

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris
Medicinae Legnicensis**

Zeszyt naukowy

Nr 2 (22)/2019

Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji

Naukowo-Szkoleniowej **„Kobiety w medycynie”**,

Legnica 9 marca 2019 r.

oraz Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej

„Pielęgniarka i położna wobec wyzwań XXI wieku”,

Legnica 18 maja 2019 r.

Legnica 2019

Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

Redaktor naczelny:
dr n. med. Ewa Barczykowska

Redaktor naukowy:
dr hab. n. farm. Zbigniew Rykowski, prof. WSM w Legnicy

Komitet naukowy:
prof. dr hab. n. med. Stanisław Pielka
dr hab. Zbigniew Rykowski, prof. WSM
dr hab. n. med. Stanisław Szymaniec
doc. dr n. ekon. Ryszard Pękała
doc. dr. n. med. Wiktor Piotrowski
dr n. o zdr. Wiesław Zielonka
mgr Aleksander Pękała

Recenzent zewnętrzny:
dr n. med. Beata Haor

Konsultacja językowa:
Język polski – mgr Krystyna Pękała
Język angielski – mgr Regina Rawska

Redaktor wydania:
dr n. med. Ewa Barczykowska

Skład i łamanie:
inż. Marcin Czuba

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna
Wydanie I, Legnica 2019-09-01

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

ISSN 2084-3607

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
Ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
Tel. 76 854 99 33
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Spis treści
Table of contents

| | |
|--|----|
| Ewa Barczykowska Słowo wstępne Preface..... | 5 |
| Julia Bareła, Ewa Skrzypek Janina Misiewicz – ocalała medycynierka Janina Misiewicz – a medical doctor who survived..... | 9 |
| Iwona Bejster Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą Let us hurry to love people, leave so quickly..... | 24 |
| Michał Czaplejewski, Ewa Skrzypek O bohaterstwie Wandy Heleny Łążyńskiej pseud. Bożawola About the heroism of Wanda Helena Łążyńska, the stage name Bożawola ang..... | 33 |
| Elżbieta Grajczyk Rachunek sumienia pielęgniarki według Hanny Chrzanowskiej Examination of a nurse's conscience according to Hanna Chrzanowska..... | 52 |
| Barbara Kozakiewicz, Małgorzata Chądzyńska Operacje odtwórcze piersi powód lęku i rezygnacji Reconstructive breast operations cause fear and resignation..... | 58 |
| Natalia Miksiewicz Bowaryzm, histeria i melancholia – medyczne przypadki bohaterek kobiecych w literaturze XIX wieku Bovarism, hysteria and melancholy – medical cases of female figures in 19th century literature..... | 66 |
| Anna Obuchowska, Patrycja Nowak, Dorota Szpytma, Witold Zardzewiały, Marcin Rząca „Ile Cię trzeba cenić, ten tylko się dowie kto Cię stracił” - zdrowie naszej przyszłości „How much one should prize you, he only can tell who has lost you” – health of our future..... | 72 |

Barbara Palka, Dominik Respondek, Joanna Żarkowska

„Słaba pleć, a jednak najsilniejsza, słaba pleć, a jednak najmocniejsza” – czy słowa piosenki E. Bodo znajdują odzwierciedlenie wśród kobiet w medycynie?

„Słaba pleć, a jednak najsilniejsza, słaba pleć, a jednak najmocniejsza” – may the lyrics of E. Bodo's song be reflected to women in medicine?.....80

Jolanta Pietras, Elżbieta Grajczyk

Wielkie i niedocenione, czyli efekt Matyldy w naukach medycznych

Mighty women, undervalued females of medical science- Matilda effect.....88

Witold Zardzewiały, Anna Obuchowska, Patrycja Nowak, Dorota Szpytma, Marcin Rząca

Po dwóch stronach szklanego ekranu - promocja zdrowia w mass mediach i ich wpływ na styl życia człowieka

On both sides of the glass screen - health promotion in the mass media and its influence on human lifestyle.....96

Regulamin publikowania prac.....107

Ewa Barczykowska

Słowo wstępne

Preface

Wiosną 2019 roku w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy odbyły się dwie ogólnopolskie konferencje naukowo-szkoleniowe, które miały charakter interdyscyplinarny i wpisywały się w tematykę związaną z rolą i tożsamością kobiet oraz różnorodnymi aspektami kobiecości dawniej i obecnie.

Konferencja, która odbyła się 9 marca 2019 roku była zatytułowana „Kobiety w medycynie”. Celem konferencji było zaprezentowanie udziału kobiet w różnorodnych obszarach nauki, medycyny i systemie ochrony zdrowia, a także ich wpływu na rozwój zawodów medycznych, edukacji, kultury, na los człowieka, społeczności lokalnych i całego kraju. W ramach konferencji prezentowane były tematyczne wykłady, odbyły się spotkania oraz ożywione dyskusje naukowców i praktyków. Podzielone przedmiotowo sesje naukowe obejmowały następujące obszary zainteresowań uczestników Konferencji: „Zmienna i niezmienna rola kobiety na przestrzeni wieków”, „Status położnej a samodzielność zawodowa w sprawowaniu opieki nad kobietą”, „Historia i etos zawodu pielęgniarki”, „Geneza pozycji kobiet w naukach medycznych” oraz „Świadomość zdrowotna kobiet i ich rodzin”.

Natomiast 18 maja 2019 roku odbyła się konferencja pod hasłem „Pielęgniarka i położna wobec wyzwań współczesnego świata”. Uczestnicy zaprezentowali referaty w dwóch sesjach naukowych: „Człowiek, jego zdrowie i styl życia priorytetem dla pielęgniarek i położnych” oraz „Pacjent a relacja terapeutyczna i profesjonalizm w opiece pielęgniarskiej”.

Rezultatem tych Konferencji są publikacje wchodzące w skład niniejszych Zeszytów Naukowych.

Na szczególne zainteresowanie zasługują dwa artykuły, które zostały opracowane w Studenckim Kole Naukowym Historii Medycyny, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod opieką naukową dr Ewy Skrzypek. Zawierają one bezcenne przesłanie – próbę ocalenia od zapomnienia historie kobiet-bohaterek z powstania warszawskiego. Nieoceniona w tych ciężkich chwilach była pomoc medyczna: lekarzy, sanitariuszy, farmaceutów, którzy narażali swoje własne życia dla ratowania innych. Bohaterką artykułu pt. *Janina Misiewicz – ocalala medycynierka* autorstwa Julii Bareły oraz Ewy Skrzypek jest lekarka, profesor zwana *ambasadorką polskiej fizjatrii*. Podczas okupacji niemieckiej prowadziła tajne nauczanie medycyny, była więziona na Pawiaku. Dwukrotnie została odznaczona Krzyżem Walecznych oraz Oficerskim i Kawalerskim Krzyżami Orderu Odrodzenia Polski, ale *„przede wszystkim, do końca życia, oddana służbie drugiemu człowiekowi”*.

W kolejnej pracy Michała Czapplejewskiego i Ewy Skrzypek zatytułowanej ***O bohaterstwie Wandy Heleny Łążyńskiej pseud. Bożawola*** zaprezentowana została lekarka, która już kilka lat po ukończeniu studiów stanęła do walki z wrogiem i niosła pomoc jako wybitny specjalista chirurgii dziecięcej. W czasie walk powstańczych została przydzielona do Obwodu V Armii Krajowej Mokotów, gdzie jako ordynator szpitala polowego, poległa 29. dnia powstania warszawskiego, podczas przenoszenia rannych pacjentów.

Rozważania zawarte w niniejszym opracowaniu mają charakter interdyscyplinarny i tematyka medyczna wkracza w świat literatury. Niezwykle intrygujący jest artykuł Natalii Miksiewicz: ***Bowaryzm, histeria i melancholia – medyczne przypadki bohaterek kobiecych w literaturze XIX wieku***. Praca przedstawia kreowany przez pisarzy obraz choroby ducha i umysłu kobiet oraz prezentuje najciekawsze postaci XIX wieku naznaczone ograniczeniami natury medycznej. Podejmuje także temat obłądzenia kobiecego w literaturze oraz przenikanie się wątków literackich z medycznymi na przestrzeni tych epok. Autorka próbuje odpowiedzieć na szereg pytań: *Czy niezrozumiałe problemy natury psychicznej prezentowane przez bohaterki głośnych powieści marginalizują ich znaczenie w procesie historyczno-literackim? Czy bowaryzm to choroba, którą powinni wziąć pod lupę psychiatrzy? Dlaczego romantyzm i pozytywizm pełne są wizerunków kobiet innych, targanych niezrozumiałymi siłami?...*

Inspiracją do kolejnego artykułu pt.: ***Wielkie i niedocenione, czyli efekt Matyldy w naukach medycznych*** było zjawisko znane i opisywane w literaturze pod pojęciem tzw. efektu Matyldy. Autorki Jolanta Pietras oraz Elżbieta Grajczyk uwzględniają aspekty dążenia i determinacji kobiet do możliwości pełnego korzystania z edukacji. Przedstawiają krótką charakterystykę wybranych przedstawicielek nauki (zwłaszcza nauk medycznych oraz pokrewnych), które mimo oczywistych osiągnięć znalazły się na marginesie dokonań swoich kolegów naukowców. Pomimo naturalnych predyspozycji do podejmowania działań opiekuńczo-leczniczych na rzecz chorych i potrzebujących, kobiety przez całe stulecia były pozbawione prawa do zdobywania wykształcenia medycznego, a tym samym możliwości formalnego, profesjonalnego wykonywania zawodów medycznych. Na przestrzeni wieków pokonywały one jednak bariery uniemożliwiające im zdobywanie wiedzy i praktyki medycznej, przełamując w ten sposób stereotypy, według których ich płeć uniemożliwiała im funkcjonowanie w medycynie. Prekursorki aktywności kobiet w naukach medycznych, na świecie i w Polsce, udowadniały, że potrafią kształcić się, praktykować, a także przekazywać swoją wiedzę i doświadczenie innym.

Pielęgniarka, błogosławiona Hanna Chrzanowska stała się obiektem zainteresowania Elżbiety Grajczyk. Autorka w artykule zatytułowanym: ***Rachunek sumienia pielęgniarki według Hanny Chrzanowskiej*** zwraca uwagę na wielkie przeżycie jakim była beatyfikacja Hanny Chrzanowskiej w środowisku

pielęgniarskim. Polska błogosławiona do świętości doszła m.in. poprzez piękne wykonywanie swego zawodu. Jest autorką „Rachunku sumienia pielęgniarki”, często nazywana sumieniem środowiska pielęgniarskiego. Jego treść może być pomocą dla wszystkich pracujących zawodowo osób, nie tylko pielęgniarek, które chcą lepiej wypełniać swoje obowiązki.

Współcześnie na wyróżnienie zasługują kobiety, których sukcesy w pracy zawodowej, zaangażowanie i entuzjazm w działalności społecznej budzą szacunek i uznanie. Zwykle i jednocześnie niezwykle i wyjątkowe – działając na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i poprawy warunków opieki nad chorymi w „małych ojczyznach” dokonują rzeczy, które dla innych są niemożliwe. Wyróżniają się przy tym niezwykłą osobowością i empatią. Postać pielęgniarki oddziałowej Grażyny Majewskiej-Kaźmierczak z Oddziału Medycyny Paliatywnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, a jednocześnie studentki WSM na kierunku Pielęgniarstwo, zaprezentowała Iwona Bejster w artykule ***Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą***. Powstanie i dynamiczny rozwój opieki paliatywnej w Legnicy nie byłby możliwy, gdyby w grupie „zapaleńców” nie znalazła się Grażyna Majewska-Kaźmierczak.

Kolejne opracowania dotyczą najpoważniejszych problemów zdrowotnych, z którymi boryka się współczesny świat. Zagadnienie zachorowania na raka piersi podjęły Barbara Kozakiewicz oraz Małgorzata Chądzyńska prezentując badania naukowe w oryginalnym artykule pt.: ***Operacje odtwórcze piersi powód lęku i rezygnacji***. Precyzyjniejsza diagnostyka wymusza więcej zabiegów radykalnego usuwania piersi pogłębiając negatywne emocje wśród pacjentek związane z rozpoznaniem raka. Wczesna rekonstrukcja piersi może zmniejszyć negatywne odczucia i poprawić kondycję psychiczną kobiet. Rekonstrukcja piersi pozytywnie wpływa na stan psychiczny kobiet lecz zbyt rzadko jest z nimi omawiana. Autorki z naciskiem postulują: „o możliwości rekonstrukcji piersi należy informować kobiety jeszcze przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego, dlatego w zespole omawiającym planowane leczenie powinien uczestniczyć psychoonkolog i chirurg plastyk”.

Następny artykuł świadczący o naukowej aktywności studentów w zakresie zdrowia człowieka, wywodzi się ze Studenckiego Koła Naukowego, Katedry Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Praca autorstwa Anny Obuchowskiej, Patrycji Nowak, Doroty Szpytmy, Witolda Zardzewiałego oraz Marcina Rzący nosi tytuł: ***„Ile Cię trzeba cenić, ten tylko się dowie kto Cię stracił” - zdrowie naszej przyszłości***. Celem pracy jest ukazanie zmieniających się tendencji w zagrożeniach zdrowia człowieka. Rozwój cywilizacji i polepszenie warunków życia zmieniły profil zagrożeń, a także rodzaj chorób i problemów zdrowotnych. Ubiegły, dwudziesty wiek był szczególnie pod względem zdobyczy medycyny. Wielkie odkrycia m.in. szczepionki, antybiotyki zmniejszyły zdecydowanie śmiertelność z powodu chorób zakaźnych. Gwałtowny postęp

cywilizacyjny, procesy demograficzne i klimatyczne to zjawiska nieuniknione. Ponadto działalność człowieka, która w coraz większym stopniu stawała się inwazyjna w stosunku do naturalnego środowiska, doprowadziła do powstania nowych problematycznych sytuacji. Każdego roku przybywa nowych wyzwań, a już istniejące problemy – pogłębiają się.

Kolejna praca pochodząca z tego samego ośrodka akademickiego dotyczy „nowej” świadomości zdrowotnej – koncentracji współczesnego człowieka na zachowanie zdrowia. Autorzy Witold Zardzewiały, Anna Obuchowska, Patrycja Nowak, Dorota Szpytma, Marcin Rząca w artykule pt.: ***Po dwóch stronach szklanego ekranu — promocja zdrowia w mass mediach i ich wpływ na styl życia człowieka*** podkreślają wpływ mass mediów na kształtowanie się określonych wzorów i stylu życia odbiorców. Fakt ogromnej użyteczności mass mediów poprzez programy tematyczne, czy kampanie prozdrowotne wykorzystywany jest z powodzeniem w promocji zdrowia. Jednocześnie obserwowany jest zdecydowanie negatywny wpływ mass mediów, który wynika z promowania osiągnięcia idealnego ciała, co może generować wykształcenie poważnych zaburzeń i chorób m.in. ortoreksji, anoreksji czy bigoreksji.

Niniejsze opracowanie jest świadectwem udanej współpracy i integracji praktyków i teoretyków różnych zawodów. Adresowane jest przede wszystkim do studentów medycyny i nauk o zdrowiu, jak również do osób wykonujących zawody medyczne i humanistyczne, a także do wszystkich zainteresowanych „sprawami kobiet”.

Zapraszam do lektury,
dr Ewa Barczykowska

Legnica, 2019

Janina Misiewicz - ocalała medycynierka Janina Misiewicz - a medical doctor who survived

Julia Bareła^{1,A-F}, Ewa Skrzypek^{2,A-F*}

¹SKN Historii Medycyny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Studium Historii Medycyny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

* autor korespondencyjny, e-mail: ewa.skrzypek@wum.edu.pl

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 2 (22): 9-23

Streszczenie

Powstanie warszawskie, które wybuchło 1 sierpnia 1944 roku i trwało sześćdziesiąt trzy dni, przyniosło śmierć blisko dwustu tysiącom osób. Bilans strat w ludności byłby zapewne większy, gdyby nie nieoceniona pomoc lekarzy, pielęgniarzy, sanitariuszy czy farmaceutów, którzy toczyli swoją codzienną walkę na własnych frontach, w salach szpitali powstańczych, piwnicach czy nawet na ulicach. Według danych Ministerstwa Zdrowia, w powstaniu warszawskim brało udział tysiąc dwustu dziesięciu lekarzy i około sześć tysięcy osiemset sanitariuszek. Czynnie działało dwieście dwadzieścia pięć szpitali, około stu dwudziestu jednostek polowych oraz ponad dwieście punktów opatrunkowych. Wśród nich dużą grupę stanowiły kobiety, które zajmowały się nie tylko łącznością, ale też udzielały pomocy medycznej. Jedną z nich była Janina Misiewicz (1893-1958). Lekarka z polskiej rodziny, urodzona poza granicami kraju, profesor zwana *ambasadorką polskiej fizjatrii*, prowadząca tajne nauczanie medycyny podczas okupacji niemieckiej, więźniarka Pawiaka, ordynator Szpitala Wolskiego, twórca i kierownik pozamiejskich szpitali powstańczych. Ocalała z Rzezi Woli oraz obozu przejściowego w Pruszkowie. Autorka wspomnień z powstania warszawskiego. Odnaczona dwukrotnie Krzyżem Walecznych oraz Oficerskim i Kawalerskim Krzyżami Orderu Odrodzenia Polski. Przede wszystkim, do końca życia, oddana służbie drugiemu człowiekowi.

Słowa kluczowe: Janina Misiewicz, druga wojna światowa, powstanie warszawskie, szpitale powstańcze

Summary

The Warsaw Uprising, which broke out on August 1, 1944 and lasted sixty-three days, resulted in the death of nearly two hundred thousand people. The balance of losses in the population would probably be larger were it not for the invaluable help of doctors, nurses, paramedics or pharmacists who fought their daily struggle on their own fronts, in the rooms of insurgent hospitals, basements or even on the streets. According to data from the Ministry of Health, one thousand two hundred and ten doctors and about six thousand eight hundred nurses participated in the Warsaw Uprising. Two hundred and twenty five hospitals, about one hundred and twenty field units and over two hundred dressing points were active. Among them, a large group were women who not only dealt with communications, but also provided medical assistance. One of them was Janina Misiewicz (1893-1958). A doctor from a Polish family, born outside the country, a professor called the *ambassador of Polish phytiatry*, conducting secret teaching of medicine during the German occupation, a prisoner Pawiak, head of the Wolski Hospital, creator and head of non-urban insurgent hospitals. She survived from Wola Slaughter and the transit camp in Pruszków. Author of memories of the Warsaw Uprising. She was awarded twice with the Cross of Valor and the Officer's and Knight's Cross of the Order of Polonia Restituta. First of all, for the rest of her life, she was devoted to serving other people.

Keywords: Janina Misiewicz, World War II, Warsaw Uprising, insurgent hospitals

Wstęp

Agresja nazistowskich Niemiec na Polskę, jaką niewątpliwie była druga wojna światowa, która rozpoczęła się 1 września 1939 roku atakiem na Westerplatte, była jednym z najkrwawszych wydarzeń współczesnej historii. Składała się z wielu bitew, potyczek i mniejszych walk. Od swoich uczestników – co najgorsze w przeważającej

liczbie byli to cywile, w tym kobiety, dzieci i starcy – wymagała wręcz niespotykanego poświęcenia i gestów odwagi. Nieustanny stres, strach o życie swoje i bliskich uniemożliwiał byt.

W takich właśnie momentach tworzą się historie o bohaterach – zwykłych ludziach o niezwykłych cechach. Najłatwiej jest mówić o osobach walczących z bronią w ręku. Często jednak zapomina się o tych, którzy swoje bitwy toczyli każdego dnia, poza polem walki – w szpitalach, piwnicach, kanałach, szwalniach czy drukarniach. Czytając biografie czy wspomnienia osób, które w czasie wojny były naszymi rówieśnikami, niejeden zastanawia się pewnie: co ja bym zrobił w tej sytuacji, czy stanąłbym do walki, odnalazłabym w sobie tak samo wiele odwagi, aby zginąć za Ojczyznę?

Najtragiczniejsze w skutkach było powstanie warszawskie, które rozpoczęło się 1 sierpnia 1944 roku w stolicy. To właśnie te znane sześćdziesiąt trzy dni walk pozwoliły na rozwój wręcz nieopisanych aktów heroizmu i narodziny prawdziwych, cichych bohaterów.

Jednym z nich była Janina Misiewicz, lekarka z prawdziwą pasją, próbująca za wszelką cenę ocalić ludzkie życie. Niezwykle odważna, energiczna, ambitna oraz pracowita. Nade wszystko ceniąca sobie dobro pacjentów. Jej wyjątkowe osiągnięcia, zarówno przed, w trakcie, jak i po okresie okupacji, czynią z jej historii biografie, obok której nie można przejść obojętnie (ryc. 1).



Ryc. 1. Janina Misiewicz

Źródło: Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie

Z Rosji do Woli

Janina Eufrozyna Kazimiera Misiewicz urodziła się 12 grudnia 1893 roku w Solwyczegodsku w północnej Rosji, jako córka potomków polskich zesłańców – inżyniera leśnika Władysława oraz Zofii, z domu Butkiewicz.

Początkowo uczyła się w domu, następnie w wieku dziesięciu lat, rozpoczęła naukę w Państwowym Gimnazjum Żeńskim w Nowgorodzie. W gimnazjum kierowała kolektywem klasowym i wydawała gazetkę szkolną *Kometa*. Po pomyślnym zdaniu matury w 1912 roku zaczęła studia w Żeńskim Instytucie Medycznym w Petersburgu. Każdą wolną chwilę poświęcała na poszerzanie wiedzy z zakresu bakteriologii, anatomii patologicznej, higieny pracy i psychologii doświadczalnej. Już w trakcie studiów, w roku 1915, rozpoczęła swoją pierwszą pracę w stacji sanitarno-epidemiologicznej w Nowgorodzie na stanowisku bakteriologa. Wykryła wówczas i *opracowała bakteriologicznie* epidemię cholery azjatyckiej w uzdrowisku Staraja Russa. W kolejnych latach pracowała również w licznych stacjach bakteriologicznych, Zakładzie Mikrobiologii oraz Zakładzie Anatomii Patologicznej.

18 marca 1918 roku uzyskała z odznaczeniem stopień lekarza. Początkowo, w latach 1918-1919, pracowała jako lekarz szkolny w Nowgorodzie, a następnie – przez kolejny rok – na oddziale duru plamistego w Szpitalu w Riazaniu. Tutaj też ciężko przechorowała dur plamisty.

Za zgodą władz bolszewickich, w marcu 1920 roku wyjechała do Polski i do sierpnia następnego roku była lekarzem Szpitala Powszechnego w Tarnowie. Przeniosła się do Warszawy i po zatwierdzeniu – 31 marca 1921 roku – jej dyplomu lekarskiego przez Uniwersytet Warszawski, we wrześniu objęła posadę asystenta w Klinice Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Pracowała tam u boku wybitnych mentorów, mających istotny wpływ na rozwój światowej medycyny, między innymi profesora Kazimierza Rzętkowskiego – lekarza internisty, autora licznych prac naukowych na temat diagnostyki chorób serca, fizjologii i patologii ciśnienia tętniczego oraz leczenia gruźlicy jako choroby społecznej. Następnie profesora Witolda Orłowskiego – pioniera fizjopatologii oraz biochemii. Tu też powstały jej pierwsze prace, dotyczące głównie skaz krwotocznych. Jednocześnie, w latach 1922-1937, była lekarzem szkolnym oraz od 1923 roku Poradni Przeciwgruźliczej. Uczyła także w Warszawskiej Szkole Pielęgniarek.

Wkrótce, a mianowicie już 22 marca 1924 roku, uzyskała doktorat z medycyny na podstawie dysertacji *Odczyn Botelho w diagnostyce nowotworów złośliwych*. W nagrodę za wysoko ocenioną pracę otrzymała stypendium Wydziału Nauki Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i przez prawie rok kontynuowała naukę między innymi w Instytucie Pasteura w Paryżu. Dzięki kolejnym licznym stypendiom mogła także poszerzać swoją wiedzę z zakresu profilaktyki

i leczenia gruźlicy w zagranicznych klinikach uniwersyteckich, chociażby w Szwajcarii Wiedniu i Rzymie (ryc. 2 i 3).



Ryc. 2. Janina Misiewicz - Konstancin, 1925 rok

Źródło: Zbiory Internetowego Polskiego Słownika Biograficznego



Ryc. 3. Mapa topograficzna okolic Warszawy, 1924 rok

Źródło: Wykonanie własne na podstawie: www.staremapy.waw.pl

Po powrocie przez rok pracowała w Poradni Przeciwgruźliczej Miejskiej przy ulicy Puławskiej oraz jednocześnie jako asystent Kliniki Wewnętrznej, przy której w roku 1929 zorganizowała i do roku 1936 prowadziła Poradnię Przeciwgruźliczą. W tym czasie w swojej pracy naukowej poświęciła się szeroko pojętym badaniom gruźlicy.

W roku 1935 zdała egzamin konkursowy na ordynatora oddziału chorób wewnętrznych, jednak nie otrzymawszy stanowiska w Warszawie, została dyrektorem i ordynatorem Szpitala Sanatorium Gruźliczego Świętego Józefa w Mieni pod Warszawą.

| | Im Jahre 1938 v. 1. bis | im Januar 1939 v. 1. bis 31. | im Februar 1940 v. 1. bis 28. | im März 1940 v. 1. bis 31. |
|---|---|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Vertrag - | | | | |
| privater Heil - Tätigkeit <small>(privatärztliche Tätigkeit)</small> | 3993 | 26 | 82 | 62 |
| Tätigkeit bei Sozialversicherungsstellen <small>(Tätigkeit bei den Sozialversicherungsstellen)</small> | / | / | / | / |
| Bezüge aus besetzter Stellung <small>(Einkünfte aus besetzter Stellung)</small> | 5892 | 355 | 335 | 331 |
| Sonstige Einnahmen (ganze Bezeichnung) <small>(sonstige Einnahmen)</small> | <i>Wochenlohn 1000,- Wochenlohn 1000,- Wochenlohn 1000,- 1000,-</i> | | | |
| Zusammen . . . | 9538 | 355 | 115 | 395 |

Das vorstehende Einkommen ist der Besteuerung...
 Einkommensteuer...
 Einkommensteuer...
 Einkommensteuer...
 Einkommensteuer...

10.6. 1940
Janina Misiewicz
 Sanatorium „Święty Józef“
 Mienia

Ryc. 4. Wykaz zarobków Janiny Misiewicz, 10 czerwca 1940 roku
Źródło: Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie

W kwietniu 1939 roku Janina Misiewicz przyjęła stanowisko ordynatora oddziału gruźliczego i chorób wewnętrznych oraz zastępcy dyrektora w Szpitalu Wolskim w Warszawie. Nie poprawiło to jednak jej trudnej sytuacji finansowej. Z zachowanego kwestionariusza z 10 czerwca 1940 roku można bowiem odczytać wysokość jej pensji za rok 1938 oraz w styczniu, lutym i marcu 1940 roku. Wynosiła ona odpowiednio: 9585 zł, 355 zł, 415 zł, 395 zł. Dla porównania warto dodać, że ówczesna cena 1 kg ziemniaków to 1,70 zł, a 1 kg masła – do 25 zł. W wyżej wymienionym kwestionariuszu doktor Misiewicz dopisała, że nie korzysta z przydzielonego jej mieszkania przy ulicy Kopernika 11, ponieważ uległo ono zniszczeniu (ryc. 4).

To właśnie Szpital Wolski, z którym związała się do końca swojego życia, stał się miejscem jej bohaterskiej walki o życia ludzkie. Janina Misiewicz stanęła na wysokości zadania, zawsze wzorowo spełniając swoje obowiązki ordynatora i dyrektora, nie zważając na niesprzyjające okoliczności, jakimi był wybuch drugiej wojny światowej.

Początki wojenne

W czasie okupacji niemieckiej Szpital Wolski, pod kierownictwem doktora Józefa Mariana Piaseckiego, mieścił się w budynku przy ulicy Płockiej 26. Już od samego początku walk wielu członków personelu szpitalnego aktywnie współpracowało z ruchem oporu. W szpitalu przechowywano broń i prasę podziemną, ukrywano Żydów oraz zbiegłych z Pawiaka więźniów, udzielano pomocy medycznej rannym żołnierzom Armii Krajowej. Po zamknięciu Uniwersytetu Warszawskiego, właśnie na terenie Szpitala Wolskiego, rozpoczęto tajne nauczanie medycyny, nazwane później Prywatną Szkołą Zawodową dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego, tak zwaną *Szkołą dr. Jana Zaorskiego*. Janina Misiewicz prowadziła wówczas wykłady z fizjologii, chorób zakaźnych oraz wewnętrznych. Była również odpowiedzialna za przeszkolenie około dwóch tysięcy sanitariuszek w ramach szkolenia sanitarnego Obrony Przeciwlotniczej. Jej kompetencja oraz zaangażowanie w nauczanie były niezwykle cenione wśród studentów. Po latach, Janina Siewicz wspomni: *[...] dr Misiewicz uczyła nas, jak lekarz powinien być postrzegany, jak powinien formułować pytania, aby nie zastraszyć chorego. Uczyla, jak pozyskać jego zaufanie i nie zranić jego godności. Przywiązywała wielką wagę, aby uwzględnić on warunki pracy pacjenta i środowiska, w którym żył. Uczyla racjonalnego myślenia, oszczędności w słowach, odpowiedniego ich doboru, poszanowania dla instytucji diagnostycznej, „szóstego zmysłu” przy łóżku chorego. Osobowość dr Misiewicz fascynowała nas wszystkich. W szpitalu, gdzie wszyscy „od portiera do dyrektora” byli złączeni pracą konspiracyjną, pracownicy opowiadali nam studentom o jej oddaniu chorym, odwadze, opanowaniu w krytycznych sytuacjach, o jej patriotyzmie* (ryc. 5) [5].



Ryc. 5. Janina Misiewicz (w środku) ze studentkami Szkoły dr. Zaorskiego

Źródło: Zbiory internetowe Archiwum Okręgowej Izby Lekarskiej

Wkrótce jednak niestety, po nieudanej próbie ratowania życia członków zamachu na Kutschere, Janina Misiewicz została aresztowana przez gestapo. Szczęśliwie, po paru dniach, żołnierzom Armii Krajowej udało się uwolnić ją z Pawiaka. Całą tę sytuację zanotowała, jednocześnie doskonale opisując panujące w tym czasie nastroje wśród mieszkańców Warszawy, jedna z ówczesnych jej studentek - Maria Janina Niżnikowska-Marks: *Wszyscy mocno przeżywalismy aresztowanie dr J. Misiewicz, dr. L. Manteuffla i dr. M. Ropka, w związku z operacją rannego w czasie zamachu na Kutschere „Lota” – Bronisława Pietraszkiewicza oraz zacieraniem śladów jego pobytu w szpitalu. Wszyscy cieszyliśmy się, gdy zostali zwolnieni z Pawiaka i powrócili do nas [6].*

Wojna o szpital

Począwszy od ostatnich dni lipca 1944 roku, wszyscy oczekiwali na rozkaz rozpoczęcia walk. Przybycie posłańców informujących, że lada chwila wybuchnie powstanie, przyjęto z istną ulgą. Szpital Wolski znajdował się w pierwszej linii frontu, w jego pobliżu przebiegała droga dojazdu do Śródmieścia, jak również ewentualnego odwrotu wojsk niemieckich. Dlatego też od samego początku zarówno personel szpitala, jak i pacjenci byli biernie zaangażowani w szybko następujące po sobie wydarzenia, między innymi: unieszkodliwienie *tygrysa* przy barykadzie na ulicy Górczewskiej, odwet Niemców, jak też liczne podpalenia okolicznych kamienic.

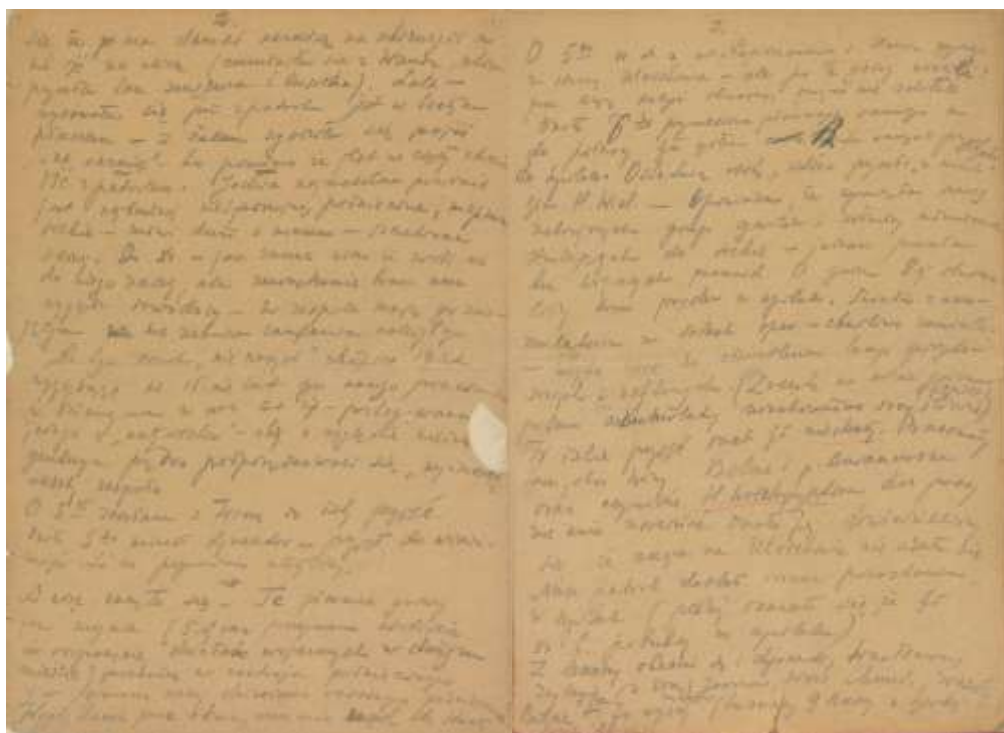
Mimo wszystko, dzięki dobrej organizacji i zarządzaniu, w szpitalu panował spokój i dyscyplina. Personel medyczny, przyzwyczajony do częstych nalotów od września 1939 roku, potrafił pracować w stresie i niedogodnych warunkach.

W zbiorach Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej imienia Stanisława Konopki w Warszawie zachował się oryginalny, pisany odręcznie ołówkiem *Pamiętnik z Powstania Warszawskiego prof. dr Janiny Misiewicz*, później uzupełniony o dopiski zapiski doktora Leona Manteuffela i opublikowany w *Przeglądzie Lekarskim*. Opisała w nim nastrój zniecierpliwienia czekaniem na wybuch powstania, jego początek i przebieg do 5 sierpnia – Rzeź Woli, stan szpitala i jego pacjentów w tym okresie oraz proces tworzenia przez nią pozamiejskich filii Szpitala Wolskiego. W jednym z fragmentów czytamy: *Większość naszej załogi, to ludzie, którzy przeżyli oblężenie Warszawy we wrześniu 1939 r., gdy huragan ognia artylerii łączył się z huraganem bombardowania lotniczego, toteż obecne walki, w których występują jedynie karabiny ręczne, maszynowe i (dość często) działka „tygrysów”, wydają się łatwiejsze do zniesienia. Istnieje też pięcioletnie przyzwyczajenie do nagłej straty bliskich ludzi, mienia, mieszkania, dlatego nie w takim stopniu wznuszają te zjawiska zarówno samych poszkodowanych jak i świadków obcych* (ryc. 6 i 7) [2].



Ryc. 6. Oryginalna okładka pamiętnika pisanego przez Janinę Misiewicz

Źródło: Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie



Ryc. 7. Oryginalne fragmenty (2 i 3 strona) z *Pamiętnika z Powstania Warszawskiego prof. dr Janiny Misiewicz*

Źródło: Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie

Pozorny spokój nie trwał jednak długo. Bowiem już 5 sierpnia, około południa, profesor Janusz Zeyland został wezwany przez wycofujących się z Warszawy żołnierzy Wehrmachtu. Zapewnili oni o wielokrotnie okazywanym szacunku dla służby medycznej, jednocześnie ostrzegając przed zbliżającymi się oddziałami SS. Oczywistym było, że do szpitala nadciąga katastrofa. Niestety, jedynie nieliczni ze schronionych w szpitalu cywili posłuchali rady dyrektora szpitala – Józefa Mariana Piaseckiego i uciekli w kierunku Śródmieścia.

Zagłada nastąpiła późnym popołudniem. Rozpoczęła się zastrzeleniem samego dyrektora Józefa Piaseckiego w jego własnym gabinecie, profesora Janusza Zeylanda oraz kapelana księdza Kazimierza Ciecierskiego. Następnie esesmani przeprowadzili wszystkich chodzących chorych, lekarzy, siostry zakonne, pielęgniarki, służbę szpitalną oraz spotkanych po drodze cywilów do Parku Moczydło, gdzie w małych grupach rozpoczęli rozstrzeliwanie mężczyzn. Zginęło wówczas blisko dwieście osób, jedynie nielicznym udało się uciec. Właśnie w tym kryzysowym momencie ukazało się bohaterstwo Janiny Misiewicz. Jak wspomina jedna z jej współpracownic: *Jej też należy zawdzięczać uratowanie życia części chorych i personelu żeńskiego Szpitala Wolskiego w pamiętnych dniach Powstania Warszawskiego. Po rozstrzelaniu 600 mężczyzn, my zebrane w hali na Moczydle oczekiwaliśmy podobnego losu. W wyniku*

rozmowy prof. Misiewicz z SS-manem kierującym masowym mordem w dniu 5 sierpnia 1944 r. – egzekucja została przerwana [8]. Dzień później zgromadzone w Parku Moczydło kobiety oraz ocalałych mężczyzn wyprowadzono do prowizorycznego obozu w Jelonkach, skąd szczęśliwie, po paru godzinach, udało się wydostać cały kobiecy personel medyczny wypędzony ze Szpitala Wolskiego.

Nawet z daleka od Warszawy doktor Misiewicz nie zaprzestała swoich działań. Od razu bowiem rozpoczęła organizację prowizorycznego ośrodka szpitalnego w Jelonkach, przy ścisłym kontakcie z główną placówką przy ulicy Płockiej 26 w Warszawie. Wielokrotnie musiała zmagać się z natłokiem chorych, brakami personelu, sprzętu czy pożywienia oraz ze stałymi atakami Kałmuków. Mimo natłoku obowiązków, sercem wciąż pozostawała w stolicy: [...] *jeszcze tragiczniejszy wydaje mi się los opuszczonej przez wszystkich i wydanej na bezlitosne niszczenie Warszawy. W rozmowach z moimi towarzyszami i, analizując własne uczucia, stwierdzam, że każdej z nas trudno odłączyć niepokój i rozpacz na myśl o losie kogoś bliskiego od myśli o tych wszystkich, co zginęli w tych czasach i o tych, co giną i giną jeszcze [2].*

W związku z wciąż zwiększającą się liczbą chorych, podjęto decyzję o przewiezieniu tych objętych gruźlicą do nowo utworzonej filii Szpitala Wolskiego w Podkowie Leśnej, mieszczącej się w budynku kasyna: [...] *uznano szpital w Podkowie za Szpital Wolski, a mnie za dyrektora. Objęłam szpital rozlokowany w budynku kasyna i zajętej willi Baniewiczza (prawdziwy pałacyk) [2].* W ciągu kolejnych dni personel szpitalny zdołał przewieźć z Jelonek do Podkowy Leśnej ponad stu chorych.

Zdolności organizacyjne, oddanie sprawie oraz gotowość do poświęceń, czyniły Janinę Misiewicz osobą nietuzinkową. Jej studentka, Krystyna Ossowska, po latach napisała: [...] *była organizatorką i duszą rozparcelowanego Szpitala Wolskiego. Ona to, mając niespożytą energię, krążyła pomiędzy Podkową Leśną, Pszczelinem a Olszanką. Dzielnie znosiła trudy podróży na wozie, na lorze pociągu, a jak było trzeba, na własnych nogach, dwojąc się i trojąc, łączyła te odległe miejsca w całość. Czuwała nad wszystkimi, zapędzając nas do kształcenia się, do prowadzenia zajęć dydaktycznych dla studentów. Dzięki temu mieliśmy wypełniony czas i brakło okazji do rozmyślań nad losem [5].*

Ostatni wpis w pamiętniku pochodzi z 30 sierpnia 1944 roku. Doktor Misiewicz opisuje tam monotonię dnia codziennego.

W trakcie sześciu miesięcy od tragicznych sierpniowych wydarzeń, przy pomocy licznych odważnych i oddanych współpracowników, udało jej się uruchomić dwie dalsze podjednostki, do których miał być ewakuowany Szpital Wolski. Utworzono filie: w Podkowie Leśnej – pod kierownictwem doktor Wiwy Jaroszewicz, w Pszczelinie pod Brwinowem – gdzie kierownictwo objął doktor Zbigniew Woźniewski oraz w Olszance pod Radziwiłłowem, na którego czele stanęła sama

Janina Misiewicz. Ostatnie ekipy personelu wraz z chorymi opuściły warszawski szpital już w końcowych dniach października 1944 roku, aby kontynuować swoją pracę w nowo otwartych szpitalach podmiejskich (ryc. 8).



Ryc. 8. Budynek filii Szpitala Wolskiego w Pszczelinie

Źródło: Zbiory internetowe Muzeum Dulag 121

Janina Misiewicz, wraz z całym personelem medycznym, powróciła do głównego Szpitala Wolskiego dopiero 18 stycznia 1945 roku, tuż po wyzwoleniu Warszawy i zajęła się organizacją Szpitala. Wkrótce objęła stanowisko dyrektora placówki, która w niedługim czasie wznowiła swoją pracę jako pierwszy szpital po lewej stronie Wisły.

Podczas uroczystości poświęconej pierwszej rocznicy Rzezi Woli, w swoim przemówieniu podkreśliła: *Nazajutrz, po opuszczeniu przez Niemców Podkowy Leśnej, 18 stycznia 1945 roku, nasza załoga objęła gmach Szpitala na Płockiej. Szpital zniszczony, bez dachu prawie i bez szyb, bez wody, bez światła. Lecz już 17 marca uruchomiliśmy pierwsze 40 łóżek. Dziś szpital na Płockiej ma już 210 czynnych łóżek, a niedługo będzie łóżek 420* [15]. Trudno było dziwić się euforii towarzyszącej rozwojowi szpitala, w momencie, gdy każde łóżko w zniszczonej wojną Warszawie było na wagę złota.

Okres powojenny

Czas powojenny to okres rozkwitu oraz spełniania marzeń naukowych Janiny Misiewicz. Wówczas aktywnie kierowała kursami przeciwgruźliczymi dla lekarzy oraz prowadziła wykłady z ftyzjatrii dla studentów medycyny. W 1948 roku uzupełniła stopień doktora habilitowanego z medycyny wewnętrznej na podstawie pracy *Badania nad odmą doświadczalną u królików: wpływ odmy na przebieg zakażenia gruźliczego*. W tym samym roku została kierownikiem Państwowego Instytutu przeciwgruźliczego w Szpitalu Wolskim, a w lutym 1950 roku objęła stanowisko dyrektora Instytutu Gruźlicy.

Już 5 października 1951 roku nadeszła upragniona i od dawna wyczekiwana chwila. Tego dnia bowiem doktor Misiewicz wygłosiła wykład inaugurujący pierwszą w Warszawie Katedrę Ftyzjatrii Akademii Medycznej, jednocześnie zostając jej kierownikiem. W tym właśnie momencie połączyła swoje zamiłowanie do nauczania z pragnieniem utworzenia ftyzjatrii jako odrębnej specjalizacji lekarskiej. W tym samym roku została mianowana profesorem nadzwyczajnym ówczesnej Akademii Medycznej w Warszawie.

Profesor Janina Misiewicz miała niezwykle bogaty dorobek naukowy (ryc. 9 i 10). W podziękowaniu za wkład w rozwój nauki, reprezentowanie Polski na licznych zjazdach oraz konferencjach została wkrótce obdarzona tytułem *ambasadorki polskiej ftyzjatrii*. Była też wieloletnim prezesem oraz sekretarzem zarządu głównego Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Przede wszystkim, dzięki swojemu zaangażowaniu w rozwój nauki i konsekwentnemu uświadamianiu innych, ocaliła tysiące ludzi przed gruźlicą. Tworząc Instytut Gruźlicy rozpoczęła walkę z tą chorobą w całej Polsce. To właśnie jej można zawdzięczać, iż gruźlica przestała być ówczesnym zagrożeniem społecznym.



Ryc. 9. Strona tytułowa pierwszego i drugiego wydania książki *Ftyzjatria. Podręcznik dla studentów medycyny autorstwa Janiny Misiewicz*

Źródło: Zbiory Biblioteki Głównej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Ryc. 10. Strona tytułowa książki *Leki przeciwgruźlicze* pod redakcją Janiny Misiewicz

Źródło: Zbiory Biblioteki Głównej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Za swoją bezinteresowną i bohaterką postawę w czasie okupacji została dwukrotnie odznaczona Krzyżem Walecznych oraz Oficerskim i Kawalerskim Krzyżami Orderu Odrodzenia Polski.

Profesor Janina Eufrozyna Kazimiera Misiewicz zmarła 5 października 1958 roku w Warszawie. Po czterdziestu latach po jej śmierci, na łamach Gazety Wyborczej, Józef Misiewicz napisał: *Moja mama była człowiekiem bardzo pracowitym pomimo choroby serca w ostatnich latach. Zmarła 40 lat temu w pełni sił twórczych w wieku 65 lat. W uznaniu zasług została pochowana w Alei Zasłużonych na Cmentarzu Powązkowskim w Warszawie* [4].

Bohaterstwo można definiować na różne sposoby. Nie ulega jednak wątpliwości, iż nie istnieje nic bardziej heroicznego niż poświęcenie własnego życia i młodości dla niesienia bezinteresownej pomocy drugiemu człowiekowi. Na początku XX wieku nikt zapewne nie spodziewał się, że niepozorna dziewczyna, córka zesłańców, będzie kiedyś zdolna do tak podniosłych czynów. Jeśli miarą oceniającą lekarza jest uratowanych istnień ludzkich, Janina Misiewicz zasiada zapewne na samym szczycie tej hierarchii zawodowej. W każdym fragmencie własnej wyjątkowej historii każdym czynem podkreślała bowiem swoją *wielkość*. Zarówno w okrutnych czasach wojny, jak i zaraz po niej, bezwarunkowo oddana była służbie innym. Nie obawiała się narazić własnego życia w obronie bliźniego. Na każdym kroku podkreślała nieugięta

wołę przetrwania, jak też ważność troski o własnych pacjentów. W swoim przemówieniu z 1945 roku podkreśliła: [...] *jakże przyjemnie nam było, kiedy Zofia Kossak-Szczucka, wielka pisarka polska, która przebywała w szpitalu w październiku ubiegłego roku, nazwała nasz szpital Szpitalem Dobrej Woli. Wola to piękne słowo! Kryje ono w sobie tak wiele treści i dźwięczy w nim wola i wolność. Te dwa słowa obraliśmy sobie za hasło; na zawołanie Szpitala na Woli „Libertas et Voluntas - Wolność i Wola”* [15].

Piśmiennictwo

1. Bardadin K.: *Prof. dr n. med. Maria Kobuszevska-Faryna. Wspomnienie*, 03.11.2010, zasoby internetowe Okręgowej Izby Lekarskiej, <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2010/n201011/n20101121> (dostęp: 07.03.2019).
2. Biberstein A.: *Zapiski z dni powstania warszawskiego w Szpitalu Wolskim. Przegląd Lekarski*, nr 1/1967, R. XXIII, 147-156.
3. Dunin-Wąsowicz K.: *Warszawa w latach 1939-1945*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.
4. Misiewicz J.: *Wspomnienie. W 40 lat po śmierci (1893-1958)*. *Gazeta Wyborcza*, 233/2827, 05.10.1998.
5. Lisowski W.: *Prekursorzy medycyny polskiej*, Bellona, t. 2, Warszawa 2011.
6. Niżnikowska-Marks M. J.: *Wspomnienia absolwentki, [w:] Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Powstanie Warszawskie i medycyna. Wspomnienia lekarzy, medyków i sanitariuszek z Powstania Warszawskiego*, suplement do T. CXXXIX, Nr 7/2003, 2 wyd., Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Warszawa 2003, 31-32.
7. Ostrowska T.: *Janina Eufrozyna Kazimiera Misiewicz, [w:] Polski słownik biograficzny*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, t. XXI, Warszawa 1976, 361-364.
8. Szenkowa I.: *Ambasador polskiej fizjatrii. Janina Misiewicz*, *Służba Zdrowia*, 49 (1262), 09.12.1973.
9. Wiśniewska M., Sikorska M.: *Szpital powstańczej Warszawy*, Oficyna Wydawnicza RYTM, Oficyna Wydawnicza POLICZEK Krajowego Przedsiębiorstwa Usługowo-Handlowego Polskiego Czerwonego Krzyża, Warszawa 1991.
10. Woźniewski Z.: *Historia Szpitala Wolskiego w Warszawie 1877-1944*, Warszawa 1991.
11. Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie.
12. Zbiory internetowe Muzeum Dulag 121.
13. Zbiory internetowe Stowarzyszenia Pamięci Powstania Warszawskiego 1944.
14. Zbiory internetowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.
15. Zieliński J., Wojda E.: *Kartki z historii (III)*. *Pneumologia i Alergologia Polska* 2012, 80, 4, 371-374

Adres do korespondencji:
dr n. med. Ewa Skrzypek
ewa.skrzypek@wum.edu.pl

Data wpływu do Redakcji: 29.03.2019
Po recenzji: 12.07.2019
Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą Let us hurry to love people, leave so quickly

Iwona Bejster^{A-F}

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 2 (22): 24-31

Streszczenie

Medycyna paliatywna, opieka hospicyjna jest działem medycyny bardzo dynamicznie rozwijającym się. Jako specjalizacja lekarska jest uznawana tylko w trzech krajach Europy: Wielkiej Brytanii, Irlandii i Polsce, w innych uznawana jako podspecjalizacja bądź umiejętność; także w pielęgniarstwie w Polsce istnieje specjalizacja: opieka paliatywna dla pielęgniarzek. Podążając za prekursorką współczesnej opieki paliatywnej Cicely Saunders, twórczynią modelowego ośrodka hospicyjnego w Londynie – Hospicjum św. Krzysztofa; również na gruncie polskim opieka paliatywna znalazła swą orędowniczkę - Hannę Chrzanowską: pielęgniarzkę, pracownicą socjalnego, założycielkę Centrum Opieki Domowej w Krakowie [1,2]. Zakres działań powyższej dziedziny medycyny jest tak szeroki, a tematyka obszarów spełniających kryteria szeroko rozumianej opieki holistycznej tak rozległa, że osoby podejmujące się pracy z pacjentem w stanie terminalnym stają przed nie lada wyzwaniem. Specyfika pracy z pacjentem umierającym i ich rodzinami wymaga szeroko rozumianej empatii, wiedzy teoretycznej, doświadczenia, taktu i wielkiego człowieczeństwa. To szczególne kompetencje łączące w sobie wiele dziedzin medycyny i pielęgniarstwa, ale też zagadnienia filozoficzne, psychospołeczne i duchowe [2]. W realizację zadań medycyny paliatywnej zaangażowany jest cały zespół interdyscyplinarny, jednak wydaje się, iż osobą najbliższą pacjentowi, towarzyszem „tu i teraz” jest osoba pielęgniarki. To jej pacjenci powierzają swoje troski, smutki, zmartwienia, zdradzają niespełnione marzenia, to w jej obecności zmagają się z bólem, cierpieniem psychicznym, ale też przy niej, i z nią próbują odnaleźć odrobinę uśmiechu w drobnych rzeczach. Ze względu na charakter w/w pracy, częsty brak satysfakcji z wykonywanych obowiązków, stale towarzyszący smutek, płacz i bezradność najbliższych, niewiele osób czuje się na siłach podjąć takie wyzwanie.

Z uwagi na powyższe oraz na to ile siły, poświęcenia, zaangażowania i oddania części siebie wymaga wykonywanie tak ciężkiej pracy, postarano się

Summary

Palliative medicine, hospice care is a branch of medicine that is developing very dynamically. As a medical specialization, it is recognized only in three European countries: Great Britain, Ireland and Poland, in others it is recognized as a subspecialty or skill; also in nursing in Poland there is a specialization: palliative care for nurses. Following the forerunner of the modern palliative care Cicely Saunders, who was creator of a model center in London hospice - Hospice of St. Christopher; also in Poland, palliative care found its ambassador - Hanna Chrzanowska: nurse, social worker, founder of the Home Care Center in Krakow [1,2]. The scope of activities of the above field of medicine is so wide, and the subject areas that meet the criteria of holistic care are so extensive that people undertaking work with a patient in a terminal state are faced with a challenge. The specificity of working with a dying patient and their families requires great empathy, theoretical knowledge, experience, tact and great humanity. These are special competences that combine many fields of medicine and nursing, but also philosophical, psychosocial and spiritual issues [2]. The whole interdisciplinary team is involved in the implementation of palliative medicine tasks, but it seems that the person closest to the patient, the companion of the "here and now" is the nurse. It's her patients entrust their cares, worries, betray unfulfilled dreams, in her presence they struggle with pain, mental suffering, also with her they are trying to find a little smile in the small things. Due to the nature of the above work, frequent lack of satisfaction with the duties performance, constantly accompanying sadness, crying and helplessness of loved ones, only few people feel able to take up such a challenge.

Due to the above, and how much strength, dedication and commitment requires doing such hard work, I have tried to present the figure of the Extraordinary Person Grażyna Majewska-Każmierczak, the person who most of his professional life devoted to patients in their most intimate moment of life - dying. To feel them like important people, loved ones, "taken

w niniejszym opracowaniu przybliżyć sylwetkę Osoby Niezwykłej Grażyny Majewskiej-Kaźmierczak, osoby, która większość swego życia zawodowego poświęciła pacjentom w ich najbardziej intymnej chwili życia – umieraniu. By do ostatniego momentu czuli się ludźmi ważnymi, kochanymi, „zaopiekowanymi” w każdej ze sfer ludzkiego życia. By odchodzili godnie i spokojnie.

Słowa kluczowe: medycyna paliatywna, pielęgniarstwo, walka z bólem i cierpieniem, śmierć

care of” in every sphere of human life until the last moment. That they would leave with dignity and peace.

Keywords: palliative medicine, nurse, fight with pain and suffering, death

*Licysz się tylko Ty, ponieważ jesteś sobą.
Licysz się do ostatniej chwili swego życia.
I zrobimy wszystko, co w naszej mocy,
żeby Ci pomóc nie tylko umrzeć w spokoju,
lecz żyć aż do śmierci.
Cicely Saunders*

Wprowadzenie

Nowotwory złośliwe od bardzo długiego okresu stanowią drugą, po chorobach układu krążenia, przyczynę śmierci polskich pacjentów (25% wszystkich zgonów). Wraz ze starzeniem się społeczeństwa stale rośnie liczba nowych zachorowań i szacuje się, iż zgony spowodowane nowotworami będą stanowiły pierwszą przyczynę śmierci przed ukończeniem 65. roku życia. Współcześnie w Polsce na nowotwory złośliwe zapada 160 tysięcy osób, z czego 90 tysięcy umiera. Pacjenci z chorobą nowotworową stanowią główną grupę odbiorców opieki hospicyjnej, tylko 10-30% stanowią inni chorzy. Są to osoby cierpiące na układowe zaniki pierwotne ośrodkowego układu nerwowego, choroby zapalne, choroby związane z zakażeniem wirusem HIV, niewydolność krążeniową, oddechową czy owrzodzenia odleżynowe [3]. Niezależnie od etiologii schorzenia, zarówno jedna jak i druga grupa pacjentów zmierza do tego co nieuchronne – śmierci.

„Życie do samego końca”

Bez żadnej wątpliwości, można powiedzieć, iż współczesne czasy wypierają ze świadomości chorobę, ból i śmierć. W dobie wiecznej młodości, piękna ciała, konsumpcyjnego modelu życia, rozwoju technologii – umieranie i śmierć nie znajdują miejsca. Śmierć upatruje się jako porażkę lekarzy, przegraną „nowoczesnych technologii medycznych”, coś co nie pasuje do leczenia, przypomina nam, że jesteśmy słabi. Możemy ją odsunąć, ale jej nie unikniemy. Śmierć uderza „sprawiedliwie”, nie interesuje jej prestiż ani pozycja osób, które wybiera. Każdy musi umrzeć bez względu na to czy jest bogaty, biedny, sławny czy też nieznany. Być może to właśnie nieuchronność i nieprzewidywalność czynią ją tak przerażającą. Dawniej była uznawana za naturalną część życia, taką jak narodziny, umiano patrzeć śmierci prosto

w twarz. Współcześnie uznawana za coś wstydlivego. Młodzi ludzie nie oswiają śmierci, nie mówią o niej, dzieci nie uczestniczą w pogrzebach. Nie myśląc i nie mówiąc o śmierci, zuboża się życie o jeden z najważniejszych składników, choć jest on kulminacyjnym momentem ziemskiego bytu, nadaje mu wartość i sens [4,5,6]. W polskiej, ale i nie tylko, rzeczywistości szpitale to odpersonalizowane instytucje, gdzie nie ma miejsca na potrzeby duchowe, gdy ciała nie można już naprawić; a to niestety najczęstsze, miejsce w których pacjenci dożywają swoich ostatnich dni.

Niestety we współczesnym, nowoczesnym i zabieganym świecie mało jest pacjentów którzy mają komfort umierania we własnym domu w towarzystwie najbliższych osób, które rozumieją potrzeby umierającego, pomagając mu cierpliwie i z godnością dotrzeć do końca.

Lęk, strach, samotność, smutek, cierpienie – to uczucia towarzyszące pacjentom terminalnym, którzy najbardziej pragną do ostatnich chwil zachować godność, szacunek i człowieczeństwo. To właśnie w tym momencie najbardziej oczekują szacunku i obecności drugiego człowieka. Te potrzeby zaczęto coraz bardziej dostrzegać stały się one motorem do tworzenia miejsc tzw. „życia do samego jego końca”, począwszy od kościelnych przytułków i schronisk po współczesne, coraz prężniej rozwijające się, choć ciągle niewystarczające w stosunku do potrzeb, ruchy hospicyjne [4,7,8].

Jak wspomniano we wstępie, także w Polsce zaczęto tworzyć miejsca, gdzie zgodnie z ideą opieki paliatywnej; śmierć to naturalny kres życia, z którą medycyna nie walczy, a dąży do utrzymania pacjenta w jak najlepszej kondycji traktując go jako holistyczną, niepowtarzalną jednostkę, obejmując swoim działaniem także rodzinę pacjenta.

Jednym z takich miejsc jest, działający od ponad dwudziestu lat, Oddział Medycyny Paliatywnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Jego powstanie i dynamiczny rozwój nie byłby możliwe, gdyby do profesora Jacka Łuczaka, prekursora zinstytucjonalizowanej opieki paliatywnej, nie dołączyła grupa „zapaleńców” z lekarzem Sławomirem Zarzyckim i pielęgniarką Grażyną Majewską–Każmierczak na czele. To w roku 1995 podjęli wyzwanie i próbę stworzenia w Legnicy zorganizowanej opieki paliatywnej. Swoją działalność rozpoczynali od niewielkiego pomieszczenia, hospicjum domowego, środków pozyskiwanych dzięki fundacji „Charon” i ogromnego, społecznego zaangażowania wielu ludzi po godzinach pracy. Zespół nieustannie się szkolił, organizował wiele akcji charytatywnych propagujących ideę hospicyjną. Przez kolejne lata rozwoju oddziału zmieniali się jego ordynatorowie, niezmienną pozostała pielęgniarka oddziałowa: Grażyna Majewska–Każmierczak [8].

„Tyle daj innym, ile ludzie tobie dali”

Kim jest, jakie wartości ceni w życiu, co osiągnęła, do czego dąży, i dlaczego jest tak Niezwykłą Osobą? Prywatnie to skromna dziewczyna pochodząca z niewielkiej wsi Wierzbowa, gdzie dorastała w pełnym miłości domu rodzinnym. Po szybkiej śmierci siostry została ukochaną jedynaczką swoich rodziców, szczególnie taty, który dbał o to, by Grażynce pokazać i przybliżyć cały świat. Łącząca ich szczególna więź wzmocniła się jeszcze bardziej gdy ojciec ciężko zachorował, a ośmioletnia dziewczynka zatroskana o jego zdrowie bała się, czy tato wróci do domu po operacji płuca. Od tego czasu, przez wiele lat, była jego najbardziej oddaną opiekunką. Jak sama twierdzi, to właśnie ojciec zaszczerpił w niej pierwsze ziarenko pielęgniarstwa – „Tyle daj innym, ile ludzie tobie dali” – to jego słowa, które przyjęła za życiowe motto. Po śmierci ojca z tęsknoty zmarła mama; kochany dziadek także umierał na raka przełyku w towarzystwie swojej wnuczki.

Śmierć w życiu Pani Grażyny zawsze była gdzieś niedaleko... To dlatego tak bardzo marzyła o dużej rodzinie. Obecnie jest żoną Andrzeja i razem są szczęśliwymi rodzicami piątki dzieci – „Z miłością lepiej się żyje, miłość dodaje skrzydeł, świat jest bardziej kolorowy” [9]. Pani Grażyna wspomina także o swojej „szóstej pociesze...” Jest również doskonale gotującą, piecząca ciasta, prowadzącą całe gospodarstwo domowe babcią. Jednak to nie wszystko, dla osoby o tak ogromnych pokładach energii, to za mało. Prężnie działa w lokalnej społeczności, skutecznie aktywizuje wiejskie kobiety, piastowała urząd radnej a następnie wiceprzewodniczącej Rady Gminy. Jak sama przyznaje nie potrafi się skoncentrować w ciszy, jest to męczące, to właśnie decybele, działanie są jej napędem życiowym. „*Energia mnie rozpiera i mogę robić kilka rzeczy naraz (...). Jak coś robię, to do cna (...). Wiem, że za szybko mówię (...). Mam świadomość, że jestem chaotyczna, ale przecież nikt nie jest idealny.* Jednak najważniejsze rzeczy, sprawy ma pod kontrolą. Ciągle w biegu, nieustannie działająca, spiesząca się, tak, by wszędzie i do wszystkich zdążyć – „*Szkoda czasu na gadanie, lepiej coś zrobić*” [8,9].

A robi bardzo wiele, mimo swych codziennych przedstawionych wyżej obowiązków z ogromnym zaangażowaniem oddaje się, jak to sama określiła, swojej wielkiej pasji – pracy zawodowej. Od prawie 24 lat jest pielęgniarką oddziałową Oddziału Medycyny Paliatywnej w Legnicy, który tworzyła począwszy od jednego pokoju przy oddziale laryngologicznym, do roku 2007, gdy oddział dysponował 23 łózkami i pomógł w ostatniej drodze życia aż 470 pacjentom. Jej ogromna energia, niepoprawny optymizm, siła przebicia i determinacja w dążeniu do słusznej sprawy, spowodowały, iż była w stanie poderwać tworzony przez siebie zespół do tak wytężonej pracy, często po jej godzinach, by zapewnić najlepszą jakość ostatnich dni życia jak największej liczbie potrzebujących. Zespół to nie tylko pielęgniarki, lekarze, salowe, psycholog, ale cała rzesza ludzi dobrej woli jak chociażby: wolontariusze, działaczki ze stowarzyszenia „Babiniec”, członkowie Lions Club z Legnicy,

przedszkolaki czy uczniowie. Dzięki tak mocnej grupie możliwe było szerzenie idei hospicyjnych, propagowanie wiedzy na temat działań i sensu opieki paliatywnej, „zadeptanie” nieustającego mitu jakoby hospicja stanowiły tzw. umieralnie. Corocznie oddział uczestniczy w akcji „Żonkil Nadziei”, podczas której symbolicznie rozdawane są żonkile osobom, które swoimi datkami wspierają podopiecznych oddziału i pomagają zaspokoić niezbędne potrzeby. Inicjowano szereg akcji, koncertów charytatywnych, wszystko po to, by zapewnić jak najlepsze warunki życia pacjentom. Pod kierownictwem Pani Grażyny i wsparciu wielu instytucji oddział zaczął rozkwitać; opieką, oprócz samych pacjentów, były objęte także rodziny umierających. Dla dzieci osób które odeszły, organizowano liczne formy wsparcia. Z powszechnie uznawanej „umieralni” powstał ciepły, przytulny, pełen akceptacji, cierpliwości i miłości dom. Dom z licznymi kwiatami, obrazami czy fototapetami i firankami. Wszystko po to, by odchodzącym pacjentom zapewnić poczucie bezpieczeństwa, namiastkę domu. Jak powtarza sama Pani Grażyna: *„to oddział gdzie regulamin szpitala traktowany jest bardzo elastycznie. Bo jak odmówić osobie chorej, umierającej kontaktu z czworonożnym przyjacielem? Jak być obojętnym wobec marzenia ojca, który pragnie uczestniczyć w Komunii świętej syna, czy nie spełnić pragnienia pacjentki o przypiecztowaniu związku przed Bogiem? Nie można – tutaj nie tylko towarzyszy się w umieraniu, ale pomaga się żyć do końca”* [6,8,9,10].

Szczerłość, optymizm, otwartość na drugiego człowieka, chęć pomocy bez względu na czas i porę dnia to niezaprzeczalne atuty Grażyny Majewskiej–Każmierczak, zalety, które bardzo cenią pacjenci, ale i niedowierzają w ich realność. Ukochana żona Urszula od pięciu lat zmagająca się z rakiem, ogromne cierpienie, nieustający ból, zrozpaczony mąż dzwoni na oddział: *„(...)To, panie Henryku, szkoda czasu i kasy na telefon. Poda pan adres, będę u was za kwadrans” Nie minęło 20 minut, a wpadła uśmiechnięta, rozgadana, z wielką butlą leku przeciwbólowego. Narobiła pozytywnego zamieszania. Ulę przestało boleć (...)*.

Kolejna z setek historia walki z chorobą, zmaganie się z trudnościami dnia powszedniego, towarzyszenie: *„Grażynka odwiedzała nas codziennie. Potem nawet dwa razy dziennie. Przynosiła ze sobą uśmiech i humor (...)Bardzo dużo zawdzięczam pani Grażynie, nigdy nie miałem żadnych problemów z lekami przeciwbólowymi. Żona wiedziała, że odchodzi (...) W ostatecznym dniu, pani Grażyna jechała na rodzinną uroczystość. Przed podróżą, wpadła jeszcze do nas na chwilę (...) Zapytała, czy jestem gotowy, bo ten moment nadejdzie tego dnia, po godz.15.00. Niezwykłe, ale pomyliła się o jakieś 20 minut”*.

Dla niektórych pacjentów czy ich rodzin postawa Pani Grażyny była wręcz nieprawdopodobna: *„Byłam w ogromnym szoku, że pomysłodawczyni i twórczyni tego oddziału osobiście fatyguje się do bliskich swych przyszłych pacjentów. Znajduje czas na rozmowę, podczas której rzeczowo tłumaczy, na czym będzie polegać opieka nad moją Najbliższą Osobą”* – Joanna Michalak, dziennikarka [8,9].

Skąd czerpać energię? Skąd Pani Grażyna bierze tyle siły, aby w tak specyficznym miejscu, gdzie jednak większość czasu wypełniona jest ludzkim cierpieniem, łzami, po prostu śmiercią? Skąd ten niepoprawny, zaraźliwy optymizm? To osobiste doświadczenia, zapamiętane słowa ojca o dzieleniu się z drugim człowiekiem całą sobą, to podziwiane autorytety: ksiądz Jan Twardowski, Marta Chmielewska – działaczka społeczna i były prezes Stowarzyszenia „Babiniec”, i wreszcie głęboka wiara. *„Tą wielką przygodę życia mogłam realizować dzięki wsparciu mojej rodziny oraz napotkanym na mojej drodze wspieranym ludziom, co oczywiście uważam za dany mi dar. Codziennie wyrażam swoją wdzięczność znajdując ukojenie w wierze, że znalazłam się na tym świecie właśnie po to, by służyć drugiemu człowiekowi”* [10].

Pani Grażyna szczególnie wspomina zdarzenie, gdy rozpoczęła naukę w studium medycznym (miała 21 lat), odebrano jej, co bardzo przeżyła, przywieziony z domu obrazek „Pan Jezus w Ogrójcu”. Obraz symbolizujący cierpienie fizyczne i duchowe Jezusa, jego agonię; modlitwę, osamotnienie i konanie w Ogródzie Oliwnym. Jak bardzo ta symbolika towarzyszy Jej w miejscu pracy, przez całe życie zawodowe? *„Miałam kiedyś sen: idę skalistą drogą, mijam przydrożne kapliczki, przy jednej z nich klęczy odwrócony do mnie tyłem człowiek; podchodzę bliżej, kładę mu rękę na ramieniu a głowę odwraca Pan Jezus..., i ten widok mam przed oczami każdego dnia, i wiem, że w tych najtrudniejszych chwilach mam z Kim porozmawiać...”* [10]. Energia to także ukojenie, pogodzenie i spokój widziane w oczach odchodzących pacjentów, oraz to „coś” co daje człowiekowi radość z pomocy innemu człowiekowi. *„Kto daje, ten dostaje”* mówi Pani Grażyna [9,10,11].

Tak profesjonalna opieka sprawowana nad pacjentami, ogrom wiedzy i umiejętności zapewne nie byłyby pełne, gdyby nie staranne wykształcenie i przygotowanie do zawodu. Grażyna Majewska-Kaźmierczak to:

- absolwentka medycznego Studium Zawodowego w Legnicy (1977), absolwentka Wydziału Nauk Pedagogicznych i Społecznych Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Zielonej Górze, kierunek: pedagogika opiekuńcza (2000), absolwentka studiów podyplomowych z zakresu psychoonkologii w Wyższej Szkole Psychologii Społecznej w Warszawie (2009),
- specjalistka z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (1996),
- ukończyła kursy: podstawy opieki paliatywnej, prawo medyczne, kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek oddziałowych, zarządzanie w służbie zdrowia, metody radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjenta,
- pielęgniarka anestezjologiczna Szpitala Chirurgicznego w Legnicy (1979-1993),
- pielęgniarka anestezjologiczna na bloku operacyjnym Wojewódzkiego Szpitala im. Falkiewicza w Legnicy (1994-1996),

- PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA ODDZIAŁU MEDYCYNY PALIATYWNEJ WSS w Legnicy (od 1996),

- członek Dolnośląskiej Rady Pielęgniarek i Położnych,

- organizatorka ogólnopolskich konferencji naukowych z zakresu medycyny paliatywnej,

- studentka studiów drugiego stopnia, IV semestru, na kierunku Pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy (stan na dzień 09.03.2019 rok – data prezentacji materiału na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Kobiety w medycynie”).

Pierwszą wiedzę z zakresu opieki paliatywnej Pani Grażyna otrzymała od profesora Jacka Łuczaka w Poznaniu oraz w Sieradzu, gdzie wówczas prowadzono wzorcowe hospicja [8,9,10]. Tak ogromne zaangażowanie w pomoc potrzebującym nie mogła pozostać niezauważona. Wysiłek pielęgniarki oddziałowej wraz z jej całym Zespołem został doceniony między innymi w postaci przyznania tytułów:

- „Filantrop Roku Regionu Legnickiego” – tytuł i statuetka przyznawana przez Stowarzyszenie „Jutrzenka” i Stowarzyszenie „Persona” w Legnicy – 2007 rok,

- Srebrny Krzyż Zasługi – 2007 rok,

- Wyróżnienie w konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia” – działalność charytatywna – konkurs organizowany przez poznańskie wydawnictwo Termedia – 2007 rok,

- „Zasłużony dla Legnicy” – 2008 rok, Legnickie Oscary, tytuł „Kobieta Roku” – 2008 rok,

- licznych pochwał i podziękowań ze strony Dyrekcji WSS w Legnicy, i co chyba najcenniejsze, od wdzięcznych pacjentów i ich rodzin.

„Oddział to moje szóste dziecko”

Pani Grażyna całe życie zawodowe poświęciła pomocy drugiemu człowiekowi, współtworzyła, kształtowała i pielęgnowała miejsce, które szczególnie ukochała, jak własne dziecko: „*Oddział to moje szóste dziecko*” – to Jej słowa. To właśnie ta „pociecha” o której wspomniano powyżej. Oddział to nie tylko miejsce, ale przede wszystkim ludzie je tworzący, zarówno pracownicy, jak i osoby z zewnątrz, które pod wpływem niezłomnej determinacji, uporu i motywacji pielęgniarki oddziałowej Grażyny Majewskiej-Kaźmierczak mogło stać się miejscem ostoji i bezpieczeństwa dla rzeszy pacjentów. „*(...) Co tu dużo mówić, jestem wdzięczna naszej oddziałowej, że wysłuchiwała moich wszystkich żali na raporcie, po nocnym dyżurze. Mówimy na nią: mama, a ona się zawsze uśmieje*” [8].

Co dalej, na jak długo jeszcze starczy sił? Pani Grażyna zdaje sobie sprawę z upływającego czasu, częściej niż kiedyś zdarzają się pewne niedomagania zdrowotne, ale nie zamierza przestawać, nie myśli o emeryturze: „*Ciągle będę pracować. A jak już nie będę mogła chodzić, to mogę przecież siedzieć sobie*

w szpitalu i doradzać” [9,10]. „W otchłań śmierci wkracza się zawsze samotnie”, ale można odprowadzić pacjenta/bliskiego do jej progu. Śmierć to przeżycie intymne. Niektóre osoby chcą być w tym momencie same, otoczone bliskimi wyczekują momentu „krótkiej nieuwagi”, by w tym czasie „wymknąć” się do wieczności. Inne pragną, aby ktoś kochany, bliski czy zaufany towarzyszył im do ostatniego tchnienia [12]. Tą niezwykle ważną rolę pełni Pani Grażyna wraz ze swoim zespołem; oni po prostu są i towarzyszą, płaczą i śmieją się ze swymi podopiecznymi, współdzielą troski, skrajne emocje; zawsze są obok.

Coraz rzadziej we współczesnym świecie; w kontekście urbanizacji i specjalizacji, wielkich bezosobowych klinik, pełnych ogromu pracowników medycznych, specjalistycznej aparatury, procedur i standardów, w świecie gdzie to wartość elektrolitów, czy wysycenie tlenem jest istotniejsze niż człowiek ze wszystkimi swoimi ludzkimi potrzebami. Coraz trudniej jest znaleźć człowieka, towarzysza dysponującego dobrem deficytowym – czasem i empatią – niezbędnymi w ostatniej podróży pacjenta – umieraniu. Opieka nad chorym umierającym to coś więcej niż kontrola bólu, parametrów czy nawet pomoc psychologiczna. To dzielenie się osobistą słabością, ale też i siłą [2,13]. „*Jeśli nie jesteś w stanie naprawić tego, co się zepsuło, możesz naprawdę pomóc, gdy usiądziesz i wspomóżesz kogoś w płaczu. Osoba, która cierpi, nie chce wyjaśnień; taka osoba pragnie współczucia. Nie uzasadnień, ale otuchy*” [14]. Najważniejszą rzeczą w tym momencie jest obecność pomagająca zmniejszyć poczucie lęku; umierający, przerażony i bezradny szuka drugiego człowieka, takiego pełnego życzliwości, miłości, czyli bezinteresowności, współczucia i cierpliwości – jeśli takiego znajdzie, to umieranie staje się łatwiejsze [15]. „*Umierający (...) to w zasadzie ludzie w podróży (...) podróżujący w nieznaną...(...) duchowość tych, którzy sprawują opiekę, musi być duchowością towarzysza, przyjaciela, który idzie obok, pomagając, wspierając, a czasem tylko siedzącego z pustymi rękoma, gdy raczej wolałby uciec. To duchowość obecności, bycia obok, uważna, dyspozycyjna, będąca*” [14]. Warto uświadomić sobie, że uczestnictwo w misterium mortis jest darem i zaszczytem [12].

Podsumowanie

Dnia 27.06.2019 roku Pani Grażyna Majewska-Każmierczak w murach Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy obroniła pracę magisterską na ocenę bardzo dobrą uzyskując tym samym tytuł – magister pielęgniarstwa. Autorka powyższego opracowania miała zaszczyt i przyjemność dzielić się wiedzą i chłonąć pasję tak Niezwykłej Osoby.

Piśmiennictwo

1. Wójcik A., Pyszora A., *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarski PZWL, Warszawa 2013.

2. De Walden – Gałuszko K., Ciałkowska – Rysz A., *Medycyna paliatywna*, Wydawnictwo Lekarski PZWL, Warszawa 2015.
3. De Walden – Gałuszko K., Kaptacz A., *Pielęgniarstwo opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarski PZWL, Warszawa 2017.
4. Elisabeth Kubler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2007.
5. De Hennezel M., *Śmierć z bliska. Ci, którzy wkrótce odejdą, uczą nas żyć*, Społeczny Instytut Wydawniczy ZNAK, Kraków 1998.
6. Ware B., *Czego najbardziej żałują umierający*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2016.
7. Jundziłł E., Pawłowska R., *Pedagog wobec osoby chorego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010.
8. Kovarik M., *Warto żyć*, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Legnica 2016.
9. Kovarik M., *Nowe zdrowie*, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Legnica 2014.
10. Materiał własny, wywiad z pielęgniarką oddziałową Oddziału Medycyny Paliatywnej w Legnicy Grażyną Majewską – Kaźmierczak, 02 - 06.2019 r.
11. <https://gloria.tv/article/PDYyeCfFzmRT1hx8sffCeQskT>, dostęp 14.04.2019 r.
12. Życzkowska J. M., „Dobra śmierć”, a więc jaka? *Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia*, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10, 2, 48–53.
13. Elisabeth Kubler-Ross, *Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania*, Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2010.
14. Kinghorn S., Gaines S., *Opieka paliatywna*, Wydawnictwo Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2012.
15. <https://www.termedia.pl/onkologia/Dr-Tomasz-Dzierzanowski-Nie-mozna-odnalezc-sensu-smierci-za-umierajacego-choc-mozna-w-tym-pomoc,30537.html>, 20.03.2019 r.

Adres do korespondencji:
mgr Iwona Bejster
e-mail: ibejster@gmail.com

Data wpływu do Redakcji: 16.06.2019
Po recenzji: 12.07.2019
Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

O bohaterstwie Wandy Heleny Łążyńskiej pseud. *Bożawola* About the heroism of Wanda Helena Łążyńska, the stage name *Bożawola*

Michał Czaplejewski^{1,A-F}, Ewa Skrzypek^{2,A-F*}

¹Warszawski Uniwersytet Medyczny, SKN Historii Medycyny

²Warszawski Uniwersytet Medyczny, Studium Historii Medycyny

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

* autor korespondencyjny, e-mail: ewa.skrzypek@wum.edu.pl

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 2 (22): 33-51

Streszczenie

Jednym z najtragiczniejszych w skutkach wydarzeń w naszej wojennej historii było powstanie warszawskie, które wybuchło 1 sierpnia 1944 roku. W czasie sześćdziesięciu trzech dni walk armia niemiecka zdiesiątkowała ludność Warszawy, a samo miasto zamieniła w ruiny. Nieoceniona w tych ciężkich chwilach była pomoc medyczna: lekarzy, sanitariuszy, farmaceutów, którzy narażali swoje własne życia dla ratowania innych. Historia wspomina najczęściej bohaterskich mężczyzn, głównie żołnierzy. Zapomina jednak o kobietach-bohaterkach, które mimo nieraz ogromnych trudności, zarówno fizycznych, jak i psychicznych podejmowały heroiczną walkę o dobro drugiego człowieka. Z pozoru delikatne, swoim uporem, siłą, determinacją, a przede wszystkim odwagą, wielokrotnie nawet okazywały się silniejsze od mężczyzn. Jedną z nich była Wanda Helena Łążyńska (1908-1944), pochodząca z lekarskiej rodziny, absolwentka ówczesnego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, która już kilka lat po ukończeniu studiów stanęła do walki z wrogiem iniosła pomoc jako wybitny specjalista chirurgii dziecięcej. Wiedzę, którą uzyskała od znamienitych profesorów, przeniosła na prowizoryczny stół operacyjny. Podczas okupacji niemieckiej wstąpiła w szeregi Związku Walki Zbrojnej Armii Krajowej, tam też otrzymała pseudonim *Bożawola*. W czasie walk powstańczych została przydzielona do Obwodu V Armii Krajowej Mokotów, gdzie, jako ordynator szpitala polowego, poległa 29 dnia powstania warszawskiego, podczas przenoszenia rannych pacjentów.

Słowa kluczowe: Wanda Helena Łążyńska, *Bożawola*, powstanie warszawskie, druga wojna światowa, szpitale powstańcze

Summary

One of the most tragic events in our war history was the Warsaw Uprising, which broke out on August 1, 1944. During sixty-three days of fighting, the German army decimated the population of Warsaw, and the city itself turned into ruins. Medical help was invaluable in these hard times: doctors, paramedics, pharmacists who risked their own lives to save others. History most often recalls heroic men, mainly soldiers. However, he forgets about female heroines, who - despite the enormous difficulties, both physical and mental - undertook a heroic fight for the good of others. Seemingly delicate, their persistence, strength, determination and, above all, courage, have repeatedly proved to be stronger than men. One of them was Wanda Helena Łążyńska (1908-1944), from a medical family, a graduate of the Faculty of Medicine of the University of Warsaw, who a few years after graduation, stood up to fight the enemy and helped as an outstanding specialist in pediatric surgery. The knowledge she gained from eminent professors was transferred to a makeshift operating table. During the German occupation, she joined the ranks of the Union of Armed Struggle of the Home Army, where she also received the stage name *Bożawola*. During the insurgent fighting, she was assigned to the District V Home Army Mokotów, where, as head of the field hospital, she died on the 29th day of the Warsaw Uprising during the transfer of wounded patients.

Keywords: Wanda Helena Łążyńska, *Bożawola*, Warsaw Uprising, World War II, insurgent hospitals

Powstanie warszawskie jest zarówno jednym z najkrwawszych powstań w historii naszego kraju, jak i jedną z najkrwawszych bitew miejskich drugiej wojny światowej.

Trwało sześćdziesiąt trzy dni. Zorganizowane zostało przez Armię Krajową w ramach akcji *Burza* przeciwko okupującym Warszawę wojskom niemieckim.

Wkrótce jej dowództwo podjęło decyzję o stworzeniu punktów ratowniczo – sanitarnych, do których ranni mieli być transportowani bezpośrednio z linii walk przy pomocy specjalnie do tego zadania wyszkolonych sanitariuszek. W przypadku, gdy stan chorego wymagał dłuższego odpoczynku, transportowano go do łóżek w domach prywatnych, zlokalizowanych na terenie całego miasta. Pozwalało to na spokojną rekonwalescencję, z dala od odgłosów walki. Jeśli pacjent wymagał dużo bardziej specjalistycznego leczenia, przewożono go transportem kołowym do mniejszych szpitalików bądź szpitali oddalonych o około 5 kilometrów od linii walk. Dodatkowo, w celu lepszej organizacji służb sanitarnych, jak i całego powstania, Armia Krajowa podzieliła Warszawę i jej okolicę na osiem obwodów. Pierwszy z nich obejmował południowe tereny Śródmieścia, drugi – jego część północną, trzecim zaś była dzielnica Wola; czwarty to dzielnica Ochota; piąty – Mokotów i południowe tereny Warszawy; szósty – Praga; siódmy – powiat warszawski, wraz z takimi miejscowościami jak Marki czy Legionowo, ósmy natomiast obejmował samodzielny rejon Okęcie (ryc. 1).



Ryc. 1. Podział Warszawy na obwody i rejony Armii Krajowej, 1944 rok

Źródło: Zbiory internetowe strony lekarzepowstania.pl

Jedną z wielkich bohaterek powstania warszawskiego była Wanda Helena Łążyńska, córka lekarza Mariana Łążyńskiego i Heleny, z domu Popławskiej, urodzona 6 kwietnia 1908 roku w polskiej, katolickiej rodzinie w Kijowie. Tam też, w 1918 roku, rozpoczęła naukę w żeńskiej szkole o nazwie *Zrzeszenie Rodziców i Nauczycieli*. Po otrzymaniu promocji do drugiej klasy, przeniosła się wraz z całą rodziną na wieś Podole, żeby w 1920 roku wyjechać z terenów ówczesnej Rosji do niepodległej Polski. Początkowo zamieszkała w Warszawie przy ulicy Złotej 56a, mieszkanie 37. Rozpoczęła wówczas naukę w drugiej klasie warszawskiego ośmioklasowego gimnazjum humanistycznego Haliny Gepnerówny i ukończyła je w 1927 roku. Egzamin dojrzałości zdała pomyślnie, otrzymując jedynie oceny dobre i bardzo dobre, te ostatnie w szczególności z przedmiotów ścisłych (ryc. 2).

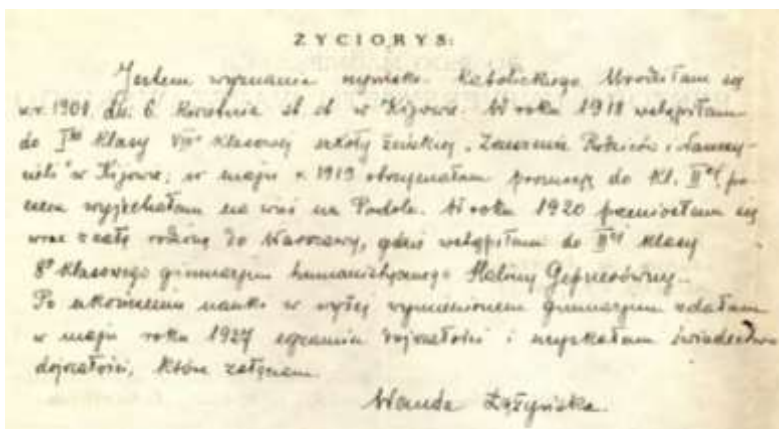


Ryc. 2. Świadeństwo dojrzałości Wandy Łążyńskiej

Źródło: Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego

Następnie, nie wiadomo właściwie, czy postanowiwszy pójść w ślady ojca, czy kierując się jedynie własnymi zainteresowaniami, 3 października tego samego roku rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Miłość do opieki nad chorym zaszczepiło jej wielu wybitnych lekarzy, naukowców i nauczycieli akademickich, których wkład w rozwój zarówno warszawskiej, jak

i polskiej medycyny jest nieoceniony. Wśród nich byli między innymi: Edward Loth – wybitny anatom i antropolog, Ludwik Antoni Paszkiewicz – pierwszy prezes Polskiego Towarzystwa Anatomopatologów, Mieczysław Konopacki – uznany embriolog, Wiktor Grzywo-Dąbrowski – profesor medycyny sądowej czy Mieczysław Michałowicz, późniejszy założyciel Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. W czasie studiów, pomiędzy rokiem czwartym a piątym, zmieniła miejsce zamieszkania na ulicę Kaliską 17, mieszkanie 21 (ryc. 3, 4, 5 i 6).



Ryc. 3. Życiorys Wandy Łążyńskiej napisany własnoręcznie. Załącznik do podania z prośbą o przyjęcie na studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego
 Źródło: Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego

2.11.1927

FORMULARZ OPŁAT

Kwituję opłatę, wypisaną na imię i nazwisko wyżej wymienionego studenta, w kwocie...
 i w tym celu wypisałem opłatę w kwocie...
 w imieniu...
 (Czynność ta jest czynnością wyjątkową.)

DO KWESTURY

| Imię i nazwisko | Wzrost | Wiek | Waga | Miasteczko |
|-----------------|--------|------|------|------------|
| Łążyńska Wanda | 157 | 19 | 50 | Kijów |

Form. I. Wydział Lekarski. 1.11.1927

| Nr | Typ wykładu | Nr | Nazwa wykładu | Wykładowca |
|----|-------------|----|----------------------|------------|
| 1 | 1 | 1 | Prof. B. Edward Loth | |
| 2 | 2 | 2 | Prof. L. S. Dobł. | |
| 3 | 3 | 3 | Prof. L. S. Dobł. | |
| 4 | 4 | 4 | Prof. L. S. Dobł. | |
| 5 | 5 | 5 | Prof. L. S. Dobł. | |
| 6 | 6 | 6 | Prof. L. S. Dobł. | |
| 7 | 7 | 7 | Prof. L. S. Dobł. | |
| 8 | 8 | 8 | Prof. L. S. Dobł. | |
| 9 | 9 | 9 | Prof. L. S. Dobł. | |
| 10 | 10 | 10 | Prof. L. S. Dobł. | |

Ryc. 4. Potwierdzenie wniesienia opłat za uczęszczanie na zajęcia - Warszawa, 3 listopada 1927 roku
 Źródło: Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego

25080 1319

Imię i Nazwisko: *Łążyńska Helena*

Adres: *ul. Chałubińskiego 10 Warszawa*

Dziękuję za wydanie: *4.8.1927* rok L. do: *100*

Opis: *Wzrost 160 cm, Ciężar ciała 45 kg, Ciężar serca 120 g, Ciężar płuc 200 g, Ciężar wątroby 150 g, Ciężar nerek 100 g, Ciężar pęcherzyka żółciowego 10 g, Ciężar pęcherzyka moczowego 10 g, Ciężar macicy 50 g, Ciężar jajników 20 g, Ciężar gruczołu sutkowego 10 g, Ciężar gruczołu krokowego 10 g, Ciężar prostaty 10 g, Ciężar pęcherzyka żółciowego 10 g, Ciężar pęcherzyka moczowego 10 g, Ciężar macicy 50 g, Ciężar jajników 20 g, Ciężar gruczołu sutkowego 10 g, Ciężar gruczołu krokowego 10 g, Ciężar prostaty 10 g*

Podpis: *Wanda Łążyńska*

Ryc. 5. Wykaz zaliczeń egzaminów z pozytywnymi ocenami podczas pierwszego roku studiów
Źródło: Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego

UNIwersYTET WARSZAWSKI

1319

WYKAZ WYKŁADÓW I ĆWICZEŃ

Liczba: *25080*

Imię i Nazwisko: *Łążyńska Helena*

rodziła: *1907*

Podpis: *Helena Łążyńska*

Warszawa, dnia *4.8.1927*

Ryc. 6. Pierwsze strony indeksu Wandy Łążyńskiej
Źródło: Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego

Wanda Helena Łążyńska ukończyła naukę 30 czerwca w 1933 roku – otrzymała dyplom lekarza z numerem 262 - zdając wszystkie egzaminy w pierwszym terminie. Najwyższe oceny otrzymała z pediatrii, ginekologii i położnictwa, dermatologii oraz psychiatrii. Swoje pasje realizowała również jako aktywny członek Koła Medyków Studentów Uniwersytetu Warszawskiego (ryc. 7).



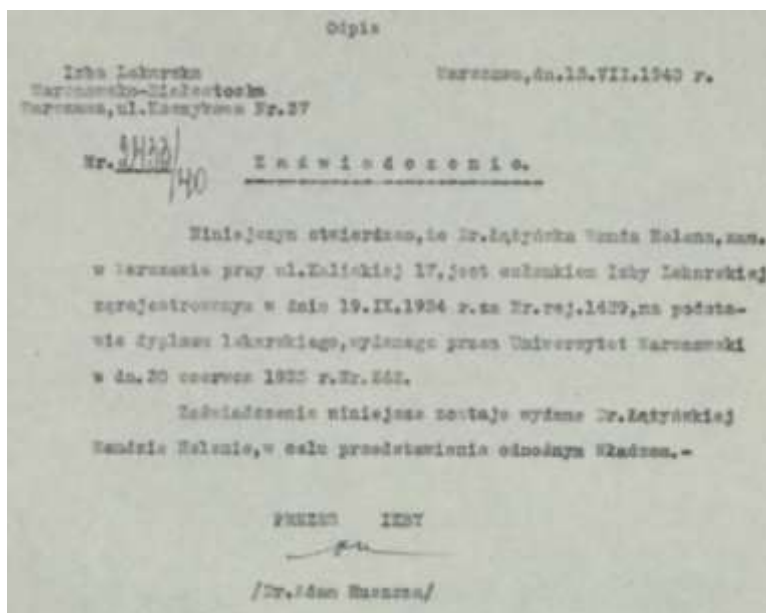
Ryc. 7. Potwierdzenie aktywnego uczestnictwa Wandy Łążyńskiej w działaniach Koła Medyków Studentów Uniwersytetu Warszawskiego

Źródło: Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego

Odbyła obowiązujący staż kliniczny z chorób wewnętrznych w Szpitalu Świętego Ducha przy ulicy Elektorальной 12 i z położnictwa w Miejskim Zakładzie Położniczym imienia Świętej Zofii przy ulicy Żelaznej 88. Z kolei, po kilkumiesięcznej praktyce na oddziałach chirurgicznym i ortopedycznym w Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej przy ulicy Solec 93, miała już sprecyzowane zawodowe plany ściśle związane – jak to sama określała – z *działem chirurgii kostnej*. 2 lutego 1934 roku złożyła i podpisała *Przyrzeczenie Lekarskie*, a już 19 września tego samego roku została wpisana na listę członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej pod numerem 1429 i otrzymała uprawnienia do wykonywania zawodu (ryc. 8 i 9).



Ryc. 8. Przyrzeczenie Lekarskie podpisane przez Wandę Łążyńską
Źródło: Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego



Ryc. 9. Dokument potwierdzający wpisanie Wandy Łążyńskiej na listę członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej

Źródło: Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie

1 sierpnia 1935 roku zgłosiła się do pracy w Szpitalu dla Dzieci przy ulicy Kopernika 43, pragnąc poświęcić się chirurgii dziecięcej. Jednak, z powodu braku etatu lekarskiego, na jej prośbę, powierzono jej funkcję instrumentariuszki na sali operacyjnej. Ciężkie, wymagające niezwykle poświęcenia zadanie nie przeszkadzało, a wręcz stymulowało młodą lekarzkę do pilnego doksztalcania się (ryc. 10).



Ryc. 10. Wanda Łążyńska podczas przerwy w pracy

Źródło: Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie

Wieczory i noce nieustannie spędzała nad książkami do pediatrii, chirurgii oraz bieżącą prasą medyczną. Rok później, w tym samym Szpitalu, otrzymała etat miejscowego lekarza oddziału chirurgicznego oraz w końcu 1 sierpnia rozpoczęła kształcenie w zakresie chirurgii i ortopedii pediatricznej. Zaczęła również brać czynny udział w życiu naukowym. Na zebraniach Towarzystw: Lekarskiego, Chirurgicznego i Pediatricznego przedstawiała przypadki kliniczne z dziedziny chirurgii dziecięcej, co zaowocowało pierwszym doniesieniem o tętniakach urazowych u dzieci (ryc. 11).



Ryc. 11. Potwierdzenie zatrudnienia Wandy Łążyńskiej w Warszawskim Szpitalu dla Dzieci, 14 lipca 1940 roku

Źródło: Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego

Dużo czasu poświęcała także pracy w Przychodni Chirurgicznej, zajmując się szczególnie dziećmi z gruźlicą kostno-stawową. Rozumiejąc ich potrzeby i brak odpowiedniej opieki, odwiedzała je także w mieszkaniach, nadzorując przebieg leczenia, tworząc prowizoryczne urządzenia wyciągowe, a także dbając o wynoszenie chorych na powietrze. Z ofiarną pomocą pielęgniarek, niejednokrotnie wyręczających ją w wędrówkach na odległe krańce miasta, dowożących jedzenie, książki i wykonujących niezbędne zabiegi, tworzyła podwaliny pierwszej poradni gruźlicy kostnej. Zdarzało się, że najbardziej potrzebujące dzieci wysyłała na kuracje klimatyczne do podmiejskich miejscowości.

W roku 1935, na zjeździe Chirurgów Polskich w Warszawie, przedstawiła pracę o odległych wynikach leczenia urazów czaszki u dzieci. Udało się jej także odwiedzić między innymi jeden z najważniejszych ówczesnych szwajcarskich ośrodków leczenia gruźlicy kostnej – Leysin, a swoje spostrzeżenia podsumowała kolejnymi doniesieniami.

W kwietniu 1938 roku była asystentem ówczesnego doktora - Jana Eustachego Kossakowskiego – założyciela nowo powstałego pierwszego w Polsce klinicznego Oddziału Chirurgicznego Kliniki Pediatrycznej Szpitala Dziecięcego przy ulicy Litewskiej 16. Jednocześnie objęła asystenturę, a następnie kierownictwo zorganizowanej przy nim Chirurgicznej Dziecięcej Poradni Przeciwgruźliczej, kontynuując swą walkę z problemami gruźlicy kostnej. Większość swojego czasu Wanda Łążyńska poświęcała właśnie *dzieciom gruźliczym*. Wiązało się z tym również członkostwo, od 1 lutego 1938 roku, w Warszawskim Towarzystwie Medycyny Zapobiegawczej, istniejącym w latach 1929-1944 (ryc. 12).

Ryc. 12. Kwestionariusz dla pierwszego zgłoszenia zawodów leczniczych,
12 września 1940 roku

Źródło: Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie

W czasie urlopu udawała się do polskich placówek ortopedycznych w Poznaniu i Lwowie. W tym drugim, na ostatnim Zjeździe Chirurgów Polskich, w roku 1939, przedstawiła swoje wyniki leczenia surowicą ciężkich zakażeń otrzewnej u dzieci.

Fakt wyruszenia na front w okolice Terespoła jej mentora, a późniejszego założyciela Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych i specjalisty krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej, ani trochę nie przeszkodził Wandzie Łążyńskiej w kontynuacji swojej pracy we wspomnianych placówkach medycznych, również w trakcie wojny. O jej niezwyklej odwadze świadczy również to, że po potwierdzeniu jego zaginięcia nie zawahała się ani przez chwilę i, razem z ochotniczką w Pomocniczej Służbie Kobiet, pielęgniarką – Karolą Radogost Uniechowską – bezzwłocznie udała się do Terespoła na poszukiwania przelożonego.

Niestety, zarówno mimo ciężkiej pracy w szpitalu, jak i w przychodni, Wanda Łążyńska nadal nie mogła pozwolić sobie na wiele. Nie zarabiała bowiem nawet ówczesnej średniej krajowej, którą otrzymywały kobiety w tamtych czasach,

nie wspominając o średnich zarobkach mężczyzn. W marcu 1940 roku jej pensja wynosiła zaledwie 350 zł. O jej problemach finansowych świadczą również licznie zachowane wnioski, jak i prośby o umorzenie obowiązkowych składek członkowskich uiszczanych do Izby Lekarskiej oraz o zwolnienie ze składek pogrzebowych (ryc. 13).

Fragebogen zur Erhebung einer einmaligen Umlage
sämtlicher der Gesamtkammer unterstellten Heilberufe

Sammlung des Reichsministeriums für die besetzten polnischen Gebiete vom 28. II. 1940.

Die Ausfüllung dieses Bogens hat möglichst in deutscher Sprache mit Druckmaschinenschrift, höchstens ohne in gut lesbaren Handschrift zu erfolgen.

Name: *Łążyńska Helena* Beruf: *Lehrerin*
Geburtsdatum: *17.01.1892* Standort: *Chorzów*
Geburtsort: *Warschau* Lebensjahr: *48* (1939) 1940

Mein Verdienstverhältnis betragt aus:
 - vertraglicher Tätigkeit
 - Eigenlohn-Tätigkeit
 - sonstiger Tätigkeit

| Im Jahre | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Vertraglicher Tätigkeit | | | | | | |
| Eigenlohn-Tätigkeit | | | | | | |
| Sonstiger Tätigkeit | | | | | | |
| Summe | | | | | | |

Handwritten notes in red ink: *1.1.1. (10)*

Handwritten notes in black ink: *gebührt monatlich über 1000,-*, *1700,- 200,- 220,- 250,-*, *420,-*

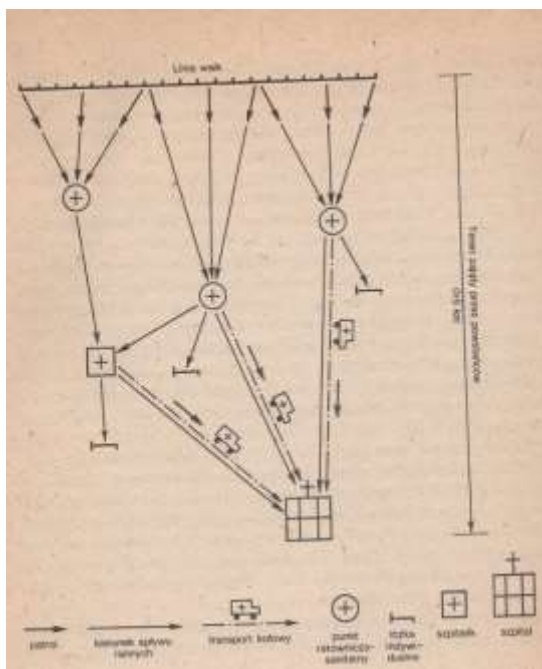
Ryc. 13. Wykaz zarobków Wandy Łążyńskiej, 1940 rok

Źródło: Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie

Wybuch wojny, a wraz z nim powołanie większości lekarzy do służby, zmniejszył szeregi niezbędnych na miejscu medyków. Wanda Łążyńska objęła kierownictwo oddziału chirurgicznego Szpitala dla Dzieci przy ulicy Marszałkowskiej, jednocześnie opiekując się pozbawionym specjalistów oddziałem chirurgicznym Warszawskiego Szpitala dla Dzieci przy ulicy Kopernika. W czasie oblężenia stolicy, narażając własne życie, ofiarnie obsługiwała osobiście obie te placówki, do tego każdą chwilę swojego wolnego czasu poświęcając na pomoc w oddziale chirurgicznym Szpitala Ujazdowskiego.

Wkrótce rozpoczęła też działalność konspiracyjną, dołączając do Związku Walki Zbrojnej Armii Krajowej. Była odpowiedzialna za organizację tajnego nauczania medycyny i farmacji w Prywatnej Szkole Zawodowej dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego w Warszawie, tak zwanej *Szkole dr. Jana Zaorskiego*, która to została utworzona w odpowiedzi na zamknięcie Uniwersytetu Warszawskiego przez niemieckiego okupanta. Jej nadrzędnym celem było wykształcenie pokolenia lekarzy,

k którzy zaopiekują się społeczeństwem polskim w okresie powojennym. Jednym z zadań przydzielonych doktor Łążyńskiej było również odpowiednie przygotowanie medycznego personelu pomocniczego, oddelegowanego do pracy w dzielnicy Mokotów. Przygotowując się do powstania warszawskiego, wielokrotnie prosiła o zwiększenie norm przydziału sprzętu medycznego. Pozwoliło to chociażby zgromadzić zapas spirytusu, niezbędnego później do odkażania ran (ryc. 14).



Ryc. 14. Projektowany sływ rannych w powstaniu warszawskim

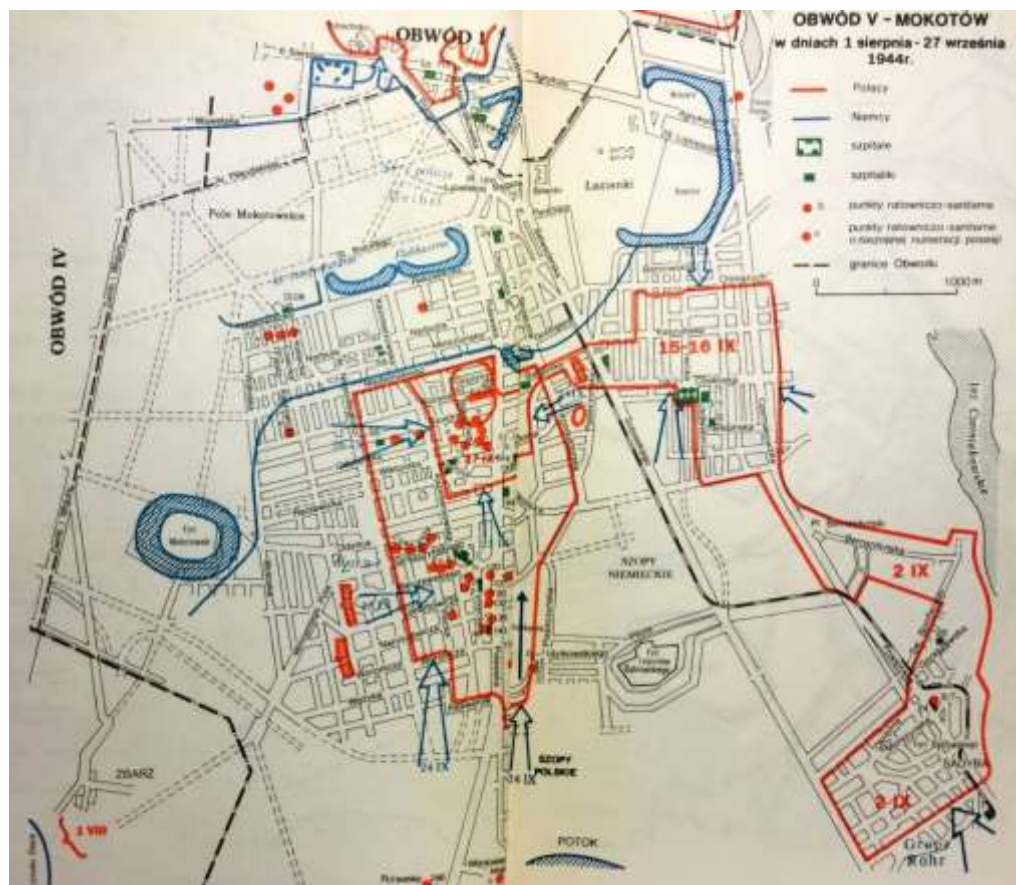
Źródło: Urbanek B.: *Pielęgniarki i sanitariuszki w powstaniu warszawskim w 1944 r.*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988, s. 26

W roku 1943 Wanda Łążyńska objęła także Poradnię Gruźlicy Kostno-Stawowej i Opieki Społecznej przy ulicy Karowej 2, zorganizowaną i prowadzoną dotychczas przez profesora Franciszka Raszeję, wybitnego ortopedę. Profesor został zamordowanego w getcie warszawskim, mimo legalnej przepustki, niosąc pomoc choremu Żydowi.

Rankiem 1 sierpnia 1944 roku doktor Łążyńska po raz ostatni zrobiła przegląd chorych na oddziale chirurgicznym Kliniki Pediatrycznej, przeniesionej czasowo, w początkach 1943 roku, do opuszczonych budynków Szpitala Dziecięcego imienia Bersohnów i Baumanów przy ulicy Śliskiej 51.

Opuściła Klinikę, tak jakby miała nazajutrz powrócić... po kilku godzinach wybuchło powstanie... doktor Łążyńska objęła nową placówkę... na Mokotowie.

Na Mokotowie, w piątym obwodzie, mieściły się dwie placówki – Szpital Sióstr Elżbietanek, przy ulicy Goszczyńskiego 1 oraz Szpital Zakaźny, przy ulicy Chocimskiej 24 (ryc. 15).



Ryc. 15. Plan Obwodu V- Mokotów, z uwzględnieniem umiejscowienia punktów sanitarnych oraz szpitali

Źródło: Urbanek B.: *Pielęgniarki i sanitariuszki w powstaniu warszawskim w 1944 r.*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988

Pierwszy z nich wybudowany został w latach 1929-1931, dzięki staraniu Zgromadzenia Sióstr Świętej Elżbiety. Składał się z pięciu oddziałów: wewnętrznego, chirurgii, laryngologii, ginekologii oraz okulistyki. Mieściło się w nim około stu łóżek, zlokalizowanych na czterech kondygnacjach budynku. Podczas wojny znajdował się pod zarządem niemieckim i pełnił funkcję szpitala cywilnego. Na trzy dni przed rozpoczęciem powstania warszawskiego, to jest 28 lipca 1944 roku, Niemcy ewakuowali prawie cały szpital. W budynku pozostali jedynie nieliczni chorzy, których stan zdrowia nie pozwalał na przewóz. Leczone ich na drugim piętrze, a opiekowały się nimi Siostry Elżbietanki, również głównie pochodzenia niemieckiego (ryc. 16 i 17).



Ryc. 16. Budynek Szpitala Sióstr Elżbietanek, 1931 rok
 Źródło: Zbiory internetowe Narodowego Archiwum Cyfrowego



Ryc. 17. Szpital Sióstr Elżbietanek w okresie międzywojennym
 Źródło: Strona internetowa Szpitala św. Elżbiety - Mokotowskiego Centrum Medycznego

Ewakuacja szpitala pozwoliła Polakom na szybkie jego zdobycie. Praktycznie już w pierwszych godzinach walk powstańczych dokonał tego oddział *Bakcyl* pułku *Baszta*. Dowódcą obwodu został wcześniej wspomniany były nauczyciel Wandy Łążyńskiej – podpułkownik profesor Edward Loth, pseudonim *Gozdawa*, a ordynatorem przejętego szpitala Wanda Helena Łążyńska, pseudonim *Bożawola*. Była to niejako nagroda za jej dzielną pracę, ponieważ jak po latach wspomniano, okazała się jedyną lekarką, która mimo ostrzału potrafiła sprawnie poruszać się pomiędzy Szpitalem Sióstr Elżbietanek a Szpitalem Ujazdowskim (ryc. 18).



Ryc. 18. Pacjenci Szpitala Sióstr Elżbietanek, sierpień 1944 roku. W środku pluton Władysław Ziółkowski, pseudonim *Wicek*, z pułku *Basztka*, batalion *Baltyk*

Źródło: Fotografia Sabiny Żdzarskiej, pseudonim *Anna*, Zbiory internetowego Serwisu *Szpitala Polowe 1944*

W pierwszych dniach powstania dowództwo sanitarne musiało zmierzyć się z problemem zbyt małej ilości miejsca dla za dużej liczby chorych, których wciąż przybywało. W związku z tym zaczęto organizować liczne filie Szpitala Sióstr Elżbietanek – szpitale polowe. Pozwoliło to w bardzo prosty sposób zwiększyć prawie dwukrotnie liczbę łóżek: ze stu do około dwustu. Niestety, mimo że Niemcy doskonale zdawali sobie sprawę z tego, że w budynku szpitala są chorzy, od 13 sierpnia 1944 roku rozpoczęło się regularne jego ostrzeliwanie. Niekończące się ataki sprawiły, że z dnia na dzień stan gmachu szpitala lawinowo się pogarszał. Wymuszało to na personelu stałe przenoszenie rannych na coraz to niższe kondygnacje budynku. 20 sierpnia Niemcy zwiększyli ostrzał budynku z broni artyleryjskiej, co zmusiło całą służbę medyczną placówki, w tym Wandę Łążyńską, do ewakuacji rannych do jego piwnicy (ryc. 19).



Ryc. 19. Powstańcy w zdobyczym samochodzie przed Szpitalem Sióstr Elżbietanek, sierpień 1944 roku

Źródło: Fotografia Sabiny Źdżarskiej, pseudonim *Anna*. Zbiory internetowego Serwisu *Szpitala Polowe 1944*

29 sierpnia wojska niemieckie wciąż nie ustawały w ataku, zarówno z ziemi jak i powietrza, mimo oznakowania flagami Czerwonego Krzyża. Tego dnia zginęło kilkadziesiąt osób.

Ze względu na brak możliwości dalszego użytkowania budynku, niezbędne okazało się jak najszybsze przeniesienie rannych do pobliskiego schronu. Mimo przytłaczającej świadomości ogromu zagrożenia doktor Łążyńska nie ustawała w pełnieniu służby przy chorych. 25 września Niemcy zajęli pozostałości szpitala wraz z sąsiednimi pomieszczeniami wypełnionymi rannymi. Po upadku powstania warszawskiego Szpital Sióstr Elżbietanek został w ponad dziewięćdziesięciu procentach zniszczony, a siostry Elżbietanki przewieziono do obozu w Pruszkowie (ryc. 20).



Ryc. 20. Powojenne ruiny Szpitala Sióstr Elżbietanek

Źródło: Fotografia Sabiny Źdzarskiej, pseudonim *Anna*. Zbiory internetowego Serwisu *Szpitala Polowe 1944*

Niestety, kapitan Wanda Helena Łążyńska nie przeżyła powstania. Zginęła na Mokotowie podczas brutalnego lotniczego bombardowania Warszawy, wraz z trzydziestoma rannymi i sanitariuszkami, w trakcie przenoszenia ich do prowizorycznego schronu. Została pochowana we wspólnym grobie na terenie Szpitala Sióstr Elżbietanek.

Zmarła samotnie w 1944 roku, w wieku 36 lat. Nie pozostawiła po sobie potomstwa. Tak oto w kronice *1859 dni Warszawy*, profesor Władysław Bartoszewski opisał jej śmierć: *We wtorek 29 sierpnia walą się zabudowania Szpitala Sióstr Elżbietanek przy ulicy Goszczyńskiego 1, gdzie mimo usilnej akcji ratunkowej ginie wielu rannych oraz część personelu sanitarnego, m.in. dr Wanda Łążyńska [...] kierowniczka oddziału chirurgii dziecięcej Kliniki Pediatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego [...] [3].*

Jej bohaterska postawa nie została jednak zapomniana. Rozkazem Dowódcy Armii Krajowej numer 512, z dnia 2 października 1944 roku, została pośmiertnie uhonorowana Krzyżem Srebrnym Orderu Virtuti Militari. Numer Krzyża to 12802.

Historia najczęściej wspomina wybitnych dowódców, żołnierzy, mężczyzn. Choć w trakcie licznych kampanii wojennych osiągnęli oni liczne sukcesy, wpisali się w jej karty jako nieustraszeni wojownicy, nie można jednak zapomnieć o kobietach, wielkich bohaterkach. Właśnie takich, jak między innymi Wanda Helena Łążyńska. Pomimo niezwykle młodego wieku była gotowa bez wahania poświęcić swoje życie dla dobra drugiego człowieka. Taka bohaterska postawa, stawiająca wartość życia pacjenta ponad swoje własne, zasługuje nie tylko na pochwałę, ale również na ocalenie od zapomnienia.

Najpiękniej postawę Wandy Heleny Łążyńskiej opisał w liście do jej matki, współpracujący z lekarką w ostatnich tygodniach jej życia, ksiądz Jan Zieja – świadek jej śmierci: *W mojej pamięci, jest ona jedną z najpiękniejszych postaci tych dni sierpniowych w Warszawie 1944 roku. Niemordowana w postugiwaniu rannym, zawsze pogodna i uśmiechnięta, chodząca po izbach szpitalnych jak po swoim królestwie, słońce dobroci, w ostatnich dniach swego życia skupiona w chęci spełnienia Woli Bożej, w jakiegokolwiek by przyszła do Niej postaci. I za pseudonim swój, składając przysięgę żołnierską, obrała sobie: Bożą Wolę. Zginęła w czasie pełnienia służby miłosierdzia. Jest mi Ona symbolem najczystszej linii życia spełnienia Bożej Woli [1].*

Piśmiennictwo

1. Kossakowski J.: *Wspomnienia pośmiertne. Ś. P. Dr Wanda Łążyńska. Peditria Polska* 1948, T. XXII, Nr 1, 139-141.
2. Informacje archiwalne strony internetowej Urzędu Miasta w Brzegu: https://brzeg.pl/archiwum-aktualnosci/68683-__trashed-2/?fbclid=IwAR1-oOTRMfGpA5nON6xOMw2VGjAHjJBwG-q-8QmKSy8wFWX7Zi_6P4iFeag (dostęp 25.02.2019).
3. Mackiewicz J.: *Damy Orderu Virtuti Militari, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, 2013: http://www.tlw.waw.pl/index.php?id=31&newsy_id=387&fbclid=IwAR3fp7D3SUXhkNcM184eK3eJMKWB7KNKzBmq38bRh7LRfzgUHXwE4ljaYg0 (dostęp: 02.03.2019).
4. Rusocka-Malinowska A.: *Powstanie Warszawskie. Dzień drugi - 2 sierpnia 1944 r. (środa)*. Artykuł internetowy magazynu społeczno-politycznego *Echa społeczne*, 3 sierpnia 2016 roku: http://echaspoleczne.pl/powstanie-warszawskie-dzien-drugi-2-sierpnia-1944-sroda/?fbclid=IwAR3qQ0JmJXh6kGrcLCd0u0xzskxmN8c64XUs16QsGdD9kVu1Smy6oyZ_uaU (dostęp: 28.02.2019).
5. Strona internetowa Szpitala św. Elżbiety - Mokotowskiego Centrum Medycznego – Historia obiektu: <https://szpitalse.pl/o-nas/?fbclid=IwAR28OixWHMSQFN1QoutsxIw9mSSjakgfjD4I4n97Up5lOQb82RkH3sOrAM> (dostęp: 02.03.2019).
6. Urbanek B.: *Pielęgniarki i sanitariuszki w powstaniu warszawskim w 1944 r.*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988.
7. Wiśniewska M., Sikorska M.: *Szpitalce powstańczej Warszawy*, Oficyna Wydawnicza RYTM, Oficyna Wydawnicza POLICZEK Krajowego Przedsiębiorstwa Usługowo-Handlowego Polskiego Czerwonego Krzyża, Warszawa 1991.
8. Zbiory Archiwum Uniwersytetu Warszawskiego.
9. Zbiory Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie.
10. Zbiory Fundacji *Warszawa1939.pl*: http://www.warszawa1939.pl/obiekt/goszczynskiego-1?fbclid=IwAR181PWqDSkJNVraATeQT_2pMKPtANwM5cYegJR4uCYvnw8CVIZFAY2-FQA (dostęp: 02.03.2019).
11. Zbiory internetowe strony: *lekarzpowstania.pl*: http://lekarzpowstania.pl/opieka-medyczna/obwody-i-rejony-ak-w-warszawie/?fbclid=IwAR1TDaIcPSBU1jIWNADwgZgQFWU_TV4XI9A-WLVx-ewd0wuMNWo8kgyIbMQI (dostęp: 02.03.2019).
12. Zbiory internetowe – *Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety. Prowincja Warszawska*: https://www.elzbietanki.waw.pl/przeslosc?fbclid=IwAR0jbXC_5AjryPmutALFX0FXf8IbTe9R1LzyfXv31YtmnEUZj2ND5Shpd40 (dostęp: 02.03.2019).

Adres do korespondencji:
dr n. med. Ewa Skrzypek
e-mail: ewa.skrzypek@wum.edu.pl

Data wpływu do Redakcji: 20.03.2019
Po recenzji: 12.07.2019
Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Rachunek sumienia pielęgniarki według Hanny Chrzanowskiej Examination of a nurse's conscience according to Hanna Chrzanowska

Elżbieta Grajczyk^{A-F}

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 2 (22): 52-57

Streszczenie

Beatyfikacja pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej dla grona środowiska pielęgniarskiego to wielkie przeżycie, to zwrócenie uwagi na etos płynący z zawodu pielęgniarki. Osoba, która poprzez Rachunek Sumienia Pielęgniarki staje się wciąż żywa.

Celem niniejszego artykułu jest podjęcie próby, przez środowisko pielęgniarskie, wzięcia oddechu i chwilę zastanowienia nad swoim życiem nie tylko zawodowym, ale za sprawą Hanny Chrzanowskiej także prywatnym.

Dokonano niesystematycznego przeglądu piśmiennictwa oraz przeszukano strony internetowe poświęcone pielęgniarstwu.

Poznanie różnych ścieżek życiowych Hanny Chrzanowskiej, które miały wpływ na jej wybór zawodu. Jej biografia pozwala na ukazanie wieloaspektowości w pełnieniu roli pielęgniarki.

Słowa kluczowe: Rachunek Sumienia Pielęgniarki, Hanna Chrzanowska, etos zawodu

Abstract

Beatification of the nurse Hanna Chrzanowska is a great experience for the nursing community, it draws attention to the ethos of the profession of a nurse. A person who comes alive again through the Examination of a Nurse's Conscience.

The aim of this article is an attempt by the nursing community to take a breath and think about their life - not only professional, but - thanks to Hanna Chrzanowska - also private.

The literature was not systematically reviewed and the nursing websites were searched.

Getting to know various life paths of Hanna Chrzanowska, which influenced her choice of profession. Her biography allows to show the multifacetedness of the nurse's role.

Keywords: Examination of a Nurse's Conscience, Hanna Chrzanowska, ethos of the nurse profession

Wprowadzenie

W literaturze poświęconej Hannie Chrzanowskiej zwraca uwagę fakt spójności w relacjach ludzi, z którymi przebywała, którzy o niej opowiadali i pisali. To nie są słowa na tzw. okoliczność; to jest rzeczywista postać – autorka wielu opracowań, twórczyni tzw. pielęgniarstwa domowego. Tak wiele w jej naukach jest aktualnych treści. Może nie są one wyszukane, ale ze względu na tempo przeobrażeń w codziennym życiu jednak wciąż są aktualne. Zatem jest naturalne pochylenie nad poruszonymi zagadnieniami m.in. w niniejszym artykule. Środowisko pielęgniarskie może zapoznać się relacjami osób, które są wśród nas i pamiętają Jej wizerunek. A jeżeli nie, to są osoby, które Jej dzieła analizują z wielką rozwagą i doświadczeniem zawodowym. W niniejszym artykule jest wiele cytowanych słów, które są odzwierciedleniem myśli, przeżyć, doświadczeń tak ważnej osoby w świecie pielęgniarstwa.

W opisach osoby Hanny Chrzanowskiej można przeczytać:

...była sumieniem polskiego pielęgniarstwa. Byłaś dla mnie ogromną pomocą i oparciem

kardynał Karol Wojtyła [1].

...sumieniem środowiska pielęgniarckiego

kardynał Franciszek Macharski

...Matka Teresa Krakowa

kardynał Stanisław Dziwisz [2].

Była Bratem Albertem czasów komunizmu

Barbara Gruszka-Zych [3].

Biografie pisane o Hannie Chrzanowskiej wspominają także postać Aliny Rumun (1924-2007) najbliższą współpracownicę i następnie kontynuatorkę dzieła Hanny Chrzanowskiej. W lutym 1958 roku rozpoczęła wraz z Hanną Chrzanowską pracę w pielęgniarstwie parafialnym. Był to, jak napisała w swoim pamiętniku Hanna Chrzanowska: *chyba najcięższy okres w całym naszym zwariowanym interesie* [4]. Od czerwca do końca 1957 roku pielęgnowanych było 25. chorych z 8. parafii Krakowa. Od 1958 roku zaczęła pracować jedna pielęgniarka i jedna siostra zakonna oraz parę przyuczonych pań, które często się zmieniały. W roku 1959 stałą opieką objęto już 72. osoby a w 1960-177 [5]. W książce Pawła Zuchniewicza pt. *Siostra Naszego Boga* czytamy: *„Alina wyjęła z torebki spięte zszywaczem kartki formatu dzienniczka szkolnego. Na kilkunastu stronach maszynopisu spisany był Rachunek Sumienia Pielęgniarki. Prawie 20 lat wcześniej w trosce o właściwą formację pielęgniarek, Hanna zaczęła organizować dla nich konferencje i Dni Skupienia”* [6].

Oto kilka autentycznych zdań, pytań, sekwencji Hanny Chrzanowskiej, które czyta Alina Rumun:

- *„Moja praca to nie tylko mój zawód, ale powołanie. Powołanie to rozumiem, jeśli przeniknę i przyswoję sobie słowa Chrystusa: »nie przyszedłem, aby Mi służyło, ale abym służył«*
- *Czy dbałam o swoje zdrowie? Czy nie przemęczałam się niepotrzebnie, brawurując: Mnie i tak nic nie będzie?*
- *Czy tryb mojego życia nie podkopyje moich sił do pracy?*
- *Każdy uczynek miłosierdzia Chrystusa jest samą świętością. Mimo to Chrystus uchodził od ludzi, aby się modlić. Czy idę w jego ślady? Czy nie łudzę siebie, mniemając, że się „modlę pracą” Mam czas na tyle spraw poza nią! Czy naprawdę nie mogę znaleźć trochę czasu tylko dla Boga? Czy się modlę o siły, czy dziękuję Bogu za powołanie?*
- *Czy jestem prawdomówna? Czy miałam odwagę przyznawania się do popełnianych błędów i pomyłek, czy odwrotnie – zatajałam albo fałszowałam fakty, aby chronić swoją opinię? Czy byłam sumienna w sprawozdaniach ustnych i piśmiennych, w dokumentacji, statystykach?*

- *Jaki jest mój stosunek do chorego człowieka? Czy zdobywam się na stały, świadomy wysiłek, aby nie popaść w oschłość i rutynę?*
- *Czy modłę się za chorych i wszystkich powierzonych mojej opiece?*
- *Czy nie uchylam się od istotnego pielęgnowania chorych, uciekając się do wykonania zabiegów »wyższych« i bardziej efektywnych, niepotrzebnie zastępując lekarzy? A przecież chorzy najbardziej odczuwają naszą miłość, kiedy ich myjemy, karmimy, kiedy ich wygodnie układamy!*
- *Czy od tych prac, istotnie pielęgniarskich nie wymigiwałam się, wmawiając sobie, że muszę wykonać inne, a te specjalnie sobie wyszukiwałam, na przykład: Jeszcze jedno porządkowanie apteczki albo pisanie historii choroby za lekarzy? Może zaniedbując chorych, chodziłam przyglądać się ciekawym zabiegom? A w pielęgniarstwie otwartym może wmawiałam sobie, że nie ma czasu na odwiedziny, wynajdując sobie za to na przykład niekonieczne porządkowanie kartotek?*
- *Czy nie traktuję chorych jak numery, jak przypadki chorobowe, zapominając o osobowości każdego z nich? Czy pamiętam, że operacja dla mnie setna jest pierwsza dla chorego? Że każdy noworodek, którego spośród wielu zanoszę matce, jest jej największym ukochaniem?»*

Rachunek Sumienia Pielęgniarki jest zbudowany z pytań, które powinna sobie zadać jego adresatka/adresat. Są to pytania dotyczące sytuacji mające miejsce w środowisku pielęgniarskim i współpracowników medycznych. Rachunek Sumienia Pielęgniarki autorstwa Hanny Chrzanowskiej, jak określiła Hanna Paszko, jest to pewnego rodzaju pierwowzór aktualnie obowiązującego Kodeksu Etyki. Zawarte słowa w Przyrzeczeniu w pkt. 3 przypominają co oznacza nieść pomoc każdemu człowiekowi niezależnie od wszelkich względów: rasy, wyznania religijnego, narodowości, poglądów politycznych i stanu majątkowego.

Umiejętność stawiania sobie najprostszych pytań stanowi najlepszą drogę do własnych przemyśleń i dojrzałych zachowań. W ten sposób nasuwają się na myśl pewne zagadnienia. Pierwsze z nich na podstawie przeżyć i przemian życiowych bohaterki tegoż artykułu można zatytułować:

1. PIELĘGNIARKA KATOLICKA – gdzie dobrze by było, aby choć przez chwilę zastanowić się nad wartościami swojego życia (a nawet istnienia) za sprawą Hanny Chrzanowskiej:
 - to nie tylko zawód ale i powołanie przejawiające się w naśladowaniu Chrystusa jak i rozumieniu Jego słów: „nie przyszedłem aby mnie słuźono ale abym służył”. To także spojrzenie na wiele kwestii, tj.:
 - pełnienie roli pielęgniarki w duchu słuźzenia i miłości,
 - pełnienie dobra, którym obdarował mnie Bóg jest odbłaskiem i jego dobrocią, a Chrystus także będąc wśród chorych wskazuje mi drogę postępowania,
 - wdzięczność za podarowane talenty,
 - znalezienie czasu dla Boga, na modlitwę,
 - dbanie o powinności chrześcijanina,

- znajomość nauk kościoła i ich obrona.

Kolejnym zagadnieniem, który nierozzerwalnie łączy się z powyższymi wartościami to:

2. ZAWÓD PIEŁĘGNIARKI – a jakie tu można poruszyć kwestie, np.:
 - czy mam poczucie współodpowiedzialności za wykonywany zawód...
 - czy godnie reprezentuję swój zawód – nie tylko w miejscu pracy, ale także w otoczeniu...
 - czy wszelkie zdobycze naukowe i wynalazki przyczyniają się do mojego samokształcenia i doskonalenia zawodowego...
 - jak mogę zapobiec rutynie...
 - czy podnoszę morale zawodu...
 - jaki jest mój stosunek do istoty życia?

Następne zagadnienie nasuwa myśl pogodzenia pewnych ról życiowych:

3. ROLA PIEŁĘGNIARKI A ŻYCIE PRYWATNE – gdzie także warto na chwilę się zatrzymać i pomyśleć:
 - czy sumienne spełnianie powierzonych obowiązków nie koliduje z moimi rolami życiowymi, np. mężatki i matki... / męża i ojca...
 - jak zachowuję się wobec, np. konieczności przedłużenia godzin pracy...
 - czy na pieniądze zapracowałam uczciwie, czy wysokość wynagrodzenia wpływa na moją pracę...
 - jaki jest mój stosunek do własności społecznej?

A gdy już, choć może nie w pełni, adresat/ka tych zagadnień potrafi odpowiedzieć sobie na powyższe pytania to jednak nie powinien zapomnieć o przykładowych kilku:

4. CECHY(ACH) „DOBREJ” PIEŁĘGNIARKI, które to kształtuje w pewien sposób tradycja zawodu, ale także obecne czasy – a mianowicie:
 - sumienność w wykonywaniu czynności zawodowych,
 - przestrzeganie zasad pielęgniarskich,
 - punktualność, prawdomówność, okazywanie cierpliwości, odwaga przyznawania się do popełnionych błędów i pomyłek, rzetelność w sprawozdaniach zarówno ustnych jak i w dokumentacji "papierowej czy elektronicznej",
 - dbanie o swój stan zdrowia,
 - uprzejmość i zyczliwość w relacjach międzyludzkich,
 - nie zniechęcanie się do dalszej pracy z powodu napotkanych niepowodzeń,
 - dużo innych cech pozytywnych, których można dopisać wiele.

Na pewno dobro pacjenta i jego rodziny to podstawa obrania pielęgniarskiej drogi życiowej, to zdobywanie wiedzy i umiejętności, to praca również nad sobą, a więc:

5. PACJENT- na jakie pytania należy odpowiedzieć:
 - jaki jest mój stosunek do chorego...
 - czy wykonuję przy Nim czynności pielęgniarskie a nie wyszukuję innych zajęć...

- czy okazuję troskę zapewniając Jemu właściwą, bezpośrednią opiekę bądź ją organizuję...
- jaki jest mój stosunek do chorego nieprzytomnego, zaniedbanego, uzależnionego...
- czy moje działania wobec pacjenta były uwarunkowane sympatią lub jej brakiem do Niego i Jego rodziny...
- w jaki sposób sprawuję opiekę wobec dzieci i osób starszych...
- czy przestrzegam prawa do intymności i godności pacjenta w różnym wieku...
- czy jest mi wiadome imię i nazwisko pacjenta...
- czy zachowuję tajemnicę zawodową...
- czy czynności przy pacjencie staram się wykonać delikatnie nie zadając mu dodatkowego bólu...
- czy poświęcam dla niego choć chwilę na rozmowę...
- czy nie daję przyrzeczeń bez pełnego przeświadczenia, iż je dotrzymam...
- czy daję odczuć choremu moje zmęczenie lub pośpiech...
- czy oczekuję „wdzięczności” od pacjenta...
- może będąc w dyżurce pielęgniarskiej nie zwróciłam uwagi na to, iż pacjent potrzebuje opieki duszpasterskiej... a może nawet nie wiem że „odszedł”...
- czy współpracuję z kapłanem szpitalnym?

A jakie mogę zadać sobie pytania odnośnie:

6. RODZINA(Y) PACJENTA:

- jaki jest/był mój stosunek do rodziny chorego...
- czy uzyskane informacje służyły do sprawowania całościowej opieki nad chorym i jego najbliższymi...
- czy dochowuję tajemnicy zawodowej w odniesieniu do środowiska pacjenta...
- czy udzielam członkom rodziny wskazówek ułatwiających opiekę...
- czy oczekuję „wdzięczności” od rodziny pacjenta...
- czy moje starania, czynności, działania ukazywały rodzinie sens opieki nad swoim najbliższym?

To w jaki sposób spełniam swoje obowiązki, jakie jest moje nastawienie do otaczającego między innymi świata zawodowego zależy także od postaw w odniesieniu do:

7. WSPÓŁPRACOWNICY(KÓW):

- jaki jest mój stosunek do współpracowników zarówno koleżanek pielęgniarek, jak i do personelu pomocniczego...
- czy uciekam od problemów grupy...
- czy jestem sprawiedliwa w ocenie swoich... współpracowników, nie podważam niczyjego autorytetu...
- jaka jest moja reakcja wobec nieodpowiedzialności, nierzetelności oraz zła, zawiści, lenistwa, pomówień...

- czy toleruję cudze nieuczciwości przez mylnie rozumiane koleżeństwo...
- czy dzielię się swoim doświadczeniem...
- czy odwracam się od osób, które potrzebują mojego wsparcia, pomocy?

W życiu napotyka się wiele sytuacji, jak by ktoś powiedział, oderwanych od rzeczywistości, ale należy im stawić czoła. Patrząc na pacjenta, zaczynam się zastanawiać jakie są moje pierwsze spostrzeżenia, co mogę dla niego zrobić, przyjmie /odrzuci moje starania. Dalej się zastanawiam nad relacjami z rodziną pacjenta, nie powinno się ich podważać pod jakimkolwiek pretekstem. Co mogę powiedzieć na temat współpracy z osobami z mojego życia środowiska zawodowego, ale nie tylko. Hanna Chrzanowska nauczyła nas patrzeć wielowymiarowo. A więc Drogi Czytelniku gdy dotarłeś do tych ostatnich pytań i sugestii to mam prawo sądzić, że cel tego artykułu został osiągnięty: na chwilę się zatrzymałaś/eś w pędzie życia, proszę weź większy oddech i postaraj się odpowiedzieć na powyższe pytania, których inicjatorką jest w dalszym ciągu autorka wciąż żyjącego Rachunku Sumienia Pielęgniarki.

Zamiast podsumowania – *post scriptum*

Jestem wdzięczna tym Koleżankom i Kolegom, którzy wiele pracy wnieśli w przygotowania materiału niezbędnego do beatyfikacji Hanny Chrzanowskiej. Dziękuję Koleżankom i Kolegom z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za umożliwienie mi uczestniczenia w Uroczystości Beatyfikacyjnej. Towarzyszące mi do dzisiaj emocje powodują, że nie jestem w stanie zachować wszystkich reguł obowiązujących podczas opracowania artykułu.

Przytoczony wyżej Rachunek jest dziełem, który jest wśród Nas obecny.

Piśmiennictwo

1. Wadas T.: *Hanna Chrzanowska (1902-1973) Wybitna pielęgniarka, nauczycielka i opiekunka chorych*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 01-02 /2018, s. 60-61.
2. <https://hannachrzanowska.pl/> (dostęp: 05.03.2019).
3. <https://www.gosc.pl/doc/3840717.Fartuch-jak-habit> (dostęp: 05.03.2019).
4. Florkowska M.: *Radość dawania Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach*, wyd. Św. Stanisława BM, Kraków 2018.
5. Wrońska U., Wielek M.: *Błogosławiona Hanna Chrzanowska*, Wydawnictwo. M, Kraków 2018.
6. Zuchniewicz P.: *Siostra Naszego Boga niezwykła historia Hanny Chrzanowskiej*, Wydawnictwo. Znak, Kraków 2017.

Adres do korespondencji:
Elżbieta Grajczyk
publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.03.2019
Po recenzji: 12.07.2019
Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Operacje odtwórcze piersi powód lęku i rezygnacji Reconstructive breast operations cause fear and resignation

Barbara Kozakiewicz^{1,2,A-F}, Małgorzata Chądzińska^{3,A-F}

¹Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie

²Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu

³Instytut Psychiatrii i Neurologii

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 2 (22): 58-65

Streszczenie

Zachorowania na raka piersi mimo dużych nakładów na wczesne rozpoznanie stale narastają i dotyczą coraz młodszych grup wiekowych. Precyzyjniejsza diagnostyka wymusza więcej zabiegów radykalnego usuwania piersi pogłębiając negatywne emocje związane z rozpoznaniem raka. Wczesna rekonstrukcja piersi może zmniejszyć negatywne odczucia i poprawić kondycję psychiczną kobiet.

Badaniem objęto 35 chorych na raka piersi, średnia wieku 46,6 lat, u których wykonano operacje rekonstrukcyjne metodą z użyciem własnych tkanek - TRAM u 31% badanych i metodą z użyciem ekspandera i protezy u 69% badanych w okresie od 1 do 3 lat po usunięciu piersi.

Przed operacją odtwórczą 86% badanych nie odczuwało problemów w życiu intymnym i nie był to najważniejszy powód operacji, choć 34% z tej grupy tylko czasami odczuwały dyskomfort przy kontaktach seksualnych. Wszystkie badane o możliwości rekonstrukcji dowiedziały się już po wykonanej mastektomii. Obawy związane z możliwością wykonania rekonstrukcji piersi przed jej wykonaniem najczęściej związane były z lękiem przed nawrotem (43%) raka i to bez względu na wiek i wykształcenie, z bólem wynikającym z operacji, którego obawiało się 20% badanych. Zadowolonych z efektu kosmetycznego dokonanej operacji było 66% a nie zadowolonych 23% operowanych. Ale 94% z tej grupy zachęcałoby inne kobiety do wykonania rekonstrukcji piersi.

O możliwości rekonstrukcji piersi należy informować kobiety jeszcze przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego. Dlatego w zespole omawiającym planowane leczenie powinien uczestniczyć psychoonkolog i chirurg plastyk. Rekonstrukcja piersi pozytywnie wpływa na stan psychiczny kobiet lecz zbyt rzadko jest z nimi omawiana.

Słowa kluczowe: rekonstrukcja piersi, metoda TRAM, implanty piersi

Summary

The incidence of breast cancer despite large expenditures for early diagnosis is increasing and concerns younger and older age groups. Precise diagnostics forces more radical removal of breasts, deepening the negative emotions associated with the diagnosis of cancer. Early breast reconstruction can reduce negative feelings and improve the mental condition of women.

The study included 35 patients with breast cancer, mean age 46.6 years, in whom reconstructive procedures were performed using the method using own tissues - TRAM in 31% of patients and the method using the expander and prosthesis in 69% of subjects in the period from 1 to 3 years after removing the breast.

Before reconstructive surgery, 86% of respondents did not experience any problems in intimate life and this was not the most important reason for the operation, although 34% of the group only occasionally suffered discomfort in sexual contact. All examined about the possibility of reconstruction found out after the mastectomy. Concerns about the possibility of breast reconstruction before its implementation were most often associated with anxiety of relapse (43%) of cancer, regardless of age and education, with pain resulting from surgery, which was feared by 20% of respondents. Satisfied with the cosmetic effect of the surgery, 66% were satisfied and 23% were not satisfied. But 94% of this group would encourage other women to do breast reconstruction.

Women should be informed about the possibility of breast reconstruction before starting oncological treatment, therefore a psycho-oncologist and plastic surgeon should participate in the team discussing the planned treatment. Breast reconstruction has a positive effect on the mental state of women but is too rarely discussed with them.

Keywords: breast reconstruction, TRAM method, breast implants

Wstęp

Zachorowania na raka piersi na świecie wykazują stałą tendencję wzrostową. W Polsce w 1980 r. stwierdzono 5 tys. nowych zachorowań. A w 2017 r. ok. 18 tys. Zachorowania występują we wszystkich grupach wiekowych, a najszybciej narastają w grupie chorych młodych do 35 roku życia. Utrata piersi jest powodem cierpienia fizycznego i psychicznego i choć odtwarzanie piersi jest zaliczone do metod leczenia raka a NFZ gwarantuje refundację operacji odtwórczej po przebytej mastektomii decyduje się na nią jedynie ok. 6% Polek. Odtworzenie gruczołu piersiowego nie ma na celu przywrócić funkcji gruczołu lecz przywrócić kształt ciała celem jego akceptacji przez kobietę. Wszak zdrowie to nie tylko brak choroby lecz także dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Rekonstrukcja po mastektomii u chorych na raka piersi zyskała popularność dzięki wysokiej przeżywalności tej grupy, bardzo dobrym efektem estetycznym operacji rekonstrukcji piersi a także niewielkim odsetkiem występowania niepowodzeń leczenia odtwórczego piersi [1-3].

W USA rekonstrukcji piersi po przebytej mastektomii poddaje się mniej niż 33%, pomimo że poprawę psychospołeczną po rekonstrukcji doświadcza 82% kobiet [4]. W Stanach Zjednoczonych Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach chorych na nowotwory uchwalona w 1998 r. zagwarantowała pokrycie kosztów związanych z rekonstrukcją piersi, co spowodowało 4-krotny wzrost zabiegów plastycznych i trend ten stale narasta [5]. W Korei podobna uchwała *National Health Insurance Service (NHIS)* z 2015 r. spowodowała 13-krotny wzrost operacji rekonstrukcji piersi [6].

Rekonstrukcje piersi zapoczątkował Radovan w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia, który był prekursorem operacji plastycznych piersi i pionierem stosowania ekspanderów. Od tego czasu nastąpił ogromny postęp zarówno w technice operacyjnej rekonstrukcji piersi jak i w samych protezach, które stały się bardziej bezpieczne. A powikłania tego leczenia znacznie ograniczono, co wpłynęło na znaczącą poprawę stanu psychicznego chorych na raka kobiet [7,8].

Dlaczego więc tak niewielki odsetek Polek decyduje się na odtworzenie piersi?

Celem badania było poznanie motywów poddawania się operacjom odtwórczym przez kobiety po mastektomii wykonanej z powodu raka piersi.

Material metoda

Badaniem objęto 35 kobiet po przebytej jednostronnej mastektomii z powodu raka piersi leczonych w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, które poddały się zabiegom rekonstrukcji piersi w okresie 2009-2013r. Operacje plastyczne przeprowadzono dwoma metodami: autogenną – przy użyciu wyspowego płata skórno-mięśniowego z mięśnia prostego brzucha (*ang. transverse rectus abdominis myocutaneous flap – TRAM*) zastosowaną u 11. badanych i metodą allogenną – przy użyciu materiałów sztucznych ekspandera i protezy u 24. badanych. Wiek badanych od 25-60 lat śr. 46,6 lat. Dominującą grupę (54%) stanowiły chore

z wykształceniem wyższym. Pełną charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

| | | |
|-----------------------------|-------------|-----|
| Wiek | 25-30 | 3% |
| | 31-40 | 17% |
| | 41-50 | 46% |
| | 50-60 | 43% |
| Wykształcenie | wyższe | 54% |
| | średnie | 46% |
| Zamieszkanie | miasto | 80% |
| | wieś | 20% |
| Statut rodzinny-zamieszkuje | z mężem | 57% |
| | z rodziną | 26% |
| | samotnie | 17% |
| Zatrudnienie | pracuje | 43% |
| | nie pracuje | 32% |
| | renta | 25% |

Najwięcej 91% operacji wykonano metodą TRAM w okresie od 12-24 miesięcy po usunięciu piersi, natomiast ekspander najczęściej u 79% kobiet zakładano po 36 miesiącach od wykonania mastektomii. O możliwości wykonania operacji odtwórczej 66% badanych dowiedziało się dopiero po wykonanej mastektomii, w toku badań kontrolnych. Po upływie minimum roku od zakończenia leczenia onkologicznego. A wiedzę tę badane pozyskiwały najczęściej (46%) od chirurga onkologa.

Wśród wszystkich badanych operacje odtwórcze przeprowadzane były w różnym okresie po usunięciu piersi i u wszystkich chorych już po ukończonym leczeniu onkologicznym radio/chemioterapią. Najwięcej operacji plastycznych wykonano w okresie 12-24 miesięcy u 48% badanych, w okresie 12 miesięcy u 26%, od 24-36 miesięcy u 9% a po 36miesiącach operowano 17% badanych.

Dla co trzeciej badanej (34%) motywacją do leczenia odtwórczego była chęć poprawy swego wyglądu i życia intymnego, względy towarzyskie były inspiracją dla 20% badanych. Decyzje o leczeniu samodzielnie podjęło 17% badanych i wszystkie one były mieszkankami wsi, pozostałe 83% badanych konsultowało się z mężem i/lub z rodziną. W okresie przed operacją odtwórczą, 86% badanych stwierdziło, że nie odczuwało problemów w życiu intymnym i nie był to najważniejszy powód operacji, choć 34% z tej grupy czasami odczuwały dyskomfort przy kontaktach seksualnych. Żadna z badanych nie spotkała się z negatywną reakcją męża z powodu braku piersi i w żadnym przypadku nie była przez niego przynaglana/namawiana do operacji odtwórczej. Ocenę efektu operacji plastycznej jako zadawalający podało ogółem 66% badanych, było to 72% po operacji typu TRAM i 63% po wszczepieniu ekspandera i protezy. Zdecydowanie niezadowolonych ogółem było 23%, 18% po TRAM i 25% po wszczepieniu ekspandera i założeniu protezy.

Czas, który upłynął od momentu pozyskania wiedzy o możliwości rekonstrukcji a decyzji o jej wykonaniu wynosił od 12 do 30 miesięcy i dotyczył odpowiednio 12% i 65% badanych. Wahania przed wykonaniem operacji spowodowane były przede wszystkim lękiem. Najczęściej był to lęk przed nawrotem raka (45%), przed bólem związanym z operacją (21%), zbyt zaawansowanym wiekiem w chwili rekonstrukcji (20%), przed bólem związanym z założeniem protezy (8%) a także obawy przed doborem właściwych badań kontrolnych (8%). Obawa przed nawrotem choroby najczęściej wyrażana przez badane nie była związana z miejscem zamieszkania, typem operacji, wykształceniem ani posiadaniem rodziny. Lęk przed operacją był powodem zgłoszenia się do psychoonkologa jedynie 46% operowanych.

Ocenę efektu leczenia badane dokonały od 6. do 55. miesięcy po operacji średnio po 22,3 miesiącach. Najwięcej badanych 48% dokonało oceny w okresie od 12-24. miesięcy po operacji odtwórczej. Oceniając jakość życia w 10 stopniowej skali od 0 – najgorsza możliwa jakość życia do 10 – najlepsza możliwa jakość życia, badane w najwyższym odsetku (37%) oceniły najwyższy poziom życia najniższym poziomem był poziom 3, który wybrała jedna badana pełne dane prezentuje tab. 2.

Tabela 2. Ocena poziomu jakości życia po rekonstrukcji piersi wśród 35 badanych

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----|---------|----|--------|---|---------|----|---------|---|-----------------------|
| ☺☺☺ 10 Najlepsza | 9 | ☺☺ 8 | 7 | ☺ 6 | 5 | ☺☹ 4 | 3 | ☹☹ 2 | 1 | ☹☹☹ 0 Najgorsza |
| 37% | 14% | 26% | 6% | 14% | 0 | 0 | 3% | 0 | 0 | 0 |

Pomimo obaw jakie badane odczuwały przed operacją to w oparciu o zdobyte doświadczenia związane po operacji rekonstrukcji piersi bez względu na typ operacji zdecydowana większość badanych 94% zachęcałaby inne kobiety do przeprowadzenia rekonstrukcji piersi.

Dyskusja

Lęk w wielu dziedzinach obecny przed operacją rekonstrukcji utraconej piersi był głównym powodem (43%) wahań i wątpliwości wśród badanych. Był on obecny bez względu na wiek badanych. Wielu autorów sądzi, że im młodszy wiek kobiet po mastektomii tym łatwiej podejmują decyzje o wykonaniu rekonstrukcji [1-4]. Wszystkie badane wiedzę o możliwości rekonstrukcji piersi nabyły najwcześniej w rok od dokonanej mastektomii, gdy ukończyły leczenie za pomocą chemioterapii i/lub radioterapii. Najczęściej (46%) informację tę przekazywał chirurg onkolog. Brak informacji na temat możliwości rekonstrukcji piersi a także wiedzy o metodach jej prowadzenia ma istotny wpływ na decyzje pacjentek. Z badań Aldermana wynika, że w USA jedynie 33% chirurgów omawia z pacjentkami problem rekonstrukcji piersi ustalając strategię leczenia raka jeszcze przed jego rozpoczęciem. Pacjentki poinformowane o wszystkich aspektach tego zabiegu czterokrotnie częściej decydują

się na mastektomię z rekonstrukcją. Powodem rezygnacji, który jest najczęściej podawany przez kobiety, to konieczność przeprowadzania kilku kolejnych operacji składających się na jej pozytywny efekt. A także przekonanie, że rekonstrukcja piersi nie poprawi komfortu ich życia [9]. Istnieje potrzeba stworzenia zespołów kwalifikujących do leczenia raka piersi, w którym uczestniczyć będą chirurdzy plastycy wyjaśniający sposób wykonania rekonstrukcji. Wczesna informacja o możliwości takiego leczenia sprawia, że chora ma szansę na oswojenie się z takim postępowaniem zanim rozpocznie się leczenie stricte onkologiczne.

Badając problem informowania chorych o rekonstrukcji piersi po mastektomii z powodu raka Morrow i wsp. wykazali, że 78% badanych kobiet przed zabiegiem odbyło rozmowę na temat rekonstrukcji piersi lecz była ona nie satysfakcjonująca i mniej niż 12% potrafiło odpowiedzieć wyczerpująco na problemy dotyczące rekonstrukcji piersi, zawarte w kwestionariuszu świadomej zgody na leczenie, które powinny podpisać przed zabiegiem [10]. Ci sami autorzy zaobserwowali, że wpływ na decyzje o rekonstrukcji ma młodszy wiek pacjentek, wyższy poziom wykształcenia oraz gdy choroba jest mniej zaawansowana. We Francji, jak podaje Avanian i wsp. wszystkie chore na raka piersi informowane są o możliwości rekonstrukcji piersi przed rozpoczęciem leczenia i spośród nich 81% wybiera rekonstrukcję jako etap leczenia raka piersi. Dane te świadczą o przeszło dwukrotnie częściej niż w USA podejmowanej decyzji o rekonstrukcji przez kobiety, które są informowane o leczeniu odtwórczym na wczesnym etapie, przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego [11].

Leczenie rekonstrukcyjne ma istotny wpływ na aspekty psychospołeczne i jakości życia kobiet (*ang. Quality of Life – QOL*). Ocena wyniku leczenia zależy od czasu wykonania operacji a także wyboru metody oraz czasu dokonania jego oceny. Jednak najważniejszymi wykładnikami powodzenia leczenia rekonstrukcyjnego są poprawa w zakresie QoL i zadowolenie pacjentki. Badanie Qinghong i wsp. opublikowane w 2018 r. to wnikliwa analiza onkologicznych a także psychologicznych aspektów jakości życia tych chorych [12]. Uzyskane wyniki potwierdzają wcześniejsze dane z 2007 r. prezentowane przez Mullan i wsp., którzy porównali QoL kobiet po rekonstrukcjach piersi w przebiegu leczenia raka mieszanek USA, Szwecji i Kanady. Stwierdzili poprawę profilu psychologicznego kobiet po rekonstrukcji piersi we wszystkich tych krajach [13]. Pacjentki leczone przy użyciu ekspanderów tkankowych miały lepsze funkcje poznawcze i funkcje ról, pacjentki po rekonstrukcji metodą TRAM miały znacznie lepszą ogólną QoL i funkcję emocjonalną. Ponadto pacjentki, które miały wykonaną natychmiastową rekonstrukcję implantu miały lepsze wyniki w funkcjach społecznych i fizycznych. Podobne dane uzyskała Atisha i wsp., która ponadto wykazała, że rekonstrukcja natychmiastowa wpływa na znaczną poprawę we wszystkich podskalach psychospołecznych niezależnie od rodzaju operacji (TRAM/ekspander i proteza) [14].

Obecnie istnieje wiele doniesień literatury medycznej o korzyściach wynikających z rekonstrukcji piersi w krajach o różnych kulturach i zwyczajach. Indyjscy autorzy podkreślają, iż korzyści z rekonstrukcji nie zawsze wynikają z chęci poprawy relacji seksualnych, dlatego zalecają lekarzom przedstawiać kobietom w toku rozmów informujących wiele aspektów medycznych, społecznych i psychologicznych wynikające z tego leczenia [15].

Satysfakcja po przebytych leczeniu odczuwana jest bez względu na metodę operacji przez większość kobiet, które poddały się rekonstrukcji piersi. Wśród badanych 94% kobiet zachęcałoby inne kobiety, aby i one poddały się rekonstrukcji choć zadowolenie z efektu leczenia wyraziło 66% a niezadowolonych było 23% badanych. Pozytywny odbiór efektu leczenia związany jest poza estetyką także z okresem obserwacji, który upłynął od rekonstrukcji i stanem emocjonalnym chorej. Na ocenę wyniku operacji ma wpływ także poziom depresji związany z rozpoznaniem raka piersi i koniecznością jego leczenia. Znaczącą poprawę stanu psychicznego obserwuje się po 2. latach od ukończenia leczenia wraz z rekonstrukcją piersi.

W badaniu oceniającym, czy są stany psychopatologiczne mogące znacząco wpływać na korzyści wynikające z procedury rekonstrukcyjnej porównano trzy grupy kobiet poddających się rekonstrukcji: zdrowe, nie chorujące na raka, chore na raka piersi po mastektomii bez rekonstrukcji i po rekonstrukcji piersi. Wszystkie kobiety przeszły wywiad psychiatryczny z czterema skalami kwestionariuszowymi (SASS, indeks QL, HAM-A, HAM-D) w celu oceny adaptacji społecznej, jakości życia, lęku i depresji. Po roku od operacji nie było statystycznych różnic w społecznych, seksualnych związkach i jakości życia u pacjentek po rekonstrukcji chorych na raka piersi i zdrowych kobiet. W odniesieniu do lęku nie stwierdzono statystycznej różnicy między grupami chorych na raka po i bez rekonstrukcji. Statystycznie różne, niższe poziomy depresji stwierdzono w zdrowej grupie i wyższe poziomy w grupie po mastektomii. Depresja u kobiet po rekonstrukcji zmniejszyła się w porównaniu do grupy po mastektomii bez rekonstrukcji. Autorzy tego badania sądzą, że ocena efektu rekonstrukcji zależy od wcześniejszego tj. przed leczeniem rozpoznaniem ciężkiego zaburzenia depresyjnego i może być przeciwwskazaniem do operacji mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją piersi [16].

Podsumowanie

Obecnie mamy coraz doskonalsze materiały tworzące protezy piersi, techniki formowania piersi z własnych tkanek co sprawia, że operacje odtwórcze piersi są coraz chętniej wykonywane przez zdrowe kobiety celem poprawy sylwetki. Kobiety pozbawione piersi wskutek choroby powinny być informowane i kwalifikowane przez zespół interdyscyplinarny lekarzy i psychoonkologów o możliwości rekonstrukcji piersi równocześnie z jej usunięciem lub w terminie odroczonym. A jeśli wyrazi taką wolę powinna być jak najszybciej operowana. Przywrócenie satysfakcjonującego

wyglądu ciała wskutek rekonstrukcji piersi powoduje u kobiet korzystne efekty psychologiczne dotyczące QoL niejednokrotnie normalizację tych parametrów w porównaniu ze zdrowymi kobietami dlatego operacje rekonstrukcji są niedocenionym elementem leczenia onkologicznego.

Piśmiennictwo

1. Hu ES, Pusic AL, Waljee JF, Kuhn L, Hawley ST, Wilkins E, Alderman AK.: *Patient-reported aesthetic satisfaction with breast reconstruction during the long-term survivorship Period*. *Plast Reconstr Surg*. 2009; 124 : 1-8.
2. Pluta P, Piekarski J.: *Czy mastektomia z rekonstrukcją natychmiastową piersi stanowi alternatywę dla leczenia oszczędzającego piersi?* NOWOTWORY J. *Oncol* 2016, 66,3, 216–221
3. Yueh JH, Slavin SA, Adesiyun T, Nyame TT, Gautam S, Morris DJ, Tobias AM, Lee BT. *Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques*. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 125 : 1585-95.
4. Asplund O, Körlof B. *Późne wyniki po mastektomii w leczeniu raka i rekonstrukcji piersi*. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1984; 18 : 221-5.
5. American Cancer Society. Atlanta, GA: American Cancer Society; *Ustawa o zdrowiu kobiet i prawach dotyczących raka* [Internet] [cyt. 2018, 27 marca]. Dostępne od: <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-health-insurance/health-insurance-laws/womens-health-and-cancer-rights-act.html> (dostępne 1.10.2018)
6. Ki Yong Hong, syn Yoosung, Hak Chang, 2 i Ung Sik Jin. *Trends in breast reconstruction : Implications for the Natinal Health Insurance*. *Arch Plast Surg* . 2018 maja; 45 (3): 239-245.
7. Radovan C. *Post-mastectomy breast reconstruction with a temporary expander*. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69 : 195-208.
8. Elliott LF, Hartrampf CR, Jr.: *Breast reconstruction: progress in the past decade*. *World J Surg* 1990; 14 : 763-75.
9. Alder man AK, Hawley ST, Waljee J, Mujahid M, Morrow M, Katz SJ. *Understanding the impact of breast reconstruction on the surgical decision - making process for breast cancer*. *Cancer*. 2008; 112 (3): 489-494.
10. Morrow M , Mudzaid M , Lantz PM , Janz NK , Fagerlin A , Schwartz K , Liu L , Deapen D., Salem B , Lakhani I , Katz SJ : *Correlates of breast reconstruction: results from a population based study*. *Cancer*. 2005; 104 (11): 2340-2346.
11. Ananian P, Houvenaeghel G, . Protière C, Rouanet S, Arnaud JP, Moatti A, Tallet A, Braud, Julian-Reynier C.: *Determinants of Patients' Choice of Reconstruction with Mastectomy for Primary Breast Cancer*. *Ann Surg Oncol*. 2004; 11 (8): 762-771
12. Qinghong Qin, Qixing Tan, Bin Lian, Qinguo Mo, Zhen Huang, Changyuan Wei. *Postoperative outcomes of breast reconstruction after mastectomy a retrospective study*. *Medicine* 2018, 97:5,1-6.
13. Mullan MH, Wilkins EG, Goldfarb S, Lowery JC, Smith DM, Wickman M, Sandelin K. *Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one-year postoperative...* *J. Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007; 60 (5): 503-8.
14. Atisha D , Alderman AK , Lowery JC , Kuhn LE , Davis J , Wilkins EG: *Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study*. *JACS* 2007, 205,3, S61 [www.journalacs.org/article/S1072-7515\(07\)00911-8/fulltext](http://www.journalacs.org/article/S1072-7515(07)00911-8/fulltext).
15. Laxmi Shekhawat L, Busheri L, Dixit S, Patel C, Dhar U, Koppiker C: *Patient-Reported Outcomes Following Breast Reconstruction Surgery and Therapeutic Mammoplasty: Prospective Evaluation 1 Year Post-Surgery with BREAST-Q Questionnaire*. *Indian J Surg Oncol* 2015, 6(4):356–362.

16. Rubino C, Figus A, Loretto L, Sechi G: *Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes*. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2007, 60, 509-518.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Barbara Kozakiewicz

barbara.kozakiewicz@coi.pl

Centrum Onkologii – Instytut im.

M. Skłodowskiej-Curie, 02-034 Warszawa,

ul. Wawelska 15

Data wpływu do Redakcji: 12.03.2019

Po recenzji: 12.07.2019

Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji

Copyright

© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Bowaryzm, histeria i melancholia – medyczne przypadki bohaterek kobięcych w literaturze XIX wieku

Bovarism, hysteria and melancholy – medical cases of female figures in 19th century literature

Natalia Miksiewicz^{A-F}

Uniwersytet Wrocławski, Instytut Filologii Polskiej

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 2 (22): 66-71

Streszczenie

Czy niezrozumiałe problemy natury psychicznej prezentowane przez bohaterki głośnych powieści marginalizują ich znaczenie w procesie historycznoliterackim? Czy bowaryzm to choroba, którą powinni wziąć pod lupę psychiatrzy? Dlaczego romantyzm i pozytywizm pełne są wizerunków kobiet innych, targanych niezrozumiałymi siłami? Na te i kolejne pytania próbuje odpowiedzieć autorka na przykładzie, między innymi, powieści Gustawa Flauberta – Pani Bovary. Niniejsza praca przedstawia, w jaki sposób pisarze kreowali obraz choroby ducha i umysłu oraz prezentuje najciekawsze postaci XIX wieku spętane ograniczeniami natury medycznej. Podejmuje także temat obłędu kobiecego w literaturze i eksponuje przenikanie się wątków literackich z medycznymi na przestrzeni tych epok.

Słowa kluczowe: literatura, histeria, psychologia, kobieta, zdrowie psychiczne

Summary

Do incomprehensible problems of human's mental nature presented by female figures in the biggest novels define their impact in history and literary process? Is bovarism an illness that should be examined by psychiatrists? Why is romanticism and positivism full of female characters tethered by the unknown forces? These and other questions are, among others, addressed in *Madame Bovary* written by Gustave Flaubert. This paper intends to show how writers created an image of mental illnesses presents the most interesting figures of 19th century captured by medical limitations. It also shows women's madness in literature and how medical and literary threads connect with another.

Keywords: literature, hysteria, psychology, female, mental health

Wstęp

Czyż nie wie pani, że istnieją dusze wiecznie udręczone? Potrzebują kolejno marzeń i czynów, najczystszych uczuć i najdzikszych namiętności i tak popelniają wszelkiego rodzaju wybryki i szaleństwa [1]. Cytat ten, pochodzący z *Pani Bovary*, powieści Gustava Flauberta oddaje istotę zjawiska, które jest tematem tego artykułu.

„Przypadki” medyczne kobiet w literaturze XIX wieku

XIX wiek z zainteresowaniem podchodził do medycyny. W 1885 roku Pasteur zastosował szczepionkę przeciw wścieklicznie ratując tym samym życie dziecka, kilka lat później zastosowano promieniowane rentgenowskie w diagnozie chorób, wynaleziono także aspirynę. Ale jak każda epoka także i XIX wiek obfitował w wiele pomyłek, dziś nieakceptowalnych, a kiedyś branych za coś oczywistego. Dusze ówczesnych bohaterów dręczyły między innymi: smutnodur (melancholia),

napuszenie (histeria), nocobłąd (lunatykowanie), posepnicza (depresja), śledziennictwo (spleen), a nawet chłopotudr (czyli nimfomania) [2]. Część specyficznie nazywanych zjawisk była niezwykle pomocą dla współczesnej diagnozy, ale niektóre z nich stanowią ciekawą zagadkę także obecnie.

Emma Bovary, bohaterka wykreowana przez Flauberta, postrzegana jest przez czytelników jako niezwykle emocjonalna kobieta, niezdecydowana, wiecznie cierpiąca, nienasycona, skażona przez źle rozumianą literaturę, która ostatecznie miała doprowadzić do jej upadku. Jak ma się zatem taki obraz do słów, prawdopodobnie wypowiedzianych przez samego autora – „Pani Bovary to ja”? Bowaryzm definiowany jest jako poczucie niezadowolenia, postawa rozczarowania wynikająca z niezgodności między wyidealizowanym obrazem własnym a zastaną rzeczywistością. Zjawisko, które wielu chciało włączyć do medycyny ostatecznie zdaje się być jedynie „chorobą przeniesioną drogą tekstową”, a w przyjętym rozumieniu najbliższej mu zaburzeniom dysocjacyjnym. Powstaje jednak pytanie – *Czym jest w rzeczywistości?*

Nazwę dla bowaryzmu wprowadził Jules de Gaultier, francuski filozof, który twierdził, że to umiejętność podstawowa i uniwersalna, dana każdemu człowiekowi, a polegająca na postrzeganiu siebie innym, niż się jest. Emma Bovary uosabia jedynie jej patologiczną odmianę, stanowiącą wadę osobowości, cechę dziedziczną, a odznaczającą się kłamstwem i rozdzieleniem charakteru. Ta ostra ocena wskazuje na pewnie niezrozumienie tej postaci, warto więc zestawić ją z opinią René Girarda, krytyka literackiego, który twierdził, że bohaterka żyje w pewnym fantazmatycznym świecie, a jedyne czego pragnie to stałego pożądanego.

Emma Bovary pragnie tego, czego nie może mieć. Literatura jest tylko pożywką dla jej spętanej cierpieniem duszy, pełni funkcję kompensacyjną – przynosi ulgę, ale zapoznaje ją także z innymi, lepszymi scenariuszami ludzkiej egzystencji, toteż kobieta pragnie prowadzić takie życie, jakie zna z kart książek. Marzenia o Paryżu realizowała podróżując palcem po mapie, ale można przypuszczać, że ewentualna podróż nie zmieniłaby jej kondycji psychicznej. Emma wyznaczałaby kolejne cele licząc, że któryś z nich wypełni pustkę. Nie pomogły jej uniesienia religijne, pożądanie ze strony partnerów, stabilizacja rodzinna, powiększanie majątku ani narodziny dziecka. Zatem Bovary nie jest rozchwianą emocjonalnie kobietą, która przeczytała zbyt wiele idealnych opowieści. To bohaterka z krwi i kości, która choruje. Cierpi nie tylko psychicznie – przechodzi między innymi depresję poporodową, spowodowaną narodzinami córki, dotykają ją wspomniane już wcześniej zaburzenia dysocjacyjne – oddziela się na poziomie tożsamości od otoczenia, zamyka w sobie, próbuje kreować nieistniejące wizje własnego życia. Na poziomie fizjologicznym dotykają ją nudności, popada w zaburzenia odżywiania, po nieudanych romansach głodzi się – pije ocet, żeby schudnąć. Negatywny obraz

samej siebie dodatkowo oddziałuje na jej codzienne funkcjonowanie, a spiętrzenie kłopotów mentalnych prowadzi do aktu samobójstwa.

Emma cierpi na tę samą chorobę, co wszyscy „szaleni” bohaterowie Flauberta. Dręczy ją niepokój, tęsknota za wszystkim, czego nie może odnaleźć w otaczającej ją rzeczywistości. Przechodzi od nadziei do rozpacz, ciągle czegoś oczekując. Stan ten staje się przedmiotem badań socjologicznych i charakterystyką współczesności [3]. Postępowanie kobiety dalekie jest racjonalności, nie kieruje się ona zdrowym rozsądkiem. Kunszt Flauberta przejawia się w tym, że wprowadza on do literatury pięknej psychologię popędów nieuzasadnionych logicznie – czyli to, co w języku epoki nazywało się „fizjologią” [4].

Postać pani Bovary nie powinna być przez czytelników oceniana, co więcej – powinniśmy jej współczuć, ponieważ tak cierpiąca osoba nawet w czasach współczesnych miałaby spore problemy z otrzymaniem należytej opieki medycznej. Sam Flaubert odnosił się jednak do Emmy z ironią, mogła być to próba rozluźnienia więzów między bohaterką a autorem, żeby pokazać ją „od zewnątrz” i w stosunku do świata zewnętrznego. Pisarz uwalnia się od przedstawianych przez niego uczuć, żeby je lepiej poznać i spróbować je ocenić [5].

Bowaryzm to pierwszy przypadek ujęty w moim temacie i jak udowodniłam, kryło się za tą nazwą, coś więcej, ale literatura XIX wieku obfituje w wiele zjawisk początkowo niezrozumiałych, a zauważalnych nawet w obecnych czasach.

Problemy bohaterki Flauberta ściśle wiązały się z emocjami, które przeżywała i relacjami damsko-męskimi, w które była uwikłana, a także literaturą, stanowiącą element rozbudzający pasję i ciekawość świata. Podobne komponenty pojawiły się także w życiu **Mary Shelley**, XIX-wiecznej pisarki, autorki między innymi *Frankensteina* czy noweli *Matylda*. Mary przyszła na świat w rodzinie pisarzy, jej matka Mary Wollstonecraft – ikona walki o prawa kobiet, zmarła przy porodzie na skutek infekcji podczas usuwania łożyska (lekarze nie zdecydowali się w tamtych czasach na dbanie o higienę rąk i przyrządów chirurgicznych), a ojciec troszczył się, by córka miała dostęp do najznamienitszych tytułów i pobierała niezbędne nauki w domu. Wychowana w romantycznej epoce od pierwszego wejrzenia zakochała się w Percy’em Shelley’u, kontrowersyjnym poecie i dramaturgu, który wierzył w ideę wolnej miłości. Związek ten zaowocował dzieckiem, niestety przedwcześnie narodzonym, które niedługo potem zmarło, co wywołało u Mary poważny epizod depresyjny. Terapią w tak trudnych chwilach było dla niej pisanie, ponieważ nie otrzymała wsparcia od partnera, zarzucającego jej histerię [6]. Pisarka zdawała sobie sprawę z dręczących ją demonów – uważała, że opętały ją złe duchy, bała się wybuchu tłumionych emocji, w tym ogromnych pokładów gniewu. Bardzo wcześnie owdowiała, Percy utonął w trakcie rejsu na własnym statku, a dziesięć dni później znaleziono jego ciało, które poddano kremacji. Jednak z jakichś powodów zachowało się jego serce, współcześni badacze sądzą, że gruźlica, na którą cierpiał Shelley miała

związek z niską podatnością tego narządu na procesy kremacyjne. Część zapisków podaje, że przyjaciel pary postanowił zachować serce specjalnie dla Mary, która w ramach żałoby nosiła je owinięte w jedwab lub rękopisy poezji byłego męża. Po śmierci pisarki znaleziono je w szufladzie jej biurka.

Shelley dręczyła depresja, nieumiejętność poradzenia sobie z własnymi emocjami, a później prawdopodobnie nowotwór mózgu, który doprowadził do jej zgonu. Część z tych problemów była oczywiście niezdiagnozowana albo mylnie rozumiana, jak chociażby histeryczne zachowania, które przypisywał jej mąż. Bez względu na rzeczywistą sytuację, można pokusić się o tezę, że była to kolejna bohaterka, której problemy zdrowotne silnie wiązały się z miłością i literaturą.

Pojawiająca się kilkakrotnie w tym artykule **histeria** jest zjawiskiem bardzo specyficznym i przez lata funkcjonującym pod postacią zupełnie innych zaburzeń. Wiek XIX kojarzy się z pięknymi damami w wytwornych sukniach, zdobionych rękawiczkach i z wachlarzem w dłoni. Gorsety, kilkadziesiąt warstw ubrań zakładanych przy pomocy służby, ważących czasem nawet 20 kilogramów, rezygnacja z częstego mycia, pielęgnacja włosów w szkodliwych roztworach amoniakowych, brud i smog na ulicach – to wszystko to tylko wycinek tamtej rzeczywistości, negatywnie oddziałującej na zdrowie kobiet. Mianem hysterii początkowo określano wszelkie zachowania odbiegające od normy – omdlenia, nadmierne wzdychanie, umartwianie się, zbyt żywiołowe reakcje, złość i krzyk. W atakach histerycznych pojawiały się wybuchy furii, nienawiści, lęku, obserwowano także różne formy ekstaz. Osoba histeryczna umiała zmieniać osobowość, odgrywać swoisty teatr, będący wołaniem o pomoc czy wyrazem protestu [7]. Jeszcze w renesansie wierzono, że przyczyną zachowania histeryczek jest kontakt z diabłem, który wykorzystywał słabą naturę płci pięknej. Średniowieczni lekarze wiązali zaś tę przypadłość z macicą, a form terapii doszukiwali się w modlitwie.

Najciekawszymi koncepcjami związanymi z histerią są: teoria humoralna – w głowie miała się gromadzić czarna żółć, główny czynnik wywołujący humor melancholijny, a także teoria waporów polegająca na zamianie humorów w opary, które przenoszą się wewnątrz naczyń krwionośnych lub wzdłuż nerwów. Wapory śledzionowe wywoływały melancholię, a nasienne – histerię, należało więc profilaktycznie odpowiednio często je upuszczać.

Histeria i melancholia bardzo często współwystępowały ze sobą tworząc melancholię histeryczną, która miała dotyczyć na przykład kobiety po porodzie – „okolice pępka, gdzie skutkiem często odbywających się porodów i utworzonych przepuklin, kiszki uwięzione, do pewnych powikłań chorobliwych doprowadzić mogą” [8].

Pod koniec wieku XIX ukonstytuowało się rozumienie hysterii zaproponowane przez Zygmunta Freuda w *Studiach nad histerią*, gdzie opisuje przypadki kliniczne swoich pacjentów, tworząc tym samym podwaliny dla psychoanalizy. Wraz z Josefem

Breuerem pisał, że niektóre symptomy histeryczne znikają bezpowrotnie po obudzeniu wspomnienia wydarzenia, które je wywoływało – zadaniem pacjenta było stworzenie szczegółowego opisu i przypomnienie sobie detali. Taka terapia – a także wyodrębnienie afektu – miały natychmiast niwelować wszelkie skurcze, neuralgie, anestezje i halucynacje, bowiem histeryk cierpiał przede wszystkim na wspomnienia [9].

Dzisiejsze rozumienie tego terminu zastępowane jest zaburzeniami dysocjacyjnymi czy stosowaniem mechanizmów obronnych, a sama histeria okazała się być pojemnym workiem, w którym umieszczano wszelkie kobiece problemy. Co więcej, powstało mnóstwo interpretacji tego zjawiska – badaczki feministyczne utrzymywały, że histeria to nic innego jak patologiczna reakcja na przypisane płci role kulturowe, a także ucieczka w mowę ciała, która miała sygnalizować trudną sytuację kobiet. Z kolei Sławoj Żiżek dopatruje się w tym schorzeniu pewnego rodzaju modelu komunikacji, który to ma zwracać uwagę na własną niekompletność i fragmentaryczność, czy eksponować niezadowolenie z ojcowskiego systemu wartości [10].

Innym interesującym problemem medycznym bohaterek literackich był tak zwany globus. Emilia Korczyńska, postać wykreowana przez Elizę Orzeszkową w powieści *Nad Niemnem* skarżyła się na *globus histericus*, objawiający się przez duszności, bóle głowy, uczucie kuli w gardle, słabość, omdlenia. Jak pisze Alicja Nasiłowska-Barud – Emilia nie była zadowolona z pożycia małżeńskiego, ponadto „*otoczenie nie sprostało jej oczekiwaniom, a niezaspokojone pragnienia przerodziły się w konflikty zepchnięte do podświadomości, które ujawniały się w postaci cierpienia na dolegliwości somatyczne*” [11]. Nerwicę histeryczną Korczyńska leczyła kroplami walerianowymi, perfumami i przebywaniem w zamkniętym pokoju przesiąkniętym zapachem kwiatów i olejków. Globus włączony jest do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i charakteryzuje się zaburzeniami czynnościowymi przewodu pokarmowego, odczuwanymi jako ściskanie w gardle czy obecność ciała obcego. Jest to kolejne zaburzenie konwersyjne przytaczane w tej pracy.

Wspomniana wcześniej enigmatyczna czarna żółć funkcjonowała w kontekście wielu chorób umysłowych bohaterów literackich. Związana była z melancholią, czyli po prostu depresją. Weltschmerz, choroba wieku, jaskółczy niepokój, ból istnienia to zaraza postępująca w literaturze tego okresu.

Podsumowanie

Większość działań bohaterów romantycznych powodowana jest trudnościami emocjonalnymi, czy zaburzeniami psychicznymi. Niniejszy artykuł tylko sygnalizuje poszczególne zjawiska. Przykładów na kartach powieści kryją się dziesiątki. Wśród postaci kobiecych dominowały: tendencje samobójcze (Anna Karenina), zaburzenia

seksualne (Izabela Łęcka i jej relacja z posągiem Adonisa), obłąd (Maria Malczewskiego), wskazałabym nawet osobowości histrioniczne (Jadwiga Łuszczewska, czyli Deotyma) oraz zachowania patologiczne (Balladyna Słowackiego). Podjęty temat wartý jest dalszej analizy nie tylko za względu na tajemniczość medycznych problemów kobiet XIX wieku (bo nigdy nie dowiemy się, co stało za objawami ukazanymi w literaturze), ale też przez choroby, którym ulegali autorzy. Bolesław Prus, prozaik, nowelista i publicysta epoki pozytywizmu, cierpiał na agorafobię. Gustaw Flaubert decydował się na zachowania współcześnie uznawane za ekscentryczne, często przesiadywał w zamknięciu. Wspominana wcześniej Mary Shelley, przez męża uznawana za histeryczkę, zmagala się z wieloma demonami wewnętrznymi. Prawdopodobnie zdrowotne problemy pisarzy inspirowały ich do zajęcia się tą stroną człowieczeństwa, która wymykała się możliwościom realistycznych opisów behawioralnych.

Piśmiennictwo

1. Flaubert G., *Pani Bovary*, Wydawnictwo Siedmioróg, Wrocław 2017.
2. Marcinów M., *Chłopoturna i smutnodurna, czyli nieznaną historią polskiej psychiatrii*, <https://www.granicenauki.pl/chłopoturna-i-smutnodurna-czyli-nieznaną-historią-polskiej-psychiatrii-153354>, dostęp: 1.02.2019 r.
3. Reizow B., *Flaubert*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1961.
4. Reizow B., *Flaubert*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1961.
5. Reizow B., *Flaubert*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1961.
6. Mellor A. K., *Mary Shelley. Her life, her fiction, her monsters*, Routledge, Londyn 1989.
7. Matuszek G., *Maski i demony wczesnego modernizmu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
8. Marcinów M., *Historia polskiego szaleństwa*, Fundacja Terytoria Książki, Kraków 2015.
9. Breuer J., Freud Z., *Studia nad histerią*, Wydawnictwo KR, Warszawa 2008.
10. Matuszek G., *Maski i demony wczesnego modernizmu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
11. Nasiłowska-Barud A., *Literackie ujęcie chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych na podstawie powieści Elizy Orzeszkowej „Nad Niemnem”* [w:] *Między literaturą a medycyną*, Wydawnictwo Norbertinum, Lublin 2007.

Adres do korespondencji:
Natalia Miksiewicz
nat.miksiewicz@gmail.com

Data wpływu do Redakcji: 21.03.2019
Po recenzji: 12.07.2019
Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

„Ile Cię trzeba cenić, ten tylko się dowie kto Cię stracił” - zdrowie naszej przyszłości

„How much one should prize you, he only can tell who has lost you” – health of our future

Anna Obuchowska^{1,2,A-F}, Patrycja Nowak^{1,2,A-F}, Dorota Szpytma^{1,2,A-F},
Witold Zardzewiały^{1,2,A-F}, Marcin Rząca^{1,2,A-F}

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Studenckie Koło Naukowe, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

²Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinæ Legnicensis 2019; 2 (22): 72-79

Streszczenie

Definicja zdrowia wg Światowej Organizacji Zdrowia jest to stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności. Ubiegły, dwudziesty wiek był wiekiem szczególnym pod względem zdobyczy medycyny. Miało to bezpośrednie przełożenie na zdrowie w rozrachunku ogólnym jak nigdy dotąd. Wielkie odkrycia takie jak szczepionki Pasteura czy antybiotyki Fleminga zmniejszyły zdecydowanie śmiertelność z powodu chorób zakaźnych dziesiątkujących ówczesnych. Jednakże zmieniające się okoliczności, w których żyjemy bezpośrednio wpływają na trudności, z którymi personel medyczny jak i pacjenci będą musieli się rozprawić. Celem pracy jest wykazanie zmieniających się tendencji w zagrożeniach zdrowia w zbliżających się dekadach oraz zwiększenie świadomości co do zbliżających się zagrożeń zdrowia.

Słowa kluczowe: zdrowie, przyszłość

Summary

The definition of health at its World Health Organization a state of full physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or disability. The last, twentieth century was a special age in terms of the achievements of medicine. In general, it has had direct impact on health as never before. Great discoveries such as Pasteur's vaccines and Fleming's antibiotics had significantly reduced mortality due to infectious diseases. However, the circumstances which we live in, directly affect the difficulties that medical staff and patients will have to deal with. The aim of the work is to show the changing tendencies in health threats in the coming decades and to increase awareness of the upcoming.

Keywords: health, future

Wprowadzenie

Współcześnie definicja zdrowia obejmuje wszystkie obszary życia człowieka. Zarówno potencjał fizyczny, psychiczny, duchowy i intelektualny organizmu odgrywa ważną rolę dla jednostki, która jest zdecydowana prowadzić satysfakcjonujące ją życie w społeczeństwie, jednocześnie nie powodując szkody dla jakości życia innej istoty. Definicja ta jest bardzo istotna, ponieważ nie zatrzymuje się na całkowitym braku choroby czy niepełnosprawności, a bardzo mocno zwraca uwagę, że zdrowie jest dobrostanem. Z tego powodu nie powinniśmy się skupiać jedynie na chorobach oraz nieustannych próbach ich zwalczania, a skupiać się na samym wzmacnianiu zdrowia [1].

Krótki rys historyczny dokonań medycyny ubiegłego wieku

Pomimo dwóch następujących po sobie w krótkim czasie wojnach światowych pochłaniających miliony istnień, medycyna XX wieku z każdą kolejną dekadą nabierała tempa. Już w 1913 r. nową erę w kardiologii zapoczątkował dr Paul Dudley White. Zaczął on na szeroką skalę wykorzystywać elektrokardiogram (EKG), który obecnie ma ogromne znaczenie w diagnostyce klinicznej i prognozowaniu chorób układu krążenia [2]. W 1922 r. w Toronto pierwszy raz wstrzyknięto człowiekowi zwierzęcą insulinę, dokonał tego chirurg ortopeda Frederick Banting wraz ze studentem czwartego roku medycyny Charlesem Bestem i doświadczonym biochemikiem Jamesem Collipem. Wynalezienie medycznej insuliny sprawiło, że cukrzyca przestała być chorobą śmiertelną. Pierwsza insulina została wyodrębniona z wysepek trzustkowych psa. Obecnie nie używa się insuliny odzwierzęcej. Insulina to pierwszy w historii medycyny lek, który wyprodukowano metodami inżynierii genetycznej. Został zatwierdzony do stosowania w 1982 roku [3]. W 1928 r. Alexander Fleming podczas porządkowania laboratorium oraz usuwania zanieczyszczeń z naczyń zauważył że bakterie w pobliżu kolonii pleśni umierają. W ten dzień został odkryty przez niego pierwszy na świecie antybiotyk (penicylina), który był w stanie uratować miliony ludzi oraz zrewolucjonizować medycynę [4]. W następnych latach odkrycie szczepionki na polio, szczepionki na niektóre patogeny z grupy TORCH (ang. Toxoplasmosis – Other – Rubella – Cytomegalia – Herpes) – toksoplazmoza, inne (HIV, HPV, wirus B19) różyczka, cytomegalia, wirus opryszczki, czy eradykacja ospy prawdziwej przyczyniła się do znacznego ograniczenia występowania chorób zakaźnych, co za tym idzie śmiertelności z nimi związanej [5]. Wraz z pierwszym udanym przeszczepem nerki w 1954 stopniowo zaczęto wkraczać w nową nadchodzącą erę zastępowalności dotychczas „niewymienialnych” narządów człowieka. Następnie zaczęto przeszczepiać płuca, serce, wątrobę, a w latach dziewięćdziesiątych ludzką wyobraźnię rozpałała wiadomość o sklonowaniu owcy Dolly [6].

Wyzwania dzisiaj a jutro

Jedną z narastających tendencji w krajach rozwiniętych, którą już w dzisiejszych czasach można zaobserwować jest wzrost zachorowalności na nowotwory, a zmniejszającą się zachorowalność i śmiertelność z powodów chorób sercowo-naczyniowych (ang. *cardiovascular disease* – CVD). Dane dotyczące śmiertelności zostały uzyskane na podstawie bazy danych śmiertelności Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization, WHO*). W 2013 roku choroby sercowo-naczyniowe były najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, największy odsetek stanowiła choroba niedokrwienna serca. Nowotwory był drugą przyczyną zgonów, najczęstszym jego typem był rak płuca. Przyczyn tego zjawiska jest wiele m.in. zwiększa się świadomość społeczeństwa na temat ogromnej wagi prawidłowej

zróżnicowanej, zbilansowanej diety, szkodliwości używek (tj. dym tytoniowy, alkohol, narkotyki) jak i rozszerzających się świadczeń zdrowotnych [7]. Propagowanie zdrowego stylu życia poprzez wysiłek fizyczny, który pozytywnie wpływa na zmniejszenie ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Dotyczy to głównie nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, przemiany węglowodanów oraz otyłości [8]. Natomiast zwiększająca się zachorowalność na nowotwory jest spowodowana przez m.in. wydłużającą się długość życia, a przez to większą ekspozycją na czynniki nowotworowe. Zwiększające się zanieczyszczenie środowiska również przyczyniają się do kancerogenezy [9].

Zmniejszenie śmiertelności wynika m.in. z efektywniejszej diagnostyki (już na poziomie lekarza rodzinnego), szybszego wykrycia nowotworu, podjęcia szybszego i efektywniejszego leczenia jak również zwiększenia nieznacznie statystyki zgonów spowodowanych przez nowotwory, gdzie kilkadziesiąt lat temu dokonano by tzw. garbage codes (tzw. „kody śmieciowe” odpowiadające niedokładnym i nieściśłym opisom stanów i chorób, które uniemożliwiają precyzyjne określenie przyczyny zgonu) w akcie zgonu [10]. Promieniowanie ultrafioletowe, moda na kąpiele słoneczne, czy korzystanie z solarium w latach 80-90-tych XX wieku skutkuje wystąpieniem czerniaka po około 15-20 latach od wcześniejszej ekspozycji. Z tego powodu w ostatnich latach występuje zwiększona zachorowalność na ten typ nowotworu skóry [11].

Wielolekooporność

Wzrastająca oporność bakterii na antybiotyki niesie za sobą poważne zagrożenie dla ludzkości. O skali problemu może świadczyć oporność wielolekowa (*ang. multidrug resistance – MDR*) definiowana jako niewrażliwość lub oporność drobnoustroju na podawane leki przeciwdrobnoustrojowe (które są strukturalnie niespokrewnione i mają różne cele molekularne) pomimo wcześniejszej wrażliwości na nie. Nie wolno zapominać, że nie tylko bakterie rozwijają wielolekooporność. Za większość zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi są odpowiedzialne patogeny określane jako „superbug” i wywołujące m.in. gruźlicę, zapalenie płuc, zespół nabytego niedoboru odporności (*ang. Acquired Immune Deficiency Syndrome – AIDS*), grypę, malarię, infekcje drożdżaków. Dlatego jeśli świadomość społeczna nie wzrośnie bakteriologowie przewidują powrót do ery preantybiotykowej. Narastająca oporność na antybiotyki szerokospektralne tj. fluorochinolony czy antybiotyki ostatniego rzutu tj. karbapenemy generuje szereg problemów: zwiększa się śmiertelność pacjentów, wydłuża się proces chorobowy, pojawiają się powikłania, rosną koszty leczenia, personel medyczny narażony jest na wyższą szkodliwość pracy. Palącym problemem jest wielolekooporność prątka gruźlicy. Częste występowanie w krajach trzeciego świata niesie ze sobą ogromne niebezpieczeństwo z powodu w ostatnich latach pojawienia się oporności rozszerzonej typu XDR (*ang. extremely*

drug-resistant) tj. MDR + oporność na fluorochinolon, amikacynę, kanamycynę, kapreomycynę). Istnieją dwa główne mechanizmy nabywania przez drobnoustroje oporności na antybiotyki. Należą do nich mutacja oraz horyzontalny transfer genów [12,13].



Ryc. 1. Sposoby możliwe do zastosowania w celu zapobiegania dalszemu rozwijaniu się wielolekooporności patogenów [Jyoti Tanwari i in. 2014][14]

Szczepionki są jednym z najważniejszych środków profilaktyki współczesnej medycyny. Dzięki nim zmniejszono częstość występowania wielu zakaźnych chorób dziecięcych, a w niektórych przypadkach nawet je eradykowano np. ospę prawdziwą, czy prawie wykorzeniono polio czy malarię [15].

Faktem jest, że np. podawana doustnie szczepionka, zawierająca atenuowany wirus polio (*ang. oral polio vaccine – OPV*) może powodować w przybliżeniu jeden przypadek wystąpienia polio związanego ze szczepieniami na 1,7 mln. dawek szczepionki OPV. Doniesienia wskazują także na rzadsze przypadki powrotu wirusa atenuowanego do postaci wirulentnej, która również powodowała zakażenia polio pochodzenia szczepionkowego (*ang. vaccine-derived poliovirus – VDPV*) [16]. Jednakże, szczepionki OPV w przeciwieństwie do szczepionek podawanych pozajelitowo (*ang. inactivated polio vaccine – IPV*) powodują trwałe nabycie odporności na dziki szczep wirusa polio u dzieci nieszczepionych, a mających kontakt z dziećmi zaszczepionymi, dlatego w rejonach świata, gdzie pomimo swojej niskiej ceny szczepionki OPV nie są podawane wszystkim dzieciom, uważane jest to za niebywałą zaletę. Mimo wszystko z powodu prawdopodobieństwa występujących efektów ubocznych OPV w wielu krajach wprowadzono szczepionki IPV [17]. Pomimo widocznych efektów w postaci znacznego spadku śmiertelności dzieci na skutek działalności szczepionek istnieje rzesza ludzi demonizujących szczepionki jak

i medycynę konwencjonalną. Strach przed szczepionkami nie jest niczym nowym. Już w XVIII wieku wielbny Edmund Massey w Anglii nazwał szczepionki „diabolicznymi zabiegami” [18]. Nie tylko argumenty teologiczne znajdowały miejsce w marszu przeciwko szczepionkom. W XIX wieku w Wielkiej Brytanii utworzono ligę przeciwszczepionkową sprzeciwiającą się przymusowi szczepień [19].

Początek debaty naukowej omawiającej szkodliwość szczepionek rozpoczął się w 1998 roku za sprawą artykułu ukazanego w prestiżowym czasopiśmie „Lancet” autorstwa Wakefielda i innych. W tymże artykule sugerowano powiązanie szczepionki przeciwko odrze, śwince i różyczce (*ang. measles – mumps – rubella, MMR*), a predyspozycji do regresji behawioralnej i wystąpienia zaburzeń rozwojowych u dzieci. Pomimo niewielkiej próby, niekontrolowanego projektu, spekulacyjnych wniosków praca zyskała niewiarygodny rozgłos i poziom wyszczepiania szczepionek MMR drastycznie spadł [20]. Pomimo wykazania autorom celowego oszustwa, wybiórczego prezentowania danych oraz niemal natychmiastowego przeprowadzenia kolejnych badań epidemiologicznych negujących wnioski Wakefielda, ziarno niepokoju zostało zasiane i zbiera swoje żniwo do dziś [21,22,23]. Badania wykazały, że nawet rodzice sprzyjający szczepieniom mogą być zdezorientowani trwającą debatą, co prowadzi do kwestionowania ich wyborów. Wielu rodzicom brakuje podstawowej wiedzy na temat działania szczepionek, a także dostępu do dokładnych informacji wyjaśniających znaczenie tego procesu. Ponadto osoby najbardziej potrzebujące wiedzy na temat szczepień wydają się najbardziej narażone na brak informacji [24].

Narastające nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej

Dostęp do opieki zdrowotnej różni się w zależności od tego, w której części świata dany człowiek żyje, jaką wyznaje religię, jakiej jest narodowości, grupy etnicznej czy też płci. Decydenci, pracownicy ochrony zdrowia, badacze od dawna dokładają wszelkich starań, by poprawić ogólny stan zdrowia populacji, a także wyeliminować istniejące różnice w zdrowiu w oparciu o pochodzenie/rasę, geografię czy inne czynniki społeczne [25,26]. Jedna teoria głosi, aby zrozumieć problem różnic w zdrowiu należy znać tło rzeczywistnienia tego problemu. Skupienie się na grupach społecznych pozwala zrozumieć występujące w obecnym kształcie nierówności zdrowotne w kontekście kulturowym i historycznym, co tłumaczy w jaki sposób mogły powstać różnice zdrowotne. Na przykład, biorąc pod uwagę historię niewolnictwa i segregacji w Stanach Zjednoczonych, rzuca światło na obecne różnice w zdrowiu rasowym i etnicznym. Podobnie, zrozumienie systemu kastowego w Indiach pozwala zrozumieć, w jaki sposób wpływa on na status społeczny, poziom wykształcenia i wyniki zdrowotne jednostek. Krótko mówiąc, oglądanie nierówności zdrowotnych przez pryzmat grup społecznych może pomóc w kierowaniu interwencjami, umożliwić nadzór nad ważnymi kwestiami równości i pogłębić wiedzę

na temat zdrowia, pomagając nam tworzyć powiązania, które nie były początkowo oczywiste [27,28].

Otoczenie geograficzne, a nie tylko grupa społeczna, odgrywa ważną rolę w kształtowaniu zdrowia [29,30,31]. Zmieniający się klimat, braki żywności przy stale wzrastającej populacji, konflikty na tle religijnym i etnicznym powodują, że zadbanie o zalecany styl życia i prawidłowo wykształcony personel medyczny stają się bardziej odległe [32].

W krajach, gdzie istnieją wyżej wymienione zagrożenia występują skrajne niedobory personelu ochrony zdrowia. Kryzys został pogłębiony przez „drenaż mózgów”, czyli emigrację ludzi wykształconych do krajów wysoko rozwiniętych. Z tego powodu niemożliwym stało się dostarczenie efektywnej pomocy medycznej, szczególnie na obszarach wiejskich [33]. W wielu państwach afrykańskich szerząca się korupcja powoduje braki w systemach zaopatrzenia w produkty medyczne. Nieprawidłowa dystrybucja, nieprzystępne ceny oraz zróżnicowanie jakości usług medycznych przyczyniło się do sytuacji gdzie około 50% ludności kontynentu nie ma dostępu do podstawowych leków [34,35].

Tymczasem w krajach Unii Europejskiej pomimo różniących się cen leków w obrębie krajów członkowskich, są one dostępne dla wszystkich. Co więcej nawet pacjenci zarabiający najniższą krajową są w stanie zaopatrzyć się w potrzebne leki. Jednym z celów na przyszłość wyznaczonych przez Komisję Europejską jest doprowadzenie cen leków do poziomu adekwatnego do lokalnych czynników ekonomicznych, co wyrówna nierówności społeczne [36]. Kolejną przyczyną narastających nierówności jest zróżnicowane finansowanie opieki zdrowotnej. Niski poziom inwestycji, brak kompleksowej polityki zdrowotnej, planów strategicznych oraz niedoskonały poziom zarządzania w krajach rozwijających się bezpośrednio wpływają negatywnie na poziom usług medycznych [37].

Podsumowanie

Wyzwania współczesnej medycyny wymagające rozwiązań w najbliższych dekadach odbiegają nieco od dzisiejszych. W ostatnich dekadach w krajach rozwiniętych udaje się zaobserwować tendencje do wzrastania zachorowań jak i śmiertelności z powodów nowotworów, a zmniejszającej z powodów chorób sercowo-naczyniowych (*ang. cardiovascular disease, CVD*). Dodatkowymi problemami są: walka z narastającą lekoopornością wieloantybiotykową, zwiększająca się tendencja do zaniedbywania szczepień ochronnych, zmagania ze zwiększającymi się nierównościami dostępu do świadczeń medycznych. Zmieniające się potrzeby społeczeństwa, jak i trendy występowania chorób wymagają zmodyfikowanego podejścia pacjentów do czynników ryzyka jak i wymuszają na personelu medycznym ciągłe doszkalanie się na polach dotychczas lakonicznie tylko poruszanych. Rozbudowa diagnostyki jak i przeprojektowanie systemu nauczania personelu

medycznego może przynieść przewidywane, pozytywne efekty, jednakże będzie to wzmocnionym wysiłkiem nie tylko logistycznym ale i finansowym, na co starzejące społeczeństwo być może nie będzie mogło sobie pozwolić.

Piśmiennictwo

1. Kozłowska E., Marzec A., Kalinowski P., Bojakowska U.: *Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu, Health concept and its protections in the light of subject literature*. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6 (9): 575-585. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.155048>
2. Siang Yong Tan, Erika Kwock, Paul Dudley White (1886–1973): *Pioneer in modern cardiology*. Singapore Med J. 2016 Apr; 57 (4): 215–216. doi: 10.11622/smedj.2016075
3. Celeste C. Quianzon Cheik I.: *History of insulin*. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2012; 2 (2): 10.3402/jchimp.v2i2.18701. doi: 10.3402/jchimp.v2i2.18701
4. Siang Yong Tan, Yvonne Tatumura: *Alexander Fleming (1881– 1955): Discoverer of penicillin*. Singapore Med J. 2015 Jul; 56 (7): 366–367. doi: 10.11622/smedj.2015105
5. Stanley Plotkin. *History of vaccination*. Proc Natl Acad Sci USA. 2014 Aug 26;111(34):12283-7. doi: 10.1073/pnas.1400472111
6. Clyde F. Barker 1,2 and James F. Markmann. *Historical Overview of Transplantation*. Cold Spring Harb Perspect Med. 2013 Apr; 3(4): a014977. doi: 10.1101/cshperspect.a014977
7. Lauren Wilson, Prachi Bhatnagar, and Nick Townsend. *Comparing trends in mortality from cardiovascular disease and cancer in the United Kingdom, 1983–2013: joinpoint regression analysis*. Popul Health Metr. 2017; 15: 23. doi: 10.1186/s12963-017-0141-5
8. Joy Hayes and Gretchen Benson. *What the Latest Evidence Tells Us About Fat and Cardiovascular Health*. Diabetes Spectr. 2016 Aug; 29(3): 171–175. doi: 10.2337/diaspect.29.3.171
9. Anisimov VN. *Carcinogenesis and aging*. Adv Cancer Res. 1983;40:365-424. PMID:6419551
10. Allgar VL, Neal RD. *General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer*. Eur J Cancer Care. 2005;14:409–16, DOI: 10.1111/j.1365-2354.2005.00600.x
11. Doré JF1, Chignol MC. *Tanning salons and skin cancer*. Photochem Photobiol Sci. 2012 Jan;11(1):30-7. doi: 10.1039/c1pp05186e.
12. Adegoke AA, Faleye AC, Singh G, Stenström TA. *Antibiotic Resistant Superbugs: Assessment of the Intercorrelation of Occurrence in Clinical Settings and Environmental Niches*. Molecules. 2016 Dec 27;22(1). pii: E29. doi: 10.3390/molecules22010029.
13. Godziszewska J., Guzek D., Głąbski K., Wierzbicka A.. *Mobilna antybiotykooporność – o rozprzestrzenianiu się genów determinujących oporność bakterii poprzez produkty spożywcze*. Postepy Hig Med Dosw (online), 2016; 70: 803-810 e-ISSN 1732-2693
14. Jyoti Tanwar, Shrayanee Das, Zeeshan Fatima, and Saif Hameed. *Multidrug Resistance: An Emerging Crisis*. Interdiscip Perspect Infect Dis. 2014; 2014: 541340. doi: 10.1155/2014/541340
15. *Achievements in Public Health, 1900-1999 Impact of Vaccines Universally Recommended for Children - United States, 1990-1998*. (1999). Accessed: June 17, 2018: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056803.htm>
16. www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/oral_polio_vaccine/VAPP_andcVDPVFactSheet-Feb2015.pdf (dostęp 02.07.2019).
17. www.polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-vaccines/opv/ (dostęp 03.07.2019)
18. Massey E: *Sermon against the dangerous and sinful practice of inoculation*. Preach'd at St. Andrew's Holbourn, on Sunday, July the 8th, 1722. / By Edmund Massey, M.A. Lecturer of St. Alban Woodstreet. Gale Ecco, Print Editions. 2010, Accessed: June 17, 2018: <http://name.umd.umich.edu/N02782.0001.001>
19. *19th-Century Documents Show How Little The Anti-Vaxxers Have Changed*, (2014). Accessed: June 17, 2018: <http://io9.gizmodo.com/19th-century-documents-show-how-little-the-antivaxxers-1658381223>
20. DeStefano F, Chen RT. Negative association between MMR and autism. Lancet. 1999;353:1987–8. DOI:10.1016/S0140-6736(99)00160-9

21. Dales L, Hammer SJ, Smith NJ. *Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California*. JAMA. 2001;285:1183–5.
22. Godlee F. *The fraud behind the MMR scare*. BMJ. 2011;342:d22.
23. Taylor B, Miller E, Farrington CP, Petropoulos MC, Favot-Mayaud I, Li J, et al. *Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: No epidemiologic evidence for a causal association*. Lancet. 1999;353:2026–9
24. Hussain A., Ali S., Ahmed M., Hussain Sh., Monitoring, Editor: Alexander Muacevic and John R Adler. *The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine*. Cureus. 2018 Jul; 10 (7): e2919. doi: 10.7759/cureus.2919
25. Townsend P, Davidson N, editors. *Harmondsworth*, Middlesex: Penguin Books Ltd; 1982. Inequalities in health: black report; p. 240.
26. *WHORO for Europe*. World Health Organization, Regional Office for Europe; 1985. Targets for health for all: targets in support of the European Regional Strategy for Health for All.
27. Braveman P, Krieger N, Lynch J. *Health inequalities and social inequalities in health*. Bull World Health Organ. 2000;78:232–5. PMID:10743295
28. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. *A glossary for health inequalities*. J Epidemiol Community Health. 2002;56:647–52.
29. Jones K, Moon G. *Medical geography: taking space seriously*. Prog Hum Geogr. Progress in Human Geography 17:515-524 December 1993 DOI: 10.1177/030913259301700405
30. Kearns RA, Joseph AE. *Space in its place: developing the link in medical geography*. Soc Sci Med. 1993;37:711–7. PMID:8211286
31. Macintyre S, Ellaway A. *Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment*. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York, USA: Oxford University Press; 2000
32. The World Bank (2012) World Development Indicators 2012. Washington, DC: The World Bank
33. WHO The World Health Report 2006 – Working together for health Geneva. 2006.
34. Kirigia JM, Wambebe C. *Status of resources for health research in ten African countries*. BMC Health Services Research. 2006;6:135. doi: 10.1186/1472-6963-6-135
35. WHO Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action Geneva. 2007
36. Zaprutko T., Kopciuch D., Kus K., Merks P., Nowicka M., Augustyniak I., Nowakowska E.. *Affordability of medicines in the European Union*. PLoS One. 2017;12(2): e0172753. doi: 10.1371/journal.pone.0172753
37. Preker A, Langenbrunner JC. *Spending wisely: buying health services for the poor*. Washington, D.C.: The World Bank; 2005

Adres do korespondencji:
Natalia Miksiewicz
nat.miksiewicz@gmail.com

Data wpływu do Redakcji: 20.05.2019
Po recenzji: 12.07.2019
Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

„Slaba pleć, a jednak najsilniejsza, slaba pleć, a jednak najmocniejsza” – czy słowa piosenki E. Bodo znajdują odzwierciedlenie wśród kobiet w medycynie?

„Slaba pleć, a jednak najsilniejsza, slaba pleć, a jednak najmocniejsza”- may the lyrics of E. Bodo's song be reflected to women in medicine?

Barbara Palka^{A-F}, Dominik Respondek^{A-F}, Joanna Żarkowska^{A-F}

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2018; 2 (22): 80-87

Streszczenie

W ostatnich latach na kierunku medyczne w Polsce przyjmowana jest znacznie większa liczba kobiet niż mężczyzn. W niedalekiej przyszłości zawód lekarza ulegnie feminizacji. Już podczas studiów przyszłe lekarki, dentystki czy pielęgniarki często zastanawiają się, jak będzie wyglądać ich przyszłe życie zawodowe i w jaki sposób pogodzą je ze sferą życia prywatnego. Podczas pracy muszą mierzyć się ze stresem związanym ze zbyt dużą ilością obowiązków (nie tylko w pracy, ale także w domu – jako żona i matka), trudnymi pacjentami, zazwyczaj niższymi zarobkami w stosunku do mężczyzn, ale także z mobbingiem (najczęściej ze strony przełożonych) i molestowaniem seksualnym (głównie w formie słownej, ale też fizycznej). Borykać się muszą również z brakiem perspektyw rozwoju osobistego czy poczucia stabilności zatrudnienia, źle zorganizowaną pracą na oddziale, a także trudnościami współpracy w zespole. Kobiety w dziedzinach zabiegowych (chirurgii) przedkładają intensywną pracę zawodową ponad założenie rodziny. Czy kobiety w medycynie można zatem nazwać „słabą płcią”, która nie potrafi sobie poradzić w różnych sytuacjach związanych z ich pracą?

Słowa kluczowe: mobbing, kobieta, stres zawodowy, przeszkody, pleć

Abstract

In recent years, a significantly larger number of women than men have been admitted to medical faculties in Poland. In the nearest future, the doctor's profession will become feminized. During their studies, future female doctors, dentists and nurses often wonder what their professional life will look like and how they will reconcile it with the private sphere. During work, they have to deal with stress related to too many duties (not only at work, but also at home - as a wife and as a mother), difficult patients, usually lower earnings compared to men, but also with mobbing (most often from their superiors) and sexual harassment (mainly verbal, but also physical). They also have to struggle with lack of personal development prospects or sense of stability in employment, poorly organized work in the ward, as well as difficulties in working together in a team. Women in the fields of surgery prioritize intensive professional work for starting a family. May women in medicine be called a "weak gender" that cannot cope with various work-related situations?

Keywords: mobbing, female, workplace stress, obstacles, gender

Wprowadzenie

Obecna pozycja kobiet w Polsce w sferze społecznej i gospodarczej kształtowała się przez stulecia. Chociaż to Polska była jednym z pierwszych państw europejskich, które przyznały kobietom prawa wyborcze (1918), stopniowo wytracała dynamikę postępu emancypacji. Od lat 50-tych ubiegłego wieku do chwili obecnej odsetek pracujących kobiet wzrósł z ok. 31% do 49% [1]. Choć może to wyglądać obiecująco, należy jednocześnie zauważyć, iż od ponad 10 lat nie udało się uzyskać zmniejszenia

różnicy wynagrodzeń między kobietami a mężczyznami. Nie może to stanowić wciąż pomijanego problemu przede wszystkim dlatego, iż dochodzi do stopniowej feminizacji wielu zawodów. Podczas gdy w latach 80-tych chirurgia była niemalże wyłącznie domeną mężczyzn, to na przestrzeni niemal 40-stu lat doszło do 14-krotnego wzrostu udziału kobiet w dziedzinach zabiegowych, równolegle zresztą z innymi „męskimi” zawodami – strażaka, pilota etc.

Wg danych Naczelnej Izby Lekarskiej z 3 stycznia 2019 roku [2], lekarek w Polsce jest około dwa razy więcej niż lekarzy, dentystek zaś ponad cztery razy więcej. I chociaż chirurgki wciąż stanowią jedynie 14% specjalistów tej dziedziny, powoli zbliżają się do równoważnej proporcji kobiet do mężczyzn w zakresie chirurgii dziecięcej. Mimo że badania amerykańskie nie wykazały różnic ani w poziomie inteligencji emocjonalnej, ani w zainteresowaniu wyborem specjalizacji zabiegowych przez studentki i studentów medycyny [3], Polska nadal plasuje się na gorszej pozycji. Gdy Pawełczyk i wsp. zbadali preferencje odnośnie specjalizacji polskich studentek i studentów okazało się, że jedynie 28,21% pań bierze pod uwagę specjalizację zabiegową, podczas gdy rozważa ją ponad połowa panów.

Z czego może wynikać ta ponad 2-krotna różnica? Zagadnienie to jest wieloczynnikowe, a czynników tych można poszukiwać zarówno w uwarunkowaniach społecznych, gospodarczych, specyfice samej specjalizacji i zawodu lekarza ogólnie, ale także w przekonaniach, stereotypach czy dyskryminacji i towarzyszącym jej patologicznym zachowaniom wobec kobiet w miejscu pracy.

Role społeczne i życie prywatne

Samo podjęcie aktywności zawodowej wśród pań to skutek przemian gospodarczych w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. O ile w przypadku chociażby pielęgniarek czy położnych zawod ten w świadomości zbiorowej utożsamiany jest z pięcią piękną, o tyle medycyna, a zwłaszcza specjalności zabiegowe, wciąż kojarzone są przede wszystkim z mężczyznami. Mimo że od lat to właśnie panie przeważają zarówno wśród studentów medycyny, jak i aktywnych zawodowo lekarzy [2]. W przypadku chirurgzek – nie dość, że wkraczają w samą medycynę - dziedzinę, którą od setek lat parali się wyłącznie mężczyźni, to jeszcze odważnie walczą o swoją pozycję w obecnie wciąż zdominowanym przez panów środowisku zabiegowców. Szeregu trudności przysparza chirurgkom pogodzenie ogólnoprzyjętych ról społecznych, jak choćby podstawowa niegdyś rola matki – często bowiem przedkładają pracę zawodową nad życie prywatne. *„Czy możliwe jest zatem pogodzenie roli mitycznej Matki Polki, idealnej żony, pani domu, a zarazem kobiety sukcesu, realizującej się w równym stopniu na sali operacyjnej, jak i w życiu osobistym?”*

Lekarki, niezależnie od specjalności, w porównaniu do swoich kolegów po fachu – częściej są samotne bądź rozwiedzione, i bezdzietne [4]. Respondentki jednego

z badań deklarują, iż uzależniają one wybór ścieżki zawodowej od zamążpójścia i przede wszystkim od zajścia w ciążę [5]. Preferują posiadanie jednego dziecka – ogół trudności i wyrzeczeń związanych z macierzyństwem sprawia, że chirurżki nie chcą decydować się na kolejne dzieci; panuje bowiem przekonanie, iż prowadzi to do obniżenia ich sprawności zawodowej [6]. Same plany prokreacyjne - w zależności od badań – chirurżki odkładają aż do ukończenia kursu specjalizacyjnego [4], bądź – przeciwnie decydują się na dziecko jeszcze przed rozpoczęciem samego szkolenia [6]. Istotny jest jednak fakt, iż kurs specjalizacyjny nie jest postrzegany jako odpowiedni moment na plany macierzyńskie.

Warto zauważyć, że całokształt życia prywatnego u chirurżek jest postrzegany jako znikomy odsetek ich życia – panie deklarują wręcz brak jakiegokolwiek życia osobistego. Brak czasu odbija się zarówno na osobach najbliższych – współmałżonkach i dzieciach, jak również na kontaktach ze znajomymi czy innymi członkami rodziny [5]. Wybór specjalizacji zabiegowej pociąga za sobą szereg wyrzeczeń odnośnie życia rodzinnego, co podyktowane jest nieustanną gotowością do pracy, stresem w życiu zawodowym, dyżurami nocnymi czy niepowodzeniami podczas zabiegów operacyjnych [6]. Studentki medycyny, wybierając specjalizację zabiegową, muszą mieć świadomość, że wybór takiej ścieżki kariery znacząco odbije się na ich życiu prywatnym [6]. Choć liczba kobiet w chirurgii, jak i innych dziedzinach zabiegowych, stopniowo wzrasta – należy podkreślić, iż ogólne tendencje co do wyboru specjalizacji są zgoła odmienne. Wśród młodych lekarzy popularne są specjalizacje gwarantujące unormowane godziny pracy jak choćby dermatologia, psychiatria czy radiologia [7]. Do czynników mających największy wpływ na wybór ścieżki niezabiegowej zaliczają się zarówno czynniki materialne (możliwość uzyskania posad atrakcyjnych pod kątem finansowym), jak i niematerialne (możliwość prowadzenia satysfakcjonującego życia pozazawodowego).

Sytuacja na rynku pracy

Jak się okazuje, nie tylko chirurgia pozwala na osiągnięcie pełni satysfakcji zawodowej – zarówno lekarki w specjalizacjach zabiegowych, jak i niezabiegowych odczuwają podobny poziom satysfakcji z wykonywanej pracy [8]. Odmienne zdanie mają jednak respondenci w badaniach Troppmann i wsp. [4]. Gdy zadali oni praktykującym chirurgom i chirurżkom pytanie, czy poleciliby chirurgię jako specjalizację dla mężczyzny oraz czy poleciliby ją kobiecie, otrzymali wyniki rozbieżne. Panowie-chirurdzy znacznie chętniej widzieliby na swoich oddziałach panów (79,5%), jedynie 61,3% wskazało odpowiedź twierdzącą w stosunku do kobiet. Chirurżki natomiast w niemal równym stopniu uważały chirurgię za specjalizację odpowiednią zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet (88,5% vs. 83,5%). Można zatem wysnuć wniosek, jakoby to mężczyźni nie chcieli „wpuścić” kobiet do środowiska zabiegowego opartego na męskim monopolu. Niestety w obecnych czasach kobiety

wciąż są dyskryminowane ze względu na płeć. Freischlag [9] przywołuje kilka spośród swoich osobistych doświadczeń. Starając się o pracę (jako chirurg) odkryła, że z listy kandydatów skreślono wszystkie kobiety (w tym również ją). Innym razem podczas rozmowy o pracę usłyszała wprost, że pracodawca po prostu nie może przyznać takiej posady kobiecie.

Piramida społeczna

Kolejnym problemem dotyczącym pań w chirurgii jest zwyczajowo funkcjonująca hierarchia społeczna. Zwyczajowo lekarz w opinii społeczeństwa, jako osoba wykształcona, plasuje się na wyższych stopniach piramidy społecznej. W tradycji utarło się również, że rolę uczonego, uzdrowiciela (czy też po prostu lekarza, medyka) pełni mężczyzna. Trudności w relacji lekarz-pacjent pojawiają się, gdy w roli lekarza staje kobieta. O ile osoba z niższej warstwy np. robotnik fizyczny łatwiej zaakceptuje wyższość lekarki (jako osoby wykształconej i mającej nad nim pewnego rodzaju zwierzchnictwo), o tyle komplikacje pojawiają się w kontaktach z mężczyznami zajmującymi wyższe stopnie piramidy. Teoretycznie kontakt z pacjentem „niżej postawionym” będzie łatwiejszy – ponieważ dostrzeże on więcej czynników hierarchizacji i uzna wyższość lekarki. Równorzędny lub nadrzędny, z punktu widzenia wykształcenia, pacjent np. prawnik, przedsiębiorca, szczególnie starszy od lekarki nie zawsze będzie gotowy pogodzić się ze zwierzchnią rolą kobiety we wzajemnej relacji. Pojawia się konieczność podświadomego wyboru: Kto tu rządzi? Kobieta (ale jednak lekarka...) czy też chory – potrzebujący fachowej pomocy. Należy tu jednak silnie zaznaczyć, że całe to rozważanie toczy się na poziomie podświadomej analizy różnych systemów wartości [10].

Polityka płci i doing gender

Specjalizacje zabiegowe to wciąż pionierskie pole dla kobiet. Aż do lat 80-tych dziedziny operacyjne były zarezerwowane niemal wyłącznie dla mężczyzn [11]. Od niemal trzydziestu lat [4] liczba kobiet w chirurgii systematycznie wzrasta, wciąż jednak jest to obszar zdominowany przez płę męską. Jak wykazały obserwacje Cassel [11], chirurżki uważane są zwykle za bardziej troskliwe i łagodne niż ich koledzy z pracy, poświęcają również więcej czasu swoim pacjentom, cierpliwie tłumacząc im skomplikowane medyczne zagadnienia. Tymczasem chirurżki zazwyczaj wolą być postrzegane jako zimni, wycofani i profesjonalni. Płeć odgrywa znaczącą rolę w interpretacji zachowań chirurgów przez postronnych obserwatorów – arogancja, rzucanie przekleństwami, wyzywanie podwładnych (ale również współpracowników) – uznawane jest za normę w przypadku chirurgów, jednak u chirurżek takie samo zachowanie jest niepożądane, uznawane za nieodpowiednie i nieraz prowokuje obmawianie za plecami, co prowadzi do pogorszenia relacji w zespole. Środowisko współpracowników na sali operacyjnej również dyskredytuje kobiety.

W przypadku mężczyzn, instrumentariuszki w naturalny sposób odbierają ich jako profesjonalnych, z kolei od chirurgzek oczekują zachowań zwyczajowo uznawanych za kobiece (choćby dzielenia się informacjami odnośnie życia rodzinnego). W przypadku braku odzewu chirurgzki uznawane są za niesympatyczne i wywyższające się. Odmienne postrzegane są również rządy twardą ręką w wykonaniu kobiet. O ile w przypadku mężczyzn-chirurgów nie są one zaskoczeniem i tego oczekuje od nich środowisko, o tyle w przypadku pań – te same zachowania interpretowane są jako złośliwość. Cassel i wsp. postawili jednak pytanie: Czy jednak same kobiety nie wzmacniają negatywnych stereotypów i krzywdzących wobec nich zachowań, chcąc na siłę dopasować się do męskiego środowiska? Usilne przejmowanie męskich zachowań przez chirurgzki pogarsza współpracę w zespole i prowadzi do konfliktów. Jak radzi Cassel, należałoby raczej przejąć wyżej wymienione role w sposób naturalny. Analizując sposób sprawowania władzy na bloku operacyjnym wskazuje, iż mężczyźni zwyczajowo przyjmują styl „króla na wzgórzu”, wydającego polecenia w sposób raczej autorytarny. Kobiety tymczasem, jeśli czynią to w sposób dla nich naturalny, a więc uważany za odpowiedni, posługują się metodą „szefowej drużyny”. I tak w każdej ze składowych ról kobiety w męskim świecie można by odnaleźć elementy, które winny bazować na naturalności, aby być uznawane za odpowiednie, a także okazać się skuteczne.

Psychiatryzacja płci

W społeczeństwie pokutuje przekonanie, iż kobiety są „słabą płcią”. Wg Domaradzkiego [12] kobiety przedstawiane są jako element słaby, wymagający specjalnej opieki, służący utrzymaniu kontroli i męskiego monopolu na władzę. Niejednokrotnie rezygnuje się zatem z obsadzania ich na stanowiskach kierowniczych z obawy przed ich rzekomą nieporadnością w obliczu kryzysowych sytuacjach. Na przestrzeni wieków panie otrzymały także „łatkę” histeryczek, osób niestabilnych emocjonalnie, wybuchowych, niepotrafiących sprostać wymaganiom dnia codziennego. Takie postrzeganie ich przez społeczeństwo powoduje kreowanie stereotypów, które są tak powszechne w wielu aspektach życia (szczególnie zawodowego).

Molestowanie seksualne i mobbing

Zjawisko molestowania seksualnego dotyczące kobiet ma najczęściej charakter słowny [13] (dwuznaczność, dowcipy z podtekstem, nieprzystojne propozycje, wyśmiewanie z tłem seksualnym). Na podstawie informacji uzyskanych z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby Lekarskiej — nie było dotychczas zgłoszeń dotyczących molestowania seksualnego. Wynika to najczęściej z częstego występowania obaw przed zgłaszaniem takich przypadków. Duże znaczenie ma również poczucie wstydu, winy, niewiedza, gdzie należy zawiadomić o takich

incydentach, zgłaszanie przypadków molestowania jedynie do pracodawcy, czy wręcz traktowanie przypadków molestowania jako naturalnego elementu pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej (nazywanego wówczas „kolorytem”). Zawody medyczne są skądinąd specyficzne pod względem narażenia na molestowanie, gdyż występują liczne sytuacje mogące sprzyjać takim zachowaniom, odnoszące się do ciała w sposób bezpośredni, np. badanie fizykalne. Molestowanie dotyczy najczęściej kobiet w zawodzie chirurga – 48,4% [8], i polega najczęściej na stosowaniu przykrych docinków ze strony współpracowników. Należy przy tym zaznaczyć, że aby zachowanie uznane zostało za molestowanie, nie musi ono odnosić się jedynie do sfery seksualnej, a raczej do samej płci.

Zjawisko mobbingu (działania skierowanego przeciwko pracownikowi, polegającego na ciągłym, długotrwałym nękaniu i zastraszaniu go, wywołującym u niego spadek aktywności zawodowej i poczucie bycia niepotrzebnym, powodującym jego poniżenie i upokorzenie, a także izolację od współpracowników) wśród pracownic ochrony zdrowia jest równie powszechne jak molestowanie i równie często bagatelizowane [14]. Najczęstszą osobą wskazywaną jako sprawca (mobber) jest zazwyczaj przełożony, ale także współpracownicy, lekarze, pacjenci, a nawet podwładni.

Pojawia się zatem pytanie: Dlaczego zjawisko mobbingu nie jest w Polsce w pełni poznane? Główną przyczyną jest zapewne strach pracowników przed konsekwencjami przyznania się. Dotarcie do ofiar mobbingu jest jednak niezwykle trudne i czasochłonne. Mobbing wśród pielęgniarek dotyczy najczęściej osób z najkrótszym stażem pracy [14]. U podłoża tego zjawiska leży także hierarchizacja zależności służbowych, co jest wyraźnie widoczne w placówkach ochrony zdrowia. Pielęgniarki traktuje się czasem w sposób instrumentalny, przedmiotowy. Stosowanie mobbingu jest efektem błędów przełożonych w zarządzaniu swoim zespołem, który w taki sposób pośrednio komunikuje istnienie nierozwiązanych, zadawnionych konfliktów i uraz. Dobrymi metodami zapobiegania temu zjawisku powinny być dobre relacje interpersonalne i dbanie o odpowiednią atmosferę (mobbing to przede wszystkim problem natury moralnej). Niemniej jednak na przestrzeni ostatnich lat świadomość społeczna dotycząca mobbingu wzrosła.

Źródła stresu zawodowego u kobiet pracujących w ochronie zdrowia

Zawód pielęgniarki wymaga dużej odporności psychicznej na stres, którego podczas pracy w ochronie zdrowia należy upatrywać w wielu źródłach. Pielęgniarki pracujące w hospicjach odczuwają większy dyskomfort w sferze psychicznej niż te przebywające na co dzień na oddziałach chirurgii ogólnej [15].

Mają one styczność z wieloma nieprzewidywalnymi sytuacjami, takimi jak nagłe pogorszenie stanu pacjenta. Są narażone na zagrożenia dotyczące ich zdrowia, ponieważ w czasie wykonywania czynności zabiegowych i pielęgnacyjnych mają

kontakt z materiałami potencjalnie zakaźnymi. Pracują zazwyczaj pod presją czasu i przy braku poczucia zupełnej kontroli. Do najczęstszych czynników stresu zawodowego wśród tych kobiet zaliczyć można także źle zorganizowaną pracę i niskie wynagrodzenie, brak uznania w oczach przełożonych, konflikty z współpracownikami, brak perspektyw rozwoju zawodowego, nadmierne przeciążenie pracą (fizyczne i psychiczne), spędzanie więcej czasu w pracy niż w domu z rodziną, zjawiska takie jak dyskryminacja, mobbing, molestowanie seksualne czy śmierć pacjenta, którym się aktualnie opiekują.

Aspekt humorystyczny

Nakreśliwszy główne problemy dotyczące kobiet podejmujących się działalności w dziedzinie chirurgii, warto na koniec odnieść się do żartów, które budzą raczej uśmiech politowania niż wywołują rozbawienie wśród kobiet-zabiegowców. Kto bowiem nie słyszał pogardliwego porównania – „*Kobieta chirurg jest jak świnka morska. Ani świnka, ani morska...*” [16] Kolejnym przykładem jest dowcip niezwykle krótki, a jakże treściwy – „*Kobieta-chirurg. Koniec żartu*”. Dowcipy te mają wyraźne podłoże seksistowskie, próżno by poszukiwać podobnych docinków w stosunku do mężczyzn podejmujących zawody zazwyczaj postrzegane jako typowo kobiece – jak chociażby pielęgniarz. Nie tak dawno można było natknąć się w sieci na oryginalną, z pozoru banalną, zagadkę rozpowszechnioną przez BBC [16]. Jej treść sprowadzała się do krótkiego opisu: „*Ojciec z synem jechali samochodem, ulegli wypadkowi. Syn w ciężkim stanie trafił do szpitala, prosto na salę operacyjną. Chirurg ledwo rzuciwszy okiem na pacjenta, zdjął maseczkę i stwierdził, że nie może podjąć się operacji, ponieważ pacjent to jego syn. Padło tu pytanie: Kim właściwie jest chirurg? Odpowiedź powinna wydawać się oczywista – chirurg jest matką*”. Dla ankietowanych jednak nie było to takie oczywiste, najczęściej wskazywaną przez respondentów była odpowiedź „ojciec” (pary jednopłciowe w Wielkiej Brytanii występują dość powszechnie), przewijała się również odpowiedź „Bogiem” (sformułowanie Bóg-ojciec często występuje w kontekście religijnym). Wyniki sondażu niestety pokazują jak wiele jeszcze jest do zrobienia na polu powszechnej akceptacji kobiet w specjalizacjach zabiegowych. Widać również, iż mimo pozornego równouprawnienia i dopuszczenia pań do pracy w typowo niegdyś męskich zawodach, społeczeństwo wciąż kieruje się dawnymi stereotypami, a widok kobiety na sali operacyjnej nadal wywołuje zaskoczenie.

Podsumowanie

Kobiety w zawodach będących zwyczajowo męskim monopolem napotykały wiele trudności, godzących w nie na różnych polach. Zmagać się muszą zarówno z uwarunkowaniami społecznymi czy ekonomicznymi, jak również bezpodstawną niechęcią ze strony męskich współpracowników. Choć sytuacja poprawia się w ciągu

dekad, wciąż pozostało wiele do życzenia. Jednym z kluczowych rozwiązań wydaje się być wynoszenie kobiet na środowiska kierownicze [9], ponieważ jak długo utrzymuje się męski monopol na władzę, tak długo realne zmiany pozostają jedynie czczymi mrzonkami.

Piśmiennictwo

1. Opracowanie Głównego Urzędu Statystycznego z 28.09.2018, *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*
2. Dane Naczelnej Izby Lekarskiej z 3.01.2019, Informacje statystyczne, Zestawienie nr 3 - *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg wieku, płci i tytułu zawodowego.*
3. Pawełczyk A., Kotlicka-Antczak M., Śmigiełski J., Pawełczyk T., Rabe-Jabłońska J.: *Inteligencja emocjonalna a preferowana specjalizacja medyczna- wyniki badania empirycznego*, Psychiatr Psychol Klin 2012, 12 (2), 96-101
4. Troppmann KM., Palis BE., Goodnight JE. Jr, Ho HS., Troppmann C.: *Women Surgeons in the New Millennium*, Arch Surg, 144 (7), 635-642
5. Straehley CJ., Longo P.: *Family issues affecting women in medicine, particularly women surgeons*, Am J Surg 2006, 192, 695-698
6. Turner PL., Lumpkins K., Gabre J., Lin MJ., Liu X., Terrin M.: *Pregnancy Among Women Surgeons Trends Over Time*, Arch Surg 2012. 147 (5), 474-479
7. Pawełczyk A., Pawełczyk T., Bielecki J.: *Determinanty wyboru specjalizacji medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej wśród absolwentów wydziałów lekarskich*. Pol Merkuriusz Lek 2007, XXII (129), 233-238
8. Frank E., Brownstein M., Ephgrave K., Neumayer L.: *Characteristics of Women Surgeons in the United States*, Am J Surg, 176 (3), 244-250
9. Freischlag JA.: *Women Surgeons - Still in a Male-Dominated World*. Yale J Biol Med 2008, 81, 203-204
10. Prakash P., George A., Panalal R.: *Sexism in medicine and women's rights*. Indian J Social Work 1993, LIV (2), 199-201
11. Cassel J.: *Doing Gender, Doing Surgery: Women Surgeons in a Man's Profession*. Human Organization 1997, 56 (1), 47-52
12. Domaradzki J.: *Polityka płci: "Słaba pleć", medycyna i kontrola społeczna*. Now Lek 2010, 79 (6), 464-473
13. Haczyński J.: *Molestowanie seksualne w placówkach ochrony zdrowia*. Seksuol Pol 2017, 15 (2), 70-72
14. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B.: *Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczebińskich szpitalach*, Med Pr 2008, 59 (3), 223-228
15. Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W.: *Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej*, Ann Acad Med Gedan 2009, 39, 145-153
16. Zakrzewska D.: *"Zapytał, czy umiem nasikać do umywalki". Tak lekarze zniechęcają kobiety do zawodu chirurga*, Tok FM 2018, published online: <http://www.tokfm.pl/Tokfm/7,103454,23382184,chirurg-kobieta-to-nadal-ewenement-a-moze-swinka-morska.html>

Adres do korespondencji:
Dominik Respondek
newyorkcity18@wp.pl

Data wpływu do Redakcji: 15.03.2019
Po recenzji: 19.06.2019
Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Wielkie i niedocenione, czyli efekt Matyldy w naukach medycznych Mighty women, undervalued females of medical science - Matilda effect

Jolanta Pietras^{1, A-F}, Elżbieta Grajczyk^{1,2, A-F}

¹Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 2 (22): 88-95

Streszczenie

Kobiety od najdawniejszych czasów wносиły swój wkład do nauki. Dużą rolę odegrały także w naukach medycznych, jednak ich działalność i sukcesy na tym polu nie zawsze były dostrzegane oraz należycie doceniane, a na przestrzeni dziejów niejednokrotnie wręcz hamowane, utrudniane czy deprecjonowane. Zjawisko to znane jest aktualnie i opisywane w literaturze pod pojęciem tzw. efektu Matyldy. Z różnych względów również obecnie naukowa droga kobiet częstokroć nie jest łatwa.

Celem artykułu jest zaprezentowanie pojęcia zjawiska Matyldy z uwzględnieniem aspektów historycznych dążenia i determinacji kobiet do możliwości pełnego korzystania z edukacji, a także przyczyn omawianego zjawiska wraz z krótką charakterystyką wybranych przedstawicielek nauki (zwłaszcza nauk medycznych oraz pokrewnych), które mimo oczywistych osiągnięć znalazły się na marginesie poczynań i dokonań swoich kolegów naukowców.

Słowa kluczowe: Zjawisko/Efekt Matyldy, kobiety, medycyna, historia nauki, historia edukacji.

Summary

From the very beginning women made a significant contribution to the world of science. Moreover, they played a very important role in medical science. However, their efforts and a success they achieved were not always considered valuable. Generally, a prominent medical environment, mostly composed of males, was impeding, denouncing and even restricting all women's activities. This phenomenon was named Matilda effect. It should be mentioned that even nowadays women's scientific path still face many problems.

The aim of this article is to present Matilda effect on the basis of historical aspects of women's determination to be able to take part in the same educational process as male students. What is more, the intention is to characterize shortly some particular female representatives of medical science who experienced sex discrimination and unequal treatment as far as scientific achievements are concerned.

Key words: Matilda effect, women, medicine, history of science, history of education.

Wprowadzenie

Efekt Matyldy lub też zjawisko Matyldy (*ang. Matilda effect*) to termin opisujący sytuację pomijania czy deprecjonowania udziału kobiet (naukowców) w pracy naukowo-badawczej oraz przypisywania ich osiągnięć naukowcom płci męskiej. Nazwa zaproponowana została przez Margaret Rossiter z Cornell University (jednego z najbardziej prestiżowych uniwersytetów w USA oraz jednego z najlepszych na świecie) pod koniec XX w. (1993r.) i wywiedziona od imienia amerykańskiej działaczki na rzecz praw kobiet Matildy Joslyn Gage, która to pod koniec XIX w., jako pierwsza zwróciła uwagę na zjawisko dyskryminacji kobiet, umniejszania ich udziału w pracach naukowo-badawczych, pomijanie czy wręcz ignorowanie osiągnięć żeńskiej części naukowców [1,2,3].

Rositer będąca z wykształcenia historykiem nauki zauważyła, iż dysproporcje pomiędzy sukcesami naukowymi kobiet i mężczyzn wynikać mogą właśnie z dyskryminacji kobiet. Polegają na pomijaniu ich wkładu w odkrycia naukowe i przypisywanie ich osiągnięć mężczyznom. Powiązała też fakt, że dysproporcje dotyczące na polu płci można porównać do dysproporcji w zakresie znanych (sławnych) i nieznanymi naukowców wynikających z tzw. efektu Św. Mateusza [1,4]. Badaczka zauważyła, iż mężczyźni naukowcy częściej cytują również prace kolegów niż koleżanek, dostrzegła także preferencję mężczyzn w wynikach konkursów o granty naukowe dające możliwość zdobycia środków na prowadzenie badań naukowych [4]. Okazało się również, iż recenzowanie artykułów naukowych bez znajomości przez recenzentów nazwisk autorów (system peer review) spowodowało większy odsetek publikacji w czasopismach naukowych artykułów autorstwa kobiet.

Miejsce kobiet w naukach medycznych na przestrzeni wieków

Na przestrzeni dziejów zjawisko dyskryminacji przyjmowało niekiedy jaskrawe i niemal groteskowe formy będące przejawem pewnych zakorzenionych w społeczeństwie przez długie lata przekonań oraz obaw (głównie mężczyzn), które aktualnie nie powinny mieć już miejsca, to okazuje się, iż w niektórych kwestiach istnieje ono do dziś.

Na przełomie XIX/XX w. przez wielu lekarzy oraz psychologów opisywana i propagowana była nieuleczalna choroba psychiczna zwana anorexia scholastica, będąca rzekomo skutkiem nadmiernej edukacji kobiet i która dotykać miała jedynie kobiety [3,5]. Objawami miały być tu m.in.: bóle głowy, napady padaczkowe, lunatyzm, duża utrata masy ciała, utrata moralności, całkowite szaleństwo, a nawet śpiączka [3]. Jako pierwszy zaproponował i uzasadnił istnienie opisywanego schorzenia na łamach tak cenionego czasopisma jak *British Medical Journal* i to niemal już u progu XX w. brytyjski lekarz psychiatra James Crichton - Brown w 1892r. [5]. Ponieważ był on wpływowym autorytetem w dziedzinie zdrowia psychicznego znalazł wielu naśladowców, a jednostka ta uznawana była za fakt przez kolejnych cenionych w świecie nauki oraz medycyny profesjonalistów jeszcze na początku dwudziestego stulecia. Wśród znanych lekarzy (mężczyzn) potwierdzających jej istnienie wymienić można, takie nazwiska jak: Benjamin Broody, Henry Maudsley, William Moore czy Stanley Hall [3,6]. Wszystko to miało miejsce na początku XX w., czyli już wówczas, gdy kobiety po długiej walce o możliwość swojej edukacji zaczęły wreszcie być przyjmowane na studia i zdobywać stopnie naukowe [5,7]. Przez wiele wieków nie było im to dane, a w każdym razie nie przychodziło łatwo [7,8,9,10], mimo że już w okresie starożytności również i one piastowały znaczące stanowiska w świecie medycyny (i na tych skupimy się w niniejszym opracowaniu).

Najstarszą kobiecą postacią w historii nauki – choć niewiele o niej wiadomo – jest egipska lekarka Merit Ptah (2700 r. p.n.e.) nazywana wówczas „głównym medykiem”. W dalszej kolejności pojawiają się nazwiska z obszaru starożytnej Grecji, gdzie studia z zakresu filozofii przyrody czy też innych dziedzin były dostępne dla kobiet. Wśród nich wymienić można także Agamede nazywaną przez Homera uzdrowicielką, oraz Agnodike będącą pierwszą znaną lekarką płci żeńskiej praktykującą w Atenach (IV w. p.n.e.) [5]. Z kolei Metrodora jest uznawana za autorkę najstarszego tekstu medycznego napisanego przez kobietę dotyczącego chorób kobiecych i chętnie cytowanego później przez wielu autorów starożytnej Grecji, Rzymu, jak również średniowiecznej Europy.

W średniowieczu niektóre kobiety także miały dostęp do edukacji uniwersyteckiej np. Włoszka Trotula di Riggiero, która prowadziła katedrę w Schola Medica Salernitana – uczelni uchodzącej za pierwszą szkołę medyczną powstałą w IX-X w.; była też prawdopodobnie autorką wielu ważnych tekstów z zakresu medycyny kobiecej – m.in. traktatu „O cierpieniu kobiety przed, w trakcie i po porodzie” uznawanego za początek nowożytnej ginekologii i położnictwa, interesowała się także leczeniem chorób skóry oraz padaczki. Słynny Uniwersytet Boloński przyjmował kobiety i to już od początku jego powstania w 1088 r. (XI w.). Natomiast w XV w. katedrą medycyny kierowała tam kobieta Dorotea Bucca. Również klasztory i opactwa były miejscem, gdzie kobiety mogły rozwijać się edukacyjnie i naukowo (np. Niemka – św. Hildegarda z Bingen żyjąca w XII w. – przełożona klasztoru - w latach 1151-1158 będąca autorką znanych do dziś dzieł z zakresu filozofii, medycyny i nauk przyrodniczych).

W historii wieków średnich nie brak jednak również niechlubnych kart w aspekcie dyskryminacji wykształconych kobiet (np. w XIV w. włoska lekarka praktykująca w Paryżu Jacqueline Felice Almania, mimo iż była jednym z najlepszych lekarzy w tym mieście otrzymała sądowy zakaz leczenia ludzi ze względu na płeć).

Żyjąca w XVIII w. Angeliqne le Boursier de Coudray urodzona we Francji to kolejna postać, która wniosła wiele do rozwoju medycyny w zakresie ginekologii i położnictwa. Została mianowana nauczycielem sztuki położnictwa na terenie całego królestwa i zajmowała się kształceniem adeptów sztuki położniczej. Stworzyła naturalnej wielkości fantom porodowy. Oświecenie przyczyniło się do dalszego zwiększania udziału kobiet w nauce. W Kaiserwerth (Niemcy) w 1836 r. utworzono Instytut Diakonów dla kształcenia w zakresie pielęgniarstwa. W 1840 r. odwiedziła ten Instytut Elizabeth Fry i na jego wzór utworzyła w Londynie Instytut Pielęgniarstwa, gdzie później w 1851 r. uczyła się Florence Nightingale [3,9].

Od drugiej połowy XIX w. zaczęło powstawać coraz więcej szkół w Wielkiej Brytanii czy USA. Pierwsze szlaki w zawodzie lekarza przetarła Elizabeth Blackwell uzyskując dyplom w 1849 r. Większość uczelni odmawiała jej jednak przyjęcia ze względu na płeć. Była pierwszą w USA kobietą, która mogła rozpocząć własną

praktykę, jednakże z powodu braku zatrudnienia musiała założyć własny szpital. Mary Blackwell, Emily Blackwell (jej siostra) oraz Maria Zakrzewska utworzyły w 1857 r. New York Infirmary for women and Children College, a w 1868 r. Women's Medical College [3].

Najstarsza publiczna uczelnia w Polsce i jedna z najstarszych na świecie – utworzona 12 maja 1364 r. – Uniwersytet Jagielloński (UJ) zaczął przyjmować kobiety w studenckie szeregi dopiero w XIX w., czyli dopiero po pięćset latach swojego istnienia [3,10]. Do połowy XIX w. dominował powszechnie w świecie pogląd, iż przyczyną mniejszego udziału kobiet w nauce są ich cechy biologiczne oraz psychiczne (tzw. determinizm biologiczny oraz hipoteza o wyższości mężczyzn), co miało w efekcie skutkować mniejszymi ich zdolnościami [1,3]. Obecnie przeważa teza, iż są to uwarunkowania społeczne, kulturowe bądź religijne [3]. Pierwszą „nielegalną” studentką UJ była (w początkach XV w.) Nawojka pochodząca prawdopodobnie z Gniezna, która dostała się na studia w przebraniu mężczyzny. Niestety jeszcze przed uzyskaniem przez nią absolutorium prawda wyszła na jaw. Zostałaby za to stracona, lecz dzięki biskupowi Zbigniewowi Oleśnickiemu odesłano ją do klasztoru. Natomiast „oficjalna” uniwersytecka kariera kobiet na UJ obejmuje okres zaledwie ok. 125 lat (lata 90. XIX wieku). Bowiem Polki dostęp do uniwersytetów wywalczyły dopiero w 1894 r., kiedy to wpłynęło tam kilkadziesiąt podań kobiet proszących o dopuszczenie do nauki [10]. Starania te spotkały się z różnymi reakcjami. Wielu znanych profesorów, w tym m.in. słynny chirurg Ludwik Rydygier czy polonista Stanisław Tarnowski, bardzo sprzeciwiało się temu. Zamierzenia kobiet popierali z kolei bakteriolog Odo Bujwid oraz fizyk August Witkowski [10].

Pierwszą Polką, która oficjalnie już wcześniej praktykowała w dziedzinie chirurgii była na przełomie XVII/XVIII w. Magdalena Bendzislawska uzyskując w 1697 r. prawo wykonywania zawodu cyrulika na mocy decyzji Augusta II Mocnego. Jej mąż również specjalizował się w chirurgii. Mieszkali w okolicach Wieliczki.

Regina Salomea z Rusieckich Pilsztynowa (XVIII w.) nie posiadała nie tylko dyplomu, ale nawet żadnego innego dokumentu uprawniającego ją do praktyki lekarskiej. Wiedzę medyczną zdobyła od męża – okulisty, samozwańczo nazywała siebie doktorką, a mimo to została później nadwornym medykiem i okulistą haremu sułtana Mustafy III.

Natomiast pierwszą Polką, która uzyskała dyplom w dziedzinie medycyny (XIX w.) była w 1877r. Anna Tomaszewicz-Dobrska zajmująca się pediatrią i chorobami kobiecymi, jednak gwoili prawdy dodać trzeba, iż była absolwentką nie polskiej uczelni, a uniwersytetu w Zurychu. Studiowała również w Wiedniu oraz Berlinie. Dyplom nostryfikowała w Sankt Petersburgu. W roku 1894/95 władze krakowskiej uczelni pozwoliły na zasadzie wyjątku trzem kandydatkom na udział w zajęciach

w charakterze tzw. hospitantek. Były to Stanisława Dowgiałło, Janina Kosmowska oraz Jadwiga Sikorska. W 1897 r. pozwolono studiować kobietom na Wydziale Filozoficznym, a od 1900 r. na Wydziale Lekarskim, na farmacji i rolnictwie. Pierwsza żeńska asystentka pojawiła się tu w roku 1904. Była to absolwentka medycyny Wanda Herzog-Radwańska. W tym samym roku o wyrażenie opinii na temat żeńskiej docentury zostały poproszone władze wszystkich wydziałów UJ. Sprzeciwiły się jej gremia wydziałów teologicznego i prawniczego. Negatywną opinię wydał też Wydział Lekarski. Pozytywnie ustosunkowały się natomiast do powyższej kwestii władze Wydziału Filozoficznego, co jeszcze wówczas nie zmieniło decyzji Senatu. Jedną z pierwszych farmaceutek została na początku XX w. (w 1901 roku). Antonina Leśniewska uzyskując tytuł magistra farmacji. W 1906 r. Helena Donhaiser-Sikorska została pierwszą w historii Uniwersytetu Jagiellońskiego doktorantką i pierwszą krakowską lekarką z dyplomem. W 1913 r. na UJ było już ponad 2 tys. kobiet (tj. ok. 1/3 ówczesnych studentów), jednak wciąż były wydziały, gdzie nie były one mile widziane. Wydział Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego zaczął przyjmować je dopiero od 1919 r., a Akademia Sztuk Pięknych w 1920 r. Pierwsza habilitacja została przeprowadzona w UJ w roku 1919. Docenturę w zakresie anatomii porównawczej uzyskała wówczas Helena Gajewska. Kobiet z habilitacją było niewiele, która umożliwiła im ona objęcie katedr profesorskich (zwykle po roku 1945). Przed wybuchem II Wojny Światowej doszły tu do stanowiska profesorskiego tylko 2 kobiety – w tym Jadwiga Wołoszyńska (wykładowca botaniki farmaceutycznej) [10].

Natomiast pierwszą kobietą, która zdobyła w Polsce dyplom lekarza weterynarii była w 1923 r. Helena Jurgielewicz. Ukończyła Akademię Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie. Była córką Odon Bujwida.

Pierwszą kobietę zatrudniono na UJ w charakterze wykładowcy dopiero w 1927 r. [3,10]. Anna Tylikowska wskazuje, że kobiet w charakterze pracowników naukowych jest stosunkowo niewiele, pomimo, że około 60% stanowią studentki, to zatrudnienie związane z pracą naukową znajduje tam już tylko ok. 40 % kobiet. Im wyższy stopień naukowy, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że osiągnie go kobieta. Kobiety stanowią 44% adiunktów w stopniu doktora. W gronie profesorów kobiet jest już zaledwie 27 % [3]. Również udział kobiet na najwyższych szczeblach hierarchii akademickiej jest mniejszy niż mężczyzn (co zresztą wyraźnie widać), a do tego różny w rozmaitych dyscyplinach. Do dziś zdecydowana większość kadry rektorskiej polskich uczelni to mężczyźni, a po raz pierwszy rektorem wyższej uczelni Polka została dopiero w latach 80. XX wieku! Wspomniana wyżej autorka twierdzi, iż na stanowiska naukowo-dydaktyczne częściej przyjmuje się mężczyzn, gdyż kobiety ze względu na swe funkcje prokreacyjno-wychowawcze mogą obniżyć wydajność zespołów. Kobiety-naukowcy podlegają mechanizmom dyskryminacyjnym typowym dla całego rynku pracy. Jednym z nich jest tzw. mechanizm lepkiej podłogi

(tj. utożsamianie kobiet z zawodami oraz stanowiskami mało prestiżowymi i płatnymi), drugim tzw. *szklany sufit* (niemożność osiągnięcia awansu, mimo dostrzegania takiej opcji oraz teoretycznej jego możliwości). Wspomnieć warto tu także o tzw. *szklanych ruchomych schodach* (częstsze windowanie mężczyzn na wysokie stanowiska naukowe) [3].

Członkinie eksperckiej grupy kobiet – naukowców działającej przy Komisji Europejskiej badającej sytuację kobiet-naukowców w krajach postkomunistycznych w 2003r. nazwały je „*pszczołami robotnicami, pracującymi na miód zbierany przez naukowców*” (mężczyzn – przyp. autorek) – co precyzował raport Englare Women in Science to East. Zdaniem Tylikowskiej „*Wiele zespołów badawczych działa według schematu: dobrze zarabiający mężczyzna profesor otoczony asystentkami, które za niewielkie pieniądze wykonują czarną robotę*”. Twierdzi ona również, iż praca uniwersytecka oznacza dla kobiet egzystowanie w typowo męskim świecie, co stanowi jedną z przyczyn zjawiska określanego, jako nieszczelny rurociąg, a polegającego na tym, że wiele kobiet „wycieka” tu z systemu, bądź też po uzyskaniu doktoratu spowalnia, czy też porzuca działalność badawczą, gdyż stworzone przez mężczyzn uczelnie nie uwzględniają kobiecych priorytetów [3].

Zjawisko Matyldy obecnie – jak już wspomniano – obserwuje się w odniesieniu do różnych dziedzin nauki, ale poniżej krótko zaprezentowanych zostanie w kolejności chronologicznej kilka wybranych osób z dziedziny nauk medycznych oraz pokrewnych dotkniętych opisywanym efektem i jego następstwami.

Ze wspomnianych wcześniej była to, np. Tortula – kwestionowano autorstwo jej medycznych tekstów, a później w ogóle jej istnienie. Po jej śmierci zaczęto publikować jej dzieła, jako dzieła stworzone przez mężczyzn.

Spośród innych- bliższych nam czasowo, np.:

Mary Whiton Calkins – amerykańska psycholog i filozof. Uniwersytet Harvarda odmówił jej jako kobiecie nadania stopnia naukowego doktora, mimo imponującego wyniku egzaminu oraz rekomendacji znanych uczonych. Radcliffe College zamierzał później nadać jej ten stopień naukowy, lecz wówczas odmówiła. W 1905 r. jako pierwsza kobieta została przewodniczącą Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, a w 1918 roku Amerykańskiego Towarzystwa Filozoficznego.

Frieda Robscheit-Robbins – była współautorką prawie wszystkich prac George’a Whipple’a, lecz to on wraz z dwoma kolegami w 1934 r. otrzymał nagrodę Nobla za odkrycie możliwości leczenia anemii złośliwej wyciągami z wątroby. Zdając sobie sprawę z tej oczywistej niesprawiedliwości podzielił się jednak otrzymaną gratyfikacją finansową z trzema współpracownikami, do których należała właśnie także Robscheit-Robbins.

Gerty Cori – biochemiczka – dyskryminowana przez długie lata. Posiadała wykształcenie i doświadczenie tożsame ze swoim mężem Carlem Corim, lecz tytuł profesora nadano jej dopiero 16 lat później. Przez ćwierć wieku pracowała jako

asystentka, miała ograniczony dostęp do laboratoriów, niekiedy nie wypłacano jej nawet wynagrodzenia. Dopiero później w 1947 r. wraz z małżonkiem została uhonorowana Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny za badania w zakresie glikogenolizy.

Rosalind Franklin – zajmowała się promieniowaniem X oraz przyczyniła do odkrycia podwójnej helisy DNA. Niestety jej osoby nie wzięto pod uwagę podczas przyznawania Nagrody Nobla, choć koledzy naukowcy podkreślili tu jej wkład w powyższe odkrycie. Jej osiągnięcia stały się podstawami prac Jamesa Watsona i Francisca Cricka, jednak to oni w 1962r. razem Mauricem Wilkinsem zostali uhonorowani tym prestiżowym wyróżnieniem.

Podsumowanie

Utrudniony dostęp do pracy naukowej kobiety miały przez wiele stuleci. W walce o możliwość edukacji wykazywały się dużym samozaparciem, a niekiedy i pomysłowością. W 1979 r. ONZ przyjęła konwencje o eliminacji wszelkich form dyskryminacji kobiet. Mimo wielu zmian w tym zakresie badania z ostatnich lat z różnych krajów europejskich pokazały jednak, że płeć również obecnie ma wpływ na ocenę kandydatów na profesorów [8,9] rzadszy kontakt mediów z naukowcami kobietami oraz faktem, iż otrzymują one mniej nagród w zakresie osiągnięć naukowych niż wynikałoby to z ich statusu [2].

Na tym polu pozostaje nam jeszcze wiele do wypracowania.

Piśmiennictwo

1. Rossiter M.: *The Matthew/Matilda Effect in Science: Social Studies of Science* (23), London: Sage Publ., 1993, s. 325-341; journals.sagepub.com, data dostępu 20.02.2019r.
2. Lincoln A.E., Pincus S., Bandows Koster J.: *The Matilda Effect in science: Award and prizes in the US, 1990s and 2000s*; *Social Studies of Science* 42 (2), s. 307-320, 2012, journals.sagepub.com, data dostępu 20.02.2019r
3. Tylikowska A.: *Szklany sufit wśród pracowników naukowych. Dlaczego kobietom szczególnie trudno zrobić karierę w świecie nauki*; www.polityka.pl, data dostępu 20.02.2019 r.
4. Woźniak O., Cieśliński P.: *Dlaczego kobiety dostały tak mało Nagród Nobla? To zapewne efekt Matyldy*; *Gazeta Wyborcza*, 23 października 2016r.
5. Crichton-Brown J.: *The Annual Oration on Sex in education*; *British Medical Journal* 1 (1636), s. 949-954, 1982; www.ncbi.nlm.nih.gov, data dostępu 20.02.2019r.
6. Hall S.: *Classics in the History of Psychology*; psychclassics.yorku.ca, data dostępu 20.02.2019 r.
7. Kolbuszewska J.: *Polki na uniwersytetach – trudne początki*; *Sensus historiae*, vol. XXVI (2017/1), s. 35-53
8. van den Brienk M., Benschop Y.: *Gender practices in the construction of academic excellence: Sheep with five legs*; *Organization* 19 (4), s. 507-524 journals.sagepub.com, data dostępu 20.02.2019r.
9. Cerroni A., Simonella Z.: *Ethos and symbolic violence among women of science: An empirical study*; *Social Science Information* 51 (2), s. 162-185, journals.sagepub.com, data dostępu 20.02.2019r.

10. Perkowska U.: *Kobiety w Uniwersytecie Jagiellońskim*; forumakademickie.pl, data dostępu 21.02.2019 r.

Adres do korespondencji:

dr Jolanta Pietras

dr Elżbieta Grajczyk

publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.04.2019

Po recenzji: 12.07.2019

Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:

Nie występuje

Copyright

© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Po dwóch stronach szklanego ekranu - promocja zdrowia w mass mediach i ich wpływ na styl życia człowieka

On both sides of the glass screen - health promotion in the mass media and its influence on human lifestyle

Witold Zardzewiały^{1,A-F}, Anna Obuchowska^{1,A-F}, Patrycja Nowak^{1,A-F},
Dorota Szpytma^{1,A-F}, Marcin Rząca^{2,A-F}

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Studenckie Koło Naukowe, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

²Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 2 (22): 96-106

Streszczenie

We współczesnym świecie mass media są nieodłącznym i łatwo dostępnym elementem codzienności każdego człowieka. Telewizja czy Internet, mając zatem szerokie grono odbiorców, wpływają i kształtują określone wzory i styl życia. Fakt ich ogromnej użyteczności wykorzystywany jest z powodzeniem w promocji zdrowia, zwłaszcza w sposób bezpośredni poprzez programy tematyczne czy kampanie prozdrowotne. Zdrowie, będące fundamentalnym prawem każdego człowieka, może zostać jednak wypaczone wobec wszechogarniającego kultu idealnej sylwetki.

Przedstawienie sposobów promocji zdrowia w mass mediach oraz ukazanie ich wpływu na styl życia człowieka.

W pracy dokonano analizy piśmiennictwa w zakresie promocji zdrowia w mass mediach oraz ich wpływu na styl życia człowieka.

Mass media będąc ważnym źródłem informacji, sprzyjają podwyższeniu poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych. U odbiorców najczęściej generuje to zmianę nawyków żywieniowych, wzrost częstotliwości wykonywanych badań kontrolnych czy rozpoczęcie regularnej aktywności fizycznej. Można zaobserwować jednak pewien dysonans, w którym media idealizują kult szczupłej sylwetki, udostępniając jednocześnie odbiorcom reklamy produktów wysoko przetworzonych. Zdecydowanie negatywny wpływ mass mediów wynika z nacisku jakie wywierają na osiągnięcie idealnego ciała, co może generować wyszczuplenie poważnych zaburzeń i chorób m.in. ortoreksji, anoreksji czy bigoreksji.

Summary

In the modern world, mass-media are an inseparable and easily accessible element of everyday life of every human being. Television and the Internet, thus having a wide audience, influence and shape specific patterns and lifestyle. The fact of their huge usefulness is successfully used in health promotion, especially in a direct way through thematic programs or pro-health campaigns. Health, being the fundamental right of every human being, can be distorted against the all-embracing cult of the ideal figure.

The aim of the study was to present the ways of health promotion in mass-media and show their impact on the lifestyle of a human being.

The paper analyzes the literature in the field of health promotion in mass-media and its impact on the lifestyle of a person.

Mass-media, being an important source of information, are conducive to increasing the level of knowledge in the field of pro-health behaviors. This usually generates a change in eating habits, an increase in the frequency of control tests or the start of regular physical activity in the recipients. However, one can observe a certain dissonance, in which the media idealises the cult of a slim figure while providing consumers with ads for highly processed products.

The definitely negative impact of mass media results from the pressure they exert on achieving the ideal body, which can generate education of serious disorders and diseases, for example: orthorexia, anorexia or bigorexia.

Conclusions:

1. Mass media influence the shaping of lifestyle and the range of knowledge in the field of pro-health behaviors.

Wnioski:

1. Mass media mają wpływ na kształtowanie stylu życia oraz na zakres posiadanej wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych.

2. Wynikiem oddziaływania mass mediów są coraz powszechniej występujące zaburzenia odżywiania i choroby z tym związane.

3. Zjawisko pro-anoreksji obecne w Internecie propaguje nie w pełni prozdrowotny styl życia.

Słowa kluczowe: mass media, promocja zdrowia, zaburzenia odżywiania.

2. The result of the mass media interaction are increasingly common eating disorders and related diseases.

3. The phenomenon of pro-anorexia present on the Internet promotes not fully pro-health lifestyle

Key words: mass media, health promotion, eating disorders.

Wstęp

Nieustannie postępujący w obecnych czasach rozwój technologiczny, w tym także rozwój środków masowego przekazu, wiąże się z coraz większym jego wpływem na różne płaszczyzny życia człowieka. Jest to wpływ tak istotny, iż media mogą być określane mianem „czwartej władzy”, która funkcjonuje obok władzy wykonawczej, ustawodawczej oraz sądowniczej [1]. Każdego dnia odbiorcy Internetu, telewizji, radia i prasy spotykają się z treściami o różnej tematyce. Jedną z nich jest promocja zdrowia oraz zachowań sprzyjających zdrowiu. Media wpływają na człowieka na tej płaszczyźnie poprzez pełnienie dwóch funkcji: edukacyjnej i motywacyjnej. Pierwsza to ciągły dostęp do nowych informacji oraz wiedzy medycznej przekazanej w sposób przystępny dla przeciętnego użytkownika. Pozwala ona na poszerzenie grona odbiorców o osoby niebędące biegłe w tematyce medycznej. Funkcja motywacyjna spełnia się poprzez podejmowanie działań mających na celu zachęcenie ludzi do wprowadzenia zmian w ich postawach [2].

Rola telewizji w kształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu

W obecnych czasach to telewizja pozostaje najpopularniejszym i najbardziej wpływowym medium. Jak wynika z raportu Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji „Rynek Telewizyjny w 2017 roku” [3] przeciętny Polak spędza przed telewizorem dziennie średnio 4 godziny 18 minut. Z raportu wynika także, iż 95,4% gospodarstw w Polsce jest gospodarstwami z dostępem do telewizji. Jednocześnie obserwuje się nieznaczny spadek w porównaniu z rokiem 2016 (95,7%) i rokiem 2015 (95,9%). Jest to przewaga nad liczbą gospodarstw z dostępem do Internetu, która w roku 2017 wynosiła tylko 81,9% (według raportu Głównego Urzędu Statystycznego „Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2018 r.”) [4]. Zapewne wynika to z powodu dużej dostępności telewizji, jest to medium, na które może sobie pozwolić przeciętny obywatel. Innym powodem może być różnorodność przekazywanych treści, a także atrakcyjność przekazu audiowizualnego [5].

Ze względu na popularność, telewizja jest doskonałym narzędziem promocji zdrowia i promowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Należy również wspomnieć, że telewizja publiczna, finansowana między innymi z podatków obywateli,

ma obowiązek pełnić funkcję edukacyjną [1]. Może być to skuteczne ze względu na statystyki wskazujące na największy spośród wszystkich stacji telewizyjnych udział stacji publicznej TVP1 w rynku telewizyjnym w 2018 roku — 10,74% [6].

Obecnie promocja zdrowia w telewizji odbywa się na różne sposoby. Jednym z nich są programy bezpośrednio poświęcone tematyce zdrowotnej, jako przykład program „*Zdrowa w każdym detalu*”, emitowany na kanale jednej z prywatnych stacji telewizyjnych w roku 2014, dotyczący problemów zdrowotnych oraz profilaktyki chorób [7]. Innym z programów edukacyjnych, który porusza tematykę zdrowego odżywiania oraz prowadzenia zdrowego trybu życia jest program „*Wiem, co jem*” emitowany na kanale innej prywatnej stacji telewizyjnej od 2010 roku. Popularne stało się także poświęcenie tematyce zdrowotnej czasu antenowego podczas programów emitowanych w porannych godzinach, tzw. telewizji śniadaniowych. W dyskusjach prowadzonych podczas programu, biorą udział eksperci w danej dziedzinie, którzy komentują na bieżąco rozważany temat [7]. W istotny sposób wpływa to na większą wiarygodność informacji przekazanych podczas audycji.

Kolejnym przykładem promocji zdrowia w telewizji, są kampanie społeczne emitowane najczęściej w postaci spotów reklamowych. Jedną z najpopularniejszych była kampania „*Pij mleko, będziesz wielki*”. Jej głównym celem było uświadomienie społeczeństwu, jak ważne jest spożywanie mleka przez dzieci. Warto również wspomnieć o kampanii „*Wybieram wodę*” pokazywanej wyłącznie w telewizji i mającej na celu przypomnienie jak ważną rolę odgrywa woda w organizmie człowieka.

Poza przedstawionymi wyżej bezpośrednimi sposobami promocji zdrowia istnieją także sposoby pośrednie. Najczęściej spotykane jest poruszanie kwestii zdrowotnych w serialach obyczajowych, tzw. soap operas, czyli programach telewizyjnych pojawiających się nawet kilka razy w tygodniu i poruszających tematykę życia codziennego. Promowane w nich postawy prozdrowotne, na przykład zaprzestanie palenia papierosów czy zdrowe odżywianie mogą skłonić odbiorców do zmiany swoich nawyków zdrowotnych nie tylko świadomie, ale także nieświadomie [1].

Internet jako najszybciej rozwijające się narzędzie promocji zdrowia

Internet jest medium, które w ostatnich czasach najbardziej zyskuje na popularności. Jak wynika z raportu Głównego Urzędu Statystycznego „*Spółczesność informacyjna w Polsce w 2018 roku*”, z roku na rok stale rośnie odsetek gospodarstw, które mają dostęp do Internetu - w roku 2016 było to 80,4%, w roku 2017 81,9%, a w roku 2018 aż 84,2% [4]. Według badań przeprowadzonych przez firmę Gemius/PBI najliczniej reprezentowaną w sieci grupą internautów są osoby w wieku od 40. do 49. lat (18,5%) [8]. Można więc przypuszczać, że to one są najczęściej odbiorcami działań mających na celu promocję zdrowia i zachowań prozdrowotnych.

Jedną z platform, na której możliwe jest promowanie zdrowia, jest portal społecznościowy Facebook. Znajduje się on na drugim miejscu w zestawieniu stron, z których korzysta najwięcej internautów, z wynikiem średnio 82 475 775 odsłon dziennie (według badania Gemius/PBI) [8]. Wskazuje to na ogromne zainteresowanie treściami prezentowanymi na portalu, między innymi tymi dotyczącymi promocji zdrowia. Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2016 roku, użytkownicy Facebooka, ze wszystkich informacji o zdrowiu, najchętniej poszukują tych dotyczących rozwijania kondycji fizycznej (26,41%). Wyszukiwanie informacji o zdrowym odżywianiu zadeklarowało 14,15% użytkowników portalu. Oznacza to, że Facebook może stanowić źródło informacji na temat zdrowia i zachowań prozdrowotnych [9]. Przykładem akcji, która wykorzystywała ten portal do promowania prozdrowotnych nawyków wśród mieszkańców miasta Słupska, była kampania „*Zdrowy Słupsk*”, przeprowadzona w okresie od grudnia 2015 do kwietnia 2016 roku. Na blogu prowadzonym na portalu zamieszczano informacje dotyczące zdrowego stylu życia oraz śledzeniu zainteresowania treściami poprzez wbudowaną aplikację Facebook Insights. W tym wypadku również można stwierdzić, że Facebook okazał się użytecznym narzędziem do rozpowszechniania informacji o prozdrowotnym stylu życia [10].

Równie pomocnym w promocji zdrowia narzędziem okazują się aplikacje mobilne. Może wynikać to z faktu dużej dostępności Internetu w telefonach komórkowych (według Raportu Strategicznego „Internet 2017/2018” w 2017 roku 79% internautów łączyło się z siecią internetową za pomocą urządzenia mobilnego) [11]. Ze względu na atrakcyjność oraz łatwy sposób gromadzenia i przekazywania danych dotyczących zdrowia, liczba dostępnych aplikacji mobilnych ciągle rośnie [7]. Można wyróżnić wiele rodzajów aplikacji, ze względu na rodzaj prezentowanych treści, między innymi aplikacje wspierające aktywność fizyczną (przykładami są aplikacje umożliwiające monitorowanie dokonań sportowych, a także liczby spalonych kalorii podczas treningu), podejmujące tematykę zdrowego odżywiania, czy aplikacje służące do monitorowania masy ciała i stanu zdrowia.

Chociaż Internet jest medium, dzięki któremu można wspierać promocję zdrowia i zachowań prozdrowotnych wśród społeczeństwa, to należy zwrócić uwagę na problem zamieszczania tam informacji nieprawdziwych, a nawet mogących zaszkodzić zdrowiu i życiu ludzi. Oprócz stron, które posiadają rzetelną i wiarygodną wiedzę, prowadzonych przez osoby posiadające kwalifikacje w danej dziedzinie, szczególnie niebezpieczne jest zjawisko istnienia tzw. „samozwańczych ekspertów”. Są to osoby, które budują w Internecie swój autorytet poprzez prezentowanie kontrowersyjnych treści, często są one sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną oraz mogą zagrażać zdrowiu lub życiu osób, które zdecydują się na ich zastosowanie [7].

Rola prasy w promocji zdrowia

Medium, które w ostatnich czasach straciło na popularności na rzecz telewizji oraz Internetu, jest prasa. Jest to najstarszy środek masowego przekazu, a przez lata wiele czynników umacniało jego znaczenie w życiu przeciętnego człowieka. Trafia do grupy odbiorców w każdym wieku ze względu na różnorodność tematyczną, ale to osoby po 46. roku życia wskazują go najczęściej jako źródło informacji o zdrowiu. Jak wynika z badania przeprowadzonego w 2015 roku zagadnienia dotyczące profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia były najpopularniejszymi informacjami o zdrowiu wyszukiwanymi w prasie. W grupie osób od 18. do 25. lat największym zainteresowaniem cieszyły się pisma poruszające tematykę aktywności fizycznej, a odbiorców powyżej 55. roku życia najbardziej interesowały informacje poruszające tematykę profilaktyki wybranych chorób [12].

Wśród czasopism będących narzędziem promocji zdrowia znajdują się między innymi fachowe czasopisma skierowane do osób zawodowo związanych z medycyną. Przykładami są między innymi „Lekarz Polski”, „Medycyna Praktyczna” czy „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”. Jednak treści wyrażone profesjonalnym językiem, z użyciem pojęć medycznych, dla „przeciętnego obywatela” niezaznajomionego z branżą medyczną mogą okazać się niezrozumiałe. Dla osób zainteresowanych tematyką promocji zdrowia szczególnie atrakcyjne mogą więc okazać się czasopisma bezpośrednio jej poświęcone, przykładami są czasopisma „Medycyna dla Ciebie”, „Samo Zdrowie” lub „Żyj Zdrowo i Aktywnie” [5]. Prasa jako narzędzie promocji zdrowia dociera również do tych, którzy nie są bezpośrednio zainteresowani tym zagadnieniem poprzez artykuły zamieszczane w czasopismach popularnonaukowych lub w czasopismach o tematyce ogólnej [1].

Malejące znaczenie radia jako środka przekazu informacji o zdrowiu

Rola radia jako narzędzia promocji zdrowia obecnie maleje. Dzieje się tak zapewne z powodu wykorzystywania radia głównie do słuchania utworów muzycznych. Choć towarzyszy człowiekowi w wielu momentach dnia (w niektórych miejscach pracy uruchamiane są nadajniki radiowe), to wymaga od słuchacza nie tylko skupienia uwagi, ale także pobudzenia wyobraźni, na co często nie może on sobie pozwolić, gdyż właśnie jest w trakcie wykonywania innej czynności. Prawdopodobnie z tego powodu audycje przekazujące informacje o zdrowiu pojawiają się na antenach stacji radiowych rzadko lub w czasie mniej atrakcyjnym pod względem liczby słuchaczy (np. późno w nocy) [5].

Zaburzenia odżywiania jako wynik panującego w mass mediach kultu szczupłej sylwetki

Zaburzenia odżywiania to problem, który wraz z biegiem lat staje się coraz poważniejszy. Jednocześnie jest problemem trudnym do oszacowania ze względu na

włączanie danych dotyczących zaburzeń odżywiania do zbiorczych statystyk dotyczących zaburzeń psychicznych [13].

Czynniki ryzyka zachorowania na zaburzenia odżywiania można podzielić na 3 grupy:

- czynniki kulturowe (kreowane między innymi przez media ideał szczupłej sylwetki, oczekiwania społeczne by kobiety były atrakcyjne),
- czynniki rodzinne (występowanie zaburzeń odżywiania w rodzinie, problemy z relacjami rodzinnymi),
- czynniki indywidualne (obniżone poczucie własnej wartości i zaburzony obraz siebie) [5].

Media odgrywają dużą rolę w kształtowaniu zachowań i nawyków człowieka i oprócz wcześniej wymienionych pozytywnych oddziaływań na postawy, mogą one także wywierać negatywny wpływ. Przykładem tego jest idealizowanie kultu szczupłej sylwetki przy jednoczesnym prezentowaniu reklam wysoko przetworzonych produktów spożywczych lub szkodliwych (alkohol, papierosy). W trakcie próby sprostania wzorcom postawionym przez media kobiety dążą do idealnej figury, a mężczyźni pragną mieć umięśnione i dobrze zbudowane ciało. Skutkiem tego jest występowanie zaburzeń odżywiania takich jak ortoreksja, anoreksja (w tym pregoreksja) oraz bigoreksja [5].

Ortoreksja jest „nowym”, dotychczas niesklasyfikowanym zaburzeniem, w którym występuje ciągła obsesja spożywania jedynie zdrowych produktów. Narzędzia, które mogłyby pomóc w procesie diagnozowania zaburzenia, są nieliczne: kwestionariusz BOT (ang. Bratman Test for Orthorexia), stworzony przez twórcę pojęcia orthorexia nervosa w 1997 roku oraz kwestionariusz ORTO-15 stworzony w 2004 roku. W 2014 roku opracowano nowe kryteria diagnostyczne ortoreksji (tabela 1) [15]. Na początku choroby człowiek decyduje się na zdrowy styl odżywiania ze względu na potrzebę utraty masy ciała lub chce uniknąć chorób dietozależnych.

Takie podejście charakterystyczne jest dla ideologii healthismu, czyli kultu zdrowia [14]. Chory liczy kalorie i odmawia sobie produktów niezdrowych, a w miarę postępu choroby eliminuje z diety coraz więcej artykułów spożywczych. W niektórych przypadkach lęk przed zjedzeniem czegoś niezdrowego jest tak duży, iż chorzy kompletnie przestają przyjmować posiłki. Wpływ na powstawanie tego zaburzenia może mieć ogrom informacji na temat zdrowego odżywiania przekazywanych w mediach [5].

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne ortoreksji opracowane w 2014 roku (Moroze i wsp.)

| Obszar | Kryteria diagnostyczne ortoreksji |
|--------|--|
| A | <p>Nadmierne koncentrowanie się na zdrowym odżywianiu, skupianie się najakości oraz składzie posiłków (dwa lub więcej z poniżej wymienionych):</p> <ul style="list-style-type: none"> → stosowanie nie zrównoważonej diety na skutek absorbujących przekonań o „czystości” pożywienia → zaabsorbowanie i niepokój związane ze spożywaniem zanieczyszczonego lub niezdrowego pożywienia oraz z wpływem jakości i składu pożywienia na zdrowie fizyczne lub/i emocjonalne → restrykcyjne unikanie produktów uważanych przez pacjenta za „niezdrowe”: tłuszczy, konserwantów, dodatków spożywczych, produktów odzwierzęcych, lub innych składników uznanych za niezdrowe → występująca u osób niezwiązanych zawodowo z żywnością, nadmierna ilość czasu (np. 3 lub więcej godzin dziennie) poświęcona na czytanie, kupowanie i przyrządzanie określonych typów jedzenia w oparciu o ich postrzeganą jakość i skład → poczucie winy i niepokój na skutek odstąpienia od diety i spożycia produktów „niezdrowych” i „nieczystych” → brak tolerancji dla przekonań żywieniowych innych osób → wydawanie nadmiernej ilości pieniędzy w porównaniu do zarobków na jedzenie w trosce o jego jakość i skład [16]. |
| B | <p>Negatywny wpływ obsesyjnego zaabsorbowania na jedno z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> → zaburzenie zdrowia fizycznego w następstwie braku równowagi żywieniowej (np. niedożywienie jako konsekwencja niezbilansowanej diety) → poważne osłabienie lub zaburzenie funkcjonowania społecznego, naukowego i zawodowego na skutek występowania obsesyjnych myśli i zachowań koncentrujących się na przekonaniach pacjenta dotyczących „zdrowego” odżywiania [16] |
| C | <p>Zjawisko nie wynika z innych chorób, takich jak: zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, schizofrenia lub inna choroba psychiczna</p> |
| D | <p>Zachowanie nie wynika z przekonań religijnych, specjalnych wymagań żywieniowych, alergii pokarmowej lub innej choroby wymagającej specjalnej diety</p> |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Lucka I., Janikowska-Hołoweńko D., Domarecki P., Plenikowska-Ślusarz T., Domarecka M.: Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych?, *Psychiatria Polska*, 2019, 53 (2), s. 371–382 oraz <http://karinateuchtmann.com/first-contact/co-to-jest-ortoreksja/> (dostęp: 10.07.2019 r.)

Anoreksja jest schorzeniem o nieznaną przyczynę. Objawia się jadłowstrętem psychicznym, czyli lękiem przed spożyciem żywności. W związku ze wzrostem liczby zachorowań, szczególnie wśród młodych osób, opracowane zostały kryteria diagnozujące, zarówno w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V*), jak i w klasyfikacji ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) tj. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (tabela 2) [17]. Początkowo chorzy chcą stracić masę ciała, wraz z postępem choroby skrupulatnie

liczą kalorie i odmawiają sobie spożywania posiłków, aż do całkowitego zaprzestania. Szczególną uwagę należy zwrócić na zjawisko pro-anoreksji występujące w Internecie. Jest to traktowanie anoreksji nie jako choroby, a stylu życia oraz propagowanie zachowań nie w pełni zdrowotnych. Członkowie społeczności pro-ana (*ang. professional-ana tj. profesjonalna ana- [anoreksja] lub pro-anorexia tj. za anoreksją*) wspierają się nawzajem w prowadzeniu takiego stylu życia. Jest to bardzo niebezpieczne, gdyż anoreksja jest chorobą zagrażającą nie tylko zdrowiu, ale także życiu człowieka [5].

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne anoreksji w klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-V

| Kryteria diagnostyczne według ICD-10 | Kryteria diagnostyczne według DSM-V |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➔ masa ciała utrzymująca się na poziomie co najmniej 15% poniżej oczekiwanej albo wskaźnik masy ciała (<i>ang. Body Mass Index – BMI</i>) wynoszący 17,5 lub mniej ➔ utrata ciała na skutek unikania tuczących pokarmów, a ponadto praktykowania jednej z wymienionych czynności: prowokowania wymiotów, wykonywania wyczerpujących ćwiczeń fizycznych, stosowania leków tłumiących łaknienie lub środków przeczyszczających. ➔ zaburzone wyobrażenie własnego ciała ➔ występujące liczne zaburzenia hormonalne obejmujące oś przysadka–nadnercza oraz gonady, które objawiają się m.in. brakiem miesiączki i spadkiem zainteresowań seksualnych/ potencji | <ul style="list-style-type: none"> ➔ ograniczenie podaży energetycznej prowadzące do znacznego obniżenia wagi ciała w kontekście wieku, płci, norm rozwojowych i zdrowia fizycznego ➔ intensywny strach przed przybraniem na wadze, otyłością lub utrzymujące się zachowania, które kolidują z przybraniem na wadze, nawet w przypadku znacznie obniżonej masy ciała ➔ zaburzenia w doświadczeniu obrazu ciała: nadmierny wpływ wagi i kształtu na samoocenę, a także utrzymująca się nieświadomość zbyt niskiej wagi ciała |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bąba-Kubiś A., Pelka-Wysiecka J., Liśkiewicz P., Wroński M., Konopka A., Samochowiec J.: Anoreksja – jadłowstręt psychiczny, *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2018, 64 (4), s. 5-9

Pregoreksja jest rodzajem anoreksji, który dotyczy kobiety ciężarnej. Jest diagnozowana, gdy anoreksja pojawiła się w ciąży po raz pierwszy w życiu. Na jej występowanie szczególnie narażone są kobiety, które przed ciążą miały skłonności do odchudzania się i nie akceptowały swojego wyglądu, ale także te, które nie akceptują swojego wyglądu w ciąży. Jest to zjawisko szczególnie niebezpieczne, gdyż zagraża nie tylko kobiecie w ciąży, ale także jest zagrożeniem dla płodu [5].

Bigoreksja (inaczej dysmorfia mięśniowa) to zaburzenie, które jest często pomijane. Stanowi ono jednak duży problem, szczególnie ze względu na promowanie w mass mediach obrazu człowieka szczupłego i umięśnionego jako człowieka sukcesu

oraz promowanie prozdrowotnego stylu życia. By odróżnić chęć zadbania o własne ciało poprzez ćwiczenia, od występowania bigoreksji, opracowane zostały kryteria diagnostyczne tej jednostki chorobowej (Pope i wsp.):

- skupienie się na własnym wyglądzie zewnętrznym, zwłaszcza masie ciała oraz dążenie do jego poprawy (ograniczenia dietetyczne, nadmierne uprawianie sportów),
- zaniedbywanie norm społecznych w celu przestrzegania ograniczeń oraz utrzymania masy ciała,
- unikanie sytuacji, w których ciało jest szczególnie podatne na ocenę społeczną (plaże, baseny),
- kontynuowanie ograniczeń dietetycznych, nadmiernych ćwiczeń [18].

W przebiegu zaburzenia osoba zachęcona do prowadzenia prozdrowotnego trybu życia zaczyna wykonywać coraz więcej ćwiczeń i jej głównym celem staje się redukcja tkanki tłuszczowej na rzecz tkanki mięśniowej. Występuje także zniekształcony obraz własnej osoby, podobnie jak w anoreksji. Osoba chora skoncentrowana jest na osiągnięciu umiędzianej sylwetki, z tego powodu dużo ćwiczy [5].

Podsumowanie

Z przeprowadzonej analizy piśmiennictwa wynika, że mass media mają duży wpływ na promocję zdrowia i zachowania prozdrowotne wśród społeczeństwa oraz na kształtowanie stylu życia człowieka.

Za najskuteczniejsze narzędzia promocji zdrowia można uznać telewizję oraz Internet, który ciągle zyskuje na popularności. Ważne jest, aby osoby nabywające wiedzę w Internecie pamiętały o konieczności jej weryfikacji pod kątem poprawności, gdyż mogą się one okazać niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, a nawet zagrażać życiu i zdrowiu. Prasa oraz radio są środkami masowego przekazu o mniejszym roli w kształtowaniu postaw prozdrowotnych. Pomimo pozytywnego wpływu mediów na promocję zdrowia wśród społeczeństwa, można także zauważyć ich negatywny wpływ. Nadmierne idealizowanie szczupłej sylwetki może prowadzić do występowania zaburzeń odżywiania i chorób.

Bibliografia

1. Turbiarz A., Kadłubowska M., Kolonko J., Bąk E.: *Rola mediów w promocji zdrowia.*, Problemy Pielęgniarstwa, 2010, 18 (2), s. 239–242
2. Szymczuk E., Zajchowska J., Dominik A., Makara-Studzińska M., Zwolak A., Daniluk J.: *Media jako źródło wiedzy o zdrowiu*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, 17 (4), s. 165-168
3. *Rynek telewizyjny w 2017 roku*, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, Warszawa, 2018, http://www.krrit.gov.pl/Data/Files/_public/Portals/0/kontrola/program/tv/problemowe/rynek-telewizyjny-w-2017.pdf (dostęp: 21.07.2019 r.)

4. *Spoleczeństwo informacyjne w Polsce w 2018 roku*, Główny Urząd Statystyczny, 2018, [https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2018-roku,2,8.html](https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2018-roku,2,8.html) (dostęp: 21.07.2019 r.)
5. Możdżonek P., Antosik K.: *Kreowanie trendów dietetycznych przez media i ich wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania się*, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2017, 7 (2), s. 159–164
6. *Rynek telewizyjny w I kwartale 2018 roku*, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, Warszawa, 2018, http://www.krrit.gov.pl/Data/Files/_public/Portals/0/kontrola/program/tv/kwartalne/rynek-telewizyjny-w-i-kwartale-2018-r.pdf (dostęp: 21.07.2019 r.)
7. Dziukiewicz J.: *Mass media jako przestrzeń kreowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa – dwie strony medalu*, Media i Społeczeństwo, 2018, 9, s. 127-142
8. *Wyniki badania Gemius/PBI za kwiecień 2019*, Gemius/PBI, 2019
9. Hulewska A.: *Facebook jako narzędzie edukowania o zdrowiu. Raport z badań*, Media i Społeczeństwo, 2016, 6, s. 98-110, [.http://www.mediaispoleczenstwo.ath.bielsko.pl/art/06/06_hulewska.pdf](http://www.mediaispoleczenstwo.ath.bielsko.pl/art/06/06_hulewska.pdf) (dostęp: 21.07.2019 r.)
10. Waszak P., Bartosik P., Kuchczyńska A., Kawalec N.: *Rola mediów społecznościowych w promocii zdrowia na przykładzie kampanii „Zdrowy Słupsk”*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2018, 24 (1), s. 1–5
11. *Raport Strategiczny „Internet 2017/2018”*, Związek Pracodawców Branży Internetowej IAB Polska, 2018, <https://iab.org.pl/wp-content/uploads/2018/06/HBRP-raport-IAB-04-18.pdf> (dostęp: 21.07.2019 r.)
12. Wojciechowska M., Roda M.: *Rola prasy w promocii zdrowia*, Hygeia Public Health 2015, 50 (2), s. 401-405
13. Kotwas A., Karakiewicz-Krawczyk K., Zabielska P., Jurczak A., Bażydło M., Karakiewicz B.: *Występowanie zaburzeń odżywiania wśród uczennic szkół ponadgimnazjalnych*, Psychiatria Polska, 2019, 127, s. 1–11
14. Michalska P., Kukuła D.: *Healthism – kult zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne? [W:] Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI w. – przegląd i badania*, Maciąg M., Maciąg K. (red.), Wydawnictwo Naukowe TYGIEL sp. z o.o, Lublin, 2019
15. Łucka I., Janikowska-Hołoweńko D., Domarecki P., Plenikowska-Ślusarz T., Domarecka M.: *Ortoreksja – oddzielna jednostka chorobowa, spektrum zaburzeń odżywiania czy wariant zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych?*, Psychiatria Polska, 2019, 53 (2), s. 371–382
16. <http://karinateuchtmann.com/first-contact/co-to-jest-ortoreksja/> (dostęp: 10.07.2019 r.)
17. Bąba-Kubiś A., Pelka-Wysiecka J., Liśkiewicz P., Wroński M., Konopka A., Samochowiec J.: *Anoreksja – jadłowstręt psychiczny*, Pomeranian Journal of Life Sciences, 2018, 64 (4), s. 5-9
18. Michalska A., Szejko N., Jakubczyk A., Wojnar M.: *Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się – subiektywny przegląd*, Psychiatria Polska, 2016, 50 (3), s. 497–507

Adres do korespondencji:

Witold Zardzewiały

Anna Obuchowska

Patrycja Nowak

Dorota Szpytma

Marcin Rząca

publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 22.07.2019

Po recenzji: 01.08.2019

Zaakceptowano do druku: 10.08.2019

Konflikt interesów:

Nie występuje

Copyright

© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Regulamin publikowania prac

ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS zamieszcza recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły poglądowe z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education, wydanych przez New York Academy of Sciences Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję bioetyczną z macierzystej instytucji.

Przygotowanie edycyjne maszynopisu

Strona tytułowa. Na stronie tytułowej należy podać: tytuł pracy (polski i angielski), nazwiska i imiona autorów, afiliację i dokładny adres każdego z autorów oraz nazwisko, imię, telefon, faks, adres e-mail autora odpowiedzialnego za korespondencję. Zaleca się ponadto podanie tzw. krótkiego tytułu składającego się z około 45 znaków.

Streszczenie. Do artykułu należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych musi składać się z następujących wyodrębnionych części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja/Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo. Sekcja Materiał i metody musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Streszczenie w języku angielskim nie powinno przekraczać 400 słów, a w języku polskim 300. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione w artykule. Streszczenia prac poglądowych powinny zawierać od 150 do 250 słów. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż 5 słów kluczowych w języku polskim i angielskim, rekomendowanych przez Index Medical Subject Headings MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Maszynopis. Prace poglądowe nie powinny zawierać więcej niż 6000 słów, oryginalne 5000. Praca oryginalna powinna składać się z następujących części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja/Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo. Artykuły należy pisać na papierze formatu A4 (21 × 30 cm lub 22 × 28 cm) z zachowaniem podwójnej interlinii (dotyczy to również wykazu literatury, podpisów do rycin i tabel). Każdą część pracy należy pisać na oddzielnej stronie. Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman lub Arial. Odniesienia do literatury, rycin i tabel należy umieszczać zgodnie z kolejnością cytowania w tekście.

W tekście nie można stosować żadnych wyróżnień. Wskazane jest, aby podawać międzynarodowe nazwy leków. Wyniki badań biochemicznych i innych powinny być podane w jednostkach zgodnych z układem SI. Należy ujawnić wszelką pomoc finansową i materialną.

Piśmiennictwo. Autorzy ponoszą odpowiedzialność za poprawność cytowanej literatury. Cytowanie prac należy ograniczyć tylko do pozycji najnowszych i łączących się bezpośrednio z przedstawionym tekstem. Liczba pozycji cytowanego piśmiennictwa w artykułach poglądowych nie może przekraczać 40, w pracach oryginalnych 30 pozycji. Wykaz i numeracja piśmiennictwa powinny być zgodne z kolejnością cytowania w tekście, tabelach i rycinach.

Przykłady cytowanego piśmiennictwa:

- A. schemat zapisu dla artykułów z czasopism powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł artykułu, tytuł czasopisma, rok wydania, numer wydania, strony,

np.: Szczepkowski M., Dobra stomia, *Postęp Nauk Medycznych*, 2006, 19: 240-248

- B. zapis dla pozycji książkowych powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł książki, nazwa wydawnictwa, miejsce wydania, rok wydania,

np.: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.): *Procedury pielęgniarskie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009

- C. zapis dla rozdziału w książce powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów rozdziału, inicjały imion autorów rozdziału, tytuł rozdziału, [w:] nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł książki, nazwa wydawnictwa, miejsce wydania, rok wydania, strony rozdziału

np.: Ślusarska B., Edukacja pacjenta a pielęgnowanie, [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa. T. II. Wybrane działania pielęgniarskie*, Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 959-962

- D. zapis artykułu on-line powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł artykułu, pełen zapis strony internetowej na której umieszczono artykuł, data dostępu/stan na dzień: (dz-m-r/r-m-dz)

np. Jarzynkowski P., Książek J., Bezpieczeństwo z elektrochirurgii, <http://issuu.com/termedia/docs/pchia1404-issuu01?e=6268539/10396087>, data dostępu: 11.12.2017

Pamiętać należy, że w każdej pozycji podaje się nazwiska maksymalnie do trzech autorów, jeżeli jest ich więcej, to należy podać nazwisko i inicjały pierwszego autora i skrót i in. (w przypadku pozycji anglojęzycznych skrót et al.)

Ryciny i tabele: Profesjonalnie przygotowane wykresy, rysunki i fotografie w trzech egzemplarzach należy numerować jako ryciny i dołączyć do pracy oddzielnie, poza tekstem, w wersji elektronicznej oraz wydrukowane na papierze. Wszystkie oznaczenia i symbole na rycinach muszą być czytelne. Podpisy do rycin w języku polskim i angielskim należy dołączyć oddzielnie. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi w kolejności, w jakiej ukazują się w tekście. Tabele należy zamieścić na oddzielnych stronach i numerować cyframi rzymskimi zgodnie z cytowaniem w tekście. Podpisy do tabel muszą być napisane w języku polskim i angielskim. Wszystkie skróty powinny być wyjaśnione w przypisie.

Nadsyłanie maszynopisów

Oryginał i dwie kopie maszynopisu zawierające wszystkie ilustracje i tabele powinny być nadsyłane pod poniższy adres: Redakcja ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS ul. Powstańców Śląskich 3 59-220 Legnica, Polska tel.: +48 76 854 99 33, e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Prace przygotowane na nośnikach elektronicznych

Redakcja przyjmuje prace na CD-ROM-ach lub przesłane e-mailem. Teksty należy przekazywać w formacie Word. Materiał ilustracyjny należy przygotować: w formacie TIFF-dla skanów, CorelDRAW lub Adobe Illustrator – dla grafiki wektorowej, Microsoft Excel-dla wykresów i diagramów. Każdy dysk musi być opisany: nazwisko autora, tytuł pracy, nazwa pliku, program i numer wersji. Tekst i materiał ilustracyjny muszą być w oddzielnych plikach. Tekst na dysku musi być zgodny z wydrukiem.

Korekta autorska

Korektę autorską należy zwrócić do Redakcji w ciągu 7 dni. W przeciwnym wypadku artykuł zostanie wycofany z danego zeszytu. Zmiany w korekcie autorskiej inne niż błędy składu drukarskiego są wprowadzone na odpowiedzialność autora.

Procedury zabezpieczające oryginalność prac naukowych

Ochrona danych pacjentów

Autorzy prac naukowych mają obowiązek chronić dane osobowe pacjenta. Do publikacji powinny trafiać jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Jeżeli nie ma możliwości uniknięcia ujawnienia danych identyfikujących pacjenta, niezbędna jest na to zgoda pacjenta (lub prawnych opiekunów), co powinno być odnotowane w publikacji.

Odpowiedzialność cywilna

Redakcja stara się czuwać nad merytoryczną stroną wydawnictwa. Jednak za treść artykułów odpowiada Autor. Wydawnictwo ani Komitet Naukowy nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

Zasady kwalifikacji prac do druku

1. Prace są przesyłane pod adres Redakcji.
2. Każda praca jest recenzowana przez dwóch niezależnych recenzentów.
3. Komitet Naukowy kwalifikuje pracę do druku po uzyskaniu pozytywnych recenzji.
4. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naukowy.
5. Autor otrzymuje artykuł do korekty autorskiej.
6. Wydrukowany artykuł staje się własnością Wydawcy, czyli Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Procedury zabezpieczające oryginalność prac naukowych stosowane przez czasopismo

1. Wszystkie nadesłane do Redakcji prace są recenzowane przez dwóch niezależnych recenzentów.
2. Autor(rzy) prac składają oświadczenie, że praca nie jest złożona w innej redakcji i nie była publikowana.
3. Nadesłanie pracy do Redakcji jest równoznaczne z akceptacją faktu, że manuskrypt może być poddany ocenie przez system wykrywania plagiatu. Wszystkie wykryte przypadki nierzetelności naukowej będą ujawniane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich instytucji.
4. Artykuły są systematycznie, komputerowo analizowane pod względem plagiatu przez system antyplagiatowy.
5. Native-speaker i redaktor sprawdzają artykuły zarówno pod względem językowym, jak i oryginalności.
6. Komitet Redakcyjny ocenia i podejmuje decyzję o druku artykułu, opierając się na kryteriach opracowanych przez COPE (Committee on Publication Ethics).

Formularz kontrybucji autorskiej

Kryteria autorstwa

Uznanie autorstwa powinno opierać się na: zasadniczym wkładzie w koncepcję i projekt, zebranie danych lub analizę i interpretację danych, napisaniu artykułu lub krytycznym zrecenzowaniu pod kątem istotnej zawartości intelektualnej, ostatecznej akceptacji wersji do druku. Autorzy powinni spełniać wszystkie ww. kryteria, a jeżeli praca była prowadzona przez dużą grupę osób z wielu ośrodków, grupa ta powinna

wskazać badaczy, którzy przyjmą bezpośrednią odpowiedzialność za pracę. Autor nadsyłający pracę zbiorową powinien określić kolejność autorów, wszystkich pojedynczych autorów wchodzących w skład danej grupy, a także jej nazwę. Wszystkie osoby określone jako autorzy muszą spełniać kryteria do autorstwa, a wszyscy, którzy się do niego kwalifikują, powinni być wymienieni. Każdy autor powinien uczestniczyć w pracy w takim stopniu, aby wziąć odpowiedzialność za właściwe fragmenty treści, jej zawartość oraz za konflikt interesów. Współpracownicy, którzy nie spełniają kryterium autorstwa, powinni być wymienieni, za ich pisemną zgodą, w podziękowaniach.

Określenie wkładu poszczególnych autorów w powstanie pracy, odbywa się wg następujących kryteriów:

1. Koncepcja i projekt badania.
2. Gromadzenie i/lub zestawianie danych.
3. Analiza i interpretacja danych.
4. Napisanie artykułu.
5. Krytyczne zrecenzowanie artykułu.
6. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu.
7. Inne (proszę wymienić).

| Imię i nazwisko autora | Miejsce pracy autora | Wkład w powstanie pracy (opisowo lub za pomocą cyfr) |
|------------------------|----------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Autor do korespondencji jest zobowiązany do przesłania formularza w imieniu wszystkich autorów

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

Tytuł pracy:

Oświadczenie autorów

Oświadczam, że praca pt.
nie była dotychczas publikowana i nie jest złożona w innej redakcji.

.....
Podpis wszystkich autorów lub autora do korespondencji w imieniu wszystkich autorów

Przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z brzmieniem art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych–dalej „RODO”), Wydawca (Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy) informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy (59-220) przy ul. Powstańców Śląskich 3.
2. Dane osobowe autorów prac przetwarzane są w celu przeprowadzenia procesu wydawniczego.
3. Zgłaszając pracę autor wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych dla celów przeprowadzenia procesu wydawniczego, w tym także do otrzymywania korespondencji związanej z publikacją.
4. Autorom przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich poprawy oraz żądania ich usunięcia.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do publikacji pracy, a konsekwencją ich niepodania będzie nieprzyjęcie pracy do druku.
6. Wydawca nie przekazuje, nie sprzedaje i nie użycza zgromadzonych danych osobowych innym osobom lub instytucjom.
7. Autorowi przysługuje prawo wniesienia skargi w zakresie przetwarzania danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie przekazanych danych narusza rozporządzenie RODO.

Copyright © Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy 2013-2019