

ZDROWIE & SPOŁECZENSTWO

EUROPEJSKA UCZELNIA SPOŁECZNO-TECHNICZNA
IM. SŁUGI BOŻEGO ROBERTA SCHUMANA

NR 1 / 2023



RADOM 2023

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

dr Iwona Pałgan redaktor naczelny

prof. dr hab. Vitalina Komirna

dr Krzysztof Księski

dr Monika Bakun

dr Dorota Polz-Gruszka

dr Adam Oleksiuk

dr Urszula Król

dr Krzysztof Radecki

dr Sebastian Stankiewicz

mgr Izabela Wojtysiak – redaktor anglojęzyczny

mgr Tomasz Pysiak – sekretarz redakcji

ADRES (REDAKCJA, PRENUMERATA)

Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna

im. Sługi Bożego Roberta Schumana

ul. Wodna 13/21, 26-600 Radom

e-mail: redakcja.zdrowie@eust.pl

www.eust.pl

ZESPÓŁ RECENZENTÓW

prof. zw. dr hab. Marian Surdacki

prof. zw. dr hab. Zygmunt Bosiakowski

prof. dr hab. Agnieszka Lewicka-Zelent

prof. zw. dr hab. Adam Kurzynowski

ISSN: 2082-2804

© Copyright by: Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna

im. Sługi Bożego Roberta Schumana



ZDROWIE & SPOŁECZENSTWO

EUROPEJSKA UCZELNIA SPOŁECZNO-TECHNICZNA
IM. SŁUGI BOŻEGO ROBERTA SCHUMANA

NR 1 / 2023

RADOM 2023



SPIS TREŚCI

Agnieszka Wlazło	
<i>Zdrowie i choroba w tekstach biblijnych</i>	6
Ewa Głowacka	
<i>Wpływ interwencji dietetycznej na funkcjonowanie młodzieży ze spektrum autyzmu</i>	31
Jadwiga Mędelewska	
<i>Ocena narażenia zawodowego na czynniki biologiczne pracowników ochrony zdrowia – aspekty prawne</i>	40
Robert Nowakowski	
<i>Felinoterapia</i>	52
Ewa Mroczek	
<i>Coaching jako metoda zmiany zachowań zdrowotnych</i>	81

Agnieszka Wlazło

Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna
im. Sługi Bożego Roberta Schumana

ZDROWIE I CHOROBA W TEKSTACH BIBLIJNYCH

HEALTH AND DISEASE IN BIBLICAL TEXTS

Streszczenie

W Biblii zawarte są nie tylko proroctwa, historie świętych ale to też księga mądrości, pełna praktycznych rad na temat sposobu życia i jego wszystkich aspektów, w tym też zdrowia. Otóż zawiera ona napisane precyzyjnym językiem, informacje medyczne oraz zalecenia dotyczące zdrowia, diety, odpoczynku i higieny. Pomimo ogromnego postępu w rozwoju medycyny od czasów biblijnych nie straciły one nic ze swej aktualności.

Słowa kluczowe: zdrowie, choroba, Biblia, zioła

Summary

The Bible contains not only prophecies, stories of saints, but it is also a book of wisdom, full of practical advice on the way of life and all its aspects, including health. Well, it contains, written in precise language, medical information and recommendations on health, diet, rest and hygiene. Despite the enormous progress in the development of medicine since biblical times, they have not lost anything of their relevance.

Keywords: health, disease, Bible, herbs

ZDROWIE I CHOROBA W TEKSTACH BIBLIJNYCH

X. Leon-Dufour, francuski jezuita, teolog i biblista w jednej ze swoich książek napisał, że „na Wschodzie starożytnym choroba uchodziła za karę, którą albo sprowadzały złe duchy, albo zsyłali bogowie, zagniewani z powodu pewnych wykroczeń przy składaniu ofiar. W celu odzyskania zdrowia uprawiano egzorcyzmy mające spowodować wyrzucenie demonów; usiłowano też zjednać sobie bogów przez modlitwy i ofiary. (...) Trzeba było czekać na zmysł spostrzegawczy Greków, aby zaobserwować autonomiczny rozwój medycyny jako dyscypliny pozytywnej. Biorąc za punkt wyjścia taki stan rzeczy, objawienie biblijne pomija cały aspekt naukowy tego problemu. Zajmuje się ono wyłącznie znaczeniem religijnym choroby i uleczenia, tzn. funkcją, jaką mają one do spełnienia w Bożych planach zbawienia”¹. Istotnym jednak pozostaje fakt, iż od samego istnienia chrześcijaństwa musiało się ono konfrontować z kulturą klasycysto-pogańską. Głoszone przez chrześcijan zbawienie nie mogło być jakąś enklawą, zaś oni sami musieli odnieść się do zagadnień, które związane były ze starożytnymi koncepcjami zdrowia i choroby i to w obliczu przyrzeczenia danego Chrystusowi (por. Mk 16,15-20)².

CHOROBY WYSTĘPUJĄCE W BIBLI

Stary Testament tłumaczył chorobę jako stan słabości i ułomności oraz zaprzeczenie pełni sił życiowych (por. Ps 38,11³; Ps 6,3⁴). Generalnie jedynie w tych Psalmach pojawia się pojęcie choroby, zaś same stwierdzenia, czy spostrzeżenia medyczne są ograniczone do znaków widocznych choroby, takich jak m.in.: plamy na skórze, złamania, rany, dreszcze, gorączka, trąd (por. Ps 6; 32; 38; 39; 88; 102)⁵.

Biblia nie poszukuje naturalnych powodów patologii, jednak wyjątkiem będą jej przyczyny, które w sposób szczególny są widoczne (por. 2 Sm 4,4)⁶. Śmierć w ujęciu biblijnym natomiast

¹ X. Leon-Dufour, *Choroba-uleczenie*, [w:] *Słownik teologii biblijnej*, Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 1990, s. 121-125.

² Mk 16, 15-20: „16¹⁵ I rzekł do nich: «Idźcie na cały świat i głoscie Ewangelię wszelkiemu stworzeniu! 16 Kto uwierzy i przyjmie chrzest, będzie zbawiony; a kto nie uwierzy, będzie potępiony. 17 Tym zaś, którzy uwierzą, te znaki towarzyszyć będą: w imię moje złe duchy będą wyrzucać, nowymi językami mówić będą; 18 węże będą do rąk, i jeśli by co zatrutego wypili, nie będzie im szkodzić. Na chorych ręce kłaść będą, i ci odzyskają zdrowie». 19 Po rozmowie z nimi Pan Jezus został wzięty do nieba i zasiadł po prawicy Boga. 20 Oni zaś poszli i głosili Ewangelię wszędzie, a Pan współdziałał z nimi i potwierdził naukę znakami, które jej towarzyszyły”.

³ Ps 38, 11: „Serce się me we mnie trzępoce, moc mnie opuszcza;/ zawodzi nawet światło moich oczu”.

⁴ Ps 6,3: „Zmiłuj się nade mną, Panie, bom słaby;/ ulecz mnie, Panie, bo kości* moje strwożone”.

⁵ L. Szczepaniak zauważa: „Najobszerniejszy katalog znanych wówczas chorób zawiera Księga Powtórzonego Prawa. Dla nazwania choroby używana jest semicka forma czasownikowa [k]halaḥ – spotykana w Księgach Królewskich i u Izajasza, oraz rzeczownikowa kholi, mahalah, mahaluyim oraz tahaḥu'im. Inne znane określenia choroby to: noega, noegoep, maggepa, makka, marad i sara'. W języku greckim określenie astheneia oznacza słabości, natomiast chorobę: malakia, arrostia i arrosema” [L. Szczepaniak, *Choroba* [w:] *Encyklopedia bioetyki*, pod red. A. Muszala, Wydawnictwo Polwen, Radom 2005, s. 82-85].

⁶ 2 Sm 4,4: „Jonatan, syn Saula, miał syna chorego; kiedy bowiem liczył lat pięć, nadeszła

jest stanem wskazującym zbliżający się koniec (por. Rdz 27,1⁷; 1 Krl 1,1⁸; Koh 12,1-8⁹). Dla człowieka Starego Testamentu choroba jest konsekwencją zła moralnego¹⁰ i sprowadza chorobę na człowieka Bóg jako przyczyna istnienia całej rzeczywistości (por. Wj 4,6¹¹; Hi 19,17-22¹²)¹³. Zatem w chorobie człowiek starał się doszukać jakiejś interwencji istot od niego wyższych, np. interwencji Anioła-Niszczyciela (por. 2 Sm 24,15-16¹⁴) czy nawet szatana (por. Hi 2,7¹⁵). Po niewoli wśród wyznawców judaizmu zaczęto coraz częściej przypisywać chorobę działaniu demonów¹⁶.

wiadomość o Saulu i Jonatanie z Jizreel, a jego własna piastunka wzięwszy go uciekła. Wśród pośpiechu ucieczki on upadł i pozostał chromy. Nazywał się Meribbaal*”.

⁷ Rdz 27,1: „I Gdy Izaak zestarzał się i jego oczy stały się tak słabe, że już nie mógł widzieć, zawołał na Ezaw, swego starszego syna: «Synu mój!»² A kiedy ten odezwał się: «Jestem», Izaak rzekł: «Oto zestarzałem się i nie znam dnia mojej śmierci.³ Weź więc teraz przybory myśliwskie, twój kołczan i łuk, idź na łowy i upoluj coś dla mnie.⁴ Potem przyrządź mi smaczną potrawę, jaką lubię, podaj mi ją, abym jadł i abym ci pobłogosławił, zanim umrę».⁵ Rebeka słyszała to, co Izaak mówił do swego syna Ezawa. Gdy więc Ezaw poszedł już na łowy, aby przynieść coś z upolowanej zwierzyny”.

⁸ 1 Krl 1,1: „¹ Z biegiem czasu sędziwy Dawid tak się posunął w latach, że nie mógł się rozgrzać, choć okrywano go kocami”.

⁹ Koh 12,1-8: „¹ Pomnij jednak na Stwórcę swego w dniach swej młodości, zanim jeszcze nadejdą dni niedoli i przyjdą lata, o których powiesz: «Nie mam w nich upodobania»;² zanim zaćmi się słońce i światło, i księżyc, i gwiazdy, i chmury powrócą po deszczu*;³ w czasie, gdy trząść się będą stróże domu, i uginać się będą silni mężowie, i będą ustawały [kobiety] mielące, bo ich ubędzie, i zaćmią się patrzące w oknach*;⁴ i zamkną się drzwi* na ulicę, podczas gdy łoskot młyna przycichnie i podniesie się do głosu ptaka*, i wszystkie śpiewy przymilkną;⁵ odczuwać się nawet będzie lęk przed wyżyną i strach na drodze; i drzewo migdałowe zakwitnie*, i ociążała stanie się szarańcza, i pękać będą kapary*;⁶ bo zdążyć będzie człowiek do swego wiecznego domu* i kręcić się już będą po ulicy płaczki;⁷ zanim się przerwie srebrny sznur i stłucze się czara złota, i dzban się rozbije u źródła, i w studnię kołowrót złamany wpadnie*;⁸ i wróci się proch do ziemi, tak jak nią był, a duch powróci do Boga, który go dał*.⁸ Marność nad marnościami - powiada Kohelet - wszystko marność*”.

¹⁰ X. Leon- Dufour, *Choroba-uleczenie...*op. cit., s. 122.

¹¹ Wj 4,6: „⁴ Ponownie rzekł do niego Pan: «Włóż rękę w zanadrze!» I włożył rękę w zanadrze, a gdy ją wyjął, była pokryta trądem białym jak śnieg”.

¹² Hi 19,17-22: „¹⁹ ¹⁷ Żonie mój oddech niemiły, i cuchnę własnym dzieciom,¹⁸ gardzą mną nawet podrostki, szydzą, gdy staram się podnieść.¹⁹ Odrzę wzbudzam u bliskich, nastają na mnie kochani.²⁰ Do skóry, do ciała przylgnęły mi kości, ocaliłem [tylko] ciało moich dziaseł*.²¹ Zlitujcie się, przyjaciele, zlitujcie*, gdyż Bóg mnie dotknął swą ręką.²² Czemu, jak Bóg, mnie dręczycie? Nie syci was wygląd ciała?”.

¹³ X. Leon- Dufour, *Choroba-uleczenie...*op. cit., s. 121.

¹⁴ 2 Sm 24,15-16: „²⁴ ¹⁵ Zesłał więc Pan na Izraela zarazę od rana do ustalonego czasu. Umarło wtedy z narodu od Dan do Beer-Szeby siedemdziesiąt tysięcy ludzi.¹⁶ Anioł wyciągnął już rękę nad Jerozolimą, by ją wyniszczyć, wtedy Pan ulitował się nad nieszczęściem i rzekł do Anioła, niszczyciela ludności: «Wystarczy! Cofnij rękę!» Anioł Pański znajdował się obok klepiska Arauny Jebusy”.

¹⁵ Hi 2,7: „² Odszedł szatan sprzed oblicza Pańskiego i obsypał Hioba trądem złośliwym, od palca stopy aż do wierzchu głowy.⁸ [Hiob] wziął więc skorupę, by się nią drapać siedząc na gnoju*.⁹ Rzekła mu żona: «Jeszcze trwasz mocno w swej prawości? Złorzecz Bogu i umieraj!»”.

¹⁶ X. Leon- Dufour, *Choroba-uleczenie...*op. cit., s. 122.

Zgodnie z sensem religijnym istnienia człowieka istnieje zależność między grzechem a chorobą¹⁷. Wynika to z tego, iż skoro Bóg stworzył człowieka do szczęścia, to w przypadku choroby pojmowanej jako zło, stoi ona w ewidentnej sprzeczności z tym zamiarem Boga¹⁸. Zatem z kart Biblii jasno wynika, iż choroba, trud, jak i cierpienie są następstwem grzechu (por. Rdz 3,16-19¹⁹). Ich znaczenie jest szczególnie istotne z punktu widzenia przymierza między Bogiem a człowiekiem, albowiem są głównymi przekleństwami, które na człowieka spadają (por. Pwt 28,20-22.27- 28.35²⁰). Widać to zwłaszcza w Psalmach, gdzie prośby o uleczenie łączą się przede wszystkim z wyznaniem grzechów (por. Ps 38,2-6²¹; 39,9-12²²; 107,17²³)²⁴.

W Starym Testamencie zasugerowane jest, że w przypadku choroby, której doświadczają osoby sprawiedliwe (np. choroba Hioba czy też Tobiasza), to traktować ją należy jako sprawdzian ich wierności (por. Tb 12,12-14²⁵); przy czym wspomina także o tym, iż choroba

¹⁷ *Przewodnik biblijny*, pod red. K. Szajowskiej, Wydawnictwo Olesiejuk, Warszawa 2016.

¹⁸ Ibidem, s. 123.

¹⁹ Rdz 3,16-19: „³ ¹⁶ Do niewiasty powiedział: «Obarczę cię niezmiernie wielkim trudem twej brzemienności, w bólu będziesz rodziła dzieci, ku twemu mężowi będziesz kierowała swe pragnienia, on zaś będzie panował nad tobą».¹⁷ Do mężczyzny zaś [Bóg] rzekł: «Ponieważ posłuchałeś swej żony i zjadłeś z drzewa, co do którego dałem ci rozkaz w słowach: Nie będziesz z niego jeść - przekłeta* niech będzie ziemia z twego powodu: w trudzie będziesz zdobywał od niej pożywienie dla siebie po wszystkie dni twego życia.¹⁸ Cierń i osiet będzie ci ona rodziła, a przecież pokarmem twym są płody roli.¹⁹ W pocie więc oblicza twego będziesz musiał zdobywać pożywienie, póki nie wrócisz do ziemi, z której zostałeś wzięty; bo prochem jesteś i w proch się obrócisz!»”.

²⁰ Pwt 28,20-22.27- 28.35: „²⁸ ²⁰ Pan ześle na ciebie przekleństwo, zamieszanie i przeszkodę we wszystkim, do czego wyciągniesz rękę, co będziesz czynił. Zostaniesz zmiażdżony i zginiesz nagle wskutek przewrotnych swych czynów, ponieważ Mnie opuściłeś.²¹ Pan sprawi, że przylgnie do ciebie zaraza, aż cię wygładzi na tej ziemi, którą idziesz posiąść.²² Pan dotknie cię wycieńczeniem, febrą, zapaleniem, oparzeniem, śmiercią od miecza, zwarzeniem zbóż od gorąca i śniecią: będą cię one przesładować, aż zginiesz.²⁷ Pan dotknie cię wrzodem egipskim, hemoroidami, świerzbem i parchami, których nie zdołasz wyleczyć.²⁸ Pan dotknie cię obłędem, ślepotą i niepokojem serca.³⁵ Pan cię dotknie złośliwymi wrzodami na kolanach i nogach, nie zdołasz ich uleczyć; rozciągną się od stopy aż do wierzchu głowy”.

²¹ Ps 38,2-6: „² Nie karć mnie, Panie, w Twoim gniewie*/ i nie karz mnie w Twej zapalczywości!/³ Utkwiły bowiem we mnie Twoje strzały/ i ręka Twoja zaciążyła nade mną./⁴ Nie ma w mym ciele nic zdrowego na skutek Twego zagniewania,/ nic nietkniętego w mych kościach* na skutek mego grzechu./⁵ Bo winy moje przerosły moją głowę,/ gniotą mnie jak ciężkie brzemię./⁶ Cuchną, ropieją me rany*/ na skutek mego szaleństwa”.

²² Ps 39,9-12: „⁹ Wybaw mnie od wszelkich moich nieprawości,/ nie wystawiaj mnie na pośmiewisko głupca!/¹⁰ Zamilkłem, ust mych nie otwieram:/ Ty bowiem [to] sprawiłeś./¹¹ Odwróć ode mnie Twe ciosy:/ ginę pod uderzeniem Twej ręki*./¹² Za winę chłoszczesz człowieka karaniem,/ jak mól obracasz wniwecz to, czego pożąda./ Doprawdy, każdy człowiek jest marnością”.

²³ Ps 107,17: „¹⁷ Chorowali na skutek swoich grzesznych czynów/ i nędzę cierpieli przez swoje występki*”.

²⁴ S. Grabska, *Cierpienie*, [w:] *Słownik Teologiczny*, red. A. Zuberbier. T. 1, Księgarnia Świętego Jacka, Katowice 1998, s. 94-95.

²⁵ Tb 12,12-14: „¹² ¹² A teraz: gdy ty i Sara modliliście się, ja przypomniałem błagania wasze przed majestatem Pańskim*, a także, gdy grzebałeś zmarłych.¹³ A kiedy nie wahałeś się wstawać i opuszczać swojego posiłku, i iść, i grzebać umarłego, ja zostałem posłany, aby cię wypróbować.¹⁴ Równocześnie posłał mnie Bóg, aby uzdrowić ciebie i twoją synową Sarę”.

tłumaczy i objaśnia winy grzeszników (por. Iz 53,4-5²⁶). Oczywiście błędem jest twierdzenie, że Stary Testament nie stosuje praktyki lekarskiej, albowiem można w nim odszukać wiele tekstów o chociażby stosowanych zabiegach lekarskich czy zastosowaniu leków (por. np. Tb 11,8.11-12²⁷; Iz 1,6²⁸; Mdr 7,20²⁹). Mało tego, Księga Mądrości Syracha zawiera mowę pochwalną na cześć zawodu lekarskiego (por. Syr 38,1-8.12-14³⁰). Lekarz w tym ujęciu jest kimś szczególnym, posiadającym wiedzę i mądrość nadane mu przez samego Boga. Zresztą podobnie i lekarstwa traktowane w tym ujęciu jako szczególny dar mający moc przywracania zdrowia. Jednak, co najistotniejsze, zarówno lekarz, jak i lekarstwa działają niejako w imieniu Boga, bo przecież to od Niego pochodzą.

Biblia zabrania praktyk magicznych, a zwłaszcza tych, które wiążą się z kultem bałwochwalczym (por. 2 Krl 1,2-4³¹; 2 Krn 16,12³²). Ostatni z przytoczonych tekstów może wzbudzać wątpliwości, zwłaszcza w zestawieniu z przywołanym powyżej hymnem na cześć lekarza (Syr 38,1-8.12-14³³).

²⁶ Iz 53,4-5: „**53**⁴ Lecz On się obarczył naszym cierpieniem, On dźwigał nasze boleści*, a myśmy Go za skazańca* uznali, chłostanego przez Boga i zdeptanego. ⁵ Lecz On był przebity za nasze grzechy, zdruzgotany za nasze winy. Spadła Nań chłosta zbawienna dla nas, a w Jego ranach jest nasze zdrowie*”.

²⁷ Tb 11,8.11-12: „**11**⁸ Potrzyj żółcią ryby jego oczy, a lekarstwo wygryzie i ściągnie bielmo z jego oczu, a ojciec twój przejrzy i zobaczy światło». ¹¹ I przystąpił do niego Tobiasz z żółcią z ryby* w rękę, i dmuchnął na jego oczy, dotknął się i rzekł: «Ufaj, ojczule!», i przyłożył mu lekarstwo, i odczekał chwilę. ¹² Potem zerwał obiema rękami [bielmo] z kątów jego oczu”.

²⁸ Iz 1,6: „**1**⁶ od stopy nogi do szczytu głowy nie ma w nim części nietkniętej: rany i sińce i opuchnięte pręgi, nie opatrzone ani przewiązane, ni złagodzone oliwą*”.

²⁹ Mdr 7,20: „**7**²⁰ naturę zwierząt i popędy bestii, moce duchów i myślenie ludzkie, różnorodność roślin i siły korzeni”.

³⁰ Syr 38,1-8.12-14: „**38**¹ Czczij lekarza czcig* należną z powodu jego posług, albowiem i jego stworzył Pan. ² Od Najwyższego pochodzi uzdrowienie, i od Króla dar się otrzymuje. ³ Wiedza lekarza podnosi mu głowę, nawet i wobec możnowładców będą go podziwiać. ⁴ Pan stworzył z ziemi lekarstwa, a człowiek mądry nie będzie nimi gardził. ⁵ Czyż to nie drzewo wodę uczyniło słodką*, aby moc Jego poznano? ⁶ On dał ludziom wiedzę, aby się wślawili dzięki Jego dziwnym dziełom. ⁷ Dzięki nim się leczy i ból usuwa, z nich aptekarz sporządza leki, ⁸ aby się nie kończyło Jego działanie i pokój* od Niego był po całej ziemi. ¹² Potem sprowadź lekarza, bo jego też stworzył Pan, nie odsuwaj się od niego, albowiem jest on ci potrzebny. ¹³ Jest czas, kiedy w ich rękach jest wyjście z choroby: ¹⁴ oni sami będą błagać Pana, aby dał im moc przyniesienia ulgi i uleczenia, celem zachowania życia”.

³¹ 2 Krl 1,2-4: „**1**² Ochozjasz zaś wypadł przez kratę w swej górnej komnacie w Samarii i chorował. Wysłał więc posłańców mówiąc do nich: «Idźcie, wywiadyjcie się u Beelzebuba*, boga Ekronu, czy wyzdrowię z tej mojej choroby». ³ Lecz Anioł Pański powiedział do Eliasza z Tiszbe: «Wstań, wyjdź naprzeciw posłańców króla Samarii i powiedz im: Czyż nie ma Boga w Izraelu, że wy idziecie wywiadywać się u Beelzebuba, boga Ekronu? ⁴ Dlatego tak mówi Pan: Z łoża, do którego wszedłeś, już nie zejdziesz, ponieważ umrzesz na pewno!» I odszedł Eliasz”.

³² 2 Krn 16,12: „**16**¹² W trzydziestym dziewiątym roku swego panowania rozchorował się Asa na nogi i cierpiał bardzo, jednakże nawet w swej chorobie szukał nie Pana, lecz lekarzy”.

³³ Syr 38,1-8.12-14: „**38**¹ Czczij lekarza czcig* należną z powodu jego posług, albowiem i jego stworzył Pan. ² Od Najwyższego pochodzi uzdrowienie, i od Króla dar się otrzymuje. ³ Wiedza lekarza podnosi mu głowę, nawet i wobec możnowładców będą go podziwiać. ⁴ Pan stworzył z ziemi lekarstwa, a człowiek mądry nie będzie nimi gardził. ⁵ Czyż to nie drzewo wodę uczyniło

Dlatego też należy sądzić, iż 2 Krn 16,12 nawiązuje do sztuki leczenia, która związana jest z kultem bałwochwalczym³⁴.

W Ewangeliach odnaleźć można wiele opisów świadczących o tym, że Jezus podczas nauczania spotykał wielokrotnie ludzi chorych. Według Jezusa choroba jest złem przygniatającym człowieka, i jest ona następstwem grzechu, jak również oznaką potęgi szatana nad człowiekiem (por. Łk 13,16³⁵). Jezus sprzeciwia się traktowaniu choroby jako zapłaty za grzech: „Uczniowie Jego zadali Mu pytanie: «Rabbi, kto zgrzeszył, że się urodził niewidomym - on czy jego rodzice?» Jezus odpowiedział: «Ani on nie zgrzeszył, ani rodzice jego, ale [stało się tak], aby się na nim objawiły sprawy Boże»³⁶. Nadaje tym samym chorobie nowego sensu, nie mającego żadnego związku z interpretowaniem magicznodemonicznym³⁷.

Ten nowy sposób postrzegania choroby ma szczególnie istotne znaczenie biorąc pod uwagę działalność uzdrowicielską Jezusa, która posiada wymiar religijny, aczkolwiek, jak łatwo zauważyć, inny od wymiaru religijnego, jaki prezentowany był w cywilizacjach starożytnych, chociażby Grecji, Egiptu czy Babilonii. Chrystus w pierwszym kontakcie z chorym pyta przede wszystkim o wiarę³⁸ i w kontekście tej wiary rozpoczyna się swego rodzaju terapia pomocą czytelnym znaków, która prowadzi do cudownego uzdrowienia³⁹.

Zatem w ujęciu biblijnym choroba straciła swój charakter przekleństwa. Jest więc „... symbolem tego stanu, w jakim znajduje się człowiek grzeszny: jest ono duchowo ślepy, głuchy,

słodką*, aby moc Jego poznano? ⁶ On dał ludziom wiedzę, aby się wślawili dzięki Jego dziwnym dziełom. ⁷ Dzięki nim się leczy i ból usuwa, z nich aptekarz sporządza leki, ⁸ aby się nie kończyło Jego działanie i pokój* od Niego był po całej ziemi. ¹² Potem sprowadź lekarza, bo jego też stworzył Pan, nie odsuwaj się od niego, albowiem jest on ci potrzebny. ¹³ Jest czas, kiedy w ich rękach jest wyjście z choroby: ¹⁴ oni sami będą błagać Pana, aby dał im moc przyniesienia ulgi i uleczenia, celem zachowania życia”.

³⁴ Na temat związków między lekarzem w kulturze Bliskiego Wschodu a bałwochwalcstwem, [w:] X. Leon- Dufour, *Choroba-uleczenie...* op. cit., s. 172-176.

³⁵ Łk 13,16: „**13**¹⁶ A tej córki Abrahama, którą szatan osiemnaście lat trzymał na uwięzi, nie należało uwolnić od tych więzów w dzień szabatu?»”.

³⁶ J 9,2-3: „**9**² Uczniowie Jego zadali Mu pytanie: «Rabbi, kto zgrzeszył, że się urodził niewidomym - on czy jego rodzice?» ³ Jezus odpowiedział: «Ani on nie zgrzeszył, ani rodzice jego, ale [stało się tak], aby się na nim objawiły sprawy Boże”.

³⁷ W przytoczonym fragmencie choroba, wynikająca z czynników naturalnych (niewidomy od urodzenia, a nie z powodu gniewu bożków), została wpisana w wymiar historyczno-zbawczy. Poprzez patologie człowiek na nowo ma uświadomić sobie fakt, iż jest stworzeniem, a poprzez to na nowo odkryć swoje ograniczenia i swoją przygodność. W tym samym czasie, uświadamiając sobie te prawdy, człowiek ma możliwość otwarcia się na udział w historii zbawienia.

³⁸ Mt 9,27-29: „Gdy Jezus odchodził stamtąd, szli za Nim dwaj niewidomi, którzy wołali głośno: «Ulituje się nad nami, Synu Dawida!» Gdy wszedł do domu, niewidomi przystąpili do Niego, a Jezus ich zapytał: «Wierzycie, że mogę to uczynić?» Oni odpowiedzieli Mu: «Tak, Panie!» Wtedy dotknął ich oczu, mówiąc: «Według wiary waszej niech wam się stanie!»”.

³⁹ O tym, iż nie ma w tym miejscu mowy o mitologiczno-magicznym pojmowaniu choroby i procesu zdrowienia, świadczą następujące przesłanki: 1) uzdrowienie jest możliwe tylko wtedy, gdy chory wyznaje wiarę w Jezusa, a nie w jakiegoś bożka medycyny; 2) terapia opiera się na widzialnych znakach, które mogą być odczytane przez każdego człowieka, a nie poprzez magiczne zaklęcia, rytę, sny narkotyczne i stany ekstazy.

sparaliżowany. Uzdrowienie chorego jest więc również pewnym symbolem: oznacza on dokonane przez Jezusa uzdrowienie duchowe całej ludzkości. (...) Przyszedł On bowiem na świat jako Ten, który niesie zdrowie grzesznikom (Mk 2,17⁴⁰), jako lekarz, który, by uwolnić ludzi od słabości i chorób, bierze je sam na siebie (Mt 8,17⁴¹; Iz 53,4⁴²). Taki bowiem sens będzie miała ostatecznie Jego męka: Jezus będzie uczestniczył w cierpieniach ludzkości, by móc ostatecznie zatryumfować nad złem, które je gnębi⁴³. Choroba jest w tym kontekście okazją do poszukiwania w sobie swego rodzaju daru oczyszczenia, ale i pojednania, jak również głębszego, a wręcz intymnego zetknięcia się ze zbawieniem.

Oczywiście choroba w ujęciu biblijnym nie posiada tylko i wyłącznie wymiaru teologicznego, ale również fizyczny. Św. Łukasz urodzony w Antiochii tam też studiował medycynę, by następnie udać się do szkół medycznych w Aleksandrii, Atenach i Pergamonie. Tam też spotkał się ze św. Pawłem, który także był lekarzem⁴⁴.

Św. Łukasz posługiwał się terminologią medyczną, którą stosowali m.in.: Hipokrates, Galen, Dioskoryd i Areteus z Kapadocji⁴⁵.

⁴⁰ Mk 2,17: „²¹⁷ Jezus usłyszał to i rzekł do nich: «Nie potrzebują lekarza zdrowi, lecz ci, którzy się źle mają. Nie przyszedłem powołać sprawiedliwych, ale grzeszników».¹⁸ Uczniowie Jana i faryzeusze mieli właśnie post. Przyszli więc do Niego i pytali: «Dlaczego uczniowie Jana i uczniowie faryzeuszów poszczą, a Twój uczeń nie poszcza?»¹⁹ Jezus im odpowiedział: «Czy goście weselni mogą pościć, dopóki pan młody jest z nimi? Nie mogą pościć, jak długo pana młodego mają u siebie.²⁰ Lecz przyjdzie czas, kiedy zabiorą im pana młodego, a wtedy, w ów dzień, będą pościć.²¹ Nikt nie przyszywa łąty z surowego sukna do starego ubrania. W przeciwnym razie nowa łąta obrywa jeszcze [część] ze starego ubrania i robi się gorsze przedarcie.²² Nikt też młodego wina nie wlewa do starych bukłaków. W przeciwnym razie wino rozerwie bukłaki; i wino przepadnie, i bukłaki. Lecz młode wino [należy wlewać] do nowych bukłaków».²³ Pewnego razu, gdy Jezus przechodził w szabat wśród zbóż, uczniowie Jego zaczęli po drodze zrywać kłosa. ²⁴ Na to faryzeusze rzekli do Niego: «Patrz, czemu oni robią w szabat to, czego nie wolno?»²⁵ On im odpowiedział: «Czy nigdy nie czytaliście, co uczynił Dawid, kiedy znalazł się w potrzebie, i był głodny on i jego towarzysze?»²⁶ Jak wszedł do domu Bożego za Abiatarą*, najwyższego kapłana, i jadł chleby pokładne, które tylko kapłanom jeść wolno; i dał również swoim towarzyszom». ²⁷ I dodał: «To szabat został ustanowiony dla człowieka, a nie człowiek dla szabatu. ²⁸ Zatem Syn Człowieczy jest panem szabat»».

⁴¹ Mt 8, 17: „⁸¹⁷ Tak oto spełniło się słowo proroka Izajasza: On wziął na siebie nasze słabości i nosił nasze choroby*».

⁴² Iz 53,4: „⁵³⁴ Lecz On się obarczył naszym cierpieniem, On dźwigał nasze boleści*, a myśmy Go za skazańca* uznali, chłostanego przez Boga i zdeptanego».

⁴³ X. Leon- Dufour, *Choroba-uleczenie...* op. cit., s. 124.

⁴⁴ *Katolicki komentarz biblijny*, A. Fitzmyer, Raymond E. Brown, Roland E. Murphy, Waldemar Chrostowski - polska redakcja naukowa, Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, Warszawa 2013, s. 1202.

⁴⁵ W Łk 8,43-44 można znaleźć następujące terminy: „A pewna kobieta od dwunastu lat cierpiała na upływ krwi [αἵματος]; całe swe mienie wydała na lekarzy, a żaden nie mógł jej uleczyć [θεραπευθῆναι]. Podeszła z tyłu i dotknęła się frędzli Jego płaszcza, a natychmiast ustał [ἔστί] jej upływ krwi [αἵματος]”. Należy podkreślić, iż słowo „ἔστί”, oznaczające zatrzymanie krwotoku, w całym Nowym Testamencie zostało użyte tylko w tym miejscu.⁷ Słowo „θεραπεία”, zapożyczone przez św. Łukasza z pism medycznych, jest używane w Nowym Testamencie tylko przez niego: „Lecz tłumy dowiedziały się o tym i poszły za Nim. On je przyjął i mówił im o królestwie Bożym, a tych, którzy leczenia potrzebowali, uzdrawiał [θεραπεύας]” (Łk 9,11).

Biblia zawiera klasyczny opis epilepsji (Łk 9,39.42) „A oto duch chwyta go tak, że nagle krzyczy; targa go tak, że się pieni, i tylko z trudem odstępkuje od niego, męcząc go. (...) Gdy on jeszcze się zbliżał, zły duch porwał go i zaczął targać”, czy też opis sposobu leczenia ran: „(...) podszedł do niego i opatrzył mu rany [χατέδησα], zalewając je oliwą i winem” (Łk 10,34)⁴⁶. To św. Łukasz dokonuje klinicznego postępowania, które obejmuje bandażowanie mające na celu przykrycie i ochronę, zalanie oliwą, co z kolei ma złagodzić ból oraz zalanie winem, co pozwoli na zdezynfekowanie rany⁴⁷.

Dzieje Apostolskie także przybliżają odbiorcy wiele terminów medycznych, czego przykładem jest chociażby fragment Dz 9,17-18 opisujący łuszczenie się, odpadanie fragmentów skóry albo krost z zainfekowanych części ciała⁴⁸, czy Dz 9,33⁴⁹, gdzie odnajdujemy opis czasu trwania choroby, o czym zresztą mówi także inny fragment (Łk 8,43⁵⁰).

Dz 28,8 zawierają terminy takie jak „πυρετός” i „δυσεντέριον”: „Ojciec Publiusza leżał właśnie chory na gorączkę [πυρετός] i biegunkę [δυσεντέριον]. Paweł poszedł do niego i pomodliwszy się, położył na nim ręce i uzdrowił go”. Terminy te są typowym językiem medycznym⁵¹.

ZIOŁA I ROŚLINY LECZNICZE WYSTĘPUJĄCE W BIBLII

Rośliny są wszechobecne na ziemi. Pierwszym zaś ogrodnikiem był, według Biblii, Bóg, który nauczył także człowieka je uprawiać (por. Iz 28,24-26⁵²). W Biblii pojawiają się rośliny już w Księdze Rodzaju: Zostały wprowadzone do Jego stwórczych planów, dlatego spotykamy się z nimi na kartach Biblii często, poczynawszy od I księgi - Księgi Rodzaju (Mt 7,17-20⁵³).

Rośliny, które pojawiają się w Biblii, związane są w sposób symboliczny również i z miejscem, w jakim występowały. Mało tego, człowiek wielokrotnie na kartach świętej księgi chrześcijan porównywany był do świata roślinnego: „Zasadzeni w domu Pańskim, rozkwitną na dziedzińcach naszego Boga. Wydadzą owoc nawet i w starości, pełni soków i zawsze żywotni” (PS 92,14).

⁴⁶ Czasownik „χατέδεω” jest terminem ściśle medycznym i oznacza „bandażować”.

⁴⁷ *Katolicki komentarz biblijny...*, op. cit., s. 1207.

⁴⁸ Dz 9,17-18: „⁹¹⁷ Wtedy Ananiasz poszedł. Wszedł do domu, położył na nim ręce i powiedział: «Szawle, bracie, Pan Jezus, który ukazał ci się na drodze, którą szedłeś, przysłał mnie, abys przejrzał i został napełniony Duchem Świętym». ¹⁸ Natychmiast jakby łuski spadły z jego oczu i odzyskał wzrok, i został ochrzczony”.

⁴⁹ Dz 9,33 „³³ Znalazł tam pewnego człowieka imieniem Eneasza, który był sparaliżowany i od ośmiu lat leżał w łóżku.

⁵⁰ Łk 8, 43: „⁸⁴³ A pewna kobieta od dwunastu lat cierpiała na upływ krwi; całe swe mienie wydała na lekarzy, a żaden nie mógł jej uleczyć”.

⁵¹ Przez wzrost temperatury ciała oraz biegunkę wskazywano na różne stany patologiczne organizmu.

⁵² Iz 28,24-26: „²⁸²⁴ Czyż oracz wciąż tylko orze [pod zasiew], przewraca i broni swą rolę? ²⁵ Czyż raczej, gdy zrówna jej powierzchnię, nie zasiewa czarnuszki i nie rozrzuca kminu? Czy nie siewa pszenicy, <zboża*>, jęczmienia <i prosa*>, wreszcie orkiszu po brzegach? ²⁶ A ktoś poucza go o tym prawie, jego Bóg mu to wykłada”.

⁵³ Mt 7, 17-20: „⁷¹⁷ Tak każde dobre drzewo wydaje dobre owoce, a złe drzewo wydaje złe owoce. ¹⁸ Nie może dobre drzewo wydać złych owoców ani złe drzewo wydać dobrych owoców. ¹⁹ Każde drzewo, które nie wydaje dobrego owocu, będzie wycięte i w ogień wrzucone. ²⁰ A więc: poznacie ich po ich owocach”.

W Nowym Testamencie pojawia się metafora rośliny związana ze wzrostem wewnętrznym. Sama zaś roślina jest symbolem pogłębiającego się życia⁵⁴. Apostołowie sadzą rośliny i dbają o ich wzrost, przy czym pamiętać należy, że według Biblii tym, który daje roślinom wzrost, jest Bóg⁵⁵. Rośliny w Biblii odgrywają jeszcze inną ważną rolę, a mianowicie są wyobrażeniem poszczególnych ludzi, albowiem „Dobrym nasieniem są synowie królestwa, chwastem zaś synowie złego” (Mt 13,38). A zatem to, jakim jest człowiek, okazuje się być po tym, jakie są jego owoce, a więc po tym, co czyni: „Każde dobre drzewo wydaje dobre owoce, a złe drzewo wydaje złe owoce. Nie może dobre drzewo wydawać złych owoców, ani złe drzewo wydawać dobrych owoców” (Mt 7,17-20).

Żydzi znani byli z częstego zażywania nie tylko surowców leczniczych, ale także wszelkiego rodzaju przypraw i stosowania kosmetyków⁵⁶. W Biblii wymienia się ok. 80 gatunków roślin leczniczych, a wśród roślin wyodrębnić można zboża, owoce, krzewy, drzewa i oczywiście zioła, stanowiące do dziś bogactwo, o czym świadczy chociażby Księga Rodzaju: „Niechaj ziemia wyda rośliny zielone: trawy dające nasiona, drzewa owocowe, rodzące na ziemi według swego gatunku owoce, w których są nasiona” (Rdz 1:11-12), czy też Księgi Powtórzonego Prawa: „Albowiem twój Bóg, Jahwe, wprowadził cię do ziemi pięknej, ziemi obfitującej w potoki, źródła i strumienie, które tryskają w dolinie oraz na górze – do ziemi pszenicy, jęczmienia, winorośli, drzewa figowego i granatowego – do ziemi oliwek, oliwy i miodu” (Pwt 8:7-8).

Nazewnictwo roślin w tekstach biblijnych nie było ściśle ustalone. Ową dokładność można zawdzięczać Karolowi Linneuszowi, który w końcu XVIII w. opracował system nomenklatury i systematyki⁵⁷. Rośliny w Biblii występują w przeróżnych kontekstach i są to zwykle pojedyncze gatunki roślin, takich jak chociażby oliwka czy kminek, czy też określenia zbiorowe, jak osty, ciernie, kwiaty.

Rośliny, które są wymienione w Piśmie Świętym, dziś uznawane za lecznicze, nie mają takiej oceny w kontekście biblijnym, nie są nigdy podawane jako leki stosowane w jakichś dolegliwościach. Dla przykładu chociażby przywołać można Psalm 147, 7-8, gdzie wspomniane jest tylko o ziołach⁵⁸, Księga Mądrości mówi, iż zioła w porównaniu z wolą i słowami Boga, są mało istotne, że w porównaniu z wolą i słowem Boga zioła są mało ważne (Mdr 16,8-12⁵⁹).

Stary Testament wymienia kilkadziesiąt roślin, poczynawszy od Księgi Rodzaju, a skończywszy na drugiej Księdze Machabejskiej. Istotny jest kontekst, w jakim dana roślina się pojawia.

⁵⁴ J. J. Pilch, *Słownik kultury biblijnej*, Edycja św. Pawła, Częstochowa, s. 98.

⁵⁵ J. Matter, *Tajemnice Biblii i medycyny*, Fundacja Źródło Życia, Mszczonów 2005, s. 57.

⁵⁶ O czym wielokrotnie wspominają księgi biblijne (np. „Pieśń nad pieśniami”) i Talmudyczne.

⁵⁷ A. Ożarowski, W. Jaroniewski, *Rośliny lecznicze i ich praktyczne zastosowanie*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 2007, s. 61-63.

⁵⁸ Ps 147, 7-8: „⁷ Śpiewajcie pieśń dziękczynną Panu,/ grajcie Bogu naszemu na harfie./ ⁸ * On niebo okrywa chmurami,/ deszcz przygotowuje dla ziemi;/ sprawia, że góry wypuszczają trawę/ <i>zioła, by ludziom służyły>”.

⁵⁹ Mdr 16,8-12: „¹⁶ I tak naszych wrogów przekonałeś, że to Ty wybawiasz od zła wszelkiego. ⁹ Zabijały ich ukąszenia szarańczy i much, i nie znaleźli lekarstwa, by ratować życie, bo zasłużyli, żeby zostali przez nie ukarani. ¹⁰ Synów zaś Twoich nie zmogły nawet zęby jadowitych węży, litość bowiem Twoja zabiegła im drogę i ich uzdrowiła. ¹¹ Dla przypomnienia bowiem mów Twoich byli kłani, i zaraz mieli ratunek, by nie popadli w głębokie zapomnienie* i nie stali się niegodni Twojej dobroci.¹² Nie zioła ich uzdrowiły ani nie okłady, lecz słowo Tve, Panie, co wszystko uzdrawia”.

Aloes prawdziwy (Aloe vera L.) był symbolem czci, ale i pokuty oraz pokory. Stosowany był do namaszczenia zmarłych. Mowa o tym chociażby w Ewangelii Jana (19,39-40): „Przybył również i Nikodem, ten, który po raz pierwszy przyszedł do Jezusa w nocy i przyniósł ok. stu funtów mieszaniny mirry i aloesu. Zabrali więc ciało Jezusa i obwiązali je w płótna razem z wonnościami, stosownie do żydowskiego sposobu grzebania zmarłych. Używano w tym celu aloesu zwyczajnego i aloesu sokotrzańskiego”⁶⁰.



Fot. 4. Aloes prawdziwy (*Aloe vera* L.)

Balsamowiec mirra (*Commiphora abyssinica*) był symbolem cierpienia, ale z drugiej strony łagodził ból. Uznawany był za jeden z największych skarbów Wschodu. Wysoko ceniony przez królów Dawida i Salomona. Mojżesz stosował go w rytualnym obrzędzie żydowskim. Hebrajczycy uważali, że stosowanie ma działanie oczyszczające duszę i ciało⁶¹. W Starym Testamencie balsamowiec mirra był cennym składnikiem oleju świętego wykorzystywanego do namaszczenia (Wj 30, 23-25⁶²). Był również źródłem mirry, którą Biblia wymienia kilkakrotnie.



Fot. 5. Balsamowiec mirra (*Commiphora abyssinica*)

⁶⁰ Z. Włodarczyk, *Rośliny biblijne. Leksykon*. Instytut Botaniki im. W. Szafera Pan, Kraków 2011, s. 28.

⁶¹ Dla ciała wykorzystywali jej właściwości antyseptyczne, a w celach duchowych palili ją w kadzidłach.

⁶² Wj 30, 23,25: „²³ «Weź sobie najlepsze wonności: pięćset syklów obficie płynącej mirry⁷, połowę tego, to jest dwieście pięćdziesiąt syklów wonnego cynamonu i tyleż, to jest dwieście pięćdziesiąt syklów wonnej trzciny, 24 wreszcie pięćset syklów kasji, według wagi przybytku, oraz jeden hin oliwy z oliwek. ²⁵ I uczynisz z tego święty olej do namaszczenia. Będzie to wonna maść, zrobiona tak, jak to robi sporządzający wonności. Będzie to święty olej do namaszczenia”.

Bluszcz pospolity (*Hederahelix* L.) wpływał kojąco, chłodząco na korę mózgową, dlatego też Żydom nakazywano⁶³ nosić wieńce z bluszczu podczas uczy, co miało uchronić ich przed nieprzyjemnymi skutkami nadmiernego picia win (2Mch 7).



Fot. 6. Bluszcz pospolity (*Hederahelix* L.)

Cebula (*Allium cepa* L.) jest warzywem wspominanym na pustyni przez Izraelitów jako symbol dostatku w Egipcie. W starożytności często wykorzystywana w leczeniu ze względu na właściwości bakteriobójcze, przeciwreumatyczne, przeciwzakrzepowe, przeciwmiażdżycowe. Sprzyja ona długowieczności, chętnie z niej korzystano przy stanach zapalnych, awitaminozach; obniża ponadto poziom cukru we krwi. Znane jest jej zastosowanie lecznicze w przypadku chorób nerek, jelit, wątroby, czy przy zwężeniu naczyń krwionośnych. W starożytności cebula wykorzystywana była jako środek przeciw impotencji, puchlinie wodnej, zaburzeniom żołądka, flegmie, kaszlu czy wypadaniu włosów. Cebula w Biblii jest wymieniona dwukrotnie w Księdze Liczb (Lb 11,5⁶⁴). Podczas ucieczki Izraelitów z Egiptu do Ziemi Obiecanej to cebula była tym, za czym tęsknili i czego pragnęli⁶⁵



Fot.7. Cebula (*Allium cepa* L.)

⁶³ Dekret taki wydał Żydom Antiocha IV Epifanesa; mieli oni nosić takie wieńce podczas uczt na cześć boga Dionizosa.

⁶⁴ Lb 11, 5: „¹¹Wspominamy ryby, któreśmy darmo jedli w Egipcie, ogórki, melony, pory, cebulę i czosnek”.

⁶⁵ Z. Włodarczyk, *Rośliny biblijne...* op. cit., s. 28.

Cynamon cejloński (*Cinnamomumzeylanicum* Blume). Olejek cynamonowy miał szerokie zastosowanie w obrzędach religijnych oraz rytualnych namaszczeniach. Cynamon ma działanie dezynfekujące, przeciwwirusowe i antybakteryjne. Ponadto wspomaga krzepnięcie krwi, jak również obniża ryzyko chorób serca. W Biblii znajdują się odniesienia do cynamowca, przy czym trzeba brać pod uwagę w tym przypadku jego dwie odmiany: cynamonowiec cejloński i cynamonowiec wonny. O ile Biblia nie wymienia ani razu cynamonu, to wielokrotnie odnosi się do produktów z niego wytwarzanych, a więc m.in. cynamonu i kasji. Mowi o tym Księga Ezechiela (Ez 27,19⁶⁶) i Apokalipsa św. Jana (Ap 18,11-13). Cynamon i kasja używane były do wyrobu oleju świętego i pachnidła⁶⁷.



Fot. 7. Cynamon cejloński (*Cinnamomumzeylanicum* Blume)

Czarnuszka siewna (*Nigellasativa* L.), nazywana czarnym kminkiem, a w starożytności „złotem faraonów”. Przygotowanie pola pod jej zasiew traktowane było jako symbol celowego działania. Czarnuszka ułatwia trawienie, zwiększa wydalanie moczu i produkcję mleka u kobiet w okresie laktacji. Łagodzi wzdęcia i stany skurczowe jelit. Odkąża i ułatwia gojenie ran.



Fot. 8. Czarnuszka siewna (*Nigellasativa* L.)

⁶⁶ Ez 27,19: „²⁷Dan i Jawan począwszy od Uzzal* drogą wymiany za twe towary dostarczały ci wyroby żelazne, cynamon i trzcinę”.

⁶⁷ Z. Włodarczyk, *Rośliny biblijne...* op. cit., s. 28.

Czosnek (*Alliumsativum* L.), podobnie jak cebula oznaczał dostatek. Nazywany był „antybiotykem starożytności”. Ma on działanie przeciwgrzybiczne i bakteriobójcze, chroni przed chorobami zakaźnymi, zwiększa wydzielanie soków trawiennych, zmniejsza stany zapalne. Stosowany w ropnych zapaleniach gardła, zapaleniach skórnych i grzybicy. W Biblii mówi o nim Księga Liczb (Lb 11, 5⁶⁸).



Fot. 9. Czosnek (*Alliumsativum* L.)

Hyzop (*Origanummaru* L.) i inne gatunki z rodziny Labiatae=Lamiaceae to symbol oczyszczenia i pokory. Po raz pierwszy hyzop w Biblii pojawia się w Księdze Wyjścia (Wj 21:21⁶⁹). Wykorzystywany przede wszystkim do leczenia trądu. W Biblii hyzop błędnie jest określany hyzopem, albowiem badacze biblijnych roślin uważają, że biblijnym hyzopem jest [lebiodka syryjska](#) (*Origanumsyriacum*)⁷⁰.



Fot. 10. Hyzop (*Origanummaru* L.)

⁶⁸ Lb 11, 5: „**11**⁵ Wspominamy ryby, któreśmy darmo jedli w Egipcie, ogórki, melony, pory, cebulę i czosnek”.

⁶⁹ Wj 21 21 „*Mojżesz zwołał wszystkich starszych Izraela i rzekł do nich: «Odlączcie i weźcie baranka dla waszych rodzin i zabijcie jako paschę. Weźcie gałązkę hizopu i zanurzcie ją we krwi, która jest w naczyniu, i krwią z naczynia skropcie próg i oba odrzwia. Aż do rana nie powinien nikt z was wychodzić przed drzwi swego domu».*”

⁷⁰ Utożsamianie hyzopu lekarskiego z hyzopem biblijnym stało się za sprawą błędnego prze-



Fot. 11. [Lebiodka syryjska](#) (*Origanumsyriacum*)

Kmin rzymski (*Cuminumcyminum* L.) był symbolem mądrości rolników i ich postępowania z Bożymi darami. Ma działanie bakteriobójcze i moczopędne. Stosowany przy wzdęciach i bólach brzucha. Wzmacnia także żołądek, pobudza i ułatwia trawienie. Biblia wymienia kmin wielokrotnie, np. [Iz 28, 24-25](#)⁷¹, [Mt 23,23](#)⁷². Ewangelia św. Mateusza zaś podaje, iż Żydzi zobowiązani byli do płacenia świątyni podatku właśnie kminem (dziesięcinę)⁷³.



Fot. 12. Kmin rzymski (*Cuminumcyminum* L.)

Kolendra siewna (*Coriandrumsativum* L.) znana już była w Egipcie. Jej owoce przypominają mannę. Roślina znana Żydom z Egiptu. Owoce kolendry przypominają mannę. Olejki eteryczne

tłumaczenia w *Septuagincie* hebrajskiego słowa *esov* (עֶסוֹב). Hyzop lekarski zresztą nigdy nie występował ani w Egipcie, ani na Ziemi Świętej; Z. Włodarczyk, *Rośliny biblijne...* op. cit., s. 29.

⁷¹ Iz 28, 24-25: „**28**²⁴ Czyż oracz wciąż tylko orze [pod zasiew], przewraca i bronuje swą rolę?²⁵ Czyż raczej, gdy zrówna jej powierzchnię, nie zasiewa czarnuszki i nie rozrzuca kminu? Czy nie sieje pszenicy, <zboża*>, jęczmienia <i prosa*>, wreszcie orkiszu po brzegach?”

⁷² Mt 23,23: „**23**²³ Biada wam, uczeni w Piśmie i faryzeusze, obłudnicy! Bo dajecie dziesięcinę z mięty, kopru i kminku*, lecz pomijacie to, co ważniejsze jest w Prawie: sprawiedliwość, miłosierdzie i wiarę. To zaś należało czynić, a tamtego nie opuszcza”.

⁷³ Z. Włodarczyk, *Rośliny biblijne...* op. cit., s. 31.

zawarte w jej owocach działają rozkurczowo i wiatropędnie. Znanie jest także jej działanie bakteriobójcze, przeciwrzybicze. Stosowana jest w chorobach układu pokarmowego, wątroby, zaburzeniach trawiennych, a także w chorobach skórnych. W Starym Testamencie pojawia się dwukrotnie: Wj 16,31⁷⁴ i Lb 11,7⁷⁵.



Fot. 13. Kolendra siewna (*Coriandrum sativum* L.)

Len zwyczajny (*Linum catharticum* L.) stosowany między innymi do wyrobu szat lnianych, które używane były podczas uroczystości religijnych. Jego nasiona stosuje się zewnętrznie w postaci okładów na wrzody i ropnie. Len ponadto ułatwia gojenie ran, owrzodzeń i stanów zapalnych skóry. Len w Biblii występuje wielokrotnie. Pierwszy raz w Księdze Wyjścia



Fot. 14. Len zwyczajny (*Linum catharticum* L.)

⁷⁴ Wj 16,31: „16³¹ Dom Izraela nadał temu [pokarmowi] nazwę manna. Była ona biała jak ziarno kolendra i miała smak placka z miodem”.

⁷⁵ Lb 11,7: „11⁷ Manna zaś była podobna do nasion kolendra i miała wygląd bdelium*”.

(Wj 9,23-25,31⁷⁶). Obróbką lnu zajmowały się w czasach biblijnych kobiety, o czym mówi Księga Przysłów (Prz 31,10-31⁷⁷).

Lulek czarny (*Hyoscyamus Niger*) był chwastem, który rósł w pobliżu domostw ludzkich. Stosowany był miejscowo do znieczulenia, ale także jako środek nasenny, rozkurczający i przeciwrzodowy. Obniżał gorączkę, zaś przy suchym kaszlu działał jako środek rozszerzający oskrzela.



Fot. 15. Lulek czarny (*Hyoscyamus Niger*)

Mandragora lekarska (*Mandragora officinarum* L.) była symbolem potomstwa Adama i płodności. Używana była przeciw opętaniu i epilepsji. Wzbudzała popęd płciowy, zapobiegała bólom głowy oraz wszelkiego rodzaju infekcjom. Znany lek przeciw dolegliwościom oczu, uszu. Skuteczna przy ukąszeniach węży i łysieniu. Działała antydepresyjnie, jak i wywoływała halucynacje. W Biblii ukazana jako lekarstwo na bezpłodność (Rdz. 30, 14-17⁷⁸). W czasach biblijnych uznawana za jeden z najsilniejszych afrodyzjaków⁷⁹

⁷⁶ Wj 9,23-25,31: „9²³ I wyciągnął Mojżesz łaskę swoją do nieba, a Pan zesłał grzmot i grad i spadł ogień na ziemię. Pan spuścił również grad na ziemię egipską. ²⁴ I powstał grad i błyskawice z gradem na przemian tak ogromne, że nie było takich na całej ziemi egipskiej od czasu, gdy [Egipt] stał się narodem. ²⁵ I spadł grad na całą ziemię egipską, na wszystko, co było na polu. Grad zniszczył ludzi, zwierzęta i wszelką trawę polną oraz złamał każde drzewo na polu. ²⁶ Tylko w ziemi Goszen, gdzie byli Izraelici, nie było gradu. ²⁷ Poleciał więc faraon, by zawołać Mojżesza i Aarona, i rzekł do nich: «Zgrzeszyłem tym razem. Pan jest sprawiedliwy, a ja i lud mój jesteśmy winni. ²⁸ Błagajcie Pana, aby ustał grzmot potężny i grad, a puszcze was i nie będę was dłużej zatrzymywał». ²⁹ Odpowiedział mu Mojżesz: «Gdy wyjdę z miasta, wyciągnę dłonie do Pana. Grzmoty ustaną, a gradu nie będzie więcej, byś poznał, że ziemia należy do Pana. ³⁰ Lecz ja wiem, że ty i słudzy twoi nie boją się jeszcze Pana Boga». ³¹ Len i jęczmień zostały zniszczone, ponieważ jęczmień miał już kłosa, a len kwiecie”.

⁷⁷ Prz 31,10-31: „O len się stara i wełnę ... sporządza sobie okrycia, ... płótno wyrabia, sprzedaje”.

⁷⁸ Rdz. 30, 14- 17: „14 Pewnego razu Ruben, wyszedłszy na pole, gdy żęto pszenicę, znalazł mandragory² i przyniósł je swej matce, Lei. Wtedy Rachela rzekła: «Daj mi mandragory syna twego». 15 A na to Lea: «Czyż nie dość, że mi zabrałaś mego męża, i jeszcze chcesz zabrać mandragory mego syna?» Rachela zawołała: «Niechaj więc śpi z tobą tej nocy za mandragory twego syna!» 16 A gdy Jakub wracał wieczorem z pola, wyszła Lea naprzeciw niego i rzekła: «Do mnie przyjdź, bo nabyłam cię za mandragory mego syna». I spał z nią owej nocy. 17 Bóg zaś spełnił pragnienie Lei: poczęła i urodziła Jakubowi piątego syna”.

⁷⁹ Z. Włodarczyk, *Rośliny biblijne...* op. cit., s. 52.

Fot. 16. Mandragora lekarska (*Mandragora officinarum* L.)

Mięta (*Mentha pulegioides*) znana już była w starożytnej Grecji i Rzymie, a to głównie za sprawą mentolu. Wspomaga czynności wydzielnicze żołądka i wątroby, zwiększa ilość soku żołądkowego oraz żółci, co ułatwia trawienie i przyswajanie pokarmów. Działa uspakajająco i rozkurczowo. Stosowana była jako skuteczny środek przeciwko jadowi węży i skorpionów. Leczone nią duszności i dolegliwości żołądkowe oraz puchlinę wodną. Mięta to skuteczny środek na wymioty i nudności poranne w okresie ciąży. Mięta pojawia się w Biblii w Ewangelii św. Mateusza⁸⁰.

Fot. 17. Mięta (*Mentha pulegioides*)

Orzech włoski (*Juglans regia* L.) uważany był za symbol błogosławieństwa, jak również był obrazem małżeństwa oczekującego potomstwa. W starożytnej Grecji i Rzymie olej pozyskiwany z owoców orzecha stosowany był jako środek przeciwko tasiemcowi, zapaleniu nerek i kamieniom żółciowym. Zastosowanie miała także łupina, którą stosowano po przypaleniu na próchnicę, zaś zieloną łupinę na dyzenterię.

⁸⁰ „Biada wam, uczeni w Piśmie i faryzeusze obłudnicy! Bo dajecie dziesięcinę z mięty, kopru i kminu, lecz pomijacie to, co ważniejsze jest w Prawie: sprawiedliwość, miłosierdzie i wiarę”. Wszyscy badacze roślin biblijnych są zgodni, że słowo mięta dotyczy tutaj mięty długolistnej, jest to bowiem najbardziej na Bliskim Wschodzie pospolity gatunek mięty i do dzisiaj jest używany; Z. Włodarczyk, *Rośliny biblijne...* op. cit., s. 52.

Zastosowanie miał orzech także przy leczeniu chorób umysłowych⁸¹. Orzech włoski wymienia „Pieśń nad pieśniami” (Pnp 6,11⁸²).

Fot. 18. Orzech włoski (*Juglans regia* L.)

Pokrzywa zwyczajna (*Urtica dioica* L.) uznawana była za symbol chwastu, który zarastał miejsca dawniej zagospodarowane. Pojawia się jako kara Boża u Izajasza w Księdze Grózb. Pokrzywa ma działanie przeciwanemiczne, przeciwniektyniczne, odtruwa organizm, usprawnia prawidłową pracę wątroby. Pomocna także w leczeniu niedokrwistości⁸³.

Fot. 19. Pokrzywa zwyczajna (*Urtica dioica* L.)

Ruta (*Ruta graveolens*). Jej surowcem wykorzystywanym do leczenia były liście. Zawierają one flawonoidy, które uszczelniają ścianki naczyń krwionośnych i zwiększają elastyczność. Związki wchodzące w skład ruty wykorzystywane są w leczeniu wątroby, dróg żółciowych.

⁸¹ M. I. Macioti, *Mity i magie ziół. Czy kwiaty i liście, zapachy i znaki zodiaku wpływają na stosunki między ludźmi?*, Universitas, Kraków 2008, s. 83-85.

⁸² Pnp 6, 11: „⁶¹ Zesłam do ogrodu orzechów, by spojrzeć na świeżą zieleni doliny, by zobaczyć, czy rozkwitła krzew winny, czy w kwieciu są już granaty”.

⁸³ Hildegarda z Bingen, *Ziołolecznictwo*, Wydawnictwo M., Kraków 2007, s. 98.

wych, żołądka, dróg moczowych i macicy. Ruta działa rozkurczowo, co wykorzystywano w celu wywołania poronienia. W czasach biblijnych rutą płacono podatek w świątyni, o czym mówi Ewangelia św. Łukasza (Łk 11,42⁸⁴).



Rys. 20. Ruta (*Ruta graveolens*)

Szafran uprawny (*Crocus sativus*L.). Mianem szafranu określano piękno oblubienicy (Pnp4,12-14⁸⁵). Szafran wspomaga trawienie i funkcje żołądka. Krople z szafranu znane były jako skuteczny lek w schorzeniach oczu.



Fot. 21. Szafran uprawny (*Crocus sativus*L.)

Tymianek (*Thymus*) był ceniony jako lek na bóle głowy spowodowane pijaństwem. Składnik kojących balsamów o działaniu antyseptycznym, przeciwłupieżowym i odżywczym dla włosów. Olejek pozyskiwany z tymianku skutecznie łagodzi trądzik. Wewnętrznie stosowany w kaszlu, zapaleniu oskrzeli i astmie.

⁸⁴ Łk 11, 42: „¹¹42 Lecz biada wam, faryzeuszom, bo dajecie dziesięcinę z mięty i ruty, i z wszelkiego rodzaju jarzyny, a pomijacie sprawiedliwość i miłość Bożą. Tymczasem to należało czynić, i tamtego nie opuszczać”.

⁸⁵ Pnp4,12-14: „⁴12 Ogrodem zamkniętym jesteś, siostró ma, oblubienico, ogrodem zamkniętym, źródłem zapieczętowanym*. ¹³ Pędy* twe - granatów gaj, z owocem wybornym kwiaty henny* i nardu*: ¹⁴ nard i szafran, wonna trzcina* i cynamon, i wszelkie drzewa żywiczne, mirra* i aloes, i wszystkie najprzedniejsze balsamy”.



Fot. 22. Tymianek (*Thymus*)

Wawrzyn szlachetny (*Laurusnobilis*) to jeden z naturalnych antybiotyków, skutecznie zwalczających gruźlicę, ale także grypę. Wawrzyn oczyszcza organizm, zwalcza stany zapalne. Łagodzi ukąszenia przez osy, szerszenie, pszczoły, węże i skorpiony. Olejek wawrzynowy ma zastosowanie przy łagodzeniu nudności, niestrawności czy reumatyzmu. Wawrzyn w Nowym Testamencie jest symbolem wiecznego życia i zwycięstwa nad grzechem⁸⁶



Fot. 23. Wawrzyn szlachetny (*Laurusnobilis*)

⁸⁶ M. I. Macioti, *Mity i magie ziół....op. cit.*, s. 83-85.

Winorośl właściwa (*Vitisvinifera* L.) jest wyrazem obrazu ludu wybranego⁸⁷. Owoce winorośli wykorzystywane były do produkcji win, a same winogrona mają działanie moczopędne, oczyszczają nerki, regulują pracę wątroby i woreczka żółciowego. Winorośl wielokrotnie jest wymieniana na kartach Biblii. Pojawia się w przypowieściach⁸⁸, Starym Testamencie (Rdz 9, 20⁸⁹), Księdze Liczb (Lb 13, 23-26⁹⁰, Lb 20,5⁹¹). Szczególną rolę winorośli przypisuje Nowy Testament, albowiem to Jezus się utożsamia z krzewem winnym (J15,5-8⁹²).



Fot. 24. Winorośl właściwa (*Vitisvinifera* L.)

⁸⁷ Winnica Pana.

⁸⁸ Najczęściej będąc utożsamiana z bogactwem, dostatkiem i szczęśliwością; W przypowieści opisującej przekleństwo Kanaana, syna Chama, wspomniane jest odurzenie Noego trunkiem, wytworzonym z hodowanych przez niego winogron. Stanowi to interesujący trop historyczny, potwierdzający umiejętność wytwarzania wina przez cywilizację hebrajską. Wybitny badacz roślin biblijnych, Michael Zohary, na potwierdzenie tezy o wysokich umiejętnościach uprawy wina wśród Kanaanczyków.

⁸⁹ Rdz 9, 20: „⁹²⁰Noe był rolnikiem i on to pierwszy zasadził winnicę”.

⁹⁰ Lb 13, 23-26: „¹³²³Przybyli aż do doliny Eszkol. Tam odcięli gałąź krzewu winnego razem z winogronami i ponieśli ją we dwóch na drągu; do tego [zabrali] jeszcze nieco jabłek granatu i fig. ²⁴Miejsce to nazwano doliną Eszkol*, ze względu na winogrona, które tam Izraelici odcięli. ²⁵Po czterdziestu dniach wrócili z rozpoznania kraju. ²⁶Przyszli na pustynię Paran do Kadesz i stanęli przed Mojżeszem i Aaronem oraz przed całą społecznością Izraelitów, złożyli przed nimi sprawozdanie oraz pokazali owoce kraju”.

⁹¹ Lb 20,5: „²⁰⁵Dłaczegoście wywiedli nas z Egiptu i przyprowadzili na to nędzne miejsce, gdzie nie można siał, nie ma drzew figowych ani winorośli, ani drzewa granatowego, a nawet nie ma wody do picia?”.

⁹² J15,5-8: „¹⁵⁵Ja jestem krzewem winnym, wy - latoroślami. Kto trwa we Mnie, a Ja w nim, ten przynosi owoc obfity, ponieważ beze Mnie nic nie możecie uczynić. ⁶Ten, kto we Mnie nie trwa, zostanie wyrzucony jak winna latorośl i uschnie. I zbiera się ją, i wrzuca do ognia, i płonie. ⁷Jeżeli we Mnie trwać będziecie, a słowa moje w was, poproście, o cokolwiek chcecie, a to wam się spełni. ⁸Ojciec mój przez to dozna chwały, że owoc obfity przyniesiecie i staniecie się moimi uczniami”.

METODY I NARZĘDZIA MEDYCZNE W BIBLI

„Nie potrzebują lekarza zdrowi, lecz ci, którzy się źle mają”⁹³.

Leczenie jest niczym innym, jak usuwaniem i łagodzeniem objawów choroby, jak również usuwaniu głównej przyczyny choroby. Według Biblii, o czym wspomniano we wcześniejszych rozważaniach, przyczyną choroby jest grzech, czyli pewien stan, który oddziela człowieka od dawcy zdrowia (Mt 9, 2⁹⁴). Już Stary Testament łączył wpływ grzechu na zdrowie (Ps 103, 3⁹⁵).

Oczywiście trzeba tu jasno powiedzieć, iż Biblii nie można traktować jako podręcznika medyczny opisującego sposoby leczenia chorób. Jednak dbanie o ciało jest istotne chociażby w jakże istotnym kontekście przyjęcia Ducha Bożego (1 Kor 6, 19⁹⁶). Zatem i cel Biblii będzie jasno określony (2 Tm 3, 16-17⁹⁷).

Mimo to odszukać można w Biblii nazwy roślin o działaniu leczniczym, o czym mówi nawet dzisiejsza nauka. W Psalmie 45 czytamy: „Miłujesz sprawiedliwość, wstrętna ci nieprawość, dlatego Bóg, twój Bóg, namaścił ciebie olejkami radości hojniej niż równych ci losem; wszystkie twoje szaty pachną mirrą, aloesem” (Ps 45,8-9). Rośliny lecznicze były tematem wcześniejszych rozważań i jest ich zaprezentowana tylko znikoma część. Jednak o ile stosowano je dawniej, tak również i dzisiaj niejednokrotnie się po nie sięga. Warto także zwrócić uwagę na to, iż zioła, rośliny lecznicze leczą objawy chorób, nie zaś ich przyczynę. Zatem, aby pozbyć się przyczyny chorób, trzeba wsparcia Prawdziwego Lekarza (Ps 10, 14⁹⁸).

Owym Lekarzem w świetle Biblii jest Bóg (Ez 34,15-16⁹⁹), (Jr 30,17¹⁰⁰), (Ps 91,1-7¹⁰¹), (Ps

⁹³ Mt 9,12.

⁹⁴ Mt 9, 2: „⁹²I oto przynieśli Mu paralytyka, leżącego na łożu. Jezus, widząc ich wiarę, rzekł do paralytyka: «Ufaj, synu! Odpuszczają ci się twoje grzechy»”.

⁹⁵ Ps 103, 3: Błogosław, duszo moja, Pana! / ³ On odpuszcza wszystkie twoje winy, On leczy wszystkie twe niemoce”.

⁹⁶ 1 Kor 6, 19: „⁶¹⁹Czyż nie wiecie, że ciało wasze jest świątynią Ducha Świętego, który w was jest, a którego macie od Boga, i że już nie należycie do samych siebie?”.

⁹⁷ 2 Tm 3, 16-17: „³¹⁶Wszelkie Pismo od Boga natchnione [jest] i pożyteczne do nauczania*, do przekonywania, do poprawiania, do kształcenia w sprawiedliwości - ¹⁷aby człowiek Boży był doskonały, przysposobiony do każdego dobrego czynu”; 3,16 - Można te słowa i tak rozdzielić: „wszelkie Pismo, [ponieważ] jest od Boga natchnione, [dlatego] i pożyteczne dla” lub: „wszelkie Pismo jest od Boga natchnione i pożyteczne do...”.

⁹⁸ Ps 10, 14: „¹⁴A Ty widzisz trud i boleść, / patrzysz, by je wziąć w swoje ręce. / Tobie się biedny poleca, / Tyś opiekunem sieroty!”.

⁹⁹ Ez 34,15-16: „³⁴¹⁵Ja sam będę pasł moje owce i Ja sam będę je układał na legowisko - wyrocznia Pana Boga. ¹⁶Zagubioną odszukam, zabłąkaną sprowadzę z powrotem, skaleczoną opatrzę, chorą umocnię, a tłustą i mocną będę ochraniał*. Będę pasł sprawiedliwie”.

¹⁰⁰ Jr 30,17: „³⁰¹⁷Albowiem przywrócę ci zdrowie i z ran ciebie ulecę - wyrocznia Pana - gdyż nazywają cię „Odrzuconą”, Syjonie, „o którą się nikt nie troszczy”»”.

¹⁰¹ Ps 91,1-7: „¹Kto przebywa w pieczy Najwyższego/ i w cieniu Wszechmocnego mieszka, / ²mówi do Pana: «Ucieczko moja i Twierdzo, / mój Boże, któremu ufam». / ³Bo On sam cię wyzwoli/ z sidła myśliwego/ i od zgubnego słowa*. / ⁴Okryje cię swymi piórami/ i schronisz się pod Jego skrzydła./ Jego wierność to puklerz i tarcza. / ⁵W nocy nie ulęknieś się strachu/ ani za dnia - lecącej strzały, / ⁶ani zarazy, co idzie w mroku, / ni moru, co niszczy w południe*. / ⁷Choć tysiąc padnie u twego boku, / a dziesięć tysięcy po twojej prawicy:/ ciebie to nie spotka”.

147,3¹⁰²), a antidotum na wszelkie choroby, a przede wszystkim śmierć, jest Jezus Chrystus, posłany przez swojego Ojca (Ps 107,20¹⁰³). Zresztą Biblia jasno określa, iż Chrystus umarł na krzyżu za nasze grzechy i to Jego ranami człowiek jest uleczone (Iz 53,4-5¹⁰⁴). Ponadto należy na postawie Chrystusa się wzorować, jak znosić cierpienie (Iz 53,7¹⁰⁵).

Chrystus uzdrowiał, ale nie tylko sam leczył (Mt 4, 23¹⁰⁶), lecz uczył także swoich uczniów, jak mają uzdrawiać (Mt 17,14-18¹⁰⁷). Przykład ten pokazuje, że opętanie przez złe duchy może być przyczyną choroby, zaś uleczenie nie jest sprawą prostą (Mt 17,19-21¹⁰⁸), tym bardziej, że nawet egzorcyści z Efezu nie poradzi sobie z opętaniem przez złego¹⁰⁹.

Uzdrowienia są ważnym świadectwem wiary (Dz 5,16¹¹⁰). Mało tego, Biblia przewiduje w czasie choroby jedynie pewne środki, a mianowicie modlitwę i krzyż (3 J 1-2¹¹¹). Biblia podaje pewne zalecenia, należy patrzeć na rany Jezusa, albowiem one uzdrowią każdego (1 P 2,24¹¹²).

¹⁰² Ps 147,3: „³ On leczy złamanych na duchu/ i przewiązuje ich rany”.

¹⁰³ Ps 107,20: „Posłał swe słowo, aby ich uleczyć/ i wyrwać z zagłady ich życie”.

¹⁰⁴ Iz 53,4-5: „⁵³⁴ Lecz On się obarczył naszym cierpieniem, On dźwigał nasze bolesti*, a myśmy Go za skazańca* uznali, chłostanego przez Boga i zdeptanego. ⁵ Lecz On był przebity za nasze grzechy, zdruzgotany za nasze winy. Spadła Nań chłosta zbawienna dla nas, a w Jego ranach jest nasze zdrowie*”.

¹⁰⁵ Iz 53,7: „⁵³⁷ * Dręczono Go, lecz sam się dał gnębić, nawet nie otworzył ust swoich. Jak baranek na rzeź prowadzony, jak owca niema wobec strzygących ją, tak On nie otworzył ust swoich”.

¹⁰⁶ Mt 4, 23: „⁴²³ I obchodził Jezus całą Galileę, nauczając w tamtejszych synagogach, głosząc Ewangelię o królestwie i lecząc wszystkie choroby i wszelkie słabości wśród ludu”.

¹⁰⁷ Mt 17,14-18: „¹⁷¹⁴ Gdy przyszedł do tłumu, podszedł do Niego pewien człowiek i padając przed Nim na kolana,¹⁵ prosił: «Panie, zlituj się nad moim synem! Jest epileptykiem i bardzo cierpi; bo często wpada w ogień, a często w wodę. ¹⁶ Przyprowadziłem go do Twoich uczniów, lecz nie mogli go uzdrowić». ¹⁷ Na to Jezus odrzekł: «O plemię niewierne i przewrotne! Jak długo jeszcze mam być z wami; jak długo mam was cierpieć? Przyprowadźcie Mi go tutaj!» ¹⁸ Jezus rozkazał mu surowo, i zły duch opuścił go. Od owej pory chłopiec odzyskał zdrowie”.

¹⁰⁸ Mt 17,19-21: „¹⁷¹⁹ Wtedy uczniowie zbliżyli się do Jezusa na osobności i pytali: «Dlaczego my nie mogliśmy go wypędzić?» ²⁰ On zaś im rzekł: «Z powodu małej wiary waszej. Bo zaprawdę, powiadam wam: Jeśli będziecie mieć wiarę jak ziarno gorczycy, powiecie tej górze: „Przesuń się stąd tam!”, a przesunie się. I nic niemożliwego nie będzie dla was. ²¹ <Ten zaś rodzaj złych duchów wyrzuca się tylko modlitwą i postem>»”.

¹⁰⁹ Prawdopodobnie z powyższych powodów egzorcyści z Efezu też nie poradzi sobie z demonem. Biblia mówi: „Ale i niektórzy wędrowni egzorcyści żydowscy próbowali wzywać imienia Pana Jezusa nad opętanymi przez złego ducha. ‘Zaklinam was przez Pana Jezusa, którego głosi Paweł’ – mówili. Czyniło to siedmiu synów niejakiego Skewasa, arcykapłana żydowskiego. Zły duch odpowiedział im: ‘Znam Jezusa i wiem o Pawle, a wy coście za jedni?’ I rzucił się na nich człowiek, w którym był zły duch, powalił wszystkich i pobił tak, że nadzy i poranieni uciekli z owego domu” (Dz 19,13-16).

¹¹⁰ Dz 5,16: „⁵¹⁶ Także z miast sąsiednich zbiegało się mnóstwo ludu do Jerozolimy, znosząc chorych i dręczonych przez duchy nieczyste, a wszyscy doznawali uzdrowienia”.

¹¹¹ 3 J 1-2: „¹ [Ja] prezbiter* - do umiłowanego Gajusa, którego miłuję w prawdzie*. ² Umiłowany, życzę ci wszelkiej pomyślności i zdrowia, podobnie jak doznaje powodzenia twoja dusza”.

¹¹² 1 P 2,24: „²²⁴ On sam, w swoim ciele poniósł nasze grzechy na drzewo, abyśmy przestali być uczestnikami grzechów, a żyli dla sprawiedliwości - Krwią Jego ran zostaliście uzdrowieni”.

W świetle powyższego okazuje się, że czas choroby powinien być czasem modlitwy, a wówczas Bóg uleczy schorowanego człowieka (Jk 5,14-15¹¹³), a w miejsce ran jego wstawi pokój i bezpieczeństwo (Jr 33,6¹¹⁴). To wiara jest w stanie uleczyć tak duszę, jak i ciało, poprzez ulżenie mu w cierpieniu (Ap 21,3-7¹¹⁵), albowiem „Mając przeto takie obietnice, najmilsi, oczyszczmy się z wszelkich brudów ciała i ducha, dopełniając uświęcenia naszego w bojaźni Bożej” (2 Kor 7,1).

PODSUMOWANIE

Choroby w Biblii, proces ich zdrowienia opisuje Ewangelia według św. Łukasza oraz Dzieje Apostolskie. Wskazuje to na fakt, iż chrześcijaństwo nie broniło się przed wpływami kultury klasycznej. Mało tego w konfrontacji z kulturą pogańską Biblia wskazywała nowy sposób postrzegania choroby i zdrowia.

Starożytna medycyna grecka czy rzymska postrzegały chorego jako kogoś pozbawionego cnót moralnych. Biblia zaś postrzega chorego jako człowieka, który potrzebuje uzdrowienia tak duchowego, jak i fizycznego. Choroba to nie efekt gniewu bogów (z tej koncepcji wyzwoliła się jeszcze medycyna starogrecka, a dzięki jej wpływom, także i starorzymska), ale wpływ czynników naturalnych oraz złe przyzwyczajenia pacjenta. Biblia wzbogaca tę koncepcję, zakładając i głęboko w to wierząc, iż przyczyną każdego zła na ziemi, a więc i choroby, jest szatan, czyli osobowe zło. To on potrafi naturę skierować przeciwko człowiekowi. Człowiek pozostający pod wpływem grzechu jest chory zarówno fizycznie, jak i duchowo, albowiem jest on jednością duchowo- fizyczną.

Biblia jasno określa, iż ciało człowieka zostało stworzone przez Boga, a więc człowiek powinien rozumieć, w jaki sposób może o to zdrowie dbać. Zatem w świetle Biblii troska o zdrowie fizyczne jest sprawą moralności oraz dowodem lojalności wobec Boga. Stan zdrowia człowieka ma istotny wpływ na to, czy człowiek w pełni będzie mógł służyć Panu. Cele i wartości zdrowia przekazane przez Pismo Święte niejednokrotnie są wykorzystywane w czasach obecnych.

Wszyscy katolicy zobowiązani są do tego, aby dbać o swoje zdrowie. Bóg tak stworzył człowieka, aby mógł on przetrwać wszelkie niedogodności zdrowotne, wszelkie złamania i zrosty, jak również stały ból, ale i nudę. Jednak pamiętać trzeba, iż człowiek jest istotą delikatną, która musi zwracać uwagę chociażby na to, co i w jakich ilościach je. Zalecenia, jak postępować i dbać o siebie, daje Biblia. Oczywiście nie jest ona podręcznikiem medycznym, niemniej jednak na jej kartach znajduje się wiele podstawowych zasad zdrowia fizycznego,

¹¹³ Jk 5,14-15: „⁵¹⁴ Choruje ktoś wśród was? Niech sprowadzi kapłanów Kościoła, by się modlili nad nim i namaścili go olejem w imię Pana*. ¹⁵ A modlitwa pełna wiary będzie dla chorego ratunkiem i Pan go podźwignie, a jeśliby popełnił grzechy, będą mu odpuszczone”.

¹¹⁴ Jr 33,6: „³³⁶ Oto podniosę je odnowione, uleczę i uzdrowię ich oraz objawię im obfity pokój i bezpieczeństwo”.

¹¹⁵ Ap 21,3-7: „²¹³ I usłyszałem donośny głos mówiący od tronu: «Oto przybytek Boga z ludźmi: i zamieszka wraz z nimi, i będą oni Jego ludem, a On będzie „BOGIEM Z NIMI”*. ⁴ I otrze z ich oczu wszelką łzę, a śmierci już odtąd nie będzie. Ani żałoby, ni krzyku, ni trudu już [odtąd] nie będzie, bo pierwsze rzeczy przeminęły». ⁵ I rzekł Zasiadający na tronie: «Oto czynię wszystko nowe». I mówi: «Napisz: Słowa te wiarygodne są i prawdziwe». ⁶ I rzekł mi: «Stało się. Jam Alfa i Omega, Początek i Koniec. Ja pragnę ciemności dam darmo pić ze źródła wody życia. ⁷ Zwycięzca to odziedziczy i będę Bogiem dla niego, a on dla mnie będzie synem”.

psychicznego, jak i duchowego. Najwięcej informacji dotyczących zdrowia człowieka pochodzi z czasów Mojżesza. Prawa, które Bóg nadał Mojżeszowi, tyczą się zasad zdrowia publicznego, które to prawa są istotne i dziś. Należą do nich chociażby: kanalizacja, woda i skażenie żywności, choroby zakaźne czy edukacja zdrowotna. Zagadnienia te są tematem prawa mojszowego na temat zdrowia.

Biblia stanowi klucz do zdrowia fizycznego i psychicznego, jakim jest przede wszystkim posłuszeństwo wobec praw boskich i Bożych przykazań.

NOTA BIOGRAFICZNA AUTORA

Agnieszka Wlazło – mgr Zdrowia Publicznego, wykładowca akademicki, dyrektor Biblioteki EUST Radom.

Ewa Głowacka

Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna
im. Sługi Bożego Roberta Schumana
Ośrodek Szkolno-Wychowawczy im. Janusza Korczaka
w Radomiu

„Życie w autyzmie jest kiepskim przygotowaniem do życia w świecie bez autyzmu.

Uprzejmość zastawiła wiele pułapek, w które można wpaść.

Ludzie z autyzmem żadnej nie ominą. Są w tym mistrzami.”

Axel Brauns

„Barwne cienie i nietoperze. Życie w autystycznym świecie.”

WPLYW INTERWENCJI DIETETYCZNEJ NA FUNKCJONOWANIE MŁODZIEŻY ZE SPEKTRUM AUTYZMU

EFFECT OF DIETARY INTERVENTION ON THE FUNCTIONING OF YOUTH WITH AUTISM SPECTRUM

Streszczenie

Poniżej został zaprezentowany wpływ żywienia i suplementacji na funkcjonowanie młodzieży ze spektrum autyzmu. We współczesnym świecie, uwzględniając obecny stan wiedzy z różnych dziedzin nauki, koniecznym jest przyjrzenie się temu zaburzeniu w sposób całościowy, holistyczny. Stąd podejmowanie różnych form oddziaływań względem osób ze stwierdzonym ZA, m.in.: terapeutycznych, rehabilitacyjnych, dietetycznych staje się szansą na uzyskanie wymiernych rezultatów w różnych obszarach ich codziennego funkcjonowania. Niezwykle istotna jest także współpraca rodziców, nauczycieli, terapeutów, lekarzy oraz dietetyków.

Summary

The impact of nutrition and supplementation on the functioning of adolescents with the Autism spectrum is presented below. In today's world, with the current state of knowledge from different disciplines of science about ASD, it is necessary to look at the disorder in an overall, holistic way. Only multidirectional actions and efforts which influence adolescents with the Autism spectrum - therapy, rehabilitation, as well as dietary intervention can bring the expected results. The cooperation of both parents as well as teachers, medical therapists and dietitians is recommended in the treatment of adolescents affected by the disorder in question.

Obecnie zaobserwować można wzrost ilości młodzieży ze stwierdzonym spektrum autyzmu. Trudności, z jakimi spotykają się najbliżsi osób dotkniętych tym zaburzeniem, wymuszają dążenie do niestereotypowych rozwiązań oraz stosowania wielopłaszczyznowych oddziaływań, mających na celu niwelowanie niewłaściwych zachowań. W płaszczyźnie tych oddziaływań pojawia się odżywianie jako forma oddziaływań wpływającej na zaburzenia metabolizmu.

Podstawową funkcją układu pokarmowego jest dostarczenie niezbędnych substancji do organizmu. U osób ze spektrum autyzmu, w tym z zespołem Aspergera, bardzo często występuje *syndrom niedoboru enzymów*, mających niebagatelny wpływ na procesy trawienne. W konsekwencji zmniejsza się ofensywność enzymu rąbka szczerzkowego erytrocytów, który wywiera wpływ na rozkład laktozy i galaktozy oraz zmniejszenie kwasowości żołądka. Schorzenie to stwarza dodatkowo inne komplikacje zdrowotne. Przyczynia się do niecałkowitości trawienia kazeiny i glutenu, z których powstają peptydy opioidowe. Mają one wpływ na nasilenie się swoistych objawów u osób ze spektrum autyzmu.

„Zespół przeciekającego jelita” pozwala omawianym związkom na przekroczenie błony śluzowej, przejście do krwiobiegu, przenikanie przez barierę krew - mózg i negatywne działanie na układ nerwowy. Wydzielające się opioidy mogą być przyczyną występujących u osób ze stwierdzonym spektrum autyzmu, w tym zespołem Aspergera, specyficznego sposobu zachowania, a wykluczenie z pokarmu glutenu i kazeiny łagodzi objawy¹. Mechanizm ten nosi nazwę *teorii opioidowej*, zgodnie z którą zaburzenia ze spektrum autyzmu wynikają z częściowego strawienia kazeiny i glutenu. Opiaty są psychoaktywnymi alkaloidami, których obecność stwierdza się w opium i jego pochodnych (morfina, heroina). Niewykluczonym źródłem opioidów może być również soja. Białka: kazeina i gluten, przy niedostatkach enzymów trawionych są rozbijane na peptydy o specyficznych sekwencjach aminokwasów. Z glutenu powstaje glutenomorfina, a z kazeiny kazeinomorfina. U wielu dzieci z ZA badania wykazały występowanie tych peptydów w płynie mózgowo-rdzeniowym i w moczu².

Zespół nieszczelnego jelita powoduje przepuszczanie substancji szkodliwych, głównie nierozłożone białka i toksyny. Wieleś patogenów trafiających do organizmu poprzez nieszczelne jelita może utrudniać właściwą pracę układu immunologicznego oraz prowadzić do chorób autoimmunologicznych. Mechanizm przepuszczalności glutenomorfiny i kazeinomorfiny odgrywa ogromną rolę w autyzmie³.

Właściwie funkcjonująca flora jelitowa wpływa na odporność. Dolegliwość, jaką zauważono u osób z zaburzeniami rozwojowymi, w tym z ZA, to również zmieniona mikroflora jelitowa, która jest uszkodzana przez szkodliwe bakterie. Sytuacja taka prowadzi do rozwoju grzyba z rodzaju *Candida albicans*. Przyczyną jego rozmnażania w organizmie staje się cukier, stanowiący dla niego pożywkę⁴. Obecność *Candida albicans* przyczynia się do zwiększenia przepuszczalności bariery jelitowej. Zaburzenie flory jelitowej obniża odporność i powoduje ciągły stan zapalny oraz nasilenie objawów z obszaru spektrum autyzmu.

¹ A. Dittfeld, K. Gwizdek, D. Parol, M. Michalski, *Dieta bezglutenowa – charakterystyka grup docelowych*, <https://phmd.pl/api/files/view/356024.pdf>, z dnia 29.04.2018, s.233.

² P. Compart, D. Laake, *Jak ugryźć ADHD*, Grupa Wydawnicza Foksal sp. z o.o., Warszawa 2015, s. 26-27.

³ M. Auquier, *Wszystko zaczyna się od bakterii*, Wydawnictwo VIVATE, Białystok 2018, s. 76.

⁴ M. Topolewska, *Dieta receptą na autyzm*, <https://www.akademiadietetyki.pl/dietetyka/dieta-recepta-na-autyzm/>, z dnia 22.11.2018, s.1.

W swym artykule Gabriela Jagielska pisze o związku alergii pokarmowej i przewlekłych infekcji przewodu pokarmowego z autyzmem. Zakłócona praca jelita cienkiego prowadzi do zwiększenia przepuszczalności peptydów, które powstają wskutek trawienia glutenu i przetworów mlecznych. W odniesieniu do osób ze stwierdzonym spektrum autyzmu, zaistniałe patologie o podłożu metabolicznym stwarzają szansę na wystąpienie zaburzeń w różnych sferach rozwoju jednostki. Wywierają również fatalny wpływ na dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i mogą przyczyniać się do zmian w zachowaniu⁵.

Zmiany w diecie osób ze spektrum polegają głównie na usunięciu z pożywienia glutenu, kazeiny i cukru. Przekonanie specjalistów: lekarzy i dietetyków wobec zaprezentowanych poniżej diet eliminacyjnych są zróżnicowane. Niebagatelnym czynnikiem, na który należy zwrócić szczególną uwagę, jest stan zdrowia osób objętych pomocą dietetyczną. Zawsze przed podjęciem rewolucyjnych zmian w żywieniu należy skonsultować się z lekarzem prowadzącym i dietetykiem z odpowiednimi uprawnieniami⁶. Taki sposób postępowania zapewnia przygotowanie właściwego planu żywieniowego.

DIETA BEZGLUTENOWA

Dieta bezglutenowa oparta jest na eliminacji glutenu z jadalospisu, którego kluczowymi źródłami są produkty zawierające nasiona pszenicy, żyta, owsa. Jako dodatki do posiłków wymienione zboża zastępuje się produktami takimi, jak: kukurydza, ryż, proso, kasza jaglana..

Termin *gluten* został zaczerpnięty z łaciny i oznacza „klej, lep, guma”. Jest środkiem zastępczym białka pochodzenia zwierzęcego, nie mającym smaku, ale jest stosunkowo tani i dlatego stanowi atrakcyjny dodatek do różnorodnych produktów spożywczych. Glutenem określa się mieszaninę białek występujących w wymienionych wcześniej zbożach. Są to: gluteliny i prolamin, w skład których wchodzi toksyczny składnik glutenu – gliadyna, powodująca uszkodzenia kosmków jelitowych, wywołująca celiakię oraz przyczyniająca się do powstania zaburzeń autystycznych. Warto nadmienić, iż im więcej zboże zawiera prolamin, tym bardziej działa drażniąco na jelita.

Wyżej wymienione białka pozostają nierozpuszczalne w wodzie, a ich właściwości pęcznienia i sprężystości są chętnie wykorzystywane w gastronomii. Można je znaleźć w makaronach, pizzach, frytkach, a nawet hamburgerach i wędlinach, czyli w żywności wysoko przetworzonej. Obecnie przemysł spożywczy wykorzystuje gluten również do produkcji aromatów, dodatków do żywności, zagęstników, co niestety wymusza na konsumentach czytanie etykiet i rezygnacji z fast foodów.

Trzeba zauważyć, że produkt można nazwać „bezglutenowym”, jeśli w swoim składzie zawiera mniej niż 20 mg/kg. Natomiast, jeśli zawiera mniej niż 100 mg/kg klasyfikujemy go jako produkt o znikomej zawartości glutenu.

Warto pamiętać, że gluten może kryć się pod różnymi nazwami i substancjami wykorzystywanymi przez producentów. W diecie pozbawionej glutenu nie powinny znajdować się produkty, w skład których wchodzi:

⁵ J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL, Warszawa 2009, s.25.

⁶ P. Shattock, P. Whiteley, L. Todd, Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział Kraków, Kraków 2009, s. 43.

- syrop glukozowo-fruktozowy produkowany z pszenicy,
- skrobia modyfikowana produkowana z pszenicy,
- hydrolaty białek roślinnych,
- aromaty,
- glutaminian sodu.

Produkty bezglutenowe dostępne szeroko wśród oferty artykułów spożywczych mogą posiadać w swoim składzie substancje konserwujące, które powinny być również usunięte z diety osób ze spektrum autyzmu. Uciążliwe w jadłospisie są także produkty modyfikowane genetycznie, takie jak np. soja.

„Coraz więcej dowodów naukowych wskazuje na to, że nietolerancja pszenicy może poważnie wpływać na choroby psychiczne wieku dziecięcego, takie jak nadpobudliwość i autyzm”⁷.

„Niektórzy eksperci sugerują, że zastosowanie diety bezglutenowej może być korzystne u części osób z zespołem jelita drażliwego, zaburzeniami związanymi z autyzmem, schizofrenią, stwardnieniem rozsianym i innymi chorobami psychicznymi oraz neurologicznymi”⁸.

DIETA BEZMLECZNA

Głównym założeniem diety bezmlecznej jest usunięcie ze spożywanego pokarmu produktów zawierających kazeinę i laktozę (produktów mlecznych). Są one głównymi przyczynami nadwrażliwości pokarmowych występujących u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Usunięcie lub maksymalne ograniczenie spożywania produktów mlecznych prowadzi do obniżenia pożywki dla grzybów występujących w jelitach. Objawami grzybicy mogą być: nerwowość, rozproszenie uwagi, zaburzenia snu, problemy gastryczne – biegunki lub zaparcia, zwiększona chęć spożywania produktów mlecznych. Wymienione objawy stanowią wskazania do wyeliminowania mleka i wszystkich przetworów mlecznych: serwatki, maślanek, kwaśnego mleka, w tym w proszku, jogurtów, kefirów, śmietany, serów (topione, twarde, twaróg).

Nie należy również zapominać o wykluczeniu z diety ukrytych źródeł mleka, produktów przetworzonych i gotowych do spożycia np.: pyzy, budynie, zabelane zupy, sosy, margaryny. Przemysł spożywczy chętnie wykorzystuje białko mleka – kazeinę do wytwarzania różnych produktów spożywczych. Ten związek białkowy wytwarzany z mleka zawiera dużą ilość niezbędnych aminokwasów, zwiększa uczucie sytości oraz wpływa na zwiększenie konsystencji wyrobów, dlatego można go spotkać w produktach, w których się tego nie spodziewamy.

Stosowanie diety bezmlecznej wymaga uzupełnienia niedoborów białka. Znaczna jego ilość znajduje się w produktach mięsnych, jajach oraz rybach.

DIETA BEZCUKROWA

Wykluczenie z jadłospisu cukrów złożonych jest istotą diety bezcukrowej. Podstawą tej diety jest reguła, że cukry proste (monosacharydy – glukoza, fruktoza, galaktoza) wymagają minimalnego wysiłku trawiennego i nie pozostawiają żadnych resztek. Są wchłaniane bezpo-

średnio do układu krwionośnego przez wyściółkę jelita. Dwucukry – disacharydy (laktoza, sacharoza, maltoza, izomaltoza) są trudniejsze do strawienia, a pozostawione resztki stanowią wymienitą pożywką dla bakterii i drożdży znajdujących się w jelitach. Usunięcie z diety disacharydów w szczególności u osób ze stwierdzonym spektrum autyzmu:

- umożliwia zredukowanie dolegliwości przewodu pokarmowego, ułatwiając tym samym funkcjonowanie;
- przeciwdziała fermentacji, wzdęciom,
- wpływa na podwyższenie poziomów kwasów organicznych oraz zapobiega zahamowaniu produkcji enzymów⁹.

Wprowadzanie do organizmu jedynie cukrów prostych skutkuje obumieraniem szkodliwych bakterii i produkowaniem przez kosmki jelitowe enzymów, które powodują ułatwienie wchłaniania składników odżywczych z jelit. Proces ten wpływa również na właściwe uregulowanie układu immunologicznego¹⁰.

Z podanych wyżej przyczyn z diety należy wyeliminować produkty zawierające dwucukry np.: ciastka, cukierki, ale również przetwory mleczne – serki czy jogurty. Bezpiecznym zamiennikiem tych cukrów może być na przykład stewia, sproszkowane liście tej rośliny.

W dzisiejszym świecie cukry proste są obecne w wielu produktach spożywczych, należy więc używać produktów jak najmniej przetworzonych.

Spożywane produkty powinny zawierać dużą ilość błonnika oraz nienasycone kwasy tłuszczowe dostarczające do organizmu niezbędne witaminy rozpuszczalne w tłuszczach (A, D, E, K)¹¹. Im sumienniej przestrzegane są zasady diety niskowęglowodanowej, tym organizm lepiej funkcjonuje.

DIETA KETOGENNA

Dieta ketogeniczna polega na dostarczanie organizmowi dużej ilości tłuszczów, nieznacznej ilości węglowodanów i optymalnej ilości mieszanki białek. Stosowanie rozpatrywanej diety wprowadza organizm w stan fizjologiczny podobny do stosowania głodówki, co nie stanowi przeszkody w dostarczaniu organizmowi odpowiedniej ilości energii. Podczas jej stosowania powstaje ogromna ilość ciał ketonowych – aceton, octoetan i kwas β hydroksymasłowy, które dobrze przenikają do ośrodkowego układu nerwowego i zastępują glukozę w przemianach metabolicznych¹².

Organizm podczas stosowania diety ketogenicznej przestawia się na uzyskiwanie energii ze spalania tłuszczów. Obniża się poziom insuliny we krwi, a wzrasta poziom spalania tłuszczu. Opisywana dieta opiera się o odpowiednie proporcje tłuszczu do ilości białek i węglowodanów (4:1 lub 3:1 co oznacza 4g lub 3g tłuszczu do 1g sumy białek i węglowodanów).

Dieta bazuje na precyzyjnie wyliczonych dla każdej osoby proporcjach składników, zależnie od wieku, masy ciała, aktywności. Jadłospis zawiera stale tyle samo kalorii oraz taką samą ilość podstawowych składników, białek, tłuszczów i węglowodanów.

⁹ P. Compart, D. Laake, op. cit., s.48.

¹⁰ R. Kessick, op. cit., s.20.

¹¹ P. Compart, D. Laake, op. cit., s.49.

¹² Dieta ketogeniczna, lek. med. Krzysztof Pol <https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/dieta-ketogenna/>

⁷ Berriedalle – Johnson, *Kuchnia domowa. Dieta bezglutenowa*, Wydawnictwo RM, Warszawa 2014, s. 7.

⁸ A. Dittfeld, K. Gwizdek, D. Parol, M. Michalski, op. cit., s. 233.

Głównym celem diety jest stan ketozy, w którym ciało wykorzystuje dostarczony tłuszcz jako źródło energii, a sama dieta ma zbawienny wpływ na układ nerwowy.

DIETA HYPOALERGICZNA (ELIMINACYJNA)

W żywieniu osób ze spektrum autyzmu należy zwrócić uwagę na czynniki wywołujące odczyn alergiczny. W sytuacji, w której zaobserwowano wystąpienie nadwrażliwości na dany składnik, pomimo już wyeliminowanych wcześniej alergenów (gluten, kazeina, cukier, węglowodany), należy poszerzyć badanie. Prawidłowa i rzetelna diagnostyka pozwoli wykluczyć przyczyny alergii w planowanej diecie. Na podstawie dokładnych badań laboratoryjnych określa się, jakie pokarmy wywołują odczyn alergiczny. Uzyskane wyniki pozwalają na stworzenie właściwego planu żywieniowego, dostosowanego do potrzeb osoby ze spektrum autyzmu. Właściwy dobór produktów w diecie pozwala na poprawę stanu jelit, a w szczególności pozbycie się ognisk zapalnych oraz lepszą pracę mózgu¹³.

U osób stosujących dietę eliminacyjną należy kontrolować, które zostały wykluczone oraz które w niej pozostały. Odpowiednie bilansowanie niezbędnych składników (tłuszcze, białka i węglowodany) gwarantuje właściwy stan organizmu oraz poprawę jego funkcjonowania.

Właściwie dobrana dieta dostarczy zbilansowanych składników pod względem ilościowym i jakościowym. Korzyści dla osoby ze stwierdzonym spektrum autyzmu wynikające z zastosowania właściwie zbilansowanej diety mogą być następujące:

- ograniczenie i złagodzenie objawów gastrycznych,
- wzrost koncentracji uwagi,
- spadek nadaktywności, agresywności
- poprawa:
 - funkcji percepcyjnych, w szczególności w zakresie nawiązywania kontaktu wzrokowego;
 - kondycji fizycznej i jakości snu,
- wygaszenie objawów skórnych,

Przedstawiona dieta jest najczęściej stosowana jako interwencja medyczna, powodująca usunięcie z pożywienia substancji wywołujące alergię i wpływająca na ogólną poprawę zdrowia osoby nią objętą.

INNE INTERWENCJE DIETETYCZNE

Do interwencji dietetycznych zwieńczonych pozytywnymi efektami dla osób ze spektrum autyzmu jest wykluczenie sztucznych barwników z pożywienia.

Obecnie w przemyśle spożywczym używa się wielu barwników organicznych, których zarówno cena, moc barwienia, jak i dostępność są konkurencyjne dla barwników naturalnych. Barwniki syntetyczne zawierają fenole, które z reguły wpływają negatywnie na działanie enzymów. Głównie używane są barwniki żółte (tartrazyna, żółcień chinolinowa) i czerwone (czerwień koszenilowa, czerwień Allura).

¹³ K. Drews-Raczewska, J. Dronka-Skrzypczak, *Leczenie biomedyczne. Alternatywa, czy uzupełnienie tradycyjnych form terapii?*, „Forum logopedy”, 2018 nr 23, s.59-64.

Kolejną z interwencji stosowanych przy wspomaganie dietetycznym osób ze spektrum autyzmu jest wykorzystywanie enzymów trawiących. Adoptuje się je do odpowiednich związków pokarmowych. Wyróżniamy trzy grupy enzymów:

- enzymy rozkładające białka (proteolityczne),
- enzymy rozkładające węglowodany, w tym skrobię (amylolityczne),
- enzymy rozkładające tłuszcze (lipolityczne).

Głównie stosuje się enzymy trawiące peptydy, w tym o specyficznym działaniu, takie jak uzyskiwany z ananasów enzym bromelina.

Obecnie dostępnych jest kilka preparatów, które zostały opracowane specjalnie, z myślą o rozkładzie peptydów w kwasowym środowisku, jaki panuje w żołądku. Są to dodatki, które powinny być brane pod uwagę podczas prowadzenia osoby na diecie bezglutenowej i bezkazeinowej.

SUPLEMENTACJA MIKRO I MAKROSKŁADNIKAMI

Każdą interwencję dietetyczną w przypadku osób ze spektrum autyzmu należy wzbogacić o suplementację wybranymi mikro i makroskładnikami. Biorąc pod uwagę mitochondria m.in. u młodzieży ze spektrum, w tym z zespołem Aspergera, należy obniżyć poziom stresu oksydacyjnego i nitrozacyjnego.

Stwierdza się, że wspólną cechą osób z zespołem Aspergera jest niski poziom witaminy B12 oraz kwasu dokozaheksanowego (DHA)¹⁴.

U nastolatków z ZA można również zauważyć zaburzenia równowagi następujących składników mineralnych:

- niskie stężenie witaminy B6, B1, B3, B5,
- małe stężenie wewnątrzkomórkowego cynku,
- niskie stężenie witaminy A i D we krwi,
- małe stężenie witaminy C w moczu,
- niskie stężenie tauryny,
- niski poziom glutationu
- małe stężenie magnezu,
- małe stężenie seleniu w surowicy,
- niedobór kwasu gamma linolenowego (GLA)¹⁵.

Kwas alfa-linolenowy ma wiele porządkanych działań: na wzrok, stan skóry, na pracę mózgu i układu nerwowego. Największe stężenie omawianego kwasu występuje w nieoczyszczonym oleju lnianym, rzepakowym, sojowym i konopnym. Kwas alfa – linolenowy jest ogromnie ważny ze względu na przemiany do EPA (kwas eikozapentanowy) oraz DHA (kwas dokozaheksanowy), wpływające na prawidłową pracę mózgu.

Jednym z systemów detoksykacji w ludzkim organizmie jest system siarkowania oparty o grupę enzymów określonych mianem sulfotransferazą fenolową. Siarkowanie ma ogromne

¹⁴ B. Kukliński, A. Schemionek, *Medycyna mitochondrialna*, Wydawnictwo Vital, Białystok 2021, s.101-102.

¹⁵ J. McCandless, *Dzieci z głodującymi mózgami*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna Sp. z o.o., Warszawa 2007, s. 116.

znaczenie dla właściwego zachowa stanu błon śluzowych ciała oraz komórek macierzystych jelit. Jeśli zaistnieje problem z siarkowaniem, następuje zaburzenie bariery płyn mózgowo-rdzeniowy a krew (uszkodzenie bariery krew-mózg). Skutkiem tego jest rozszczelnienie jelita. Aby zapobiec takiej sytuacji i wspomóc enzymy, można zadziałać siarczanami. Jednym z nich, często stosowanych do kąpieli, jest siarczan magnezu (sól Epsom)¹⁶.

Suplementacja składników odżywczych musi być poprzedzona złożonymi badaniami krwi i moczu, oraz kontrolowana przez lekarza lub dietetyka.

Należy zauważyć, że porcje minerałów potrzebnych do prawidłowego funkcjonowania osób ze spektrum autyzmu są znacznie wyższe od dawek rekomendowanych. Przyczyną takiego stanu jest fakt występowania zaburzeń trawienia i wchłaniania substancji odżywczych. Dodatkowo organizm z wysokimi niedoborami szybko zużywa dostarczane składniki odżywcze. Dzięki suplementacji zgodnej z zapotrzebowaniem, funkcjonowanie organizmu poprawia się, choć zajmuje to dłuższy okres czasu. Podczas suplementacji należy pamiętać o systematycznej kontroli poziomu poszczególnych substancji¹⁷.

PODSUMOWANIE

Przedstawione interwencje dietetyczne coraz częściej są stosowane przy wspieraniu funkcjonowania osób ze spektrum autyzmu. Niewłaściwie przebiegający proces trawienia pożywienia ma wpływ na przyswajania substancji odżywczych, niezbędnych do właściwego funkcjonowania całego organizmu, również ośrodkowego układu nerwowego. Na podstawie wykazu informacji od rodziców, Instytutu Badań Nad Autyzmem (AIR) Publication 34 z lutego 2006 roku można stwierdzić, że omówione wyżej interwencje dietetyczne wpływają na poprawę funkcjonowania osób ze spektrum autyzmu¹⁸.

Wprowadzenie restrykcyjnej diety do żywienia osób, w tym nastolatków, ze spektrum autyzmu może stanowić duże wyzwanie dla rodziców, ponieważ zwykle towarzyszy im rutyna żywieniowa lub wybiórczość pokarmowa. Wszelkie postępowanie dietetyczne musi być zharmonizowane z oceną potrzeb żywieniowych oraz dostosowane do wymogów żywieniowych dla konkretnej osoby, musi być więc spersonalizowane. Aby zobrażowane interwencje dietetyczne wpłynęły na zamierzone cele, muszą być oparte na współpracy wszystkich zainteresowanych poprawą jakości życia osoby ze spektrum autyzmu (dietetycy, lekarze, nauczyciele, rodzina).

BIBLIOGRAFIA

Literatura:

1. Auquier M., *Wszystko zaczyna się od bakterii*, Wydawnictwo VIVATE, Białystok 2018, s.76.
2. Berriedalle M. – Johnson, *Kuchnia domowa. Dieta bezglutenowa*, Wydawnictwo RM, Warszawa 2014 s.7.
3. Compart P, Laake D., *Jak ugryźć ADHD*, Grupa Wydawnicza Foksal sp. Z o. o., Warszawa 2015, s. 9, 26-27, 48, 49.
4. Drews-Raczewska K., Dronka-Skrzypczak J., *Leczenie biomedyczne. Alternatywa, czy uzupełnienie tradycyjnych form terapii?*, „Forum logopedy”, 2018 nr 23, s.59-64.
5. Kessick R., *Autyzm i dieta. O czym warto wiedzieć*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna Sp. z o. o. , Warszawa 2010, s. 17.
6. Komender J, Jagielska G., Bryńska A., *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL, Warszawa 2009, s.25.
7. Kukliński B., Schemionek A., *Medycyna mitochondrialna*, Wydawnictwo Vital, Białystok 2021, s.101-102.
8. McCandless J., *Dzieci z głodującymi mózgami*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna Sp. Z o.o., Warszawa 2007, s. 116.
9. Shattock P, Whiteley P, Todd L., *Autyzm jako zaburzenie metabolizmu*, Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział Kraków, Kraków 2009, s. 43.

Źródła internetowe:

1. Dittfeld A., Gwizdek K., Parol D., Michalski M., *Dieta bezglutenowa – charakterystyka grup docelowych*, <https://phmd.pl/api/files/view/356024.pdf>, z dnia 29.04.2018, s. 233.
2. Topolewska M., *Dieta receptą na autyzm*, <https://www.akademdiadietetyki.pl/dietetyka/dieta-recepta-na-autyzm/>, z dnia 22.11.2018, s. 1.
3. Dieta ketogeniczna, lek. med. Krzysztof Pol , <https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/dieta-ketogeniczna/>.

NOTA BIOGRAFICZNA AUTORA

Ewa Głowacka – wykładowca, nauczyciel, oligofrenopedagog, terapeuta, dietetyk.

¹⁶ P. Compart, D. Laake, op. cit., s.54

¹⁷ Ibidem, s.79

¹⁸ P. Compart, D. Laake, *Jak ugryźć ADHD*, Grupa Wydawnicza Foksal sp. z o.o., Warszawa 2015, s. 9.

Jadwiga Mędelewska

Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna
im. Sługi Bożego Roberta Schumana

OCENA NARAŻENIA ZAWODOWEGO NA CZYNNIKI BIOLOGICZNE PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA – ASPEKTY PRAWNE

ASSESSMENT OF OCCUPATIONAL EXPOSURE TO BIOLOGICAL AGENTS OF HEALTHCARE WORKERS - LEGAL ASPECTS

Streszczenie

Zagrożenia biologiczne są jedną z najbardziej rozprzestrzeniających się w środowisku pracy i jednocześnie najmniej rozpoznanych grup zagrożeń zawodowych. Powszechnie wiadomo, że szkodliwe czynniki biologiczne są obecne w środowisku szeroko rozumianym jako medyczne. Celem niniejszego artykułu jest dokonanie przeglądu obowiązującego w tym zakresie prawa oraz wykazanie jak wiele obowiązków ciąży na pracodawcach zatrudniających pracowników ochrony zdrowia oraz jak ogromny problem stanowi brak normatywów higienicznych w odniesieniu do czynników biologicznych. W artykule poruszony został również problem dotyczący oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach personelu medycznego i zapobiegania temu ryzyku.

Słowa kluczowe: szkodliwe czynniki biologiczne, ochrona zdrowia, zagrożenie zawodowe, środowisko pracy

Summary

Biological hazards are one of the most widespread in the work environment and at the same time the least recognized group of occupational hazards. It is well known that harmful biological agents are present in the environment broadly understood as medical. The purpose of this article is to review the applicable law in this area and to show how many obligations are imposed on employers employing health care workers and how a huge problem is the lack of hygienic standards in relation to biological agents. The article also discusses the problem of occupational risk assessment in the positions of medical personnel and prevention of this risk.

Key words: harmful biological agents, health protection, occupational hazard, work environment

WSTĘP

Czynniki biologiczne stanowią jedną z głównych grup zagrożeń zawodowych na stanowiskach pracy. Zgodnie z polską normą¹ czynniki zagrożeń zawodowych występujące w procesie pracy dzielą się na niebezpieczne, szkodliwe i uciążliwe. Czynnikiem szkodliwym występującym w procesie pracy, to czynnik, którego oddziaływanie na pracującego prowadzi lub może prowadzić do schorzenia, traktowanego jako choroba zawodowa. Wśród czynników szkodliwych wyróżniamy fizyczne, chemiczne, biologiczne oraz psychofizyczne.

1. Definicja szkodliwych czynników biologicznych i ich podział

Jak podano w rozporządzeniu² szkodliwe czynniki biologiczne, które mogą być przyczyną zakażenia, alergii lub zatrucia obejmują drobnoustroje komórkowe, w tym zmodyfikowane genetycznie, jednostki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie, hodowle komórkowe i pasożyty wewnętrzne człowieka. Szkodliwe czynniki biologiczne zostały sklasyfikowane w czterech grupach (1; 2; 3; 4). Kryteriami zaklasyfikowania czynników biologicznych do w.w. grup zagrożenia są:

- zdolność do wywoływania zakażenia (chorób) u człowieka,
- ciężkość przebiegu choroby u człowieka (skutki),
- możliwość rozprzestrzenienia się choroby w populacji,
- możliwość zastosowania skutecznej profilaktyki lub leczenia³.

Podstawą takiego podziału jak już wyżej wskazano, są ich właściwości zakaźne, czy też późniejsze skutki zdrowotne dla pracowników, lecz bardzo istotną rolę w nim odgrywa skuteczność leczenia i zastosowania działań profilaktycznych. Co oznacza, że im wyższa grupa zagrożenia, tym mniejsza możliwość wyleczenia osoby zakażonej i większa patogenność.

Do 1 grupy szkodliwych czynników biologicznych zaliczamy bakterie wirusy, grzyby, pasożyty, które w zwykłych warunkach środowiska pracy nie wywołują chorób u ludzi. Zatem przestrzeganie ogólnych zasad higieny powinno być wystarczającym warunkiem bezpieczeństwa, który pozwala spełnić wymagania przepisów ochrony pracy zgodnie z rozporządzeniem⁴.

W grupie 2 zagrożeń szkodliwymi czynnikami biologicznymi sklasyfikowano bakterie, wirusy, grzyby, które mogą być niebezpieczne dla pracowników, mogą również wywoływać choroby u ludzi, ale rozprzestrzenienie ich w populacji ludzkiej jest mało prawdopodobne. Zaś medycyna posiada w stosunku do nich skuteczne metody profilaktyki lub leczenia.

Grupa 3 natomiast obejmuje czynniki, które są niebezpieczne dla pracowników, mogą wywoływać u ludzi ciężkie choroby, a rozprzestrzenienie ich w populacji ludzkiej jest bardzo prawdopodobne. Niemniej jednak w stosunku do tej grupy medycyna potrafi skutecznie prowadzić profilaktykę i leczenie. W tej grupie sklasyfikowano nadto grupę 3**, którą stanowią ograniczone zagrożenie dla pracowników, gdyż do zakażenia nimi nie dochodzi zwykle drogą powietrzną. Czynniki te (bakterie, wirusy, pasożyty) przenoszone są najczęściej drogą płynów ustrojowych człowieka. Największe niebezpieczeństwo dla zdrowia pracowników stanowi grupa 4 zagrożenia, w której sklasyfikowano (w odróżnieniu od pozostałych trzech grup) jedynie wirusy. Są to czynniki wywołujące u ludzi ciężkie choroby, a ich rozprzestrzenienie w populacji

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 roku w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81 poz. 716 z późn. zm.)

ludzkiej jest bardzo prawdopodobne. Medycyna nie radzi sobie z nimi, gdyż zazwyczaj nie istnieją w stosunku do nich skuteczne metody profilaktyki lub leczenia². Z rozporządzenia² wynika, iż klasyfikacja obejmuje gatunki i szczepy, o których wiadomo, że są chorobotwórcze i są najczęściej odpowiedzialne za choroby oraz ich skutki dla pracownika. Podkreślenia wymaga fakt, iż cytowane wyżej rozporządzenie² wdrożyło postanowienia Dyrektywy 2000/54/WE⁵, która jest pierwszym, znowelizowanym dokumentem jednoznacznie wskazującym jak duży wpływ na zdrowie pracowników mają szkodliwe czynniki biologiczne występujące w środowisku pracy. Szczególną uwagę w Dyrektywie poświęcono m.in. narażeniu zawodowemu pracowników zakładów opieki zdrowotnej, co jest bardzo istotne w kontekście obecnej światowej pandemii. Polska po przystąpieniu do Unii Europejskiej transponowała zapisy niniejszej Dyrektywy do prawa krajowego i w kwietniu 2005 r. ukazało się cytowane wyżej rozporządzenie², które jest pierwszym polskim aktem prawnym (dwukrotnie nowelizowanym) zawierającym w załączeniu wykaz szkodliwych czynników biologicznych, wskazującym szczegółowe warunki ochrony pracowników przed zagrożeniami spowodowanymi przez szkodliwe czynniki biologiczne, w tym rodzaje środków niezbędnych do zapewnienia ochrony zdrowia i życia pracowników narażonych na działanie tych czynników, zakres stosowania tych środków oraz warunki i sposób monitorowania stanu zdrowia narażonych pracowników. Przedstawiony w załączeniu do rozporządzenia² wykaz czynników biologicznych zawiera dodatkowe wskazania w przypadkach, gdy prawdopodobne jest wywoływanie przez czynniki biologiczne reakcji alergicznych (oznaczone A) lub toksycznych (T), gdy dostępna jest skuteczna szczepionka (V) lub, gdy wskazane jest przechowywanie listy narażonych pracowników przez okres dłuższy niż 10 lat (D). Druga nowelizacja rozporządzenia weszła w życie w 29 grudnia 2020 roku, gdzie w załączniku wykaz czynników biologicznych został przedstawiony wg rodzin, a nie wg grup jak dotychczas. Zaś wirus SARS-CoV-2 został sklasyfikowany do 3 grupy zagrożenia. Ponadto w nowelizacji rozporządzenia wskazano iż prace obejmujące namnażanie SARS-CoV-2 powinny być przeprowadzane w laboratorium o poziomie hermetyczności 3, z ciśnieniem powietrza utrzymywanym na poziomie niższym od ciśnienia atmosferycznego oraz zaznaczono, że wykaz prac niepowodujących namnażania wirusa SARS-CoV-2 jest publikowany w formie zaleceń przez WHO². Wśród szkodliwych czynników biologicznych w grupie 3 wyróżniono wspomnianą wyżej grupę 3^{**}, która obejmuje w zasadzie narażenie pracowników ochrony zdrowia, głównie w odniesieniu do patogenów krwiopochodnych. Dlatego wdrożono do ustawodawstwa polskiego kolejną Dyrektywę Rady 2010/32/UE⁶, dotyczącą zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, w postaci rozporządzenia⁷, które określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty, które wykonują działalność leczniczą.

⁵ Dyrektywa 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy

⁶ Dyrektywa 2010/32/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 696)

2. Występowanie szkodliwych czynników biologicznych

Szkodliwe czynniki biologiczne występujące w miejscu pracy stanowią istotny lecz ciągle niedoszacowany problem nie tylko medycyny pracy, ale także zdrowia publicznego.

Tab.1. Przykłady rodzajów działalności, zakładów i czynności przy których może dojść do kontaktu zawodowego z czynnikami biologicznymi

Rodzaj działalności	Typ zakładu	Przykładowe czynności
Gospodarka ściekami	zakłady wodociągów i kanalizacji, oczyszczalnie ścieków	prace związane z naprawą, konserwacją i czyszczeniem instalacji i urządzeń
Gospodarka odpadami	biokompostownie, zakłady utylizacji surowców wtórnych zakłady mechaniczno-biologicznego przetwarzania odpadów, składowiska odpadów przedsiębiorstwa usuwania odpadów komunalnych zakłady utylizacji szczątków zwierząt oraz usuwanie padłych zwierząt	sortowanie, praca na wózkach widłowych, przerzucanie kompostu praca na wózkach widłowych wywóz odpadów (śmieci), opróżnianie szamb, obsługa toalet publicznych, obsługa i konserwacja toalet ruchomych załadunek i transport szczątków, badanie weterynaryjne, utylizacja
Służba zdrowia	punkty krwiodawstwa, laboratoria diagnostyczne (np. mikrobiologiczne, analityczne), pracownie histopatologiczne i cytologiczne, stacje dializ, ambulatoryjne i stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej, stacje pogotowia ratunkowego	czynności, podczas wykonywania których ma miejsce kontakt z materiałem biologicznym pochodzącym od człowieka (krew, płyny ustrojowe itd.) np.: diagnozowanie, leczenie, pielęgnacja i transport pacjentów, laboratoryjna obróbka materiału biologicznego, hodowla drobnoustrojów chorobotwórczych
Weterynaria	kliniki i gabinety weterynaryjne, laboratoria diagnostyki weterynaryjnej	diagnozowanie i leczenie zwierząt

Źródło³: „Co warto wiedzieć na temat czynników biologicznych Bakterie – wirusy – grzyby – pasożyty w środowisku pracy”

Powyższa tabela obrazuje jak wiele czynności zawodowych powoduje narażenie pracownika na szkodliwość biologiczną. W przytoczonych w niniejszym artykule przepisach prawa i literaturze wskazano wiele grup zawodowych oraz typów zakładów, gdzie występują szkodliwości biologiczne. Podkreślenia wymaga fakt, iż dużo obszerniej przedstawiono temat szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy z uwzględnieniem grup zawodowych w treści książki opracowanej w Instytucie Medycyny Wsi w Lublinie⁸. W opracowaniu tym katalog grup

⁸ J. Dudkiewicz, R. Śpiewak, L. Jabłoński, Klasyfikacja szkodliwych czynników biologicznych występujących w środowisku pracy oraz narażonych na nie grup zawodowych, Lublin 2002, s. 3;

zawodowych (poza powyższymi przypadkami) narażonych pracowników rozszerzono o m.in.:

- pracowników przemysłu biotechnologicznego, w tym pracowników wytwórni szczepionek i surowic, drożdżowni, wytwórni biopreparatów leczniczych itp.;
- robotników zatrudnionych w budownictwie, w tym przy produkcji materiałów budowlanych oraz przy konstrukcji mostów, dróg itp.;
- pracowników poligrafii, w tym drukarzy i innych zawodów, w których prowadzone technologie wymagają nawilżania powietrza;
- górników i pracowników przemysłu wydobywczego, w tym personel platformwiertniczych i kopalń głębinowych;
- pracowników zatrudnionych przy przechowywaniu i konserwacji dóbr kultury, w tym bibliotekarzy, archiwistów, konserwatorów zabytków itp.;
- pracowników sfery handlu, w tym sprzedawców mięsa, kwiatów, owoców i warzyw, obsługę sklepów zoologicznych oraz handlowców wyjeżdżających do krajów tropikalnych;
- pracowników przemysłu skórzanego, w tym garbarzy, pracowników zatrudnionych przy przerobieniu włosów oraz w zakładach futrzarskich itp.;
- pracowników sfery usług tj. fryzjerów, sprzątaczkę, pokojówki, manikiurzystki, hydraulików, pracowników pralni itp.

Powyższe wskazuje jak ogromna jest grupa zawodów i wykonywanych czynności, gdzie występować mogą szkodliwości biologiczne. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę szerokie spektrum (bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty) zagrożeń, na jakie narażeni są pracownicy ochrony zdrowia oraz fakt przenoszenia drobnoustrojów drogą powietrzną sprawia, że stwarzają powszechne zagrożenie środowiska pracy⁹.

3. Obowiązki pracodawców udzielających świadczeń medycznych w związku z występowaniem szkodliwych czynników biologicznych

Obowiązki pracodawcy, wynikające z występowania w procesie pracy szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy zawarto w ustawie kodeks pracy¹⁰, gdzie (w art. 222¹) nałożony został na pracodawcę obowiązek polegający na stosowaniu wszelkich dostępnych środków, które wyeliminują czynniki biologiczne ze środowiska pracy, a w stosunku do pozostałych (których nie można wyeliminować), ograniczaniu do minimum skutków tego narażenia przy wykorzystaniu danych naukowych i technicznych. Głównym aktem wykonawczym do ustawy kodeks pracy odnoszącym się do opisywanych treści są wyżej cytowane rozporządzenia^{2,7}, które określają m.in. warunki ochrony pracowników przed zagrożeniami spowodowanymi przez szkodliwe czynniki biologiczne, w tym środki zapobiegawcze niezbędne do zapewnienia ochrony zdrowia i życia pracowników narażonych na działanie tych czynników, sposób monitorowania stanu zdrowia narażonych pracowników warunki bezpieczeństwa i higieny pracy związane z narażeniem na szkodliwe czynniki biologiczne, w tym pracowników

ochrony zdrowia narażonych na zranienie ostrymi narzędziami w szeroko rozumianej działalności leczniczej. Podkreślenia wymaga bardzo istotny zapis rozporządzenia⁷, odnoszący się nie tylko do pracowników w rozumieniu ustawy kodeks pracy¹⁰, ale też do wszystkich osób fizycznych wykonujących pracę na innej podstawie niż stosunek pracy oraz doktorantów, studentów, wolontariuszy i uczniów niebędących pracownikami, a także osób prowadzących (pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę) działalność gospodarczą na własny rachunek.

Z cytowanych powyżej kilku przepisów^{2,4,7,10} wynika obowiązek oceny, dokumentowania ryzyka zawodowego oraz stosowania niezbędnych środków zmniejszających to ryzyko, a także informowania o nim i o zasadach ochrony przed tym ryzykiem wszystkich pracowników. Zatem realizacja wszelkich obowiązków związanych z bezpieczeństwem i zdrowiem osób narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne powinna się rozpocząć od właściwej oceny ryzyka zawodowego. Do tego procesu niezbędna jest trafna i pełna identyfikacja wszelkich szkodliwości biologicznych, co pozwoli na właściwe zastosowanie środków zapobiegawczych. Ocena ryzyka zawodowego pracownika ochrony zdrowia zgodnie z przepisami^{2,7} powinna zawierać w istotnych informacjach, w tym przede wszystkim:

- rodzaj, stopień oraz czas trwania narażenia;
- klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych oraz zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowane chorobami, które mogą wystąpić w następstwie zakażenia, a także możliwego działania toksycznego lub alergizującego;
- zagrożenie ze strony szkodliwego czynnika biologicznego, o którym wiadomo, że jest lub może być obecny u pacjenta oraz w materiałach i próbkach od niego pobranych;
- ryzyko wynikające z rodzaju pracy;
- wskazówki organów właściwej inspekcji sanitarnej, inspekcji pracy oraz jednostek służby medycyny pracy, wydane na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
- rodzaje wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi, warunki pracy, sposób organizacji pracy, poziom kwalifikacji personelu, czynniki psychospołeczne i inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;
- stan zdrowia pracownika, w tym w szczególności choroby przewlekłe, na które choruje;
- czynności, w trakcie których może dojść do narażenia^{2,7}.

Trzy ostatnie akapity wynikają wprost z tzw. rozporządzenia „zranieniowego” i nie były zapisane we wcześniejszym rozporządzeniu Ministra Zdrowia². Rozbieżności wynikają zapewne z celów jakie były postawione w czasie tworzenia tych przepisów, a mianowicie w preambule dyrektywy⁵ (która transponowano do rozporządzenia „zranieniowego”) zapisano: cyt. „Zdrowie i bezpieczeństwo w pracy to zagadnienie, które powinno mieć znaczenie dla każdego, kto jest związany z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej. (...) Zdrowie i bezpieczeństwo pracowników to sprawa pierwszorzędnej wagi, ściśle powiązana ze zdrowiem pacjentów. Warunkuje ona jakość opieki”. Taki zapis wskazuje, że położono wyraźny nacisk na zapobieganie ryzyku, co zapewnić mogą m.in. bardziej bezpieczne ostre narzędzia stosowane w czasie prac związanych z udzielaniem świadczeń medycznych. Jednakże zapis wskazujący, aby w ocenie ryzyka ująć „stan zdrowia pracownika, w tym w szczególności choroby przewlekłe, na które choruje” jest w zasadzie nie do zrealizowania, chociażby z uwagi na ochronę danych pracow-

s. 139-157.

⁹ D. Augustyniak, M. Pośniak, Czynniki szkodliwe w środowisku pracy wartości dopuszczalne, Warszawa 2016, s. 182

¹⁰ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z 2021 r. poz. 1162)

nika (co do jego stanu zdrowia). Kolejnym trudnym aspektem w ocenie i dokumentowaniu „ryzyka biologicznego” jest stopień narażenia, którego zespół oceniający ryzyko niejednokrotnie nie może określić. Głównym powodem jest brak norm prawnych określających wartości dopuszczalne danego czynnika biologicznego. Nadto brak jest prawnej wykładni zapisu rozporządzenia Ministra Zdrowia² mówiącego, cyt. „*pracodawca dokonuje oceny ryzyka zawodowego, na jakie jest lub może być narażony pracownik, uwzględniając w szczególności:(...) rodzaj, stopień oraz czas trwania narażenia na działanie szkodliwego czynnika biologicznego*”. Taki stan prawny nie daje możliwości określenia stopnia narażenia pracownika na działanie danego czynnika biologicznego. Z powodu braku normatywów higienicznych nie są wdrażane nakazy organów nadzoru nad warunkami pracy (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Pracy)¹⁰. Do dokładnej oceny ryzyka poza dogłębną identyfikacją zagrożeń, niezbędne jest określenie stężenia oraz zdolności do utrzymywania się danego patogenu w środowisku i jego zakaźności. To bardzo obszerne informacje, które wymagają od zespołu przygotowującego tą ocenę pogłębionej wiedzy nie tylko w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, procesu pracy, czy znajomości technicznych aspektów przebiegu pracy, stanowisk pracy i ich wyposażenia, ale też zagadnień z zakresu chorób zakaźnych, ich skutków dla zdrowia pracowników oraz wiedzy na temat zabezpieczeń, w tym szczepień ochronnych. Dlatego kierujący podmiotami, gdzie udzielane są świadczenia medyczne powinni zadbać o powołanie interdyscyplinarnego zespołu do oceny ryzyka zawodowego, w skład którego poza służbą bhp, wejdą kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych, lekarze medycyny pracy i epidemiolodzy. Nadto zapisy rozporządzenia⁷ wskazują jednoznacznie iż ocena ryzyka powinna być dokonywana „*okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata; w każdym przypadku wystąpienia na stanowisku pracy zmian mających lub mogących mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika (...) ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe*”. Reasumując powyższe należy podkreślić, iż ocena ryzyka zawodowego jest kluczowym, ale jednocześnie jednym z wielu wymagań dotyczących ochrony zdrowia osób zatrudnionych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pozostałe obowiązki określone w rozporządzeniach^{2,7} są powiązane i od siebie zależne, zatem nie można ich pominąć, ponieważ jedne wynikają z drugich. Pracodawca celu eliminacji lub ograniczenia narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne, nie może pominąć kolejnych przedsięwzięć tj:

- podejmowanie działań eliminujących lub ograniczających ryzyko wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń, poprzez organizację pracy w sposób pozwalający uniknąć narażenia lub go zminimalizować;
- zapewnienie warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych;
- opracowanie i wdrożenie procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym z odpadami medycznymi;
- eliminację przypadków zbędnego stosowania ostrych narzędzi, a jeśli to konieczne to zapewnienie ostrych narzędzi, które posiadają rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- zapewnienie środków profilaktycznych odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia;
- opracowanie i wdrożenie procedur używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej oraz zapewnienie tych środków⁷, dezynfekcji, postępowania ze skażonymi odpadami, pobierania, transportu oraz przetwarzania próbek pochodzenia ludzkiego lub zwierzęcego².

Przygotowanie procedur nie jest procesem jednorazowym, gdyż pracodawca ma obowiązek poddawać je cyklicznej ocenie, która powinna być prowadzona nie rzadziej niż raz na dwa lata, a w razie potrzeby aktualizować je uwzględniając postęp techniczny, wiedzę naukową, dostępność ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem⁷.

Kolejnym obowiązkiem pracodawcy wynikającym z przytaczanego kilkakrotnie rozporządzenia Ministra Zdrowia^{2,7} jest:

- sporządzanie raportu (w odpowiedniej formie) o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami;
- analizowanie raportu nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy;
- prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami;
- znakowanie stanowiska pracy i strefy niebezpiecznej znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym².

Z przepisu² wynika, iż znak powinien być umieszczony wszędzie tam, gdzie na stanowiskach pracy lub w miejscach jej wykonywania występują szkodliwe czynniki biologiczne. Znak powinien ostrzegać pracownika przed zagrożeniem, zatem ważne jest jego umieszczenie w miejscu widocznym dla pracowników.

Powyżej przedstawiono część obowiązków pracodawcy sektora opieki zdrowotnej, które wiążą się z realizacją przepisów rozporządzeń Ministra Zdrowia^{2,7}, które jak wskazano w artykule powinno rozpocząć się od dokonania prawidłowej oceny ryzyka zawodowego, która uwzględni pełne informacje na temat narażenia pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych. Jedynie pełna identyfikacja zagrożeń wskazana w ocenie ryzyka zawodowego pozwoli na zastosowaniu odpowiednich środków zapobiegawczych. Pomocnym w identyfikacji zagrożeń biologicznych mogą być rejestry prac i pracowników¹¹, które również pracodawca ma obowiązek realizować, podobnie jak szereg innych obowiązków prawnych. W przytoczonych przepisach^{2,7,10} obowiązek ten zapisano (cyt.):

- *prowadzić rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 lub 4 zagrożenia;*

¹¹ J. Mędelewska Czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne w środowisku pracy (wykład), WSM Warszawa 2021



Rys.1. Wzór znaku ostrzegający przed zagrożeniem biologicznym

Źródło²: Załącznik 3. do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 roku w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81 poz.716 z późn. zm.).

- prowadzić rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 zagrożenia;

Rozporządzenia Ministra Zdrowia^{2,7} wskazują, iż obowiązkiem (poza w.w.) pracodawcy jest:

- zapewnić pracownikom środki hermetyczności w celu zapobiegania i redukcji przypadkowego przeniesienia lub uwolnienia szkodliwego czynnika biologicznego;
- sporządzić plan postępowania na wypadek awarii z udziałem szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 3 lub 4 zagrożenia;
- przeprowadzać na swój koszt badania na obecność szkodliwego czynnika biologicznego, tam gdzie jest to konieczne i technicznie wykonalne;
- zapewnić pracownikom środki ochrony zbiorowej lub w przypadku gdy nie można uniknąć narażenia, środki ochrony indywidualnej, odpowiednie do rodzaju i poziomu narażenia;
- zapewnić warunki bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów przez pracowników, z zastosowaniem bezpiecznych i oznakowanych pojemników;
- zapewnić pracownikom systematyczne szkolenie na zasadach określonych w przepisach w sprawie szkoleń bhp¹², aczkolwiek program szkolenia musi obejmować odpowiednią tematykę dotyczącą zagrożeń czynnikami biologicznymi, w tym m.in. z zakresu higieny i postępowania w przypadku awarii z użyciem szkodliwości biologicznych;
- dostarczyć pracownikom pisemnych instrukcji postępowania ze szkodliwym czynnikiem biologicznym;
- niezwłocznie informować wszystkich pracowników narażonych o awarii lub wypadku z użyciem czynnika biologicznego oraz podejmować natychmiastowe działania mające na celu likwidację przyczyn i skutków zaistniałej awarii lub wypadku i zgłaszać powyższe do właściwych jednostek służby medycyny pracy oraz właściwego inspektora sanitarnego.
- zapewnić profilaktyczną opiekę zdrowotną z zakresu medycyny pracy, w tym badania lekarskie do celów przewidzianych w kodeksie pracy^{2,13} oraz informować pracowników o badaniach lekarskich, z których pracownik może skorzystać po ustaniu narażenia
- na wniosek pracownika lub jego przedstawiciela informować go o liczbie pracowników narażonych oraz osobie odpowiedzialnej za bezpieczeństwo i higienę pracy oraz ochronę zdrowia pracowników;
- informować właściwego terenowo państwowego inspektora sanitarnego o użyciu szkodliwego czynnika biologicznego w celach naukowo-badawczych, diagnostycznych lub przemysłowych, co najmniej 30 dni przed dniem użycia po raz pierwszy tego czynnika zakwalifikowanego do grupy 2-4 zagrożenia; w każdym przypadku,

¹² Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. 2004 nr 180 poz. 1860 ze zm.)

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. z 2016 r. poz. 2067)

gdy zachodzą istotne i w ciągu 30 dni po zakończeniu działalności oraz w przypadku każdej awarii lub wypadku, które mogły spowodować uwolnienie się szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do grupy 2-4 zagrożenia;

- zapewnić pracownikom odpowiednie pomieszczenia, urządzenia higieniczno-sanitarne odpowiednio wyposażone, a także środki higieny osobistej oraz środki do odkażania skóry lub błon śluzowych oraz wydzielić pracownikom odpowiednie miejsca do spożywania posiłków;
- zapewnić szczepienia ochronne pracownikom narażonym na działanie szkodliwych czynników biologicznych, na podstawie przepisów ustawy¹⁴. Pamiętać należy aby prace związane z narażeniem na czynniki biologiczne należące do 3 lub 4 grupy zagrożenia były wykonywane jedynie przez personel medyczny uodporniony przy użyciu dostępnych szczepionek^{2,3,7}.

Nie bez znaczenia pozostaje zawodowa ekspozycja na patogeny krwiopochodne, które przenoszone są głównie przez krew, aczkolwiek nie należy pomijać ryzyka transmisji zakażenia poprzez płyny fizjologiczne. Wielu zakażeniom (zakłuciom, zranieniom) można zapobiec poprzez m.in. podniesienie wiedzy personelu medycznego, stosowanie odpowiedniego sprzętu i zabezpieczeń w czasie pracy, jak też przestrzeganie procedur i stosowanie szczepień ochronnych¹⁵. W odniesieniu do zagrożeń przenoszonych drogą powietrzną, niezbędne jest spełnienie opisanych w artykule wymogów prawa i właściwe szkolenie pracowników. Niezbędne jest również spełnienie warunków higieniczno-sanitarnych w obiektach służby zdrowia oraz wysoki poziom higieny wśród personelu¹¹. W czasie trzech fal światowej pandemii, która objęła też nasz kraj, wysoki reżim higieniczny, dystans społeczny i stosowanie zabezpieczeń stał się nieodzownym elementem ochrony zdrowia personelu medycznego.

WNIOSKI:

Obowiązki w zakresie ochrony zdrowia nałożone prawem na pracodawców i inne osoby kierujące podmiotami medycznymi są ogromne. Brak ich realizacji niesie za sobą wiele niekorzystnych skutków zdrowotnych dla personelu medycznego w postaci zakażeń szpitalnych czy chorób zawodowych. W celu zapobieżenia ich powstawaniu niezbędnym jest głębsza wiedza na temat występowania szkodliwych czynników biologicznych, w środowisku pracy i ich poziomu. Brak normatywów higienicznych oraz prawnego obowiązku wykonywania badań i pomiarów tworzy „zaporę”, która uniemożliwia dogłębną identyfikację wszystkich obecnych patogenów oraz ich stopnia narażenia w środowisku medycznym. Braki te można częściowo „uzupełnić” poprzez stworzenie w każdej placówce ochrony zdrowia interdyscyplinarnego zespołu złożonego z lekarza medycyny pracy, specjalisty bhp oraz epidemiologa, którzy łącząc swoją wiedzę w całość zidentyfikują wszystkie czynniki biologiczne w ocenianym środowisku pracy, trafnie wskażą metody ochrony przed zakażeniami oraz opracują wspólnie dokumentację oceny ryzyka zawodowego. Następnie skutecznie prześlą informacje o ryzyku oraz o metodach

¹⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, 2112, 2401, z 2021 r. poz. 159, 180, 255, 616, 981)

¹⁵ M. Rybacki, A. Piekarska (pod redakcją) Zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym u personelu medycznego Poradnik dla lekarzy, Łódź 2013, s.8, s.111.

ochrony przed zagrożeniem zatrudnionym pracownikom. Proces ten nie powinien być jednorazowy lecz cyklicznie uaktualniany i przekazywany. Ciągłe dążenie do poprawy warunków pracy poprzez realizację gigantycznych (opisanych w niniejszym artykule) obowiązków to zadanie pracodawcy, który biorąc pod uwagę dobro najwyższe – zdrowie i życie pracowników winien o tym pamiętać.

BIBLIOGRAFIA

1. PN – 80/Z – 08052:1980 Ochrona pracy. Niebezpieczne i szkodliwe czynniki występujące w procesie pracy. Klasyfikacja.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 roku w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81 poz.716 z późn. zm.)
3. Co warto wiedzieć na temat czynników biologicznych Bakterie – wirusy – grzyby – pasożyty w środowisku pracy. Publikacja w ramach PHARE PL/IB/2002/SO/02 Główny Inspektorat Sanitarny 2005, s. 8, s. 16-17, s. 24.
4. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26.09.1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tekst jednolity Dz. U. Nr 169 poz.1650 z 2003 ze zm.)
5. Dyrektywa 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy
6. Dyrektywa 2010/32/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 696)
8. D. Augustyniak, M. Pośniak, Czynniki szkodliwe w środowisku pracy wartości dopuszczalne, Warszawa 2016, s. 182
9. J. Dudkiewicz, R. Śpiewak, L. Jabłoński, Klasyfikacja szkodliwych czynników biologicznych występujących w środowisku pracy oraz narażonych na nie grup zawodowych, Lublin 2002, s. 3; s. 139-157.
10. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z 2021 r. poz. 1162)
11. J. Mędelewska Czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne w środowisku pracy (wykład), WSM Warszawa 2021
12. Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. 2004 nr 180 poz. 1860 ze zm.)
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (t.j. z 2016 r., poz. 2067)

14. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, 2112, 2401, z 2021 r. poz. 159, 180, 255, 616, 981)
15. M. Rybacki, A. Piekarska (pod redakcją) Zapobieganie zakażeniom krwiopochodnym u personelu medycznego Poradnik dla lekarzy, Łódź 2013, s. 8, s.111.

NOTA BIOGRAFICZNA AUTORA

Mgr inż. Jadwiga Mędelewska ukończyła studia podyplomowe: z ochrony zdrowia publicznego na Wydziale Medycyny Weterynaryjnej SGGW w Warszawie; Rejestracja, ocena, udzielanie zezwoleń i stosowanie ograniczenia w zakresie chemikaliów REACH (unijne) w IMP w Łodzi i bezpieczeństwa, higieny i ochrony pracy PWSOŚ w Radomiu. Jest ekspertem i konsultantem krajowym BHP. Całe życie zawodowe związana z Państwową Inspekcją Sanitarną, gdzie przeszła kolejne szczeble od młodszego asystenta poprzez starszego asystenta i kierownika Sekcji. Od trzech lat kieruje pracą największej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej Polsce jako Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w m.st. Warszawie. Ponadto od kilkunastu lat jest Wykładowcą Akademickim, m.in. WSM Warszawa – studia Podyplomowe BHP (zagrożenia zawodowe, ergonomia i fizjologia, ocena ryzyka zawodowego), EUST OZ Warszawa – zdrowie publiczne, WSiIZ Warszawa studia licencjackie Dietetyki Stosowanej i klinicznej. Z powodzeniem przygotowuje i prowadzi autorskie wykłady dla studentów studiów I i II stopnia oraz studiów podyplomowych z zakresu związanego ze zdrowiem publicznym, tj. Nadzór sanitarno-epidemiologiczny; Działalność zapobiegawcza i przeciwepidemiczna; Urzędowa kontrola żywności; Analiza zagrożeń i ocena ryzyka zawodowego; Zagrożenia zawodowe (biologiczne, chemiczne, fizyczne); Ergonomia i fizjologia pracy; Medyczne aspekty organizacji stanowisk pracy; Organizacja Żywnienia w zakładach żywienia zbiorowego.

Chętnie nawiązuje współpracę instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz zdrowia publicznego.

e-mail: jagodamedel@op.pl

jadwiga.medelewska@pssewawa.pl

Robert Nowakowski

instruktor AutoCAD / Autodesk, GstarCAD, instruktor wspinaczki sportowej AWF/
ekiper PZA, Taternik Samodzielny / Taternik Jaskiniowy, instruktor Alpinistycznych Technik
Linowych, instruktor pierwszej pomocy EFR / ERC / AHA / KSRG, strażak / ratownik KPP,
ratownik drogowy, ratownik GOPR, pedagog

FELINOTERAPIA**FELINE THERAPY****Streszczenie**

Artykuł porusza zagadnienie terapii z udziałem kotów. Jest to młoda dziedzina animaloterapii, czyli czynności terapeutycznych i rehabilitacji psychicznej oraz fizycznej osób potrzebujących, przy udziale zwierząt. W Polsce ten rodzaj terapii stosuje się od grudnia 2005 roku, jednak w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych czy Szwecji od kilkudziesięciu lat jest znaną działalnością w zakładach karnych, domach seniorów czy hospicjach. Celem terapii z udziałem kota, jest poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego poprzez kontakt ze zwierzęciem. Udowodniono, że osoby posiadające mruczka statystycznie żyją dłużej niż osoby, które mruczka nie posiadają. Ponadto u właścicieli kotów spada ryzyko wystąpienia zawału serca. Wydawane przez kota niskie tony podczas mruczenia (czyli tak zwane infradźwięki) obniżają ciśnienie krwi i poziom cholesterolu, przynoszą ulgę w bólu, łagodzą stres, wspomagają też regenerację kości, mięśni i ścięgien. Stymulują też zmysły w przypadku zaburzeń nerwowych i psychicznych. Dlatego właśnie kontakt z kotem odpręża, pobudza układ odpornościowy i pomaga w walce z przeróżnymi zaburzeniami.

Słowa kluczowe: terapia, kot, animaloterapia

Summary

The article discusses the issue of therapy with the participation of cats. It is a young field of animal therapy, i.e. therapeutic activities and mental and physical rehabilitation of people in need with the participation of animals. In Poland, this type of therapy has been used since December 2005, but in Great Britain, the United States and Sweden it has been a well-known activity in prisons, seniors' homes and hospices for several decades. The goal of therapy involving a cat is to improve physical and mental health through contact with the animal. It has been proven that people with a purr statistically live longer than people who do not have a purr. In addition, cat owners are at a lower risk of having a heart attack. The low tones emitted by the cat while purring (i.e. so-called infrasound) lower blood pressure and cholesterol levels, relieve pain, relieve stress, and support the regeneration of bones, muscles and tendons. They also stimulate the senses in case of nervous and mental disorders. That is why contact with a cat relaxes, stimulates the immune system and helps in the fight against various disorders.

Keywords: therapy, cat, animal therapy

WSTĘP

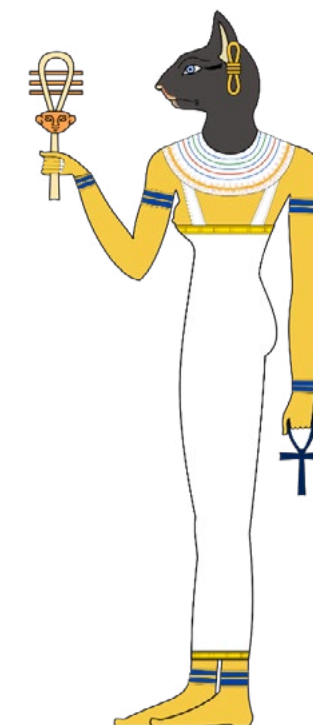
Kot domowy (*Felis catus*, również *Felis silvestris catus* lub *Felis (silvestris) domesticus*) – udomowiony gatunek ssaka z rzędu drapieżnych z rodziny kotowatych. Koty zostały udomowione około 9500 lat temu i są obecnie najpopularniejszymi, obok psów, zwierzętami domowymi na świecie. Gatunek prawdopodobnie pochodzi od kota nubijskiego, przy czym w Europie krzyżował się ze żbikiem.

W czasach starożytnego Egiptu żyły dwa rodzaje kotów. Jeden to koty dzikie (*Felis chaus*), a drugi to koty domowe (*Felis silvestris libyca*). Jednak Egipcjanie nie rozróżniali żadnych gatunków kotów i wszystkie jednakowo nazywano w formie męskiej „miu” lub w formie żeńskiej „miit”. Można zakładać, że nazwa ta wzięła się od dźwiękonaśladowczego „miauczenia” kotów.

Na malowidłach w prywatnych grobowcach można zobaczyć koty siedzące pod lub obok krzesła gospodarza domu, lub towarzyszące swemu panu podczas polowań w papirusowych zaroślach. Symboliczny i religijny wizerunek kota wykorzystywano także w biżuterii, a zwłaszcza w naszyjnikach.

Rzeźby i malowidła w sarkofagach zwykle przedstawiały koty w pozycji siedzącej, z dumnie naprężoną, smukłą szyją ozdobioną pięknymi koralami z uniesioną do góry głową. Wizerunki kotów ozłacano i ozdabiano najdroższymi kamieniami.

Potrzeba udomowienia kota wiązała się przede wszystkim z łowczymi umiejętnościami tych zwierząt.



Źródło: <https://www.odkrywamyzakryte.com/koty-kulturze-egipskie>



W starożytnym Egipcie, który był olbrzymim spichlerzem zboża rejonu śródziemnomorskiego, walciono z plagami gryzoni, głównie myszy i szczurów, które niszczyły zbiory i zapasy żywności. Dlatego też koty, jako zwierzęta niezwykle łowne, sprytnie i aktywne głównie nocą, były sprzymierzeńcami człowieka do walki ze szkodnikami. Udomowione koty przybyły do Europy wraz z rzymskimi legionami, które opuszczały Egipt i na dobre zagościły w domach nie tylko Egipcjan.

Koty stanowiły ważną część egipskiej społeczności. Były chronione prawem. Traktowano je z należytym szacunkiem, a nawet pozwalano im jadać z domownikami przy wspólnym stole. Utożsamiano je z cechami władców, czyli siłą, dumą, potęgą, męstwem, dostojanością, dynamicznym i efektywnym

działaniem. Egipcjanie starali się zapewnić kotom jak najlepsze życie. W czasie licznych pożarów nawiedzających miasta, ich mieszkańcy najpierw ratowali koty, a później dopiero swój majątek. Kota nie wolno było wywieźć do sąsiednich krajów, skrzywdzić, a tym bardziej zabić.

Śmierć kota oznaczała żałobę dla wszystkich domowników. Trzeba było godnie je pochować i celebrować żałobę. Na jej znak Egipcjanie golili sobie brwi. Ciało zmarłego kota owijano w płótno i zawożono do świątyni, gdzie kapłani zajmowali się jego balsamowaniem, co miało zapewnić im wieczność. Tak zmumifikowane ciała były chowane w świątynnych katakumbach, do których wkładano kocie „prysmaki”: myszy, szczury oraz mleko. Najwięcej kocich grobów znajdowało się w świątyniach w Bubastis, Abydos, Gizie, Beni Hassan oraz Denderah. Egipcjanie wierzyli również w symboliczne znaczenie pojawienia się kota we śnie, który miał zwiastować udane i obfite plony¹.

1. Definicja felinoterapii

Felinoterapia zwana też po prostu koto-terapią jest jedną z form animaloterapii, gdzie kot stanowi pomost, po którym terapeuta może dotrzeć do pacjenta i nawiązać z nim kontakt. Felinoterapia jest zatem formą terapii kontaktowej. Jej głównym założeniem jest to, że kontakt ze zwierzęciem przyczynia się do poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego pacjenta. Kontakty z kotem zwiększają czynności poznawcze i polisensoryczne pacjenta. Jest to terapia, która dzięki obcowaniu ze zwierzęciem, buduje i rozwija zdolność okazywania uczuć i własnych emocji, pomaga przełamywać wszelkiego rodzaju ograniczenia i zmniejsza poczucie samotności. Felinoterapia to także nauka przez zabawę, wspierana udziałem pupila – będącego jednocześnie terapeutą. Chwile spędzane z kotem nie tylko emanują ciepłem miękkiego futra i spokojnym mruczeniem, jest to klucz do lepszego życia.

Nazwa felinoterapia pochodzi od łacińskiego słowa felis - kot oraz greckiego therapeia, czyli opieka, leczenie².

Za twórcę terapii z udziałem kotów uznaje się Nise da Silveira, brazylijską psychiatrę. Była jedną z zagorzałych przeciwniczek używania agresywnych metod w leczeniu pacjentów z zaburzeniami o podłożu neurologicznym. Na swój oddział jako pierwsza wprowadziła początkowo jednego kota. Obserwując pozytywne reakcje ze strony pacjentów, powiększyła liczbę zwierząt do pięciu.

W Polsce natomiast po raz pierwszy przeprowadzono zajęcia terapeutyczne z udziałem kota w 2005 r. Mirosław T. Wende w Toruniu, wspólnie ze swoim kocurem o imieniu Gucio, odwiedzał starsze osoby w ośrodku pielęgnacyjno-opiekuńczym. Prowadził też ćwiczenia



w przedszkolu, szkole podstawowej i gimnazjum, w których brały udział dzieci niepełnosprawne fizycznie i psychicznie. Został on również twórcą Fundacji „Mruczający Terapeuta” w Olsztynie. Dzięki temu programowi wprowadzono do Polski plan terapii z uczestnictwem kota, stosowany w placówkach opieki społecznej i pracy z niepełnosprawnymi (Black, 2015; Goleman i in., 2012; Felinoterapia w Polsce, 2008)³.

Na czym polega felinoterapia?

Felinoterapia, najogólniej mówiąc, polega na polepszeniu kondycji psychicznej i fizycznej człowieka poprzez kontakt kota z jego opiekunem. W zależności od pacjenta, terapia może przebiegać bardzo różnie. Przede wszystkim jednak jest to terapia polegająca na kontakcie z kotem: głaskaniu, przytulaniu się do zwierzęcia, zabawie z nim (np. rzucanie papierków), pielęgnacji, czesaniu, opiece, np. karmieniu, czy zmienianiu kuwety lub choćby tylko trzymaniu kota na kolanach. Sama obserwacja zachowania zwierzęcia w różnych sytuacjach, czy wręcz tylko przebywanie w jego towarzystwie może działać terapeutycznie. Przedstawimy wszystkie te aspekty w badaniach na końcu niniejszej pracy.

Zwierzęta znajdujące się w naszym otoczeniu odgrywają także wielką rolę integracyjną i społeczną. Wszędybyski kot staje się obiektem zainteresowania nawet ludzi zamkniętych w sobie, nie mających potrzeb integrowania się ze społeczeństwem. Kot może stać się tematem rozmów, dyskusji oraz przedmiotem troski większości pacjentów. Kot ułatwia asymilację nowemu członkowi społeczności w ośrodku opieki, szpitalu czy hospicjum. Niejednokrotnie wspólna opieka nad kotem lub wspólna rozmowa o kocie godzi zwaśnionych oraz buduje więzi w grupie chorych. Felinoterapia polecana może być w zasadzie wszystkim osobom: samotnym, w starszym wieku, niepełnosprawnym lub chorym (zarówno fizycznie, jak i psychicznie), dorosłym, dzieciom i nie tylko. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszego artykułu wśród osób zdrowych dadzą zaskakujące wyniki. Koty wspaniale sprawdzają się też w działaniach edukacyjnych w szkołach i przedszkolach oraz np. w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych, w więzieniach itd⁴.

Tu sprawdzają się lepiej niż psy z wielu powodów, m.in. z bardzo prozaicznego – w wielu przypadkach podopieczni takich ośrodków nie mają możliwości swobodnego wychodzenia na spacer i koty są bardziej społecznie i przyjaźnie nastawione do przebywania wspólnie między sobą.

2. Rola felinoterapii w poprawie stanu zdrowia

Funkcje fizyczne

W tym zakresie najszerze i najwszechstronniejsze działanie ma hipoterapia. Hipoterapia jest to metoda rehabilitacji ruchowej prowadzona przy udziale konia. Koń o wzroście 130 -140 cm w kłębie wykonuje w stępie ok. 110 kroków na minutę, co odpowiada szybkości ludzkiego chodu. Spośród ras koni hodowanych w Polsce najlepiej wymogi te spełniają koniki polskie, hucyły i fiordy, cechujące się ponadto łagodnym charakterem, flegmatycznym temperamentem i dużą wytrzymałością. Miednica pacjenta siedzącego biernie na koniu oprowadzanym stępem wprawiana jest w ruch trójwymiarowy – do przodu, na boki i rotacyjny – co koduje w mózgu pacjenta prawidłowy wzorzec chodu, nawet jeśli nigdy przedtem nie chodził on samodzielnie. Ciepłota ciała konia, którego temperatura przewyższa o 1-1,5°C temperaturę ludzkiego ciała, sprzyja rozluźnieniu się mięśni jeźdźcy znajdujących się w stanie przykurczu

¹ Koty w kulturze egipskiej, <https://www.odkrywamyzakryte.com/koty-kulturze-egipskiej/>, data korzystania 7 I 2019

i dlatego hipoterapia uznawana jest za jedną z podstawowych metod rehabilitacji pacjentów z dziecięcym porażeniem mózgowym. Nie jest znany inny „przyrząd” lub terapia, która byłaby w stanie wywołać podobne efekty! Jazda na koniu i wykonywane na nim ćwiczeń poprawiają równowagę i orientację przestrzenną oraz koordynację ruchów i ogólne ukrwienie mięśni człowieka. Przez to jazda konna pozytywnie wpływa na stan zdrowia i ogólną sprawność chorych. Jest to istotne szczególnie w terapii pacjentów z zespołem Downa i stwardnieniem rozsianym.

Innego rodzaju działanie terapeutyczne w sferze fizycznej wywiera Felinoterapia. Głaskanie i przytulanie kotów usprawnia zniekształcone kończyny nie tylko dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, ale także osób w podeszłym wieku cierpiących na ograniczenia narządu ruchu. Kot cechuje się bowiem temperaturą ciała 38-39°C, a więc kontakt człowieka z kotem nosi również znamiona terapii ciepłem. Ponadto ujemna jonizacja sierści ma działanie uśmierzające ból, gdyż miejsca chorobowo zmienione na ciele człowieka są nalaadowane dodatnio. Mruczenie kota ma także działanie relaksujące i uspokajające. Wyciszenie, poprzez głaskanie kota, obniża u człowieka ciśnienie krwi i jak mówią statystyki, zmniejsza o 3% prawdopodobieństwo zawału, a u ludzi chorych po przebytym zawałe – o ok. 30% zwiększa szanse przeżycia.

Funkcje psychiczne

Wpływ kontaktu ze zwierzętami, na psychikę osób chorych i niepełnosprawnych jest nie do przecenienia. To dobroczynne działanie było doceniane w przeszłości i dlatego pierwszymi placówkami opieki zdrowotnej, do których wprowadzono zwierzęta, były ośrodki dla chorych nerwowo i psychicznie.

Pacjenci, którzy przeżyli ciężkie załamanie nerwowe lub cierpieli na inne choroby na tle nerwowym, dzięki zajęciom z udziałem zwierząt (jazda konna, zabawa z psami i kotami czy opieka nad zwierzętami gospodarskimi) wracali szybciej do stanu równowagi. [...] Już Sigmund Freud zaobserwował, że obecność psa podczas sesji psychoterapeutycznych powodowała, iż pacjenci chętniej otwierali przed nim swoje duchowe „wnętrze”. Wspomniany już Boris Levinson zauważył w 1953 r., że badany przez niego autystyczny chłopiec prędkiej zaprzyjaźnił się z psem terapeuty, niż nawiązał kontakt z nim samym. W ostatnich latach, przezwyciężając wieloletnie opory natury higienicznej, zezwolono na wprowadzenie psów lub kotów do domów seniora, zakładów karnych, a także hospicjów. Możliwość kontaktu, zabawy lub opieki nad zwierzętami, redukowało uczucie samotności u osób starszych, zachowania agresywne u więźniów, a terminalnie chorym poprawiała nastrój.

Funkcje edukacyjne

Dzieci z deficytami intelektualnymi znacznie zyskują pod wpływem hipoterapii, dogoterapii, jak również zajęć z delfinami. Niepostrzeżenie, w trakcie zabawy, przyswajają treści, których opanowanie w tradycyjnej szkolnej ławie przysparzało im trudności. Jeżdżąc i ćwicząc na koniu bądź bawiąc się z psem (czy kotem), uczą się liczyć i nazywać części ciała zwierzęcia, oceniać kolor, wielkość i odległość różnych obiektów, lokalizując je przestrzennie. Dzieci z trudnościami w czytaniu lepiej i chętniej czytają w obecności przyjaznego zwierzęcia, który nie krytykuje, nie ocenia, a kocha bezwarunkowo i akceptuje każdą ułomność. Stąd w USA w niektórych szkołach pojawiły się „zwierzęta-nauczyciele”.

Dzieci autystyczne i z zespołem Downa w trakcie hipoterapii i dogoterapii poznawały więcej słów. Zabawa z delfinami w basenie pobudzała funkcje intelektualne także wskutek

czysto fizycznego działania. Emitowane przez delfiny w procesie echolokacji fale ultradźwiękowe stymulowały mózgi pacjentów, wpływając na rozwój mowy.

Ciekawie opisuje te zagadnienia Beata Kulisiewicz w swojej książce „Witaj, piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych”.

Autorka w swej publikacji podaje, jak zorganizować zajęcia i jak według niej powinny one wyglądać. Oprócz tego można znaleźć w owej pozycji przykłady ćwiczeń dla dzieci na postrzeganie samego siebie, orientację przestrzenną, samodzielność, koordynację ruchowo-wzrokową, doskonalące umiejętność liczenia, analizy, klasyfikacji, rozpoznawania i nazywania kolorów, myślenie przyczynowo-skutkowe czy na rozwój mowy. W innym rozdziale opisany jest rytm i jego wpływ na rozwój dziecka oraz to, jak możemy rytm wykorzystać w zajęciach. Dzieci i psy najlepiej uczą się poprzez zabawę, dlatego warto w zajęcia wplatać elementy zabaw z psami. Nawet jeżeli pies jest tylko elementem dekoracyjnym tej zabawy. W jej książce znajdziemy kilka pomysłów na zorganizowanie zabaw dla dzieci w psiej tematyce. Miłym elementem książki jest rozdział z dodatkami (kolorowanki, ilustracje czy kontury, wzór do ćwiczeń grafomotorycznych i kwestionariusz do wstępnej diagnozy dziecięcych umiejętności) jakie możemy wykorzystać podczas zajęć z dziećmi.

Książka „Dogoterapia we wspomaganiu nauki i usprawnianiu techniki czytania”, również autorstwa Beaty Kulisiewicz, opisuje, dlaczego akurat psy są pomocne dzieciom przy doskonaleniu zdolności czytania i jakie są przyczyny trudności w nauce czytania. Oprócz tego znajdziemy krótką charakterystykę takich zajęć oraz przykładowe ćwiczenia dla dzieci usprawniające ich technikę czytania. Ćwiczenia są podzielone według etapów zaawansowania dziecka



Źródło: <http://www.julkaimy.pl/category/ogolne/page/16/>

w czytaniu. Zaskoczeniem może być fakt, że autorka nie proponuje tylko statycznych ćwiczeń, ale również drobne zajęcia ruchowe. Zarówno w poprzedniej pozycji, jak i w tej, znajduje się rozdział z dodatkami wspomagającymi organizację zajęć i ćwiczeń dla dzieci. Wiele tych dodatków inspirowe do szukania i wymyślania własnych kart pracy dla dziecka.

Obie wspomniane książki zawierają dużo ładnych ilustracji, które pomagają objaśnić o co w danym ćwiczeniu chodzi lub są obrazkiem, na którym należy wykonać ćwiczenie. Wydaje mi się, że przedstawione rysunki będą zachęcać dzieci do wykonania danych ćwiczeń⁵.

⁵ <http://na-kanapie-siedzi-pies.pl/ksiazki-o-kynoterapii-przeglad/>, data korzystania 2019. 02. 12

Funkcje motywacyjne

Warunkiem skuteczności wszelkich form rehabilitacji jest współpraca pacjenta z terapeutą i chętnie wykonywanie zaleconych ćwiczeń. W takich przypadkach wprowadzenie do terapii zwierząt może dodatkowo zmotywować pacjenta. Kontakt z kotem może wzmocnić motywację:

a) u dzieci, które rzadko dostrzegają związek przyczynowo-skutkowy zabiegów rehabilitacyjnych, nieraz żmudnych i monotonnych, a czasem bolesnych, z poprawą stanu zdrowia i sprawności,

b) u pacjentów dorosłych, u których pojawiają się nieraz stany przygnębienia lub zniechęcenia, kiedy odmawiają oni dalszego uczestniczenia w zajęciach, sądząc, że „i tak nic to nie pomoże”.

Ćwiczenia w sali, na przyrządach, zalecane w terapii mózgowego porażenia dziecięcego, dla osiągnięcia efektu wymagają wielu powtórzeń i konsekwentnego wykonywania przez dłuższy czas. Prowadzi to do szybkiego znużenia i zniechęcenia, podczas gdy takie same ćwiczenia wykonywane (w towarzystwie cierpliwego i przyjaznego zwierzęcia) stanowią dla dziecka świetną zabawę, podczas której nie ma ono świadomości uczestniczenia w terapii. Nagle znikają dotychczasowe ograniczenia, a nawet wykonywać czynności, jakie niekoniecznie potrafią zdrowi rówieśnicy. Kot jest dla dziecka przyjacielem i partnerem, a nie „władzą”, jak może być postrzegany rodzic, nauczyciel czy terapeuta. Nic więc dziwnego, że w zajęciach ze zwierzętami dziecko uczestniczy chętnie i nie może się doczekać dni, w które przypadają. Dzieci autystyczne nie postrzegają dotykania i głaskania miękkiej, puszystej sierści kota, jako „intruzji” w ich świat wewnętrzny – odwrotnie, w miarę trwania terapii akceptują coraz więcej takich „intruzji”, poznają coraz więcej słów, na ich twarzach pojawia się uśmiech, a współpraca z terapeutą i opiekunami jest coraz lepsza. Oczywiście, terapia z udziałem zwierząt nie wyleczy z autyzmu, ale przyniesie ważne zmiany zachowania i większą adaptację społeczną.

Terapie z udziałem zwierząt nie oddziałują tylko na jedną sferę odczuć pacjenta. Najczęściej wywierają efekt skumulowany, łączący w sobie np. funkcję fizyczną (usprawnianie) z psychiczną, motywacyjną lub edukacyjną, a często łączą je wszystkie naraz⁶.

Terapie z udziałem zwierząt w rehabilitacji różnych form niepełnosprawności

Już w pierwotnych wspólnotach ludzkich, np. łowiecko-zbierackich, zdawano sobie sprawę ze specyficznych właściwości zwierząt, pozytywnie oddziałujących na zdrowie i samopoczucie człowieka. Na przestrzeni wieków podejmowano sporadyczne działania w kierunku wykorzystania tych właściwości do celów terapeutycznych, gdyż kontakt człowieka i zwierzęcia był o wiele częstszy. Dopiero w latach 60-tych i 70-tych XX wieku zajęcia z udziałem zwierząt zyskały uznanie jako proces wspomagający terapię schorzeń zarówno somatycznych, jak i psychicznych.

W pierwotnych społecznościach przypisywano niektórym gatunkom zwierząt nadprzyrodzone właściwości. Po udomowieniu poszczególnych gatunków przekonanie to umocniło się w stosunku do niektórych z nich. Najwcześniej udomowionym przez człowieka zwierzęciem był pies, toteż już w państwie sumeryjskim i egipskim czczono bóstwa przedstawiane z psią głową lub w towarzystwie psa. Natomiast starożytni Grecy szybko odkryli właściwości psiej

śliny wspomagające gojenie ran, toteż, specjalnie w tym celu, utrzymywali przy świątyniach psy.

Również starożytni Grecy i Rzymianie znali prozdrowotne właściwości jazdy konnej oraz pływania wspólnie z delfinami. Z biegiem czasu coraz częściej doceniano pozytywny wpływ kontaktu ze zwierzętami na osoby chore psychicznie, cierpiące na epilepsję czy stany depresyjne. Już w XVIII-wiecznym zakładzie dla umysłowo chorych York Retreat w Anglii pacjentom powierzano właśnie opiekę nad zwierzętami - królikami. Także w XIX wieku w różnych krajach Europy, zwłaszcza w Anglii i Niemczech, w zakładach opiekuńczych powstawały farmy, gdzie jedną z form terapii epileptyków były zajęcia z udziałem zwierząt gospodarskich. Natomiast jazdę konną, jako formę fizycznej i psychicznej rehabilitacji, stosowano u żołnierzy rannych na wojnie burskiej. Także podczas I wojny światowej stosowano tego rodzaju terapię w Anglii, a po II wojnie światowej doceniono jej pozytywne aspekty także w USA.

Zwrotu „terapia z udziałem zwierząt” jako pierwszy użył amerykański psychiatra dziecięcy Boris Levinson w 1964 r. W swoich pracach nazwał psa „współterapeutą”. W latach 70-tych XX wieku, w USA i Europie Zachodniej, prowadzone były obserwacje kliniczne, które dowiodły korzystnego wpływu zwierząt, szczególnie psów i koni, na poprawę funkcjonowania pacjentów w sferze zarówno fizycznej, jak psychicznej.

Potwierdzały to coraz szerzej zakrojone badania naukowe, np. w 1982 r. w USA prowadzono już 75 programów wykorzystywania zwierząt w celach terapeutycznych, a na uczelniach znajdowały się aż 44 projekty badawcze.

Dogoterapia znajduje zastosowanie w leczeniu pacjentów z autyzmem, który występuje u około 5% wszystkich osób z niepełnosprawnością intelektualną. Osiowym objawem autyzmu jest nieskuteczna komunikacja interpersonalna oraz brak rozwiniętej tzw. teorii umysłu. Chory na autyzm nie rozumie otaczającego go świata, a w szczególności relacji społecznych, co kumuluje w nim lęk i wywołuje czasami agresję. Prekursorem badań nad wykorzystaniem dogoterapii w leczeniu spektrum autystycznego był Boris Levison. Prowadził on terapię dzieci z rozpoznanym autyzmem w obecności psów. Dzięki interaktywnej zabawie ze zwierzętami mali pacjenci stali się bardziej komunikatywni, a przez to lepiej funkcjonowali w społeczeństwie.

W trwających 13 miesięcy eksperymencie brały udział dwa psy: labrador i owczarek niemiecki. Po zakończeniu terapii dzieci miały lepsze wyniki w nauce oraz płynniej i szybciej czytały. Były także bardziej skoncentrowane i pewniejsze siebie, poprawiło się również ich zachowanie w relacji uczeń-uczeń i uczeń-nauczyciel. Wyniki tego badania skłoniły władze oświatowe do powszechnego wprowadzenia do przedszkoli i szkół podstawowych zajęć dogoterapeutycznych.

Od 2001 roku trwają intensywne badania nad stosowaniem dogoterapii w leczeniu fobii, a zwłaszcza agorafobii. Szacuje się, że tylko w USA na tę przypadłość zapadło 8 mln osób. Lęk przed otwartymi przestrzeniami utrudnia im normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Dlatego postanowiono przydzielać tym pacjentom psy terapeutyczne, które hamują napady paniki, stając się gwarantem bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej.

Co zaś się tyczy niepełnosprawności intelektualnej to zbadano wpływ dogoterapii na dzieci z zespołem Downa. Eksperyment trwał 3 miesiące. W tym czasie dzieci uczestniczyły w sesjach dogoterapeutycznych z udziałem owczarka niemieckiego pięć razy w tygodniu. Dogoterapia poprawiła komunikację werbalną i pozawerbalną u badanych dzieci. Poprawa okazała się bardziej efektywna w obecności psa i nauczyciela niż w obecności samego nauczyciela. Celem

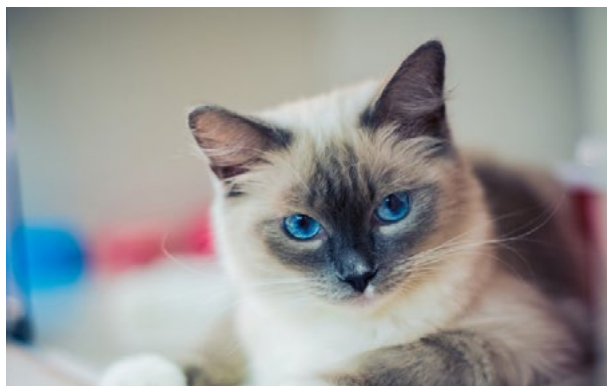
⁶ *Terapie z udziałem zwierząt w rehabilitacji różnych form niepełnosprawności*, praca zbiorowa pod red. Tomasz Derewiecki, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, Zamość 2014.s. 7.

badania była ocena skutków społecznych obecności psa terapeutycznego na werbalne i poza-werbalne interakcje dzieci z zespołem Downa⁷.

Rasy kotów wykorzystywane w terapii

W felinoterapii najważniejszym elementem jest wybór odpowiedniego kota. Obok predyspozycji psychicznych zwierzęcia ważny jest również jego wygląd. Jedną z ras wykazujących predyspozycje terapeutyczne jest ragdoll. Nazywane są bardzo często „szmacianą lalką”, ponieważ mają umiejętność rozluźniania mięśni, np. podczas podnoszenia. Zazwyczaj są wykorzystywane w kuracji dzieci niepełnosprawnych, osób chorych na Parkinsona czy też stwardnienie rozsiane. Idealnie sprawdzają się w terapii osób chorych na reumatyzm⁸.

Ich charakterystyczną cechą jest przyjacielski charakter. Są to koty bardzo spokojne, a nawet czasem trochę ciamajdowate. Większa część reprezentantów tej rasy lubi życie „niskopodłogowe”, a to znaczy, że wolą leżeć na dywanach niż wspinać się. Jak powietrza potrzebują ludzkiej obecności, uwagi oraz miłości, co w felinoterapii jest bardzo



Źródło: <http://futerkowce.pl/koty-rasy-ragdoll/>

ważną cechą wśród zwierząt. W świecie ragdoli zachowania agresywne są obce, przez co idealnie nadają się do domów, gdzie znajdują się dzieci, od których zupełnie nie stronią. Z niewzruszonym spokojem reagują na ruchliwe oraz głośne zabawy. Ciekawą cechą ich natury jest umiejętność szybkiego uczenia się różnych sztuczek, np. podawania łapy, aportowania. Właściciele często mówią o nich jako o psach w kociej skórze.

Oprócz szczególnych cech usposobienia mają ponadto wyjątkowy wygląd. Są to koty masywne, dobrze umięśnione, okryte jedwabistym i półdługim, miękkim futrem.

Na liście ras kotów biorących udział w felinoterapii jest również maine coon. To szczególnie ciekawskie, milutkie oraz uwielbiające nieustannie bawić się zwierzęta. Maine coon to kot niezwykle łagodny, szybko przywiązujący się do opiekuna, lubiący jego obecność, a także zabawy z nim. Zwierzaki muszą być cały czas w obecności ludzi, ponieważ niezbyt dobrze znoszą samotność⁹. Ich charakterystyczną cechą jest przede wszystkim wielkość ciała. Wyróżniają je: muskularna budowa, ogromne uszy z obfitymi pędzelkami na ich zakończeniu oraz niezwykle duże, wyraziste, przypominające kształt migdałów oczy w kolorze bursztynowym albo też zielonym. Okrywa włosowa jest u tej rasy bardzo miękka, delikatna, co w felinoterapii stanowi bardzo ważny element terapii osób zmagających się z chorobami wymagającymi stymulacji sensorycznej. Najbardziej rozpowszechniona barwa tych kotów to czarna przegrywana, często z niewielkim dodatkiem białego koloru. W ramach podstawowej pielęgnacji nie



Źródło: <https://www.thedodo.com/largest-cat-nyc-1969855947.html>

wolno zapominać o okresowym przeczesywaniu futra. Zabieg ten jest włączany w formę ćwiczeń pacjenta w celu poprawy jego zdolności motorycznych. Dzieci natomiast uczą się, w jaki sposób należy dbać o wygląd zewnętrzny kota¹⁰.

Inną rasą polecaną w felinoterapii jest kot rasy perskiej czy kot rasy brytyjskiej. Zwykły kot europejski, bury dachowiec i przedstawiciele wielu innych ras kocich mogą także wspomagać powrót do sprawności fizycznej oraz psychicznej pacjentów, jednak wszystko zależy od predyspozycji charakterologicznych zwierzęcia oraz wcześniejszych doznań związanych

z człowiekiem. Zawsze należy pamiętać o tym, że to nie rasa a natura przede wszystkim predysponują osobnika do udziału w zajęciach¹¹.

Opierając się na własnym doświadczeniu w codziennym wychowywaniu kota „dachowca” stwierdzam, że trzeba włożyć więcej pracy w ułożeniu ww. „rasy”. Jest to z drugiej strony swoiste wyzwanie dla opiekuna.

Koty rasowe są przewidywalne. Charakteryzują się ściśle określonymi cechami. Dachowiec właśnie dlatego nie jest kotem rasowym, że trudno wskazać u niego cechy występujące regularnie i w każdym przypadku, więc jeśli lubisz niespodzianki – dachowiec jest dla Ciebie! Koty dachowe charakteryzują się różnorodnym ubarwieniem i nieprzewidywalnym charakterem. Czasem mogą mieć niektóre cechy kotów rasowych, ale to, jaki będzie miał charakter i docelowy wygląd – okaże się, jak kociak już urośnie. Wiele zależeć będzie od odpowiedniego wychowania¹².

Wychowanie takiego podopiecznego wymaga cierpliwości, czasu spędzonego na wspólnej zabawie i nauce, opieki pielęgnacyjnej (karmienia, sprzątania, czesania, obcinania pazurków, wizyt u weterynarza, itd.). Kot odwzajemni się wspólnym spaniem, mručeniem, domaganiem się głaskania, zachęcaniem do wspólnej zabawy. W długie jesienne i zimowe wieczory chętnie posłucha jak czytasz mu książkę czy obejrzy z Tobą film. Wita Cię pierwszy, kiedy wchodzisz do domu. Przebywanie w towarzystwie kota uspokaja charakter, daje poczucie bliskości. Świadomość opieki nad kimś bliskim zmusza człowieka do organizacji czasu pracy i odpoczynku, czasem wyrzeczeń. Jest to kurs wychowania dziecka w trybie przyspieszonym.

¹⁰ Adam i in., 2010.

¹¹ E. Horoszewicz, op.cit., str. 8.

¹² N. Parchimowicz, Kot dachowiec. Wady i zalety kota nierasowego, <https://www.koty.pl/kot-dachowiec-wady-zalety/> data korzystania 2019.02.13

⁷ K. Sipowicz, E. Najbert, T. Pietras, *Dogoterapia: terapia z udziałem psa: podstawy kynopedagogiki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.

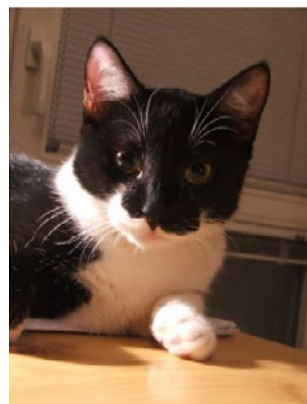
⁸ Budzyńska-Wrzesień i in., 2012; Goleman i in., 2012; Bekasiewicz, 2008.

⁹ Bekasiewicz, 2008.

Obserwujesz, jak po raz pierwszy otwiera oczy, po raz pierwszy miały, stawia pierwsze kroki, uczy się życia pod twoją opieką. Ty natomiast uczysz się opieki, cierpliwości (sprzątając po raz kolejny wylaną miskę mleka czy potłuczone bombki choinkowe) aż po uzyskanie kociej dojrzałości, czasem założenie rodziny przez swojego pupila aż po starość i niestety chorobę czy śmierć.

Uczy to innego postrzegania życia. Świadomości, że nic nie jest wieczne, że są dni lepsze i gorsze w życiu każdego z nas. Nieodkładania rzeczy na później bo czas bardzo szybko przemija, życia dniem dzisiejszym – tu i teraz z nadzieją na lepsze jutro. Uczy szacunku i wyrozumiałości dla innej żywej istoty. Opieki nad słabszymi wymagającymi naszego wsparcia szczególnie w trudnych chwilach czy chorobie.

Poznaj mojego Sharmę. Dziś niestety już nie żyje, jednak przeżyliśmy razem wspaniałe chwile. Niesamowite było dać komuś dom i otoczyć go opieką rodzicielską przechodząc przez wszystkie ww etapy. Niejednokrotnie Sharma był powiernikiem moich tajemnic, wiernym słuchaczem, do którego można było się przytulić i zasnąć w spokoju. Wręcz czuć się bezpiecznie w jego towarzystwie. Może każdy człowiek powinien poddać się felinoterapii?

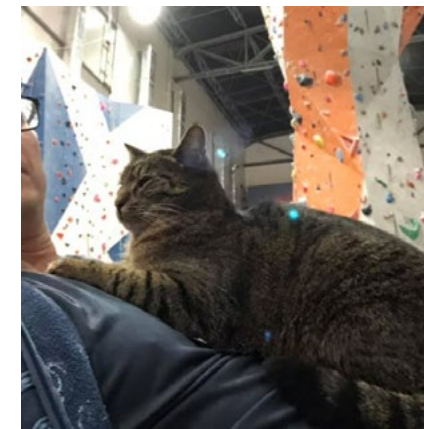


Źródło: opracowanie własne.

Teraz nie mam już własnego kota i może dlatego też gdzieś w podświadomości tęsknię i potrzebuję takiego kontaktu. Moją pasją od 25 lat jest wspinaczka sportowa, której jestem instruktorem. Uprawiam ten sport kilka razy w tygodniu i zauważyłem, że mimo iż jeden z obiektów sportowych jest na drugim końcu miasta (w korkach ok. 1,5 godz. w jedną stronę) to chętniej tam przychodzę niż na inne obiekty tego typu, ponieważ mieszka tam bardzo ładny i przyjazny kot o imieniu Mak.

Wprowadza on magiczną atmosferę spokoju, opieki (Mak zawsze chodzi wśród wspinaczy, jakby kontrolując, czy wszystko jest w należytym porządku, czy wszyscy są i czy jest bezpiecznie). Chętnie przytula się (szczególnie do dzieci) oraz zasypia na ich kolanach pozwalając się głaskać w nieskończoność.

Nikt nie protestuje, wręcz przeciwnie - każdy zabiega, aby Mak do niego podszedł i zaszczycił mručeniami, czy przytulaniem się.



Źródło: <https://www.facebook.com/pg/ArenaWspinaczkowaMakak/posts/>

3. Psychologiczne aspekty felinoterapii

Wykorzystywanie zwierząt, kontaktu z nimi w leczeniu niesie za sobą wiele pozytywnych aspektów tej metody. Waleciami stosowania felinoterapii są: przełamywanie barier psychicznych, radzenie sobie z kontaktem z inną istotą (zwierzęciem, człowiekiem), nauka okazywania bliskości, nawiązywania relacji z innymi oraz wyrażania własnych emocji, pomoc pacjentom w przezwyciężeniu uczucia samotności, leczenie poczucia odosobnienia, radzenia sobie ze stresem i nadpobudliwością czy, właśnie odwrotnie, pobudzanie osób, które cierpią na depresję czy apatię.

Ta dość niekonwencjonalna, mogłoby się wydawać bardzo prosta, metoda polegająca na współpracy, wzajemnym oddziaływaniu między pacjentem a zwierzęciem, jakim jest kot, daje możliwość wyjścia z choroby lub przynajmniej w znacznie łagodniejszym stopniu jej przejścia. Dlatego nigdy nie należy bagatelizować pozytywnej energii, jaką mogą dać nam zwierzęta¹³. Nic na tym nie traci żadna ze stron, mogą one tylko zyskać.

Koty odgrywają dużą rolę w integrowaniu środowiska w skali makro (społecznego), jak i w skali mikro (rodzinnego). Są przyjemnym tematem neutralnych rozmów, partnerami zabaw dzieci, powiernikami ich sekretów. Uczą swoich opiekunów odpowiedzialności, ufności i wrażliwości oraz delikatności. Szczególne znaczenie ma to w rodzinach z osobami z zaburzoną kontrolą emocjonalną. Dla osób starszych, samotnych, schorowanych kot jest katalizatorem uczuć. Często niestety nadmiar tych uczuć niekorzystnie odbija się na zdrowiu i wyglądzie zwierzęcia powodując jego otyłość z przekarmienia. Mimo częstej nadwagi kotów domowych zwierzę to zmusza jednak swojego właściciela do aktywności ruchowej, opieki, troski, daje realne poczucie miłości i szczęścia - przez co przedłuża się okres życia ludzi w podeszłym wieku.

Kot jest swoistym łącznikiem ze światem, pozwala na komunikację z innymi. Przyjaźń z takim stworzeniem przeżywana jest przez seniorów bardzo głęboko, często bardziej niż jakakolwiek dotychczasowa taka przyjaźń z ludźmi. Pozbawiona jest jakże ludzkiej tendencji do psychologicznych gier. Jest czysta i szczerą. Kot nie patrzy na nasze ułomności czy to umysłowe, czy fizyczne.

¹³ D. Adamiak, Charakterystyka oraz wady i zalety leczenia kotem, <http://bonavita.pl/felinoterapia-etapy-oraz-wady-i-zalety-leczenia-kotem>, data korzystania 2019 I 12.

Felinoterapię możemy podzielić na: felinoterapię stacjonarną, gdy kot jest „mieszkańcem” placówki i już poprzez fakt swojej obecności na miejscu ma wpływ na pensjonariuszy, oraz na felinoterapię z kotami dochodzącymi / wizytującymi.

Felinoterapia ma niebagatelne zastosowanie w terapii dzieci niepełnosprawnych zarówno intelektualnie jak i ruchowo, dzieci nadpobudliwych, z zespołem Aspergera, z autyzmem, z zespołem Downa, oraz dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji, nieśmiały i zahamowani społecznie, z zaburzeniami lękowymi, a także przy różnych schorzeniach i problemach u ludzi dorosłych i starszych. Wykorzystywanie zwierząt w leczeniu niesie ze sobą wiele pozytywnych aspektów tej metody.

Dobitnie przedstawia to autorka Louise Booth (matka chłopca - głównego bohatera) w swojej książce w przekładzie Anny Nowak pt.: „Billy: kot, który ocalił moje dziecko”. Opisuje w niej prawdziwą historię przyjaźni autystycznego dziecka i niezwykłego kota.

Fraser, syn autorki książki, od urodzenia miał skłonność do nagłych wybuchów złości, często wywołanych pozornie błahymi przyczynami. Codziennosc rodziny Boothów była więc męcząca, a mama chłopca, Louise, widziała przyszłość w ciemnych barwach. I wtedy właśnie Fraser poznał Billy'ego: wyjątkowego szaro-białego kocura.

Billy sam wiele wycierpiał – został porzucony przez właścicieli – a jednak natychmiast pokochał nowego opiekuna. Ta przyjaźń odmieniła wszystkich Boothów. Żywiołowy, lecz cierpliwy Billy wniósł radość do domu, w którym nikt się od dawna nie śmiał. Lecz, co bardziej zaskaku-



Źródło: <https://www.facebook.com/FraserandBilly>

jące – wkrótce się okazało, że kot świadomie zachęca Frasera do pokonywania kolejnych przeszkód i podejmowania wyzwań. To dzięki Billy'emu doszło do wielkiego przełomu w rozwoju chłopca. Przełomu, który bliscy Frasera nazywają cudem. Louise Booth jest mamą pięcioletniego Frasera i trzyletniej Pippy, a także opiekunką najlepszego przyjaciela swojego synka – kota o imieniu Billy¹⁴.

Historia jest prawdziwa, opisana przez kochającą matkę, a o wszystkich szczegółach i perypetiach chłopca można przeczytać również na jego profilu Facebook w sieci Internetu (adres pod zdjęciem na poprzedniej stronie). Książka tak bardzo mnie wzruszyła, że od razu zamówiłem ją do swojej domowej biblioteczki.

¹⁴ L. Booth; przeł. A. Nowak, *Billy: kot, który ocalił moje dziecko*, Nasza Księgarnia, Warszawa 2015, okładka.

Badania przeprowadzone z udziałem zwierząt na oddziałach geriatrycznych wykazały, że ich obecność łagodziła objawy depresji, obniżała ciśnienie tętnicze krwi oraz drażliwość, łagodziła poczucie lęku, poprawiała relacje interpersonalne pacjentów z zespołem terapeutycznym.

Na przełomie wielu lat stosowania tego typu terapii (z udziałem zwierząt) zanotowano znaczny wzrost pozytywnych zachowań społecznych wśród podopiecznych z chorobą Alzheimera. Wymienić tu należy przede wszystkim uśmiech, zmniejszenie huśtawek nastroju, pozytywną reakcję na dotyk czy zwiększenie koncentracji uwagi oraz poprawa wymowy, werbalizacja.

Podobnie stało się również w przypadku Owena i Haatchi (chłopca z zespołem Schwartz-Jampela¹⁵ i owczarka anatolijskiego - psa, skazanego na pewną śmierć pod kołami pociągu, który cudem ocalał tracąc tylną łapę, ale co gorsza zaufanie do człowieka). Jednak ta para wspólnie odzyskała sens i radość życia, jak opisuje to autorka książki „Chłopiec i pies” – Wendy Holden w przekładzie Agnieszki Zajdy.

Zespół Schwartz-Jampela (SJS) charakteryzuje: sztywność mięśni, odczuwana głównie przy uginaniu kończyn, nieprawidłowy rozwój kości, przykurcz stawów, karłowatość, zwężenie szpar powiekowych i nadmierne owłosienie powiek, spłaszczenie twarzy i jej pomarszczenie, krótka szyja, niska masa mięśniowa, w 20 proc. przypadków występuje także upośledzenie umysłowe.

Poznajcie niezwykłą historię Giovanniego (7 lat) i Owena (9 lat), kilkuletnich chłopców cierpiących na zespół Schwartz-Jampela. Na świecie żyje jedynie 100 takich osób.

Mimo iż nie są spokrewnieni, wyglądają jak bracia. Ich mamy odnalazły się na portalu społecznościowym i postanowiły spotkać, aby ich synowie mieli poczucie, że chociaż są wyjątkowi, to nie są osamotnieni. Chłopcy są bardzo dzielni jak na swój wiek choć jak sami przyznają nie jest im łatwo.

Giovanni zapytany o to, co stanowi dla niego największe wyzwanie każdego dnia, odpowiada, że są to jego biodra, plecy i mięśnie, które odmawiają mu posłuszeństwa. Aby odwrócić myśli od dysfunkcji i bólu, chłopiec gra w gry wideo. Owen potwierdza słowa swojego przyjaciela - najtrudniejszym zadaniem każdego dnia, jest dla niego poruszanie



Źródło: materiały prasowe telewizji TLC

¹⁵ Choroba ta została wykryta dopiero w 1962 roku, Owen był pierwszym chorym z tym zespołem w Wielkiej Brytanii (dotychczas znanych było mniej niż stu na całym świecie).

się. Zwykle przejście się po domu, stanowi dla chłopca nie lada wyzwanie. Siłę i motywację do tego daje mu właśnie jego wierny przyjaciel - owczarek Haatchi.

Choroby genetyczne określane są przez Światową Organizację Zdrowia jako rzadkie. Tymczasem dotyczą aż 350 milionów ludzi na całym świecie. Historie takich osób można oglądać w nowym programie dokumentalnym telewizji TLC „Odnaleźć się w chorobie”. Tę dotyczącą Giovanniego i Owena można było zobaczyć 18 maja 2016 r.¹⁶

Obserwacje poczynione w tzw. „ośrodkach stałego pobytu” niezbicie pokazały, że nawet sama obecność zwierząt (psów, kotów, królików), z którymi podopieczni mają styczność poprawia ich ogólne samopoczucie, ale przede wszystkim przeciwdziała samotności oraz podnosi współczynnik socjalny, wzajemnej interakcji między osobami rezydującymi.

Po przeprowadzonych wielu badaniach nad skutecznością terapii z udziałem zwierząt w oddziałach psychiatrycznych uznano, że ich obecność wywołuje pozytywne reakcje wśród chorych rezydentów szczególnie schizofreników motywując ich do działania i konstruktywnego spędzania czasu wolnego.

Pacjenci nawet już po pierwszych zajęciach z udziałem czworonogów wykazywali zainteresowanie, udzielał im się spokój zwierząt, przyjazne nastawienie do otoczenia, cierpliwość i bliskość jaką oferują swoim zachowaniem zwierzęta. Szczególnie w trakcie takiej sesji, ale również przez pewien czas poza nią, pacjenci lepiej radzili sobie ze stanem pobudzenia oraz lepiej funkcjonowali i współpracowali z personelem. Dlatego dało to podstawę do stwierdzenia, aby sesje takie powtarzać cyklicznie jak najczęściej lub wręcz wprowadzić w takich sytuacjach felinoterapię stacjonarną.

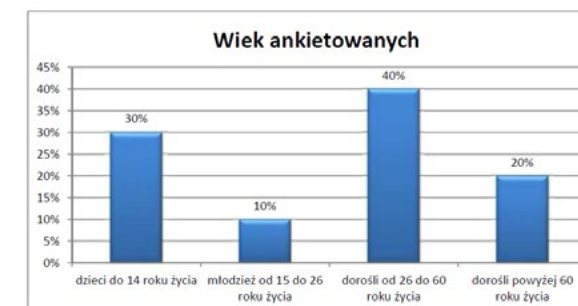
Przez wieloletnie badania nad praktycznym zastosowaniem felinoterapii stworzono docelowo listę schorzeń i chorób, w których kontakt z kotem jest bardzo skuteczny i przynosi nieocenione efekty.

Są to głównie: ADHD, choroby krążeniowe, artretyzm, choroba Alzheimera, choroby psychiczne, cukrzyca, dystrofia mięśniowa (postępujący zanik mięśni), osteoporoza, bóle o nieznanym pochodzeniu, skleroza, stwardnienie rozsiane, autyzm, uszkodzenie słuchu i wzroku¹⁷.

W niniejszym badaniu udział wzięło 50 losowo wybranych ankietowanych osób z czego najliczniejszą grupą okazali się dorośli od 26 do 60 roku życia (40%). 30% ankietowanych stanowili dzieci do 14 roku życia, 20% dorośli powyżej 60 roku życia oraz 10% młodzież od 15 do 26 roku życia.

Wiek ankietowanych

dzieci do 14 roku życia	15	30%
młodzież od 15 do 26 roku życia	5	10%
dorośli od 26 do 60 roku życia	20	40%
dorośli powyżej 60 roku życia	10	20%
Suma:	50	100%



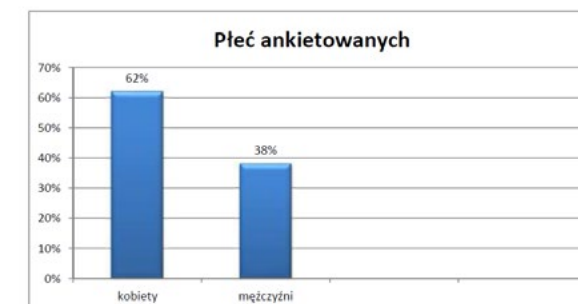
Ryc. 1. Źródło: opracowanie własne.

Płeć ankietowanych

62 % spośród ankietowanych stanowiły kobiety a 38% mężczyźni.

Płeć ankietowanych

kobiety	31	62%
mężczyźni	19	38%
Suma:	50	100%



Ryc. 2 Źródło: opracowanie własne.

Żyję ...

... w rodzinie z dziećmi

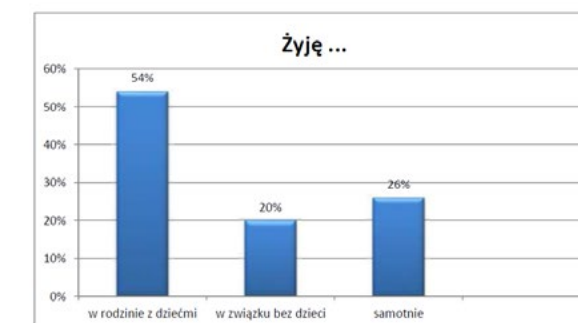
... w związku bez dzieci

... samotnie (singiel)

54% spośród badanych żyje w związkach w rodzinie z dziećmi, 26% stanowią osoby żyjące samotnie (single), a pozostałe 20 % w związku bez dzieci.

Żyję ...

w rodzinie z dziećmi	27	54%
w związku bez dzieci	10	20%
samotnie	13	26%
Suma:	50	100%



Ryc. 3. Źródło: opracowanie własne.

¹⁶ K. Ramusiewicz, <https://parenting.pl/odnalezc-sie-w-chorobie-zespol-schwartza-jampela>, data korzystania 2018.12.12.

¹⁷ M. Lubińska, Felinoterapia czyli niezwykła terapia z kotem, <https://www.kalendarzrolnikow.pl/1553/felinoterapia-czyli-niezwykla-terapia-z-kotem>, data korzystania 2018.12.12.

Częstotliwość kontaktu z kotem

Na pytanie o częstotliwość kontaktu z kotem ankietowani w 54% spędzają czas stale w obecności pupila, 22% rzadziej niż 1 raz w miesiącu, a 14% ankietowanych 1 lub więcej razy w tygodniu a 10% - 1 lub więcej razy w miesiącu.

Częstotliwość kontaktu z kotem

stale	27	54%
1 raz w ciągu dnia	0	0%
1 lub więcej razy w tygodniu	7	14%
1 lub więcej razy w miesiącu	5	10%
rzadziej niż 1 raz w miesiącu	11	22%
Suma:	50	100%



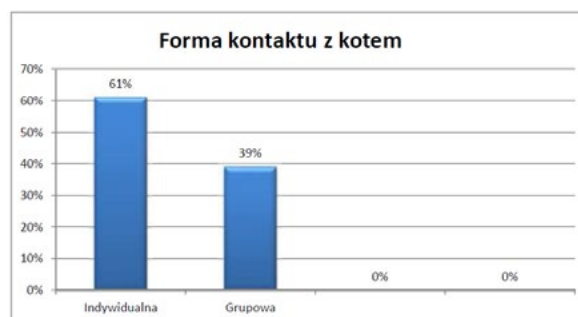
Ryc. 4. Źródło: opracowanie własne.

Forma kontaktu z kotem

Ankietowani spędzają czas z kotem głównie indywidualnie (61%), ale również rodzinie / grupowo (39%). Każdy z badanych ma swój świat z kotem a jednocześnie kot jest spoiwem, wspólnym punktem w ognisku domowym, na którym skupia się uwaga wszystkich domowników jednocześnie przy wspólnej zabawie czy opiece. Buduje to więź pomiędzy domownikami.

Forma kontaktu z kotem

Indywidualna	36	61%
Grupowa	23	39%
	0	0%
	0	0%
Suma:	59	100%



Ryc. 5. Źródło: opracowanie własne.

Czy dotyk sierści kota jest dla Ciebie przyjemny?

Na to pytanie badani odpowiedzieli – zdecydowanie TAK w 68%, raczej TAK w 32%. Dla nikogo dotyk kota był nieprzyjemny lub nie mieli ankietowani zdania (0%).

To bardzo pozytywne informacje, gdyż jak już wiemy głaskanie kota pozytywnie wpływa na nasze krążenie, skórę i poprawę motoryki mięśni i stawów naszych dłoni (szczególnie osób z takimi schorzeniami) jest też przyjemne i odpężające psychicznie, o czym świadczą inne punkty mojej ankiety.

Czy dotyk sierści kota jest dla Ciebie przyjemny?

zdecydowanie TAK	34	68%
raczej TAK	16	32%
nie mam zdania	0	0%
raczej NIE	0	0%
zdecydowanie NIE	0	0%
Suma:	50	100%



Ryc. 6. Źródło: opracowanie własne.

Czy kontakt z kotem działa na Ciebie uspokajająco?

60% ankietowanych odpowiedziało – zdecydowanie TAK, a 30% - raczej TAK.

6% nie miało zdania w tej kwestii, a tylko 4% - raczej nie odczuwało uspokojenia w obecności kota.

Czy kontakt z kotem działa na Ciebie uspokajająco?

zdecydowanie TAK	30	60%
raczej TAK	15	30%
nie mam zdania	3	6%
raczej NIE	2	4%
zdecydowanie NIE	0	0%
Suma:	50	100%



Ryc. 7. Źródło: opracowanie własne.

Czy w obecności kota w domu czujesz się bezpiecznie? Śpisz z nim w jednym pomieszczeniu?

Większość ankietowanych (48% + 28%) czuje się bezpiecznie w domu w obecności kota. Śpią z nim w jednym pokoju. Daje im to poczucie bezpieczeństwa, komfortu, przynależności w „stadzie”. 16% nie ma zdania w tej kwestii. 6% badanych raczej woli spać, kiedy w pokoju nie ma kota, a tylko 1 osoba z 50 ankietowanych (2%) zdecydowanie nie lubi kiedy kot jest w pokoju, gdzie ona śpi.

Czy w obecności kota w domu czujesz się bezpiecznie? Śpisz z nim w jednym pomieszczeniu?

zdecydowanie TAK	24	48%
raczej TAK	14	28%
nie mam zdania	8	16%
raczej NIE	3	6%
zdecydowanie NIE	1	2%
Suma:	50	100%



Ryc. 8. Źródło: opracowanie własne.

Czy rozmawiasz z kotem ?

Na pytanie o rozmowy z kotem uzyskałem odpowiedzi – zdecydowanie TAK od 54% badanych i – raczej TAK od 38% co daje razem 92%. Tylko 4% badanych zdecydowanie nie lubi kocich rozmów a nie ma zdania (2%) i raczej nie lubi rozmów z kotem (2%), czyli po jednej osobie z 50 ankietowanych osób. Rozmowa z drugą istotą odpręża, uczy wypowiadania się, słyszymy swój głos mówiąc do kogoś, przełamujemy bariery, nieśmiałość. Tworzymy więź.

Czy rozmawiasz z kotem?

zdecydowanie TAK	27	54%
raczej TAK	19	38%
nie mam zdania	1	2%
raczej NIE	1	2%
zdecydowanie NIE	2	4%
Suma:	50	100%



Ryc. 9. Źródło: opracowanie własne.

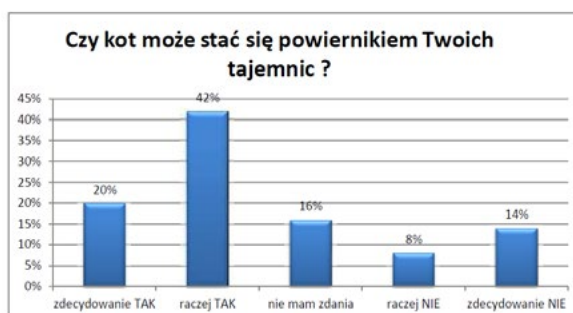
Czy kot może stać się powiernikiem Twoich tajemnic? Powierzyłbyś mu sprawy, które są dla Ciebie kłopotliwe do wypowiedzenia innemu człowiekowi?

Na to trudne pytanie twierdząco odpowiedziało 62% badanych (42% - raczej TAK, 20% - zdecydowanie TAK). Przecząco natomiast opowiedziało się 22% badanych (8% - raczej NIE, 14% - zdecydowanie NIE). Nie miało zdania 8% ankietowanych.

To cenna informacja, że aż 62% badanych potrafi zwierzać się swojemu pupilowi, zrzucić ciężar tajemnicy, wyzalić się bliskiej istocie, opowiedzieć o tym, co go trapi, o swoich problemach. Ma to bardzo duży czynnik terapeutyczny jak widać nawet dla ludzi zdrowych.

Czy kot może stać się powiernikiem Twoich tajemnic ?

zdecydowanie TAK	10	20%
raczej TAK	21	42%
nie mam zdania	8	16%
raczej NIE	4	8%
zdecydowanie NIE	7	14%
Suma:	50	100%



Ryc. 10. Źródło: opracowanie własne.

Czy kontakt z kotem powoduje, że czujesz się mniej samotny?

30% badanych zdecydowanie deklaruje mniejsze odczuwanie samotności w życiu mając przy boku swojego kota i dodatkowe 44% raczej również jest na TAK. 12% ankietowanych nie miało zdania w tej kwestii oraz 12% wypowiedziało się na – raczej NIE i tylko dla 1 osoby z 50 ankietowanych kontakt z kotem zdecydowanie nie wpływał na jego poczucie samotności.

Jak wynika z ankiety u 74% badanych obecność kota wpływa pozytywnie na poczucie samotności, a 12% waha się z odpowiedzią (nie ma zdania). Skoro tak jest wśród osób zdrowych, to jak ważne jest to dla osób przebywających w szpitalach, hospicjach, domach opieki społecznej, gdzie często jesteśmy pozostawieni sami sobie i musimy radzić sobie z bólem, problemami i „złymi” myślami każdego dnia.

Czy kontakt z kotem powoduje, że czujesz się mniej samotny?

zdecydowanie TAK	15	30%
raczej TAK	22	44%
nie mam zdania	6	12%
raczej NIE	6	12%
zdecydowanie NIE	1	2%
Suma:	50	100%



Ryc. 11. Źródło: opracowanie własne.

Czy kontakt z kotem wyzwala u Ciebie poczucie opieki nad nim?

Najwięcej, bo aż 54% osób odpowiedziało – zdecydowanie TAK na to pytanie a 24% - raczej TAK. 18% ankietowanych nie miało zdania, a tylko 4% (2 osoby) raczej nie miały poczucia opieki nad kotem.

Dane te niezbiecie potwierdzają, że mamy dobry instynkt opieki nad mniejszą, „słabszą” istotą. Czujemy się zobowiązani otoczyć opieką kota, kiedy znajdujemy się w pobliżu, nawet mając tylko sporadyczny kontakt ze zwierzęciem.

Czy kontakt z kotem wyzwala u Ciebie poczucie opieki nad nim?

zdecydowanie TAK	27	54%
raczej TAK	12	24%
nie mam zdania	9	18%
raczej NIE	2	4%
zdecydowanie NIE	0	0%
Suma:	50	100%



Ryc. 12. Źródło: opracowanie własne.

Jeśli tak, to czy opieka nad kotem jest dla Ciebie przyjemna?

Połowa ankietowanych (50%) zdecydowanie TAK - lubi opiekować się swoją pociechą, raczej TAK potwierdza 32%. Natomiast 18% respondentów nie wyrobiła sobie jeszcze zdania na ten temat. Poczucie stanowienia opieki nad drugą istotą jest szalenie potrzebne w życiu rodzinnym. Uczy więzi, radości dawania miłości drugiej istocie.

Jeśli tak, to czy opieka nad kotem
jest dla Ciebie przyjemna?

zdecydowanie TAK	25	50%
raczej TAK	16	32%
nie mam zdania	9	18%
raczej NIE	0	0%
zdecydowanie NIE	0	0%
Suma:	50	100%



Ryc. 13. Źródło: opracowanie własne.

Czy samodzielnie sprzątasz kuwetę kota, czeszesz go, dajesz mu jeść itp.?

Oczywiście osoby samotne żyjące z kotem samodzielnie opiekują się nim, tak jak osoby sporadycznie mające kontakt z kotem nie robią tego osobiście. W rodzinnych koligacjach obowiązek ten wykonują dzieci choć często spada on na rodziców.

Zdecydowanie TAK odpowiedziało 44% ankietowanych, raczej TAK – 20%, a raczej NIE – 12% badanych. 24% respondentów nie mieszka z kotem na stałe i nie opiekuje się nim, jedynie odwiedza kota gościnnie. Opieka nad kotem uczy obowiązkowości i systematyczności. Kot bardzo przywiązuje się do osoby, która o niego dba i jest mu za to wdzięczny.

Czy samodzielnie sprzątasz kuwetę kota,
czeszesz go, dajesz mu jeść itp.?

zdecydowanie TAK	22	44%
raczej TAK	10	20%
NIE / nie mieszkam z nim	12	24%
raczej NIE	6	12%
zdecydowanie NIE	0	0%
Suma:	50	100%



Ryc. 14. Źródło: opracowanie własne.

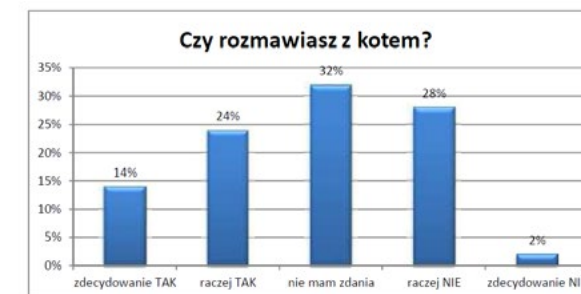
Uważasz, że stajesz się bardziej wartościowym człowiekiem, opiekując się kotem?

Na pytanie o wzrost poczucia własnej wartości z faktu opieki nad kotem 14% ankietowanych odpowiedziało – zdecydowanie TAK, a 24% - raczej TAK. Cieszymy się, że możemy dać zwierzątkowi prawdziwy dom (nie schronisko czy ulicę), godne życie, miłość, opiekę, serce.

Każdy może to zrobić jednak my podjęliśmy decyzję i podjęliśmy się tego wyzwania. Możemy kształtować jego wychowanie i uczyć go. 32% osób nie miało zdania, natomiast 28% ankietowanych uważa, że nie ma w tym nic nadzwyczajnego, że opiekują się kotem. Jedna osoba (2%) zdecydowanie nie uważa się pod tym względem bardziej wartościowa od innych.

Uważasz, że stajesz się bardziej wartościowym
człowiekiem opiekując się kotem?

zdecydowanie TAK	7	14%
raczej TAK	12	24%
nie mam zdania	16	32%
raczej NIE	14	28%
zdecydowanie NIE	1	2%
Suma:	50	100%



Ryc. 15. Źródło: opracowanie własne.

Cieszysz się na spotkanie z kotem?

88% ankietowanych (54% - zdecydowanie TAK, 34% - raczej TAK) cieszy się na spotkanie z kotem. NIE miało zdania 8%, a raczej NIE cieszy się ze spotkania z kotem 4% ankietowanych.

Kiedy wracamy do domu, cieszymy się, jak kot wita nas pierwszy przy drzwiach, wie, że zaraz się nim zaopiekujesz, nakarmisz go, zmienisz kuwetę, potem będziesz go miział a on będzie się wyciągał i mruczał. Daje to duże poczucie szczęścia, dobroci, przynależności, opieki przez najbliższych.

Cieszysz się na spotkanie z kotem?

zdecydowanie TAK	27	54%
raczej TAK	17	34%
nie mam zdania	4	8%
raczej NIE	2	4%
zdecydowanie NIE	0	0%
Suma:	50	100%



Ryc. 16. Źródło: opracowanie własne.

Czy przytulasz się do kota?

Zdecydowana większość ankietowanych na pytanie o przytulanie się do swojego pupila odpowiada twierdząco (zdecydowanie TAK – 56%, raczej TAK – 38%). Tylko 6% ankietowanych raczej NIE lubi przytulać się do kota.

Czy przytulasz się do kota?

zdecydowanie TAK	28	56%
raczej TAK	19	38%
nie mam zdania	0	0%
raczej NIE	3	6%
zdecydowanie NIE	0	0%
Suma:	50	100%



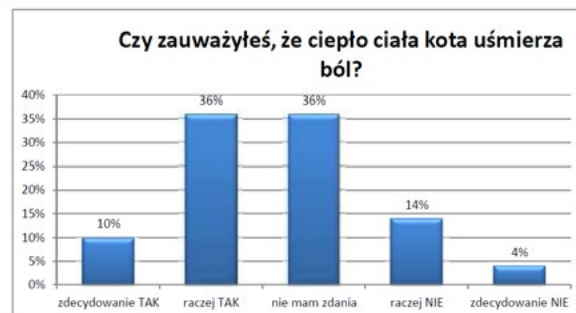
Ryc. 17. Źródło: opracowanie własne.

Czy zauważyłeś, że ciepło ciała kota uśmierza ból?

Tutaj zdania były najbardziej podzielone. Zdecydowanie TAK odpowiedziało 10% badanych, raczej TAK – 36%, nie miało zdania również – 36%. Raczej NIE odpowiedziało 14%, natomiast zdecydowanie NIE zauważyło takich cech u swojego kota 4% badanych.

Czy zauważyłeś, że ciepło ciała kota uśmierza ból?

zdecydowanie TAK	5	10%
raczej TAK	18	36%
nie mam zdania	18	36%
raczej NIE	7	14%
zdecydowanie NIE	2	4%
Suma:	50	100%



Ryc. 18. Źródło: opracowanie własne.

Czy tworzy się więź emocjonalna między Tobą a kotem, z którym masz kontakt?

Aż 78% ankietowanych (zdecydowanie TAK - 48% i raczej TAK – 30%) potrafiła stworzyć więź między sobą a kotem, żywą istotą, która często ma nieokiełznany charakter. Uczymy się tworzyć i utrzymywać pozytywne relacje, rozwiązywać konflikty itd. 14% badanych nie miało zdania w tej kwestii, a raczej NIE odpowiedziało 8% osób poddanych badaniu.

Czy tworzy się więź emocjonalna między Tobą a kotem, z którym masz kontakt?

zdecydowanie TAK	24	48%
raczej TAK	15	30%
nie mam zdania	7	14%
raczej NIE	4	8%
zdecydowanie NIE	0	0%
Suma:	50	100%



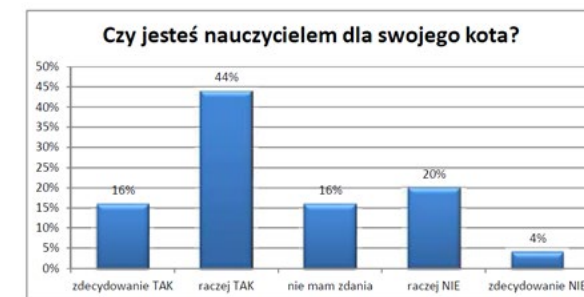
Ryc. 19. Źródło: opracowanie własne.

Czy jesteś nauczycielem dla swojego kota? Uczysz go różnych zachowań, np. korzystania z kuwety czy trudniejszego - podawania łapy?

Okazało się, że 16% ankietowanych wkłada wysiłek w naukę swoich podopiecznych, raczej TAK – 44 %. Nie miało zdania w tym temacie 16% ankietowanych. 20% badanych raczej NIE uczy kotów różnych zachowań, a 4% zdecydowanie NIE zajmują się tym wcale.

Czy jesteś nauczycielem dla swojego kota?

zdecydowanie TAK	8	16%
raczej TAK	22	44%
nie mam zdania	8	16%
raczej NIE	10	20%
zdecydowanie NIE	2	4%
Suma:	50	100%



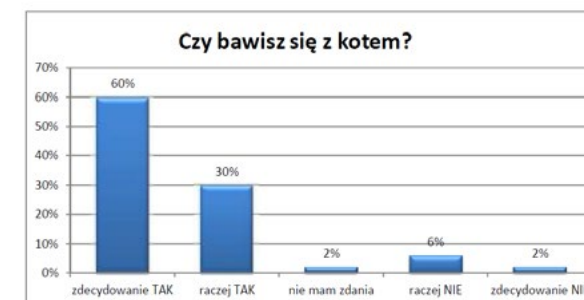
Ryc. 20. Źródło: opracowanie własne.

Czy bawisz się z kotem, rzucając mu np. papierki?

Nasi ankietowani za to chętnie bawią się ze swoimi kotami, bo aż 90% (zdecydowanie TAK – 60%, raczej TAK – 30%). 2% badanych nie umiało się określić w tej materii, a 6% raczej NIE lubi zabaw z kotem. NIE lubi tego wcale 1 osoba (2%).

Czy bawisz się z kotem rzucając mu np. papierki?

zdecydowanie TAK	30	60%
raczej TAK	15	30%
nie mam zdania	1	2%
raczej NIE	3	6%
zdecydowanie NIE	1	2%
Suma:	50	100%



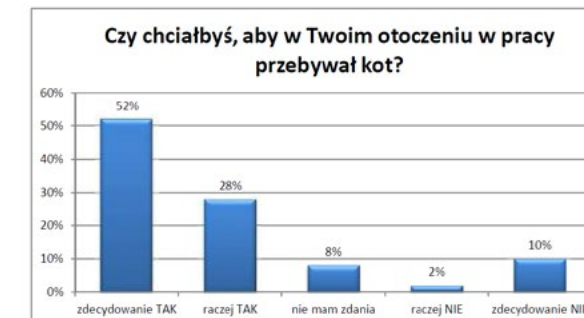
Ryc. 21. Źródło: opracowanie własne.

Czy chciałbyś, aby w Twoim otoczeniu, w pracy przebywał kot? Chętniej chodziłbyś do pracy?

Wśród osób, które pracują w ciągłym biegu lub w miejscach nieprzystosowanych do przebywania zwierząt (restauracje, budowy, hałas itp.), przebywanie kota nie byłoby wskazane ze względu na jego komfort czy bezpieczeństwo. Głównie te powody podali respondenci opowiadający się za odpowiedzią – zdecydowanie NIE (10%). Niemniej wśród osób pracujących w spokojnych warunkach domowych, biurowych 52% ankietowanych opowiedziało się za – zdecydowanie TAK, 28% za raczej TAK. Nie miało zdania 8% badanych, a 2% wybrało odpowiedź – raczej NIE.

Czy chciałbyś, aby w Twoim otoczeniu w pracy przebywał kot? Chętniej chodziłbyś do pracy?

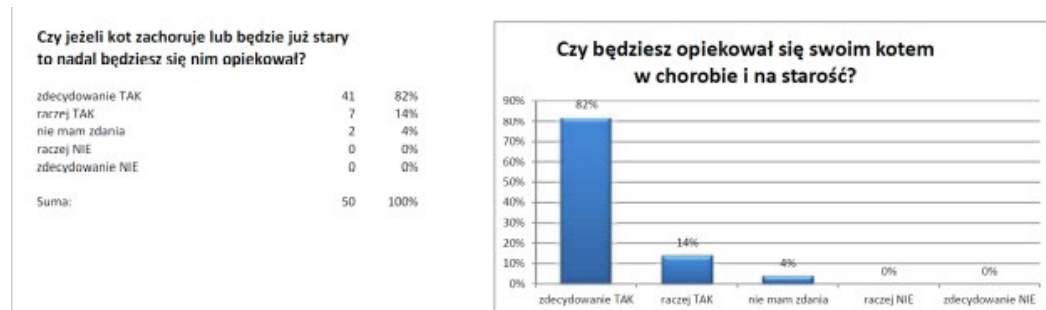
zdecydowanie TAK	26	52%
raczej TAK	14	28%
nie mam zdania	4	8%
raczej NIE	1	2%
zdecydowanie NIE	5	10%
Suma:	50	100%



Ryc. 22. Źródło: opracowanie własne.

Czy jeżeli kot zachoruje lub będzie już stary, to nadal będziesz się nim opiekował?

Tutaj niemalże wszyscy (82% - zdecydowanie Tak i 14% - raczej TAK) byli zgodni co do opieki na starym bądź chorym podopiecznym. 4% nie miało zdania. Nie było osób, które odmówiłoby opieki i zajęcia się podopiecznym w chorobie czy na starość, wliczając to wszystkich ankietowanych, którym opieka codzienna czy zabawa i przebywanie w jednym pomieszczeniu z kotem nie zawsze sprawiała przyjemność.



Ryc. 23. Źródło: opracowanie własne.

WNIOSKI I ZAKOŃCZENIE

Na zakończenie w ślad za Newsweekiem (Newsweek Polska nr 6/2018) podsumujmy i przedstawmy „11 naukowych dowodów na to, że kot pomaga w życiu”¹⁸.

Amerykańscy naukowcy zajmujący się badaniem chorób naczyniowych na Uniwersytecie w Minnesocie dowiedli, że właściciele kotów przejawiają mniejsze skłonności do zawałów. Przez 10 lat obserwacji ok. 4,5 tys. osób zwracali głównie uwagę na pacjentów spośród których 3/5 było właścicielami futrzaków. Okazało się, że u miłośników kotów ryzyko zawału serca było o 30% niższe niż u ludzi, którzy nie posiadali żadnego zwierzęcia futerkowego w domu. Badania w kolejnych latach pokazały, że właściciele kotów ponosili znacznie mniejsze ryzyko śmierci wskutek chorób sercowo-naczyniowych, w tym udarów.

Koty, mimo, że śpią w trakcie dnia (ok. 16 godzin w ciągu doby), wcale nie są leniwe, a raczej należałoby powiedzieć, że są pragmatyczne. Naśladując ich styl odpoczynku, można wiele skorzystać. Badania niezbieżnie dowodzą, że osoby, które decydują się nawet na 20 minutową drzemkę w ciągu dnia, poprawiają tym swoją pamięć, spostrzegawczość, kreatywność oraz nastrój.

Polujący na muchę kot wiele razy doznaje porażek, ale nigdy się nie poddaje. Po porażce wstaje i próbuje ponownie złapać swą zdobycz. Koty charakteryzują się niesłychanym uporem i determinacją. Wiedzą, że kilka potknięć nie przekreśla ich szans na drodze do sukcesu. Mimo, że wyglądają na małe i nieporadne, to uczą się i nabierają cennego doświadczenia, aby w przyszłości nie popełniać podobnych błędów.

O zbawiennym wpływie mruczenia naszego milusińskiego na poziom ciśnienia we krwi i nastrój pisało już wielu naukowców. Co więcej, koty potrafią modulować częstotliwość dźwięków od 45 Hz do 64 000 Hz. Niektóre rejestry działają na ludzki organizm skuteczniej niż niejedna terapia. (U przeciętnego człowieka zakres ten wynosi około 16 - 20 000 Hz).

„Mieszkalem z kilkoma mistrzami Zen. Wszyscy byli kotami” - powiedział Eckhart Tolle, autor książek o medytacji i duchowości. Miał w tym sporo racji. I choć koty mają znacznie mniej powodów do stresu niż ludzie, to i tak ich zdolność do opanowania i relaksu mogłaby zachwycić niejednego psychologa. Z szafek na książki, parapetów, umywalek obserwują nas chłodno, nas, cały świat. Przypatrz im się. Są doskonałymi nauczycielami medytacji.

Nie sposób nie śmiać się z prób i upadków kota w pogoni za zdobyczą, z tego, jak skrada się za jedzeniem, w zabawie polując na papierek czy cień, jak radzi sobie z przeszkodami, czy ucieka przed odkurzaczem. A jak wiadomo, śmiech to zdrowie. Zeszłoroczne badania naukowców z kalifornijskiego Uniwersytetu Loma Linda pokazują, że wystarczy 20 minut oglądania śmiesznych filmów z kotami bądź zabawa z kotem na żywo, aby dostatecznie spadł poziom kortyzolu we krwi (hormonu stresu) i poprawiła się pamięć krótkotrwała u osób starszych. Ponadto śmiech wspomaga pracę serca i układu immunologicznego.

„Gdyby zwierzę potrafiło mówić, pies okazałby się niezdarnym paplą, kot zaś zachowałby grację i nie wypowiedziałby ani jednego słowa za dużo” - napisał Mark Twain. W przeciwieństwie do psów, które spontanicznie gonią za piłką tenisową, koty rozważniej wybierają obiekt zabaw. Poświęcają więcej czasu na obserwację, myślenie i analizę, czy cel jest warty uwagi. Są ostrożne przy wspinaczce na meble szczególnie w obcym dla siebie terenie jak i podczas ataków na ofiarę. Rozważne i myślące strategicznie – takie cechy kotów cenilibyś też u siebie.

Dzieci i dorośli, cierpiący na autyzm, mają problemy z komunikacją z innymi ludźmi. Bariere tę pomagają przezwyciężyć zwierzęta, z którymi chorzy czują głębszą więź. Potwierdzają to z kolei badania francuskich naukowców z 2012 r. Obserwowali oni 40 dzieci z autyzmem. Okazało się, że te, które miały w domach zwierzęta, w tym koty, były spokojniejsze i łatwiej się komunikowały z otoczeniem, niż dzieci bez domowych pupili. Owa otwartość u dzieci ma związek ze wzrostem poziomu oksytocyny (hormonu szczęścia), która wydzielana jest podczas głaskania futra zwierzęcia. Pieszczoty wzmacniają też uczucia zaufania i miłości. Dlatego warto rozważyć zakup lub adopcję kota dla swojego dziecka – szczególnie chorego.

Towarzystwo mruczącego kota na kolanach jest niezastąpionym lekarstwem na depresję. Kot odwraca uwagę od problemów, dotrzymuje towarzystwa, okazuje uczucia bez względu na stan psychiczny czy fizyczny swojego właściciela i pokazuje, że jest on niezastąpiony. Pomaga ponadto człowiekowi w wyrobieniu odpowiedzialnej postawy i rytualnych odruchów, jak regularne karmienie czy sprzątanie. Co więcej, spokój kotów udziela się także jego właścicielowi.

Który właściciel kota nie doświadczył codziennej głupawki zwierzęcia, które zrywa się nagle z kanapy, biega napuszony od okna do drzwi i powarkuje, rozgląda się, szuka czegoś. Pokazuje nam, że utrata manier jest czasem na miejscu, a wyrzucenie emocji – niezbędne, by zachować psychiczną równowagę. Po chwili kot staje się poważny i dostoje. Takie ekspresyjne zachowania mogą również pomóc jego właścicielowi. Badania przeprowadzone na Harvard School of Public Health w 2012 r. dowodzą, że wybuchy złości u kotów pomagają oczyścić jego organizm z toksyn, a tym samym zapobiec chorobom serca i nowotworom. Koty nie tłumią w sobie uczuć. Wyrażają emocje tu i teraz.

¹⁸ 11 naukowych dowodów na to, że kot pomaga w życiu, <https://www.newsweek.pl/styl-zycia/11-naukowych-dowodow-na-to-ze-kot-pomaga-w-zyciu/x5z8d9b>, data korzystania 2018.12.12.

Nawet eksperci z Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (Szwecja) przyznają, że największym atutem kotów jest przewyższanie uczucia samotności u ludzi. Koty są najwierniejszymi słuchaczami, a ich radość z powodu powrotu pana do domu pokazuje, że człowiek jest dla nich niezastąpiony i najważniejszy. Badania naukowców z Uniwersytetu w Miami i w Saint Lois dowodzą, że kot potrafi tak samo wypełnić pustkę i spełnić potrzeby społeczne jak inny człowiek.

Wszystkim miłośnikom kotów gorąco polecam fenomenalny dokument o życiu stambulskich kotów, który podbił serca publiczności na całym świecie, a w Polsce już po dwóch tygodniach wyświetlania stał się najchętniej oglądanym filmem dokumentalnym roku.

„Kedi – sekretne życie kotów”, bo tak zatytułowany jest film, znajdziemy w 6 numerze „Newsweeka” z 2018 r.

A z życia przeciętnego człowieka ?...

W dzisiejszych czasach niewielu z nas szanuje swoje zdrowie. Żyjemy w ciągłym pośpiechu bez czasu na relaks czy wyciszenie w kontakcie z naturą. Często jedynym źródłem odpoczynku jest nie spacer czy przebywanie z bliskimi, lecz monitor komputera czy telewizor lub telefon. Jesteśmy zestresowani, przytłoczeni pracą, kredytami, problemami. Nasze dzieci w szkołach uginają się od nadmiaru zajęć, chodzą przemęczone, często realizując niespełnione aspiracje rodziców. Coraz częściej zamykamy się w wirtualnym świecie, korzystamy z porad psychologów, leczymy się na nadciśnienie, wady postawy czy otyłość. Inni zamykają się w sobie nie mając bliskiej osoby, z którą mogą porozmawiać bez narażania się na ocenę czy wstyd, są apatyczni, niezaradni. Nie potrafimy rozmawiać ze sobą, szukamy porad i zrozumienia w sieci Internetu, mamy setki wirtualnych znajomych a w realnym życiu żadnego.

Parafrazując słowa Adama Mickiewicza: „Ile cię trzeba cenić, ten tylko się dowie, Kto cię stracił ...”, należy dbać o zdrowie (zarówno fizyczne, jak i psychiczne) wtedy, kiedy je mamy i teraz to właśnie zwolnić, zadbać o taki katalizator, który da chwilę spowolnienia, zbliży ludzi do siebie, dając im wspólny temat do rozmowy, zainteresowania niezależnie od zajmowanego stanowiska, wieku, koloru skóry, wyznania czy płci. Da wyciszenie, bezstronnego przyjaciela, złagodzi stres, zmusi do odrobiny ruchu, nauczy obowiązkowości i opieki nad drugą istotą. Nauczy miłości.

Nieświadomie poddajmy się już dziś terapii – felinoterapii, a będziemy żyli szczęśliwiej i dłużej.

Walory zdrowotne interakcji człowieka ze zwierzętami znane były od dawna, ale dopiero w latach 70. XX wieku zyskały uznanie naukowców i zostały oficjalnie zaliczone w poczet terapii. Najczęściej wykorzystywane w tym celu są konie (hipoterapia), psy (dogoterapia), koty (felinoterapia) i delfiny (delfinoterapia). Terapie kontaktowe z udziałem zwierząt wywierają wielostronny wpływ na organizm człowieka, zarówno w sferze fizycznej, jak psychicznej, dodatkowo pełniąc funkcje edukacyjne i motywacyjne.

Dotychczas nie wynaleziono sprzętu rehabilitacyjnego, który mógłby wywierać tak zróżnicowane działanie na pacjentów w różnym wieku, równocześnie zachęcając ich do wykonywania ćwiczeń i powodując, że stają się one przyjemnością. A chętna współpraca pacjenta z terapeutą przesądza nieraz o pozytywnym wyniku rehabilitacji.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamiak D., Charakterystyka oraz wady i zalety leczenia kotem. - <http://bonavita.pl/felinoterapia-etapy-oraz-wady-i-zalety-leczenia-kotem>.
2. Bartkiewicz W., Zawadka M., Pies – przyjaciel i terapeuta: program dogoterapii przeznaczony do pracy z dzieckiem niepełnosprawnym, Przyjaciel Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Warszawa 2018.
3. Booth L.; przeł. Nowak A., *Billy: kot, który ocalił moje dziecko*, Nasza Księgarnia, Warszawa 2015.
4. Budzyńska-Wrzesień i in., 2012; Goleman i in., 2012; Bekasiewicz, 2008.
5. Czerkiewicz A., *Ludzkie sprawy w kocich łapkach* – <http://www.bettypisze.pl/felinoterapia-ludzkie-sprawy-w-kocich-lapkach/>.
6. Fogle B., *Koty - Kolekcja wiedzy i życia*, Hachette 2008.
7. Franczyk A., Krajewska K., Skorupa J., Baw się poprzez animaloterapię: przykłady gotowych sytuacji edukacyjnych z udziałem zwierząt : (z doświadczeń zaczerpniętych podczas pracy terapeutycznej prowadzonej we współpracy z Fundacją Ama Canem), Impuls, Kraków 2012.
8. Horoszewicz E., Tomczak E., Niedziółka R., *Zwierzę terapeutyczne – kot*, Wiadomości Zootechniczne, R. LV (2017), 4: 154–159.
9. Holden W., przekł. Zajda A., *Chłopiec i pies*, Amber, Warszawa 2015.
10. Kulisiewicz B., *Dogoterapia we wspomaganie nauki i usprawnianiu techniki czytania*, Impuls, Kraków 2011.
11. Kulisiewicz B., Witaj, piesku!: *Dogoterapia we wspomaganie rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Impuls, Kraków 2007.
12. Lubińska M., *Felinoterapia czyli niezwykła terapia z kotem*. - <https://www.kalendarzrolnikow.pl/1553/felinoterapia-czyli-niezwykla-terapia-z-kotem>
13. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2003, s. 24.
14. Parchimowicz N., *Kot dachowiec. Wady i zalety kota nierasowego*. - <https://www.koty.pl/kot-dachowiec-wady-zalety/>.
15. Sawaryn D., *Felinoterapia w usprawnianiu pacjentów onkologicznych* - <http://www.czytelniamedyczna.pl/4674,felinoterapia-w-usprawnianiu-pacjentow-onkologicznych.html>.
16. Sipowicz K., Najbert E., Pietras T., *Dogoterapia: terapia z udziałem psa: podstawy kynopedagogiki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.
17. Skorny Z., *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki*, Warszawa 1984, s. 72.
18. Wujczyk B., *Charaktery, Co leczy kot?*, 2014, nr 9, s. 46-47.
19. 11 naukowych dowodów na to, że kot pomaga w życiu, Newsweek Polska 2018, nr 6.
20. *Koty w kulturze egipskiej*, <https://www.odkrywamyzakryte.com/koty-kulturze-egipskie/>, data korzystania 7 I 2019.
21. <http://na-kanapie-siedzi-pies.pl/ksiazki-o-kynoterapii-przeglad/>, data korzystania 2019. 02. 12.
22. *Terapie z udziałem zwierząt w rehabilitacji różnych form niepełnosprawności*, praca zbiorowa pod red. Derewieckiego T., Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji, Zamość 2014.s. 7.

NOTA BIOGRAFICZNA AUTORA

Robert Nowakowski - instruktor AutoCAD / Autodesk, GstarCAD, instruktor wspinaczki sportowej AWF/ ekipier PZA, Taternik Samodzielny / Taternik Jaskiniowy, instruktor Alpinistycznych Technik Linowych, instruktor pierwszej pomocy EFR / ERC / AHA / KSRG, strażak / ratownik KPP, ratownik drogowy, ratownik GOPR, pedagog

Od 1992 r. zawodowo związany z tworzeniem dokumentacji technicznej w wielu polskich firmach oraz korporacjach zagranicznych. Przez szereg lat ręcznej pracy przy desce kreślarskiej w roku 1996 poznał i zakochał się w programie AutoCAD. Od tej pory ciągle doskonalili swój warsztat pracy potwierdzając zdobyte umiejętności corocznym dyplomem AutoCAD Certified Professional. Certyfikat taki w najnowszej wersji posiadają tylko 2 osoby w Warszawie. Jako Autodesk Authorized Training Center Instructor przeprowadził ponad 9 tysięcy godzin zegarowych szkoleń dla osób prywatnych, uczelni i firm. Na co dzień ściśle współpracuje z jedną z większych angielskich korporacji projektowych „Waterman International Polska” Sp. z o.o. na stanowisku "CAD Managera, Kierownika ds. sprzętu komputerowego i programów CAD” tworząc i dbając o utrzymanie szeroko pojętych instrukcji usprawniających pracę zespołową ponad 80 pracowników biura z dziedziny CAD tzw. CAD Standards. Czynny wykładowca programu AutoCAD w Autoryzowanych Centrach Szkoleniowych Autodesku - firmie ABCAD, PROCAD, CADSoft, Altkom, AECDesign, 4Group. Oprócz uprawnień instruktora AutoCAD czynnie działa i rozwija swoje pasje jako:

- instruktor pierwszej pomocy EFR / ERC / AHA oraz ratownictwa specjalistycznego,
- strażak ratownik KSRG, ratownik drogowy, inspektor ochrony ppoż.,
- instruktor wspinaczki sportowej oraz ekipier Polskiego Związku Alpinizmu., ratownik GOPR kandydat

Przeszedł wiele szkoleń branżowych w tym Kurs Ratownictwa Lawinowego, który miał na celu przygotowanie teoretyczne i praktyczne do poruszania się w terenie zagrożonym lawinami oraz nabycie umiejętności pomocnych przy samodzielnej akcji ratowniczej w lawinisku oraz Kurs Ratownictwa z Kolei Linowych. Obecnie jest Stażystą w formacji Gopr Grupie Jurajskiej. Jest członkiem Uniwersyteckiego Klubu Alpinistycznego, Warmińsko-Mazowieckiego Klubu Speleologicznego "Speleon" oraz Speleoklubu Łódzkiego. Po Tatrach Polskich chodzi od zawsze :-)

Ewa Mroczek

Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna
im. Sługi Bożego Roberta Schumana

COACHING JAKO METODA ZMIANY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

COACHING AS A METHOD OF BEHAVIOR CHANGE HEALTH

Streszczenie

Coaching coraz śmielej wchodzi w różne aspekty naszego życia. Początkowo głównie korporacje, z dziedziną obsługi klienta, wdrażały tę metodę, podnosząc tym samym jakość obsługi swoich klientów i jakość pracy pracowników. Powstawały szkoły z kierunkiem psychologii coachingu oraz kierunki przywództwa - Business Coaching. Powstają szkoły coachingowe, federacje i stowarzyszenia coachów na całym świecie. Dostrzeżono wartość jaką daje możliwość bezpośredniego szkolenia pracownika z uwzględnieniem różnych metod. Powoli zaczęto zmieniać kierunki i rozbudowywać możliwości, jakie daje coaching na inne sfery naszego życia - life coaching. Tak też bardzo szybko powstał coach – jako trener personalny w sporcie. Tu rozwinęła się bardzo mocno możliwość współpracy z firmami zajmującymi się sportami siłowymi, tańcem, a nawet pływaniem sportowym. Dodatkowo rozwinęto tę sferę o możliwość rozwoju w zakresie dietytyki i innych czynników wpływających bezpośrednio na realizację celów. Niezależnie, czy wynikają one z naszego życia codziennego, czy z pracy.

Słowa kluczowe: Coaching, zdrowie, pacjent

Summary

Coaching enters into various aspects of our lives more and more boldly. Initially, mainly corporations with the field of customer service implemented this method, thus increasing the quality of customer service and the quality of employees' work. Schools with the direction of coaching psychology and the directions of leadership - Business Coaching were established. Coaching schools, federations and coach associations are established all over the world. The value of the possibility of direct training of an employee taking into account various methods has been noticed. Unwillingly, they began to change directions and expand the possibilities offered by coaching to other spheres of our life - life coaching. This is also how a coach was created very quickly - as a personal trainer in sport. Here, the possibility of cooperation with companies dealing with strength sports, dancing and even sports swimming has developed. In addition, this area was expanded to include the possibility of development in the field of dietetics and other factors directly influencing the achievement of goals. Regardless of whether they result from our everyday life or work.

Keywords: Coaching, health, patient

Celem niniejszego artykułu jest pokazanie, czym jest coaching medyczny w oparciu o konkretne przykłady i wybrane osoby do badania z określoną chorobą.

Coaching na świecie rozwija się bardzo szybko. W Polsce również od kilku lat jest nieodzowną częścią życia firm. Coraz częściej jednak zaczynamy szukać możliwości wdrożenia coachingu w życie. Widzimy coraz więcej możliwości zastosowania tej metody. Pojawiają się na rynku coraz to nowsze metody oraz możliwości wdrażania w obszary życia. Rozwój coachingu jest uwarunkowany zmianami w ekonomii oraz polityce. Cały czas obserwujemy wyzwania, z jakimi mierzą się liderzy poszczególnych rynków. Naukowcy w dziedzinie neuropsychologii również poszukują coraz to nowszych rozwiązań względem ludzkiego zachowania.

W 1995 r. na świecie powstało stowarzyszenie „International Coach Federation (ICF) zrzeszające wszystkich coachów, które jako pierwsze zaproponowało definicję oraz filozofię coachingu. Według ICF, coaching, skupia się na procesie interaktywnym, który ma pomóc osiągnąć cel i zmotywować do samodoskonalenia. W trakcie procesu następuje skierowanie uwagi na:

- Zwiększenie świadomości
- Samodoskonalenia
- Efektywność
- Bliską relację
- Zwiększenie świadomości
- Wzmocnienie motywacji¹

Ta instytucja ma również niezależną siedzibę w Polsce, w Warszawie. Zajmuje się ustalaniem standardów etycznych, akredytacją nowych członów IFC, przestrzeganiem statutu organizacji na najwyższym poziomie i ciągłym doskonaleniem poprzez szkolenia, warsztaty i publikacje w siedzibie głównej IFC². A zatem czym jest coaching?

Według Dionizego Smolenia³ „Coaching jest procesem współpracy pomiędzy coachem a klientem (coachee), ukierunkowanym na rozwój potencjału klienta na osiągnięcie jego celów”⁴.

Chcąc osiągnąć cel, należy z klientem zbudować relację coachingową. Ta głęboka relacja ma na celu odkrycie przez klienta prawidłowego celu, który może różnić się od pierwotnego założenia. Relacja ta polegać musi na wzajemnym zaufaniu. Uwaga coacha ma ogromną wagę w tym procesie.

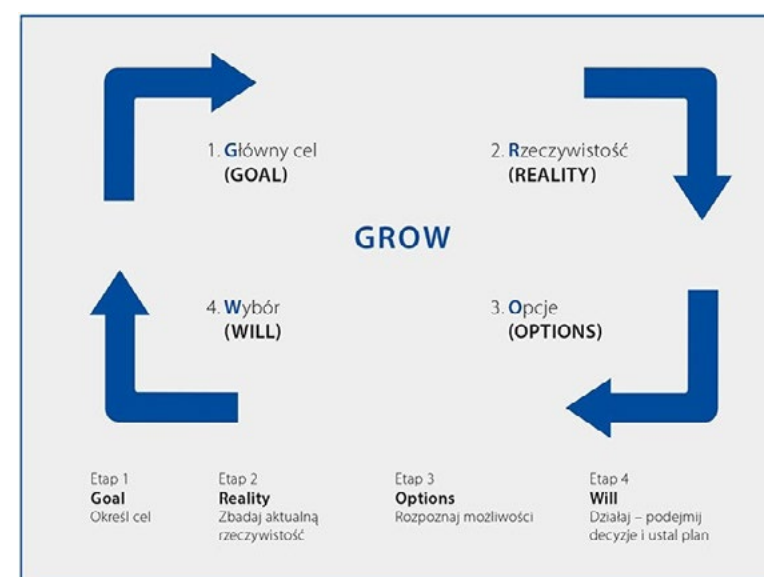
Katarzyna Kuzak⁵ opisuje szczegółowo, jak ciężka jest praca coacha oraz że muszą doskonalić swoje umiejętności. Dostosowanie do warunków ekonomicznych rynku oraz jego zapotrzebowania wymaga ciągłego doskonalenia. Warto zaznaczyć, że poszczególnych nurtów na

przestrzeni lat powstało bardzo dużo, dzięki czemu każdy coach może odnaleźć kierunek, z którym się utożsamia.

Z najbardziej popularnych to: coaching spalający tkankę tłuszczową, odchudzający, coaching zdrowotny, finansowy, pomagający w okiełznaniu dochodów i wydatków, a nawet coaching duchowy, trener personalny – na siłowni, gimnastyce i innych sprawnościach fizycznych, trener w zakładzie pracy - najczęściej w usługach obsługi klienta i inne w różnych aspektach naszego życia.

Najpopularniejszym i najstarszym modelem, jest MODEL GROW, opracowany przez Johna Withmora⁶. Autorki opisują różne aspekty pracy na Modelu Grow oraz proponują swój własny, autorski plan sesji coachingowych.

Rysunek 1 Model GROW



Źródło: <https://doradcapomocypolecnej.pl/arttykul/modele-rozmow-coachingowych>

Opis:

1. Główny cel:

Co chcesz osiągnąć? Konkretyzacja celów, ustalenie celów krótkookresowych i długookresowych, motywacja do pracy nad szukaniem rozwiązań.

2. Stan aktualny:

To co jest obecnie, nawiązanie relacji celem otwarcia się, zrozumienie emocji przez klienta, samoobserwacja działań, przegląd sytuacji obecnej-faktów.

3. Opcje:

Ustalenie możliwości, doprecyzowanie kryteriów wyboru celem znalezienia najlepszego rozwiązania

4. Wola

⁶ Coaching Review nr 3/2011 Rocznik Centrum Coachingu Akademii Leona Koźmińskiego, wyd. Wolters-Kluwer, s. 21.

¹ B. Budzisz, Istota coachingu, „Ekonomy and menagment”, 2011, nr 2, s. 86.

² ICF Poland, <https://icf.org.pl/z> dnia 19.05.2022.

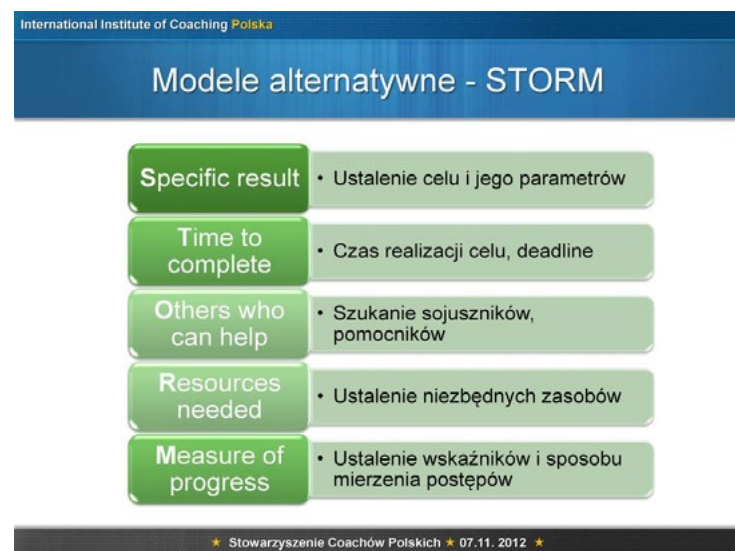
³ EMCC POLAND. (2022, 05 19). Pobrano z lokalizacji emccpoland.org: <https://emccpoland.org/2019/12/11/definicja-coachingu/>.

⁴ Goryńska A., Coaching nowe perspektywy i wyzwania, Warszawa 2020, s. 12.

⁵ Ibid, s. 21.

Ustalenie planu, najlepszego czasu na wdrożenie, zakresu działań i sposobu realizacji, podczas rozmowy generowanie pomysłów, ustalenie pierwszych kroków do wykonania od razu. Kolejne modele są w większości oparte o ten model, np. STORM.

Rysunek 2 Model STORM



Źródło: <https://docplayer.pl/2663279-Alternatywne-modele-sesji-coachingowych.html>

Tu mamy doczynienia w dużej mierze z współpracą, zdobywaniem sojuszników i działaniem wspólnym oraz zgodnym z metodami zarządzania, ustalenie wskaźników oraz sposobu ich mierzenia.

Niestety model Grow i Storm nie jest przeznaczony do pracy z emocjami. Mając na uwadze ciągły rozwój tematyki coachingu i wprowadzenie na różne poziomy, powstał model strzały coachingowej Beckharda. Zgodnie z założeniem, głównym celem jest stworzenie bliskiej relacji z klientem. Nawiązanie kontaktu i stworzenie doświadczenia oraz zawarcie kontraktu są bardzo ważnym elementem tego modelu. W porównaniu do modeli poprzednich jest to najlepszy sposób do pracy z ludźmi, którzy chcą wprowadzić zmiany w swoim życiu. Określenie celu bardzo szczegółowe, co pozwoli trenerowi na wspieranie klienta na każdym kroku. Ta metoda i sposób podejścia jest bardzo ważnym elementem, który zajmuje się również zdrowiem klientów.

Coaching jako uniwersalne narzędzie ma zastosowanie w każdej dziedzinie życia. Tam, gdzie można ustalić cel oraz możliwości rozwoju, stosujemy coaching. Zdrowie pacjenta jest wartością nadrzędną. Coaching zdrowotny ma na celu zmianę zachowań zdrowotnych, prowadzących do poprawy zdrowia i komfortu życia. Coach zajmujący się zdrowiem pacjentów nie musi być pracownikiem medycznym. Jednak jego znajomość procedur medycznych, jednostek chorobowych oraz specjalistycznego słownictwa medycznego będzie bardzo przydatna w komunikowaniu się z pacjentem. Coaching medyczny, zdrowotny skupia się na celach związanych ze zdrowiem. Co ważne w tym procesie, to oprócz wiedzy i teorii związanej ze zdrowiem leczeniem, coaching ma za zadanie pokazać sposoby osiągnięcia celów, zarządzać poznawczymi i emocjonalnymi barierami, które niekiedy właśnie stanowią największą przeszkodę w osiągnięciu celu.

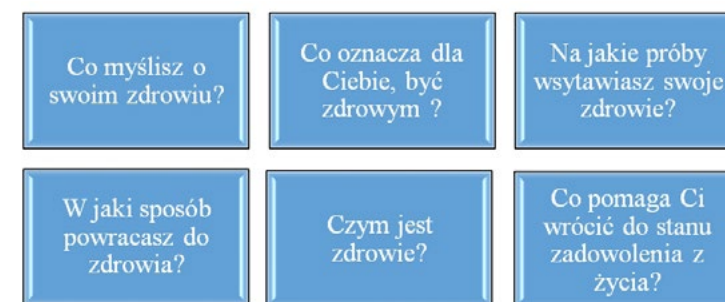
Zadaniem coacha jest słuchanie, wsparcie emocjonalne i pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych oraz nakierowanie na podejmowanie dobrych decyzji. Wartością ogromną dla pacjenta jest skupienie się tylko na nim. Na konkretnej sytuacji zdrowotnej i emocjonalnej oraz dopasowanie możliwości do jego stanu zdrowia.

Coach to osoba⁷:

- Nieoceniająca,
- Empatyczna,
- Przygotowana do rozmowy na temat osiągania celów,
- Pomagają i instruują w przestrzeganiu zaleceńlekarских,
- W ciągłym kontakcie osiągnięcia zamierzonego celu.

Na początku procesu w coachingu medycznym jednym z typów jest metoda GROW (Rysunek 1). Pytania zadawane są w ogólnie pojętym kontekście zdrowia. W późniejszym etapie dołączają pytania celowane, dotyczące szczegółowych i indywidualnych celów zdrowotnych. Rodzaj i kolejność pytań zależą w dużej mierze od przebiegu sesji.

Rysunek 3 Pytania stosowane w coachingu zdrowotnym



Źródło: U. Mijakoska, Diet Coaching, Łódź 2012, s. 47.

Otrzymanie wiedzy na temat zdrowych nawyków, możliwych konsekwencjach podejmowania zachowań zdrowotnych jest bardzo ważnym elementem procesu. W przypadku niepodejmowania działań zdrowotnych co się dzieje z naszym ciałem, umysłem, zachowaniem, emocjami jest istotne z punktu widzenia osiągnięcia celu. To, co się zmieni, jeśli zaczniemy od razu zmieniać nasze nawyki zdrowotne, motywuje. Brak efektów demotywuje. Na każdym etapie pracy konieczny jest kontakt z coachem, który podpowie nam, dlaczego efekty nie idą tak, jak powinny, skąd wziąć motywację do dalszej walki o nasze zdrowie i życie. Pytania kartezyjańskie⁸ mogą być bardzo pomocne w odnalezieniu motywacji oraz przewidzeniu konsekwencji przyszłych zachowań zdrowotnych.

Pytania Kartezyjańskie:

1. Co się zmieni, gdy zmienisz swoje nawyki żywieniowe?
2. Co się zmieni, gdy nie zmienisz swoich nawyków żywieniowych?

Analiza konkretnego zachowania, pozwoli na wygenerowanie dużo większej ilości pomysłów oraz podjęciu decyzji dotyczącej podejścia⁹.

⁷ W. Sacco, A. Morrison A., Malone J., A Brief Regular, Proactive Telephone „Coaching” Intervention for diabetes Rationale, Description and Preliminary Results, „Jurnal Of Diabetes and Its Complications, 2004, No. 37, s. 115.

⁸ U. Mijakowska, Diet Coaching, Samo Sedno, 2012, s. 82.

⁹ Ibid., s. 82.

Coach w pracy z pacjentem powinien korzystać z technik aktywnego słuchania. Pomóc w weryfikacji barier oraz przepracować korzyści wynikające z podjęcia działań i ustalenie szczegółowego planu działania. Wszelkie czynności muszą opierać się na współpracy. Zadaniem coacha jest współpraca z pacjentem w taki sposób, by to on określił cel do realizacji i szczegółowo potrafił go opisać. Wiedza pozwoli mu na pomoc sobie samemu podczas kolejnych, trudnych etapów realizacji. Będzie wiedział, dlaczego, po co i jak podejść do realizacji. Coaching zdrowia skupia się na poszczególnych obszarach naszego życia:

- fizycznym (sen, oddychanie, aktywność fizyczna, odżywianie)
- intelektualnym (poczucie wpływu na swoje życie, podejście do zmiany, sposób określania celów mierzalnych - pozytywne),
- emocjonalnym (obserwacja reakcji na zmiany i sytuacje, umiejętność radzenia sobie ze zmianą, radzenie sobie z emocjami),
- duchowym [poczucie sprawczości, koherencji]¹⁰.

Wybór jednego z tych procesów początkuje proces zmiany zachowań zdrowotnych. Ocena i dopasowanie odpowiedniego sposobu postępowania powinna odbywać się na podstawie stanu pacjenta. Należy określić cel za pomocą metody SMART.

Rysunek 4 Zasada SMART



źródło: <https://wypasukcesu.pl/wiedza/rozwoj-osobisty/cel-na-celowniku-zasada-smart>

Dlaczego SMART?

SMART jest dla każdego, kto ma mniej więcej określony cel, jaki chce osiągnąć, ale nadal jeszcze trzeba opracować szczegóły oraz odpowiedzieć na szereg pytań, dających pełen obraz celu. W tej metodzie bardzo szczegółowo zadane są pytania, które przybliżają nas do prawidłowego wyznaczenia celu oraz zaplanowania szczegółowego etapu jego realizacji.

Rysunek 5 SMART- pytania



źródło: <http://thecoaching.pl/blog/post/smart-cel-w-coachingu-wyznaczanie-pytania-metoda>

Odpowiadając szczegółowo na zadane pytania, trener i pacjent są w stanie bardzo dokładnie przygotować się do wdrożenia realizacji celu.

Korzyści dla pacjenta wynikające z coachingu zdrowotnego są bardzo duże. Pacjent, który posiada wiedzę, ale ma barierę przed działaniem, jest w stanie przepracować z coachem temat

¹⁰ Baron, prof. dr hab. Piotr. Haracz, D. (2022, 05 24). <https://dawidharacz.com>. Pobrano z lokalizacji Poczucie koherencji - czym jest? : <https://dawidharacz.com/poczucie-koherencji-czym-jest>.

w taki sposób, by zmienić swoje nawyki i zacząć realizować swój cel. W momencie gdy zobaczy pierwsze efekty, motywacja rośnie. Razem z motywacją rośnie poziom działania. Kontakt z coachem ma za zadanie podtrzymać motywację oraz na danym etapie pomóc wprowadzić zmiany, by jeszcze lepiej zrealizować cel. Edukacja zdrowotna i skupienie na dobrostanie zdrowotnym, tym samym wypełnienie luki pomiędzy wiedzą a działaniem, jest korzyścią ogromną.

Na przykładzie sytuacji z własnego doświadczenia, gdzie pani w wieku 38 lat zgłosiła się do lekarza z dużą otyłością brakiem sił, ciągłym znużeniem, brakiem akceptacji i początkami depresji. Lekarz zlecił badania standardowe przy otyłości: morfologię, test glukozy i insuliny, tsh, ALT, AST, ogólne badanie moczu i resztę podstawowych badań. Badanie moczu, miało określić, czy nie ma problemów z nerkami, które mogą powodować problemy z filtracją i tym samym zatrucie organizmu. Dodatkowo zlecono badanie USG jamy brzusznej, tarczycy, celem weryfikacji stanu narządów wewnętrznych oraz wyeliminowanie ewentualnych diagnoz poważniejszych.

Z wynikami badań, pacjentka zgłosiła się po kilku tygodniach. W wynikach glukozy i insuliny normy były tak mocno przekroczone, że groziła jej cukrzyca typ I. Insulina jest hormonem regulującym metabolizm. Trzustka wydzielająca insulinę, w przypadku przekroczenia normy, również nie funkcjonuje prawidłowo. U pacjentki stwierdzono cukrzycę typu I, insulinooporność i Hashimoto. Pani otrzymała leki z metforminą i levothyroxinę.

Również bardzo szczegółowo lekarka opisała zasady żywienia, które trzeba wdrożyć w trybie natychmiastowym. Przekazała pacjentce materiały naukowe o żywieniu przy insulinooporości, wskazała strony internetowe, które szczegółowo wskazują zasady żywienia i pomoce do układania diet.

Zalecenie również dotyczyło rozpoczęcia aktywności fizycznej. Na początek sugestia dotyczyła ulubionej, być może sprzed laty, formy aktywności.

Z informacji od pacjentki wynikało, że otyłość utrzymuje się od zakończenia ciąży. Wtedy pojawiły się pierwsze objawy problemów z przybieraniem na wadze, ospałością i dolegliwościami brzuszными. Główna przyczyna wskazywana przez pacjentkę miała związek ze zmęczeniem w związku z obecnością nowego członka rodziny. Dodatkowo po pół roku, pani wróciła do pracy. Pracuje w administracji, co oznacza dla niej pracę głównie siedzącą. Brak aktywności fizycznej po pracy - brak czasu.

Dziecko urodziło się 2 lata temu. Póki jednak objawy nie generowały tak złego samopoczucia i subiektywnej utraty kontroli nad własnym zdrowiem, pani próbowała na własną rękę wdrażać różne diety. Głodówki, diety warzywne, dieta polegająca na jedzeniu tylko zup, diety keto i inne dające rezultat na chwilę, z coraz to większym efektem jojo. Pani przyznała, że nie potrafi wdrożyć systematycznych działań, ze względu na brak sił po pracy i ogrom obowiązków domowych.

Po wyjściu z gabinetu nastąpiła reakcja obronna w postaci płaczu, bezsilności, braku możliwości zmiany nawyków przez coraz to nowe wymówki-bariery. Po rozpoczęciu leczenia musiał upłynąć czas, by organizm nasycił się lekami i by móc odpowiednio zwiększać dawkę i stopniowo poprawiać stan zdrowia. Niestety podczas tego czasu nie podjęła żadnej próby aktywności fizycznej. Jeśli chodzi o dietę, to wydawało jej się, że potrafi odpowiednio skomponować i dopasować posiłki, tak by przyswajać ich odpowiednią ilość. Po kilku tygodniach okazało się to zdecydowanie za mało. Wyniki badań nie poprawiały się w widoczny sposób. Samopoczucie również nie było dobre. Pacjentce groziło leczenie insuliną. W tym momencie

rodzina pacjentki, zdecydowała o wyjeździe zdrowotnym w góry. Bardzo sceptycznie podchodziła do tego, bo nie miała siły na żadną aktywność fizyczną i nie widziała w tym dobrego rozwiązania. Po 2 tygodniach trafiła do ośrodka, do którego obowiązkowo miała przywieźć wyniki wskazanych przez dietetyka z ośrodka badań. Na miejscu zmierzono jej parametry, tj. BMI, pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych na ramionach, brzuchu oraz pod łopatką, BIA (bioimpedancja elektryczna), pomiary wagi, wzrostu, ciśnienia, WHR (stosunek talii do bioder), procent tłuszczu w składzie ciała i beztłuszczowa masa mięśniowa. Kolejnym etapem było spotkanie z coachem. I tu właśnie pierwszy raz spotkała się z takim określeniem. Na tym spotkaniu omówiono wszystkie kwestie dotychczas wskazane przeze mnie. Warunki środowiskowe, etap rozpoczęcia otyłości, stan psychiczny pacjentki po porodzie, wszelkie badania dotychczas wykonywane (tu obecny był dietetyk), leki, które stosuje, zalecenia lekarza, styl życia. Opowiadała o tym, jak wygląda jej dzień, brak czasu na cokolwiek i wszystkie inne sprawy związane z jej ewentualnym brakiem czasu na wdrożenie zaleceń lekarza.

Zadaniem dietetyka było zweryfikowanie wiedzy dotyczącej zaleceń dietetycznych, skorygowanie i pomoc w samodzielnym ustalaniu menu. Zadaniem trenera personalnego było dopasowanie ćwiczeń fizycznych do możliwości - i tu ku zdziwieniu pacjentki na początku wystarczył spacer. Zegarek, który otrzymała na czas pobytu, miał pomóc jej w weryfikacji zadań, które postawiła sobie.

Zadaniem coacha było od początku ustalenie wspólnie celu, który pani chciała osiągnąć. Powoli ustalenie krok po kroku, co będzie robić. Kiedy i jak jeść, kiedy i co nazywać będziemy aktywnością fizyczną i do osiągnięcia jakich parametrów będą codziennie dążyć. Cele określano na tydzień. W międzyczasie coach był do dyspozycji. W razie gdy informacje z elektronicznego przekaznika nie były obiecujące, to coach reagował, wspierając w dalszym działaniu. Po tygodniu następowała korekta diety oraz zwiększenie ilości i jakości ćwiczeń fizycznych, nadal bez uwzględniania siłowni. Powoli czynności, które wykonywała, spokojnie mogła robić na tarasie, w pokoju, na sali gimnastycznej itp. Ważne było poruszenie przemiany materii. Po 2 tygodniach było tzw. kontrolne ważenie i pomiary te same, które były wykonane przy przyjęciu.

Okazało się, że masa ciała spadła, ilość spożywanych kalorii nie przewyższała ilości spalanych kalorii, więc powstawał deficyt kaloryczny. Pani coraz lepiej się czuła. Pomimo nadal dużej wagi, czuła, że ma chęć, by wstać i coś zrobić. Miała coraz więcej energii.

Ostatni tydzień to już był czas na wprowadzenie docelowej diety, z szczegółową nauką jej komponowania, co okazało się proste i niezbyt obciążające finansowo ani czasowo. Mogła gotować kilka produktów na tydzień, dając tym samym możliwość dorzucania świeżych produktów, które w takiej formie należało spożywać. Co najważniejsze, to nauczyła się je spożywać o konkretnych godzinach, również takich, jakie mogła zastosować w domu czy w pracy.

Opieka coacha od samego początku to było ustalenie celu, po kolei pokazanie, jak małymi krokami można osiągnąć swój cel. Wsparcie w sytuacjach, gdy jednak tych sił brakło. Pokazanie, że „może sieniechcieć” - i nie jest to nic złego. Trzeba jednak to zrobić. Wstać i zacząć działać. Powoli, ale działać. Kiedyś słyszałam, że najważniejszy krok do zmian to wstać, posłać łóżko i otworzyć okno. Zatrzymać się na chwilę i powdychać świeżego powietrza, a reszta dnia ułożyć się sama.

Po okresie 3 tygodni pani wróciła, widocznie szczuplejsza, z większym zapasem energii, chęcią do życia, zmian i zabaw z dzieckiem. Przełożyło się to na relację z dzieckiem i innymi członkami rodziny. Cały czas jest w kontakcie z coachem, który nadzoruje cały proces i postępy.

Zegarek otrzymała w prezencie oraz aplikację, w której wpisuje swoje pomiary i cotygodniowe i efekty. Są dni słabsze i lepsze. Dni cieplejsze i chłodniejsze, ale pani potrafi już teraz dostosować aktywność fizyczną do warunków, która sprawia jej ogromną radość (nie wyobraża sobie dnia bez niej). Nie cofa się przed działaniem. Widząc efekty, działa dalej. Wsparciem ogromnym jest coach i rodzina.

Po 3 miesiącach wróciła do ośrodka, od którego zaczęła zmianę swojego życia.

Gościnnie z dziećmi i rodziną przyjechała porozmawiać i pokazać, jakie efekty osiągnęła i dalej osiąga. Co się zmieniło w jej życiu? Wszystko. Chęć do życia, badania laboratoryjne poprawiają się cały czas. Nie grozi jej leczenie insuliną. Powoli może zmniejszać dawki leków na cukrzycę, przy założeniu dotychczasowego żywienia i aktywności fizycznej. W dniu dzisiejszym BMI wynosi 22. Z dniem pierwszej wizyty u lekarza wynosiło 38.

Na podstawie tej sytuacji, można śmiało wyświetlić korzyści, jakie wynikają z kontaktu z coachem medycznym:

- identyfikacja barier,
- relacje międzyludzkie,
- wiedza,
- autorefleksja,
- skupienie na rozwiązaniu,
- wsparcie na każdym etapie,
- motywacja,
- zaangażowanie,
- odwaga,
- samoświadomość,
- radość i optymizm.

Coach nie jest personelem medycznym w rozumieniu Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Jest czymś, co scala wszelkie formy aktywności medycznej i pozamedycznej. Daje narzędzia, wsparcie i pomoc w ustaleniu celu, planu działania i zagrzewa do walki jak trener.

Od kilku lat obserwujemy ogromną rolę, jaką odgrywa komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Standardy obsługi pacjenta, które na początku wdrażane były w częściach obsługowych – recepcjach, punktach obsługi klienta, zostały zauważone jako istotne w kontekście komunikacji. W prawach pacjenta mamy informację o prawie do uzyskania przystępnej informacji na temat stanu zdrowia oraz sposobów leczenia¹¹. Jak zauważono, bardzo istotnym elementem opieki zdrowotnej jest komunikacja. Podkreślić należy, że w tym procesie ogromną rolę odgrywają emocje i uczucia¹². Wiadome jest, że przyjęcie postawy empatycznej przez personel medyczny, zmniejsza lęk u pacjenta. Ogromną rolę odgrywa komunikacja niewerbalna, wpływając na jakość emocji oraz lepsze zrozumienie informacji, regulując tym samym interakcje¹³.

Odgrywa znaczącą rolę w budowaniu relacji oraz zaufania do personelu. Ma również ogromne znaczenie dla jakości opieki medycznej. Kazimierczak wskazuje, że pacjenci bardziej skupiają się na komunikacji niewerbalnej lekarza, szczególnie, kiedy uważają, że nie jest z nimi szczerzy.

Forma i sposób komunikacji mają ogromne znaczenie w całym procesie diagnozowania i leczenia. Wyobraźmy sobie sytuację, w której lekarz, oglądając wyniki badań, spogląda na pacjenta bez słowa, z zatroskanym wyrazem twarzy. Jaki odbiór? Co się dzieje? Czy coś znalazł? To na pewno rak...

Wiele myśli w głowie pacjenta pozostaje bez odpowiedzi do momentu, kiedy lekarz nie przekazuje szczegółowo informacji. W sytuacji, gdy poinformuje, że wszystko jest w porządku, pacjent nadal odczuwa niepokój, dopytując, co jednak jest nie tak, bo takie odniósł wrażenie. Podczas całego toku studiów lekarze obecnie mają informacje na temat wagi nawiązania prawidłowej relacji komunikacji z pacjentem. I tak w przypadku komunikacji ważne jest, by nawiązywać kontakt wzrokowy z pacjentem. Obecnym „trendem” w relacji jest informatyzacja gabinetów lekarskich. Z doświadczenia wiem, że najczęściej reklamacji dotyczy braku relacji z lekarzem, braku kontaktu wzrokowego i zamiast rozmowy ciągłego pisanie na klawiaturze. Kontakt wzrokowy, komunikacja niewerbalna i werbalna oraz empatia to pierwszy z najważniejszych aspektów nawiązania prawidłowej relacji z pacjentem oraz zyskanie w jego oczach miana osoby wiarygodnej i szczerzej oraz autentycznej i profesjonalnej. W dzisiejszych czasach pacjentom bardzo brakuje relacji bezpośredniej z personelem. Okres pandemii zamknięcia oraz często odizolowania pokazał, jak ważna jest relacja bezpośrednia. Teraz jest moment na odrobienie tego czasu. Warunkiem nadrobienia zaległości jest zaopiekowanie się pacjentem. Oprócz relacji z personelem, ważna jest wiedza i sposób jej przekazywania w sposób stopniowy i przystępny. Dlatego coaching w medycynie jest odpowiednim sposobem na poprawienie relacji oraz od początku poprowadzenie pacjenta i uświadomienie mu zagrożeń i korzyści wynikających ze zmian w swoim zdrowiu, a w konsekwencji w życiu. W momencie nawiązania prawidłowej relacji z pacjentem można przejść do konkretów z ustaleniem celu, planu realizacji oraz zasad realizacji celu.

Pacjent bardzo potrzebuje tego kontaktu. Chce być prowadzony, motywowany i doceniany przez cały proces dochodzenia do zdrowia. Chce wiedzieć, że ma wsparcie i niezależnie od chwilowego spadku samopoczucia.

Idąc dalej i realizując prawa pacjenta, coaching to najlepszy ze sposobów osiągnięcia celu, jakim jest zdrowsze i szczęśliwsze życie naszych obywateli. Zależy nam na tym, by ograniczyć nakłady na służbę zdrowia. Nie osiągniemy tego bez poprawy zdrowia naszych obywateli. Różnie programy profilaktyczne wdrażane przez rządzących nie przyniosą efektu, jeśli nie przejdziemy całego procesu z pacjentem, pokazując na każdym kroku, co może zrobić lepiej, jak może zmienić swoje życie, by być zdrowszym.

Nawiązując do historii opisanej w poprzedniej części, rola coacha w relacji z pacjentem jest ogromna, a nawet kluczowa. To jego spokój, opanowanie, profesjonalizm powodują, że często nieświadomie, na początku, odpowiadamy na pytania, drążymy temat, nie wiedząc, że właśnie zmieniamy siebie. W im głębszą relację emocjonalną wejdziemy z coachem, tym łatwiej nam będzie się otworzyć i powiedzieć to, co jest dla nas naprawdę barierą w osiągnięciu celu. Niejednokrotnie może być potrzeba wsparcia innych osób, tj. psychologa czy psychiatry. I tu też ogromna rola coacha, który pokaże, jaką wagę ma ta wizyta, że to kolejny przystanek do osiągnięcia celu, jakim jest zdrowie.

¹¹ Ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozdział 3, art 9, pkt. 2.

¹² Stachowiak M., Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów, Homo Communicativus, 2011, s. 45-49.

¹³ Kazimierczak A., Wpływ komunikacji z personelem na doświadczanie choroby przez pacjentów, Homo Communicativus, 2011, s. 133-140.

Wartością na pewno dodaną w tym wszystkim jest możliwość stworzenia zespołu współpracującego z coachem. Osób-profesjonalistów, dietetyków, trenerów personalnych, lekarzy medycyny, którzy w sposób fachowy przeprowadzą pacjenta przez każdy szczebel procesu dochodzenia do zdrowia. Nasze społeczeństwo jest na 4 miejscu otyłości w UE. To oznacza, że już czas, by wdrożyć pewne działania mające na celu zlikwidowanie otyłości. Pierwszą i najważniejszą sprawą jest edukacja. Ale sposób edukowania ma ogromne znaczenie. Sama teoria dostępna od ręki w Internecie, jak widać, nie jest wystarczająca. Muszą to być dane przekazywane w relacjach z drugim człowiekiem, gdzie można zapytać, poradzić się i w każdej chwili zweryfikować swoją wiedzę. Pacjent chronicznie chory wymaga szczegółowego skupienia uwagi. Indywidualna sytuacja, do której użyjemy umiejętności coachingowych, może stanowić ogromną wartość.

W czasie pandemii bardzo dużo form pracy przeszło w tryb online. Telefoniczne porady, czaty medyczne i inne formy aktywności poza osobistym kontaktem. Był to czas, by rozpocząć weryfikowanie możliwości kontaktów z pacjentami właśnie telefonicznych. Kilka lat temu telefoniczny kontakt z lekarzem był formą mało dostępną. Tylko nieliczni mieli możliwość kontaktu, najczęściej po znajomości. Obecna forma daje więcej poczucia bezpieczeństwa. W każdej sytuacji można się poradzić. Często wyjście z domu, ze względu na stan zdrowia, nie jest możliwe, dodatkowo organizacja kogoś do pomocy powoduje frustrację, złość, a czasami jest po prostu niemożliwa. Forma takiego kontaktu rozwija obszar medyczny w sferze relacji. To właśnie to poczucie bezpieczeństwa, bliskości relacji i możliwości reagowania w każdej sytuacji daje efekty poprawy stanu zdrowia pacjentów. Zakładając, że lekarz skupia się wyłącznie na sferze medycznej pacjenta i obecnym stanie zdrowia, coach ma inne zadanie. Ustalenie z pacjentem celu, jaki chce osiągnąć. Zmotywowanie go, poświęcenie jemu jednemu tyle uwagi, ile potrzebuje, by pomóc mu w osiągnięciu założonego celu. Ustalenie krok po kroku zadań do realizacji i wspólnie omawianie efektów tych działań. Dzielenie radości, niepowodzeń i dalsze wsparcie na każdym etapie osiągania celu.

Kolejną bardzo ważną częścią pracy z coachem jest kontakt z lekarzem. W sytuacji, gdy całym procesem zajmuje się jedna osoba, szczegółowo panując nad realizacją celu poprzez wszelkie dostępne środki, dużo łatwiej jest go osiągnąć. Pacjenci trafiający pod opiekę coachów to nie są osoby zdrowe. Bardzo ważne jest, by zaopiekować się nimi z najwyższą starannością, największą wiedzą, ale nie przekraczać granic pomiędzy coachingiem a medycyną. Pacjent musi czuć się bezpieczny. A coach musi wiedzieć, kiedy pacjent wymaga pomocy medycznej i skierować go odpowiednią do osoby, u której tę pomoc uzyska. Scalanie tych różnych źródeł wsparcia, traktowanie wyjątkowo każdego pacjenta, pomoc i odpowiednie działanie – to są zadania coacha. Pacjent jest tu najważniejszym elementem i tak musi się czuć.

Na potrzeby artykułu przeprowadzono badania ankietowe. Przedmiotem mojego badania jest określenie, czy w sytuacji zdiagnozowania choroby pacjent ma wiedzę na temat możliwości skorzystania z pomocy coacha medycznego i czego może od niego oczekiwać oraz jakich rezultatów się spodziewać.

Zbadano osoby po 18 r.ż., u których zdiagnozowano cukrzycę typu II, insulinooporność lub choroby tarczycy. W badaniu uczestniczyło 100 osób. Z czego 80% stanowiły kobiety a 20% mężczyźni. Badanie miało charakter anonimowy i zawierała pytania zamknięte i półotwarte. Badanie zostało przeprowadzone w okresie kwiecień-maj 2022. Ankieta została utworzona i rozesłana przez Dysk Google do pracowników ochrony zdrowia, by pomogli z zebraniem

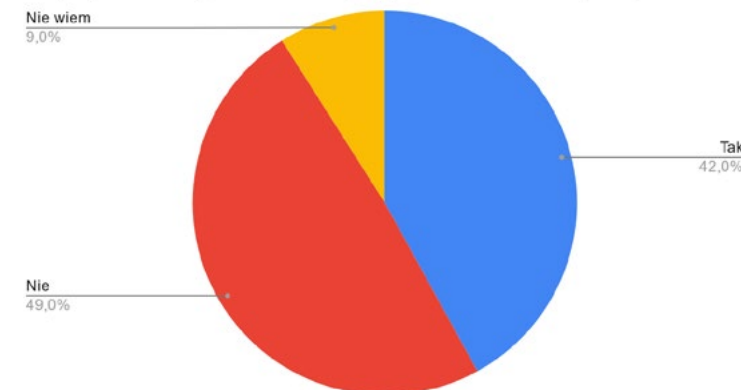
informacji, kierując ankietę do osób ze zdiagnozowanymi chorobami, wskazanymi w ankiecie.

W ankiecie wzięło udział 100 osób z Warszawy. Kobiety i mężczyźni z konkretnymi chorobami oraz ukończonym 18 r.ż. Ankietowanych podzielono na grupy względem wieku: 18-25, 26-35, 35-45, 45-55, 55 i więcej lat. Wskazano możliwość nie udzielenia informacji o wieku osoby badanej oraz płci.

Wyniki badań według kolejności pytań są następujące.

Rysunek 6-pytanie 1

Czy spotkała się Pan\Pani z pojęciem coach medyczny?

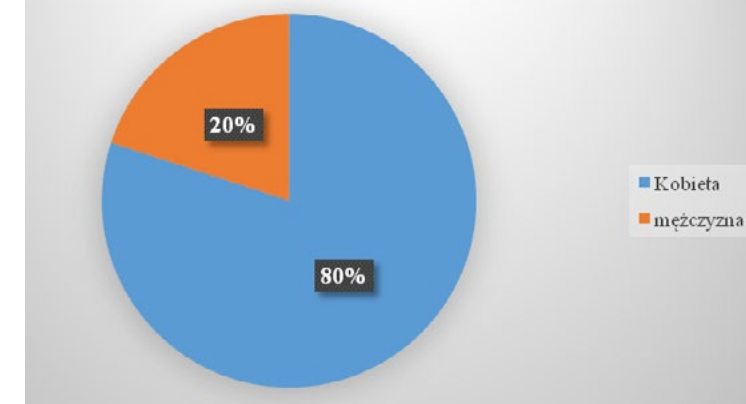


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Z ankiety wynika, że przeważająca część, bo aż 49 % ankietowanych, nie zna pojęcia coach medyczny 42 % odpowiedziało, że tak a 9% osób nie wie. Nadmienić należy, że w przypadku pozytywnej odpowiedzi to kobiety stanowiły przewagę.

Rysunek 7 Analiza w oparciu o płeć

Wynik TAK w oparciu o płeć

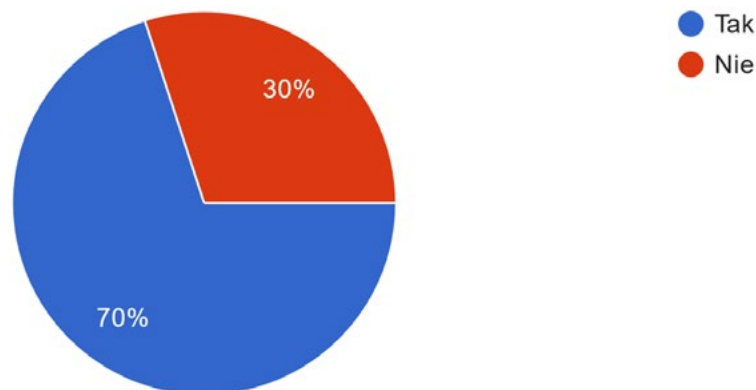


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Rysunek 7- pytanie 2

Czy otrzymanie diagnozy i informacji od lekarza wpłynęło na chęć zmiany nawyków żywieniowych

100 odpowiedzi

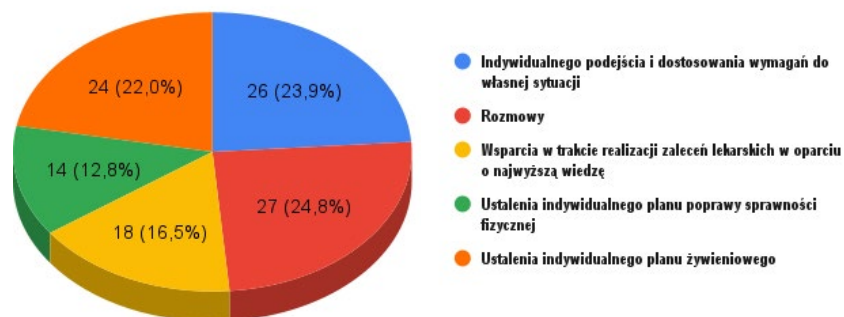


Źródło: Opracowanie google na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Z tego wynika, że informacje o pogarszającym się stanie zdrowia była motywatorem do zmiany nawyków żywieniowych.

Rysunek 8 – pytanie 3

Jakiej pomocy by Pani oczekiwała ?(Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

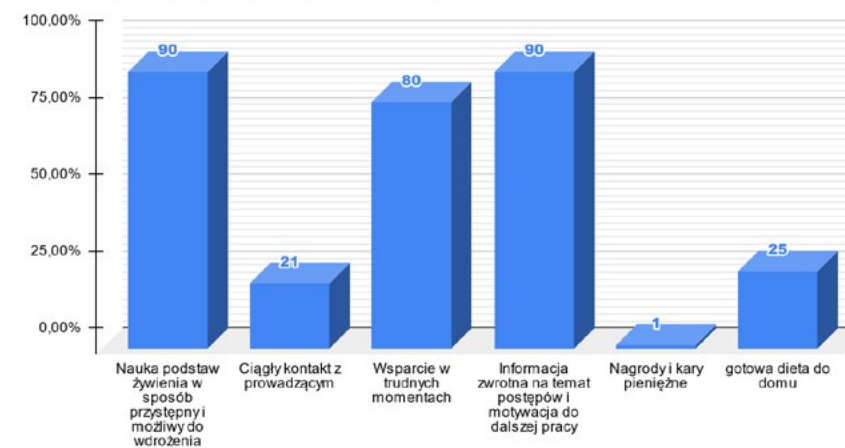


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Na pierwszym miejscu ankietowani wskazują rozmowę 27 osób, potem wsparcie w realizacji zaleceń lekarskich, ustalenie indywidualnego planu żywieniowego w oparciu o rozmowę, nawiązanie bliskiej relacji i ustalenie powodów dotychczasowego ewentualnego niepowodzenia.

Rysunek 9- pytanie 4

Co pomogło by w realizacji planu zmiany nawyków żywieniowych? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)



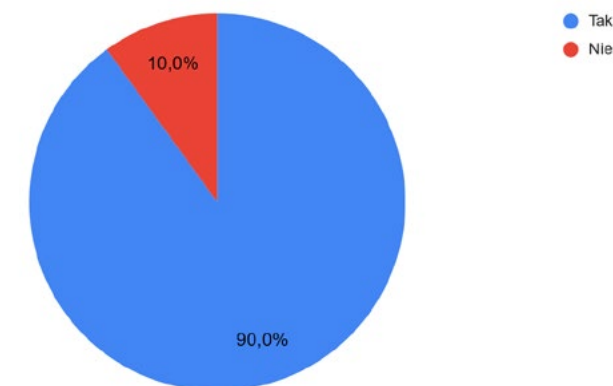
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.

W tym pytaniu ankietowani mieli za zadanie wybrać, co pomogło by im w zmianie nawyków żywieniowych. Aż 90 osób wskazało naukę podstaw żywienia w sposób przystępny i możliwy do wdrożenia każdego dnia. Wsparcie, jako trzecie z wynikiem 80, oznacza konieczność posiadania ciągłego kontaktu z osobą, która jest w stanie odpowiedzieć na wątpliwości i zmotywować do dalszej pracy.

Informacje zwrotną na temat postępów wskazało 90 osób. Kontakt z prowadzącym wskazało 21 osób. Dodatkowo ankietowani mogli wskazać inne wartości. 1 osoba wskazała kary i nagrody pieniężne. 25 osób wskazało gotową dietę do domu, co obecnie jest praktykowane.

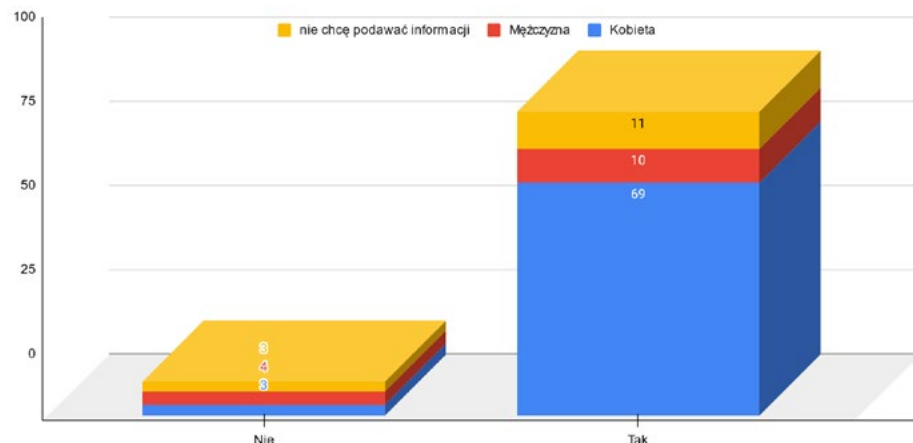
Rysunek 10- pytanie 5

Czy dostosowanie produktów spożywczych, konkretnych ćwiczeń fizycznych i stosowanego leczenia do możliwości finansowych jest ważne ?



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet.

Czy dostosowanie produktów spożywczych, konkretnych ćwiczeń fizycznych i stosowanego leczenia do możliwości finansowych jest ważne?

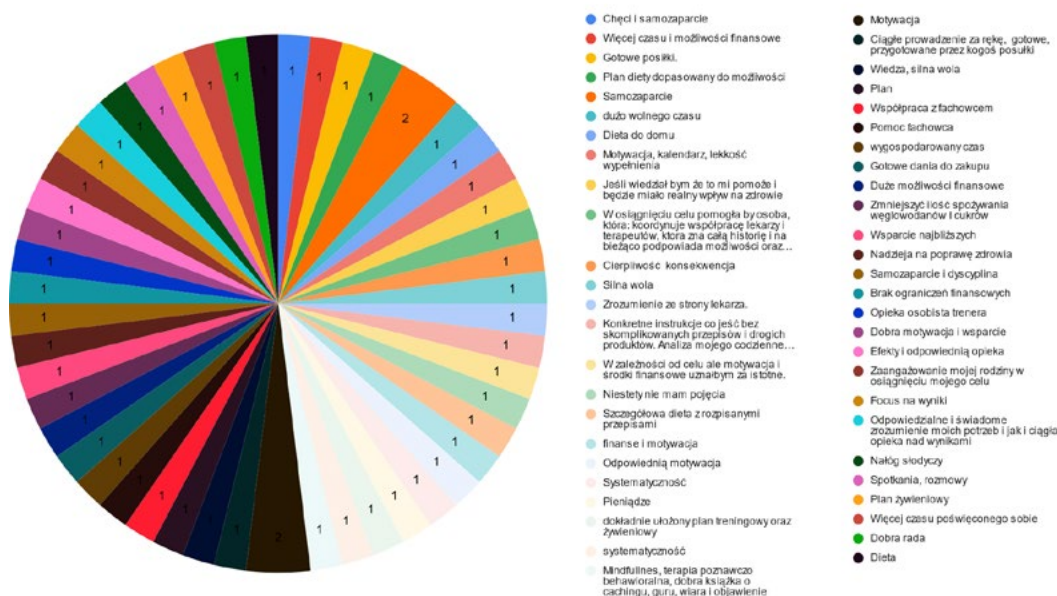


Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet.

Ankieta miała również na celu weryfikację pod względem finansowym obiekcji, jakie są przy podejmowaniu decyzji o zmianie nawyków żywieniowych. Rosnąca inflacja i ceny produktów spożywczych oraz leków są coraz to większą przeszkodą. Jak widać na wynikach, aż 90% opowiada się za wsparciem i dostosowaniem całego procesu do możliwości finansowych. W tym przedziale aż 69% stanowiły kobiety. To jest część pierwsza spotkania z coachem, która ma na celu zweryfikowanie ewentualnych demotywatorów do realizacji celów. Zaledwie 10% wskazuje, że nie ma to żadnego znaczenia. W tym jest 4% mężczyzn i 3% kobiet. Reszta osób, ze względu na brak podanej płci, nie została zweryfikowana.

Rysunek 11- pytanie 6

Co pomogłoby w swobodnym osiągnięciu celu?- pytanie otwarte



W tym pytaniu, ankietowany miał swobodę w wypowiedzi. Mógł napisać co tylko przychodzi mu do głowy. Najczęściej spośród wszystkich odpowiedzi są poruszane kwestie motywacji, samozaparcia, słodczy, możliwości finansowych. Prowadzenie za rękę, ciągły kontakt z trenerem, wsparcie rodziny i osobista opieka to również temat, który był zgłaszany. Ważne dla naszych ankietowanych wydaje się być również wsparcie bliskich.

Rysunek 12- pytanie 7

Co najczęściej powstrzymuje Panią/Pana przed osiągnięciem celu bycia zdrowym i sprawnym fizycznie?

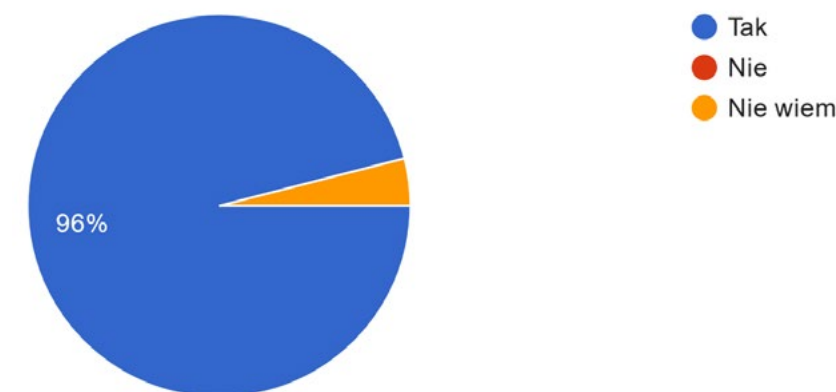


Źródło: Opracowanie własne na podstawie ankiet.

Co ciekawe, typowym „blokerem” w podejmowaniu poprawy jakości życia jest, jak wskazują ankietowani, zbyt drogie produkty, brak czasu (64%). Aż 40% wskazuje na ogromny wysiłek, jaki trzeba włożyć, by osiągnąć cel. 32% wskazuje brak czasu, a zaledwie 8% zbyt duże posiłki.

Rysunek 13- pytanie 8

Gdyby po wyjściu od lekarza, który zaleca zmianę nawyków żywieniowych i usprawnienie pracy serca, otrzymała Pani zalecenie kontaktu z odpowiednimi wszelkimi wątpliwościami, zdecydowałaby się Pani?



Źródło: Opracowanie google na podstawie przeprowadzonych ankiet.

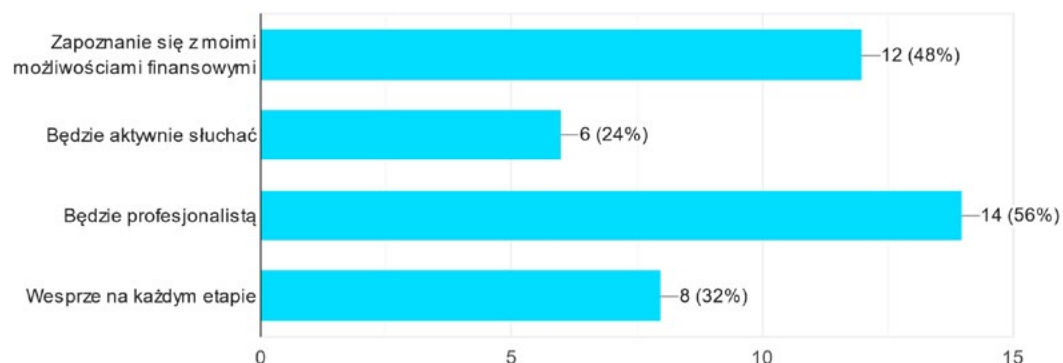
Ankietowani otrzymali pytanie:

Gdyby po wyjściu od lekarza, który zaleca zmianę nawyków żywieniowych i usprawnienie pracy serca, otrzymała Pan/i zalecenie kontaktu z odpowiednią osobą, która przeprowadzi przez cały proces i rozwieje wszelkie wątpliwości, zdecydował/a by się Pan/i? Wynik jest na poziomie 96%. Większość stanowią kobiety - 98 %. Załedwie 4% ankietowanych nie skorzystało by z pomocy.

Rysunek 14- pytanie 9

Jakie oczekiwania by miała Pan/i względem takiej osoby? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

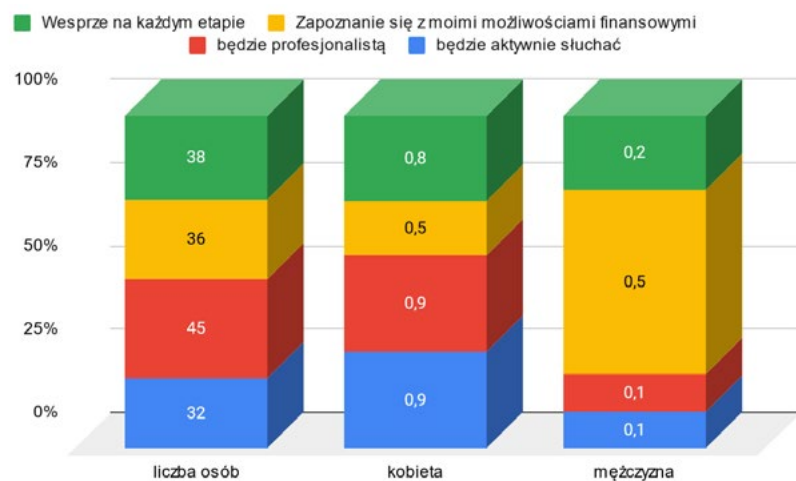
25 odpowiedzi



Źródło: Opracowanie google na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Osoby, które zaznaczyły TAK w pytaniu 8, miały możliwość wypowiedzenia się na temat oczekiwań, zaznaczając kilka odpowiedzi. Pytanie nie było obowiązkowe, a próba to 25 osób, które zaznaczyły odpowiedzi. Większość z nich zaznaczyła, że bycie profesjonalistą jest ważne. Zapoznanie się z możliwościami finansowymi (rozmowa wstępna) jest również istotna. Aktywne słuchanie oraz wsparcie na każdym etapie realizacji celu.

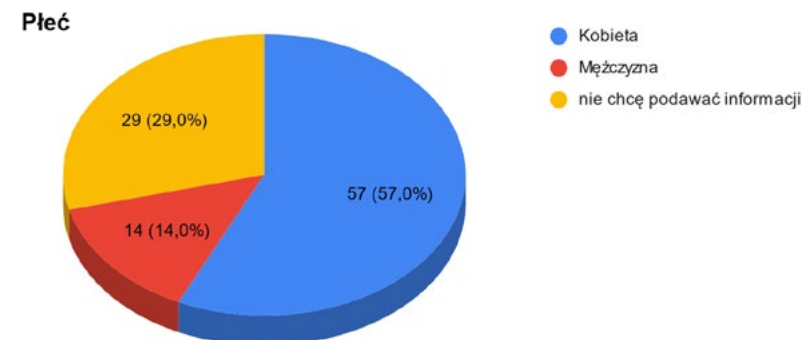
Rysunek 14b- podział względem płci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.

Dzieląc poszczególne wyniki na płeć, to kobiety zwracają uwagę w 90% na profesjonalizm oraz aktywne słuchanie. W przypadku mężczyzn to wynik na poziomie 10%. Wsparcie na każdym etapie również w przewadze dotyczy kobiet - aż 80%. Na równi okazują się być wyniki dotyczące możliwości finansowych.

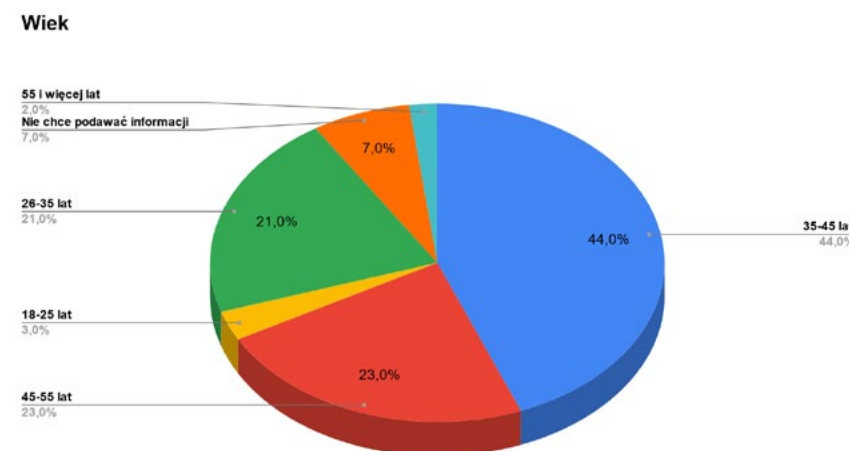
Rysunek 15- metryczka-płeć



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet.

W badaniu wzięło udział 100 osób. 57% stanowiły kobiety, 29% mężczyźni a 14% nie wyraziło chęci podzielenia się informacją.

Rysunek 16-metryczka wiek



Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet.

Zdecydowaną większość osób stanowiły osoby wieku 35-45 lat. Kolejna grupa to 45-55 lat. Najmniejsza ilość osób to 55 i więcej lat – 2%. 7% nie wyraziło zgody na podanie informacji. Osoby w wieku 18-25 lat stanowiły załedwie grupę 3%.

ZAKOŃCZENIE

Naszym głównym celem jest wieść zdrowe i szczęśliwe życie. Niestety, ze względu na wiele czynników, nie jesteśmy w stanie tego osiągnąć. Pandemia pokazała nam brak umiejętności dostosowania się do sytuacji, w razie występującego zagrożenia, którego nie znamy. Boimy się. Najczęściej reakcją na stres są różnego rodzaju używki, podjadanie, w konsekwencji depresja. Brak aktywności fizycznej i znalezienia sposobu na aktywność fizyczną to kolejny problem.

Przedstawiona tu rola coacha medycznego i przybliżenie jego sposobu działania było przedmiotem artykułu. Przytoczone sytuacje, opisane szczegółowo, z efektami końcowymi mają na celu zwrócenie szczególnej uwagi na wartość, jaka wynika z kontaktu z coachem. Obecnie potrzebujemy dokładnie takich relacji. Osób, które w naszym zabieganiu codziennym będą potrafiły w sposób profesjonalny pokazać, jak robić to lepiej. Jak osiągać cele. Pokazując, że do ich osiągnięcia potrzeba małych kroków, ale trzeba je szczegółowo spisać, by wiedzieć, co i jak robić.

Przedstawione metody działania coacha i efekty, jakich możemy się spodziewać, dają nadzieję pacjentom na poprawę swojego zdrowia, a tym samym jakości życia. Hipotezy zawarte w badaniu określają wiedzę, jaką potrzebujemy, by rozpocząć kontakt z coachem. Co musi się stać, by zmotywowało nas do pierwszego kroku.

Ankiety, szczególnie te w luźnych wypowiedziach, potwierdzają dokładnie, czego potrzebujemy, by zacząć działać. Chcemy kontaktu, wsparcia, pomocy, ustalenia planu działania do naszych możliwości – co oznacza nawiązania relacji. Współpracy na każdym etapie działania. Chcemy czuć, że to my osiągamy cel, jaki sobie postawiliśmy. Potrzebujemy tej dumy i determinacji do wyznaczania i kolejnych celów. Jeśli tylko będzie osoba, która pomoże nam w interpretacji oraz rozpoczęciu działania, to chcemy to robić.

Pytania w ankiecie miały na celu zweryfikowanie, czy osoby, które borykają się z konkretnymi problemami zdrowotnymi, mają wiedzę na temat coacha medycznego. Czy wiedzą, do kogo zgłosić się celem pomocy w rozwiązaniu problemu. Że nie muszą być same. Niestety, coach to nadal osoba bardzo mało znana, a moim zdaniem w placówkach medycznych, w których diagnozujemy pacjentów, coach powinien być dostępny od ręki. Wspierać, pomagać, weryfikować, motywować i pokazywać, jak działać dalej, by osiągać coraz to nowe cele.

Być może kiedyś dojdzie do momentu, że wygaśnie konieczność zatrudniania takiej osoby, ale na ten moment rolę przedstawicieli medycznych powinno być propagowanie zdrowego stylu życia, przy założeniu, że nie każdy może poradzić sobie z barierami w życiu.

Finansowe ograniczenia, szczególnie przy tak drastycznym wzroście inflacji również można rozwiązać. Musimy jednak wiedzieć, jak to zrobić. Jak wprowadzić nawyki żywieniowe bez drastycznej zmiany w życiu. Bez konieczności bycia głodnym, zdenerwowanym i niepewnym.

BIBLIOGRAFIA

1. Budzisz, B. (2011). Istota Coachingu. *Ekonomy and menagment* nr. 2, 86.
2. Dutkiewicz, W. (2000). *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*. Kielce: Stachurski.
3. EMCC POLAND. (2022, 05 19). Pobrano z lokalizacji emccpoland.org: <https://emccpoland.org/2019/12/11/definicja-coachingu/>
4. Goryńska, A. (Red.). (2020). *COACHING Nowe perspektywy i wyzwania*. Warszawa, mazowieckie, Polska: Baron, prof. dr hab. Piotr.
5. Goryńskiej, A. L. (2011). Centrum coachingu. *Coaching review*, nr. 3, 21.
6. Haracz, p. d. (2022, 05 24). <https://dawidharacz.com>. Pobrano z lokalizacji poczucie koherencji - czym jest?: <https://dawidharacz.com/poczucie-koherencji-czym-jest>
7. International Coach Federation (ICF POLAND). (2022, 05 19). Pobrano z lokalizacji <https://icf.org.pl/>: <https://icf.org.pl/o-nas/>
8. Kamińska, A. (1974). Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej. *Metodologi pedagogiki społecznej*.
9. Kaźmierczak, A. (2011). Wpływ komunikacji z personelem na doświadczanie choroby przez pacjentów. *Homo Communicativus*, 1(6), 133-140.
10. Łobocki, M. (1982). *Metodologia badań pedagogicznych*. Warszawa.
11. Łobocki, M. (2003). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków: Impuls.
12. Maszke, A. W. (2008). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Rzeszów: WUR.
13. Mijakoska, U. (2012). *Diet Coaching*. Warszawa: Samo Sedno.
14. Nowak, S. (1985). *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: PWN.
15. Okoń, W. (2004). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa.
16. Pilch, T. (1998). *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
17. RP, S. (2008, Listopad 6). Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozdział 3, art 9. pkt. 2. Warszawa, mazowieckie, Polska. Pobrano 05 27, 2022 z lokalizacji <https://isap.sejm.gov.pl>
18. Sacco, W. M. (2004). A brief regular, proactive telephone. *Jurnal of diabetes and its Complications „Coaching” Intervention for diabetes Rationale, Description and Preliminary Results*, 115.
19. Skorny, Z. (1984). *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki*. Warszawa: 107.
20. Stachowiak, M. (2011). Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów. *Homo Communicativus*, 45-49.
21. Tadeusz Pilch, T. W. (1997). Metody i techniki badań w pedagogice. *Pedagogika*.

NOTA BIOGRAFICZNA AUTORA

Ewa Mroczek - mgr zdrowia publicznego,
Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna im. Sługi Bożego Roberta Schumana.



**im. Sługi Bożego
Roberta Schumana**

ul. Wodna 13/21
26-600 Radom
telefon: (48) 344 00 55
fax: 48 360 13 22
kom.: 784 910 547
e-mail: dziekanat@eust.pl