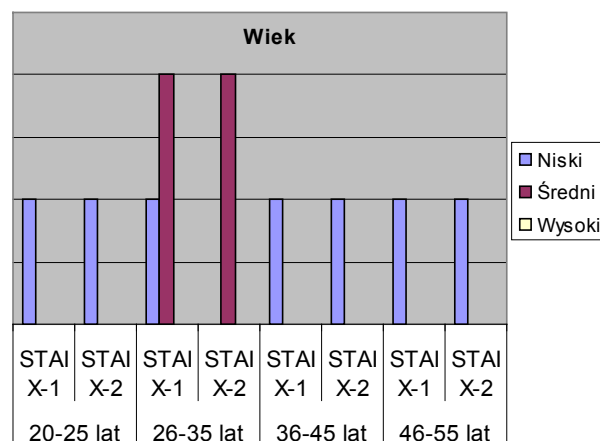
Badania przeprowadzono przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) – Spielberga, który służy do oceny lęku, jako cechy i jako stanu. Kwestionariusz ten składa się z dwóch niezależnych części, zawierających po 20 stwierdzeń. Każdemu z nich trzeba określić skalę, od 1–4, która najlepiej opisuje jego odczucia. Wynik waha się od 20 do 80 punktów. Wyniki przeliczane są na wartości stanowe: 1–4 stan niski, 5–6 średni, 7–10 wysoki poziom lęku. Inwentarz STAI X1 i X2 porównano z kwestionariuszem ankiety.

### Wyniki

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica przy przyjęciu poziomu istotności 0,05.

Największą liczbę osób zajmowali respondenci w wieku od 26 do 35 lat. Według Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI wyniki wyglądały następująco: STAI X1 (L-stan) we wszystkich przedziałach wiekowych był niski, lecz dodatkowo w wieku 26–35 był i niski i średni. Natomiast STAI X2 (L-cecha) prawie we wszystkich był niski z wyjątkiem przedziału 26–35 lat – średni poziom lęku-cechy (Rycina 1).

Analizę poziomu lęku-cechy STAI X2 i lęku-stanu STAI X1 zależnie od wykształcenia badanych przedstawia wykres na rycinie 2. Wartość średnia poziomu lęku jako cechy występowa-



Rycina 1. Wiek

ła w wykształceniu licencjackim i magisterskim. Natomiast w wykształceniu średnim była niska. STAI X1 – lęk, jako stan w wykształceniu średnim był niski, w licencjackim średni, a w magisterskim zaś niski i wysoki (Rycina 2).

Stan cywilny we wszystkich kategoriach był niski, z wyjątkiem kawalerów STAI X2, u których był średni (Rycina 3).

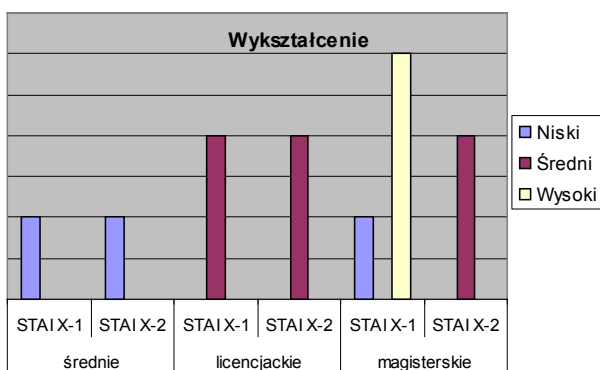
Według strażaków poziom lęku zarówno jako cechy jak i stanu we wsi był średni. W mieście do 10 tys. mieszkańców i do 100 tys. mieszkańców był niski. Natomiast w mieście do 50 tys. mieszkańców w STAI X1 i STAI X2 występował lęk niski i średni (Rycina 4).

Sytuacja materialna wyglądała następująca (Rycina 5):

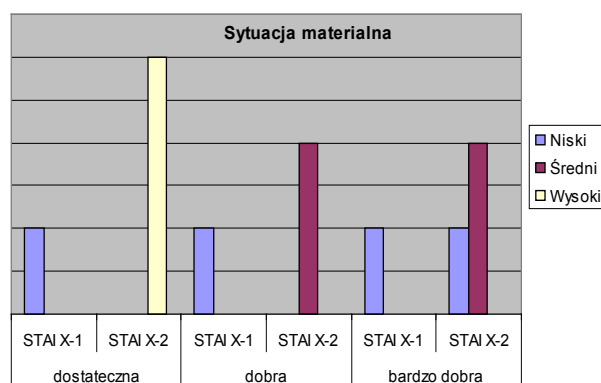
- dostateczna STAI X1-niski poziom lęku, STAI X2 wysoki;
- dobra STAI X1 niski, STAI X2 średni;
- bardzo dobra STAI X1 niski, STAI X2 niski i średni poziom lęku.

Strażacy, którzy nie zarobkują dodatkowo wg STAI X1 i X2 poziom lęku mieli zarówno niski jak i średni (Rycina 6).

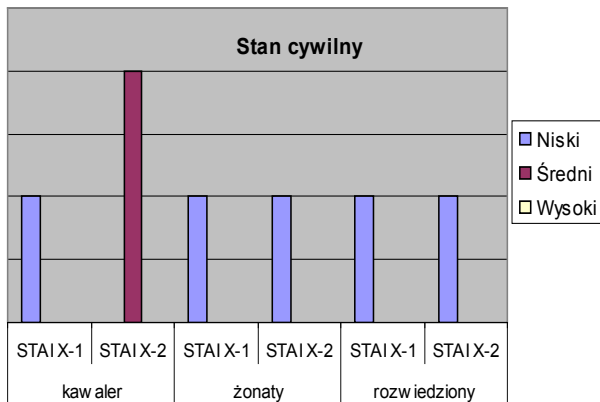
Respondenci, którzy mieli staż pracy w przedziale 6–10 lat odczuwali lęk jako stan i cecha w stopniu średnim. Natomiast w przedziale 11–15 i 21–25 lat STAI X1 był niski, zaś STAI X2 niski



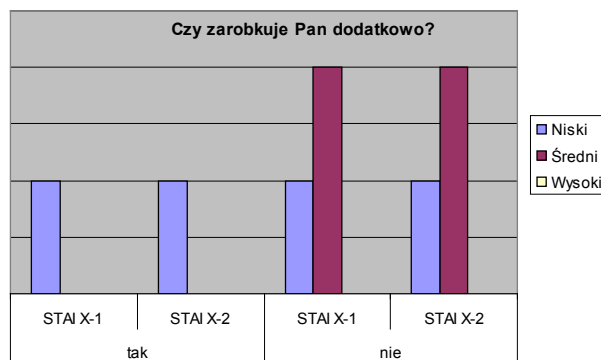
Rycina 2. Wykształcenie. Źródło: opracowanie własne



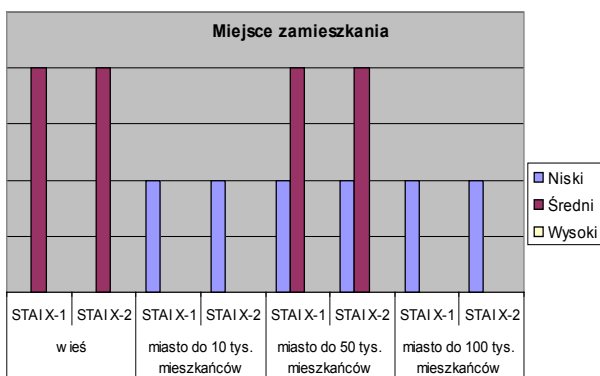
Rycina 5. Sytuacja materialna. Źródło: opracowanie własne



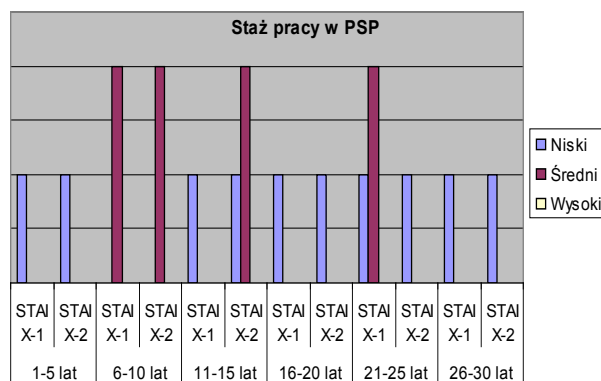
Rycina 3. Stan cywilny. Źródło: opracowanie własne



Rycina 6. Czy zarobkuje Pan dodatkowo? Źródło: opracowanie własne



Rycina 4. Miejsce zamieszkania. Źródło: opracowanie własne



Rycina 7. Staż pracy w PSP. Źródło: opracowanie własne

i średni. Pozostałe lata – staż pracy w PSP prezentował niski poziom lęku (Rycina 7).

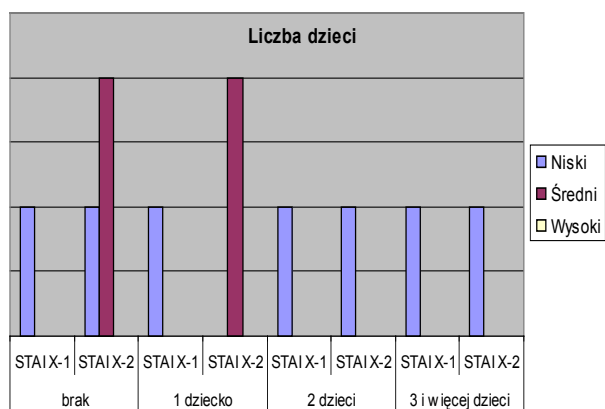
STAI X1 we wszystkich kategoriach był niski. STAI X2 zarówno niski i średni występował przy braku dzieci, przy 1 dziecku był średni, a w pozostałych kategoriach niski (Rycina 8).

Posiadany stopień służbowy prezentował się następująco: strażacy sekcijni – lęk jako stan i jako cecha odczuwali w stopniu średnim i wysokim. Młodszy kapitanowie – lęk jako stan odczuwali w stopniu średnim, natomiast lęk jako cecha w stopniu średnim i wysokim (Rycina 9).

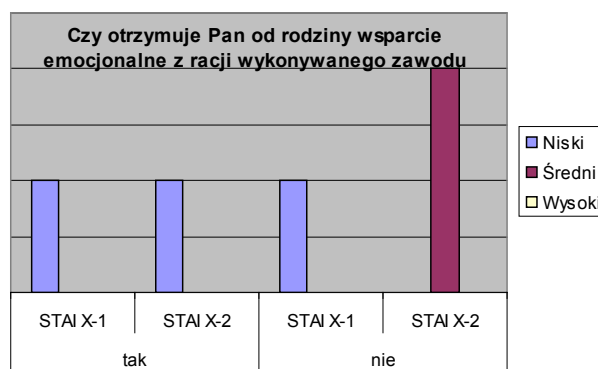
Ratownicy PSP według Inwentarza STAI poziom lęku w X1 i X2 odczuwali w stopniu średnim (Rycina 10).

Ci, którzy otrzymywali wsparcie od rodziny odczuwali lęk w stopniu niskim, zaś ci, którzy nie otrzymywali tego wsparcia odczuwali lęk jako stan w stopniu niskim, a lęk jako cecha w stopniu średnim (Rycina 11).

Do jednostki po traumatycznych akcjach u osób, które zaznaczyły, że nie przyjeżdża psycholog lęk, jako stan był niski, ale jako cecha średni (Rycina 12).

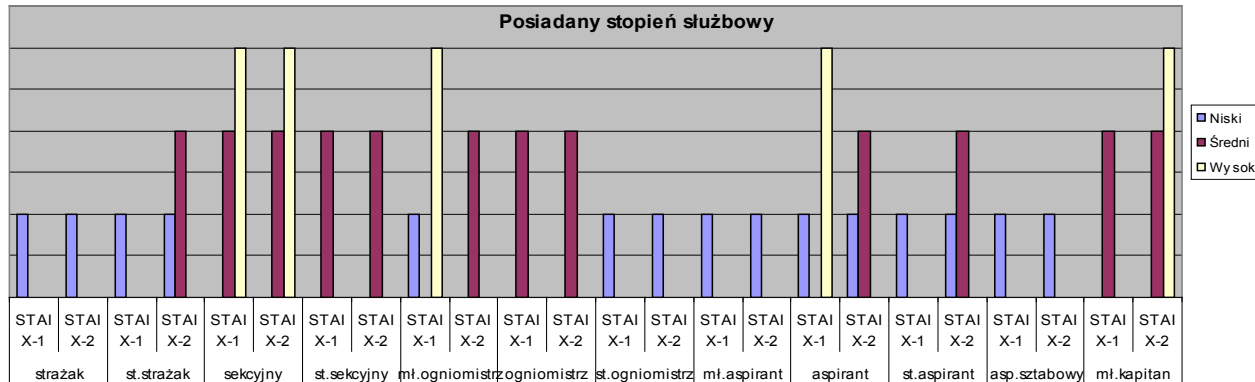


Rycina 8. Liczba dzieci. Źródło: opracowanie własne

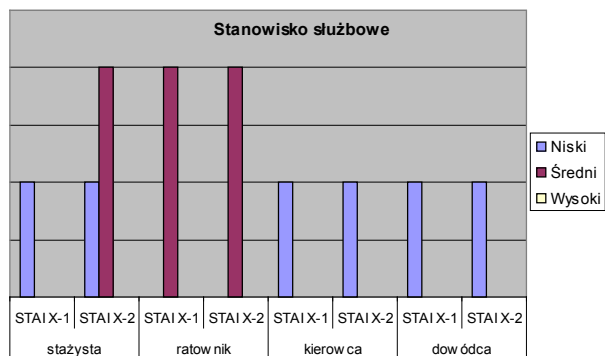


Rycina 11. Czy otrzymuje Pan od rodziny wsparcie emocjonalne z racji wykonywanego zawodu? Źródło: opracowanie własne

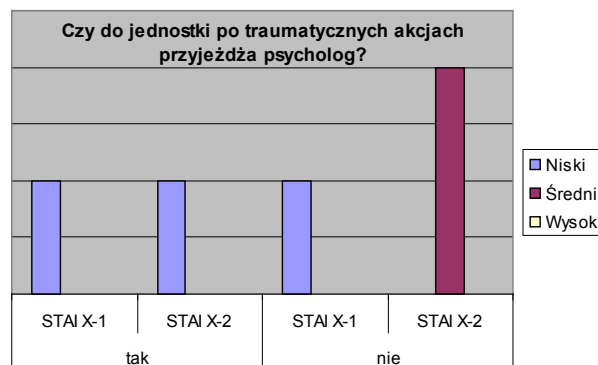
150



Rycina 9. Posiadany stopień służbowy. Źródło: opracowanie własne



Rycina 10. Stanowisko służbowe. Źródło: opracowanie własne

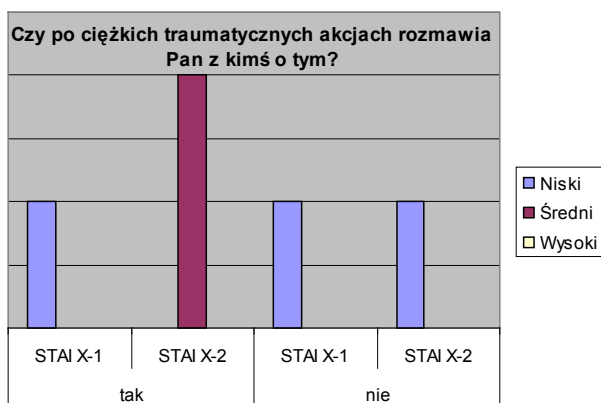


Rycina 12. Czy do jednostki po traumatycznych akcjach przyjeżdża psycholog? Źródło: opracowanie własne

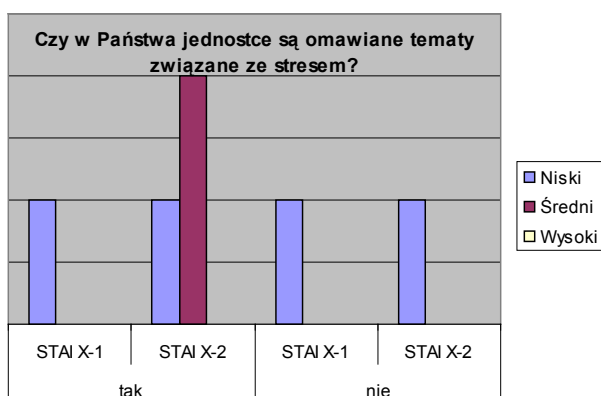


Po ciężkich traumatycznych akcjach respondenci, którzy rozmawiają o tym lęk, jako stan odczuwają w stopniu niskim, zaś lęk, jako cecha w stopniu średnim. U osób, które nie rozmawiają lęk był niski w obydwóch kategoriach (Rycina 13).

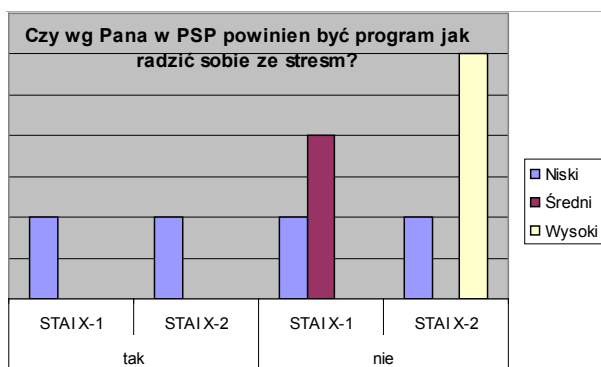
U osób, które zaznaczyły odpowiedź tak, czyli, że w jednostce są omawiane tematy związane ze stresem, lęk, jako stan odczuwali niski, natomiast lęk, jako cecha niski oraz średni. Osoby, które twierdziły, że nie ma takich rozmów lęk odczuwali w stopniu niskim (Rycina 14).



**Rycina 13.** Czy po ciężkich traumatycznych akcjach rozmawia Pan z kimś o tym? Źródło: opracowanie własne



**Rycina 14.** Czy w Państwa jednostce są omawiane tematy związane ze stresem? Źródło: opracowanie własne



**Rycina 15.** Czy wg Pana w PSP powinien być program jak radzić sobie ze stresem? Źródło: opracowanie własne

Według ankietowanych nie powinno być programu jak radzić sobie ze stresem, lecz STAI X1, jako stan u tych osób wyszedł niski i średni, natomiast jako cecha wysoki (Rycina 15).

### Wnioski

1. Niski i średni poziom lęku, jako stan, występował w przedziale wiekowym strażaków 26–35 lat.
2. Staż pracy w PSP od 6–10 lat prezentował lęk w kategorii STAI X1 i X2 na poziomie średnim. W przedziale 11–15 lat STAI X1 niski, STAI X2 niski i średni. Przedział 21–25 lat STAI X1 niski i średni, STAI X2 niski.
3. Istnieje związek pomiędzy stanowiskiem a poziomem lęku. Wysoki poziom lęku stanu odnotowano u strażaków, którzy posiadali stopień sekcyjny, młodszego ogniomistrza oraz aspiranta. Natomiast wysoki poziom lęku, jako cechy, miał miejsce u strażaków ze stopniem sekcyjnym oraz młodszego kapitana.
4. Ankietowani, którzy po ciężkich traumatycznych akcjach rozmawiali z kimś o tym lęk, jako stan odczuwali w stopniu niskim, natomiast lęk, jako cecha w stopniu średnim.
5. Większość ankietowanych stwierdziła, że w jednostce nie są omawiane tematy związane ze stresem, lęk u tych osób jest w stopniu niskim, zarówno w STAI X1 jak i X2.
6. Według opinii strażaków konieczne jest organizowanie szkoleń w zakresie radzenia sobie ze stresem.

### Dyskusja

Przeprowadzone badania nie wykazały istotnych różnic w poziomie lęku-stanu i lęku-cechy wśród funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej w powiecie pilskim.

Analiza poziomu lęku-stanu oraz lęku-cechy a otrzymywanym wsparciem emocjonalnym istnieje, ale dotyczy tylko jednej zmiennej lęku-cechy, który u osób, które nie otrzymywały tego wsparcia był lękiem o średnim natężeniu. Ci, którzy to wsparcie otrzymywali doznawali niskiego poziomu lęku w L-stan i L-cecha. Ma to na pewno duży wpływ w wykonywaniu codziennych obowiązków strażaka [3].

Wysokie wyniki w wymiarze lęku-stanu mogą świadczyć o stresie w wyniku trudnej sytuacji życiowej, w jakiej znajdują się badane osoby [7].

Wysokie wyniki w wymiarze lęku-cechy mogą natomiast oznaczać stałą dyspozycję osobowościową do podatności reagowania lękiem na różne sytuacje życiowe [6].

### Piśmiennictwo

- [1] Kępiński A. Lęk. Wydawnictwo Literackie. Kraków, 2002, s.118, rozdział: Strach, s. 142–143 rozdział: Osobowość lękowa.

- [2] Koniarek J, Dudek B. Zespół zaburzeń po stresie urazowym a stosunek do pracy strażaków. *Medycyna Pracy*. 2001;52(3):177–183.
- [3] Maruszewski T, Doliński D, Łukaszewski W, Marszał-Wiśniewska M. W: Strelau J, Doliński D (redaktorzy). *Psychologia podręcznik akademicki*. GWP. Gdańsk, 2008, s. 511–651, rozdział: Emocje i motywacja.
- [4] Reber AS, Reber ES. *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa, 2008:359.
- [5] Richard JG, Philips GZ. *Psychologia i życie*. Wydawnictwo PWN. Warszawa, 2006, s. 627–634, rozdział 14: Zaburzenia psychiczne – zaburzenia lękowe.
- [6] Strelau J, Zawadzki B, W: Strelau J, Doliński D (redaktorzy). *Psychologia podręcznik akademicki*. GWP. Gdańsk, 2008, s. 765–845, rozdział 9: Psychologia różnic indywidualnych.
- [7] Szymczak M, Dudek B, Koniarek J. *Przegląd Pożarniczy (1)*. Warszawa, 1998, s. 18–21, rozdział: Stres traumatyczny strażaków i jego konsekwencje.
- [8] Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusiak D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa, 2002, s. 5–6, rozdział: Teoretyczne podstawy STAI.
- [9] <http://www.psychiatria.pl/txt/a,589,0,lek-czy-jest-najczestsza-emocja-towarzyszaca-zyciu-ludzkiemu>.
- [10] <http://www.sciaga.pl/tekst/30071-31-psychiatria>.

*adres do korespondencji*

Marcin Rozmus  
ul. Światowida 3/7  
64-920 Piła  
tel.: 662 238 133  
e-mail: medica78@tlen.pl

# PRZYGOTOWANIE CHOREGO DO IMPLANTACJI STYMULATORA SERCA

## PREPARING PATIENTS FOR PACEMAKER IMPLANTATION

Agata Reczek, Ewa-Kawalec-Kajstura

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
WNZ UJ CM

### Streszczenie

Stymulator serca jest wszczepialnym urządzeniem połączonym za pomocą elektrod z mięśniem sercowym. Jest urządzeniem, które współpracuje z rytmem serca lub zastępuje go. Chory w okresie przed zabiegiem implantacji może doświadczać różnych dolegliwości zdrowotnych. Może mu towarzyszyć niepokój z powodu poczucia zagrożenia życia, zaburzeń pracy serca, nieznannej procedury zabiegu i jego konsekwencji. W związku z tym istnieje konieczność właściwego przygotowania chorego do zabiegu implantacji stymulatora serca. Wśród podejmowanych działań należy uwzględnić ocenę stanu biopsychospołecznego chorego; wykonać odpowiednie badania; udzielić choremu niezbędnych informacji związanych z przygotowaniem do zabiegu. Celem pracy było przedstawienie sposobu przygotowania chorego do implantacji stymulatora serca.

**Słowa kluczowe:** stymulator serca, implantacja, przygotowanie chorego do implantacji.

### Summary

A cardiac pacemaker is a device implanted into the chest and attached to electrodes known as pacing leads that run to the heart muscle. It is a device which cooperates with the heart rhythm or takes over its function if necessary. Before the implantation the patient may suffer from various health problems. The anxiety, which may appear, might be caused by the feeling that the patient's life is at risk, by disorders of the heart or unknown implantation procedure and its consequences. Therefore, the patient needs to be prepared adequately for the pacemaker implantation. The measures taken by medical staff should include evaluation of the patient's biopsychosocial condition; proper examination and instructions on adequate preparation for the pacemaker implantation. The aim of this study was to present how the patient should be prepared for cardiac pacemaker implantation.

**Key words:** cardiac pacemaker, implantation, preparing patients for pacemaker implantation.

W warunkach prawidłowych rytm serca warunkowany jest przez impulsy elektryczne powstające w układzie bodźcoprzewodzącym, w skład którego wchodzi: węzeł zatokowo-przedsionkowy, szlaki śródprzedsionkowe i międzyprzedsionkowe, węzeł przedsionkowo-komorowy, pęczek Hisa i jego odnogi oraz włókna Purkiniego [1]. Mięsień sercowy ulega sekwencyjnej depolaryzacji w miarę rozprzestrzeniania się impulsu elektrycznego przez wyspecjalizowany układ przewodzący serca. Węzeł zatokowo-przedsionkowy (zatokowy) pełni funkcję rozrusznika serca, częstość wytwarzanych w nim impulsów jest regulowana przez autonomiczny układ nerwowy [2].

Do zmieniającej się sytuacji rytm dostosowuje się w sposób elastyczny, zwalnia w czasie spoczynku i snu, przyspiesza w czasie wysiłku lub emocji. Istnieją jednak sytuacje, w których dochodzi do okresowej lub stałej patologicznej bradykardii [3], która wymaga leczenia. Powszechną metodą leczenia jest stymulacja elektryczna serca [4]. Istnieje wiele przyczyn bradykardii wymagających stymulacji serca [5]. Istotą działania stymulatora serca jest zapobieganie zatrzymaniu pracy

serca przy braku własnego rytmu lub w przypadku jego niebezpiecznego zwolnienia [3].

Stymulator serca jest zautomatyzowanym, wszczepialnym urządzeniem niewielkich rozmiarów, połączonym przy użyciu jednej lub dwóch elektrod z mięśniem sercowym [6]. Urządzenie składa się z niewielkiej puszkii o obłym kształcie wykonanej z blachy tytanowej. Wewnątrz znajduje się układ elektroniczny o szerokich możliwościach terapeutycznych i diagnostycznych umożliwiający pełne, nieinwazyjne programowanie. Programowanie ma na celu optymalny, dostosowany do stanu klinicznego i indywidualnych potrzeb pacjenta dobór parametrów pracy kardiostymulatora oraz umożliwienie odczytu informacji z wewnętrznej pamięci holterowskiej metodą telemetryczną. Mniej niż połowę zawartości urządzenia zajmuje litowo-jodowa bateria o kilku, a nawet kilkunastoletniej żywotności. W przezroczystej części obudowy stymulatora, wykonanej z żywicy epoksydowej umieszczone jest gniazdo dla łącznika elektrod, które są spiralnie zwiniętymi przewodzącymi impuls elektryczny przewodami, izolowanymi osłonką silikonową lub poliuretanową.

Elektroda zakończona jest końcówką przewodzącą, którą w sposób aktywny lub bierny mocuje się w mięśniu sercowym [6, 7].

Rozwój elektrostymulacji w ostatnich latach doprowadził ponadto do narodzin nowej formy leczenia, stosowanej u chorych z oporną na farmakoterapię niewydolnością serca i z opóźnieniem przewodzenia śródkomorowego. Leczenie to polega na implantacji służących terapii resynchronizującej układów wieloelektrodowych (CRT, *Cardiac Resynchronization Therapy*). Wyniki badań klinicznych wskazują, że CRT powoduje znaczącą poprawę stanu klinicznego i wydolności wysiłkowej chorych, poprawę jakości życia, zmniejszenie częstości hospitalizacji i redukcję śmiertelności z powodu progresji zastoinowej niewydolności serca (CHF, *Congestive Heart Failure*) [8, 9].

Najczęstsze wskazania do wszczęcia stałego układu stymulującego u chorego z objawami sugerującymi występowanie bradykardii obejmują utrwalone lub napadowe zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego (blok A–V III° i II° typu Mobitza, rzadziej Wenckenbacha), chorobę węzła zatokowego oraz bradyarytmię w przebiegu migotania przedsionków (akcja komór < 50/min i/lub przerwy do 4–5 s) [10].

Z wolnym rytmem serca wiążą się następstwa kliniczne, takie jak napadowe utraty przytomności, stany przedomdleniowe, zawroty głowy, pogorszenie tolerancji wysiłku, obniżenie sprawności intelektualnej, objawy niewydolności serca [10]. W podejmowaniu decyzji o zastosowaniu stymulacji serca niezbędną jest ocena korelacji objawów z bradyarytmią [5].

Szczegółowe wskazania do stymulacji serca zostały przygotowane przez Grupę Roboczą Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw stymulacji serca i terapii resynchronizującej we współpracy z European Heart Rhythm Association (EHRA) i opisane w Wytycznych ESC dotyczących stymulacji serca i terapii resynchronizującej w 2013 roku. W wytycznych opisano szczegółowe wskazania do stymulacji serca (zalecenia, klasy, poziom) u pacjentów z utrzymującą się bradykardią, przejściową (udokumentowaną) bradykardią, u pacjentów z podejrzeniem (nieudokumentowanym) bradykardii. W wytycznych zawarto również wskazania do stymulacji serca w szczególnych sytuacjach zdrowotnych oraz rekomendacje dotyczące wyboru trybu stymulacji w poszczególnych sytuacjach klinicznych [5].

W zależności od wskazań do implantacji istnieje możliwość wykorzystania różnych rodzajów (trybów) stymulacji określonych za pomocą kodu literowego. Pierwsza litera kodu oznacza miejsce stymulacji (A – przedsionek, V – komora, D – przedsionek i komora), druga miejsce odczytu spontanicznego rytmu serca (funkcji zwanej czuwaniem – „*sensing*”). Literą tą może być A, V, D

lub O – ani przedsionek, ani komora. Trzecia litera oznacza rodzaj odpowiedzi na czuwanie (litera I określa wstrzymanie – blokowanie stymulacji w jamie serca, w której nastąpiła detekcja impulsu własnego; litera T oznacza wyzwalanie impulsu stymulacji natychmiast po detekcji pobudzenia własnego; litera D wskazuje na obecność funkcji zarówno blokowania i wyzwalania impulsu stymulującego). Czwarta litera kodu (P, M, C lub R) określa możliwości programowania stymulatora serca oraz funkcję przyspieszania rytmu stymulacji. Litera R oznacza, że stymulator jest wyposażony w sensor umożliwiający adaptację częstości stymulacji do potrzeb organizmu (wysiłek, emocje). Piąta litera kodu (P, S lub D) dotyczy funkcji przerywania częstoskurczów (funkcja antytachyarytmiczna) i dotyczy implantowanych kardiowertków-defibrylatorów. Litera P oznacza stymulację antyarytmiczną, litera S generację wysokonapięciowego impulsu defibrylującego, czyli „szoku”, litera D istnienie obu podanych funkcji antyarytmicznych: P i S [3, 11, 12]. Chory w zależności od wskazań może mieć wszczepiony stymulator jednojamowy (rozrusznik przedsionkowy AAI, rozrusznik komorowy VVI lub synchroniczny VDD) lub dwujamowy (rozrusznik oddziałujący na dwie jamy serca, przedsionek i komorę – DDD) [3, 13].

Chory w okresie przed zabiegiem implantacji stymulatora serca może prezentować różne problemy zdrowotne. Choremu może towarzyszyć niepokój z powodu poczucia zagrożenia życia, odczuwanych dolegliwości stenokardialnych i ogólnoustrojowych, zaburzeń pracy serca, nieznannej procedury zabiegu i urządzenia, które zostanie wszczepione i konsekwencji zabiegu implantacji stymulatora serca, reakcji osób bliskich na jego sytuację zdrowotną. Na odczuwane przez chorego dolegliwości może mieć wpływ rodzaj arytmii, obecność chorób współistniejących, wiek chorego [14]. W związku z powyższym istnieje konieczność właściwego przygotowania chorego do zabiegu implantacji stymulatora serca. Przed implantacją stymulatora serca istotna jest ocena stanu biopsychospołecznego chorego, istotne jest także pobranie materiału w celu wykonania badań laboratoryjnych, udzielenie choremu niezbędnych informacji związanych z przygotowaniem do zabiegu implantacji, oraz modyfikacja leczenia zgodnie z zaleceniami lekarza, i działania zmierzające do ograniczenia ryzyka powikłań związanych z implantacją stymulatora serca.

#### *Ocena stanu biopsychospołecznego chorego przed zabiegiem implantacji*

Przed zabiegiem należy dokonać oceny dolegliwości odczuwanych przez chorego, zwrócić uwagę na obecność objawów związanych z następstwami głębokiej bradykardii (okresowy brak rytmu serca, zaawansowany lub całkowity blok prze-

wodzenia impulsów z przedsionków do komór). Przeprowadzając wywiad z chorym należy zwrócić uwagę na pojawiające się u chorego zasłabnięcia, nawracające epizody utraty przytomności, zawroty głowy, pogarszanie się sprawności fizycznej czy też intelektualnej (stopniowo lub nagle). Nie bez znaczenia jest uczucie zagrożenia życia w okresach związanych z przerwami w biciu serca czy też uczucie naprzemiennego szybkiego i bardzo wolnego bicia serca [3] oraz objawy niewydolności krążenia. Należy zwrócić uwagę na objawy chorób współtowarzyszących, przyjmowane przez chorego leki, nadwrażliwość na środki dezynfekcyjne, kontrastowe [14]; u kobiet w wieku rozrodczym na datę ostatniej miesiączki, ewentualną ciążę (niedopuszczalne jest wówczas użycie promieni rentgenowskich) [13].

Przed zabiegiem należy dokonać oceny stanu psychicznego chorego (niepokój, lęk). Niezbędna jest ocena stanu układu krążenia: tętna, ciśnienia tętniczego krwi, temperatury ciała, liczby i charakteru oddechów, saturacji krwi tętniczej, stopnia nawodnienia chorego, diurezy. Obowiązuje ocena miejsca wszczepienia stymulatora serca [14]. Jeżeli występuje infekcja lub choroby zapalne, zabieg implantacji musi być odroczone do czasu opanowania stanu zapalnego. Występowanie gorączki w ciągu 24 godzin przed zabiegiem stanowi czynnik ryzyka powikłań infekcyjnych [15]. Niezbędne są wykonanie zapisu EKG z 12 odprowadzeniami i ocena podstawowych zaburzeń czynności elektrycznej serca. Wymagane jest prześwietlenie klatki piersiowej i badanie ultrasonograficzne serca [13]. Przed zabiegiem należy pobrać krew w celu wykonania podstawowych badań laboratoryjnych, takich jak: morfologia krwi, grupa krwi, parametry układu krzepnięcia, poziom glukozy i mocznika, kreatyniny, elektrolitów, ewentualnie poziom TSH, oraz badań w kierunku odczynów wskazujących na ewentualne przebycie WZW typu B i kiły, jak również moczu do badania ogólnego [13, 14].

#### *Informacje niezbędne dla chorego przed zabiegiem implantacji*

Chory powinien zostać poinformowany przez lekarza o wskazaniach do implantacji stymulatora serca, jakie zaistniały u niego, o celowości wszczepienia układu stymulującego serce, o przebiegu zabiegu, o ewentualnych dolegliwościach czy powikłaniach, które mogą się pojawić w trakcie lub po zabiegu implantacji stymulatora serca. Powinien wyrazić zgodę na wykonanie zabiegu przez lekarza. Pacjent powinien również uzyskać podstawowe informacje o zmianach, jakie czekają go w życiu po zabiegu implantacji. Niski poziom wiedzy może być łatwo skorelowany z poziomem lęku i depresji, co może utrudniać powrót do normalnego życia po implantacji [16]. Chory powinien

wiedzieć, że zabieg implantacji stymulatora serca jest wykonywany w znieczuleniu miejscowym, że przez cały czas trwania zabiegu będzie przytomny, będzie pod opieką personelu pracującego na sali operacyjnej. Musi wiedzieć, że jeżeli w trakcie zabiegu pojawią się dolegliwości powinien o nich poinformować personel [13]. Chory powinien wiedzieć, że elektrody są implantowane przez układ żylny (z wykorzystaniem dojścia przez żyłę odpromieniową lub podobojczykową), implantacja jest wykonywana w lewej okolicy podobojczykowej [16], poprawność miejsca implantacji jest potwierdzana poprzez sprawdzanie parametrów stymulacji. Jeżeli parametry są prawidłowe, elektrody zostają połączone z rozrusznikiem serca, który zostaje umieszczony w przygotowanej wcześniej loży stymulatora serca. Na ranę zakładany jest szew. Po pierwszej implantacji chory pozostaje w oddziale średnio około 3–4 dni, jeśli nie ma powikłań, po zabiegu wymiany stymulatora serca około 2 dni, jeśli nie zachodzi konieczność reimplantacji elektrody [16]. Chory musi wiedzieć, że po zabiegu implantacji będzie pozostawał w pozycji horyzontalnej, przez czas określony przez lekarza [13].

#### *Modyfikacja leczenia przed zabiegiem implantacji zgodnie z zaleceniami lekarza*

Przed zabiegiem implantacji zalecane jest wykonanie szczepienia przeciwko WZW typu B. Jeżeli chory przebył wcześniej wymienione szczepienie, powinien mieć zbadany poziom przeciwciał w surowicy i ewentualnie otrzymać dawkę przypominającą szczepionki [13].

Ważny aspekt obejmuje postępowanie z chorym leczonym przewlekłe przeciwkrzepliwie. Jeśli chory jest leczony lekami przeciwkrzepliwymi, należy oznaczyć wskaźnik INR. Może zaistnieć konieczność modyfikacji leczenia zgodnie ze wskazówkami lekarza. U chorych po zabiegach implantacji sztucznych zastawek serca konieczne może być przejście na podskórne iniekcje heparyn drobnocząsteczkowych w okresie okołozabiegowym [16]. Przyjmowanie kwasu acetylosalicylowego, bądź stosowanie podwójnej terapii przeciwplatekcyjnej wiąże się ze wzrostem ryzyka krwawienia w okresie okołoperacyjnym. Stosowanie kłopidogrelu lub dożylnego heparynu również zwiększa ryzyko powstania krwiaka w okresie implantacji stymulatora serca. Ryzyko to jest zmniejszone przez odstawienie kłopidogrelu 4 dni przed implantacją. W większości przypadków również leki przeciwplatekowe mogą być bezpiecznie odstawione przez okres 5–7 dni, szczególnie, gdy były zalecane w celu pierwotnej prewencji sercowo-naczyniowej [5].

Jedną z najbardziej niepokojących komplikacji związanych z zabiegiem implantacji jest zakażenie. W zmniejszeniu częstości infekcji, zakażeń ogólnoustrojowych, związanych z procedurą implan-

tacji, może być korzystne zastosowanie bezpośrednio (dożylnie) przed zabiegiem antybiotyku. Jak wskazują badania profilaktyka antybiotykowa może być stosowana przy użyciu schematu przed i pozabiegowego [5]. Antybiotyk musi być jednak podany w odpowiednim czasie przed zabiegiem. Pozwala to na osiągnięcie właściwego stężenia leku w surowicy krwi w momencie nacięcia skóry. Podstawowym antybiotykiem w prewencji zakażeń jest cefazolina. Może zaistnieć konieczność podania dodatkowej dawki antybiotyku po 8 godz. od poprzedniej, w zależności od wskazań [15].

Przed zabiegiem implantacji chory musi pozostać na czczo przez 6 godzin. W przypadku chorych z cukrzycą obowiązuje modyfikacja leczenia. Chory nie powinien przed zabiegiem przyjmować leków przeciwcukrzycowych, nie powinien podawać insuliny [13, 14]. W dniu zabiegu zgodnie ze zleceniem lekarskim może zażyć leki, które przyjmuje na stałe, z małą ilością wody. Jeżeli chory ma wysoki poziom lęku, może otrzymać na zlecenie lekarskie łagodny środek uspokajający. Choremu należy założyć kaniulę do obwodowego układu żylnego [13, 14, 17].

#### *Ograniczenie ryzyka powikłań związanych z zabiegiem implantacji*

Implantacja stymulatora serca wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań. Większość powikłań związanych z rozrusznikiem występuje w szpitalu lub w ciągu pierwszych 6 miesięcy po implantacji. Odsetek powikłań wczesnych, które występują po 6–8 tygodniach od implantacji jest różny. Często występują krwiaki (2, 9–9,5%), które mogą wymagać ewakuacji (0,3–2% implantacji). Niestety jest to związane z 15-krotnym wzrostem ryzyka zakażenia. W związku z powyższym niezbędna jest hemostaza i właściwe przygotowanie chorego w zakresie terapii przeciwplatekowej i przeciwzakrzepowej. Zakażenia częściej mogą występować przy stosowaniu stymulacji tymczasowej lub przy innych procedurach przed implantacją, jak również w przypadku wczesnych powtórnych interwencji oraz przy braku profilaktyki antybiotykowej [5]. Każdy powtórny zabieg (wymiana, rewizja, rozbudowa układu stymulacyjnego) jest zabiegiem trudnym i wiąże się z ryzykiem komplikacji większym niż pierwszorazowa implantacja [18].

Zwiększona podatność na zakażenie jest związana z wytworzeniem blizny i zrostów wokół kieszeni stymulatora. Infekcje zazwyczaj są ograniczone do kieszeni stymulatora, ale mogą prowadzić do bakteriemii lub do zapalenia wsierdza. Istnieją również czynniki ryzyka powikłań infekcyjnych, o których należy pamiętać przygotowując chorego do zabiegu implantacji. Czynniki ryzyka mogą być związane z pacjentem i z zabiegiem. Do czynników ryzyka związanych z pacjentem zalicza się: wiek, stan odżywienia, obecność

cukrzycy, steroidoterapię, choroby zapalne skóry, wysypkę ze świądem, choroby nowotworowe, upośledzenie odporności, leczenie antykoagulacyjne, niewydolność serca, nerek oraz obecność cewników w żyłach centralnych. Do czynników ryzyka związanych z zabiegiem należy doświadczenie operatora. Czynnikiem ryzyka jest również przedłużający się pobyt chorego w szpitalu [15]. Przed zabiegiem należy poinformować chorego, że powinien umyć całe ciało, najlepiej z użyciem środka odkażającego w celu zredukowania liczby bakterii bytujących na skórze. Golenie pola operacyjnego należy wykonać w dniu zabiegu nie później niż 2 godziny przed nacięciem skóry. Niezbędne jest również odpowiednie przygotowanie sali operacyjnej, która powinna być czysta, zdezynfekowana i klimatyzowana. Ważnym elementem postępowania jest mycie miejsca operowanego co najmniej dwukrotnie z dużym marginesem wokół pola operacyjnego, dokładne pokrycie pola operacyjnego antyseptykiem barwionym, przestrzeganie czasu dezynfekcji, obłożenie pola operacyjnego jałowymi serwetami. Utrzymywanie stałych dostępow naczyniowych i cewnika w pęcherzu moczowym powinno być ograniczone do niezbędnego minimum [15].

Zdarza się, że chorzy są poddawani zabiegom reimplantacji z powodu zakażenia. Nowe urządzenie, zgodnie z wytycznymi, może być wszczepiane w innym miejscu niż usunięty, zainfekowany system, co oznacza ponowną implantację po przeciwnej stronie klatki piersiowej. Optymalny czas ponownej implantacji jest uzależniony od sytuacji zdrowotnej chorego. Wczesne ponowne wszczepienie stymulatora serca jest zarezerwowane dla pacjentów zależnych od stymulatora. W postępowaniu ważna jest ocena miejsca infekcji; może zaistnieć konieczność wykonania posiewów krwi. Pacjenci z vegetacjami na elektrodach lub z zastawkowym zapaleniem wsierdza nową przeżyłną implantację mogą mieć odroczone do 14 dni po usunięciu lub dłużej [5]. Pacjenci zależni od stymulatora serca mogą mieć tymczasową przeżyłną stymulację do momentu reimplantacji. Pacjenci, którzy nie są stymulatorozależni mogą być obserwowani bez stymulacji tymczasowej do czasu reimplantacji. Tymczasowa stymulacja może ograniczać pacjenta z powodu unieruchomienia w łóżku. Towarzyszy mu ryzyko zakażenia i powikłań zakrzepowo-zatorowych [5]. Wymaga to wnikliwej obserwacji i pielęgnacji chorego. Tymczasowa stymulacja serca nie jest stosowana rutynowo, lecz tylko w ostateczności [5].

#### **Piśmiennictwo**

- [1] Makowska E. Zaburzenia przewodzenia. Postępy Nauk Medycznych. 2007;2/3:68–73.
- [2] Boon NA, Colledge NR, Walker BR, Hunter JA. Choroby Wewnętrzne Davidsona; Tom 1. Elsevier Urban & Partner; Wrocław 2009:438–439.

- [3] Walczak F, Kępski R. Jak żyć ze stymulatorem lub defibrylatorem serca. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007;8–9(27):53–58.
- [4] Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ds. stymulacji serca i resynchronizacji we współpracy z Europejskim Towarzystwem Rytmu Serca. Wytyczne dotyczące stymulacji serca i resynchronizacji. *Kardiologia Polska*. 2007;65(12):1449–1487.
- [5] Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw stymulacji serca i terapii resynchronizującej we współpracy z European Heart Rhythm Association (EHRA). Wytyczne ESC dotyczące stymulacji serca i terapii resynchronizującej w 2013 roku. *Kardiologia Polska*. 2013;71(5):133–192.
- [6] Kargul W, Młynarski R, Piłat E. Implantowanie stymulatorów serca i kardiowerterów-defibrylatorów. *Chirurgia Polska*. 2005;7(4):267–279.
- [7] Mandecki T. *Kardiologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005; 250–261.
- [8] Kozieł M, Przybylska K, Lenarczyk R, Kalarus Z. Elektroterapia we współczesnej kardiologii. *Przewodnik Lekarza*. 2012;1:37–41.
- [9] Faran A, Lewicka-Nowak E, Dąbrowska-Kugacka A, Lubiński A, Świątecka G. Stymulacja resynchronizująca, jako metoda leczenia pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca – kwalifikacja chorych i wybór miejsca stymulacji lewej komory. *Folia Cardiologica*. 2004;11,12:885–894.
- [10] Klaudel J. Pacjent z rozrusznikiem serca. *Choroby serca i naczyń*. 2004;1(1):51–71.
- [11] Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE et al. ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices: Summary Article: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2002;106:2145–2161.
- [12] Kępski R. Stymulator serca. Wybrane zagadnienia i wiadomości. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011:15–30.
- [13] Lelakowski J. (redaktor). *Rozrusznik serca. Niezbędne informacje dla pacjenta i jego lekarza*. Serwier, Kraków 2005:20–21,31–35,51.
- [14] Reczek A, Brzostek T, Gabrys T, Gawor A, Kawalec E, Malinowska-Lipień I. Opieka pielęgniarska nad pacjentem poddanym implantacji stymulatora serca i kardiowertera-defibrylatora. W: Jurkowska G, Łągodą K (redaktorzy). *Pielęgniarstwo internistyczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 27–39.
- [15] Michałkiewicz D, Kutarski A. Infekcja łoża po pierwszej implantacji układu oraz po zabiegu powtórny – różnice. Specyfika postępowania antyseptycznego przy implantacji i reoperacji układu stymulującego – elementy dyskusyjne. *Folia Cardiologica Excerpta*. 2009;4(2):73–77.
- [16] Młynarski R, Drzewiecka A, Piłat E, Grzegorzewski B, Kargul W. Wskazania do implantacji – przygotowanie oraz prowadzenie chorego z rozrusznikiem serca. *Lekarz*. 2006;10:54–61.
- [17] Implantacja układu stymulującego. *Folia Cardiologica*. 1999;6(Supl. 1),1:19–23.
- [18] Lelakowski J. Powikłania stałej stymulacji serca – problem o rosnącym znaczeniu. *Folia Cardiologica Excerpta*. 2009;4(2):69–72.

*adres do korespondencji*

Agata Reczek  
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków  
tel.: 12 430 32 19, fax: 12 429 48 72, e-mail: agata.reczek@uj.edu.pl

# PROWADZENIE BADAŃ NIEINTERWENCYJNYCH – PROPOZYCJE ZMIAN *DE LEGE FERENDA*

## CONDUCTING NON-INTERVENTIONAL STUDIES – PROPOSALS FOR CHANGE *DE LEGE FERENDA*

Monika Urbaniak

Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Streszczenie

Badania nieinterwencyjne uprawniają lekarza wyłącznie do obserwacji efektów określonej terapii wybranej przez niego i uzgodnionej z pacjentem, a wybór terapii dokonywany jest przez lekarza w kontekście normalnej praktyki klinicznej. Badania te stanowią wyłącznie badania obserwacyjne i obejmują zbieranie danych naukowych. Ich celem jest odpowiedź na istotne pytania badawcze. W obecnym stanie prawnym brak jest ustawowych regulacji odnoszących się do obowiązku uzyskania opinii komisji bioetycznej w zakresie badań nieinterwencyjnych. Wydaje się, że optymalnym rozwiązaniem, pozwalającym na właściwy nadzór nad prowadzeniem badań nieinterwencyjnych powinien być obowiązek ich rejestracji przez właściwy organ krajowy. Jednocześnie zasadnym wydaje się wprowadzenie ustawowego obowiązku udzielania zgody przez właściwą komisję bioetyczną na przeprowadzenie badania nieinterwencyjnego.

**Słowa kluczowe:** badanie nieinterwencyjne, badanie kliniczne, komisja bioetyczna.

### Summary

Non interventional trials entitle a doctor only to observe the effects of a specific therapy chosen by him and consented with a patient, whereas the choice of a therapy is taken by a physician in the context of standard clinical practice. These trials are only observational examinations and include gathering scientific data. Their aim is to answer important research questions. Under current law, there is no statutory regulation on the obligation to obtain the opinion of the ethics committee on non-interventional trials. It seems that the best solution, allowing an appropriate supervision of carrying out non-interventional trials, should be mandatory registration of these trials by competent national authorities. At the same time, it appears advisable to introduce a statutory obligation to provide consent by the relevant bioethics committee to carry out a non-interventional trial.

**Key words:** non interventional trials, clinical trials, bioethics committee.

Badania prowadzone w wielu dziedzinach medycyny nad produktami leczniczymi wymagają ochrony statusu, godności i podstawowych praw jednostki podczas ich prowadzenia. Stanowią one jeden z najistotniejszych mechanizmów decydujących o postępie medycyny, innowacyjności w dziedzinie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa farmakoterapii.

W celu oceny projektów badań klinicznych powołuje się komitety etyki nadzorujące ich prowadzenie [1]. W niektórych państwach również w odniesieniu do badań nieinterwencyjnych krajowe ustawodawstwo ustanawia obowiązek uzyskania zgody od właściwych władz krajowych lub lokalnych bądź ustanawia obowiązek uzyskania opinii komitetu etycznego [2]. W większości państw europejskich powoływane są zespoły opiniodawczo-doradcze afiliowane zazwyczaj przy radzie ministrów lub prezydencie [3]. Aktualnie w ponad jednej trzeciej z 45 państw należących do Rady Europy funkcjonują komisje bioetyczne, których działalność jest koordynowana przez Komitet Kierowniczy ds. Bioetyki (CDBI) Rady Europy [4]. Na marginesie niniejszych roz-

ważań zauważyć należy, że na poziomie prawa krajowego w Polsce powstał poselski projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, określający m.in. zasady funkcjonowania Polskiej Rady Bioetycznej oraz Prezesa Urzędu do spraw Biomedycyny, który niestety nie został do dzisiaj uchwalony. Uzasadnieniem do utworzenia Polskiej Rady Bioetycznej działającej jako organ opiniodawczo-doradczy przy Prezesie Rady Ministrów w zakresie etycznych, prawnych i społecznych ocen rozwoju biomedycyny i biotechnologii jest zwiększenie bezpieczeństwa ludzi w związku z rozwojem biologii i medycyny.

Komisje bioetyczne w Polsce są podmiotami samofinansującymi się, a środki na ich finansowanie pochodzą z opłat wnoszonych przez badacza i sponsora, którzy zamierzają przeprowadzić eksperyment medyczny. W literaturze przedmiotu wskazuje się na brak źródeł finansowania procedury wydawania pojedynczej opinii o wielośrodkowych badaniach klinicznych, a także procedury zgłaszania zastrzeżenia co do udziału rejonowych badaczy i ośrodków badawczych w tych bada-



niach [5]. Wspomnieć przy tym należy, że rozwiązanie umożliwiające komisjom bioetycznym na pobieranie opłat za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego dotyczy również innych państw, w tym m.in. Austrii, Belgii, Czech, Holandii, Hiszpanii, Włoch, Niemiec, Malty i Szwajcarii [6]. Przyjęte w Polsce rozwiązania dotyczące pokrywania kosztów działania komisji bioetycznych powodują niewielkie przychody z tytułu opiniowania pełnych projektów eksperymentów medycznych i w konsekwencji prowadzą do sytuacji, w której ok. 1/3 działających w kraju komisji nie jest w stanie pokryć kosztów swojej działalności [6].

W tym miejscu należy odwołać się do art. 39 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z którym nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym również medycznym, bez zgody dobrowolnie wyrażonej przez pacjenta [7]. Z treści tego przepisu wynika, że Konstytucja nie zakazuje dokonywania eksperymentów naukowych, ale uzależnia możliwość ich wykonywania od wyrażenia na nie dobrowolnie zgody przez osobę poddawaną temu eksperymentowi. Prowadzenie eksperymentów naukowych bez zgody osoby, której mogą dotyczyć skutki tego eksperymentu stanowi traktowanie takiej osoby w sposób przedmiotowy i stanowi naruszenie godności człowieka [8]. W uchwale z dnia 17 marca 1993 roku [9] Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że „*dopuszczenie eksperymentu badawczego bez zgody osoby, na której eksperyment jest dokonywany narusza zasadę demokratycznego państwa prawa poprzez pogwałcenie godności człowieka sprowadzonego w takim przypadku do roli obiektu doświadczalnego*”. Za Pawłem Danilukiem stwierdzić należy, że zakres art. 39 Konstytucji nie obejmuje zatem eksperymentów nienaukowych, a więc takich, które z uwagi na cechy podmiotowe i przedmiotowe nie odpowiadają standardom działalności naukowej. Ponadto ochroną z art. 39 Konstytucji objęty jest każdy naukowy eksperyment medyczny, bez względu na to czy ma on charakter leczniczy, czy też nieleczniczy [10].

Zgodnie z ogólną zasadą wyrażoną w art. 29 ust. 1 ustawy *o zawodzie lekarza i lekarza dentystry* eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Zgodnie z art. 29 ustawy *o zawodzie lekarza i lekarza dentystry* do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysoki autorytet moralny i wysokie kwalifikacje specjalistyczne. Uzpełnieniem tych postanowień jest rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. *w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych* [11], które reguluje zasady działania komisji bioetycznych powoływanych przy okręgowej izbie lekarskiej, wyższej uczelni medycznej albo wyższej uczelni z wydziałem medycznym oraz przy medycznej jed-

nostce badawczo-rozwojowej. Według § 3 rozporządzenia członkami komisji bioetycznej są lekarze specjaliści, oraz po jednym przedstawicielu innego zawodu, w szczególności: duchowny, filozof, prawnik, farmaceuta, pielęgniarka – którzy posiadają co najmniej 10-letni staż pracy w zawodzie.

Komisja bioetyczna wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego, w drodze uchwały, przy uwzględnieniu kryteriów etycznych oraz celowości i wykonalności projektu oraz również badania klinicznego. Eksperyment medyczny stanowi badanie kliniczne prowadzone na podstawie ustawy *Prawo farmaceutyczne* – w zakresie badań klinicznych produktów leczniczych oraz na podstawie ustawy z dnia 20 maja 2010 r. *o wyrobach medycznych* – w zakresie wyrobów medycznych i aktywnych wyrobów medycznych do implantacji. Jak wynika z art. 371 ust. 1 ustawy *Prawo farmaceutyczne* badanie kliniczne może być rozpoczęte jedynie w przypadku, gdy jednocześnie komisja bioetyczna wydała pozytywną opinię w sprawie prowadzenia badania oraz Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wydał pozwolenie na prowadzenie badania klinicznego. Z przytoczonych wyżej przepisów wynika zatem, że komisje bioetyczne nie są powołane do opiniowania badań obserwacyjnych, a badacze niebędący lekarzami nie są zobligowani do uzyskania zgody komisji bioetycznej na prowadzenie badań [12]. W przepisach powszechnie obowiązującego prawa nie uregulowano obowiązku uzyskania opinii komisji bioetycznej w zakresie badań niespełniających kryterium eksperymentu medycznego.

W szczególności podkreślić należy, że w obecnym stanie prawnym brak jest ustawowych regulacji odnoszących się do obowiązku uzyskania opinii komisji bioetycznej w zakresie badań nieinterwencyjnych. W praktyce zdarza się, że sponsor badania występuje z wnioskiem o zgodę do komisji bioetycznej w sytuacji, w której powodem prowadzenia badania jest chęć zebrania dodatkowych danych dotyczących bezpieczeństwa lub skuteczności produktu leczniczego, a wyniki badania miałyby później być publikowane w czasopiśmie medycznych [13].

Badania nieinterwencyjne uprawniają lekarza tylko do obserwacji efektów określonej terapii wybranej przez niego i uzgodnionej z pacjentem. Wybór terapii dokonywany jest przez lekarza w kontekście normalnej praktyki klinicznej [14]. Badania te stanowią wyłącznie badania obserwacyjne i obejmują zbieranie danych naukowych. Ich celem jest odpowiedź na istotne pytania badawcze. Badania, które wykorzystują perspektywne zbieranie danych potwierdzają lub wykluczają przyjętą hipotezę badawczą i prowadzone są w celu zebrania informacji, które mogą być pomocne pracownikowi opieki zdrowotnej [15]. Podstawowa różnica

między badaniami klinicznymi a badaniami nieinterwencyjnymi polega przede wszystkim na mniejszym ryzyku tych drugich, w których decyzja co do przepisania leku stanowi część normalnej opieki nad pacjentem i jest niezależna od protokołu badania. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 41a, znajdującym się w rozdziale II zatytułowanym *badania naukowe i eksperymenty biomedyczne* stanowi ogólną zasadę, zgodnie z którą lekarz przeprowadzający badania naukowe, a w szczególności eksperymenty medyczne, powinien przestrzegać norm i obowiązków wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej, oraz ogólnie przyjętych zasad etyki badań naukowych, w szczególności zawartych w Zasadach Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych (GCP), Warszawa 1998 oraz Deklaracji Helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, Edynburg 2000.

Zauważyć należy, że ustawa *Prawo farmaceutyczne* wyłącza badania nieinterwencyjne z zakresu zastosowania rozdziału 2a odnoszącego się do badań klinicznych produktów leczniczych. W związku z faktem, że badania nieinterwencyjne nie stanowią eksperymentu medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* co do zasady nie wymagają zatem opinii Komisji Bioetycznej ani obowiązku uzyskiwania zezwolenia Ministra Zdrowia, wykupienia polisy ubezpieczeniowej, czy też wyrażenia zgody przez pacjenta na udział w badaniu. Nie stosuje się do ich prowadzenia również wymogów Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP). Pojawia się zatem zasadne pytanie, czy badanie nieinterwencyjne stanowi eksperyment medyczny. Zgodnie z art. 37a ustawy *Prawo farmaceutyczne* badaniem klinicznym produktu leczniczego jest eksperyment medyczny z użyciem produktu leczniczego przeprowadzany na ludziach w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Ustawa ta w art. 21 przewiduje istnienie dwóch rodzajów eksperymentów medycznych przeprowadzanych na ludziach: eksperymentów medycznych oraz eksperymentów badawczych. Eksperyment badawczy jest to eksperyment o doświadczalnym charakterze, który zmierza do pogłębienia wiedzy medycznej. Celem tego eksperymentu jest wyjaśnienie problemu naukowego i może on być przeprowadzany zarówno na osobach zdrowych, jak i osobach chorych. Z kolei eksperyment leczniczy ma na celu polepszenie zdrowia pacjenta i polega na wprowadzeniu przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej. Badanie nieinterwencyjne może stanowić zatem zarówno eksperyment leczniczy, jak i eksperyment badawczy [16].

W przypadku prowadzenia badań naukowych prowadzonych wyłącznie na dokumentacji medycznej pojawia się problem ochrony dóbr oso-

bistych pacjentów i obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Jeśli badanie nieinterwencyjne przewiduje zbieranie danych zawierających informacje identyfikujące pacjentów, znać należy, że wyraźna zgoda pacjenta jest wymagana. Rozumowanie takie prowadzi do wniosku, że w sytuacji prowadzenia badania nieinterwencyjnego, które nie jest związane z ujawnieniem danych umożliwiających identyfikację pacjenta, taka zgoda nie będzie wymagana. Zauważyć w tym miejscu należy, że badania nieinterwencyjne często mają podobny przebieg jak badanie kliniczne. W związku z powyższym w badaniach tych zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku *o ochronie danych osobowych* [17]. Zgodnie z art. 27 ust. 1 tej ustawy zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Z przepisów prawa powszechnie obowiązującego nie wynika natomiast kto jest administratorem danych osobowych w badaniu nieinterwencyjnym. Podstawowym obowiązkiem administratora powinno być zapewnienie przetwarzania uzyskanych danych w oparciu o konkretną podstawę prawną, a także żądanie ich uzupełnienia, sprostowania, czy uaktualnienia. W tym kontekście przypomnieć należy, że jednym z podstawowych elementów dopuszczalności eksperymentu medycznego jest możliwość wycofania się z niego na każdym etapie przez osobę, która wcześniej wyraziła zgodę na jego przeprowadzenie. Zgodnie z prawem oznacza to, że pacjent może wycofać zgodę w każdym momencie. W przypadku badań naukowych polegających na pracy nad dokumentacją medyczną pacjenta wydaje się, że zasada ochrony autonomii jednostki przejawiająca się w możliwości wycofania z udzielonej zgody na interwencję medyczną doznaje istotnego ograniczenia. Wydaje się, że koniecznym jest umieszczenie w umowie na prowadzenie badania nieinterwencyjnego zobowiązania badacza do ochrony danych osobowych uczestników badania uzyskanych w związku z jego prowadzeniem.

Badania kliniczne, zgodnie z definicją zawartą w dyrektywie 2001/20/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 kwietnia 2001 r. *w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, odnoszących się do wdrożenia zasady dobrej praktyki klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych, przeznaczonych do stosowania przez człowieka* [18] są badaniami leków, w których uczestniczą ludzie i w których leki stosowane są poza

zwykłą praktyką kliniczną na podstawie protokołu badawczego. Definicja ta nie odnosi się do badań nieinterwencyjnych, które dyrektywa odrębnie definiuje jako badanie, w którym produkt lub produkty lecznicze są przepisane w zwyczajowy sposób, zgodnie z warunkami określonymi w rejestracji. Przydzielenie chorego do grupy, w której stosowana jest określona metoda leczenia, nie następuje z góry na podstawie protokołu badania, ale zależy od aktualnej praktyki, a decyzja o przepisaniu leku jest jednoznacznie oddzielona od decyzji o włączeniu pacjenta do badania. U pacjentów nie wykonuje się żadnych dodatkowych procedur diagnostycznych ani monitorowania, a do analizy zebranych danych stosuje się metody epidemiologiczne. Badania diagnostyczne powinny mieścić się w ramach zwykłej praktyki lekarskiej w danej populacji chorych lub być podstawowymi badaniami w praktyce ogólnolekarskiej [19]. W takim zakresie stanowią one procedury podstawowe i co za tym idzie są prawnie dopuszczalne. Dokument Volume 9A of *The Rules Governing Medicinal Products in the European Union – Guidelines on Pharmacovigilance for Medicinal Products for Human Use* w rozdziale 7. zatytułowanym „Company-Sponsored Post-Authorisation Safety Studies” dookreśla pojęcie badania nieinterwencyjnego wprowadzone w Dyrektywie 2001/20/WE. Z dokumentu tego wynika, że zbieranie danych medycznych poprzez wywiady i kwestionariusze oraz pobieranie krwi należy uznać za normalną praktykę kliniczną [20]. Konsekwencją takich zapisów jest obowiązek dokonania oceny każdej procedury, czy spełnia ona warunek normalnej praktyki medycznej [14].

Definicja zawarta w dyrektywie 2001/20/WE została przetransponowana wprost do prawa polskiego. Zgodnie bowiem z przepisem art. 37a1 ust. 1 ustawy *Prawo farmaceutyczne* badaniem nieinterwencyjnym jest badanie, w którym:

- 1) produkty lecznicze są stosowane w sposób określony w pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu,
- 2) przydzielenie chorego do grupy, w której stosowana jest określona metoda leczenia nie następuje na podstawie protokołu badania, ale zależy od aktualnej praktyki, a decyzja o podaniu leku jest jednoznacznie oddzielona od decyzji o włączeniu pacjenta do badania,
- 3) u pacjentów nie wykonuje się żadnych dodatkowych procedur diagnostycznych ani monitorowania, a do analizy zebranych danych stosuje się metody epidemiologiczne.

Badanie nieinterwencyjne stanowi typ prospektywnego badania kohortowego, w którym interwencja nie zależy od badacza i byłaby zastosowana w zmienionym sposobie niezależnie od tego, czy pacjent uczestniczyłby w badaniu klinicznym, czy też nie [21]. Obserwacyjne badanie nieinterwencyjne dotyczące zarejestrowanego produktu leczniczego

go należy odróżnić od IV fazy badania klinicznego, które wykracza poza rutynową praktykę lekarską [22]. Ostatnia IV faza badania klinicznego leków określana jest mianem przedłużonych badań klinicznych lub nadzorem nad bezpieczeństwem farmakoterapii i jest prowadzona już po zarejestrowaniu danego leku [23]. Badanie nieinterwencyjne nie powinno wpływać na zastosowanie odpowiedniej terapii poprzez przydział chorych do grup terapeutycznych lub wpływ na decyzje lekarza dotyczące stosowanej terapii oraz na relacje pomiędzy lekarzem i pacjentem [24].

Po 1 maja 2004 r. przepisy dyrektywy transponowane do prawa krajowego powinny być wejść w życie we wszystkich państwach członkowskich UE, w tym także w Polsce. Część unijnych przepisów w zakresie badań klinicznych została już przyjęta ustawą z dnia 6 września 2001 r. – *Prawo farmaceutyczne*, natomiast pozostałe w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych*, która weszła w życie 1 maja 2004 r. Szczegółowe postanowienia zostały ujęte w rozporządzeniach wykonawczych, w tym m.in. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. *w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej*.

Komisja Europejska w 2012 roku skierowała wnioski w sprawie projektu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania przez człowieka oraz uchylającego dyrektywę 2001/20/WE. Przedmiotowy projekt ma na celu uregulowanie badań nieinterwencyjnych i rozszerzenie ich zakresu. U podstaw uchwalenia rozporządzenia leży spadek liczby przeprowadzanych badań klinicznych, z uwagi na obowiązujące przepisy dyrektywy 2001/20/WE, które utrudniły prowadzenie badań klinicznych w Europie. Zgodnie z art. 2 ust. 4 projektu badanie nieinterwencyjne stanowi badanie biomedyczne inne niż badanie kliniczne. Proponowana definicja negatywna nie jest jasna, albowiem może powodować, że pewna grupa projektów badawczych w wątpliwych sytuacjach będzie miała obowiązek uzyskiwać pozwolenie na prowadzenie takiego badania [8].

Zauważyć należy, że w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, zarówno krajowego, jak i unijnego brak jest wyczerpującej regulacji dotyczących badań nieinterwencyjnych. Ustawodawstwo polskie szczegółowo, choć w sposób rozproszony w aktach normatywnych różnej rangi, reguluje wyłącznie problematykę badań klinicznych, kwestię ustawowej regulacji problematyki badań nieinterwencyjnych ograniczając do art. 37a1 ust. 1 ustawy *Prawo farmaceutyczne*.

Wydaje się, że optymalnym rozwiązaniem, pozwalającym na właściwy nadzór nad prowadzeniem badań nieinterwencyjnych byłoby wprowadzenie obowiązku ich rejestracji przez właściwy organ krajowy, a także wprowadzenie ustawowego obowiązku udzielania zgody przez właściwą komisję bioetyczną na przeprowadzenie badania nieinterwencyjnego. Ponadto, informacje uzyskane przez badacza, ośrodek badawczy i sponsora w badaniach nieinterwencyjnych powinny zostać w taki sposób rejestrowane i przechowywane, aby zapewnić ochronę praw i bezpieczeństwo uczestników, w tym również ochronę danych osobowych. Rozwiązanie takie prowadzi będzie do większej przejrzystości dostępu do danych gromadzonych w wyniku przeprowadzenia badań obserwacyjnych. Nadal nieuregulowana prawnie pozostaje kwestia ewentualnej kompensacji szkód uczestników badań nieinterwencyjnych.

### Piśmiennictwo

- [1] Wnukiewicz-Kozłowska A. Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim w prawie międzynarodowym i europejskim. Warszawa 2004:213.
- [2] ENCEPP Considerations on the definition of non-interventional trials under the current legislative framework („Clinical Trial Directive” 2001/20/EC). <http://www.encepp.eu/publications/documents/EN-CePPinterpretationofnoninterventionalstudies.pdf>, data wejścia 4.08.2013.
- [3] Głusiec W. W poszukiwaniu wzorców dla Polskiej Rady Bioetycznej. Włoski Narodowy Komitet do Spraw Bioetyki – misja, struktura i działalność. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012;2:155.
- [4] Bompiani A. Bioetica e biodiritto in Europa. *Rivista di teologia morale*. 2004;36:62–63.
- [5] Czarkowski M. Czy wszyscy polscy lekarze badacze będą mieli zapewniony dostęp do komisji bioetycznych? *Pol Merkuriusz Lek*. 2009;158:175.
- [6] Czarkowski M. Analiza działalności polskich komisji bioetycznych opiniujących projekty eksperymentów medycznych. Warszawa 2010:123.
- [7] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 ze zm.
- [8] Bosek L, Olejniczak D. Opinia w sprawie projektu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE, *Zeszyty Prawnicze*. 2012;4:101:120.
- [9] Uchwała TK z dnia 17 marca 1993 r., sygn. akt W 16/92.
- [10] Daniluk P. Zakaz tortur, okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania oraz niedobrowolnych eksperymentów naukowych w kontekście leczenia bez zgody. *Przegląd Sejmowy*. 2012;1:182.
- [11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych, Dz.U. 1999 nr 47 poz. 480.
- [12] Czarkowski M. Komisje etyczne do spraw badań na ludziach: one size fits all?. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2012;187:42.
- [13] Masełbas W. Badania nieinterwencyjne, <http://www.gcpl.org.pl/index.php/opracowania/117-badania-nieinterwencyjne>, data wejścia 26.07.2013.
- [14] Jabłoński M. Badania nieinterwencyjne – dziś i jutro, <http://www.lekarzrodziny.org/pmr/0309%2011.pdf>, data wejścia 26.07.2013.
- [15] Rejestracja badań obserwacyjnych – spojrzenie grupy badaczy prowadzących badania epidemiologiczne na zlecenie przemysłu farmaceutycznego, [http://bip.urpl.gov.pl/system/article\\_attachments/attachments/3151/original/Biuletyn\\_Lek\\_w\\_Nr\\_1-wersja\\_pdf.pdf?1334052573](http://bip.urpl.gov.pl/system/article_attachments/attachments/3151/original/Biuletyn_Lek_w_Nr_1-wersja_pdf.pdf?1334052573), data wejścia 29.07.2013:7.
- [16] Wnukiewicz-Kozłowska A. Czy badanie nieinterwencyjne, o którym mówi art. 37a ust. 1 Prawa farmaceutycznego stanowi eksperyment medyczny? *Serwis Prawo i Zdrowie*, dostęp on line 29.07.2013.
- [17] Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.
- [18] Dyrektywa 2001/20/WE Dyrektywa 2001/20/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zbliżania przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich, odnoszących się do wdrożenia zasady dobrej praktyki klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych, przeznaczonych do stosowania przez człowieka, Dz.U. UE.L. 121 z 1.05.2001.
- [19] Jędrzejowski A, Sarnecka A, Bukato G, Iwanowski P. Opracowanie Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce na temat badań nieinterwencyjnych, <http://www.gcpl.org.pl/index.php/opracowania/99-badania-nieinterwencyjne>, data wejścia 29.07.2013:2.
- [20] [http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-9/pdf/vol9a\\_09-2008\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-9/pdf/vol9a_09-2008_en.pdf), data wejścia 2.08.2013.
- [21] Masełbas W. Eksperymentalne i nieeksperymentalne metody oceny interwencji medycznych. W: Jakubczyk M, Niewada M (redaktorzy). *Elementy oceny organizacji i wyników badań klinicznych*. Warszawa 2011:13.
- [22] Zięćnik P, Bartkowiak K. *Umowy w badaniach klinicznych*. Warszawa 2009:9.
- [23] Rutowski J. *Badania kliniczne leków: wiedza fachowa i wiedza społeczeństwa*, W: Januszewicz P, Binkowska-Bury M, Fijałek ZE (redaktorzy). *Leki a zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Rzeszów; 2012:133.
- [24] Jędrzejowski A, Sarnecka A, Bukato G, Iwanowski P. Opracowanie Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce na temat badań nieinterwencyjnych, <http://www.gcpl.org.pl/index.php/opracowania/99-badania-nieinterwencyjne>, data wejścia 29.07.2013.

*adres do korespondencji*

Monika Urbaniak  
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego  
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej  
ul. Smoluchowskiego 11  
60-179 Poznań

# ETYCZNE ASPEKTY ZARZĄDZANIA W PODMIOCIE LECZNICZYM

## ETHICAL ASPECTS OF MANAGEMENT IN MEDICINAL INSTITUTION

Mirostław Skarżyński

Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

### Streszczenie

W artykule omówiono etyczne aspekty zarządzania w podmiocie leczniczym. Przedstawiono uwarunkowania etyczne działania zespołów pracowniczych. W zakończeniu zwrócono uwagę na rolę kodeksu etycznego w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego.

**Słowa kluczowe:** zarządzanie, podmiot leczniczy, etyka.

### Summary

This article discusses ethical aspects of management in medicinal institution. It shows ethical conditions of activity of working groups. In conclusion, the author paid attention to importance of ethical code in medicinal institution's function.

**Key words:** management, medicinal institution, ethics.

Sprawne i skuteczne zarządzanie organizacją wymaga nie tylko talentu, wiedzy i umiejętności, ogromnej pracy i zaangażowania całej załogi, ale także etycznego postępowania. Nieetyczni przełożeni i podwładni będą osiągać sukcesy zawodowe tylko przez pewien czas, gdyż swoją nieetyczną postawą zrażą do siebie innych pracowników, zniszczą zaufanie, środowisko, więzi, bez których organizacja nie może istnieć, tym samym dokonując jej unicestwienia [1]. Zatem pożądane jest, żeby funkcjonowanie organizacji było powiązane z działaniami na rzecz kształtowania etyki pracy [2].

W procesie zarządzania podmiotem leczniczym można wyróżnić następujące podstawowe funkcje: planowanie, organizowanie, kierowanie, kontrolowanie. W ramach każdej z tych funkcji, menedżer może wykorzystywać określone zbiory instrumentów, służących do ich realizacji w sposób etyczny bądź nieetyczny.

Plany opracowane nieprofesjonalnie i niedbale oznaczają marnotrawstwo zasobów i są zagrożeniem dla osiągnięcia wytyczonych celów, a często nawet uniemożliwiają ich uzyskanie. W takich wypadkach można mówić nie tylko o braku rozsądku i odpowiedzialności, ale i o naruszeniu zasad etycznych. Jedną z najbardziej nieetycznych praktyk związanych z szeroko rozumianym planowaniem jest stosowanie strategii, których celem jest niszczenie konkurencji.

Złe organizowanie pracy wiąże się ze stosowaniem niewłaściwych metod organizatorskich, które mogą być mało efektywne i zmniejszać szanse organizacji na konkurencyjnym rynku. Inne, dające pozytywne wyniki mogą budzić kontrowersje natury etycznej, np. reinjnieria. Jej istotą jest

reorientacja firmy na proces, czyli na kompletny zbiór czynności, które tworzą wartość dla klienta. Wdrożenie metody reinżynierii powoduje radykalne zmiany organizacyjne, usunięcie bądź zmniejszenie wielu struktur nieistotnych z punktu widzenia łańcucha wartości, a także znaczne skrócenie czasu przebiegu procesu oraz kilkakrotne zmniejszenie zatrudnienia przy utrzymaniu dotychczasowego poziomu jakości i zdolności produkcyjnych.

Niektóre style kierowania są etycznie naganne niemal w każdej sytuacji. Kompetentny, etyczny menedżer unika autokratycznego stylu kierowania. Styl bierny, w którym kierownik nie podejmuje żadnych decyzji i nie wytycza działań jest nieetyczny zarówno wobec właścicieli, jak i pracowników. Kierownik preferujący ten styl zawodzi zaufanie jednych i drugich, narażając przy tym organizację na straty.

Brak sprawowania kontroli wobec pracowników, aby uniknąć kłopotów i nie wywoływać konfliktów jest działaniem niełojalnym wobec właściciela (pracodawcy). Kierownik, który postępuje w ten sposób nie wykonuje właściwie swoich obowiązków i pobiera wynagrodzenie w części mu nienależne. Z kolei nadmierna i nieuzasadniona kontrola może oznaczać brak zaufania do pracowników, a niekiedy – ogólnie biorąc do ludzi.

Silnie zhierarchizowane i zbiurokratyzowane organizacje są antydemokratyczne i totalitarne. Ograniczają one wolność pracowników, naruszają zasadę sprawiedliwości płac, gdyż to nie kompetencje i efekty pracy są najważniejsze, lecz miejsce w służbowej hierarchii. Z tych powodów te organizacje są oceniane pod względem etycznym bardzo krytycznie [1].

Historia Enronu wyraźnie pokazała, że ogromna władza jaką posiadli zarządzający firmą skłoniła ich do postępowania podobnego do zachowania władcy absolutnego wobec swoich włości i poddanych. Wynika z tego, że należy ograniczać władzę zarządzających wszelkimi dużymi organizacjami [3].

Wyróżnia się pięć narzędzi (kluczy) siły etycznej dla organizacji [4]:

1. Cel (misja) – organizacja wyznaje wartości, ma oczekiwania i wizję, które pomagają określić, co jest a co nie jest akceptowalnym zachowaniem.
2. Duma – pracownicy znają swoją wartość, szczerzą się, że są w danej organizacji, co daje odpór pokusie nieetycznych zachowań.
3. Cierpliwość – pracownicy wierzą, że przywiązanie do zasad etycznych doprowadzi ich do długotrwałego sukcesu, bo pozwala utrzymać równowagę pomiędzy uzyskaniem wyników a dbaniem o to, jak są one zdobywane.
4. Wytrwałość – pracownicy są zobowiązani do postępowania zgodnie z etycznymi zasadami, są zaangażowani w wypełnianie obowiązków, zapewniają zgodność swoich działań z celem organizacji.
5. Perspektywa – menedżerowie znajdują czas na głębsze, z odpowiedniej perspektywy, zastanowienie połączone z analizą tego, gdzie są, dokąd zmierzają i jak tam dotrą.

W niektórych organizacjach wymaga się, żeby tzw. *business person* miała inną etykę w domu i w pracy. W życiu prywatnym powinna przestrzegać reguły: „Nie rób drugiemu, co tobie niemiłe”. W życiu zawodowym zaś sukces zależy wyłącznie od tego, czy skutecznie uda się tę regułę ominąć. Unikać więc trzeba tylko wyraźnego łamania prawa i jawnych kłamstw [5].

W interesie społecznym jest, aby osoby będące członkami organizacji postępowały etycznie zarówno wewnątrz nich, jak i w relacjach podmiotów ze światem zewnętrznym – klientami i kontrahentami, społecznościami lokalnymi i państwem. Podstawowe cechy i wymiary etycznego postępowania przekładają się na następujące kompetencje [6]:

- znajomość etyki jako dziedziny wiedzy,
- jakość i obowiązkowość – właściwe wykonywanie obowiązków jest najważniejszą powinnością etyczną przedsiębiorcy, menedżera, pracownika zarówno jak dostarczanie przez przedsiębiorstwo dobrych jakościowo produktów klientom,
- odpowiedzialność – człowiek etyczny odpowiada za to, co robi, za przyjmowane postawy i zachowania oraz za skutki zaniechania obiektywnie potrzebnych działań,
- wrażliwość i empatia – zdolność do wczuwania się w samopoczucie i odczuwane stany psychiczne osób ułatwia etyczne zachowania,

- wyobraźnia – pozwala przewidzieć różne stany i sytuacje, a więc unikać zdarzeń i okoliczności szkodliwych,
- poczucie sprawiedliwości – dążenie do bezstronnego rozstrzygnięcia sporów, osądu spraw, zapewnia postępowanie zgodnie z poczuciem etyki,
- odwaga cywilna – etyczne zachowanie wymaga niekiedy osobistej odwagi, determinacji przeciwstawienia się oczekiwaniom i presji otoczenia, a nawet narażenia się innym,
- lojalność – chodzi tu o bycie rzetelnym w stosunkach z ludźmi, zarówno wobec pracodawcy, jak i klientów, przełożonych i współpracowników, ale gdy nie zostaje naruszone prawo oraz dobre obyczaje.

Etyczne zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji opiera się na następujących zasadach:

- szacunek dla człowieka – przyznanie ludziom prawa głosu,
- wzajemny szacunek – tworzenie społeczności interesów i rozwiązywanie konfliktów wynikających ze złego komunikowania się,
- proceduralna sprawiedliwość – zajmowanie się wszystkimi kwestiami dotyczącymi traktowania ludzi,
- przejrzystość – otwartość i wyjaśnianie pracownikom propozycji, procedur i decyzji.

W kolejnych etapach zarządzania ludźmi w organizacji, począwszy od przyjmowania do pracy, przez okres zatrudnienia, a kończąc na zwolnieniu pracownika należy kierować się obiektywnymi kryteriami.

W procesie przyjmowania do pracy należy brać pod uwagę przede wszystkim kompetencje kandydata do zajmowania określonego stanowiska. Niestety, w rzeczywistości nie traktuje się równo kandydatów i uwzględnia kryteria pozamerytoryczne:

- związki rodzinne (zatrudnianie krewnych – nepotyzm),
- sytuacja rodzinna (zatrudnianie kobiet bezdzietnych, a nie mających małych dzieci),
- wiek (zatrudnianie osób młodszych, a nie starszych),
- sprawność (niezatrudnianie osób niepełnosprawnych),
- płeć (zatrudnianie mężczyzn a nie kobiet lub odwrotnie, np. w przedszkolach, na oddziałach szpitalnych),
- narodowość (zatrudnianie osób o określonym pochodzeniu narodowościowym i etnicznym),
- wyznanie (zatrudnianie osób należących do określonej grupy religijnej),
- przekonania polityczne (zatrudnianie osób reprezentujących odpowiednie sympatie polityczne),
- kolor skóry (zatrudnianie tylko „białych” – rasizm),
- orientacja seksualna (zatrudnianie osób tylko heteroseksualnych),

- sytuacja majątkowa (zatrudnianie w pierwszej kolejności jedynych żywicieli rodziny, a nie osób bez zobowiązań).

Etyczne kwestie zatrudnienia dotyczą takich zagadnień, jak:

- wynagradzanie pracowników – celowe opóźnianie wypłat (pracodawcy korzystają z odsetek), nieopłacanie pracy w ponadnormatywnym wymiarze, płaca nieadekwatna do wykonanej pracy, niejasne i nieuzasadnione dysproporcje płacowe,
- warunki i stosunki pracy – molestowanie, zastraszanie, sztuczne stwarzanie tajemnic zawodowych, ograniczanie urlopów, grubiańskie odnoszenie się do pracowników, demotywowanie, utrudnianie dostępu do szkoleń,
- mobbing – ciągłe, nieuzasadnione krytykowanie, pomijanie w awansowaniu, wydawanie sprzecznych poleceń, pozbawianie odpowiedzialnych zadań lub przydzielanie zadań poniżej kwalifikacji, przeciążanie nadmiarem zadań, wyznaczanie nierealnych terminów ich wykonania,
- postępowanie pracowników – używanie zasobów firmy do celów prywatnych (samochodu służbowego, telefonu, faksu, kserokopiarki, komputerów, oprogramowania, narzędzi itd.), przyjmowanie „prezentów”, wykonywanie zajęć pozasłużbowych w czasie pracy, spożywanie alkoholu, oszukiwanie przełożonych, fałszowanie dokumentów itp.

Zwalnianie z pracy ma charakter nieetyczny wtedy, gdy pracownika usuwa się z bezzasadnych powodów i w naganny sposób. Zdarzają się okrutne gierki z pracownikami, nieuzasadnione utrzymywanie ich w niepewności co do ich przyszłości w firmie. Zwolnienie z pracy może być jednoznaczne z „wyrzuceniem na bruk”, co może poważnie osłabić autorytet właściciela, obniżyć morale pozostałych pracowników w firmie i utrudnia ich zatrzymanie, ale także pozyskanie nowych. Pracownicy źle potraktowani przy zwalnianiu będą żywić urazę i rozsiewać w otoczeniu firmy niechęć do pracodawcy i rozgoryczenie [7].

Zarządzanie zasobami ludzkimi nigdy nie jest etycznie neutralne. Zawsze staje się przed dylematami etycznymi, które wiążą się z wyborami [1]:

- zatrudnianie pracowników – jeden wolny etat, kilku znakomitych kandydatów, zatrudniając jednego, traci się pozostałych,
- wynagradzanie – sprawiedliwe lub nieadekwatne do wykonanej pracy, odpowiednia rozpiętość płac lub zbyt duża,
- rozwój zawodowy – wspieranie lub utrudnianie postępu w doskonaleniu się pracownika albo nie interesowanie się nim,
- traktowanie pracowników – podmiotowe bądź przedmiotowe,

- styl przywództwa – autokratyczny, demokratyczny, partnerski, sytuacyjny, przedsiębiorczy, administracyjny, perfekcjonistyczny lub trenerski,
- ograniczoność środków – potrzeb w organizacji wiele, zaspokajając jedną, pomija się inne,
- ocena zatrudnionych – obiektywna, pomagająca w ich rozwoju lub wystawiona po to, aby ich pognębić,
- zwalnianie pracowników – zatrzymać długoletnich pracowników (doświadczenie), pozbyć się młodych (przyszłość firmy) lub odwrotnie.

Występujący coraz częściej w organizacjach mobbing to nie tylko rezultat nieetycznego zachowania się przełożonych. Wyróżnia się kilka typów mobbingu nazywanego także molestowaniem moralnym w pracy:

- molestowanie wertykalne zstępujące (pochodzące od przełożonych),
- molestowanie horyzontalne (pochodzące od kolegów),
- molestowanie mieszane,
- molestowanie wstępujące (molestowanie przełożonego przez podwładnych).

Mobbing powoduje wiele negatywnych skutków. W zależności od podmiotów odczuwających skutki mobbingu, najważniejsze jego konsekwencje można podzielić na trzy grupy: indywidualne, organizacyjne i społeczne.

Publiczne podważanie kompetencji osoby poddawanej mobbingowi może powodować częste popełnianie błędów, podejmowanie niewłaściwych decyzji oraz niedotrzymywanie terminów. Osoba szykanowana czuje się osamotniona i żyje w ciągłym stresie. Objawami tego jest bezsenność, melancholia, apatia, nerwobóle, a w końcu próby samobójcze. Sprawiane przykrości przenoszone są przez ofiarę do jej środowiska, powodując kolejne niekorzystne skutki.

Różnego rodzaju szykany wywołują bierność pracowników, rutynę, schematyzm myślenia i działania, brak kreatywności i niekonwencjonalnego, innowacyjnego podejścia w rozwiązywaniu różnych problemów organizacji. Przyczyniają się do obniżenia morale, powodującego spadek motywacji i zaangażowania, zmniejszenie wydajności i jakości pracy oraz obniżenie przywiązania i lojalności wobec pracodawcy. Rośnie fluktuacja personelu i wzrastają koszty funkcjonowania organizacji. Wywiera to znaczący wpływ na zmniejszenie jej efektów. Mobbing jest więc zaprzeczeniem skutecznego kierowania zespołami pracowniczymi, jest patologią zarządzania personelem.

Koszty społeczne mobbingu ponosi całe społeczeństwo. Składa się na nie: finansowanie przyspieszonych rent lub emerytur, ponoszenie kosztów świadczeń zdrowotnych i ubezpieczeń społecznych oraz obciążenia związane ze wzrostem bezrobocia. Rozpowszechniają się postawy krytyczne wobec istniejących stosunków społecz-

nych, w których przyzwala się na jawną krzywdę i niesprawiedliwość.

Jednym z rodzajów mobbingu jest molestowanie seksualne w pracy. Rozróżnia się dwa rodzaje seksualnego molestowania:

- bezpośrednie – skierowane ku konkretnemu pracownikowi przez przełożonego, które polega na przyznawaniu określonych przywilejów pracowniczych podwładnemu w zamian za zbliżenia seksualne,
- pośrednie – polegające na tworzeniu nieprzyjemnej atmosfery w pracy, mającej podtekst seksualny, uwłaczającej godności ludzkiej np. obsceniczne plakaty, prostackie uwagi dotyczące ciała, ubioru, zachowań seksualnych, ordynarne dowcipy, wulgarne słowa, plotkowanie i insynuacje ze strony współpracowników.

W praktyce organizacji występują istotne problemy z wyeliminowaniem przypadków molestowania seksualnego z następujących powodów:

- niechęć ofiar do ujawniania molestowania,
- trudno jest molestowanie udowodnić,
- uznanie molestowania za zjawisko dopuszczalne, a nawet normalne.

Organizacja w swej polityce wobec molestowania seksualnego winna wyrażać kategorię dezaprobatę i określać działania, jakie podejmuje się w celu eliminacji tego zjawiska [7]. Jednak nawet po wyeliminowaniu molestowania seksualnego, jego konsekwencje mogą dezorganizować pracę przez długi czas. Wynika z tego, że należy wdrożyć w organizacji takie rozwiązania, które zapobiegają molestowaniu seksualnemu, a w razie jego wystąpienia pozwolą szybko i skutecznie zareagować, żeby się nie upowszechniło.

Człowiek jako istota wolna ponosi odpowiedzialność wobec siebie i innych w zakresie swych wyborów [8]. Menedżerowie ponoszą odpowiedzialność nie tylko za (i wobec) swoich pracowników, ale muszą również dbać o pieniądze inwestorów, nie narażać klientów i konsumentów na

szkody, a nawet troszczyć się o środowisko naturalne [9]. A zatem wina i odpowiedzialność są zawsze indywidualne i jedynie praktyczne – a nie etyczne – powody mogą więc popychać ku tworzeniu różnych wykładni „odpowiedzialności zbiorowej” [10]. Śledząc stopnie rozwoju moralnego człowieka można zauważyć, że ocen moralnych i opartych na nich wyborów dokonuje się w różny sposób.

Każdy człowiek przechodzi kolejno te same stopnie rozwoju moralnego, chociaż niektórzy mogą zatrzymać się na danym etapie i nie przejść do następnego. Przejście pomiędzy tymi stopniami jest uzależnione w pewnej mierze od wieku.

Wyróżnia się (wg Kohlberga) następujące poziomy i stopnie rozwoju moralnego:

1. Poziom prekonwencjonalny – wiele osób motywuje jedynie świadomość następstw w postaci przyjemności lub cierpienia oraz nagrody i kary, dlatego część z nich pozostaje na pierwszym poziomie. W jego ramach wydziela się dwa stopnie:
  - stopień „posłuszeństwa i kary” – jedynym kryterium słuszności dla danej osoby jest posłuszeństwo wobec autorytetu – osób, które posiadają władzę karania, więc motywacją czynienia tego, co słuszne, jest unikanie kary,
  - stopień „indywidualizmu i wzajemności” – kryterium słuszności jest uzyskanie największego dobra w wyniku indywidualnej decyzji, zatem interes własny jest motywem do otwierania się na innych i dotrzymywania umów, więc działanie moralne jest nastawione na nagrody.
2. Poziom konwencjonalny – moralność spełnia konwencjonalną rolę konformizmu (naginania się do okoliczności, zgadzania się z obowiązującymi poglądami). Występują dwa jego stopnie:
  - stopień konformizmu międzyludzkiego – słuszność moralna jest determinowana przez oczekiwania innych ludzi wobec da-

**Tabela 1.** Motywacja osób na kolejnych poziomach rozwoju moralnego. Źródło: [11]

Poziom (stopień) rozwoju moralnego	Motywacje osób
1. Poziom prekonwencjonalny	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cele osobiste, a nie zobowiązania społeczne</li> <li>• konkretne okoliczności</li> <li>• bardziej instynkt niż proces rozumowania</li> </ul>
2. Poziom konwencjonalny	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grupowa akceptacja i przestrzeganie reguł gry zespołu</li> <li>• konsekwencje personalne powodowane odrzuceniem norm</li> <li>• normy moralne „uświęcone” przez grupę (społeczność)</li> </ul>
3. Poziom postkonwencjonalny: <ul style="list-style-type: none"> <li>• stopień społecznego kontraktu</li> <li>• stopień uniwersalnych zasad etycznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indywidualny punkt widzenia na to, co jest dobre dla społeczeństwa</li> <li>• konsekwencje działań dla społeczeństwa</li> <li>• normy społeczne bardziej niż grupowe</li> <li>• autonomiczne cele człowieka rozważane w perspektywie społecznej</li> <li>• długookresowe konsekwencje własnego postępowania</li> <li>• zasady uniwersalne</li> </ul>



nego człowieka. Dostosowuje się on do norm wyuczonych w domu, szkole czy kościele. Dąży do zrozumienia, czym są normy moralne i reguły, które poznaje. Orientuje się, że nie wszystkie można pogodzić lub zastosować w praktyce. Ludzie nie oceniają jednak słuszności swoich zachowań w kategoriach pewnego systemu etycznego, lecz próbują zrozumieć sytuację przez wyobrażenie siebie w położeniu innych osób,

- stopień „systemu społecznego” – moralność jest postrzegana jako sposób odgrywania określonej roli w systemie społecznym. Ludzie rozumieją, że aby być dobrym obywatelem trzeba akceptować rolę, którą mają w społeczeństwie, co oznacza przestrzeganie reguł i wypełnianie określonych obowiązków. Głównym motywem działań człowieka jest utrzymanie społeczeństwa jako całości i niektórych instytucji społecznych.
3. Poziom postkonwencjonalny – dobrowolne akceptowanie zasad moralnych przez człowieka, osiągane przez niewielu. Występują dwa następujące stopnie:
- stopień społecznego kontraktu – pojawia się refleksja moralna i rosnąca niezależność od konkretnych reguł i obowiązków nakładanych przez społeczeństwo. System etyczny buduje się na podstawie indywidualnych praw, stanowiących przedmiot kontraktu społecznego. Kryterium słuszności jest „najwięcej dobra dla największej grupy ludzi”,
  - stopień uniwersalnych zasad etycznych – decyzje moralne nie wynikają wprost z tego, co jest najlepsze dla wszystkich, lecz wyłaniają się z zasad dobrowolnie wybieranych, ale w taki sposób, żeby były wyborem każdego człowieka. Nawet, jeśli „największe dobro dla największej grupy ludzi” można by było uzyskać przez pogwałcenie tych zasad, to osoba, która osiągnęła ten stopień do tego się nie posunie.

Teoria Kohlberga jest użytecznym narzędziem do sprawdzania sposobów, którymi ludzie w organizacjach próbują rozwiązywać konflikty z punktu widzenia własnej moralności [11]. Motywacja ludzi znajdujących się na kolejnych poziomach rozwoju moralnego jest różna (Tabela 1).

W każdej organizacji głównym celem jest osiągnięcie planowanych rezultatów. Organizacje biznesowe muszą być zorientowane na zysk. Odpowiedzialność za zyski ma jednoznacznie dodatni

wymiar etyczny. Jednak instytucje, np. szpitale, muszą traktować sprawy ekonomiczne bardziej powściągliwie. Niezadowolający wynik działalności szpitala, będący następstwem nieprawidłowego zarządzania i niewłaściwej pracy personelu medycznego, może przyczynić się do wzrostu liczby powikłań w przebiegu chorób, a nawet zgonów [1]. Niemniej jednak osiągnięcia organizacji tracą prawo do pozytywnej oceny moralności, jeżeli zostały osiągnięte nieuczciwymi metodami, np. poprzez dawanie łapówek czy łamanie prawa [12]. Z tych powodów tak znaczące miejsce w etycznym pełnieniu funkcji personalnej organizacji spełniają przyjmowane coraz powszechniej kodeksy etyczne [7].

### Piśmiennictwo

- [1] Kietliński K, Reyes VM, Oleksyn T. Etyka w biznesie i zarządzaniu. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005; 165, 168–169, 172–174, 179, 182, 188–189, 228, 244.
- [2] Koźmiński AK, Piotrowski W. (redaktorzy). Zarządzanie. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001:324.
- [3] Filek J. Konsekwencje instrumentalnego traktowania etyki (na przykładzie firmy Enron). W: Sójka J. (redaktor). Etyka biznesu „po Enronie”. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2005:112.
- [4] Blanchard K, Peale NV. Etyka biznesu. Wydawnictwo EMKA, Warszawa 2008:125.
- [5] Hołówka J. Etyka w działaniu. Wydawca Prószyński i S-ka SA, Warszawa 2001, 2002:275–276.
- [6] Oleksyn T. Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006: 85–86.
- [7] Król H, Ludwiczynski A. (redaktorzy). Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007:140–144.
- [8] Filek J. Między wolnością gospodarczą a odpowiedzialnością społeczną biznesu. W: Klimczak B, Lewicka-Strzałocka A. (redaktorzy). Etyka i ekonomia. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, Warszawa 2007:24.
- [9] Zaorski-Sikora Ł. Etyka. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2007: 57.
- [10] Zaorski-Sikora Ł. Etyka w biznesie. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej. Łódź 2007:45.
- [11] Klimczak B. Etyka gospodarcza. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2006:30–33, 35.
- [12] Nogalski B, Śniadecki J. Etyka zarządzania przedsiębiorstwem. Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego Sp. z o.o., Bydgoszcz; 2001:157.

adres do korespondencji

Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
61-614 Poznań, ul. Umultowska 89a  
tel.: 61 289 66 25  
fax: 61 829 66 26

# OWRZODZENIA PODUDZI W ASPEKCIE TERAPEUTYCZNO-PIELĘGNIARSKIM

## THE THERAPEUTIC AND NURSING ASPECTS OF LEG ULCERS TREATMENT

Renata Przybylska<sup>1</sup>, Katarzyna Plagens-Rotman<sup>2</sup>, Sławomira Kubiak<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa Katedry Zdrowia Matki i Dziecka  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Katedra Neonatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Streszczenie

Owrzodzenia podudzi stanowią poważny problem pielęgnacyjny, terapeutyczny, ekonomiczny i społeczny. W znacznym stopniu obniżają jakość życia chorego, są powodem dyskomfortu psychicznego, rozwoju depresji i izolacji społecznej. Zabiegi pielęgnacyjne motywują pacjenta do przestrzegania zaleceń lekarskich i pielęgniarzkich, co pozwoliło zapobiegać pogłębianiu się choroby i niesprawności, a w dalszej kolejności utrzymać jakość życia chorego na optymalnym poziomie.

**Słowa kluczowe:** owrzodzenia podudzi, opatrunki aktywne, edukacja, opieka pielęgniarzka.

### Summary

Lower leg ulceration is a serious nursing, therapeutic, economic and social problem. The disease lowers the quality of life significantly causing mental discomfort, development of depression and social isolation. However nursing procedures motivate patients to obey medical and nursing instructions thus preventing of disease development and patient's disability. As a result the quality of patient's life sustains on a possible high level.

**Key words:** ulceration of lower leg, active dressings, education, nursing care.

168

Choroby żył stanowią poważny problem dla współczesnej medycyny i są swoistego rodzaju wyzwaniem dla lekarzy i pielęgniarzek. Owrzodzenia podudzi stwarzają problem terapeutyczny, ekonomiczny i społeczny, co wynika między innymi z samego charakteru owrzodzenia, ze zmęczenia chorego długotrwałym procesem chorobowym, leczeniem oraz koniecznością szukania nowych rozwiązań terapii [1, 2]. W znacznym stopniu obniżają jakość życia chorego. Są powodem dyskomfortu psychicznego, zaburzeń obrazu własnego ciała, mogą prowadzić do depresji i izolacji społecznej.

Owrzodzenia podudzi powstają w wyniku zaburzeń odżywczych w tkankach, na podłożu przewlekłej niewydolności żyłnej (zespół pozakrzepowy) lub zmian w układzie tętniczym (miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych) [3].

Owrzodzenia podudzi pochodzenia żylnego stanowią ponad 80% wszystkich owrzodzeń. Mogą być następstwem nieleczenia żylaków, przebytej zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych czy innej postaci przewlekłej niewydolności żyłnej. Pozostałe 20% owrzodzeń stanowią owrzodzenia pochodzenia tętniczego oraz mieszane (tj. tętniczo-żyłne, neuropatyczne, hematologiczne, urazowe, nowotworowe, metaboliczne, zakaźne i pasożytnicze) oraz o innej etiologii, (np. zapalenie tkanki podskórnej, sarkoidoza).

Powstawanie owrzodzeń podudzi jest uwarunkowane predyspozycjami genetycznymi i czynnikami sprzyjającymi. Najczęściej są one związane z trybem życia i warunkami pracy. Towarzyszą także wielu chorobom układowym, niekiedy poprzedzają występowanie pozostałych objawów danej choroby lub stanowią jeden z elementów jej obrazu klinicznego. Owrzodzenia podudzi są bezpośrednim następstwem przewlekłej niewydolności żyłnej, czyli zaburzeń krążenia polegających na uszkodzeniu zastawek żylnych, które utrudniają przepływ krwi z kończyn dolnych do serca. U chorych zwiększa się ciśnienie w układzie żylnym, a nieleczone zaburzenia krążenia powodują z kolei uszkodzenia kolejnych zastawek i żył powierzchownych, doprowadzając do powstania owrzodzenia [4].

Owrzodzenia żyłne, powstające na bazie przewlekłej niewydolności żyłnej, stanowią 75% wszystkich owrzodzeń. Występują u około 1–2% dorosłej populacji, a co najmniej u 5% populacji powyżej 80. roku życia. W Polsce stanowią 17–20%. Choć szczyt zapadalności przypada na okres między 60. a 80. rokiem życia, to proces wiodący do powstania owrzodzenia rozpoczyna się we wczesnym wieku dorosłym. Owrzodzenia żyłne występują u osób przed 60. rokiem życia. Stosunek owrzodzeń żylnych występujących u kobiet do owrzodzeń rozpoznanych u mężczyzn

wynosi 2:1–3:1. Jednak należy dodać, że zapadalność jest ściśle związana z wiekiem, niezależnie od wieku [5].

Owrzodzenia podudzi zalicza się do ran przewlekłych, w których dominuje ubytek tkanek. Za ranę przewlekłą uważa się zranienie, które nie goi się przez 6–8 tygodni. Początkowo może to być niewielki ubytek w tkance, który w wyniku rozwoju odczynu zapalnego ulega kolonizacji, a następnie zakażeniu. Rana przekształca się w owrzodzenie, które wymaga specyficznych działań diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych.

Wymiary i kształt owrzodzeń podudzi są zróżnicowane, od niewielkich, średnicy kilku milimetrów, do zajmujących niemal całą goleń zwykle przyjmując kształt owalny. Wytwarzają się powoli, stopniowo się powiększając, poprzez postępujący obwodowy rozpad. Najczęściej umiejscawiają się na wysokości 1/3 goleni po stronie przyśrodkowej i przedniej, często w okolicy kostek przyśrodkowych, gdzie wpływ nadciśnienia żylnego jest największy. Owrzodzenie może być płytkie lub głębokie, sięgające do powięzi. Dno owrzodzenia zazwyczaj jest płaskie, pokryte tkanką martwiczą, zlepiami włóknika i jeśli towarzyszy mu zakażenie, również wydzielina ropną. Owrzodzenia oczyszczone z martwicy odznaczają się znacznie mniejszą ilością wysięku i mogą znajdować się w fazie ziarninowania lub naskórkowania [1, 6, 7, 8].

Brzezi owrzodzenia są równo ścięte i obrzęknięte. Skóra otaczająca owrzodzenie jest zazwyczaj zaczerwieniona, co wynika z toczącego się procesu zapalnego. Stwardnienie skóry jest wynikiem zwłóknienia tkanki podskórnej. W miejscach gdzie doszło do zaniku naczyń krwionośnych w skórze, pojawiają się blade obszary. Często owrzodzeniom towarzyszą już istniejące wcześniej zmiany troficzne skóry, przebarwienia, wyprysk, obrzęk; powierzchnia skóry jest gładka i połyskliwa. Zazwyczaj nie obserwuje się krwawienia z owrzodzenia. Może ono okresowo wystąpić w przypadku owrzodzenia głęboko drążącego, wskutek pęknięcia pojedynczych naczyń (najczęściej żylnych). W niektórych przypadkach następuje zmętnienie i zgrubienie płytek paznokciowych [9, 10].

Nierzadko owrzodzenia mają przebieg kilkuletni. Zmiany ustępują pozostawiając blizny. Występuje duża skłonność do nawrotów, np. pod wpływem drobnych urazów i powikłań, które zależą w dużej mierze od stanu wydolności układu naczyniowego oraz skuteczności leczenia. Nawracające infekcje bakteryjne doprowadzają do zapalenia tkanki podskórnej lub zapalenia naczyń chłonnych, ich uszkodzenia oraz obrzęku limfatycznego.

W leczeniu owrzodzeń podudzi stosuje się metody zachowawcze i chirurgiczne. Do pierwszej grupy zalicza się kompresjoterapię oraz farmako-

terapię ogólną i miejscową, zaś w leczeniu chirurgicznym stosuje się oczyszczanie rany z tkanek martwiczych przy pomocy skalpela i nożyczek, wycięcie rany w celu przygotowania do przeszczepu, zastosowanie lasera wysokoenergetycznego do niszczenia tkanek martwiczych, przeszczepy skóry (autoprzyszczepy skórne płatkowe i siatkowe, nabłonkowe przeszczepy z hodowli komórkowych auto- lub allogenicznymi) oraz operacje układu żylnego (wycięcie żyły odpiszczelowej, podwiązanie niewydolnych żył przesywających, paratibialne przecięcie powięzi, operacje rekonstrukcyjne na żyłach przesywających i głębokich, bypass żył głębokich, valvuloplastyka) [11].

Problemy związane z leczeniem owrzodzeń żylnych zdecydowanie narastają. Nasuwa to konieczność zmiany dotychczasowych trendów pielęgnowania chorych z owrzodzeniami i wdrożenia nowych, skutecznych metod postępowania. Powinno być ono interdyscyplinarne, komplementarne i wielokierunkowe, ponadto winno obejmować różne aspekty terapii przyczynowej i miejscowej [4].

Owrzodzenie podudzi jest chorobą przewlekłą, utrzymuje się przez wiele miesięcy, a nawet lat i w związku z tym leczenie jest również długotrwałe – w trakcie koniecznych, okresowych hospitalizacji zazwyczaj nie uzyskuje się całkowitego zagojenia owrzodzeń. Po zdiagnozowaniu ogólnym chorego w warunkach szpitalnych i zaleceniach dermatologicznych, dalsza opieka nad chorym powinna odbywać się w warunkach domowych i ambulatoryjnych pod nadzorem lekarza oraz z ogromnym udziałem pielęgniarki, chorego i jego rodziny.

Owrzodzenia podudzi stanowią problem o charakterze wieloaspektowym:

- zdrowotnym (chorzy cierpią z powodu owrzodzeń od kilku miesięcy do kilku, kilkunastu lat);
- leczniczym i pielęgnacyjnym (trudności w leczeniu, oporność na wdrażane postępowanie, duży procent nawrotów);
- psychospołecznym (przewlekła niewydolność żylna występuje u ponad 40% dorosłych Polaków, owrzodzenia podudzi z czasem doprowadzają do ograniczeń funkcjonalnych, które zaburzają psychospołeczne funkcjonowanie chorego, powodują wypadanie z pełnionych ról rodzinnych i zawodowych, wiążą się z wysokimi kosztami);
- ekonomicznym (wiąże się to z kosztami długotrwałego leczenia i stosowania specjalistycznych opatrunków oraz koszty absencji zawodowej i rent inwalidzkich) [4].

Po przyjęciu chorego do szpitala w pierwszej kolejności przeprowadzany jest z nim wywiad. Zakres wywiadu powinien obejmować:

- historię owrzodzenia;
- mechanizm urazu;

- dotychczasowe postępowanie z raną;
- ustalenie czynników ryzyka, choroby podstawowej i związanych z nią subiektywnych objawów świadczących o niewydolności żyłnej lub ją wykluczających.

W pierwszej kolejności należy przeprowadzić wywiad na temat historii owrzodzenia i postępowania z raną. Chorego należy zapytać o wszystkie występujące dolegliwości, przebieg dotychczasowego leczenia, a także określić zakres jego wiedzy i umiejętności. Często chorzy zgłaszają ból, który należy dokładnie scharakteryzować i skojarzyć z najbardziej prawdopodobną przyczyną – należy zróżnicować ból związany z uszkodzeniem skóry i raną oraz ból wynikający z choroby podstawowej lub współistniejącej. Dalsze pytania chorego powinny dotyczyć chorób współtowarzyszących, które mogą mieć wpływ na przebieg leczenia owrzodzenia, m.in. miażdżycę kończyn dolnych, cukrzycę, niewydolność wieńcową [12].

Oprócz stanu fizycznego ważna jest ocena stanu psychicznego chorego (w sferze emocji i funkcji poznawczych). U chorego może występować obniżona samoocena, poczucie zażenowania i wstydu z powodu rany, ograniczona mobilność i związana z nią izolacja oraz objawy depresyjne. Wywiad i rozmowa pielęgniarki z chorym pomagają w zgromadzeniu i usystematyzowaniu danych, wpływają na motywację chorego, jego zaufanie, chęć efektywnej współpracy i edukacji w procesie długotrwałego procesu leczenia oraz opieki nad chorym z owrzodzeniem.

Po przyjęciu chorego do szpitala, przeprowadzeniu wywiadu i ustaleniu etiologii owrzodzenia, należy wdrożyć niezbędne postępowanie lecznicze i pielęgnacyjne. Przewlekła niewydolność żylna w 80% poddaje się leczeniu zachowawczemu. Działania lecznicze i pielęgnacyjne są wielokierunkowe, mają na celu obniżenie ciśnienia i zastój krwi żyłnej w kończynie, zmniejszenie obrzęku oraz przeciwdziałanie procesom zapalnym, zakrzepowym i bólowym. Leczenie owrzodzeń podudzi jest bardzo długie i wymaga współpracy z pacjentem.

Leczenie miejscowe obejmuje: usuwanie martwicy i oczyszczanie rany, kontrolę bakteriologiczną, leczenie oraz stosowanie opatrunków.

W pierwszej kolejności należy sprawdzić wygląd rany, obecność tkanek martwiczych i innych zanieczyszczeń, ilość (mały/duży), rodzaj (ropny/surowiczny) i zapach wysięku (intensywny/nieznacznym). Obserwuje się objawy zakażenia miejscowego i uogólnionego (stan ogólny pacjenta, temperatura ciała, nasilenie dolegliwości bólowych, wygląd rany i jej najbliższej okolicy). Czasami istnieje konieczność pobierania wymazu z owrzodzenia na badanie bakteriologiczne.

Rany mogą być oczyszczane chirurgicznie lub zachowawczo. Oczyszczenie rany stwarza

optymalne warunki do jej gojenia. Chirurgicznie opracowuje się tylko rany głębokie, obejmujące warstwy podskórne. Tkanki martwicze powierzchowne, sięgające do skóry właściwej, zwykle oczyszcza się metodami zachowawczymi [7, 8].

Należą do nich:

- Oczyszczanie mechaniczne poprzez przemywanie powierzchni rany roztworem soli fizjologicznej o temperaturze 37°C lub z użyciem środków antyseptycznych zawierających dichlorowodorek oktenidyny (Octenilin, Octenisept) i jałowym gazikiem przy każdorazowej zmianie opatrunku) [13, 14, 15, 16];
- Enzymatyczne (za pomocą preparatów enzymatycznych, np.: Iruzol Mono, Nu – Gel, GranuGel) i środków antyseptycznych, np.: 10% NaCl, KMnO<sub>4</sub>, 0,5% AgNO<sub>3</sub>, 2% Argosulfan, 1% Dermazin, Octenisept [14];
- Uwodnienie rany za pomocą opatrunków aktywnych;
- Samoistne oczyszczanie autolityczne.

Dobór opatrunku zależy od stanu klinicznego i fazy gojenia (ilości wydzieliny w ranie, obecności zakażenia), stąd istnieje konieczność zastosowania u chorych kilku opatrunków w procesie terapii.

W ranach obficie sączących stosuje się alginiany i opatrunki typu hydrofiber (Versiva XC), przy umiarkowanym wysięku hydrokoloidy (Granuflex, Comfeel), natomiast w leczeniu ran suchych i miernie sączących hydrożele. Opatrunki te zapewniają wilgotne środowisko w dnie rany. Ważne jest, aby podejmowane działania miejscowe nie uszkadzały zdrowych tkanek, oraz pamiętać należy o pielęgnacji skóry otaczającej owrzodzenie.

Opatrunek powinien być nietoksyczny i niealergizujący, mieć dużą chłonność i regulować nadmiar wydzieliny, nie przylegać do powierzchni rany oraz umożliwiać bezbolesną i atraumatyczną zmianę. W leczeniu owrzodzeń nie zaleca się tradycyjnych opatrunków z gazy, które utrudniają proces gojenia, a w trakcie ich wymiany powodują silny ból oraz niszczenie nowo powstałych tkanek. Najczęściej stosuje się opatrunki nowej generacji oraz opatrunki biologiczne.

Konieczne jest codzienne wykonywanie kąpieeli, dokładne i częste mycie kończyny, skóry w okolicy rany łagodnym środkiem myjącym, hipoalergicznym o pH 5,5 i samej rany z dodatkiem mydła czy KMnO<sub>4</sub> oraz stosowanie opatrunków pozwalających na właściwe gojenie się rany oraz zapobieganie powikłaniom [16].

Założony opatrunek na ranę spełnia następujące funkcje:

- utrzymuje wilgotne środowisko rany;
- chroni ranę przed dostaniem się drobnoustrojów chorobotwórczych i zanieczyszczeń z zewnątrz;
- utrzymuje prawidłową temperaturę rany zbliżoną do temperatury ciała;

- wspomaga proces leczenia na każdym etapie gojenia rany.

Zdrową skórę w okolicy rany zabezpiecza się obojętną maścią lub kremem (Alantan, Linomag) z dodatkiem witamin oraz wazeliną kosmetyczną, a stan zapalny i zmiany wypryskowe preparatami sterydowymi i przeciwbakteryjnymi. Jako uzupełnienie opatrunków gazowych wykorzystuje się łagodne środki antyseptyczne. W fazie ziarninowania i epitelizacji inicjuje i stymuluje się proces gojenia poprzez użycie preparatów: 0,9% NaCl, opatrunków wilgotnych np. hydrożelowych (GranuGel), hydrowłóknikowych (Aqvacel, Aqvacel Ag), oraz nowoczesnych opatrunków aktywnych. Należą do nich: opatrunki alginianowe, alginianowo-wapniowe (Kaltostat, Fibracol, Sorbalgon, Kaltogel), hydrożelowe (GranuGel, Aquagel, Suprasorb), hydrokoloidowe (Granuflex, Comfeel, Hydrocoll, Tegaserb), dekstranomery (Acudex, Debrisan), poliuretanowe (Medisorb P, Tielle, Allewyn), półprzepuszczalne błony poliuretanowe (Opsite, Allevyn Suprasorb P Tegaderm), opatrunki mieszane z superabsorbentem (TenderWet) oraz opatrunki siatkowe (Bactigras, Tegapore) [17, 18, 19, 20].

Tradycyjne opatrunki należy zmieniać co najmniej 3 razy dziennie. W sytuacji kiedy opatrunek przylega do rany, przed jego zmianą, należy opatrunek zmoczyć np. roztworem 0,9% NaCl. Opatrunki zmieniamy zawsze w rękawiczkach, nie pozwalamy pacjentom dotykać owrzodzeń brudnymi rękami.

Należy zwracać uwagę na wszelkie objawy wskazujące na zakażenie owrzodzenia, takie jak: pojawienie się bolesności w ranie lub wokół niej, nasilenie wysięku, zmiana barwy, przykry zapach z owrzodzenia, rumień, gorączka. Kolonizacja rany drobnoustrojami chorobotwórczymi opóźnia proces gojenia. Rana zakażona wymaga leczenia antybiotykami.

Bardzo istotne znaczenie ma stosowanie kompresjoterapii w celu obniżenia ciśnienia żylnego, obrzęku i stanu zapalnego. Stosuje się w tym celu bandaże i opaski elastyczne odpowiednio dobrane pod względem stopnia ucisku i warstw. Zakłada się je pacjentowi przed wstaniem z łóżka, a zdejmuje przed odpoczynkiem nocnym, od poziomu stawów śródstopno-palcowych do poziomu kolana. Największy ucisk stosujemy w okolicy kostki zmniejszając go w kierunku proksymalnym [9].

Po wygojeniu owrzodzenia terapia uciskowa powinna być kontynuowana za pomocą pończoch uciskowych, obejmujących całą kończynę dolną (siła ucisku 10–30 mmHg). Zaniechanie kompresji skutkuje nawrotem owrzodzenia.

W celu zmniejszenia obrzęku, z metod fizyko-terapeutycznych wykorzystuje się masaż ręczny, przerywany ucisk pneumatyczny, ręczny drenaż limfatyczny, drenaż ułożeniowy i elewację kończyny ułatwiające spływ krwi żyłnej i chłonki.

Terapia światłem Biotron jest terapią nieinwazyjną, zapobiega powstaniu ran, przyspiesza ziarninowanie, działa przeciwbólowo.

W leczeniu zachowawczym stosuje się leki usprawniające przepływ żylny oraz przeciwbólowe. Pielęgniarka na zlecenie lekarza podaje leki flebotropowe i poprawiające krążenie obwodowe. Należą do nich leki wpływające na stan ściany naczyń (Detralex, Venescin), leki ograniczające zjawisko pułapki leukocytarnej (Detralex, Pentoxifylina), leki poprawiające przepływ chłonki (Detralex, Venoruton), leki przeciwplatekcyjne (Aspiryna), leki przeciwzakrzepowe (heparyny drobno-cząsteczkowe – Clexane, Fraxiparyna, antykoagulanty doustne (gdy towarzyszy zakrzepica żylna) – Acenocumarol, heparynoidy doustne – Vessel – due F), leki moczopędne (gdy towarzyszą obrzęki w niewydolności krążenia). Ponadto niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz silne preparaty przeciwbólowe, w tym również narkotyczne (gdy współistnieje odczyn zapalny skóry oraz pojawia się ból). W przypadku nadkażenia bakteryjnego i obecności infekcji podaje się antybiotyki [3].

Ważnym działaniem pielęgnacyjnym jest również edukacja i opieka, która może uchronić pacjenta przed rozwojem i nawrotem owrzodzenia. Holistyczne podejście do pacjenta z owrzodzeniem wymaga sprawnego procesu leczniczo-pielęgnacyjnego opartego na działaniach interdyscyplinarnych i posiadaniu najnowszej wiedzy medycznej [21]. Chory i jego opiekunowie powinni być odpowiednio wyedukowani, świadomi celowości podejmowanych działań.

## Podsumowanie

Zabiegi pielęgnacyjne motywują pacjenta do przestrzegania zaleceń lekarskich i pielęgniarskich pozwalających zapobiegać pogłębianiu się choroby i niesprawności, a w dalszej kolejności utrzymać jakość życia chorego na optymalnym poziomie, a także zmniejszać wskaźnik nawrotów po leczeniu. Edukacja chorego i jego rodziny pozwala na aktywne uczestnictwo w procesie leczenia i pielęgnowania.

## Piśmiennictwo

- [1] Błaszczak-Kostanecka M, Dajek Z, Dąbkowski J. Dermatologia w praktyce. PZWL Warszawa 2009: 183–184.
- [2] Guo S, Di Pietro LA. Wound Healing. Factors affecting wound healing. J Dent Res. 2010;89.
- [3] Białasik I, Mościcka P. Leczenie ran przewlekłych – owrzodzenia żyłne. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2011;2:41–46.
- [4] Krajewska-Kułak E. Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek. Czelej Lublin. 2006:360–375.
- [5] Bączek G, Talarska D, Zawirska A, Adamski Z. Functioning and quality of life of patients with leg ulcers treated at dermatology wards. Post Dermatol Alergol. 2011;XXVIII(3):191–196.

- [6] Negus D, Coleridge Smith PD, Bergan JJ. Owrzodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie. Alfa Medica Press Bielsko-Biała 2006:23–28.
- [7] Owens E, Bergan JJ. Diagnostyka niewydolności żylnych. Medycyna praktyczna – Chirurgia. 2004;3:149–156.
- [8] Sumpio BE, Paszkowiak J, Aruny J et al. Owrzodzenie kończyn dolnych. Czelej, Lublin 2008:64.
- [9] Szewczyk MT, Jawień A. Wybrane aspekty zachowawczego leczenia owrzodzeń żylnych. Część I: Kompresoterapia. Postępy Dermatologii i Alergologii. 2005;3:133–140.
- [10] Szewczyk MT, Jawień A, Cierzniańska K, Cwajda-Białasiak J, Mościcka P. Leczenie ran przewlekłych – owrzodzenia żylna. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2011;2:41–46.
- [11] Disemond J, Assadian O, Gerber V, Kingsley A, Kramer A et al. Classification of wounds at risk and their antimicrobial treatment with polyhexanide: A Practice – oriented expert recommendation. Skin Pharmacol Physiol. 2011;24:245–245.
- [12] Białasiak B, Muszaliak M, Szewczyk MT. Ocena dolegliwości bólowych u chorych z owrzodzeniem kończyny dolnej. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2007;4:150–153.
- [13] Jawień A, Szewczyk M, Kaszuba A. Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. Leczenie Ran. 2011;8:59–80.
- [14] Kramer A, Muller O, Reichwagen G, Widulle S, Heldt, Nurnberg P. Octenidine, Chlorhexidine, Iodine and Iodophores: Stuttgart, New York: Georg Thieme. 2010:245–255.
- [15] Wolcott R, Dowd S, Kennedy J, Jones C. Biofilm-Based Wound Care. Advances in Wound Care. 2010;1(3):311–318.
- [16] Rolka Z, Krajewska-Kułać K et al. Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z owrzodzeniem podudzi u którego zastosowano w procesie terapii opatrunki wspomagające proces gojenia ran. Dermatologia Kliniczna. 2004;6:79–84.
- [17] Thomas DR. Prevention and management of pressure ulcers. Rev Clin Gerontol. 2010:17.
- [18] Grobelski B, Kassassir SA, Pasięka Z. Zastosowanie opatrunków aktywnych w praktyce klinicznej. Ortopedia Rehabilitacja. 2010;2:175.
- [19] Szewczyk MT, Jawień A. Leczenie ran przewlekłych. PZWL Warszawa 2012:65.
- [20] Grey JE, Harding KG. Leczenie ran w praktyce PZWL Warszawa. 2013:19.
- [21] World Union of Wound Healing Societies: Principles of Best Practice: Diagnostics and Wounds. A consensus document. MEP Ltd London 2008:1–10.

*adres do korespondencji*

Renata Przybylska  
Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego  
ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań  
tel.: 509 581 309  
e-mail rprzybylska@wp.pl

# PROMOCJA ZDROWIA A ZNACZENIE DIETY I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W PROFILAKTYCE I TERAPII CUKRZYCY

## HEALTH PROMOTION IN CONTEXT OF THE IMPORTANCE OF DIET AND PHYSICAL ACTIVITY IN PREVENTION AND TREATMENT OF DIABETES

Małgorzata Mizgier<sup>1</sup>, Grażyna Jarząbek-Bielecka<sup>2</sup>, Karolina Andrzejak<sup>3</sup>,  
Magdalena Pisarska-Krawczyk<sup>4</sup>, Stefan Sajdak<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Zakład Dietetyki Katedry Higieny Żywności Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

<sup>2</sup> Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii,  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Klinika Ginekologii Operacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>4</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, PWSZ Kalisz

<sup>5</sup> Klinika Ginekologii Operacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Streszczenie

Promocja zdrowia obejmuje szereg działań prowadzących do zapewnienia odpowiednich warunków życia, pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji, ważnych dla zdrowia człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Największy, bo aż 53% wpływ na zdrowie wywiera styl życia, 21% związane jest ze środowiskiem fizycznym, za 16% odpowiedzialne są predyspozycje genetyczne, najmniejszy wpływ wywiera poziom opieki zdrowotnej. Promocja zdrowia ma za zadanie mobilizować społeczeństwo do zadań prozdrowotnych, np. w aspekcie zapobiegania cukrzycy. Cukrzyca jest to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia prowadzi do zaburzeń w metabolizmie białek, tłuszczów i gospodarki wodno-elektrolitowej. W konsekwencji tych zaburzeń może dochodzić do uszkodzenia różnych narządów i układów, a szczególnie naczyń krwionośnych, mięśnia sercowego, nerek, nerwów i narządu wzroku. W okresie ciąży podwyższone wartości glikemii u ciężarnej mogą inicjować szereg powikłań u matki i jej dziecka [1]. Wprowadzenie zmian w stylu życia, do których należy zdrowy sposób żywienia, mają/mogą mieć znaczenie zarówno prewencyjne, jak i terapeutyczne. Bardzo istotnym zagadnieniem jest ponadto wczesne planowanie ciąży, szczególnie wśród kobiet z cukrzycą przedciążową.

**Słowa kluczowe:** cukrzyca, ciąża, otyłość, insulinooporność, żywienie.

### Summary

Health promotion includes a number of actions aimed at ensuring adequate conditions of living, employment, education, physical education, as well as leisure and recreation – all of which are important aspects of human health. The World Health Organization defines health as a state of physical, mental and social well-being. Lifestyle has the biggest impact on health – as much as 53%. 21% is related to the physical environment, genetic predisposition is responsible for 16%, with the level of health care having the least effect. Health promotion aims to mobilize society to engage in healthy activities, for example in terms of diabetes prevention. Diabetes is a group of metabolic diseases characterized by hyperglycemia resulting from defective secretion and/or activity of insulin. Chronic hyperglycemia leads to disorders in protein and fat metabolism as well as in water and electrolyte economy. As a result, damages of different organs and systems may happen, especially those of blood vessels, the heart muscle, kidneys, nerves and eyes. During pregnancy, increased values of glycemia may initiate a range of complications in the mother and her child [1]. Moreover, it has been proven that the emergence of developmental disorders is not only influenced by the degree of hyperglycemia in the 1st trimester of pregnancy but also before fertilization. Introducing lifestyle changes, such as healthy eating (may) have both preventive and therapeutic importance. Furthermore, early pregnancy planning, especially among women with pregestational diabetes, is a significant issue.

**Key words:** diabetes, pregnancy, obesity, insulin resistance, nutrition.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, przy braku choroby i niepełnosprawności.

Jest to potencjał zdolności przystosowania się organizmu do wymogów środowiska, obejmujący pełnienie ról społecznych oraz umiejętność adaptacji do zmian środowiska.

W 1945 r. Henry Siegerist stworzył pojęcie promocji zdrowia, utożsamiając ją z szeregiem działań prowadzących do zapewnienia odpowiednich warunków życia, pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji.

Ważnym wydarzeniem w rozwoju promocji zdrowia było stworzenie modelu holistycznego determinant zdrowia przez Bluma i Lalonde'a w 1973 r.

Model ten wprowadził koncepcję pól zdrowia, stanowiących cztery nadrzędne kategorie determinant zdrowia, wśród nich: styl życia, środowisko życia, czynniki biologiczno-dziedziczne oraz organizację opieki zdrowotnej.

Za akt instytucjonalizacji promocji zdrowia uznaje się Kartę Ottawską uchwaloną w 1986 r. Dokument ten definiuje promocję zdrowia jako proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Karta Ottawska wyróżnia 5 kierunków działań, koniecznych do efektywnej strategii promocji zdrowia: określenie zdrowotnej polityki społecznej w państwie, tworzenie środowisk wspierających zdrowie, wzmacnianie działań społecznych, rozwijanie umiejętności osobniczych.

Do naczelných działań promocji zdrowia należą: edukacja zdrowotna, zapobiegania chorobom, prowadzenie lokalnej polityki zdrowotnej.

Największy, bo aż 53% wpływ na zdrowie społeczeństwa wywiera styl życia, 21% wiąże się ze środowiskiem fizycznym, za 16% odpowiedzialne są nasze predyspozycje genetyczne, najmniejszy wpływ wywiera poziom opieki zdrowotnej.

Promocja zdrowia ma za zadanie wpływać na zmianę postaw i mobilizować społeczeństwo do zachowań prozdrowotnych. Jest związana nieodłącznie z promocją zdrowia ginekologii wieku rozwojowego i seksuologii.

Seksuologia jest nauką interdyscyplinarną, zajmującą się życiem uczuciowo-seksualnym człowieka oraz kształtowaniem się i rozwojem więzi międzyludzkich. Jednocześnie jest ściśle związana z andrologią i ginekologią.

Życie seksualne człowieka toczy się w trzech płaszczyznach: biologicznej, psychicznej i społecznej. Problemy związane z płcią towarzyszą każdemu człowiekowi.

Rozwój psychoseksualny człowieka obejmuje pierwsze lata życia człowieka, związany jest z procesem identyfikacji z płcią oraz jej akceptacją.

Seksualną dojrzałość człowiek osiąga w okresie pokwitania, w którym zachodzą zmiany hormonalne i somatyczne, prowadzące do osiągnięcia dojrzałości płciowej.

Na tym etapie rozwoju dochodzi do ujawnienia się potrzeb seksualnych a także chęć i konieczność ich zaspokajania na drodze uruchamiania mechanizmów mentalizacji, konkretyzacji i socjalizacji.

Podjęcie współżycia płciowego przez młodzież w okresie dojrzewania, z uwagi na swą powszechność, staje się coraz częściej realnym problemem prawnym, medycznym i społecznym.

Z punktu widzenia medycznego, przedwczesne współżycie płciowe związane jest z ryzykiem nieplanowanej ciąży, urazem psychicznym, a także z możliwością infekcji przenoszonej drogą płciową (m.in. *Chlamydia*, HPV). Podlega także

regulacjom prawnym, jeśli stosunek płciowy dotyczy osoby poniżej 15. roku życia.

Każdy lekarz stojący wobec możliwości rozpoczęcia współżycia przez młodocianych (poniżej 16. roku życia) powinien przedstawić ryzyko i konsekwencje z tym związane.

Problem ciąż młodocianych jest zjawiskiem, którego częstość wzrasta w społeczeństwie na całym świecie. Statystyczne współżycie płciowe przed 16. rokiem życia podejmuje 16% nastolatków. Związane jest to z akceleracją rozwoju i obniżeniem wieku inicjacji seksualnej, przy niedostatecznej wiedzy na ten temat.

Ciąże u nastolatków w porównaniu z ciążami u dojrzałych kobiet obarczone są większym odsetkiem patologii typu: porody przedwczesne, nadciśnienie tętnicze, a także hipotrofia wewnątrzmaciczna płodu. Zatem antykoncepcja u dziewcząt jest problemem na skalę ogólnoswiatową i jednocześnie jednym z ważniejszych problemów profilaktycznych medycyny. Wśród dostępnych metod antykoncepcji u nastolatków zalecane są: metody naturalne, metody mechaniczno-barierowe, a także doustne środki antykoncepcyjne.

Biorąc pod uwagę kryteria dojrzałości dziewcząt, pigułka zalecana jest u dziewcząt, u których wiek kostny wynosi co najmniej 13,6 lat, rytm miesiączek jest regularny, a wiek ginekologiczny wynosi 3–5 lat (zazwyczaj 3–5 lat po menarche).

Troska o sferę seksualną człowieka to ciągłe doskonalenie regulacji prawnych, które mają na celu uporządkowanie problematyki związanej z tym zagadnieniem.

Promocja zdrowia umożliwia społeczeństwu zwiększenie kontroli nad zdrowiem, jego poprawę i zapobieganie chorobom, w ramach profilaktyki. Zatem koncepcji promocji zdrowia bliskie jest powiedzenie „Twoje zdrowie w twoich rękach”.

Jednym z podstawowych zadań ginekologii wieku rozwojowego jest przygotowanie dziewczynki do roli matki. Przygotowanie to obejmuje najszerzej pojętą profilaktykę zdrowotną – profilaktykę niepłodności, przygotowanie i planowanie pierwszej ciąży, profilaktykę zakażeń i zapaleń narządów płciowych, profilaktykę onkologiczną, profilaktykę endokrynopatii i chorób metabolicznych oraz specjalistyczną opiekę psychologiczną i seksuologiczną.

Od urodzenia dziewczynki należy zatem promować jej zdrowie jako zdrowie przyszłej matki. Działania w tym zakresie to:

- nauczanie właściwej higieny osobistej
- edukacja seksualna i prozdrowotna dziewcząt
- nauczanie wszystkich dziewcząt, które miesiączkują samoobserwacji cyklu i dokumentowania jego przebiegu w osobistym kalendarzyku
- nauczanie dbałości o racjonalne żywienie (zaburzenia odżywiania często dotyczą młodych dziewcząt)



- zachęcanie dziewcząt do systematycznej aktywności ruchowej, nie tylko ze względu na ich rozwój, ale także ze względu np. na działanie przeciwbólowe w bolesnych miesiączkach oraz profilaktykę endokrynopatii i chorób metabolicznych w tym cukrzycy

W tym aspekcie należy też pamiętać o roli aktywności fizycznej oraz masy ciała w etiopatogenezie oraz w profilaktyce występowania ciąży obciążonej cukrzycą [1].

Według danych WHO na całym świecie choruje obecnie na cukrzycę 346 mln ludzi, z czego ok. 80–85% stanowią chorzy na cukrzycę typu 2 – nieinsulinozależną (Noninsulin Dependent Diabetes Mellitus – NIDDM). Cukrzyca typu 2 powstaje w wyniku zaburzeń wydzielania insuliny endogennej i/lub zmniejszonej wrażliwości receptorów insulinowych, tzw. insulinooporności. Liczba chorych gwałtownie wzrasta z uwagi na rosnące wskaźniki otyłości, około 80% populacji chorych na cukrzycę NIDDM to osoby otyłe [2]. Rolę w powstawaniu choroby odgrywa także brak aktywności fizycznej, nadciśnienie tętnicze, wysokie stężenie cholesterolu, palenie tytoniu. Należałoby zatem podjąć wszelkie możliwe działania, aby ograniczyć ilość przypadków cukrzycy typu 2 oraz powikłań z nią związanych. Do działań tych powinno należeć zarówno propagowanie zdrowej diety, regularnej aktywności fizycznej, redukcja oraz utrzymywanie prawidłowej masy ciała, jak i zaprzestanie palenia tytoniu.

Sposób żywienia odgrywa rolę nie tylko w terapii, ale także, jak wskazują dane literaturowe, w zapobieganiu cukrzycy typu 2.

Podstawą leczenia cukrzycy typu 2 jest prawidłowo prowadzona terapia żywieniowa.

Celem leczenia dietetycznego u chorych na cukrzycę jest utrzymywanie:

- prawidłowego (bliskiego normy) stężenia glukozy w surowicy krwi, w celu prewencji powikłań cukrzycy;
- optymalnego stężenia lipidów i lipoprotein w surowicy;
- optymalnych wartości ciśnienia tętniczego krwi w celu redukcji ryzyka chorób naczyń.

Ponadto prawidłowe żywienie ma istotne znaczenie w prewencji i leczeniu przewlekłych powikłań cukrzycy oraz poprawie ogólnego stanu zdrowia [3].

Do podstawowych zaleceń dietetycznych dla chorych na cukrzycę należy:

- unikanie węglowodanów prostych, aż do ich zupełnego wykluczenia;
- częste spożywanie posiłków;
- tak zwana dieta zdrowego człowieka (dużo warzyw, mało tłuszczów nasyconych) [3].

Dieta powinna być opracowana indywidualnie dla każdego pacjenta z uwzględnieniem masy ciała rzeczywistej i należynej, aktywności fizycznej, stanu fizjologicznego i współistniejącego nadciśnie-

nia, zaburzeń gospodarki lipidowej, niewydolności nerek oraz preferencji żywieniowych i kulturowych.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaleca chorym na cukrzycę typu 2 spożycie węglowodanów w ilości 45–50% całodobowej racji pokarmowej. Odpowiedni dobór węglowodanów sprzyja normalizacji stężenia glukozy we krwi, co ma znaczenie w prewencji powikłań cukrzycy. Zaleca się zwiększenie udziału węglowodanów złożonych, których źródłem są produkty pochodzące z pełnego ziarna zbóż oraz owoców i warzyw. Spożycie cukrów prostych (jedno- i dwucukrów takich jak glukoza, fruktoza, sacharoza) powinno być ograniczone do ilości nieprzekraczających 10% podaży energii. Dopuszcza się, zgodnie z zaleceniami producenta, stosowanie środków słodzących, takich jak m.in. sorbitol, mannitol, izomalt, maltitol, laktitol, ksylitol, acesulfam K (DzU z 2004 r. nr 94, poz. 933), z wyłączeniem kobiet ciężarnych, niemowląt i małych dzieci. Spożycie włókna pokarmowego powinno wzrosnąć do 20–40 g/dobę. Większe jego ilości nie są wskazane, gdyż mogą być powodem wzdęć, uczucia dyskomfortu w jamie brzusznej, wzrostu częstości i objętości wypróżnień. Błonnik, którego źródłem są pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa, owoce, nasiona roślin strączkowych i innych roślin oraz orzechy, opóźnia wchłanianie cholesterolu, triacylogliceroli oraz glukozy z przewodu pokarmowego, co ma wpływ na poposiłkową glikemię.

Jak wskazują wyniki badań przeprowadzanych w grupie osób z ryzykiem wystąpienia cukrzycy typu 2, zwiększenie spożycia błonnika pokarmowego  $\geq 15$  g na 1000 kcal całodzienniej racji energetycznej zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia choroby [4]. W jej zapobieganiu ma znaczenie zarówno ilość spożywanego błonnika, jak i jego pochodzenie. W badaniu okołomenopauzalnych kobiet Meyer i wsp. dowiedli, że wyższe spożycie błonnika nierozpuszczalnego oraz produktów pochodzących z pełnych ziaren zbóż ma znaczenie ochronne w przypadku rozwoju cukrzycy typu 2 [5]. Podobne wnioski uzyskano także w innych badaniach [6, 7].

Europejskie Stowarzyszenie ds. Badań nad Cukrzycą (European Association for the Study of Diabetes – EASD) zaleca spożycie węglowodanów o niskim indeksie glikemicznym (IG < 50) [8]. Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne (American Diabetes Association – ADA) również rekomenduje dietę o niskim IG, jako strategii mogącej mieć znacznie w zmniejszeniu hiperglikemii poposiłkowej, ale jednocześnie podkreśla, iż nie ma wystarczających naukowych dowodów na to, by dietę tę traktować jako podstawową strategię dietetyczną w terapii cukrzycy [9].

W diecie chorych na cukrzycę typu 2 białka powinny stanowić 15–20% wartości energetycznej diety. Białka pochodzenia zwierzęcego (w postaci chudego mięsa i wędlin, chudego drobiu, tłustych

i chudych ryb, chudych białych serów, twarogów, chudego mleka i fermentowanych produktów mlecznych) oraz białka pochodzenia roślinnego (w postaci fasoli, grochu, soczewicy, soi, pełnoziarnistych produktów zbożowych) powinny być dostarczane w proporcji 1:1.

Odsetek tłuszczów w całodobowej racji pokarmowej powinien wynosić 30–35%. Ponieważ u osób z cukrzycą występuje większe zagrożenie chorobami sercowo-naczyniowymi, zaleca się zmniejszenie ilości nasyconych kwasów tłuszczowych (SFA, ang. Saturated Fatty Acids) poniżej 10% wartości energetycznej diety (a u chorych z LDL > 100 mg/dl – poniżej 7%), cholesterolu do 300 mg dziennie (u osób z podwyższonym stężeniem cholesterolu w surowicy – 200 mg dziennie) oraz izomerów trans kwasów tłuszczowych, których spożycie przyczynia się do obniżenia stężenia cholesterolu HDL, podwyższenia stężenia cholesterolu LDL w surowicy krwi, podniesienia stężenia lipoproteiny (a), uznawanej za niezależny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Prawdopodobny jest także wpływ izomerów trans kwasów tłuszczowych bezpośrednio na wzrost ryzyka cukrzycy typu 2 [10]. Ponadto zaleca się zwiększenie ilości kwasów jednonienasyconych (MUFA, ang. *Monounsaturated Fatty Acids*) do co najmniej 10% wartości energetycznej diety oraz wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (PUFA, ang. *Polyunsaturated Fatty Acids*) do 7–10% wartości energetycznej. Źródłem jedno- i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (do których należy grupa omega-3 oraz omega-6) są m.in. oliwa z oliwek i oleje roślinne – które powinny mieć zastosowanie zarówno do obróbki termicznej, jak i jako dodatek do surówek, sałatek i innych potraw – ponadto tłuste ryby morskie, awokado. Pacjent powinien unikać spożywania smalcu, słoniny, tłustych mięs i wyrobów mięsnych, twardego margarynu, tłustego mleka i tłustych wyrobów mlecznych, produktów cukierniczych, produktów typu fast food.

Zmniejszenie spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych < 10% dobowego zapotrzebowania energetycznego ma także znaczenie prewencyjne. Podobną rolę pełni zmniejszenie spożycia tłuszczów ogółem poniżej 30% wartości energetycznej diety [11]. Zależność ta nie została potwierdzona w badaniu Salmeron J. i wsp. [12]. Natomiast na podstawie wyników powyższych badań stwierdzono, że na wzrost występowania cukrzycy typu 2 ma wpływ zwiększone spożycie izomerów trans nienasyconych kwasów tłuszczowych, zmniejsza zaś ryzyko wzrostu spożycia wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Zastąpienie 2% dobowej racji kalorycznej pokrywanej przez izomery trans kwasów tłuszczowych wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi zmniejsza ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 o 40% [12].

W zapobieganiu cukrzycy typu 2 może mieć także znaczenie spożycie niektórych składników mineralnych i witamin. Wyniki kohortowego bada-

nia 83 779 pielęgniarek, prowadzonego na przestrzeni 20 lat wykazały, że wysokie spożycie witaminy D oraz wapnia (zarówno w postaci naturalnej jak i suplementów diety) może mieć znaczenie w redukcji ryzyka tej choroby. Kobiety spożywające  $\geq 1200$  mg wapnia oraz  $\geq 800$  I.U. witaminy D dziennie wykazywały o 33% mniejsze ryzyko wystąpienia się cukrzycy typu 2 od kobiet, które przyjmowały < 600 mg wapnia oraz < 400 I.U. witaminy D / dzień [13]. Na ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 może mieć także wpływ niskie spożycie cynku [14] oraz zwiększone spożycie żelaza hemowego lub/i żelaza w postaci suplementów w populacji spożywającej alkohol w ilości co najmniej 15 g dziennie [14, 15]. Zależności tej nie zaobserwowano w grupie osób niespożywającej alkoholu [15]. Natomiast wysokie spożycie magnezu pochodzącego z pełnych ziaren zbóż oraz odpowiednia podaż witamin antyoksydacyjnych (A, D, E) może wpłynąć na spadek ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 [5, 16].

Jak wskazują dane literaturowe, najbardziej odpowiednim wariantem diety w prewencji wielu chorób, w tym cukrzycy typu 2, jest dieta śródziemnomorska [17, 18]. Charakteryzuje się ona dużym spożyciem warzyw, owoców, ziół, oliwy z oliwek, produktów pełnoziarnistych, ryb morskich oraz umiarkowanym spożyciem wina podczas posiłku.

Brak aktywności fizycznej wpływa na powstanie nadwagi i otyłości, co z kolei jest związane z ryzykiem pojawienia się cukrzycy typu 2 [19].

Wysiłek mięśniowy powoduje zwiększenie transportu glukozy z krwi i przestrzeni pozakomórkowej do komórek pracującego mięśnia. Proces ten zachodzi niezależnie od działania insuliny. Wysiłek zatem zmniejsza insulinooporność tj. zwiększa wrażliwość komórek mięśnia na insulinę [20]. Aktywność fizyczna wpływa także korzystnie na profil lipidowy oraz sprzyja redukcji masy ciała. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaleca chorym na cukrzycę typu 2, w wieku powyżej 65 lat i/lub z nadwagą – szybki spacer, 3–5 razy w tygodniu (ok. 150 minut tygodniowo). Jednocześnie wysiłek fizyczny zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę, zatem niesie ze sobą ryzyko hipoglikemii. U chorych leczonych pochodnymi sulfonilomocznika lub insuliną, w programie ćwiczeń fizycznych konieczny jest ekwiwalent 20 g glukozy na każdą godzinę umiarkowanego wysiłku [2].

Badania naukowe dowodzą roli aktywności fizycznej także jako czynnika prewencyjnego w powstawaniu wielu chorób, w tym cukrzycy.

Lindstrom i wsp., badając populację 522 dorosłych, w średnim wieku, z czynnikami ryzyka cukrzycy typu 2, wykazali, że odpowiednia dieta i codzienna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 [22]. W grupie, w której wprowadzono indywidualne zalecenia dietetyczne oraz zwiększono aktywność fizyczną ryzyko pojawienia się cukrzycy typu 2 zmniejszyło się o 58% w stosunku do grupy kontrolnej. Podobny rezultat uzyskali Knowler W.C. i wsp. w randomizowanym,

kohortowym badaniu z udziałem 3234 osób ze stanem przedcukrzycowym [23]. Ryzyko zapadalności na cukrzycę typu 2 było niższe o 27% w stosunku do grupy, w której stosowano wyłącznie metforminę.

W przypadku pacjentów otyłych i z nadwagą, poza zwiększeniem aktywności fizycznej, należy zredukować dobowe zapotrzebowanie kaloryczne o 500–1000 kcal dziennie. Pozwoli to na uzyskanie 0,5–1 kg redukcji masy ciała tygodniowo. Wskazane jest przestrzeganie stałych godzin spożywania posiłków oraz ograniczenie przekąsek między posiłkami i przed snem. W badaniu Nurses' Health Study u kobiet, które w okresie 10 lat zredukowały swą masę ciała o ponad 5 kg ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 zmniejszyło się o 50%, w badaniu Tuomilehto i wsp. redukcja masy ciała o 5% i jednocześnie zmiany w stylu życia spowodowały zmniejszenie ryzyka wystąpienia cukrzycy o 58%. Przedstawiona analiza piśmiennictwa wskazuje jednoznacznie, iż sposób żywienia oraz aktywność fizyczna ma znaczenie zarówno w terapii, jako uzupełnienie stosowanego leczenia farmakologicznego, jak i przede wszystkim w zapobieganiu rozwojowi cukrzycy – fakt ten należy uwzględnić w promocji zdrowia. Warto podkreślić, że przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych – problem ma charakter interdyscyplinarny [4, 23, 24].

### Piśmiennictwo

- [1] Jarząbek-Bielecka G, Sowińska-Przepiera E, Wachowiak-Ochmańska K, Friebe Z. Promocja zdrowia w ginekologii wieku rozwojowego i seksuologii. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2012;1(30):97–102.
- [2] Hasik J, Gawęcki J (redaktorzy). *Żywność człowieka zdrowego i chorego.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- [3] Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Praktyczna.* 2011;12(Supl. A).
- [4] Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 2001;344(18):1343–1350.
- [5] Meyer KA, Kushi LH, Jacobs DR et al. Carbohydrates, dietary fiber, and incident type 2 diabetes in older women. *Am J Clin Nutr.* 2000;71:921–930.
- [6] Montonen J, Knekt P, Jarvinen R et al. Whole grain and fiber intake and the incidence of type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr.* 2003;77:622–629.
- [7] Liu S, Manson JE, Stampfer MJ et al. A prospective study of whole-grain intake and risk of type 2 diabetes mellitus in US women. *Am J Public Health.* 2000;90:1409–1415.
- [8] The Diabetes and Nutrition Study Group of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Recommendations for the nutritional management of patients with diabetes mellitus. *Eur J Clin Nutr.* 2000;54:353–355.
- [9] American Diabetes Association. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2007;30(Suppl):48–65.
- [10] Jarosz M, Bułhak-Jachymczyk B (redaktorzy). *Normy żywienia człowieka.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- [11] Van Dam RM, Willett WC, Rimm EB et al. Dietary fat and meat intake in relation to risk of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care.* 2002;25(3):417–424.
- [12] Salmeron J, Hu FB, Manson JE et al. Dietary fat intake and risk of type 2 diabetes in women. *Am J Clin Nutr.* 2001;73:1019–1026.
- [13] Pittas AG, Dawson-Hughes B, Li T et al. Vitamin D and calcium intake in relation to type 2 diabetes in women. *Diabetes Care.* 2003;26:1601–1606.
- [14] Singh RB, Niaz M, Rastogi SS et al. Current zinc intake and risk of diabetes and coronary artery disease and factors associated with insulin resistance in rural and urban populations of North India.
- [15] Lee DH, Folsom AR, Jacobs DR et al. Dietary iron intake and type 2 diabetes incidence in postmenopausal women: the Iowa Women's Health Study. *Diabetologia.* 2004;47:186–194.
- [16] Montonen J, Knekt P, Jarvinen R et al. Dietary antioxidant intake and risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2004;27:362–366.
- [17] Willett WC. The Mediterranean diet: science and practice. *Public Health Nutr.* 2006;9:105–110.
- [18] Schroder H. Protective mechanisms of the Mediterranean diet on obesity and type 2 diabetes. *J Nutr Biochem.* 2007;18:149–160.
- [19] Hu FB. Sedentary lifestyle and risk of obesity and type 2 diabetes. *Lipids.* 2003;38:103–108.
- [20] Górski J (redaktor). *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- [21] Lindstrom J, Louheranta A, Manninen M et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care.* 2003;26:3230–3236.
- [22] Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002;346:393–403.
- [23] Jarosz M, Kłosiewicz-Latoszek L. *Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- [24] Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011. *Diabetologia Praktyczna.* 2011;12(Supl. A).

adres do korespondencji

Klinika Ginekologii Operacyjnej  
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny  
ul. Polna 33  
60-535 Poznań

# MASAŻ, TECHNIKI KOMPRESYJNE, ROZCIĄGAJĄCE I INNE FORMY TERAPII MIĘŚNIOWO-POWIĘZIOWYCH PUNKTÓW UCISKOWO BOLESNYCH – PRZEGLĄD LITERATURY

## MASSAGE, COMPRESSION TECHNIQUES, STRETCHING AND OTHER FORMS OF THERAPY ON MYOFASCIAL MUSCLE KNOTS – REVIEW LITERATURE

Adrian Maziarz

Zakład Odnowy Biologicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

### Streszczenie

Punkty uciskowo bolesne, inaczej zwane punktami spustowymi, to tkliwe miejsca w obrębie brzucha mięśniowego, które powodują dyskomfort podczas ich kompresji. Bóle spowodowane punktami spustowymi są powszechne i często uznawane są za główną przyczynę zaburzeń mięśniowo-szkieletowych. Praca przedstawia przegląd literatury dotyczący metod wykorzystywanych w terapii punktów bolesnych.

**Słowa kluczowe:** punkty spustowe, rodzaje terapii, ból.

### Summary

Muscle knots, also known as trigger points, those are sensitive areas in a muscle's belly. Those areas cause pain when they are compressed. This kind of pain is common and very often it is a main source of musculoskeletal disorders. The article presents review literature, about methods which are being used in a trigger points therapy.

**Key words:** trigger points, kinds of therapy, pain.

178

Punkty uciskowo bolesne, inaczej zwane są punktami spustowymi (ang. *trigger points*; *muscle knots*), są to nadwrażliwe miejsca w obrębie mięśnia szkieletowego, które pod wpływem ucisku powodują ból miejscowy lub przeniesiony [1]. Są one główną przyczyną zaburzeń mięśniowo-szkieletowych, a także wielu niezdiagnozowanych form bólowych [2]. Jest wiele sposobów eliminowania tych punktów, a poniżej przedstawiony jest przegląd najważniejszych metod, które pozwalają likwidować dyskomfort bólowy spowodowany punktami:

**Mikromasaż** jest to jedna z bezpieczniejszych metod uspokajania układu nerwowego i eliminowania, będących z nim w interakcji, punktów spustowych. Jej propagatorem jest angielski terapeuta Ed Willson. Polega ona na rytmicznej stymulacji włókien A beta z częstotliwością 2 Hz (dwa powtórzenia na sekundę) w celu wyciszenia reakcji neurologicznych na poziomie rdzenia. Odpowiedzią włókien A beta na niską intensywność stymulacji są bardzo szybkie przekaźniki, które nie dają nieprzyjemnych odczuć w centralnym systemie nerwowym na poziomie rdzenia i śródmózgowia, a prawie zawsze przynoszą uspokojenie. To właśnie dlatego stosuje się lekki dotyk chcąc wyrazić czułość, troskę, serdeczność [3]. Częstotliwość 2 Hz jest progiem pobudliwości dla włókien A beta [4], a rytmiczny dotyk o takiej częstotliwości bezpośrednio dochodzi do okołowodociągowej

substancji szarej, a stamtąd do wzgórze i pozostałych ośrodków przetwarzających informację bólową. To częstotliwość, którą naukowcy ustalili jako bardzo efektywną w produkcji lub dystrybucji endorfin [5] i oxytocyn [6], więc terapia manualna, łącząca lekki dotyk w 2 Hz rytmie, może być całkowicie poprawna dla uspokojenia bólu lub stresu w niektórych pacjentów. Reakcja neurologiczna na poziomie rdzenia wywołana przez delikatny, rytmiczny dotyk zanika po około 30 sekundach, albo z powodu wyczerpania neuroprzekaźników, albo z powodu „zablokowania” ośrodków centralnych [7]. Sugeruje to optymalny czas terapii. Zbyt długa stymulacja może prowadzić do zmiany odbioru bodźców przez układ nerwowy, które ostatecznie mogą wywoływać ból. Technika ta nie wymaga stymulacji na mięśniu bezpośrednio. Jeżeli mięsień i skóra posiadają wspólne unerwienie, to okrężne ruchy wykonane punktowo, jednym palcem na skórze na punkcie spustowym (mikromasaż), mogą przynieść korzyści dla wszystkich struktur wspólnie unerwionych, łącznie z układem autonomicznym. Stosując lekki dotyk minimalizuje się możliwość zaostrzenia symptomów pacjenta.

**Masaż leczniczy** – trudno jest go jednoznacznie zdefiniować. Można stwierdzić, że podstawowymi elementami masażu w formie leczniczej są uciski i rozciągania, a te przynoszą bardzo dobre efekty w eliminowaniu punktów spustowych [8]. Badania przeprowadzone przez Oyame i wsp.

(2004) oraz Weissa (2001) potwierdzają znaczenie masażu w eliminowaniu punktów spustowych powodujących bóle dna miednicy i pęcherza moczowego [9, 10]. Grupa badawcza Weissa liczyła 42 osoby z chronicznymi bólami pęcherza moczowego. Terapia obejmowała eliminację punktów spustowych, znalezionych w obrębie obręczy biodrowej, za pomocą masażu (składającego się z serii ucisków i rozciągnięć). U 35 osób (83%) zanotowano poprawę w stopniu od umiarkowanej do znaczącej [10].

**Uciski punktu spustowego** – najpowszechniej stosowana i najszybciej przynosząca ulgę metoda pracy na punktach spustowych [11]. Polega na zastosowaniu serii odpowiednio dobranych ucisków na punkt. Ucisk punktu spustowego wywołuje stymulację mechanoreceptorów, które wysyłają szybkie impulsy „zakłócające” informację bólową (teoria bramki kontrolnej) [12]. Napięte pasmo ulega rozluźnieniu podczas uciśnięcia. Miejscowe krążenie zostaje odcięte, aż do czasu, kiedy ucisk zostanie zwolniony, a wtedy utlenowana krew raptownie dopływa do miejsca ucisku [13]. Istnieje ryzyko pogorszenia symptomów pacjenta, związane z oddziaływaniem na włókna A delta, które mogą drażnić komórki centralnego układu nerwowego, ale w takich przypadkach wykorzystuje się mikromasaż w celu wyciszenia bodźca bólowego [14].

**Technika Energizacji Mięśniowych (Muscle Energy Technique) i inne techniki stretchingu** – te techniki pozwalają powrócić mięśniom do ich naturalnych pozycji spoczynkowych. Według Travell i wsp. (1999), taka pozycja jest niezbędna, jeśli chce się przeciwdziałać powstawaniu punktów spustowych [13]. Technika Energizacji Mięśniowych to metoda działania na tkanki miękkie, w której pacjent wykonuje ruch w ściśle określonym kierunku, z umiarkowaną siłą, przeciwko oporowi terapeuty. Składowymi tej techniki są dwie metody: Poizometryczna Relaksacja Mięśni (PIR) oraz Metoda Hamowania Zwrotnego (RI). Pierwsza z nich polega na izometrycznym skurczu mięśnia, który znajduje się w pozycji maksymalnego rozciągnięcia i jest oporowany przez terapeutę przez 5 do 7 sekund z wykorzystaniem 20% siły maksymalnej pacjenta, a następnie pogłębienie przez terapeutę zakresu ruchu. Druga polega na skurczu antagonistów, z wykorzystaniem 20% siły maksymalnej przeciwko oporowi terapeuty, przez 7 sekund. Hanten i wsp. (2000) porównali wyniki dezaktywacji punktów spustowych mięśnia czworobocznego, dzieląc pacjentów na dwie grupy. Pierwsza leczona była tylko metodami stretchingowymi, natomiast druga oprócz stretchingu poddawana była terapii uciskowej (hamującej ucisk punktu spustowego). Obie grupy zanotowały pozytywne zmiany odczuć bólowych, jednak lepsze rezultaty uzyskano w grupie drugiej [15].

**Rozluźnianie Powięziowe (Myofascial Release Technique)** – technika rozciągania powięzi, która jest pomocna u niektórych grup pacjentów. Polega na zastosowaniu równomiernego, niezbyt głębokiego ucisku w poprzek tkanek, wykonanego oburącz, w przeciwnych kierunkach, który ma za zadanie rozciągnąć i uelastyczyć powięź. Po upływie około 90 do 120 sekund powięź ulega wydłużeniu, tkanka staje się bardziej miękka i podatna na rozciąganie. Na skutek rozciągnięcia, zwiększenia ukrwienia oraz dotlenienia tkanki następuje dezaktywacja punktu spustowego, podobnie jak to ma miejsce w przypadku Muscle Energy Technique [16].

**Ochładzanie i rozciąganie** – metoda wykonywana za pomocą kostek lodu lub sprayów ochładzających tkanki, która według Simonsa i wsp. (1999) wraz ze stretchingiem przynosi najlepsze efekty w eliminowaniu punktów spustowych [13]. Polega na ochładzaniu tkanki powierzchniowej przed lub podczas biernego rozciągania mięśnia. Niska temperatura działa na włókna A delta, co prowadzi do modyfikacji odczuć bólowych [14]. Ochładzanie ma za zadanie zniwelować odczucia bólowe, a rozciąganie – likwidację punktu spustowego. Kiedy odczuwanie bólu zmniejsza się, terapeuta biernie rozciąga mięsień przez 20–30 sekund, co prowadzi do dezaktywacji punktu [17].

**Nakłucia igłą** – doskonale eliminują punkty spustowe, ale prowadzą także dość często do krwotoków wewnątrz tkanek i niosą ryzyko uszkodzenia nerwów. Jest to jedna z technik inwazyjnych, więc wykonywana musi być z uwagą przez specjalnie wyszkolonych terapeutów. Polega na zastosowaniu serii nakłuć punktu spustowego pod różnym kątem, aż do wyeliminowania lokalnej reakcji skurczowej na wkłucie igły. Pierwszym naukowcem, który użył tej techniki do dezaktywacji punktów spustowych był pochodzący z Czechosłowacji Karel Lewit (1979). Po terapii zastosowanej u 241 pacjentów z mięśniowo-powięziowymi punktami spustowymi w latach 1975–1976, opublikował raport dotyczący tej metody [18]. Od tamtego czasu stała się niezmiernie popularna i była stosowana przez wielu specjalistów [17]. Hong (1994) wykazał jednak, że zazwyczaj po upływie 2 do 8 godzin po terapii pojawia się uczucie „głębokiego” pieczenia w miejscu nakłucia trwające do 24 godzin, co niewątpliwie stanowi skutek uboczny i przeciwna ta terapię dla ludzi dobrze znoszących ból [19].

**Wstrzyknięcia środków przeciwbólowych** – pozwalają eliminować punkty, są składową nakłucia i działania środków przeciwbólowych. Gupta i wsp. (2003) testowali działanie lidokainy, ketorolaku i sterydów wstrzykniętych w punkty spustowe. Podzielili oni pacjentów na dwie grupy. Pierwsza z nich stanowiła 47 osób ze zdiagnozowanymi, aktywnymi punktami spustowymi. Leczeni byli tyl-

ko lidokainą wstrzykiwaną w punkty. Druga grupa liczyła 42 osoby i leczona była kombinacją lidokainy, ketorolaku i sterydów. Przez 7 dni pacjenci zaznaczali na skali odczuwania bólu (VAS – Visual Analogue Scale) swoje wrażenia bólowe, a następnie przychodzili na kontrole przez okres od miesiąca do 3 miesięcy. Pacjenci leczeni kombinacją lidokainy, ketorolaku i sterydów mieli znacznie lepszą kontrolę bólu i zmniejszenie symptomów bólowych niż ci, którzy leczeni byli tylko lidokainą. Niestety pełne ustąpienie symptomów odnotowano tylko u 27% osób przyjmujących lidokainę i u 39% osób przyjmujących kombinację leków [20]. Podobne rezultaty otrzymali Garvey i wsp. (1989), którzy leczyli samymi nakłuciami, bez wstrzykiwania środków przeciwbólowych. Warto zauważyć jednak fakt, że nie samo działanie leków odgrywało w tej terapii istotną rolę, gdyż efekt bezbólowy był dłuższy niż okres działania środka, a co ciekawe, tak samo dobre rezultaty osiąga się przez wstrzyknięcie leku przeciwbólowego, jak i zwykłego roztworu soli kuchennej [21].

**Laser** – tylko nieznaczna ilość dowodów naukowych potwierdza korzyści tej terapii w leczeniu bólu wywołanego punktami spustowymi [7]. Huguenin (2004) analizował wpływ terapii laserowej na punkty spustowe i stwierdził, że bardzo mało źródeł ukazuje pozytywne oddziaływanie promieni lasera [22]. Olavi i wsp. (1989) przedstawili wykaz takich źródeł [23], jednak kolejni badacze – Waylonis i wsp. (1988) – stwierdzili, że większość źródeł nie ma solidnych podstaw naukowych [24].

**Ultradźwięki** – niektórzy autorzy proponują tę metodę leczenia mięśniowo-powięziowych bólów, jednak nie ma obecnie żadnych dowodów naukowych potwierdzających jej skuteczność [25]. Badania nad skutecznością tej terapii u pacjentów z punktami spustowymi szyi i barku prowadzili Gam i wsp. (1998). Podzielili oni badanych na dwie grupy. Pierwsza z nich leczona była ultradźwiękami z zestawem ćwiczeń domowych i masażem, a druga fałszywą imitacją ultradźwięków z zestawem ćwiczeń domowych i masażem. U obu grup uzyskano znaczną poprawę, jednak nie stwierdzono jakiegokolwiek wpływu ultradźwięków na zwiększenie efektywności terapii [26].

**Pole magnetyczne** – wydaje się być bezpieczne i potencjalnie efektywne [17]. Badania na Uniwersytecie w Tennessee wykazały korzyści w leczeniu punktów spustowych polem magnetycznym. Spośród pacjentów z chronicznymi bólami miednicy, którzy nosili aktywne magnesy (zastosowane na punkty spustowe mięśni brzucha) aż 60% odnotowało spadek odczuć bólowych o ponad 50%. Im dłuższa terapia, tym lepsze efekty. [27].

**Efekt psychologiczny** – Karakurum i wsp. (2001), lecząc napięciowy ból głowy spowodowany punktami spustowymi, wykazali, że nakłucia

igłą powodują takie samo zmniejszenie odczuć bólowych i zakresu ruchomości odcinka szyjnego, jak pozorowane wkłuwanie igły [28]. W innych badaniach 33% pacjentów, którzy poddani zostali terapii z użyciem niedziałającego pola magnetycznego, odnotowało taki sam spadek bólu, jak pacjenci leczeni poprawnie działającym polem magnetycznym [27]. Thorsen i wsp. (1992), badając wpływ terapii laserowej na punkty spustowe, wykazali, że użycie niedziałającego lasera przyniosło nawet lepsze efekty, niż użycie lasera działającego poprawnie [29]. Może to świadczyć o braku skuteczności niektórych z tych metod, jednak zastanawiać może też fakt, że niektórzy pacjenci odczuli wyraźną poprawę po samym „wyobrażeniu sobie” działania danej terapii. Jak duże znaczenie ma więc czynnik emocjonalny i psychiczny? Moseley (2004) wykazał, że u niektórych pacjentów z chronicznym bólem symptomy mogą być zwiększone poprzez właśnie „wyobrażenie sobie” ruchu uszkodzonej struktury [30]. Jeśli psychika odgrywa tak dużą rolę i wiadomo jest, że wpływa na aktywność punktów spustowych, to okiełznanie jej powinno być pierwszym krokiem w podejmowanych terapiach punktów spustowych.

Podsumowując, należy zauważyć, że nie ma jednej konkretnej metody, która byłaby niezawodnie skuteczna w pracy na punktach spustowych. Należy pamiętać, że żadna z technik nie odnosi samodzielnie tak dobrych efektów jak zastosowanie kombinacji różnych metod [17].

## Piśmiennictwo

- [1] Tough EA, White AR. Effectiveness of acupuncture/dry needling for myofascial trigger point pain. *Physical Therapy Reviews*. 2011;16(2):147.
- [2] Wolfe F. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38:19–28.
- [3] Willson E. Trigger Points, Pain and Muscle Tone. Materiały szkoleniowe. Wilson Concept. Cracow, 2008:5–32.
- [4] Chung JM et al. Prolonged inhibition of primate spino-thalamic tract cells by peripheral nerve stimulation. *Pain*. 1984;19.
- [5] Han JS. Acupuncture and endorphins. *Neuroscience Letters*, 2004;361:261–281.
- [6] Wong Q, Mao LM, Han JS. Role of Pariquauaductal grey matter in mediation of analgesia produced by different frequencies of electroacupuncture in rats. *International Journal of Neuroscience*. 1990;2(4):167–172.
- [7] Campbell JN et al. Peripheral neural mechanisms of nociception. W: Wall PD, Melzack R (redaktorzy). *Textbook of Pain 2nd Edition*, 1989:22–45.
- [8] De las Penas C-F. Manual therapies in myofascial trigger point treatment: a systematic review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2004; 9(1):27–34.
- [9] Oyama I, Rejba A, Lukban J. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients

- with interstitial cystitis and high-tone pelvic flooredysfunction. *Urology*. 2004;64(5):862–865.
- [10] Weiss J. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for intrstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *Journal of Urology*. 2001;166:2226–2231.
- [11] Hou C-R, Tsai L-C, Cheng K-F et al. Immediate effects of various physical therapeutic modalities on cervical myofascial pain and trigger-point sensitivity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002;83:1406–1414.
- [12] Malzack R, Wall P. *Textbook of Pain*. 3rd edn. Churchill Livingstone, London. 1994;201–224.
- [13] Simons D, Travell J, Simons L. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Williams & Wilkins, Baltimore. 1999;11–177.
- [14] Wilson E. *Trigger Points, Pain and Muscle Tone*. Workshop materials, Wilson Concept, Cracow. 2008;5–32.
- [15] Hanten W, Olsen S, Butts N. Effectiveness of a home program of ischemic pressure followed by sustained stretch for treatment of myofascial trigger points. *Physical Therapy*. 2000;80:997–1003.
- [16] Barnes J. Myofascial release in treatment of thoracic outlet syndrome. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 1996;1(1):53–57.
- [17] Chaitow L, Fritz S. *A massage therapist's guide to understanding, locating and treating myofascial trigger points*. Churchill Livingstone. 2006;89–121.
- [18] Lewit K. The needle effect in the relief of myofascial pain. *Pain*. 1979;6:83–90.
- [19] Hong C-Z. Considerations and recommendations regarding myofascial trigger points. *Journal of Musculoskeletal Pain*. 1994;2(1):29–59.
- [20] Gupta S, Schlifstein T, Varlotta G. Improved clinical outcomes in trigger points injections by combined use of lidocaine, Toradol, and steroids. *Poster* 68. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003;84:17.
- [21] Garvey TA, Marks MR, Wiesel SW. A prospective, randomised, double blind evaluation of trigger point therapy for lower back pain. *Spine*. 1989;14:962–964.
- [22] Huguenin L. Myofascial trigger points: the current evidence. *Physical Therapy in Sport*. 2004;5(1):2–12.
- [23] Olavi A, Pekka R, Pertti K. Effects of the infrared laser therapy at treated and non-treated trigger points. *Acupuncture and Electrotherapeutics Research*. 1989;14(1):9–14.
- [24] Waylonis G, Wilke S, O'Toole D. Chronic myofascial pain: management by low-output helium-neon laser therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1988;69:1017–1020.
- [25] Lowe CJ, Honeyman-Lowe G. Facilitating the decrease in fibromyalgic pain during metabolic rehabilitation: an essential role for soft tissue therapies. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 1998;2(4):1–9.
- [26] Gam A, Warming S, Larsen L. Treatment of myofascial trigger points with ultrasound combined with massage and exercise – a randomised controlled trial. *Pain*. 1998;77:73–79.
- [27] Brown C, Parker N, Ling F. Effect of magnets on chronic pelvic pain. *Monday Posters*. 2000;95(4):29.
- [28] Karakurum B, Karaalin O, Coskun O. The dry needle technique: intramuscular stimulation in tension-type headache. *Cephalalgia*. 2001;21:813–817.
- [29] Thorsen H, Gam A, Svensson B. Low level laser therapy for myofascial pain in the neck and shoulder girdle. A double-blind, cross-over study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 1992;21:139–141.
- [30] Moseley GL. Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *European Journal of Pain*. 2004;8(1):39–45.

adres do korespondencji

Adrian Maziarz  
ul. Dworcowa 10/27  
39-300 Mielec  
tel.: 880 521 966  
e-mail: adrianmaziarz@hotmail.com

# PROBLEM WAGINIZMU Z UWZGLĘDNIENIEM PACJENTEK W OKRESIE PRZEKWITANIA

## THE PROBLEM OF VAGINISMUS INCLUDING PATIENTS IN THE MENOPAUSE

Grażyna Jarząbek-Bielecka<sup>1</sup>, Elżbieta Sowińska-Przepiera<sup>1,2</sup>, Maciej Wilczak<sup>3</sup>, Małgorzata Mizgier<sup>4</sup>, Witold Kędzia<sup>5</sup>,  
Magdalena Pisarska-Krawczyk<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych  
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>3</sup> Zakład Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>4</sup> Zakład Dietetyki Katedry Higieny Żywności Człowieka, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

<sup>5</sup> Klinika Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>6</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, PWSZ Kalisz

### Streszczenie

Pochwica polega na trwałym lub nawracającym skurczu mięśni pochwy, który uniemożliwia wprowadzenie penisa, palca lub innego przedmiotu, pomimo że kobieta wyraża na to zgodę. Wczesne traumatyczne doświadczenia seksualne (np. wykorzystywanie seksualne), ortodoksja religijna, niska samoocena i wyobrażenie własnego ciała, negatywna postawa wobec seksualności, brak wiedzy na temat reakcji seksualnej i lęk przed współżyciem płciowym, hypoestrogenizm to niektóre z czynników etiologicznych związanych z pochwicą. Istnieją dowody, że współżycie płciowe jest ważne dla kobiet niezależnie od wieku, jednak nieliczne publikacje dotyczą waginizmu u pacjentek po menopauzie. Większość kobiet nie zgłasza trudności we współżyciu płciowym, a tym bardziej starsza kobieta, która rzadko ujawnia takie problemy. Badania fizykalne, ginekologiczne i seksuologiczne wykluczają lokalne przyczyny tego schorzenia. Podstawą leczenia w większości przypadków jest wsparcie psychoseksualne.

**Słowa kluczowe:** pochwica, ginekologia, seksuologia.

### Summary

The persistent or recurrent difficulties of the woman to allow vaginal entry of a penis, a finger and/or any object despite the woman's expressed wish to do so is Vaginismus. Early traumatic sexual experiences (e.g. sexual abuse), religious orthodoxy, low self-esteem and body image, negative attitudes about sexuality, lack of knowledge about sex and fear responses are some of the traditional aetiological and hypoestrogenism correlates of vaginismus. There is no literature discussing vaginismus in the postmenopausal patient, despite evidence that an active sex life is important to the majority of women, irrespective of age. It is known that the majority of women do not report difficulties in their sex life and it may be that the older patient is more embarrassed at disclosing any such difficulties. The physical, gynecological and sexual examination exclude local causes of the disease. The mainstay of treatment in the majority of cases is psychosexual support.

**Key words:** vaginism, gynecology, sexuology.

Życie człowieka toczy się w wielu płaszczyznach między innymi pracy zawodowej, wypoczynku, rozrywki, partnerstwa, rodziny i kontaktów seksualnych. Można osiągnąć pełnię szczęścia, jeśli w każdej z tych płaszczyzn odnosi się spełnienie i sukces. Niezaspokojenie lub niepowodzenie odniesione w jednej z nich zazwyczaj negatywnie wpływa na pozostałe sfery życia. Zarówno okres przekwitania jak i pokwitania w sposób szczególny sprzyja powstawaniu dysfunkcji seksualnych, zarówno o podłożu organicznym jak i psychogenym. Wiele zaburzeń może ujawnić się w okresie przekwitania w wyniku wcześniejszych traumatycznych doświadczeń o podłożu seksualnym, błędnych przekonań, niedostatecznej wiedzy i restrykcyjnego wychowania. Badania wykaza-

ły, że znaczna część osób starszych jest aktywna seksualnie i że życie seksualne jest ważnym czynnikiem przyczyniającym się do jakości życia [1, 2]. Jednakże zarówno przyczyny jak i częstość występowania zaburzeń seksualnych u kobiet po menopauzie są przedmiotem niewielu opracowań.

Zaburzenia czynności seksualnych mogą być symptomem różnych problemów natury somatycznej związanych z okresem przekwitania, jednak często mogą też być jednym z objawów zespołu nerwicowego lub depresji. Dlatego leczenie polega na interdyscyplinarnym podejściu do problemu – ginekolog stosuje leczenie hormonalne i miejscowe, a psychiatra zaleca psychoterapię [3, 4].



Waginizm (vaginismus), czyli pochwica, jest dysfunkcją seksualną, która objawia się mimowolnym skurczem mięśni miednicy otaczających jedną trzecią zewnętrzną część pochwy (mięsień kroczy i mięsień dźwigacz odbytu). Obserwano także występowanie skurczu mięśni przywodzących ud, mięśni pośladkowych oraz mięśni prostych brzucha. W konsekwencji taki stan uniemożliwia penetrację pochwy, zarówno przy współżyciu płciowym, jak i w badaniu ginekologicznym. Waginizm może występować jako dysfunkcja pierwotna wówczas kiedy występowała od początku życia seksualnego lub wtórna, która pojawiła się później. U pacjentek w okresie przekwitania waginizm zazwyczaj występuje jako objaw wtórny.

Przypadek wystąpienia waginizmu po raz pierwszy został opisany i opublikowany w 1834 roku przez D.K. Huguiera, który obserwował wystąpienie mimowolnego skurczu mięśnia okołopochwowego ze skurczem zwieracza odbytu, które wystąpiło u pacjentki ze szczeliną odbytu. Natomiast określenie „waginizm” po raz pierwszy użył amerykański ginekolog J. Marion Sims, który na zebraniu członków Londyńskiego Towarzystwa Położniczego w 1862 roku stwierdził, że na podstawie własnych obserwacji nie zna żadnej innej choroby, która byłaby źródłem takiego problemu dla obydwojga małżonków, ponadto uważał, że nie zna żadnej innej poważnej dolegliwości, którą można by wyleczyć równie łatwo i skutecznie. Jako terapię tego zaburzenia zalecał całkowite wycięcie błony dziewiczej, nacięcie wejścia do pochwy w kształcie litery Y sięgającego aż do krocza, przecięcie części zwieracza oraz zastosowanie szklanego rozszerzacza, który pacjentka zakładała na 2 godziny dziennie przez kilka tygodni [5, 6]. Dziewiętnastowieczni badacze opisywali to schorzenie jako tzw. skłonność do waginizmu występującą u niektórych kobiet. Pierwsze badanie na temat psychosomatycznego charakteru schorzenia zostało opisane w 1909 r. przez Faure i Siredaya. Autorzy ci zaobserwowali, że pochwica występuje częściej w małżeństwach aranżowanych, a pierwsze kontakty seksualne były często doświadczeniem traumatycznym. Występowanie pochwy pogłębiało ignorowanie czy poniżanie kobiety, brak empatii ze strony partnera i nie było poprzedzone wprowadzeniem do prawidłowej reakcji seksualnej (grą wstępną). Inni autorzy jednych z pierwszych publikacji dotyczących waginizmu uważali, że to zaburzenie wynika z niedostosowania wielkości narządów płciowych partnerów seksualnych [6, 7]. To błędne przekonanie pokutuje do dziś szczególnie u nastolatków rozpoczynających współżycie płciowe, lub występuje u kobiet oziębłych seksualnie. Podczas prawidłowej reakcji seksualnej pochwa powiększa swoją objętość do około 50%, natomiast poród drogami natury jest całkowitym zaprzeczeniem niedostosowania

wielkością narządów płciowych partnerów seksualnych.

Zatem waginizm jest objawem somatycznym z przyczyn psychogennych uniemożliwiającym odbycie stosunku płciowego. W różnicowaniu przyczyn tego schorzenia istotny jest wywiad, a w nim kluczowe pytania:

- czy skurcz mięśni pochwy występował od pierwszych kontaktów seksualnych i utrzymuje się nadal a zaspokojenie potrzeby seksualnej jest realizowane bez stosunków pochwowych
- czy objaw ten występuje od jakiegoś czasu i z jakimi okolicznościami jest to związane
- czy skurcz mięśni jest niezależny od woli, odruchowy i występuje na samo wyobrażenie stosunku seksualnego (przyczyna głównie psychogenna)
- czy skurcz mięśni pochwy występuje po próbie wprowadzenia członka do pochwy, które jest bardzo bolesne (pierwotnie tło organiczne np. stany zapalne pochwy, blizna krocza i pochwy po porodowym nacięciu krocza, hipostrogonizm, brak „gry wstępnej” wprowadzającej do kontaktu seksualnego, wtórnie – przyczyna psychogenna).

Dobrze przeprowadzone badanie podmiotowe i przedmiotowe pozwoli na skuteczne leczenie.

Najczęściej występuje pochwica pierwotna, gdzie problem pojawia się od pierwszych prób kontaktów płciowych. Zwykle dotyczy nastolatek lub młodych kobiet. U podłoża tego zaburzenia leży lęk przed podjęciem współżycia płciowego, lęk przed ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową, lub trauma związana z przemocą cielesną lub seksualną w dzieciństwie.

Pochwica wtórna występuje wówczas, gdy po początkowym okresie udanego współżycia płciowego pojawia się skurcz pochwy utrudniający stosunki płciowe. Taki stan jest następstwem urazu położniczego, chirurgicznego lub nawracającego stanu zapalnego sromu i pochwy.

W pochwy przedwstępnej objawy występują przed rozpoczęciem stosunku, a w napadzie pochwicowym w czasie jego trwania. W pierwszym przypadku, podczas próby penetracji pochwy dochodzi do napięcia lub skurczu mięśni, co stwarza mechaniczną przeszkodę dla członka i powoduje w tej okolicy silny ból. Ponawianie prób penetracji powoduje nasilenie skurczu, bardzo silny ból i wystąpienie odruchowej reakcji bólowo-lękowej u kobiety (Tabela 1).

Na podstawie nasilenia objawów tego schorzenia oraz udziału poszczególnych grup mięśniowych ulegających skurczowi, wyróżniono cztery stopnie waginizmu [5, 6]:

1. Możliwa penetracja pochwy i odbycie dopochwowego stosunku płciowego, jednak jest on bolesny i nieprzyjemny, bez reakcji seksualnej ze strony kobiety.

**Tabela 1.** Rodzaje waginizmu

	Przyczyna	Objawy	Postępowanie
Pochwica pierwotna	psychoemocjonalna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• skurcz mięśni pochwy przed lub po rozpoczęciu stosunku płciowego</li> <li>• silny ból w podbrzuszu</li> <li>• ból i pieczenie w pochwie</li> <li>• niepokój psychosomatyczny</li> </ul>	Poradnictwo psychoseksualne  Terapia relaksacyjna  Terapia poznawczo-behawioralna
Pochwica przedwstępna	psychoemocjonalna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• skurcz mięśni pochwy przed rozpoczęciem stosunku płciowego</li> </ul>	Biofeedback
Pochwica napadowa	psychoemocjonalna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• skurcz mięśni pochwy podczas stosunku płciowego</li> <li>• silny ból w podbrzuszu i w pochwie</li> </ul>	Hipnoterapia
Pochwica sytuacyjna	psychoemocjonalna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• skurcz mięśni pochwy podczas stosunku płciowego</li> </ul>	Miejscowo: lubrykanty
Pochwica wtórna	somatyczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• skurcz mięśni pochwy podczas stosunku płciowego</li> <li>• silny ból w podbrzuszu i w pochwie, pieczenie i świąd sromu</li> </ul>	Miejscowo: leki przeciwzapalne, przeciwgrzybicze, estrogeny, lubrykanty

2. Penetracja pochwy jest możliwa przy pomocy palca lub małego wziernika pochwowego, jednak penisa nie.
3. Penetracja pochwy niemożliwa przy pomocy palca lub wziernika, ale po chwili relaksacji, perswazji, zastosowania żelu znieczulającego, badanie ginekologiczne może być możliwe.
4. Penetracja pochwy i badanie ginekologiczne możliwe tylko w narkozie.

Ponadto pochwica może wystąpić jako tzw. sytuacyjna lub absolutna (całkowita). Ta pierwsza cechuje się tym, że skurcz mięśni pochwy występuje nie tylko przy próbie wprowadzenia prącia do pochwy przez partnera seksualnego, ale nawet przy próbie wprowadzenia palca do pochwy, np. podczas badania ginekologicznego. Pochwica absolutna objawia się skurczem mięśni pochwy, który występuje przy każdej próbie penetracji pochwy (np. wziernikiem, podczas zakładania tamponu). Pochwica całkowita może mieć postać rzeczywistą i wyobrażeniową (skurcz mięśni pochwy może wystąpić bez próby penetracji pochwy, tylko podczas wyobrażenia tej penetracji).

Czynniki organiczne i psychogenne mogą być przyczyną pochwy. Do pierwszej grupy najczęściej należą: typ błony dziewiczej, owrzodzenia, otarcia, przeczulica, zmiany zanikowe błony śluzowej i stany zapalne pochwy.

Przyczyny psychogenne pochwy to lęk i obawy związane z oczekiwaniem bólu związanego ze stosunkiem płciowym, obawa przed uszkodzeniem tkanek „rozdarciem”, utratą błony dziewiczej, lub obawa przed niechcianą ciążą. Stany lekowe u tych pacjentek wiążą się z ich nieśmiałością, poczuciem niższości, wrażliwościami i wahaniem zwanymi z podejmowaniem decyzji o rozpoczęciu współżycia płciowego, ponadto u tych osób występują zaburzenia emocjonalne i w kon-

taktach interpersonalnych. Osoby te obawiają się wchodzenia w związki partnerskie, a ich lękowa postawa skutkuje problemami seksualnymi, co w konsekwencji prowadzi do oziębłości płciowej.

Przyczyną pochwy może być stres związany z wcześniej przeżytymi, źle kojarzącymi się doświadczeniami seksualnymi. Istotne negatywne emocje związane ze współżyciem płciowym zestawiono poniżej:

- poczucie winy
- uraz psychiczny związany z partnerem seksualnym
- uraz fizyczny lub przemoc
- oziębłość emocjonalna
- obawa przed zobowiązaniami
- nieufność, lęk przed partnerem lub mężczyznami
- poczucie słabości i bezbronności (trudności z odmową współżycia płciowego)
- utrata kontroli w trakcie kontaktów seksualnych
- małe doświadczenie seksualne
- złe relacje małżeńskie
- nieśmiałość, nieporadność partnera
- brak poczucia bezpieczeństwa (alkoholizm i bezrobocie partnera)
- traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie (w rodzinie, szkole, internacie)
- doświadczenie lub bycie świadkiem przemocy emocjonalnej, seksualnej
- purytańskie wychowanie
- unikanie edukacji seksualnej
- kary wobec dziecka za przejawy zainteresowania seksualnością (np. za kobiece ubrania: dekolty, krótka spódnica, malowanie się, posiadanie chłopaka)
- typ nieochraniający rodzicielstwa – gdy rodzice nie zauważają potrzeb dziecka, są zdystan-

- sowni, zimni, nieobecni, nadmiernie krytyczni, restrykcyjnie wymagają bezwarunkowego respektu, zawstydają, karzą, obwiniają i odrzucają dziecko i jego potrzeby emocjonalne
- rygorizm religijny
- ekspozycja na szokujące, seksualne wydarzenia
- bolesne działania medyczne
- uświadomienie własnej orientacji homoseksualnej
- wtórna reakcja spowodowana dyspareunią

Jeśli taki stan rzeczy utrzymuje się zbyt długo, jego skutkiem są zazwyczaj zaburzenia reakcji seksualnych. Najcięższe przypadki pochwy uniemożliwiają kobietom normalne życie i współżycie płciowe a szczególnie tym, które pragną zająć się ciążą. Takie kobiety nie są w stanie nawet poddać się badaniu ginekologicznemu. Rezultatem waginizmu są tzw. małżeństwa dziewicze, oziębłość seksualna, odrzucenie mężczyzn, bezdzietność, poczucie winy, co skutkuje depresją. Większość kobiet z tego powodu ma poczucie lęku, wstydu i nie szuka pomocy. Uważa się, że na pochwicę choruje 15% kobiet, ale ten odsetek nie oddaje rzeczywistości. Częstość występowania pochwy może się różnić w zależności od kryteriów diagnostycznych, metody badań, badanej populacji, a także może być oceniana na podstawie liczby kobiet zgłaszających się z tym problemem do ginekologa lub psychiatry. Odsetek kobiet, które nie zgłaszają lekarzom tego problemu nie jest znany i prawdopodobnie może być znacznie wyższy w całej populacji niż w próbach klinicznych. Problem pochwy w populacji badanych Polek stanowi 2% na podstawie badań Lwa-Starowicza w „Raportcie seksualności Polaków” z 2002 roku.

Istnieje wiele teorii, które wyjaśniają przyczyny psychoemocjonalne pochwy i odpowiednio do nich dobierają metody leczenia. Jedną z nich jest ujęcie psychoanalityczne, w którym dysfunkcja ta jest traktowana jako odmowa przyjęcia roli kobiecej, opór przed seksualnymi prerogatywami mężczyzn, jako obrona kobiety przed rzeczywistością bądź wyimaginowaną groźbą stosunków kazirodczych z ojcem, a także jako sposób odpierania jej własnych wyobrażeń kastracyjnych. Psychoanalicy opowiadają się za badaniem lęków występujących podświadomie i ambiwalencji tkwiących u źródeł problemu, a część z nich uważa, że dla pokonania wysokiego poziomu lęku towarzyszącego pochwy, oprócz zgłębiania podświadomości, konieczne jest zastosowanie bardziej aktywnych metod behawioralnych. Stąd padają propozycje wieloprzyczynowej koncepcji pochwy jako reakcji warunkowej na dowolny niekorzystny bodziec skojarzony ze stosunkiem albo z penetracją pochwy [5, 6, 7].

Z kolei zwolennicy podejścia poznawczo-behawioralnego uważają, że waginizm jest warunkową reakcją lękową – wyuczoną fobią. Pochwica jest

uznawana przez badaczy za zaburzenie psychosomatyczne, a jej przyczyną może być reakcja na dysfunkcję seksualną występującą u partnera lub zahamowania psychoseksualne u kobiety powstałe pod wpływem czynników opisanych powyżej. U mężczyzn, którzy pierwotnie nie skarżyli się na zaburzenia wzwodu i wytrysku mogą się one pojawić na skutek frustracji wynikającej z trudności podczas prób wprowadzenia członka do pochwy. Leczenie polega na wprowadzeniu rozszerzacza do pochwy, ćwiczeniach relaksacyjnych i zaleceniu penetracji palpacyjnej sromu i pochwy przez pacjentkę [8].

Jak wynika z badań holenderskiego terapeuty zaburzeń seksualnych Drentha, niektóre kobiety na tyle obawiają się stosunku płciowego, że w ogóle go nie pragną, jednakże chcą mieć biologiczne potomstwo. W takim przypadku powyższe metody leczenia kończą się niepowodzeniem. Dlatego stosowana jest metoda analizy myśli i emocji pacjentki, ustalenie znaczenia występujących u niej objawów i ustalenie, czego wyrazem są występujące objawy somatyczne. Podstawą tej terapii jest rozwój i pogłębienie więzi pomiędzy partnerami z możliwością wyboru innego kontaktu z ciałem bez penetracji pochwy. Jednakże takie leczenie może nie być akceptowane przez partnera seksualnego.

W przypadku starania się o dziecko rozwiązaniem może być zapłodnienie spermą partnera, co nie rozwiązuje problemu, nie redukuje strachu przed penetracją, ale pozwala małżonkom stać się rodzicami. Inni badacze zalecają, aby pochwicę traktować jako rodzaj bólu genitalnego i opisywać go w kategoriach rodzaju, intensywności, umiejscowienia i czasu trwania. Przy czym opis dysfunkcji powinien zawierać informację o tym, czy ból wiąże się ze skuteczną penetracją, czy też z jej wyobrażeniami albo usiłowaniami. Podsumowując, mimo różnorodności metod leczenia, udokumentowano, iż wprowadzenie rozszerzaczy dosyć skutecznie umożliwia kobietom odbyte stosunku, jeżeli właśnie to pragną osiągnąć. Edukacja seksualna i psychoterapia w połączeniu z zastosowaniem rozszerzaczy w 80% doprowadziły do skutecznego wyleczenia przeciętnie po 15 sesjach leczenia. Większość specjalistów uważa, że najlepszą metodą leczenia jest wsuwanie do pochwy coraz większych przedmiotów (np. palców, rozszerzaczy, tamponów) pod kontrolą odprężonej pacjentki.

Ponadto istotne w leczeniu tego schorzenia jest poradnictwo psychoseksualne oraz inne metody psychoterapii, w tym terapia relaksacyjna, terapia poznawczo-behawioralna, biofeedback czy hipnoterapia [9]. W przypadku niektórych szczególnie nasilonych fobii skuteczne bywa systematyczne odwadnianie poprzez zastosowanie techniki EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), która polega na desensytyzacji i prze-

tworzeniu doznań emocjonalnych, czyli wyobrażeniu penetracji coraz większymi przedmiotami i przeprogramowanie traumatycznych doświadczeń na tym tle. W przypadku, kiedy poziom lęku jest szczególnie wysoki, można również przepisać leki przeciwlękowe.

W podsumowaniu należy podkreślić, że istnieje wiele przyczyn waginizmu, ale żadna z nich nie jest dominująca. Zawsze główną rolę odgrywają czynniki psychoemocjonalne, co skutkuje zaburzeniami somatycznymi. Nierzadko zdarza się, że ich źródło tkwi już we wczesnym dzieciństwie, zwłaszcza że dzieci rodzą się już z potencjałem seksualności i są zdolne do silnych emocji.

Uświadomione lub nie doświadczenia traumatyczne z dzieciństwa wywierają piętno w psychice kształtując późniejsze życie emocjonalne i seksualne. Dlatego też pochwica wymaga konsultacji psychiatry i psychoterapii. Niezależnie od wieku pacjentki, istotne jest wzajemne wsparcie i zrozumienie problemu przez partnerów, wymagające cierpliwości, systematyczności w trakcie kolejnych etapów terapii [10, 11, 12].

#### Piśmiennictwo

[1] Lindau ST, Schumm L, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357:762–74.

- [2] Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med.* 2003;56:1617–28.
- [3] Imieliński K. Patologia seksualna. Seksjatria tom 2. Wyd. I. PWN Warszawa 1990.
- [4] Kingsberg SA, Janata JW. Female sexual disorders: assessment, diagnosis, and treatment. *Urol Clin N Am.* 2007;34:497–506.
- [5] <http://kobieta.wp.pl/>
- [6] Milena S, Jarząbek-Bielecka G. Pochwica jako problem ginekologiczny i seksuologiczny. W: Jarząbek-Bielecka G (redaktor): *Nauka o płci.* Wyd. I. UM Poznań 2012;str.80-85.
- [7] Aleksandrowicz J. Nerwice. Psychopatologia i psychoterapia. Wyd. I. PZWL Warszawa 1988.
- [8] Horney K. Psychologia kobiety. Wyd. II. REBIS Poznań 2001.
- [9] Hope ME, Farmer L, Mc Allister KF. Vaginismus in peri- and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists. *Menopause Int.* 2010;16:68-73.
- [10] Lew-Starowicz Z. Raport seksualności Polaków 2002. Wyd. I. SMG/KRC Warszawa 2002.
- [11] Kampioni M. Wykorzystanie toksyny botulinowej w leczeniu skurczu mięśni poprzecznie prążkowanych dna miednicy. *Doniesienia wstępne. Now Lek.* 2001;70(Supl. 2):229-235.
- [12] Leiblum SR, Rosen RC (redaktorzy). *Terapia zaburzeń seksualnych.* Wyd. I. GWP Gdańsk 2005.

adres do korespondencji

Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii  
Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33  
60-535 Poznań

# PRAWNE ASPEKTY LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO W POLSCE. CZEŚĆ 1: LATA 1922–1989

## LEGAL ASPECTS OF HEALTH RESORT TREATMENT IN POLAND IN THE YEARS 1922–1989

Artur Guźlecki

Nie jestem obecnie związany z żadną jednostką naukową. Działalność naukową traktuję jako rodzaj zamiłowania

### Streszczenie

**Wstęp.** We wstępie krótko określono co dziś wiadomo na temat uzdrowisk w Polsce. Przedstawiono stanowisko A. Guźleckiego, który nazywa i przybliża Czytelnikowi to jak leczenie uzdrowiskowe traktują lekarze a jak laicy. We wstępie Czytelnik znajdzie też podział tematyczny lektur na temat uzdrowisk, którego dokonał Autor tego artykułu.

**Cel pracy.** Praca zawiera streszczenie regulacji prawnych związanych z lecznictwem uzdrowiskowym w Polsce w podanym w tytule czasie. Cel pracy to wychwycenie luk w tych przepisach, aby po ich upublicznieniu w czasopiśmie naukowym dać społeczeństwu szansę na udoskonalenie prawodawstwa w omawianej dziedzinie.

**Materiał i metody.** Artykuł zawiera wyliczenie i streszczenie obowiązujących do dziś w badanej dziedzinie przepisów o zasięgu ogólnopolskim z badanego okresu historycznego. W pracy Czytelnik znajdzie odpowiedź na dwa pytania badawcze: 1. Jakie akty prawne o zasięgu ogólnokrajowym leżą u podstaw funkcjonowania polskich uzdrowisk z badanego okresu czasu? 2. Jakie i czy wszystkie aspekty życia polskich kurortów badanego okresu czasu regulują wymienione akty prawne? Artykuł zawiera weryfikację następujących hipotez badawczych: 1. Te przepisy są zawarte w ustawie „uzdrowiskowej” oraz różnego typu innych rozporządzeniach ministerialnych o zasięgu ogólnokrajowym. 2. Wymienione akty prawne (przynajmniej w swym założeniu) regulowały każdy aspekt życia polskich uzdrowisk badanego okresu czasu. Badanie polegało na tym, że z Internetowego Systemu Aktów Prawnych wyszukano odpowiednie teksty, które przeanalizowano w aspekcie ich regulacyjnej roli w życiu polskich uzdrowisk w badanym czasie.

**Wyniki.** W tej części pracy Czytelnik znajdzie kolejno znaczenie i treść poszczególnych aktów prawnych w badanej dziedzinie.

**Dyskusja.** Praca nie zawiera szczegółowej analizy badanych przepisów. Jednak przedstawiona tu analiza zapewne wystarczy do obrony bądź odrzucenia hipotez badawczych. Tam, gdzie jest słowo „pewien” czy „niektóre” na pewno nie ma wzmianki o życiu społeczno-kulturalnym kuracjuszy. Zapewne gdyby istniały jakiegokolwiek przepisy wokół „stojącego” rozrywką życia kuracjusza, to nie byłyby one uchylane lub w ich miejsce szybko powstawałyby nowe.

**Wnioski.** Hipoteza mówiąca, że tylko ustawa „uzdrowiskowa” i oparte na niej akty prawne regulują życie polskich uzdrowisk nie jest prawdziwa. Praca zawiera uzasadnienie dlaczego. W przepisach istnieje luka prawna dotycząca regulacji prawnych związanych z życiem społeczno-kulturalnym kuracjuszy.

**Słowa kluczowe:** uzdrowiska polskie, regulacje prawne, luka prawna, działalność kulturalno-oświatowa, życie społeczno-kulturalne kuracjuszy.

### Summary

**Introduction.** In the introduction everything that is known on Poland's health resorts has been outlined. The introductory contents include A. Guźlecki's standpoint that makes the Reader familiarized with how health resort treatment conducted in Poland is perceived by physicians and laypeople. In the introduction the Reader will also find a thematic division of the reading matter on health resorts made by the Author of the article.

**Aim of the study.** The paper includes an abstract of regulations on health resort treatment conducted in Poland in the period provided in the title. The aim of my paper has been to find loopholes in the selected provisions in order to give the society the opportunity to improve laws and regulations in this field after making them public in the national scientific periodical.

**Material and methods.** The article includes enumeration and an abstract of all laws and regulations of national range being in force up to now and covering the historical period. In the paper the Reader will find the answer to two research questions: 1. What legal acts of national range lie at the core of the functioning of Polish health resorts taking into account the period under research? 2. What and if all aspects of life of Polish health resorts as to the period under research are legally regulated? The article includes a verification of the following research hypotheses: 1. Those provisions are included in the “law on health resorts” and in various ministerial regulations of national range. 2. The enumerated legal acts (at least in their assumption) have so far regulated each aspect of life of Polish health resorts as to the period under research. The research consisted in finding respective texts, included in the Internet Legal Acts System, which have been analyzed in terms of their legislative role in the life of Polish health resorts as to the period under research.

**Results.** In this part of my paper the Reader will successively find the meaning and the contents of respective legal acts in the field under research.

**Discussion.** I have not analyzed in detail the provisions. However, I think that the analysis presented here proves sufficient for defending my thesis. Where the words “certain” or “some” occur in the paper, there is no mention of the social and cultural life of health resort patients. For sure, if there were any provisions on the life of health resort patients revolving around entertainment, they would not be repealed or would be quickly replaced with new ones.

**Conclusions.** Hypothesis saying that only “law on health resorts” and accompanying legal acts regulate the life of Polish health resorts is not true. My thesis includes justifications why. There is a loophole in the provisions on the social and cultural life of health resort patients.

**Key words:** Polish health resorts, regulations, loophole in law, cultural and educational activities, social and cultural life of health resort patients.

## Wstęp

Uzdrowiska – leczenie w nich przez lekarzy jest traktowane jako uzupełnienie „szpitalnej” terapii medycznej. Przez laików zaś uzdrowiska są traktowane na dwa różne sposoby. Pierwszy z tych sposobów, opisany przez A. Guźleckiego w odniesieniu do dzieci jako przede wszystkim sposób na ratowanie ich nadwątłego różnymi czynnikami zdrowia [1]. Takie podejście wśród laików pokrywa się ze stanowiskiem przynajmniej znakomitej większości lekarzy, którzy wypełniając wniosek sanatoryjny pacjentowi mają na myśli przede wszystkim jego chorobę. Drugi ze sposobów traktowania w opinii społecznej uzdrowisk, to oprócz ratowania zdrowia dla ludzi dorosłych, także sposób na to, aby się rozerwać, zabawić, kogoś poznać czy spotkać. W przypadku Zakopanego też uprawiać sporty zimowe, co do których powszechnie wiadomo, że jak każdy ruch rozsądnie dawkowany odpowiednio do możliwości fizycznych konkretnego człowieka służą także jego zdrowiu [2].

Co w ogóle dziś wiadomo o uzdrowiskach w Polsce. Nie ma tu na to miejsca, aby rozpisywać się o tym co dziś społeczeństwu w Polsce wiadomo o uzdrowiskach. Pokrótce jednak można powiedzieć, że publikowane pozycje można podzielić na:

- przyrodnicze – opisujące przyrodę i klimat danej miejscowości lub szerzej regionu,
- medyczne – wychwalające zalety miejscowości uzdrowiskowych w aspekcie ich walorów w ratowaniu zdrowia ludzi,
- historyczne – opisujące historię danej miejscowości uzdrowiskowej lub szerzej regionu,
- etnograficzne – opisujące dane uzdrowisko lub region geograficzny jako zjawisko o określonej własnej kulturze.

Praca, którą Szanowny Czytelnik bierze do ręki jest próbą podsumowania wiedzy prawnej jaką dziś posiadamy o regulacjach prawnych dotyczących uzdrowisk lat 1922–1989 w Polsce. Być może ta praca choć trochę zapełni lukę w wiedzy prawniczej na temat uzdrowisk, bo dziś da się zauważyć, że oprócz suchych przepisów brakuje opracowań na temat norm prawnych dotyczących miejscowości uzdrowiskowych w Polsce.

## Cel pracy

Praca zawiera dość pobieżną analizę regulacji prawnych związanych z lecznictwem uzdrowiskowym w Polsce w latach 1922 (data powstania

pierwszej polskiej ustawy „uzdrowiskowej”) – 1989 (transformacja ustrojowa w Polsce).

Analiza ma na celu wychwycenie luk w tych przepisach, aby po ich podaniu do publicznej wiadomości w ogólnokrajowym czasopiśmie naukowym dać społeczeństwu szansę na udoskonalenie prawodawstwa w omawianej dziedzinie.

## Materiał i metoda

Artykuł zawiera wyliczenie i streszczenie obowiązujących do dziś źródeł prawnych o zasięgu ogólnokrajowym, na których opiera się funkcjonowanie polskich uzdrowisk w latach 1922–1989.

W artykule Czytelnik znajdzie odpowiedź na dwa następujące pytania badawcze:

1. Jakie akty prawne o zasięgu ogólnokrajowym leżą dziś u podstaw funkcjonowania polskich uzdrowisk lat 1922–1989?
2. Jakie aspekty (czy wszystkie aspekty) życia polskich uzdrowisk lat 1922–1989 regulują wymienione akty prawne?

Odpowiedź na ww. pytania będzie oparta o weryfikację w oparciu o zebrany materiał faktograficzny następujących hipotez:

1. Te akty prawne to ustawa „uzdrowiskowa” oraz różnego typu inne oparte na tej ustawie rozporządzenia ministerialne o zasięgu ogólnokrajowym.
2. Wymienione w tekście akty prawne regulują (przynajmniej w swym założeniu) każdy aspekt życia polskich uzdrowisk.

Zamierzenia badawcze zostaną zrealizowane po odszukaniu na stronach internetowych, takich jak Internetowy System Aktów Prawnych w rozdziale „uzdrowiska”, odpowiednich aktów prawnych i następnie odszukaniu tekstów tych aktów prawnych w ISAP. Po analizie znalezionych tekstów aktów prawnych w aspekcie ich regulacyjnej roli w życiu polskich uzdrowisk w badanym okresie hipoteza, że te dokumenty (przynajmniej w swym założeniu) regulują każdy aspekt życia polskich kurortów znajdzie swe potwierdzenie lub zaprzeczenie w faktach.

## Wyniki

W toku przeprowadzonych badań okazało się, że uzdrowiska w Polsce były regulowane przez następujące akty prawne o zasięgu ogólnokrajowym:

- I. Ustawa o uzdrowiskach z 1922 roku, Dz.U. Nr 31 poz. 254 i oparte na niej rozporządzenia poruszające problem granic terytorialnych uzdrowiska [3].

Sama zaś ustawa (uchylona, ale akty prawne mające ją za podstawę prawną uchylone nie są) poza tym porusza następujące problemy:

- Odpowiada na pytanie, kto nadzoruje uzdrowiska w Polsce.
- Odpowiada na pytanie, jaka miejscowość jest uzdrowiskiem.
- Porusza zagadnienie uzdrowisk jako obiektów użyteczności publicznej.
- Odpowiada na pytanie, kiedy uzdrowisko ma status obiektu użyteczności publicznej.
- Zawiera wyliczenie urzędzeń zdrowotnych w uzdrowiskach.
- Odpowiada na pytanie, jaka jest droga uzdrowiska do uznania za obiekt użyteczności publicznej
- Wylicza przywileje uzdrowisk.
- Stwierdza, że uzdrowisko w wypadku niespełnienia odpowiednich kryteriów może mieć cofnięty status uzdrowiska.
- Odpowiada na pytanie, jakie kryteria powinno spełniać uzdrowisko jako miasto.
- Porusza problem składu osobowego Państwowej Rady ds. Uzdrowisk.
- Odpowiada na pytanie, jak trzeba chronić uzdrowisko z mocy prawa i czego w nim nie wolno.
- Zawiera problem granic ochrony górniczej uzdrowisk.
- Określa uprawnienia następujących komisji: uzdrowiskowej, zdrojowej, klimatycznej, kąpielowej.
- Ustala skład osobowy komisji uzdrowiskowej.
- Odpowiada na pytanie, kto decyduje o rozbudowie uzdrowiska.
- Odpowiada na pytanie, jaka jest kara za szkodenie uzdrowisku.
- Porusza problem zarządu komisji uzdrowiskowej.
- Wylicza i określa obowiązki komisji uzdrowiskowej.
- Wylicza i określa obowiązki zarządu uzdrowiska.
- Określa problem odwołania od zarządzeń komisji uzdrowiskowej.
- Określa preliminarz dochodów i wydatków uzdrowiska.
- Odpowiada na pytanie, z czego powstaje fundusz uzdrowiska.
- Odpowiada na pytanie, kto jest wolny od opłat taksy kuracyjnej [4].
- Porusza problem naczelnego lekarza uzdrowiska określając jego prawa i obowiązki oraz zakres odpowiedzialności [5].

II. Poniżej Czytelnik znajdzie to, co jest nowe w ustawie „uzdrowiskowej” z 1966 roku. Dz.U. 1966 nr 23 poz. 150 w stosunku do przedwojennej ustawy „uzdrowiskowej” i opartych na jej podstawie aktach prawnych.

Ustawa „uzdrowiskowa” z 1966 roku:

- Określa cel uznania danej miejscowości za uzdrowisko.

- Definiuje pojęcie lecznictwa uzdrowiskowego.
  - Definiuje pojęcia zakładów i urzędzeń lecznictwa uzdrowiskowego.
  - Odpowiada na pytanie, co zawiera statut uzdrowiska.
  - Wylicza i określa kompetencje organów gminy uzdrowiskowej jako zadań własnych gminy.
  - Wylicza i określa kompetencje Rady Ministrów w temacie lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce.
  - Wylicza i określa kompetencje Ministra Zdrowia w temacie lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce.
  - Zawiera przepisy przejściowe i końcowe [6].
- Teksty prawne oparte na tej ustawie zawierają w treści:
- Określenie przyznania statusu uzdrowiska określonej miejscowości.
  - Wyliczenie miejscowości uznanych za uzdrowiska w Polsce [7].

III. Niżej wymienione ustawy zawierają następującą treść:

1. Ustawa z dnia 23 października 1987 o zmianach w zakresie działania niektórych naczelnych i centralnych organów administracji państwowej, Dz.U. 1987 nr 33 poz. 180 w swym art. 7 dotyczącym ustawy z dnia 17 czerwca 1966 o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym, Dz.U. 1966 nr 23 poz. 150 w art. 11 ust. 1 wyrazy „Prezesa Rady Ministrów” zastępuje wyrazami „Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej” [8].
2. Ustawa z dnia 30 maja 1989 o zmianie upoważnień do wydawania aktów wykonawczych, Dz.U. 1989 nr 35 poz. 192 w swym art. 29 dotyczącym wyżej wspomnianej ustawy „uzdrowiskowej” z 1966 roku
  - niektóre upoważnienia Rady Ministrów oddaje Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej,
  - mówi, że w art. 11 ust. 5 ustawy „uzdrowiskowej” z 1966 wyrazy „za zgodą Rady Ministrów” skreśla się,
  - mówi, że w art. 11 ust. 5 ustawy „uzdrowiskowej” z 1966 wyrazy „Rada Ministrów” zastępuje się wyrazami „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej”,
  - mówi, że w art. 13 ust. 2 ustawy „uzdrowiskowej” z 1966 wyrazy „Rada Ministrów w porozumieniu z Centralną Radą Związków Zawodowych” zastępuje się wyrazami „Wojewódzka Rada Narodowa” [9].

## Dyskusja

Praca nie zawiera szczegółowej analizy ww. aktów prawnych, bo to przekracza kompetencje Autora. Stąd przedstawiona tu analiza może odbiegać od standardów przyjętych przez profesjonalnych prawników. Jednak jak widać po lekturze tego tekstu, taka może nawet pobieżna analiza jest wystarczająca.

jąca jeśli chodzi o weryfikację hipotez badawczych. Celem pracy było jedynie wskazanie, czy prawdopodobnie wszystkie obszary życia polskich kurortów są regulowane przez wszystkie ww. przepisy.

Tam, gdzie w opisie aktów prawnych znajdują się takie słowa jak „pewien” czy „niektóre” tak, że Czytelnik mógłby zadać sobie pytanie o jakie regulacje prawne właściwie chodzi, to może być on pewien, że w żadnym z tych miejsc nie ma mowy o prawnych regulacjach życia społecznego i kulturalno-oświatowego kurortów w Polsce.

Uważny Czytelnik mógłby skojarzyć, że przecież przytoczone akty prawne to są te, które kiedyś obowiązywały i obowiązują do dziś. Istnieje natomiast liczna kategoria aktów prawnych, które dziś nie obowiązują, a obowiązywały kiedyś. Może tam są jakieś stwierdzenia dotyczące życia społeczno-kulturalnego uzdrowisk. Aby wypełnić lukę w przedstawionym tu rozumowaniu można powiedzieć, że uzdrowisko rozrywką stoi. Rozrywka w uzdrowisku to dochodowy przemysł i nawet nie do końca życiowe przepisy, regulujące tę dziedzinę życia, gdyby były uchylane to w ich miejsce szybko powstawałyby przepisy nowe. Bardziej aktualne, figurujące jako obowiązujące znalazłyby się na liście analizowanych w tym tekście. Wniosek z tego, że o ile ich nie ma to nie było ich wcale i nigdy. Czy są w latach 1990–2012? Odpowiedź na to pytanie będzie zawierała druga część pracy, bo może w okresie lat 1990–2012 wprowadzono jakieś regulacje prawne w tym temacie?

### Wnioski

1. Na podstawie zgromadzonego materiału faktograficznego można już ustosunkować się do hipotezy mówiącej, że tylko ustawa “uzdrowskowa” i oparte na niej ministerialne rozporządzenia i zarządzenia regulowały życie polskich uzdrowisk. Zgromadzony materiał badawczy pozwala powiedzieć, że hipoteza ta nie jest zgodna z prawdą, gdyż:
  - Jak wykazały zawarte w tym tekście badania istnieją warianty ustaw “uzdrowskowych”, tj. Z 1922 i 1966 roku. Zostały one co prawda uchylone, ale oparte na nich ministerialne zarządzenia i rozporządzenia uchylone nie są.
  - Dwa ostatnie wymienione w tekście akty prawne i te akty, które są na nich oparte są odrębne od tych, których podstawą prawną są oba warianty ustaw “uzdrowskowych”.
2. Tylko osoba pracująca w uzdrowisku na stanowisku wymagającym znajomości obowiązujących

tam aktów prawnych lub prawnik może wiedzieć, czy to wszystkie aspekty i czy w tej dziedzinie polskiego prawa i regulowanej nim praktycznej działalności nie ma luk. Jednak hipoteza mówiąca, że wymienione akty prawne regulują wszystkie aspekty życia polskich uzdrowisk się nie potwierdziła. Mimo iż im więcej obszarów życia polskich uzdrowisk jest regulowane przez istniejące przepisy, tym większe prawdopodobieństwo potwierdzenie weryfikowanej w tym tekście hipotezy. Nigdzie w aktach prawnych dotyczących samych uzdrowisk nie jest napisane o jakiegokolwiek ustawie regulującej życie społeczno-kulturalne polskich zdrojowisk. Dla refleksji Czytelnika niech pozostanie odpowiedź na pytanie, do czego doprowadzi w upadających współcześnie polskich kurortach ta luka prawna.

### Piśmiennictwo

- [1] Guźlecki A. Tradycje dziecięcego lecznictwa uzdrowskiego w Polsce. Niepełnosprawność i Rehabilitacja. 2011;2:83–92.
- [2] Guźlecki A. Rozwój i funkcje polskich uzdrowisk – rys historyczny od początku istnienia do roku 1989. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2012;4:340–344.
- [3] Ustawa z dnia 23 marca 1922 o uzdrowiskach, Dz.U. 1922 nr 31 poz. 254: 1–3 oraz Zarządzenie Ministra Górnictwa z dnia 20 lipca 1953 w sprawie zmiany okręgu ochrony górniczej zdrojowiska Iwnicz Zdrój i oznaczenia nowych jego granic, Monitor Polski 1953 nr 82 poz. 973, też Zarządzenie Ministra Górnictwa z dnia 20 lipca 1953 w sprawie utworzenia okręgu ochrony górniczej zdrojowiska Rymanów Zdrój i oznaczenia jego granic, Monitor Polski 1953 nr 82 poz. 974.
- [4] Ustawa z dnia 23 marca 1922 o uzdrowiskach, Dz.U. 1922 nr 31 poz. 254.
- [5] Tamże: 9 oraz Zarządzenie Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 13 kwietnia 1968 ustalające wytyczne w sprawie zakresu działania lekarza naczelnego uzdrowiska, Monitor Polski 1968 nr 19 poz. 123.
- [6] Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 o uzdrowiskach i leczeniu uzdrowskowym, Dz.U. 1966 nr 23 poz. 150.
- [7] Zarządzenie Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 25 lipca 1967 w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska, Monitor Polski 1967 nr 45 poz. 228, też: Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 marca 1974 zmieniające zarządzenie w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska, Monitor Polski 1974 nr 10 poz. 77.
- [8] Ustawa z dnia 23 października 1987 o zmianach w zakresie działania niektórych naczelnych i centralnych organów administracji państwowej, Dz.U. 1987 nr 33 poz. 180: 2.
- [9] Ustawa z dnia 30 maja 1989 o zmianie uprawnień do wydawania aktów wykonawczych, Dz.U. 1989 nr 35 poz. 192: 3–4.

adres do korespondencji

Artur Guźlecki  
ul. Szosa Okrężna 6J/35, 87-100 Toruń  
tel.: 519 111 260  
e-mail: arturguzlecki2@wp.pl



# PRAWNE ASPEKTY WSPÓŁCZESNEGO LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO W POLSCE. CZĘŚĆ 2: LATA 1990–2012

## LEGAL ASPECTS OF CONTEMPORARY HEALTH RESORT TREATMENT IN POLAND. PART 2: IN THE YEARS 1990–2012

Artur Guźlecki

Nie reprezentuję obecnie żadnej jednostki naukowej. Działalność naukową traktuję jako rodzaj zamiłowania

### Streszczenie

**Wstęp.** Rok 1989 to w Polsce początek transformacji ustrojowej. W nowej rzeczywistości są tworzone nowoczesne, dotyczące każdej dziedziny życia, prawa. Prawa w założeniu dobrze odzwierciedlające regulowaną rzeczywistość. Przedmiotem artykułu będzie zagadnienie, czy wszystkie wymienione w tekście przepisy odzwierciedlają dobrze wszystkie aspekty życia polskich uzdrowisk. Zatem przedmiotem analizy będzie tu jeden z wymiarów nowoczesnego charakteru zaprezentowanych rozwiązań prawnych.

**Cel pracy.** Celem analizy będzie wychwycenie luk w przepisach uzdrowiskowych, aby po ich upublicznieniu w ogólnopolskim czasopiśmie naukowym dać społeczeństwu szansę na udoskonalenie prawodawstwa w omawianej dziedzinie.

**Materiał i metody.** W artykule Czytelnik uzyska odpowiedź na dwa pytania: 1. Jakie przepisy leżą u podstaw funkcjonowania współczesnych uzdrowisk polskich? 2. Jakie i czy wszystkie aspekty życia polskich uzdrowisk regulują wymienione przepisy? Postawiono hipotezy, że te akty prawne to ustawa „uzdrowiskowa” i oparte na niej akty prawne i że regulują wszystkie aspekty życia polskich kurortów. Zamierzenia badawcze zrealizowano wyszukując na stronach Internetowego Systemu Aktów Prawnych i odpowiedniej stronie Ministerstwa Zdrowia przepisy, które po zreferowaniu, dały odpowiedź na postawione pytania. W pracy przeanalizowano ustawy „uzdrowiskowe” z 2005 i 2011 roku oraz oparte na nich akty prawne jak również inne ustawy niezależne od ww., a zawierające informacje o uzdrowiskach. W tekście postawiono pytania: 1. Czy regulacje prawne życia kulturalno-społecznego kuracjuszy są dziś potrzebne i możliwe do wprowadzenia? 2. Jeśli są potrzebne i możliwe do wprowadzenia to dlaczego ich nie ma? 3. Jak miałyby wyglądać takie regulacje?

**Wnioski.** 1. Istnieją dwa równocześnie obowiązujące warianty ustaw „uzdrowiskowych”. 2. Nigdzie w przepisach uzdrowiskowych nie napisano o regulacjach prawnych życia kulturalno-społecznego kuracjuszy.

**Słowa kluczowe:** uzdrowiska polskie, regulacje prawne, luka prawna, działalność kulturalno-oświatowa, życie społeczno-kulturalne kuracjuszy.

### Summary

**Introduction.** The year 1989 marked the beginning of Poland's transformation of the legal system. In a new reality modern legal acts were created referring to every aspect of life and reflecting the reality being under regulation. The focus of the article is on stating if all the provisions included in the text reflect all the aspects of the life of Polish health resorts. One of the dimensions of modern character of the legal solutions presented here constitutes the subject of the analysis.

**Aim of the study.** The analysis is aimed at finding loopholes in the laws on health resorts in order to give the society the opportunity to improve laws and regulations in the field after making them public in the national scientific periodical.

**Material and methods.** In the article the Reader will find an answer to two questions: 1. What laws lie at the foundation of the function of Poland's contemporary health resorts? 2. What and if all the aspects of the life of Polish health resorts are regulated in the respective laws? The hypotheses were put that the legal acts include "the law on health resorts" and the legal acts based on it and that they regulate all the aspects of the life of Polish health resort patients. Research aims were fulfilled thanks to the detailed search at the website of the Internet Legal Acts System and at the respective website of the Health Ministry that includes laws, which after verification gave the answer to the question posed above. "Health resort" laws of 2005 and 2011 were analyzed, and legal acts based on them as well as other laws independent of the above-mentioned ones, including the information on health resorts. In the text the following question are posed: 1. Are the regulations on the social and cultural life of health resort patients necessary nowadays and possible to be implemented? 2. Why are the regulations not existing if they are necessary and possible to be implemented? 3. How might such regulations look like?

**Conclusions.** 1. There are two variants of laws on health resorts being in force simultaneously. 2. Nowhere in the laws on health resorts is there any mention of legal regulations on the social and cultural life of health resort patients.

**Key words:** Polish health resorts, regulations, loophole in law, cultural and educational activities, social and cultural life of health resort patients.

## Wstęp

Rok 1989 to w Polsce początek transformacji ustrojowej. Jakie są jej cechy charakterystyczne? Oznacza pożegnanie z minionym ustrojem politycznym i minionymi stosunkami społecznymi. Zmiany społeczno-polityczno-gospodarcze w Polsce mają także charakter globalny i dotyczą każdego obywatela, nie omijając nikogo. Mówi się także, że w nowej rzeczywistości żyjemy w państwie prawa. Cóż to oznacza? A no np. to, że w tej rzeczywistości są tworzone nowoczesne, dotyczące każdej dziedziny życia prawa. Prawa dobrze odzwierciedlające wycinek rzeczywistości społecznej, który mają regulować. Także służba zdrowia i jej subdyscyplina w postaci leczenia uzdrowskiego dla dzieci i dorosłych podlega tym samym prawidłowościom.

Jakie regulacje prawne związane z uzdrowskimi znajdzie Czytelnik w tym artykule?

- Regulacje prawne związane z ustaleniem jaka gmina jest uzdrowskiem
- Regulacje prawne związane z ustaleniem praw i obowiązków, a także prawnej ochrony gmin uzdrowskowych
- Regulacje prawne związane z problemem finansowania uzdrowski
- Regulacje prawne związane z badaniem leczniczych właściwości uzdrowski
- Regulacje prawne związane z powinnościami wobec kuracjusza itp.

Zaprezentowany tutaj przegląd regulacji prawnych to tylko skrót skrótów, bo nie ma w tym miejscu czasu na szczegółowszą analizę. Chętny Czytelnik znajdzie ją w treści artykułu. Przedmiotem artykułu jest zagadnienie czy wszystkie wymienione w tekście przepisy odzwierciedlają wszystkie aspekty współczesnego życia uzdrowski. Zatem w kontekście tego, co napisano tu o nowoczesności rozwiązań prawnych można powiedzieć, że przedmiotem analizy w tym artykule będzie co najmniej jeden z wymiarów nowoczesnego charakteru zaprezentowanych tu rozwiązań prawnych.

## Cel pracy

W pracy prześledzono regulacje prawne związane z polskim leczeniem uzdrowskowym we wspomnianym okresie w celu wychwycenia luk w tych przepisach, aby po ich upublicznieniu w ogólnopolskim czasopiśmie naukowym dać społeczeństwu szansę na udoskonalenie prawodawstwa w omawianej dziedzinie.

## Materiał i metoda

Artykuł zawiera wyliczenie i opis obowiązujących współcześnie ustaw i rozporządzeń ministerialnych, na których opiera się funkcjonowanie uzdrowski w Polsce. Badaniem objęto lata 1990–2012.

W tej części pracy Czytelnik znajdzie odpowiedź na dwa następujące pytania badawcze:

1. Jakie akty prawne o zasięgu ogólnokrajowym leżą u podstaw funkcjonowania współczesnych tj. w latach 1990–2012 polskich uzdrowski?
2. Jakie aspekty (czy wszystkie aspekty) życia polskich uzdrowski w latach 1990–2012 regulują wymienione akty prawne?

Odpowiedziano na ww. pytania badawcze weryfikując w oparciu o zebrany materiał faktograficzny następujące hipotezy:

1. Te akty prawne to ustawa dotycząca samych uzdrowski oraz różnego typu inne rozporządzenia ministerialne o zasięgu ogólnokrajowym powiązane z tą ustawą w taki sposób, że ta ustawa jest podstawą prawną tych rozporządzeń.
2. Wymienione w tekście akty prawne regulują (przynajmniej w swym założeniu) każdy aspekt życia współczesnych polskich uzdrowski.

W celu realizacji zamierzeń badawczych wyszukano na stronach internetowych takich jak Internetowy System Aktów Prawnych w rozdziale o uzdrowskach czy stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m8&ms=630&ml=pl&mi=630&mx=0&ma=10293> odpowiednich aktów prawnych. Pod uwagę w badaniu wzięto tylko te akty prawne, które według ISAP są obowiązujące. Weryfikację obowiązywalności aktów prawnych według ISAP przeprowadzono w dniu 29 listopada 2012. Następnie w ISAP wyszukano teksty wskazanych wcześniej aktów prawnych. Potem przeanalizowano znalezione teksty w aspekcie ich regulacyjnej roli w życiu polskich uzdrowski. W ten sposób zweryfikowano hipotezę, że te dokumenty (przynajmniej w swym założeniu) regulują każdy aspekt życia polskich kurortów.

## Wyniki

W toku prowadzenia badań okazało się, że uzdrowska w Polsce są współcześnie regulowane przez następujące akty prawne o zasięgu ogólnokrajowym:

- I. Główna ustawa w zakresie polskiego leczenia uzdrowskowego to (pełna nazwa) ustawa z dnia 28 lipca 2005 o leczeniu uzdrowskowym, uzdrowskach, obszarach ochrony uzdrowskowej oraz o gminach uzdrowskowych (Dz. U. 2005 nr 167 poz. 1399)

Wskazana tu ustawa i oparte na niej akty prawne zawierają następujące treści:

- Wyliczenie co ustawa określa
- Określenie definicji pojęć użytych w ustawie
- Wyliczenie i określenie zadań: szpitala uzdrowskowego, sanatorium uzdrowskowego, szpitala uzdrowskowego i sanatorium uzdrowskowego dla dzieci, przychodni uzdrowskowej, zakładu przyrodoleczniczego, szpitala uzdro-

- wiskowego urządzonego w podziemnym wyrobisku górniczym, sanatorium uzdrowiskowego urządzonego w podziemnym wyrobisku górniczym wobec kuracjusza
- Określenie jakie wyposażenie musi mieć szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci
  - Wyliczenie i określenie kierunków leczniczych uzdrowisk
  - Odpowiedź na pytanie, co uprawnia do świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego
  - Wyliczenie, jakie jeszcze ustawy mają regulacyjną rolę w lecznictwie uzdrowiskowym
  - Określenie, kim jednocześnie nie może być osoba kontrolująca zakład lecznictwa uzdrowiskowego
  - Wyliczenie i określenie uprawnień wojewody w podległych mu uzdrowiskach
  - Odpowiedź na pytanie o kwalifikacje konieczne do wykonywania funkcji lekarza naczelnego uzdrowiska
  - Odpowiedź na pytanie, jakie informacje zawiera ewidencja prowadzona przez naczelnego lekarza uzdrowiska
  - Stwierdzenie, że Minister Zdrowia w razie potrzeby dzieli się kompetencjami z Ministrem Obrony Narodowej i Ministrem Spraw Wewnętrznych w przypadku podległych im obiektów lecznictwa uzdrowiskowego
  - Stwierdzenie o możliwości (pod jakimi warunkami) nadawania i cofania statusu uzdrowiska
  - Wyliczenie i określenie warunków, jakie musi spełniać dana miejscowość, aby mieć nadany status uzdrowiska
  - Wyliczenie i określenie obowiązków gminy uzdrowiskowej
  - Odpowiedź na pytanie, kto jest uprawniony do wydawania świadectw, że gmina ma charakter uzdrowiskowy
  - Problem stref „A”, „B”, „C” ochrony uzdrowiskowej – czym się charakteryzują – co w nich wolno, a co nie
  - Problem definicji i treści tzw. „operatu uzdrowiskowego”
  - Odpowiedź na pytanie, co zawiera statut uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej oraz kto i w jaki sposób go uchwała
  - Wyliczenie i określenie zadań gminy uzdrowiskowej związanych z utrzymaniem przez gminę statusu uzdrowiska [1]
  - Wyliczenie obiektów uzdrowiskowych, które nie będą podlegać komercjalizacji [2]
  - Charakterystyka zakresu badań niezbędnych do potwierdzenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych, właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości [3]
  - Określenie trybu i terminu ustalania oraz przekazywania dotacji z budżetu Państwa gminie uzdrowiskowej [4]
  - Opis trybu przeprowadzania kontroli jednostek upoważnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu [5]
  - Charakterystyka szczególnych wymagań jakie powinna spełniać jednostka upoważniona do wydawania świadectw potwierdzających właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu [6]
  - Wykaz jednostek upoważnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu [7]
  - Określenie co lekarz ubezpieczenia zdrowotnego ocenia przy kwalifikowaniu pacjenta na leczenie uzdrowiskowe
  - Wyliczenie i określenie ogólnych przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego
  - Wyliczenie i określenie pod jakimi warunkami poszczególne wymienione grupy pacjentów mogą być kierowane na leczenie uzdrowiskowe
  - Wyliczenie i określenie szczegółowych wskazań i szczegółowych przeciwwskazań z różnych grup chorób na leczenie uzdrowiskowe w różnych obiektach leczenia uzdrowiskowego [8]
  - Wyliczenie i określenie jakim szczegółowym wymaganiom powinien odpowiadać: szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, szpital uzdrowiskowy dla dzieci, przychodnia uzdrowiskowa, zakład przyrodolecniczy, sanatorium uzdrowiskowe urządzone w podziemnym wyrobisku górniczym, pijalnia uzdrowiskowa, tężnia uzdrowiskowa, parki i ścieżki ruchowe, urządzony odcinek wybrzeża morską, leczniczy basen uzdrowiskowy, rehabilitacyjny basen uzdrowiskowy, urządzone podziemne wyrobisko górnicze [9]
  - Określenie celu kontroli w zakładzie uzdrowiskowym [10]
  - Określenie przepisowych terminów kontroli [11]
  - Określenie terminu powiadomienia o kontroli [12]
  - Odpowiedź na pytanie co powinno zawierać takie powiadomienie [13]
  - Odpowiedź na pytanie co kontrolowany musi przygotować do kontroli
  - Przepisowo określony przebieg takiej kontroli
  - Wyliczenie i określenie praw i obowiązków kontrolera
  - Wyliczenie i określenie co powinien kontrolerowi zapewnić kierownik kontrolowanego zakładu
  - Stwierdzenie, że przebieg kontroli należy dokumentować i określenie co powinien zawierać prawidłowo sporządzony raport w aktach kontroli
  - Określenie sposobu i przebiegu zabezpieczania dowodów w trakcie kontroli

- Ustalenia w temacie oględzin w trakcie przebiegu kontroli
- Stwierdzenie, że kontroler ma obowiązek protokołować wypowiedzi pracowników kontrolowanego zakładu w tematach dotyczących kontroli
- Opis problemu odmowy udzielenia informacji kontrolerowi przez kontrolowanego
- Stwierdzenie, że o dokonany przez kontrolowanego przestępstwie kontroler ma obowiązek pisemnie powiadomić właściwy organ
- Odpowiedź na pytanie co powinien zawierać prawidłowo sporządzony protokół
- Stwierdzenie, że kontrolowany ma prawo mieć zastrzeżenia do protokołu i określenie co się wtedy dzieje
- Opis kwestii związanych z wystąpieniem po kontrolnym [14]

**II.** A jakie nowe elementy zawiera najnowocześniejsza ze znanych nowelizacji ustawy „uzdrowskiej”, tj. ustawy z dnia 4 marca 2011 o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowskim, uzdrowskich, obszarach ochrony uzdrowskiej oraz o gminach uzdrowskich Dz. U. 2011 nr 73 poz. 390. Co ustawa ta zawiera i jakie głównie zmiany wprowadza:

- Zmienia definicję lecznictwa uzdrowskiego
- Wprowadza definicję rehabilitacji uzdrowskiej
- Zmienia definicję stref ochrony uzdrowskiej
- Zmienia definicję naturalnych surowców leczniczych
- Mnoży atrybuty uzdrowska dodając następujące definicje: tereny zieleni, tereny biologicznie czynne, zakłady przemysłowe, powierzchnie użytkowania
- Doprecyzowuje gdzie prowadzone jest lecznictwo
- Poszerza zakres niektórych pojęć
- Zmienia listę zadań: szpitala uzdrowskiego, sanatorium uzdrowskiego, szpitala uzdrowskiego dla dzieci oraz sanatorium uzdrowskiego dla dzieci, zakładu przyrodoleczniczego, szpitala uzdrowskiego urządzonego w podziemnym wyrobisku górniczym, sanatorium uzdrowskiego urządzonego w podziemnym wyrobisku górniczym wobec kuracjusza
- Dodaje zapis o prawie kuracjusza do leczenia pełnopłatnego w przypadku braku przeciwwskazań zdrowotnych
- Zmienia niektóre uprawnienia Ministra Zdrowia
- Znosi niektóre przepisy
- Zmienia uprawnienia wojewody w zakresie leczenia uzdrowskiego na podległym mu terenie
- Poszerza uprawnienia naczelnego lekarza uzdrowska, zmienia wymagania co do jego kwalifikacji oraz zmienia zakres jego obowiązków

- Dookreśla obowiązki kierownika zakładu uzdrowskiego
- Dookreśla problem finansowania działalności naczelnego lekarza uzdrowska
- Dookreśla granice uzdrowska oraz kryteria stref „A”, „B”, „C” ochrony uzdrowskiej
- Określa czego nie wolno w poszczególnych strefach ochrony uzdrowskiej
- Ustawa nakłada na gminę uzdrowską obowiązek sporządzenia planu zagospodarowania przestrzennego strefy „A” ochrony uzdrowskiej w terminie dwóch lat od daty nadania miejscowości statusu uzdrowska
- Ustawa dookreśla wymagania dotyczące części graficznej „operatu uzdrowskiego”
- Ustawa określa na jakiej podstawie ustala się kierunki lecznicze uzdrowsk
- Ustawa dookreśla wymagania wobec statutu uzdrowska
- Ustawa nakłada na uzdrowsko obowiązek dokonania aktualizacji „operatu uzdrowskiego” o ile w danej miejscowości uzdrowskiej zachodzą zmiany mogące mieć wpływ na kształt tego „operatu” [15]

Na wyżej wymienionej ustawie nie opierają się żadne inne akty prawne.

Dalsze akty prawne, pomocnicze wobec lecznictwa uzdrowskiego, będą przytaczane w kolejności chronologicznej ich powstawania.

**III.** Ustawa z dnia 17 maja 1990 o podziale zadań i kompetencji określonych w sprawach szczególnych między organy gminy i organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. 1990 nr 34 poz. 198) do władzy gminy w ustawie „uzdrowskiej” z 1966 roku (Dz.U. 1966 nr 23 poz. 150) przechodzą dotychczasowe następujące kompetencje Rad Narodowych i terenowych organów administracji państwowej, jako zadania własne gminy:

- Zapewnienie uzdrowskom warunków umożliwiających jak najszerze wykorzystanie właściwości leczniczych danej miejscowości (art. 5),
  - Wyrażanie stanowiska w sprawie powoływania i odwoływania naczelnego lekarza uzdrowska (art. 8 ust. 1)
  - Uprawnienie do prowadzenia zakładów i urzędzeń lecznictwa uzdrowskiego (art. 9 ust. 1 pkt 2)
- Z ustawy „uzdrowskiej” z 1966 roku zmieniają się kompetencje w zakresie następujących zadań zleconych gminy:
- Uchwalanie statutu uzdrowska
  - Uzgadnianie projektu statutu uzdrowska z organami i instytucjami wymienionymi w ustawie (art. 4 ust. 2) [16]

**IV.** W ustawie z dnia 12 stycznia 1991 o podatkach i opłatach lokalnych (Dz.U. 1991 nr 9 poz. 31) art. 17 podejmuje problem kryteriów pobierania opłaty miejscowej.

Art. 17.1 odpowiada na pytanie od kogo pobiera się opłatę miejscową.

Art. 17.2 odpowiada na pytanie od kogo nie pobiera się opłaty miejscowej.

Art. 17.3 mówi o tym, że wojewoda na wniosek Rady Gminy po uzgodnieniu z Ministrem Ochrony Środowiska, Zasobów Naturalnych i Leśnictwa ustala miejscowości odpowiadające kryteriom określonym w ust. 1, w których pobiera się opłatę miejscową. [17]

**V.** Ustawa z dnia 19 czerwca 1997 o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. 1997 nr 101 poz. 628) jest podstawą do powstania aktów prawnych, które:

- Określają tryb kierowania na leczenie uzdrowiskowe, oraz rozliczania przez instytucje powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego kosztów z tytułu korzystania z leczenia uzdrowiskowego przez pracowników zatrudnionych w zakładach produkujących azbest
- Określają też co lekarz wystawiający skierowanie na leczenie uzdrowiskowe w przypadku takiej osoby bierze pod uwagę [18]

**VI.** Art. 1 ustawy z dnia 16 grudnia 1998 o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1116) mówi, że art. 48 ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 roku (Dz.U. nr 28 poz. 153 i nr 75 poz. 468 i z 1998 roku nr 117 poz. 756 nr 137 poz. 887 i nr 144 poz. 929) stwierdza:

- Kiedy leczenie uzdrowiskowe przysługuje ubezpieczonemu
- Za co w leczeniu uzdrowiskowym ponosi koszty ubezpieczony
- Który ubezpieczony nie ponosi kosztów, które inni ponoszą
- Ustawa mówi też, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi w drodze rozporządzenia sposób i warunki wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz szczegółowe zasady potwierdzania tego skierowania przez Kasę Chorych
- Ustawa ta stwierdza też, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi w drodze rozporządzenia wysokość częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym uwzględniając sezonowość i standard usług

Art. 2 tej ustawy stwierdza, że w ustawie o uzdrowiskach i leczeniu uzdrowiskowym z 1966 roku skreśla się art. 10.

Art. 4 wskazanej ustawy (o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) stwierdza, że traci moc ustawa z dnia 21 czerwca 1991 o wprowadzeniu częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym (Dz.U. nr 64 poz. 272

z 1966 roku i nr 34 poz. 148 z roku 1998 nr 106 poz. 668) [19]

**VII.** Wskazany w tym punkcie akt prawny to Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z 24 kwietnia 2012 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2012 nr 0 poz. 651). Ten akt prawny zawiera nawiązanie do gospodarki finansowej oraz ochrony uzdrowisk z innych ustaw. Są tam przepisy przejściowe dotyczące faktów prawnych sprzed wprowadzenia nowelizacji ustawy z dnia 28 lipca 2005 o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. 2005 nr 167 poz. 1399) dnia 4 marca 2011, (Dz.U. 2011 nr 73 poz. 390). [20]

**VIII.** Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 o zmianie niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów normatywnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 2000 nr 120 poz. 1268) w ustawie z dnia 17 czerwca 1966 o uzdrowiskach i leczeniu uzdrowiskowym (Dz.U. 1966 nr 23 poz. 150) dokonuje zmian, najprościej rzecz ujmując, polegających na zmianie podziału kompetencji między Radę Ministrów a Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W jednym przypadku zwiększając kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia. [21]

**IX.** Ustawa z dnia 27 marca 2003 o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz.U. 2003 nr 80 poz. 717) w swym art. 10 mówi, że „...w studium określa się w szczególności...obszary oraz zasady ochrony środowiska i jego zasobów, ochrony przyrody, krajobrazu kulturowego i uzdrowisk”.

W art. 11h ta ustawa mówi, że „wójt, burmistrz, albo prezydent miasta po podjęciu uchwały przez Radę Gminy o sporządzeniu studium kolejno występuje o opinie dotyczące rozwiązań przyjętych w projekcie do m.in. Ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie zagospodarowania obszarów ochrony uzdrowiskowej.”

Art. 53 tej ustawy mówi, że decyzje o których mowa w art. 51 tej ustawy (są to decyzje o znaczeniu krajowym i wojewódzkim, powiatowym i gminnym oraz dotyczące terenów zamkniętych – dopisek własny) „wydaje się po uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia w odniesieniu do inwestycji zlokalizowanych w miejscowościach uzdrowiskowych zgodnie z odrębnymi przepisami.” [22]

**X.** Ustawa z dnia 10 kwietnia 2003 o szczególnych zasadach przygotowania i realizacji inwestycji w zakresie dróg krajowych (Dz.U. 2003 nr 80 poz. 721) w swym art. 11d stanowi, iż „wniosek o wydanie decyzji na realizację inwestycji drogowej zawiera w szczególności opinię m.in. Ministra właściwego do spraw zdrowia w odniesieniu do inwestycji zlokalizowanych w miejscowościach

uzdrowiskowych zgodnie z odrębnymi przepisami.” [23]

**XI.** Teraz Czytelnik pozna treść aktów prawnych (co jest w nich nowe względem wcześniejszych przepisów), których podstawą prawną jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

1. Te akty prawne zawierają odpowiedź na pytanie, jakie i ile świadczeń z zakresu leczenia uzdrowiskowego Państwo gwarantuje kuracjuszowi.
2. Te przepisy określają sposób wystawienia skierowania na leczenie uzdrowiskowe, albo rehabilitację uzdrowiskową przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Przepisy te określają tryb potwierdzania oraz wzór odpowiedniego skierowania. [24]
4. Przepisy te stanowią co zawiera lista świadczeniobiorców (jakie informacje o świadczeniobiorcach) leczenia uzdrowiskowego.[25]

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz. U. 2008 nr 164 poz. 1027 z późn. Zm.) doprecyzowuje się komu i na jakich warunkach przysługuje leczenie uzdrowiskowe. [26]

**XII.** Jakie postanowienia na temat leczenia uzdrowiskowego zawiera ministerialne rozporządzenie oparte na ustawie z dnia 6 grudnia 2006 o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. 2006 nr 227 poz. 1658).

Rozporządzenie określa szczegółowe przeznaczenie, warunki i tryb udzielania pomocy w ramach regionalnych programów operacyjnych na inwestycje w zakresie różnych aspektów leczenia uzdrowiskowego. [27]

Do zreferowania zostały jeszcze dwa akty prawne tj.

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654) oraz,
2. Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 742).

Chętni do analizy tych ww. aktów prawnych mogą to uczynić w odpowiednim publikatorze. Te przepisy nie będą analizowane, gdyż są zbyt obszerne jak na ramy tego tekstu. Dodatkowo w przypadku drugiego ww. aktu prawnego wymagałoby to wcześniejszej analizy chronologicznie wcześniejszej ustawy o działalności leczniczej, co tutaj z braku miejsca i fachowych kompetencji prawniczych (obie ustawy wymagają znajomości całej służby zdrowia) nie może być uczynione.

## Dyskusja

Wszędzie tam, gdzie w opisie aktów prawnych użyto słów „pewien” czy „niektóre” tak, że Czytelnik mógłby zadać sobie pytanie o jakich regulacjach

prawnych właściwie jest mowa w tych miejscach, to na pewno w żadnym z tych miejsc nie ma regulacji prawnych życia społecznego czy kulturalno-oświatowego polskich kurortów. Nie analizowano tu szczegółowo ww. przepisów, bo to przekracza kompetencje Autora. Stąd też przedstawiona analiza może odbiegać od standardów przyjętych przez profesjonalnych prawników. Jednak jak widać po lekturze tekstu taka, może nawet zbyt pobieżna jak na prawnicze standardy, analiza problemu jest wystarczająca, jeśli chodzi o weryfikację hipotez badawczych. Celem pracy było jedynie wskazanie, czy prawdopodobnie wszystkie obszary życia polskich uzdrowisk są regulowane przez wszystkie ww. przepisy. Tylko profesjonalny prawnik lub osoba pracująca w uzdrowisku na stanowisku wymagającym znajomości odpowiednich gałęzi prawa może wiedzieć, czy to wszystkie aspekty. Czy w tej dziedzinie polskiego prawa i regulowanej nim praktycznej działalności nie ma luk. Do refleksji Czytelnika niech pozostanie odpowiedź na pytanie, do czego doprowadzi w aktualnie upadających ekonomicznie polskich zdrojowiskach wskazana przeze mnie luka prawna. Czy regulacje prawne życia społecznego i kulturalno-oświatowego polskich kurortów są dziś potrzebne i możliwe do wprowadzenia, skoro od początku istnienia prawodawstwa uzdrowiskowego (pierwsza ustawa o uzdrowiskach powstała w 1922 roku) aż po dzień dzisiejszy takich regulacji brak. Czy i jakie regulacje prawne w tym względzie i dlaczego są potrzebne? Jeśli są potrzebne, to dlaczego ich nie ma? Jak miałyby wyglądać? Odpowiedzi na te pytania przekraczają ramy tego opracowania, ale problem zasługuje na odrębną pracę.

## Wnioski

Na podstawie zgromadzonego materiału faktograficznego można już ustosunkować się do treści hipotezy badawczej mówiącej o tym, że ustawa „uzdrowiskowa” i oparte na niej ministerialne rozporządzenia regulują życie polskich uzdrowisk.

1. Zgromadzony materiał badawczy pozwala powiedzieć, iż pierwsza hipoteza nie jest zgodna z prawdą.
  - Jak wykazały badania istnieją dwa równocześnie obowiązujące warianty ustaw „uzdrowiskowych”, tj. z 2005 i 2011 roku
  - Akty prawne ze wskazanej listy pod rzymskimi numerami III–XII (oraz te, których nie analizowano) i oparte na tych aktach prawnych przepisy są odrębne od tych, których podstawą prawną są różne warianty ustaw „uzdrowiskowych”.
2. Hipoteza mówiąca, że wymienione akty prawne regulują wszystkie aspekty życia polskich uzdrowisk się nie potwierdziła. Im więcej obszarów życia jest regulowane przez istniejące przepisy, tym większe prawdopodobieństwo

potwierdzenia weryfikowanej w tym tekście hipotezy. Jednak nigdzie w aktach prawnych dotyczących samych uzdrowisk nie napisano o jakimkolwiek akcie prawnym regulującym życie społeczno-kulturalne polskich zdrojowisk.

### Piśmiennictwo

- [1] Ustawa z dnia 28 lipca 2005 o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Dz.U. 2005 nr 167 poz. 1399.
- [2] Rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 8 października 2008 w sprawie wykazu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonych w formie jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, które nie będą podlegać prywatyzacji, Dz.U. 2008 nr 192 poz. 1186.
- [3] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 kwietnia 2006 w sprawie zakresu badań niezbędnych do ustalenia właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, kryteriów ich oceny oraz wzoru świadectwa potwierdzającego te właściwości, Dz.U. 2006 nr 80 poz. 565.
- [4] Zarządzenie Ministra Finansów z dnia 9 czerwca 2006 w sprawie trybu i terminów ustalania i przekazywania dotacji z Budżetu Państwa gminie uzdrowiskowej, Dz.U. 2006 nr 103 poz. 705.
- [5] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2006 w sprawie trybu przeprowadzania kontroli jednostek upoważnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości leczniczych klimatu, Dz.U. 2006 nr 178 poz. 1321 oraz: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2011 zmieniające rozporządzenie w sprawie trybu przeprowadzania kontroli jednostek upoważnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości leczniczych klimatu, Dz.U. 2011 nr 130 poz. 761.
- [6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2006 w sprawie szczególnych wymagań jakie powinna spełniać jednostka uprawniona do wydawania świadectw potwierdzających właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i właściwości lecznicze klimatu, Dz.U. 2006 nr 236 poz. 1708.
- [7] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 w sprawie wykazu jednostek upoważnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia nr 12 poz. 65, oraz: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 stycznia 2009 w sprawie wykazu jednostek upoważnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia nr 1 poz. 4, oraz: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2009 w sprawie wykazu jednostek upoważnionych do potwierdzania właściwości leczniczych naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia nr 6 poz. 35.
- [8] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2012 nr 0 poz. 14.
- [9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 w sprawie określenia wymagań jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2012 nr 0 poz. 452.
- [10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2006 w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2006 nr 47 poz. 346:1.
- [11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2011 zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2011 nr 130 poz. 760:1.
- [12] Tamże: 2, także: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2006 w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2006 nr 47 poz. 346:1.
- [13] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2011 zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2011 nr 130 poz. 760:1.
- [14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2006 w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2006 nr 47 poz. 346:2–4.
- [15] Ustawa z dnia 4 marca 2011 o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych i niektórych innych ustaw, Dz.U. 2011 nr 73 poz. 390:1–13.
- [16] Ustawa z dnia 17 maja 1990 o podziale zadań i kompetencji określonych w sprawach szczególnych między organy gminy i organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. 1990 nr 34 poz. 198:2, 9.
- [17] Ustawa z dnia 12 stycznia 1991 o podatkach i opłatach lokalnych, Dz.U. 1991 nr 9 poz. 31:17–19.
- [18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest, Dz.U. 2004 nr 185 poz. 1920:1–3.
- [19] Ustawa z dnia 16 grudnia 1998 o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. 1998 nr 162 poz. 1116:3–4.
- [20] Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z 24 kwietnia 2012 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach, obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Dz.U. 2012 nr 0 poz. 651:8, 26–28.
- [21] Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 o zmianie niektórych upoważnień ustawowych do wydawania aktów normatywnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. 2000 nr 120 poz. 1268:8.
- [22] Ustawa z dnia 27 marca 2003 o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, Dz.U. 2003 nr 80 poz. 717:7, 9, 28.
- [23] Ustawa z dnia 10 kwietnia 2003 o szczególnych zasadach przygotowania i realizacji inwestycji w zakresie dróg krajowych, Dz.U. 2003 nr 80 poz. 721:2–3.

- [24] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2009 nr 139 poz. 1136:9–10; oraz: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2009 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2009 nr 223 poz. 1793, oraz: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2010 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2010 nr 192 poz. 1285:5, oraz: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2010 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1698:1, oraz: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2011 nr 206 poz. 1224:1, oraz: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2012 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, Dz.U. 2012 nr 0 poz. 971:2.
- [25] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe, albo rehabilitację uzdrowiskową, Dz.U. 2011 nr 142 poz. 835:1–3.
- [26] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2008 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2008 nr 164 poz. 1027:44, 110–111.
- [27] Rozporządzenie Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 7 grudnia 2009 w sprawie udzielania pomocy w zakresie energetyki, infrastruktury telekomunikacyjnej, infrastruktury sfery badawczo-rozwojowej lecznictwa uzdrowiskowego w ramach regionalnych programów operacyjnych, Dz.U. 2009 nr 214 poz. 1661:1–5.

*adres do korespondencji*

Artur Guźlecki  
ul. Szosa Okrężna 6J/35, 87-100 Toruń  
tel.: 519 111 260  
e-mail: arturguzlecki2@wp.pl



# PETER SINGER: CZY ZWIERZĘTA ODCZUWAJĄ BÓL?

## PETER SINGER: CAN ANIMALS FEEL PAIN?

Agnieszka Ryczek

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### Streszczenie

Czy zwierzęta mogą odczuwać ból – to sprawa kontrowersyjna od wielu lat. Zwierzęta i ludzie mają podobne mechanizmy wykrywania bólu, mają podobne obszary mózgu zaangażowane w przetwarzanie bólu i wykazują podobne zachowania bólowe, a mimo to jest bardzo trudno ocenić, w jaki sposób zwierzęta doświadczają bólu.

**Słowa kluczowe:** cierpienie, ból, etyka zwierząt, utilitaryzm

### Summary

Whether animals can feel pain has been a controversial issue for many years. Animals and humans share similar mechanisms of pain detection, have similar areas of the brain involved in processing pain and show similar pain behaviors, but it is notoriously difficult to assess how animals actually experience pain.

**Key words:** suffering, pain, animal ethics, utilitarianism

Większość ludzi to szowiniści gatunkowi. Przeważająca część zwykłych ludzi – nie tylko tych szczególnie okrutnych – bierze czynny udział w praktykach wymagających poświęcenia najistotniejszych interesów innych gatunków dla najbardziej trywialnych interesów własnego, przyzwala na te praktyki lub godzi się na nie. Zgodnie z tą linią obrony nigdy nie jesteśmy winni zaniebdania interesów zwierząt, bo one żadnych interesów nie mają. Nie mają ich, ponieważ nie mają zdolności cierpienia.

Dla pełnego obrazu trzeba zatem przedyskutować nawet tak niedorzeczną tezę sceptyków.

Czy zwierzęta odczuwają ból? Skąd o tym wiemy? A skąd w ogóle wiemy, że ktoś – człowiek lub zwierzę – odczuwa ból? Wiemy, że sami możemy go odczuwać. Wiemy, gdyż doznajemy go bezpośrednio, kiedy na przykład ktoś dotknie rozżarzoną papierosem naszej dłoni. Lecz skąd wiemy, że inni odczuwają ból? Nie możemy bezpośrednio doznawać czyjegoś bólu. „Ból jest pewnym stanem świadomości, ‘zdarzeniem mentalnym’, które samo w sobie jest nieobserwowalne” [1]. Reakcje takie jak krzyk, płacz lub pośpieszne cofnięcie ręki nie są bólem; nie jest nim neurologiczny zapis czynności mózgu. Ból jest czymś, co czujemy, i tylko różne zewnętrzne oznaki pozwalają nam myśleć, że inni także go odczuwają.

Teoretycznie rzecz biorąc, ilekroć sądzimy, że inny człowiek odczuwa ból, możemy się mylić. Nigdy nie możemy wiedzieć na pewno, że tak nie jest. Chociaż dla filozofów może to stanowić problem, nikt z nas nie ma cienia wątpliwości, że jego najbliżsi odczuwają ból tak samo

jak my. Jest to wnioskowanie oparte na obserwacji zachowań w sytuacjach, w których sami odczuwalibyśmy ból, a także na przekonaniu, że wszystko wskazuje na to, że są podobni do nas, że mają taki sam, tak samo funkcjonujący układ nerwowy, w podobnych sytuacjach wytwarzający podobne wrażenia.

Jeśli uzasadniony jest wniosek, że inni ludzie odczuwają ból podobnie jak my, to dlaczego nieuzasadnione miałyby być podobne wnioskowanie w odniesieniu do zwierząt?

Niemal wszystkie symptomy odczuwania bólu przez ludzi występują także u zwierząt, szczególnie u najbliższych z nami spokrewnionych – ssaków i ptaków. Są to oznaki behawioralne, takie jak mimika, jęki, wycie lub inne wydawane dźwięki, próby uniknięcia źródła bólu, okazywanie strachu przed ponownym jego wystąpieniem etc. Wiemy także, że układ nerwowy zwierząt jest bardzo podobny do naszego, że wykazuje podobne reakcje fizjologiczne w sytuacjach, w których odczuwalibyśmy ból: początkowo wzrost ciśnienia krwi, rozszerzenie źrenic, wzmożone pocenie się, przyspieszenie tętna i – jeśli bodziec będzie trwał – spadek ciśnienia krwi. Kora mózgowa człowieka jest wprawdzie bardziej rozwinięta, lecz związane są z nią raczej funkcje myślenia, a nie podstawowe reakcje, uczucia i doznania, którymi zawiaduje międzymózgowie, dobrze wykształcone u wielu innych gatunków, zwłaszcza u ssaków i ptaków [2].

Nierozumne jest zatem przypuszczenie, że układy nerwowe prawie identyczne fizjologicznie i o wspólnym pochodzeniu oraz funkcji ewolucyjnej, generujące podobne zachowania w podob-

nych sytuacjach, na poziomie odczuć subiektywnych miałyby działać zupełnie inaczej.

Autor książki o bólu pisze: „Wszystkie dane empiryczne potwierdzają przekonanie, że wyższe kręgowce – ssaki – odbierają bodźce bólowe przynajmniej tak samo silnie, jak my. Absurdem byłoby twierdzenie, że mniej odczuwają, gdyż są zwierzętami niższymi; łatwo można wykazać, że niektóre ich zmysły są znacznie bardziej wyostrome niż nasze – na przykład wzrok u pewnych ptaków, słuch u większości dzikich zwierząt, u innych dotyk; ich życie dzisiaj w dużo większym stopniu niż nasze zależy od wyczulonej świadomości niebezpieczeństwa ze strony wrogiego otoczenia. Co prawda, nasza kora mózgowa (która zresztą bezpośrednio nie odbiera bólu) jest bardziej złożona, ale poza tym ich i nasz układ nerwowy są prawie identyczne, a reakcje na ból uderzająco podobne – choć w ich wypadku (o ile wiemy) pozbawione filozoficznego i moralnego zabarwienia. Czynniki emocjonalny jest jednak aż nazbyt dobrze widoczny, przede wszystkim jako strach i gniew” [3].

W roku 1951 w Wielkiej Brytanii, rządowe komisje ekspertów do spraw zwierząt zgodnie uznały, że zwierzęta odczuwają ból. Wskazują na świadczące o tym oczywiste dane behawioralne: dane fizjologiczne, a tym bardziej anatomiczne, w pełni uzasadniają i potwierdzają zdroworozsądkowe przekonanie, że zwierzęta odczuwają ból. Raport komisji dokonuje analizy ewolucyjnego znaczenia bólu, kończąc się wnioskiem, iż ból ma wyraźną przydatność biologiczną, co jest świadectwem empirycznym trzeciego rodzaju, że zwierzęta odczuwają ból. Członkowie komisji rozpatrzyli też inne postaci cierpienia, konkludując, że mają pewność, iż zwierzęta zdolne są do doznawania cierpienia wywołanego silnym strachem i przerażeniem. Zdolne są cierpieć zarówno wskutek bezpośrednich urazów fizycznych, jak i strachu, niepokoju, stresu itd. [4].

Mogłoby się wydawać, że to wystarcza do ostatecznego rozstrzygnięcia tej kwestii; lecz pozostaje jeszcze jeden zarzut. Doznający bólu ludzie dysponują pewną niedostępną zwierzętom oznaką behawioralną: ukształtowanym językiem. Co prawda zwierzęta mogą się ze sobą porozumiewać, ale, jak się wydaje, nie w tak złożony sposób jak ludzie. Niektórzy filozofowie, w tym Kartezjusz, uważali za istotne, że w przeciwieństwie do ludzi zwierzęta nie potrafią szczegółowo opisywać sobie nawzajem swego bólu. Jednak, co już dawno zauważył Bentham, zdolność posługiwania się językiem nie ma żadnego związku z tym, jak powinny być traktowane istoty żywe – chyba że udałoby się znaleźć taką zależność między zdolnością mowy a zdolnością cierpienia, iż brak tej pierwszej poddawałby w wątpliwość istnienie drugiej [5].

Zdolności tej można szukać na dwa sposoby. Po pierwsze, trzymając się linii argumentacji,

mającej zapewne początek w ideach wpływowego filozofa Ludwiga Wittgensteina, i twierdząc, że nie można sensownie przypisywać świadomości bytom pozbawionym zdolności mowy. Jest to jednak nieprzekonujące. Język może być niezbędnym dla myślenia abstrakcyjnego, przynajmniej na pewnym poziomie, ale stany takie jak ból są bardziej pierwotne i nie mają z nim nic wspólnego.

Drugi i bardziej przekonujący sposób powiązania języka i bólu wskazuje, że najbardziej wiarygodnym świadectwem odczuwania bólu przez inne istoty żywe jest to, że nam o tym mówią. Jest to odrębna linia argumentacji, gdyż nie twierdzi się, że cierpienie istot nieposługujących się językiem jest absurdem, a tylko, że nie mamy dostatecznych powodów, by sądzić, iż występuje. A jednak i ten argument upada w dobie dzisiejszych badań pokazujących, że dla wyrażania uczuć i emocji ważniejsze od języka są pozawerbalne sposoby porozumiewania się [6]. Stwierdzenie: „boli”, może być oznaką, że mówiący doznaje bólu, ale nie jest oznaką jedyną, a ponieważ ludzie czasami kłamią – nie najpewniejszą.

Nawet gdyby silniejsze racje przemawiały za tym, by nie przypisywać odczuwania bólu istotom nieumiejącym mówić, do odrzucenia tego twierdzenia mogą skłonić nas jego konsekwencje. Niemowlęta i małe dzieci również nie umieją mówić. Czy dlatego zaprzeczmy, że roczne dziecko ma zdolność cierpienia? Jeśli nie, język nie jest czymś rozstrzygającym.

Możemy zatem wyciągnąć wniosek: nie ma żadnych racji naukowych czy filozoficznych przemawiających za tym, iż zwierzęta nie odczuwają bólu lub przyjemności. Jeśli nie mamy wątpliwości, że inni ludzie je odczuwają, nie możemy również wątpić, że odczuwają je zwierzęta.

Jest jeszcze inny problem – wartościowanie cierpienia.

Zwierzęta odczuwają ból. Twierdzenie, iż pewna suma bólu (lub przyjemności) zwierzęcia jest mniej istotna niż taka sama suma bólu (lub przyjemności) człowieka, jest moralnie nieuzasadnione. A jakie to ma konsekwencje praktyczne?

Inne różnice między ludźmi a zwierzętami są powodem dalszych komplikacji. Zdolności psychiczne normalnego dorosłego człowieka sprawiają, że w danych okolicznościach będzie cierpieć bardziej niż zwierzę. „Gdyby na przykład – czytamy u Petera Singera – przeprowadzić na normalnych dorosłych ludziach, uprowadzonych w tym celu z parku, niezwykle bolesny lub kończący się śmiercią eksperyment naukowy, miłośnicy spacerów zaczęliby obawiać się porwania. Przerażenie byłoby dodatkową formą cierpienia. Zwierzęta natomiast w podobnej sytuacji cierpiałyby mniej, gdyż lęk przed porwaniem i eksperymentem byłby im oszczędzony” [7]. Nie oznacza to jednak wcale, że jego przeprowadzenie na zwierzętach byłoby

słuszne, lecz tylko, że jeśli w ogóle powinien być wykonany, należałoby – i to wcale nie z szowinistycznych powodów – przeprowadzić go na zwierzętach zgodnie z zasadą minimalizacji cierpienia. Jak jednak zauważa dalej autor – argument ten nakazywałby także raczej eksperymentowanie na niemowlętach – może na sierotach – lub ludziach poważnie upośledzonych umysłowo niż na normalnych dorosłych; gdyż niemowlęta i upośledzeni umysłowo nie zdawaliby sobie sprawy, co się z nimi dzieje [8]. Klasyfikuje on zwierzęta, niemowlęta i upośledzonych umysłowo jako należących do tej samej kategorii; a zatem, jeśli ma usprawiedliwiać doświadczenia na zwierzętach, to musimy zapytać, czy gotowi jesteśmy również przystać na eksperymenty na niemowlętach i ludziach upośledzonych umysłowo.

Zasada równego poszanowania interesów daje się dość prosto, przynajmniej w teorii, zastosować, gdy zadaje się ból. Ból i cierpienie są złe i należy im zapobiegać lub je minimalizować, niezależnie od rasy, płci czy gatunku istoty cierpiącej. To, jak wielkim złem jest ból zależy wyłącznie od jego intensywności i czasu trwania, a ból o tej samej intensywności i czasie trwania jest takim samym złem – niezależnie od tego, czy odczuwa go człowiek, czy zwierzę.

Zło zabijania jest sprawą bardziej złożoną.

Większość ludzi to szowiniści gatunkowi; nie tylko dlatego, że gotowi są zadać cierpienia zwierzętom z powodów, z jakich nie zadaliby bólu człowiekowi, ale i dlatego, że łatwo przychodzi im zabijanie zwierząt, chociaż nie godziliby się zabić człowieka.

Twierdzenie, że zabicie niewinnej istoty ludzkiej zawsze jest złem, to tzw. zasada świętości życia. Jej zwolennicy są przeciwnikami aborcji i eutanazji; przeważnie jednak nie są przeciwnikami zabijania zwierząt. Przekonanie, że święte i nietykalne jest wyłącznie życie ludzkie, jest – zdaniem Singera – wyrazem szowinizmu gatunkowego. Unikanie gatunkowizmu nie oznacza oczywiście, że musimy uważać zabicie psa za zło równe zabiciu człowieka w pełni władz umysłowych. Szowinizmem jest jedynie pogląd, że granica prawa do życia pokrywa się z granicą naszego gatunku. Ten właśnie pogląd akceptują zwolennicy zasady świętości życia, gdyż radykalnie oddzielają ludzi i zwierzęta, nie dopuszczając jednocześnie zróżnicowania prawa do życia w obrębie naszego własnego gatunku. Aby uniknąć szowinizmu gatunkowego, trzeba uznać, że istoty podobne do siebie pod wszystkimi istotnymi względami mają podobne prawo do życia, sama zaś przynależność do naszego gatunku biologicznego nie może być moralnie znaczącym kryterium stosowania tego prawa. Przyjmując tę zasadę, będziemy nadal uznawać zabicie normalnego dorosłego człowieka, mającego zdolność samoświadomości, planowania przyszłości oraz istotne więzi

z innymi ludźmi, za gorsze od zabicia myszy, której tych cech raczej brakuje; możemy też przywiązywać wagę do związków rodzinnych i innych, które cechują przede wszystkim ludzi, a mysz w znacznie mniejszym stopniu; możemy też uwzględnić konsekwencje dla innych ludzi, którzy baliby się o własne życie, co też stanowi istotną różnicę; możemy wreszcie wziąć pod uwagę kombinację tych lub jeszcze innych czynników. Niezależnie od tego, jakie kryteria wybierzemy, będziemy musieli przyznać, że wyznaczone przez nie granice nie pokrywają się z granicami naszego gatunku” [9]. Możemy zatem twierdzić, że pewne cechy istoty żywej nadają jej życiu większą wartość, a jeśli tak, to życie niektórych zwierząt jest cenniejsze niż życie niektórych ludzi: pies czy świnia mają bardziej rozwiniętą świadomość i większą zdolność nawiązywania istotnych relacji z innymi niż poważnie upośledzone niemowlę lub osoba z ciężkim otępieniem starczym – czytamy u Singera [10].

Argument ten jest jednak obosieczny. Po pierwsze – można go odczytywać jako twierdzenie, że pies, świnia i zwierzę innych gatunków mają prawo do życia, a więc zabicie ich jest zbrodnią, nawet gdy są stare i cierpią, a my chcemy skrócić ich męczarnie. Można go jednak także interpretować inaczej: że człowiek poważnie upośledzony lub z głęboką demencją nie ma prawa do życia i wolno go zabić z tak błahych powodów, z jakich dziś zabija się zwierzęta.

Obie interpretacje unikają wprawdzie szowinizmu gatunkowego, ale żadna z nich nie jest zadowalająca. Potrzebne jest stanowisko umiarkowane, które, unikając go, nie uznaje życia osób poważnie upośledzonych lub otępiiałych albo za tak tanie, jak obecnie życie świń i psów, albo życie świń i psów za tak święte, że złem jest skrócenie ich beznadziejnej niedoli. Musimy więc włączyć zwierzęta do kręgu naszej wspólnoty moralnej i odrzucić pogląd, że wolno nam poświęcać ich życie dla najbardziej trywialnych celów.

Odrzucenie szowinizmu gatunkowego wcale nie równa się twierdzeniu, że każde życie ma taką samą wartość. Gdy rozważamy moralny problem zadawania bólu, nie mają znaczenia takie cechy, jak samoświadomość, zdolność wybiegania myślą w przyszłość, lokowania w niej nadziei i aspiracji, tworzenia i podtrzymywania znaczących więzi z innymi – ból jest zawsze bólem, bez względu na to, jakie jeszcze zdolności poza zdolnością jego doświadczania ma żywe stworzenie; cechy te jednak zdają się mieć znaczenie, gdy rozważamy moralny problem zabijania. „Twierdzenie, że życie istot świadomych siebie, zdolnych do abstrakcyjnego myślenia i planowania przyszłości, do skomplikowanych aktów porozumiewania się ma większą wartość niż życie istot nie mających tych zdolności, wcale nie jest arbitralne” [11] – mówi Singer.

Praktyczne konsekwencje tej tezy: gdy konieczny jest wybór, czy ratować życie człowieka, czy zwierzęcia, pierwszeństwo, jakie w normalnych okolicznościach przyznaje się życiu człowieka, odwołuje się do cech zwykle przez człowieka posiadanych, a nie do samej przynależności gatunkowej. Ale ponieważ są ludzie, którym tych cech brakuje, nie można twierdzić, że życie człowieka jest samo w sobie cenniejsze niż życie zwierząt.

Przeważnie pytanie, czy (bezbolesne) zabicie zwierzęcia jest złem, nie wymaga udzielenia ścisłej odpowiedzi. Skoro już zdamy sobie sprawę, że sama przynależność danej istoty do naszego gatunku nie wystarcza, by jej zabicie zawsze było złem, będziemy mogli raz jeszcze przemyśleć naszą politykę chronienia ludzkiego życia za wszelką cenę, nawet wtedy, gdy nie ma szans, by mogło mieć akceptowalną jakość, lub gdy wiąże się z bólem nie do zniesienia.

Póki będziemy pamiętać, by w równym stopniu respektować życie zwierząt co życie ludzi na podobnym poziomie umysłowym, póty uda nam się uniknąć wyrządzenia zbyt wielkiego zła. Twierdzenia, o których była mowa, odwołują się tylko do zasady minimalizacji cierpienia.

## Piśmiennictwo

- [1] Singer P. *Animal liberation*. London 1987:43.
- [2] Lord Brain, Presidential Address. W: KeeleCA, Smith R (redaktorzy): *The Assessment of Pain in Men and Animals*, Universities Federation for Animal Welfare. London 1962.
- [3] Serjeant R. *The Spectrum of Pain*. Hart Davis, London 1969:72.
- [4] Zob. raporty: Committee on Cruelty to Wild Animals, nr 8266, 1951, paragrafy 36–42; Departmental Committee on Experiments on Animal, nr 2641, 1965, paragrafy 179–182; oraz Technical Committee to Enquire into the Welfare of Animals Kept under Intensive Livestock Husbandry Systems, nr 2836, 1965, paragrafy 26–28.
- [5] Zob. Bentham J. *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*, tłum. Nawroczyński B. Warszawa 1958, rozdział 17.
- [6] Goodall J. *In the Shadow of Man*. Houghton Mifflin, Boston 1971:225.
- [7] Singer P. *Animal liberation*. 49.
- [8] Zob. *ibidem*.
- [9] *Ibidem*: 53.
- [10] Por. *ibidem*: 53–54.
- [11] *Ibidem*: 56.

*adres do korespondencji*

Agnieszka Ryczek  
Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
Ul. Dąbrowskiego 79, 61-529 Poznań, email: aryczek@ump.edu.pl

## REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC W „POLSKIM PRZEGLĄDZIE NAUK O ZDROWIU”

Redakcja „Polskiego Przeglądu Nauk o Zdrowiu” publikuje prace oryginalne, poglądowe, opracowania kazuistyczne, sprawozdania z uczestnictwa w zjazdach krajowych oraz międzynarodowych z zakresu: medycyny, w tym fizjoterapii i rehabilitacji, zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowia, problematyki zarządzania w ochronie zdrowia, kształcenia kadr w ochronie zdrowia.

### *Przygotowanie manuskryptu*

1. Artykuł powinien być napisany w języku polskim i przesłany do redakcji w 2 identycznych egzemplarzach w wersji wydrukowanej oraz elektronicznej na nośniku CD/DVD lub przenośnej pamięci USB (pendrive).
2. Przyjmowane będą prace napisane w edytorze tekstu Microsoft Word.

### *Strona tytułowa manuskryptu*

Strona tytułowa artykułu powinna posiadać następujący układ:

1. Tytuł (w języku polskim i angielskim).
2. Imiona, nazwiska i tytuły naukowe autorów.
3. Nazwa jednostki, w której praca została wykonana oraz imię, nazwisko, tytuł kierownika jednostki.
4. Pełny adres korespondencyjny głównego autora pracy (wraz z numerem telefonu, faksu oraz adresem mailowym).

### *Streszczenia i słowa kluczowe*

Do pracy powinno być dołączone streszczenie w języku polskim i angielskim zawierające nie więcej niż 250 słów oraz od trzech do pięciu słów kluczowych również w języku polskim i angielskim.

W przypadku pracy oryginalnej streszczenie powinno posiadać układ strukturalny: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, wnioski (introduction, aim of the study, material and methods, results, conclusions).

### *Układ pracy*

1. Tekst prac oryginalnych powinien posiadać budowę strukturalną i dzielić się na następujące rozdziały: wstęp, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo.
2. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna przekraczać 12 stron, kazuistycznych 5 stron, innych – 2 strony.
3. Prace powinny być napisane na papierze w formacie A4, z zachowaniem 1,5 linii odstępu między wierszami, czcionką 12 punktów (Times New Roman).
4. Materiał źródłowy przytaczany w tekście wg systemu Vancouver (wg kolejności cytowania, oznaczony w nawiasach kwadratowych. Spis piśmiennictwa należy umieścić po tekście pracy).

W przypadku czasopism obowiązuje układ: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł pracy, nazwa czasopiśma, rok, zeszyt, tom, numery pierwszej i ostatniej strony. W przypadku cytowania rozdziału z książki należy podać: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł rozdziału, nazwiska redaktorów książki (jeśli występują), tytuł książki, wydawnictwo, miejsce wydania, rok wydania, numery pierwszej i ostatniej strony rozdziału.

Powołując się na fragmenty książek należy uwzględnić: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł książki, nazwiska redaktorów (jeśli występują), wydawnictwo, miejsce wydania, rok wydania, numer strony.

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac niecytowanych w tekście pracy.

### *Ryciny i tabele*

Ryciny i tabele należy wydrukować na oddzielnej stronie. Na odwrocie należy podać numer ryciny lub tabeli, nazwisko autora i tytuł pracy. W tekście należy zaznaczyć miejsce na rycinę lub tabelę, podając jej numer i tytuł.

### *Wymagania i prawa wydawcy*

1. Wraz z pracą należy przesłać oświadczenie wszystkich autorów, że manuskrypt nie był wcześniej publikowany, oraz że nie został zgłoszony do publikacji w innym czasopiśmie krajowym lub zagranicznym.
2. Praca przed przyjęciem do druku podlega recenzji przez dwóch wybranych specjalistów z danej dziedziny.
3. Redakcja może dokonywać zmian, bez uzgadniania z autorem, dotyczących stylistyki, usunięcia powtórzeń oraz przesunięć tabel i rycin.

Adres redakcji:

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny  
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu,  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań  
(Sekretariat Dyrektora)

