

**ZESZYTY
NAUKOWE**

Λογος

Nr 3 (2016)

TOWARZYSTWO NAUKOWE

LOGOS

PITRKÓW TRYBUNALSKI

Wydawca:

Towarzystwo Naukowe LOGOS

97-300 Piotrków Tryb.

Ul. Armii Krajowej 17

Prezes:

Zygmunt Rogoziński

Rada Programowa:

Izabela Buczyk – Dupain, Rafał Cegłowski, Irmina Gocan, Karol Grant- Skiba, Jolanta Grzesiuk, Bernard Koziróg, Marzanna Makowska, Iwona Poteralska, Dorota Rogozińska, Zygmunt Rogoziński, Krzysztof Woźniak.

Redaktor

Krzysztof Woźniak

Copyright by LOGOS

Materiały można przesyłać drogą elektroniczną pod adres: logoss1@o2.pl

Spis treści:

1. Strona tytułowa.....	str. 1
2. Strona informacyjna.....	str. 2
3. Spis treści.....	str.3
4. Od Redakcji	
Wykaz Wyższych Uczelni w Warszawie.....	str. 4
5. Edyta Gaszewska	
<i>Etyka</i>	str. 9
6. Zygmunt Rogoziński	
<i>Skąd tam na Wschodzie wzięli się Polacy - Wstęp</i>	str. 23
7. Halina Chmielewska	
<i>Wykorzystanie różnych form aktywizacji i terapii zajęciowej u pacjentów po udarze mózgu</i>	str.27
8. Krzysztof Woźniak	
1) <i>Stosunek Państwa do Kościoła na Cyprze</i>	str. 78
2) <i>Stosunek Państwa do Kościoła na Węgrzech</i>	str. 86
9. Magdalena Fronczak	
<i>Muzykoterapia jako forma osób z Zespołem Downa</i>	str. 93
10.Dorota Fraj	
Cywilizacja Europejska spadkobiercą cywilizacji Starożytnej Grecji i Rzymu.....	str. 128
11.Michał Jarosiński	
System parlamentarno – komitetowy.....	str. 131
12.Michał Jarosiński	
Filozofa w okresie hellenistycznym.....	str. 133

Szkoły wyższe w Łodzi

Politechnika Łódzka

ul. Stefanowskiego 2
tel.:(0-42) 631-20-92
fax:(0-42) 636-74-77
www: <http://www.p.lodz.pl>

Uniwersytet Łódzki

ul. Narutowicza 65
tel.:(0-42) 635-40-00
fax:(0-42) 665-57-71
www: <http://www.uni.lodz.pl>

Uniwersytet Medyczny

Al. Kościuszki 4
tel.:(0-42) 632-99-73
fax:(0-42) 632-99-73
www: <http://www.umed.lodz.pl>

Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów w Łodzi

ul. Gdańska 32
tel.:(0-42) 633-38-22
fax:(0-42) 639-99-60
www: <http://www.amuz.lodz.pl>

Akademia Sztuk Pięknych im. Władysława Strzemińskiego w Łodzi

ul. Wojska Polskiego 121
tel.:(0-42) 656-10-56
fax.:(0-42) 656-21-92
www: <http://www.asp.lodz.pl>

Państwowa Wyższa Szkoła Filmowa, Telewizyjna i Teatralna im. Leona Schillera w Łodzi

ul. Targowa 61/63
tel.:(0-42) 634-58-00
fax:(0-42) 674-81-39
www: <http://www.filmschool.lodz.pl>

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

ul. Rewolucji 1905 r. 64
tel.:(0-42) 631-50-00
www: <http://www.wshe.lodz.pl>

Wyższa Szkoła Humanistyczna "Wschód - Zachód"

ul. Rewolucji 1905 r. 44
tel.:(0-42) 632-29-29
www: <http://www.wshwz.edu.pl>
email: rektorat@wshwz.edu.pl

Polski Uniwersytet Wirtualny

ul. Rewolucji 1905 r. 64

tel.:0-801-080-888

www: <http://www.puw.pl>

email: infolinia@puw.pl

Wyższa Szkoła Sztuki i Projektowania

ul. Targowa 65

tel.:(0-42) 678-25-89

fax:(0-42) 678-25-89

www: <http://www.wSSIP.edu.pl>

email: info@wSSIP.edu.pl

Spółeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania

ul. Sienkiewicza 9

tel.:(0-42) 632-50-23

www: <http://www.swspiz.pl>

email: office@swspiz.pl

Wyższa Szkoła Administracji Publicznej

ul. Tokarzewskiego 2

tel.:(0-42) 616-25-80

fax:(0-42) 616-25-82

www: <http://www.wsap.pl>

email: dziekanat@poczta.wsap.pl

Wyższa Szkoła Informatyki

ul. Rzgowska 17a

tel.:(0-42) 275-01-00

fax:(0-42) 640-33-55

www: <http://www.wsinf.edu.pl>

email: wsinf@wsinf.edu.pl

Wyższa Szkoła Studiów Międzynarodowych w Łodzi

ul. Brzozowa 3/9

tel.:(0-42) 689-72-10

fax:(0-42) 689-72-13

www: <http://www.wssm.edu.pl>

email: sekretariat@wssm.edu.pl

OLYMPUS Szkoła Wyższa im. R. Kudlińskiego

ul. Wigury 21

tel.:(0-42) 633-29-84

fax:(0-42) 632-06-93

www: <http://www.olympus.edu.pl>

Salezjańska Wyższa Szkoła Ekonomii i Zarządzania

ul. Wodna 36

tel.:(0-42) 676-13-66

fax:(0-42) 676-13-68

www: <http://www.swseiz.lodz.pl>

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej

ul. Kamińskiego 21
tel.:(0-42) 678-78-25
fax:(0-42) 678-78-24
www: <http://www.wsez.pl>

Wyższa Szkoła Finansów i Informatyki im. prof. Janusza Chechlińskiego

ul. Św. Jerzego 10/12
tel.:(0-42) 664-93-10
fax:(0-42) 664-93-16
www: <http://www.wsez.pl>

Wyższa Szkoła Kupiecka

ul. Pojezierska 97 b
tel.:(0-42) 654-90-95
fax:(0-42) 654-91-27
www: <http://www.kupiecka.pl>

Wyższa Szkoła Marketingu i Biznesu

ul. Klaretyńska 9
tel.:(0-42) 652-62-66
fax:(0-42) 652-72-12
www: <http://www.wsmib.edu.pl>

Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi

ul. Żeromskiego 115
tel.:(0-42) 630-30-72
www: <http://www.wsp.lodz.pl>

Wyższa Szkoła Turystyki i Hotelarstwa

ul. Senatorska 11
tel.:(0-42) 674-52-74
fax:(0-42) 632-42-23
www: <http://www.wsth.edu.pl>

Wyższa Zawodowa Szkoła Kosmetologii i Promocji Zdrowia AVANGARDA

ul. Senatorska 6
tel.:(0-42) 637-63-90
www: <http://www.awangarda.edu.pl>

Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu

ul. Piotrkowska 278 (wejście od ul. Milionowej)
tel.:(0-42) 683-44-18
www: <http://www.medyk.edu.pl>

Szkoły wyższe w Radomiu

Kolegium Licencjackie UMCS w Radomiu

adres: ul. Uniwersytecka 6, 26-600 Radom

tel.: +48483312823

Prywatna Wyższa Szkoła Ochrony Środowiska w Radomiu

adres: ul. Zubrzyckiego 6, 26-600 Radom

tel.: +48483831150

fax: +48483831150

Radomska Szkoła Wyższa

adres: ul. 1905 roku 26/28, 26-600 Radom

tel.: +48483441352, +48483441361

fax: +48483441397

Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

adres: ul. Malczewskiego 29, 26-600 Radom

tel.: +48 (48) 3618000, +48 (48) 3617000

Wyższa Inżynierska Szkoła Bezpieczeństwa i Organizacji Pracy w Radomiu

adres: ul. Mokra 13/19, 26-600 Radom

tel.: +48483851314, +48483851116

fax: +48483851116

Wyższa Inżynierska Szkoła Przedsiębiorczości w Radomiu

adres: ul. Focha 12, 26-600 Radom

tel.: +48483845659, +48483851314

fax: +48483845655

Wyższa Szkoła Biznesu im. Biskupa Jana Chrapka w Radomiu

adres: ul. Kolejowa 22, 26-600 Radom

tel.: +48483637007, +48483847180

fax: +48483847180

Wyższa Szkoła Handlowa w Radomiu

adres: ul. Traugutta 61, 26-600 Radom

tel.: +48483401694

fax: +48483401694

Wyższa Szkoła Handlu i Finansów Międzynarodowych im. Fryderyka Skarbka w Warszawie

Wydział Zamiejscowy w Radomiu

adres: ul. Tartaczna 16/18, 26-600 Radom

tel.: +48483638777

fax: +48483632755

Wyższa Szkoła Nauk Społecznych i Technicznych w Radomiu

adres: ul. Wodna 13/21, 26-600 Radom

tel.: +48483440055, +48483638680

fax: +48483638680

Akademia Ekonomiczna w Krakowie - punkt konsultacyjny w Kielcach

adres: Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 7, 25-341 Kielce

tel.: +48122935381

Filia Wyższej Szkoły Dziennikarstwa w Warszawie

adres: ul. Ponurego Piwnika 49 , 25-666 Kielce

tel.: +48413462828

Państwowa Szkoła Muzyczna I i II Stopnia im. Ludomira Rózyckiego w Kielcach

adres: ul. Wojewódzka 12, 25-536 Kielce

tel.: 41 342 60 17

Politechnika Świętokrzyska w Kielcach

adres: Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 7, 25-541 Kielce

tel.: +48413424444, +48413424445 fax: +48413442997

Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach

adres: ul. mjr. Jana Piwnika \"Ponurego\" 49, 25-666 Kielce

tel.: +48483458588, 48413452357

fax: 48413458588

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

adres: ul. Żeromskiego 5, 25-369 Kielce

tel.: +48413497330

Wsztechnica Świętokrzyska w Kielcach

adres: ul. Orzeszkowej 15, 25-435 Kielce

tel.: +48413317375, +48413317238

Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Kielcach

adres: ul. Leopolda Staffa 7, 25-410 Kielce

tel.: +48413686661, +48413686077

fax: 41 368 66 61

Wyższa Szkoła Ekonomii i Administracji - zamknięta

adres: ul. Karczówkowska 41 , 25-713 Kielce

tel.: 41345-52-56, 41366-93-93

Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach

adres: ul. Jagiellońska 109A, 25-713 Kielce

tel.: 48413451313, 48413456919

Etyka

Etyka- termin pochodzący z języka greckiego, który oznacza *éthikós* - zwyczajny; *éthos* - obyczaj, zwyczaj). Oznacza zespół norm i ocen moralnych charakterystycznych dla danej zbiorowości społecznej (np. grupy społecznej, klasy, warstwy, środowiska). Jest działem filozofii, zajmującym się badaniem moralności i tworzeniem systemów myślowych, z których można wyprowadzać zasady moralne. Dlatego też etyka bywa nazywana filozofią moralną. Jako nauka filozoficzna, formułuje ogólne zasady moralne oraz szczegółowe normatywy ludzkiego działania za pomocą wrodzonych człowiekowi zdolności poznawczych.

W sensie potocznym, etyka to ogół norm moralnych uznawanych w pewnym okresie czasu przez jakąś zbiorowość społeczną jako punkt odniesienia dla oceny i korekty postępowania. Ma to na celu integrację grupy wokół pewnych wartości, synonim moralności. W sensie filozoficznym to nauka dotycząca moralności, rozpatrywana odrębnie w dwóch aspektach:

- normatywnym, jako nauka moralności - (tzw. etyka normatywna lub etyka właściwa). Etyka w ujęciu normatywnym zajmuje się określeniem, co jest moralnie dobre, a co złe. Na podstawie przyjętych ocen i związanych z nimi powinności wytycza dyrektywy, tj. normy moralnie pozytywnego postępowania i wskazuje sposoby takiego przekształcania obiegowej moralności, by dostosować ją do przyjętego ideału moralnego,
- opisowo-wyjaśniającym, jako nauka o moralności (tzw. etyka opisowa lub etologia). Etyka w aspekcie opisowym zajmuje się analizą, opisem i wyjaśnianiem moralności, rzeczywiście przyjmowanej (obiegowej) w różnych epokach i środowiskach społecznych, wskazywaniem źródeł, struktury, funkcji moralności jako formy świadomości społecznej i wykrywaniem prawidłowości jej rozwoju; bada zatem oceny, normy, wzorce osobowe, ideały, sposoby ich uzasadniania jako dane bez zaangażowania się w ich wartościowanie; w tym rozumieniu etyka obejmuje socjologię moralności, psychologię moralności, semantykę moralności (nazywaną w wąskim znaczeniu metaetyką), badającą język moralności; do etyki opisowej zalicza się też historię moralności i towarzyszących jej doktryn etycznych¹.

¹ R.B. Brandt, *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*, Warszawa 1996, str. 26.

Jako filozoficzna nauka o moralności, zajmuje się wyjaśnieniem i ustalaniem takich kategorii, jak dobro i zło, odpowiedzialność, sumienie, powinności oraz wytyczaniem zasad i norm moralnego postępowania². Dzieli się na:

- aksjologię (teorię wartości) - (gr. áxios -godny, cenny, lógos - nauka), która bada naturę wartości, ustala normy i hierarchię oraz kryteria wartościowania. W szerokim znaczeniu, to ogólna teoria wartości, nauka o wartościach, wieloaspektowe rozważania ogólnoteoretyczne, które dotyczą pojęcia wartości, wywodzące się z etycznych koncepcji dobra.

Aksjologia w szerokim znaczeniu, w ujęciu teoretycznym zajmuje się analizą natury wartości (co cenne, dobre), czyli zagadnieniem, czym jest wartość, jaki jest jej charakter (subiektywny, obiektywny, absolutny, względny itp.). Poszukuje jej źródeł i mechanizmów powstawania. Natomiast w ujęciu systematyzującym i postulatywnym w kręgu jej zainteresowań są podstawy i kryteria wartościowania oraz klasyfikacja wartości³.

- deontologię (naukę o powinnościach) – jest to nazwa rodzajowa zbioru teorii etycznych, które głoszą hasła, że istnieją pewne rodzaje czynów, których nie wolno wykonać, nawet jeśli prowadzi to do gorszych rezultatów. Zdaniem deontologów wartości moralnej czynów, zasad, praw, czy cech charakteru nie determinują jedynie ich skutki, lecz również ich wewnętrzna wartość, na którą mają wpływ np. intencje, motywacje, rodzaj ocenianego czynu lub zasady. Deontologowie uważają, że w niektórych sytuacjach należy, a nawet istnieje obowiązek wybierania działań przynoszących najlepsze skutki, to jednocześnie nakładają obwarowania na ideę promocji wartości. Według nich, cel nie uświęca pewnych środków - żaden skutek nie może uzasadnić niegodziwości pewnych czynów. Wśród zakazanych czynów wymienia się zazwyczaj kradzież, oszustwo, zdradę, morderstwo, krzywoprzysięstwo, złamanie obietnicy, torturowanie, gwałt, poniżanie, dyskryminowanie itd. Deontologowie uznają, że czyny tego rodzaju zawsze mają ujemną wartość moralną - bez względu na skutki, jakie ze sobą niosą⁴.

Problematyka etyczna jest nieodłącznym towarzyszem ludzkiej refleksji nad światem. Od zarania dziejów pojawiała się, jako istotny składnik mitów, religii i utrwalonych mądrości praktycznych, we wszystkich kulturach. Jednakże status wyodrębnionej dziedziny filozoficznej uzyskała dopiero w V w. p.n.e., tj. w okresie tworzenia się klasycznej filozofii greckiej. Etyka, jako termin użyty został użyty

² R., Smolski, M., Smolski, E.,H., Stadtmüller,. Słownik Encyklopedyczny, Edukacja Obywatelska, 1999, str. 145

³ T., Nagel, Etyka, [w:] Widok znikąd, Fundacja „Aletheia”, Warszawa 1997, str. 169–182.

⁴ I., Kant, Uzasadnienie metafizyki moralności, Tłum. Mściśław Wartenberg, Antyk, Kęty 2002, str.78-82.

w IV w. p.n.e. przez Arystotelesa w tytule dzieła *Etyka nikomachejska* na oznaczenie opisowo-krytycznego studium tego, co dotyczy etosu jako ludzkiego charakteru, obyczaju, tj. utrwalonego sposobu zachowania się w środowisku życia, pracy i zamieszkania.

Refleksja etyczna to nie wyłączna własność intelektualna współczesnych Europejczyków. Rozwijała się bardzo dobrze w starożytności w chińskiej filozofii klasycznej, indyjskiej filozofii klasycznej, a potem dopiero w filozofii greckiej. Filozofowie starożytni uznali, że wartością ważną dla wszystkich jest szczęście (eudajmonia). I choć jest to pojęcie podstawowe dla etyki starożytnej to nie ma zgody co do tego czym ono jest. Dla jednych myślicieli jest ono dobrem najwyższym, do którego dąży całe ludzkie życie, dla innych pożądanym skutkiem ubocznym w drodze do innego celu. Dla jednych droga do szczęścia wiedzie przez minimalizację oczekiwań wobec życia, poprzez wewnętrzną doskonałość, dla innych jest to osiągnięci równowagi między potrzebami duszy i ciała. Jedni głoszą elitarną koncepcję szczęścia - tylko wybrani mogą je osiągnąć. Egalitarne koncepcje oferują je wszystkim - możliwość ma każdy, musi tylko spełnić określone wymogi moralnego życia. Transcendentne koncepcje celu życia i szczęścia umiejscawiają je poza światem. Immanentne głoszą, że cel i szczęście tkwią w świecie „tu i teraz”.

Pierwsi filozofowie zajmowali się przede wszystkim przyrodą i wszechświatem. Dopiero Sokrates koncentrując swoje zainteresowania na człowieku rozwinął wcześniej istniejącą refleksję etyczną. Starożytni uważali, że zasady moralne wprowadzają w życie człowieka ład odpowiadający kosmicznej harmonii. Tym samym zasady te powinny kierować organizacją życia politycznego, społecznego oraz być podstawą wychowania młodego pokolenia. Działanie człowieka podporządkowane jest cnotom moralnym, praktykowanie których czyni go mądrym i wstrzemięźliwym. Dzięki cnotom człowiek zdobywa racjonalną kontrolę nad swymi popędami i pragnieniami, doskonalili się moralnie i stają się szczęśliwi⁵.

Chińska filozofia czyli refleksja filozoficzno-społeczna rozwinęła się wraz z cywilizacją i kulturą chińską. Charakteryzuje ją przewaga wątków praktycznych nad teoretycznymi i skupia się głównie na poszukiwaniu idealnego sposobu życia dla jednostki. Zajmuje się również optymalnymi metodami zachowań ładu politycznego i społecznego w społecznościach ludzkich, zwłaszcza w państwie. W kręgu jej zainteresowań znajdują się również zagadnienia natury ludzkiej, miejsce człowieka we Wszechświecie, problematyka wielości i zmienności.

Narodziny i rozkwit filozofii chińskiej przypadają na VI-III w. p.n.e., czyli na okres zwany klasycznym, w którym ukształtowały się najbardziej znane szkoły filozofii chińskiej. Były to ostatnie

⁵ W kręgu dobra i zła: zarys historii etyki od starożytności do czasów współczesnych, Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości im. Bogdana Jańskiego, Warszawa 1998, str. 46

stulecia panowania dynastii Zhou, zanim władca księstwa Qin - Zheng, zjednoczył wszystkie chińskie państewka. Wydarzenia historyczne postawiły pytania o to, jak zaradzić szerzącemu się wokół chaosowi i jak wobec niego winien zachować się człowiek. Konfucjanizm - zapoczątkowany przez Konfucjusza (551-479 p.n.e.), później reprezentowany m.in. przez Mengzi (ok. 372-289 p.n.e.) i Xunzi (ok. 298 - ok. 238 p.n.e.) - głosił, że chaos jest efektem rozpadu tradycyjnych norm i wartości i postulował ich przywrócenie. Kładł ogromny nacisk na pracę nad sobą i edukację oraz upowszechnianie właściwych przykładów moralnych, które miały moc przyciągającą i przekształcającą.

W opozycji do konfucjanizmu znalazła się szkoła zwolenników motizmu, tj. poglądów Mozi (ok. 479 - ok. 381 p.n.e.). Według tej filozofii, nieład rodzi się z konfliktów zrodzonych z egoistycznej troski o siebie, swoich najbliższych i własny kraj. Lekarstwem na to miała być utylitarystyczna etyka społeczna, pozwalająca zrealizować ideał miłości powszechnej (przeciwieństwo konfucjańskiego hierarchizmu). Propagowali swoisty ascetyzm, wzywając do odrzucenia etykiety i ceremoniałów. Taoizm i jego najwybitniejsi przedstawiciele: Laozi (VI w. p.n.e.), Yang Zhu (ok. 440 - ok. 360 p.n.e.) i Zhuang Zhou (369-286 p.n.e.), odpowiedzialnością za zło swoich czasów obarczali zabieganie o cele doczesne i podporządkowywanie się społecznym konwencjom moralnym, naruszającym naturalną harmonię świata (tao). Postulowano odrzucenie tych konwencji i życie we wspólnotach wiejskich - umożliwić to miało samospelnienie jednostkom i nastanie powszechnego ładu. Inne szkoły okresu klasycznego nie zakreślały pola swoich zainteresowań etycznych tak szeroko.⁶

W indyjskiej myśli filozoficznej, mimo tak długiego okresu jej rozwoju, bo liczącego ponad trzy tysiące lat. Pomimo niezwykle bogactwa rozwiązań ontologicznych, ideał etyczno-aksjologiczny pozostaje z reguły niezmienny. Filozofia indyjska, z reguły maksymalistyczna ze względu na swoją teorię bytu, głosi swoisty indyjski praktycyzm spirytualistyczny. Liczne traktaty są ułożone z niezwykłą precyzją, przeładowane wysublimowaną terminologią, która jest dziś trudna do zrozumienia zarówno indyjskim, jak i zachodnim uczonym. Raz podejmuje subtelne zagadnienia z pogranicza pojmuwalności, następnym rozszczepia włos na czworo. Jednakże wszystkie one podporządkowane są celowi praktycznemu, który zbyt daleko wybiega poza normalne doświadczenie. To nowe, nieznanne doświadczenie, które się ma zdobyć, gdy się cel osiągnie, lub które zostanie uzyskane po drodze do celu, ma być sprawdzianem istoty głoszonych teorii, stanowi bowiem pierwszorzędne źródło poznania w filozofii indyjskiej⁷.

Etyka grecka zajmowała się badaniami nad szczęściem, nad jego osiągnięciem, nad osobistą doskonałością człowieka, a potem nad optymalnymi dla samodoskonalenia się stosunkami społecznymi. Jednak nim nastała filozofia i poszczególne systemy zaczęły określać zasady życia, istniała już religia,

⁶ W. Łagodzki, G. Pyszczyk, *Filozofia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2000, str.119-123.

⁷ L., Cyboran, *O etyce indyjskiej (szkic syntetyczny)*, *Studia Philosophiae Christianae* 12/2, 1976, str. 213-218

greckie wierzenia (mity, które wyznaczały zasady wzajemnego współżycia między ludźmi, filozofów także relacji człowieka z przyrodą. Bogowie mityczni zostali wykreowani zgodnie z zasadą mimesis, ale ich podobieństwo do ludzi jest bardzo uderzające. Pomimo, że mieli oni nadzwyczajną moc, dzięki ambrozji nie podlegali procesom starzenia ani śmierci, to zdecydowanie więcej ich do ludzi upodabniało niż różniło. Grecy bogowie byli bardzo niedoskonali, popełniali błędy, podobnie jak śmiertelnicy, bywali zazdrośni i mściwi, oszukiwali się nawzajem i zdradzali, teoriami nawet mordowali. Od początku świata walczyli o władzę, przy tym byli bardzo łaśni na przejawy wszelkiej czci. Mimo swych wad, bogowie stali na straży moralności ludzkiej, a także dbali o sprawiedliwość we własnym gronie. Naczelnym sędzią był Zeus, to on najczęściej wydawał wyroki, zwłaszcza, gdy chodziło o przewiny bogów, Ares stawał przed boskim trybunałem dwukrotnie. Zeus dbał także o zachowanie praw na ziemi, był strażnikiem prawa gościnności, najsurowiej karał zdradę i krzywoprzysięstwo, jego imię było przywoływane w czasie przysięg i gwarantowało ich dotrzymania. Także podstawowe prawa i obowiązki, takie jak na przykład obowiązek grzebania zmarłych, pochodziły od bogów. Doskonałym przykładem jest tu spór Antygony z Kreonem. Antygona pogrzebała zwłoki brata mimo zakazu króla, bowiem dla niej ważniejsze było zachowanie praw boskich niż posłuszeństwo wobec ziemskiego władcy, bardziej też obawiała się gniewu bogów, niż kary królewskiej⁸.

Za prekursora klasycznej etyki greckiej uważany jest Sokrates (469-399). Jego program etyczny: poznaj samego siebie, dzięki poznaniu siebie będziesz mógł świadomie kierować sobą, czyli uzyskasz sprawność etyczną, cnotę. Cnota to wiedza, kontrola nad własnym działaniem - jedyna wiedza, która wytrzyma próby obalania. Poznanie i osiągnięcie doskonałości w działaniu prowadzi do realizacji prawdziwej natury ludzkiej i daje szczęście.

Sokrates – grecki filozof starożytny.



⁸ Mít – człowiek – literatura, praca zbiorowa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, str. 24-35.

Sokrates był nauczycielem cnoty i myślenia. W jego rozumieniu cnota to podstawowa zasada moralna. Człowiek powinien postępować moralnie, w zgodzie z obowiązującymi zasadami, własnym sumieniem i hołdować cnotom. Sokrates ponad zdrowie, urodę, majątek czy władzę stawiał właśnie cnotę i podkreślał jej walory. Dzięki niej człowiek poznaje prawdziwe szczęście, staje się pożyteczny i wartościowy, gdyż cnota jest dobrem nadrzędnym. By owe cnoty osiągnąć, by się nimi kierować trzeba mieć rozum. Mądrość to również cnota, bo prowadzi ona każdego do słusznego postępowania. Sokrates nauczał, że człowiek winien dążyć do najwyższych cnót, jakimi są prawda, poznanie oraz dobro. By je osiągnąć, musi się kierować rozumem, musi pragnąć mądrości, bo tylko ona wiedzie do cnoty. Przy okazji może warto zaznaczyć sokratejskie „wiem, że nic nie wiem”, które jest deklaracją nie przyjmowania niczego z góry. Wszystkie założenia trzeba poddać rozumowej krytyce. Nie należy brać niczego na wiarę, bo z błędnych przesłanek, wynikają błędne wnioski⁹.

Programowi Sokratesa Arystoteles zarzucił intelektualizm, bo w jego założeniu, aby dobrze działać, wystarczy pojąć, co jest dobre i automatycznie się to robi, wola nie wymaga kształtowania. Sokratejską naukę o cnocie rozwijają cynicy (V/IV w p.n.e. - IV w n.e.). Szydzą z bezrefleksyjnie przyjmowanych stylów życia i instytucji społecznych cieszących się powszechnym szacunkiem wytykając im, że przeszkadzają ludziom w samodoskonaleniu się. Cynicy przyjmują, że jedynym dobrem dającym szczęście jest sprawność etyczna (cnota), rozumiana jako pełna samowiedza i pełne panowanie nad sobą. Odrzucają obowiązujące autorytety i pożądane przez ludzi dobra (bogactwo, przyjemności, władzę itp.). To właśnie cynicy wychwalają ideał mędrca kierującego się rozumem, niepodatnego na wpływy świata zewnętrznego, dzięki opanowaniu własnych namiętności i słabości. Program cyników potwierdza współczesna psychologia osobowości. Rozwinięta osobowość jest źródłem radości z życia i zadowolenia z siebie oraz gwarancją wytrzymania najgorszych zrzędzeń losu, jej przeciwieństwem jest np. neurotyzm¹⁰.

Program cyników rozwija szkoła ze Stoi (stoicy, IV w p.n.e.-III w n.e.): szczęście daje człowiekowi tylko cnota, uniezależniająca go od okoliczności zewnętrznych i ucząca życia zgodnego z rozumem i z cyklami przyrodniczymi. Cnota jest samowystarczalna (autarkia) i prowadzi do obojętności wobec wszystkiego, co niezależne od ludzkiej woli. Źródłem zła są namiętności, bo one uzależniają człowieka od zewnętrznych rzeczy. Trzeba się na nie znieczulić (apatia). Stoicy wpłynęli na późniejszą etykę chrześcijańską. Na przeciwnym biegunie staje szkoła z Cyreny (cyrenaicy, IV-III w.p.n.e.) głosząca program etyczny hedonizmu: jedynym dobrem, celem życia i motywem postępowania ludzi jest przyjemność zmysłowa, jedynym złem jest przykrość, ból. Doskonałość etyczna polega na maksymalizacji przyjemności i minimalizacji przykrości. Ten program kontynuuje potem w

⁹ I., Krońska, Sokrates, Wiedza Powszechna, Warszawa, 2001, str. 24-28.

¹⁰ W., Tatarkiewicz, Historia filozofii, PWN, Warszawa, 1999

łagodniejszej formie szkoła Epikura. W XVIII-XIX wieku u J. Benthama i J .S. Milla hedonizm przekształcony zostaje w program użyteczności.

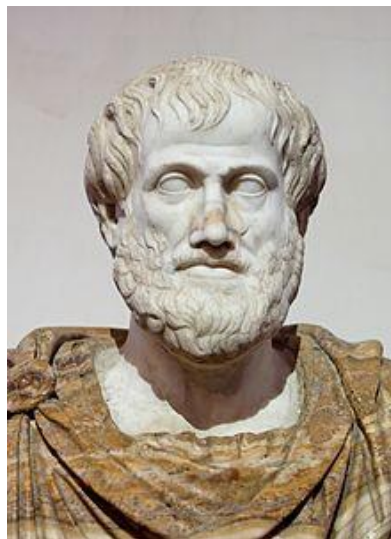
Najsłynniejszy uczeń Sokratesa, Platon (427-347 p.n.e.), nadaje poglądom mistrza bardziej systemowy charakter.

Plátōn – grecki filozof.



Ideą etycznym Platona jest mędrzec, wykształcony w dialektyce (sztuce rozumowania prowadzącego od wielości rzeczy zmysłowych do jedności pojęć i idei) oraz posiadły zdolność panowania nad sobą. Człowiek doskonały etycznie powinien się charakteryzować cnotą rozumu (roztropność), który poprzez cnotę męstwa panuje nad namiętnościami (wstrzemięźliwość, umiar). Te trzy cnoty powinna harmonizować czwarta - cnota sprawiedliwości. Cztery cnoty Platónskie nazwano później kardynalnymi (łac. "*cardo*" - zawias), bo na nich "wisi" cała praktyka etyczna. Etyka (rozumiana jako zarządzanie samym siebie) jest u Platona częścią szerszego programu - polityki (rozumianej jako zarządzanie doskonałego państwa). Tylko ten, kto sam jest "poukładany", sprawiedliwy, może być twórcą sprawiedliwych praw.

Arystoteles (384-322 p.n.e.) jako pierwszy nadał etyce postać systematycznego wykładu i miało to znaczny wpływ na dalszy rozwój etyki. Na jej rozwój wpłynęły również poglądy epikurejczyków (epikureizm) i stoików.



Popiersie Arystotelesa

Pojęcie Etyki przez Arystotelesa wynikała w dużym stopniu z jego praktycznych obserwacji, teorii bytu, ale także z teorii bytu. Dobro i cnota (Areté) była dążeniem do doskonalenia swojej formy, czyli duszy. gdy dusza osiągnie optymalną, przeznaczoną dla danej jednostki postać, to wtedy Jednostka osiągnie trwałe szczęście i cnotę (eudajmonia), tylko wtedy, gdy dusza osiągnie optymalną, przeznaczoną dla tej jednostki postać. To, co jest dobre dla jednego człowieka, niekoniecznie musi być dobre dla drugiego i dlatego też dusze ludzkie są неповtarzalne, Dobro więc jest pojęciem subiektywnym i zależy od wielu, bardzo różnych czynników. Próba uszczęśliwiania wszystkich poprzez tworzenie idealnego państwa jest więc mrzonką, która w istocie może tylko wszystkich unieszczęśliwić. Była to myśl sprzeczna z poglądami Platona¹¹

Arystoteles nie zgadzał się ze zrównywaniem dobra z wiedzą o ideach. Własne doświadczenia wyniesione z Akademii Platońskiej przekonały go, że nawet najmądrzejsi filozofowie nie są wolni od zwykłych ludzkich namiętności, a nawet zdarza się, że podlegają im silniej. Zgodnie ze swoją teorią duszy, Arystoteles twierdził, że każdy człowiek trwa w naturalnym konflikcie żądz cielesnych i racjonalnej oceny sytuacji, dostarczanej mu przez rozumną część jego duszy. Cnota jest stałym procesem przewycięzania i kontrolowania żądz. Wymaga to stałego wysiłku, a nie coś co na trwałe można osiągnąć przez proste nabywanie wiedzy. Wynika z tego, że moralność to podążanie za nakazami rozumu, które mogą być albo wpojone przez wychowanie albo uzyskane na skutek własnych przemyśleń, co dla samej moralności jako takiej ma drugorzędne znaczenie. Stąd człowiek mądry, ale o słabej woli, bywa często mniej cnotliwy od człowieka niewykształconego, ale o silnej woli. Żadna z cnót nie jest wrodzona, z natury jesteśmy tylko zdolni do ich nabywania, a rozwijamy je dzięki przyzwyczajeniu¹².

Arystoteles dokonał rozróżnienia cnót na:

- cnoty intelektualne, które są skutkiem doświadczenia. Najważniejsze z nich to rozsądek, który dotyczy ludzkich spraw, dba o zapewnienie człowiekowi zarówno dóbr duchowych, jak i cielesnych. Przedmiotem i polem działania rozsądku są rzeczy zmienne i przemijające. Druga z cnót to mądrość, będąca najwyższą z rodzajów wiedzy. Zajmuje się bytami wiecznymi i niezmiennymi.
- cnoty etyczne (moralne), które są skutkiem przyzwyczajania. Mieszczą się one w tzw. „złotym środku”, między dwiema wadami, np. odwaga mieści się między zuchwalstwem i tchórzostwem. Najwyższą cnotą etyczną jest sprawiedliwość, którą

¹¹M. Ossowska Podstawy nauki o moralności, PWN, Warszawa 1966, str.125-126

¹² P. Kunzmann , Atlas Filozofii, Prószyński i S-ka, Warszawa 1999, str.59-63.

podzielił na rozdzielającą (słuszny podział dóbr) i wyrównującą (kompensację krzywd). Podstawą jednak jest konstytuująca wspólnotę ludzka przyjaźń. Tak, więc postawa moralna powstaje nie w wyniku samego rozumienia, ale praktyki życia i moralności otoczenia. Nie bez znaczenia jest ćwiczenie, przyzwyczajenie i uczenie się.

Według Arystotelesa żądze są metodą, którą ciało komunikuje silnie zależnej od niego duszy swoje potrzeby i dlatego też zbyt rygorystyczne lub też skrajne podejście do moralności oraz całkowite ignorowanie żądz cielesnych ma zawsze fatalne rezultaty. Człowiek w swoich poczynaniach, powinien kierować się „złotym środkiem”, który jest określany przez jego rozum. Jest to jedyna droga do osiągnięcia szczęścia, najwyższego dobra, które jest celem ostatecznym¹³.

Podążanie drogą „złotego środka” oznacza, iż nie należy ignorować żądz, ale też nie może się im całkowicie podporządkowywać, ani też ulegać. Jego działanie ma być umiarkowane, ale ma jednocześnie przynosić mu przyjemność. Żądze muszą zostać zaspokojone, ale w sposób umożliwiający harmonijny rozwój także rozumnej części duszy, która to dusza powinna oprócz nabywania wiedzy kultywować również umiejętności panowania nad żądzami, poprzez silną wolę, odwagę i rozsądek. Zdaniem Arystotelesa nie w każdym postępowaniu można odnaleźć „złoty środek” i do takich czynów zalicza: cudzołóstwo, kradzież, morderstwo, są to czyny niegodziwe i dlatego nie ma tutaj odstępstw. Jednostki w swoim życiu rozciągnięte są między dwoma niemożliwymi do osiągnięcia przeciwnościami: nadludzką cnotą upodabniającą do bóstwa a jego przeciwieństwem - upodabniającym do zwierząt bestialstwem¹⁴.

Z etyki wynikała teoria państwa. Zdaniem Arystotelesa, państwo jest naturalną formą społeczeństwa („człowiek jest z natury stworzony do życia w państwie”). Państwo powinno być dobrze dopasowane do społeczeństwa i warunków w których żyje. Oznaczało to w praktyce, że różne formy państwa są dobre dla różnych społeczeństw. Jedne społeczeństwa wymagają monarchii, a inne dobrze funkcjonują w warunkach demokracji. Arystoteles rozróżniał w zależności od konstelacji dwóch cnót: przyjaźni i sprawiedliwości ustroje. Ich główną wartością jest wolność, na mocy której obywatele mogli uczestniczyć w życiu politycznym¹⁵.

Rzymianie nie stworzyli własnego systemu filozoficznego, oryginalnej szkoły filozoficznej, ale pogłębiali myśli zapoczątkowane przez Greków. Przejmując kierunki powstałe w Grecji, nadawali im charakter praktyczny, domagając się od nich rozwiązań zagadnień konkretnych, życiowych. W II w. p.n.e. Rzym stał się nie tylko potęgą polityczną, ale i jednym z ośrodków życia kulturalnego, które stworzyli uczeni i filozofowie greccy. Wprawdzie nieprzyjaźnie ustosunkowani do całej greckiej kultury

¹³ Arystoteles, *Etyka Nikomachejska*, (tłum. D. Gromska PWN, Warszawa 1982. str. 55 - 60

¹⁴ M., Plezia, *Od Arystotelesa do „Złotej Legendy”*, IW PAX, Warszawa, 1958, str. 457

¹⁵ W., J., Korab-Karpowicz, *Historia filozofii politycznej*, Wyd. Marek Derewiecki, Kęty, 2010, str. 84

starsi, jak np. Katon Starszy, spowodowali uchwały senatu, na mocy których filozofowie i retorzy greccy zostali wydaleny z Rzymu (173, 161, 155 p.n.e.). Sytuacja uległa zmianie w drugiej połowie II w. p.n.e., gdy młodzi Rzymianie zaczęli wyjeżdżać do greckich ośrodków nauki dla uzupełnienia swego wykształcenia. Wtedy wzrosło zainteresowanie dla filozofii. Stała się modną przynależność wykształconego Rzymianina do szkoły filozoficznej. Miała ona przeważnie charakter określonej praktycznej postawy życiowej.

Rzymianie, wychowywani w kulcie dla życia czynnego i przygotowywani od najmłodszych lat do działalności publicznej, nie byli najlepszym materiałem na filozofów-teoretyków i nie mieli zrozumienia dla myśli filozoficznej. Oczekiwali natomiast od filozofii odpowiedzi na takie konkretne pytania, jak: na czym polega szczęście w życiu i jak je osiągnąć, w jaki sposób uniezależnić się od zmiennych kolei i przeciwności losu, jaki jest najlepszy ustrój państwa, czy istnieją bogowie i życie pośmiertne itp. Oczekiwali przy tym potwierdzenia wartości życia czynnego i jego wyższości nad życiem oddanym wyłącznie sprawom osobistym i rozmyślaniu.

W imperium rzymskim przez większość okresu jego trwania silnie zaznaczyły się wpływy szkół hellenistycznych, w tym głównie stoicyzmu oraz epikureizmu. Oprócz tego rozwił się również eklektyzm, którego głównym przedstawicielem był mówca i polityk rzymski Cynceron. Jego pisma filozoficzne były podstawowym źródłem wiedzy świata zachodniego o myśli starożytnej. Filozofia pierwszych wieków Cesarstwa silnie akcentowała element religijny. Filozofowie tamtego okresu byli przede wszystkim teologami – natura bóstwa oraz jej stosunek do duszy ludzkiej stały się ich podstawowym tematem do refleksji. Plotyn, twórca ostatniego wielkiego systemu filozoficznego w starożytności, który działał w Rzymie, pozyskał wprawdzie liczne grono zwolenników, m.in. ces. Galiena, nie znalazł jednak żadnego wybitnego ucznia wśród Rzymian, dla których neoplatonizm był zbyt oderwaną od rzeczywistości i zbyt abstrakcyjną teorią. Wywarł natomiast duży wpływ na nowy kierunek powstający w tym czasie: na chrześcijańską myśl filozoficzną, która formowała swoje pojęcia w oparciu o istniejące systemy filozoficzne¹⁶.

To praktyczne podejście do życia i trzeźwość umysłu Rzymian zostawiła po sobie ślad w niektórych kierunkach gr. myśli filozoficznej. Przykładem jest stoicyzm w wydaniu Panajtiosa (ok. 185 - ok. 112 p.n.e.), wybitnego przedstawiciela tzw. Średniej Stoi, który należał do kręgu bliskich przyjaciół Scypiona Młodszego. Spędził on wiele lat u boku tego wybitnego, wykształconego wodza i męża stanu. W ujęciu Panajtiosa dumny mędrzec stoicki stojący na uboczu ludzkiej gromady i wyznający całkowitą niewrażliwość na wszystko, co w człowieku nie jest chłodnym rozumem, stał się człowiekiem czynu, który swoje siły i zdolności poświęca dla dobra ogółu. Ponad to w służbie tej

¹⁶ M., Grzesiowski, Kierunki filozoficzne [w:] Słownik kultury antycznej, pod red. L. Winniczuk, PWN, Warszawa 1991

urzeczywistnia najwyższy ideał moralnego piękna. W tym nowym ideale mędrca został uwzględniony społeczny charakter jednostki ludzkiej i zostało powiedziane, że pełnym człowiekiem stać się można dopiero w społeczeństwie.

Rzymski ideał prawego człowieka znalazł potwierdzenie i uzasadnienie w jednej z najbardziej wziętej i rozpowszechnionej w epoce hellenistycznej teorii bytu i koncepcji człowieka zyskując równocześnie miano mędrca. Nowa koncepcja ujmowała człowieka jako istotę złożoną nie tylko z rozumu, lecz także z innych popędów i sił (uczucia), którym przyznawała należne im miejsce, nie każąc ich tłumić ani tępić, lecz poddać porządkującej sile rozumu i utworzyć piękną harmonijną całość. Wynikiem tej harmonii miała być pogoda ducha, a drogą cnota umiarkowania. To połączenie rzymskiej cnoty z grecką mądrością w wydaniu stoickim okazało się bardzo szczęśliwe i dało w wyniku rzymski humanitas (szlachetność), której najwybitniejszym przedstawicielem był Cynceron.

Stoickie poglądy religijne, które uznawały wszystkie bóstwa narodowe za przejaw tej samej rozumnej siły boskiej przenikającej świat i stwierdzające potrzebę kultu państwowego, jako podwaliny państwa oraz ujmujące ludzkość, jako jeden olbrzymi organizm zjednoczony w jednym imperium niepodzielnym granicami i nieróżnicującym ludzi na „Hellenów” i barbarzyńców bardzo odpowiadały Rzymianom. Przemawiała im do przekonania również koncepcja najdoskonalszego ustroju państwowego, który by łączył w sobie element monarchiczny (konsulowie), arystokratyczny (senat) i demokratyczny (zgromadzenia ludowe). Wyznawcami tak pojętego stoicyzmu byli: Scypion, Leliusz, P. Mucjusz Scewola, M. Juniusz Brutus i M. Manilius. Trzej ostatni to wielcy prawnicy i twórcy rzymskiego prawa cywilnego. Byli uczniami Panajtiosa, którym stoicka logika pomogła w uporządkowaniu pojęć prawniczych i w usystematyzowaniu przepisów prawnych.

Seneka (ok. 4 p.n.e. - 65 n.e.), wychowawca i doradca Nerona, był jednym z najwybitniejszych przedstawicieli Młodszej Stoi i autorem licznych rozpraw filozoficznych (O szczęściu, O krótkości życia, O gniewie i in.). Wyznawcą stoicyzmu był także siostrzeniec Seneki, młody poeta Lukan, który podobnie jak wuj popełnił samobójstwo na rozkaz Nerona. W sferze ich zainteresowań były niemal wyłącznie zagadnienia etyczne: postępowanie według zasad rozumu, opanowanie namiętności i uniezależnienie się od zewnętrznych okoliczności dla zapewnienia sobie spokoju i równowagi ducha, która jest celem życia. Filozofia wg stoików jest mądrością życia i szkołą doskonalenia wewnętrznego, daje siłę w przeciwnościach losu. Seneka uznawał równość wszystkich ludzi wolnych i niewolników twierdząc, że o człowieku decyduje jego wartość moralna, a nie pozycja społeczna. Wywarł on duży wpływ na współczesnych i na następne pokolenia. Dużym uznaniem współczesnych cieszył się L. Anneus Kornutus i G. Muzoniusz Rufus, nauczyciel Epikteta i Diona z Prusy, który sam nic nie pisał, lecz poglądy jego spisał uczeń Lucjusz. Fragmenty jego pism zachowały się u Stobajosa. Był on prekursorem kształcenia kobiet na równi z mężczyznami.

Kolejny wybitny stoik Marek Aureliusz, cesarz-filozof panujący w l. 161-180, autor słynnego dzieła „Rozmyślenia” pozostawał pod wpływem Seneki i Epikteta. Pozostał wierny stoicyzmowi w dziedzinie etyki, w teorii rzeczywistości skłaniał się do spirytualizmu i dualizmu. Za sens życia uważał służbę innym ludziom, a podstawą dobrych stosunków między ludzkich zdaniem Aureliusza jest wyrozumiałość, którą posuwał aż do miłości nieprzyjaciół. Obowiązkiem każdego człowieka jest spełniać rzetelnie to, co mu los wyznaczył, a próbą postępowania znajduje człowiek w swym, jakby upostaciowanym głosem sumienia. Sam stanowisko swoje traktował jako odpowiedzialną i sumienną służbę państwową, a kierownikom czterech głównych szkół filozoficznych w Atenach wyznaczył wysokie uposażenie. Wpływ Seneki i Marka Aureliusza na szerokie rzesze czytelników był ogromny. Filozofia w ich ujęciu stała się sprawą życiową i bardzo ważną podporą w przeciwnościach i ostoją.

Kolejnym kierunkiem filozoficznym był Epikureizm. Jego najwybitniejszym rzymskim przedstawicielem był Lukrecjusz (ok. 95-54 p.n.e.), który w swoim dziele „O rzeczywistości ze stanowiska materialistyczno-mechanistycznej teorii świata i hedonistycznej etyki” wyraził bunt zniszczeniom epoki wojen domowych i niepewności losu. Jednocześnie głosił wiarę w postęp ludzkości i w potęgę umysłu ludzkiego, który wyprowadził ludzi ze stanu zwierzęcych form życia i pozwolił poznać oraz opanować tajemnice świata. Dzieło jego stanowi cenne źródło poznania atomizmu i epikureizmu greckiego, gdyż inne pisma wcześniejszych przedstawicieli tego kierunku nie przetrwały. W okresie niepewności, wojen domowych i kryzysu przemijającej republiki rzymskiej, hasło epikureizmu „żyj w ukryciu” znalazło wielu zwolenników, którzy - według słów Cyncerona - opanowali całą Italię. Grupowali się oni wokół dwóch greckich epikurejczyków: Filodemososa z Gadary i Sirona, którzy zamieszkali w Herkulaneum nad Zatoką Neapolitańską. Do tego kręgu należał Horacy, który w swej twórczości dawał wyraz poglądom epikurejskiej etyki zalecającej cieszyć się tym, co niesie każdy dzień życia. Pod wpływem epikureizmu pozostawał też w młodości Wergiliusz, zanim swoich sympatii nie skierował w kierunku stoicyzmu. Szczególną pozycję w dziejach myśli filozoficznej rzymskiej zajmuje M. Tulliusz Cynceron (106-43



p.n.e.).

Postawił on sobie za zadanie popularyzację wśród Rzymian filozofię grecką i poświęcił jej wiele swych dzieł, pisanych w ostatnich latach życia. Filozof posługiwał się formą dialogu, która pozwalała zaprezentować czytelnikowi poglądy różnych szkół na dane zagadnienie. Sam Cyceeron nie był myślicielem oryginalnym: w teorii poznania i rzeczywistości przychylił się do poglądów Nowej Akademii Platonskiej, która stojąc na stanowisku umiarkowanego sceptycyzmu, zalecała wybieranie z różnych systemów poglądów najbardziej prawdopodobnych (eklektyzm), potępiając trzymanie się jednego systemu (dogmatyzm) jako wyraz lenistwa i ograniczenia umysłowego. W dziedzinie zagadnień etycznych, religijnych oraz teorii państwa zbliżał się do nauki stoickiej w wydaniu Panajtiosa i Posejdoniosa. We wszystkich problemach Cyceeron przeciwstawiał się zdecydowanie poglądom epikurejczyków. Pisma filozoficzne Cyceerona (wobec zaginięcia wielu dzieł autentycznych) są bardzo cennym źródłem poznania filozofii greckiej.

Licznych zwolenników, szczególnie wśród biedoty miejskiej i niewolników, znajdowała filozofia cynicka głosząca, że majątek i stanowisko nie mają żadnego znaczenia. To niewolnik, który się wyzwolił od namiętności, jest bardziej wolny i bogaty od swego pana. Brodate i zaniedbane postacie kaznodziejów cynickich z kijem w ręku i torbą żebraczy, przemawiających językiem ludu na placach i ulicach, były popularne i stanowiły częsty przedmiot szyderstw. Działali oni pod koniec republiki oraz w okresie cesarstwa i chociaż wyśmiewani i przepędzani często, wywierali duży wpływ na szerokie masy ludu, a nawet na poglądy ludzi wykształconych i bogatych. Typem cynika niezależnego, który był podziwiany w Rzymie za swoją odwagę i przeciwstawianie się cesarzom, był Demetrios działający za Kaliguli, Nerona i Wespazjana, przyjaciel Seneki.

Plotyn, twórca ostatniego wielkiego systemu filozoficznego w starożytności, który działał w Rzymie, pozyskał wprawdzie liczne grono zwolenników, m.in. ces. Galiena, nie znalazł jednak żadnego wybitnego ucznia wśród Rzymian, dla których neoplatonizm był zbyt oderwaną od rzeczywistości i zbyt abstrakcyjną teorią. Wywarł natomiast duży wpływ na nowy kierunek powstający w tym czasie: na chrześcijańską myśl filozoficzną, która formowała swoje pojęcia w oparciu o istniejące systemy filozoficzne¹⁷.

Do czasów współczesnych opracowano już praktycznie systemy etyczne będące wszystkimi możliwymi kombinacjami tych podziałów. Obecnie praca etyków koncentruje się głównie na analizowaniu i ewentualnym uprecyzynianiu istniejących już systemów. Szczególnie duże postępy odnotowuje się w etyce chrześcijańskiej i systemach nominalistycznych.

¹⁷ M. Grzesiowski, Kierunki filozoficzne [w:] Słownik kultury antycznej, pod red. L. Winniczuk, PWN, Warszawa 1991

BIBLIOGRAFIA

1. Arystoteles, Etyka Nikomachejska, (tłum. D. Gromska PWN, Warszawa 1982
2. Brandt R., B., Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki, PWN, Warszawa 1996
3. Cyboran L., O etyce indyjskiej (szkic syntetyczny), *Studia Philosophiae Christianae* 12/2, 1976
4. Grzesiowski, M., Kierunki filozoficzne [w:] *Słownik kultury antycznej*, pod red. L. Winniczuk, PWN, Warszawa 1991
5. Kant I., Uzasadnienie metafizyki moralności, Tłum. Młcisław Wartenberg, Antyk, Kęty 2002
6. Korab-Karpowicz W., J., Historia filozofii politycznej, Wyd. Marek Derewiecki, Kęty 2010
7. Krońska I., Sokrates, Wiedza Powszechna, Warszawa, 2001
8. Kunzmann P., Atlas Filozofii, Prószyński i S-ka, Warszawa, 1999
9. Łagodzki W., Pyszczyk G., Filozofia, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2000
10. Mit – człowiek – literatura, praca zbiorowa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992
11. Nagel T., Etyka, [w:] *Widok znikąd*, Fundacja „Aletheia”, Warszawa 1997
12. Ossowska M., Podstawy nauki o moralności, PWN, Warszawa 1966
13. Plezia M., Od Arystotelesa do „Złotej Legendy”, IW PAX, Warszawa, 1958
14. Smolski, R., Smolski M., Stadtmüller, E., H., *Słownik Encyklopedyczny, Edukacja Obywatelska*, Warszawa 1999
15. Tatarkiewicz W., Historia filozofii, PWN, Warszawa, 1999
16. W kręgu dobra i zła: zarys historii etyki od starożytności do czasów współczesnych, Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości im. Bogdana Jańskiego, Warszawa 1998

Skąd – tam na Wschodzie wzięli się Polacy - Wstęp

W związku z sytuacją na Wschodzie Ukrainy a de facto wojną rosyjsko – ukraińską grupa Polaków z Donbasu, z terenów kontrolowanych przez separatystów, która uciekła do Polski zwróciła się do Prezydenta RP – Bronisława Komorowskiego o przyznanie obywatelstwa polskiego.

W reakcji na tą informację zamieszczoną w Internecie dnia 4 maja 2015 r. pojawiły się posty z różnorodnymi komentarzami, a treść niektórych z nich zadziwia niewiedzą ich autorów. Stąd jak gdyby pojawiła się u autora niniejszego artykułu potrzeba zabrania głosu w tej materii.

Otóż Polacy tworzą znaczne grupy migrantów we wszystkich krajach europejskich i w Ameryce Płn.

I. Poziom wiedzy społeczeństwa polskiego na temat określony przez niniejsze opracowania.

1. Wypowiedzi po podaniu do wiadomości przez publikatory, iż grupa Polaków z Donbasy zwróciła się do Prezydenta RP – Bronisława Komorowskiego o przyznanie obywatelstwa polskiego.

II.

1. Kondycja ekonomiczna Rzeczypospolitej obojga Narodów na tle sąsiadów.
2. Przeciwdziałanie przez państwa sąsiadujące z I RP próbom reform ustrojowym w Polsce.

III.

1. Kary stosowane w Imperium carów.

IV.

Kalendarz wywózek i zsyłek Polaków.

Rozdział I

1. Poziom wiedzy dotyczącej zagadnień, które są przedmiotem niniejszego opracowania jest zróżnicowany o czym świadczy treść postów, które ukazały się w internecie 2 maja, po wiadomości o tym, że grupa 38 Polaków z Donbasu złożyła w Kancelarii Prezydenta RP – Bronisława Komorowskiego petycję z prośbą o przyznanie im obywatelstwa poleskiego. Mają oni aktualnie Kartę Polaka. Twierdzą, że będzie to miało wymiar i symboliczny i również praktyczny, bo oni aby normalnie w Polsce egzystować muszą mieć takie same prawa jak obywatele Polski.

Należy też wiedzieć, że ta grupa (38 Polaków) uciekła z Donbasu sama przed Separatystami w obawie o swoje życie i zdrowie pozostawiając tam dorobek życia.

Jak wiadomo wcześniej – dla 180 Polaków rząd Polski zorganizował transport do kraju samolotami i ta grupa otrzymała dużą pomoc ze strony naszego państwa.

A oto treść postów:

- „ A prawdziwi Polacy w Polsce pracy i jeść nie mają!!!. Polski rząd wspiera obcokrajowców, by zasłynąć na arenie międzynarodowej, jako Państwo tolerancyjne i jako państwo skore do pomocy potrzebującym. A ile Polaków żyje w nędzy i żebrze jedzenia? Czy tego nasz Rząd nie widzi? Polacy nie powinni przyjmować obcokrajowców, dawać im jeszcze pracę i mieszkania i pewnie jeszcze niezła sumkę na start!!! A o nas Polakach to zapominają. Wielu woli zmywać naczynia i czyścić klozety, bo najwyraźniej tam im na chleb (i inne) potrzeby nie zabraknie. Mamy dość problemów w kraju – Po co nam jeszcze nowe!!!”
- „ Tacy z nich Polacy, jak ze mnie Grek – a poszli na Ukrainę.
- Jednak komentarze o diametralnie innej treści: autor Sybirak pisze 2 maja 2015r. „ Polacy na problem Rodaków z za wschodniej granic są obojętni, żeby nie powiedzieć niechętni. Większość naszych obywateli nie ma bladego pojęcia- skąd tam na wschodzie wzięli się Polacy. Nikt im tego nie wpajał. A w ogóle to mam pewna wątpliwość, czy ludzie związani z nauczaniem posiadają na ten temat wiedzę nie mówiąc już o politykach, którzy są pod tym względem kompletnymi analfabetami. To się nie zmienia i państwo musi wreszcie zacząć spełniać swoją opiekuńcza rolę wobec tych Polaków, którzy najczęściej nie z własnej woli znaleźli się w potrzebie „

A więc mamy różne oceny Polaków dotyczące sytuacji Polaków na obczyźnie, w tym wypadku za wschodnią granicą. Co do dwóch pierwszych wypowiedzi podejrzewam, że mogą być one autorstwa hejterów.

Postaram się zatem odpowiedzieć na pytanie jak to się stało, że tak potężny kraj jakim w Europie była Rzeczpospolita Obojga Narodów istniejący w latach 1569 – 1795 a która w roku 1618 osiągnęła maksymalny zasięg terytorialny wynoszący blisko 900 000 km² z ludnością liczącą w

latach 1569 – 1650 od około 7,5 mln – 8-11 mln a w 1771 liczba ludności wyniosła już do 12-14 mln – popadł w tarapaty, których finałem była likwidacja bytu państwowego.

Wśród historyków, którzy interesowali się tym zagadnieniem wyłoniły się dwa stanowiska. Jedno głosi, iż o upadku Rzeczypospolitej Obojga Narodów zadecydowały względy wewnętrzne a druga głosi, że to agresywni sąsiedzi byli tego powodem. Prawda leży pośrodku ze wskazaniem jako przeważające na przyczyny wewnętrzne, jako na te, które spowodowały najpierw osłabienie a następnie upadek Państwa. Szczególnym tego powodem była tzw. ZŁOTA WOLNOŚĆ, obowiązująca od 1573 roku. Składały się na nią poniższe elementy:

- Nietykliwość osobista (Neminem captivabimus nisi jura victum)
- Wolna elekcja monarchy przez ogół szlachty
- Sejm
- Pacta conventa
- Wolność religijna (ustalona przez Konfederację Warszawską w 1573r.)
- Rokosz – prawo szlachty do buntu przeciwko Królowi w przypadku kiedy ten złamie prawo lub naruszy zagwarantowane szlachcie przywileje
- Liberum Veto (wolne nie pozwalam)
- Konfederacja – prawo tworzenia lokalnych lub ogólnopaństwowych związków szlachty w celu osiągnięcia określonych celów politycznych.

Złota wolność wyróżniła Rzeczpospolitą Obojga Narodów spośród państw ówczesnej Europy. Tam władza centralizowała się i rosło znaczenie króla, który dążył do władzy absolutnej. U nas władza ulegała decentralizacji. Szlachta zdominowała króla. Miało więcej kompetencji. Ustrój Rzeczypospolitej Obojga Narodów określa się jako monarchią mieszaną. Organami władzy były – król, senat skupiający przedstawicieli arystokracji (możnowładztwo) oraz Izba Poselska złożona z elementu demokratycznego ogółu szlachty.

Głównym organem Państwa był sejm, który musiał być zwoływany przez króla (na mocy przyjętych przez króla w 1573r artykułów henrykowskich) co dwa lata na okres 6 tygodni.

Uogólniając można stwierdzić, że w miarę jak umacniała się „Złota Wolność” słabła władza króla i zmniejszały się jego prerogatywy.

Trafnie ujął to kanclerz Jan Zamojski w słowach „Rex regerat et non pubernat” (król panuje, nie rządzi). Słabość władzy centralnej przy jednoczesnej pogarszającej się sytuacji ekonomicznej państwa powodowała uchylenie się znaczenia w Europie Rzeczypospolitej Obojga Narodów.

Postępujący proces słabnięcia Rzeczypospolitej Obojga Narodów był pilnie obserwowany przez jej sąsiadów, tj.: Prusy, Rosję i Austrię.

Istniejąca w Rzeczypospolitej przy królu Rada Nieustająca była miejscem przemożnego wpływu agentów Rosji, którzy pełniąc oficjalnie funkcję ambasadorów, de facto swoimi kompetencjami daleko

wykraczali poza normalne funkcje dyplomatyczne. Działając zgodnie z instrukcjami przesyłanymi z Petersburga mieli olbrzymi wpływ na króla Stanisława Augusta poniatowskiego. Doszło do sytuacji, że pod wpływem dyplomatów rosyjskich mianował on przychylnych Rosji urzędników co należało do kompetencji króla.

Ponadto w ambasadzie rosyjskiej istniał specjalny fundusz korupcyjny, z którego wypłacano stałą roczną pensję swoim agentom i poplecznikom.

Ciekawostką może być istnienie – jeszcze od czasów panowania Augusta III Sasa - sporu o pierwszeństwo pomiędzy nuncjuszem papieskim a ambasadorem rosyjskim.

Należy w tym miejscu również powiedzieć, że wstąpienie swoje na tron - ostatniego króla - Stanisława Augusta Poniatowskiego- zawdzięczał on wcześniejszemu płomiennemu romansowi z Katarzyna.

W 1755 roku, kiedy 23-letni dyplomata i Katarzyna 26-letnia wówczas księżna – żona Piotra Fiodorowicza spotkali się w Peresburgu, gdzie ich intymne spotkania organizowała jej dworzanin Lew Waryszkin. To spotkanie zadecydowało o poparciu w czasie wolnej elekcji kandydatury Stanisława Augusta poniatowskiego. Posłowie po prostu zostali przekupieni przez Rosję. Nie rozważając dalszego ciągu romansu należy stwierdzić, że Katarzyna, która już po pół roku małżeństwa z carem Piotrem III całkowicie przejęła władzę w Imperium Rosyjskim. Traktowała romans ze Stanisławem Augustem Poniatowskim jako jeden z epizodów jej burzliwego życia erotycznego to on był bardziej zaangażowany w ten związek. Pisał do niej w jednym z listów; „ Nie czyń mnie królem tylko wezwij do siebie.”

Można zatem stwierdzić, że osobowość króla i jego zachowania jest tym co ułatwiało wpływ na sytuację w Rzeczypospolitej Obojga Narodów.

Wykorzystanie różnych form aktywizacji i terapii zajęciowej u pacjentów po udarze mózgu

Udar mózgu określa się jako zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego lub też uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny (albo prowadzą do śmierci) i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa. Udar mózgu, incydent mózgowo-naczyniowy dawniej także apopleksja paraliż; – zespół objawów klinicznych związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu. Udar mózgu może być krwotoczny (wywołany wylewem krwi do mózgu) lub niedokrwienny (wywołany zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu), przy czym udar niedokrwienny może być również wtórnie ukrwotoczony. Do udarów krwotocznych zalicza się krwotoki śródmózgowe i podpajęczynówkowe.

Objawy udaru zależą od lokalizacji miejsca uszkodzenia. W wielu przypadkach udar mózgu jest stanem zagrażającym życiu, jako zaburzenie wymaga bezwzględnie hospitalizacji, najlepiej na wyspecjalizowanym oddziale udarowym.

W uproszczeniu można powiedzieć, że udar mózgu jest spowodowany zmianami na poziomie makro- i mikrokrążenia. Zmiany na poziomie makrokrążenia dotyczą patologicznych zmian dużych i małych naczyń, zmian w samym sercu oraz zmian w składzie krwi, które prowadzą do zwolnienia szybkości przepływu. W 80% podłożem udaru mózgu jest niedokrwienie, w 10% krwotok mózgowy, w 6% krwotok podpajęczynówkowy, inne przyczyny udaru stanowią około 4%.

Celem pracy jest omówienie wykorzystania różnych form aktywizacji i terapii zajęciowej u pacjentów po udarze mózgu.

Definicja i klasyfikacja udaru mózgu

Mózgowie stanowi górną część układu nerwowego i położone jest w jamie czaszki. W skład mózgowia wchodzi:

- dwie półkule mózgowe,
- pień mózgu (na nim osadzone są półkule mózgowe),
- mózdzek¹⁸.

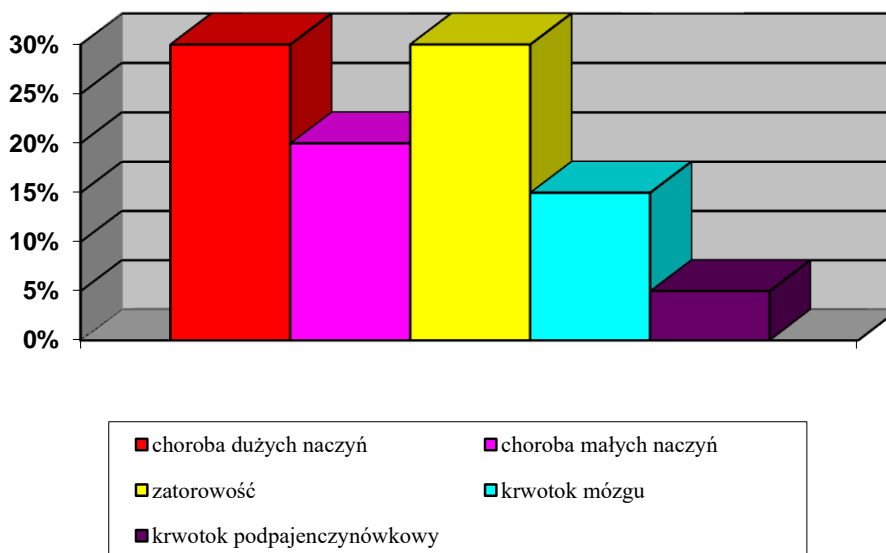
Zewnętrzną warstwę półkul stanowi istota szara, zbudowana z komórek nerwowych, zwana korą mózgową (znajdują się w niej ośrodki czuciowe, ruchowe i kojarzeniowe, stanowiące strukturę anatomiczną życia psychicznego człowieka). Pod warstwą kory mieści się istota biała, zbudowana głównie z wypustek nerwowych, a znajdujące się w niej komórki nerwowe stanowią jądra podstawy,

¹⁸ Trójanowski T. Leczenie urazów głowy w krajach europejskich. Neurotraumat. 2000; 1, 43-44.

które są odpowiedzialne za napięcie mięśni oraz złożone automatyzmy ruchowe, jak postawa, współruchy, rytm czynności. Choroby naczyniowe mózgu ze względu na przeważnie gwałtowny przebieg, określane są mianem udaru. Udar mózgowy to nagłe zaburzenie krążenia mózgowego wskutek niedokrwienia (zatkanie przez zakrzep lub zator naczynia mózgowego) albo krwawienia z nagłe pękniętego naczynia krwionośnego. Udary niedokrwienne występują w około 80% wszystkich przypadków, w 15% - pod postacią krwawienia podpajęczynówkowego i w 5% - krwotoku wewnątrzmożgowego. Nowszy termin zastępujący „udar mózgu”, to „mózgowy incydent naczyniowy” (cerebro-vasculari accident - CVA).

Różnicowanie najczęstszych typów udaru mózgu jest możliwe dzięki wykorzystaniu tomografii komputerowej (TK), która wyjaśnia i odróżnia udar krwotoczny od zawała mózgu, udary krwotoczne – insultus haemorrhagicus i niedokrwienne - insultus ischemicus (zawał mózgu)¹⁹. Typy udarów:

- Niedokrwienne (ok.80%)
 - Spowodowane zmianami zakrzepowymi w dużych naczyniach szyjnych i mózgowych (ok.30%)
 - Spowodowane zmianami w małych tętnicach mózgowych (ok.20%)
 - Spowodowane zatorem (ok.30%)
- Krwotoczne (ok.20%)
 - Krwotoki śródmózgowe (ok.15%)
 - Krwotoki podpajęczynówkowe (ok.5%)



¹⁹ Opara J. Podstawy rehabilitacji neurologicznej. W, Kozubski W, Liberski P. (red), Choroby Układu Nerwowego. PZWL, Warszawa 2004, 561-571.

I. OSTRE NIEDOKRWIENIE MÓZGU (stanowią 80 % udarów) wiek w granicach 60-80lat	II. UDARY KRWOTOCZNE (stanowią 10-15 % udarów) wiek w granicach 40-60 lat
<p>Upośledza zaopatrzenie tkanki mózgowej w tlen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Przemijające niedokrwienie mózgu -objawy ustępują w ciągu 24 godzin. 2.Odwracalne niedokrwienie mózgu -objawy ustępują w ciągu 3 tygodni. 3.Udar niedokrwienno dokonany -objawy utrzymują się dłużej niż 3 tygodnie. Możliwa jest regresja. 4.Postępujący udar niedokrwienno -objawy narastają stopniowo, nie nagle, mogą ustąpić, ale najczęściej pozostają. <p>! uruchamianie jak najszybsze</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Krwotok wewnątrz mózgowy- „następstwo pęknięcia jednego z naczyń mózgowych, głównie naczynia zmienionego miażdżycowo lub przerwania tętniaka”^{20, 21}. 2.Krwotok podpajęczynówkowy-”wylew krwi do przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu, spowodowany pęknięciem naczyń krwionośnych”²². <p>!uruchamianie dopiero po 4 tygodniach (przez pierwsze 4 tygodnie tylko ćwiczenia bierne)</p>

Ustalenie rodzaju udaru wymaga przeprowadzenia dokładnej diagnostyki, która jest niezbędna dla rozróżnienia udaru niedokrwienno od krwotoczno. W obu przypadkach, bowiem, objawy są podobne, ale leczenie i późniejsze uruchamianie chorych przebiega zupełnie inaczej. Diagnostykę opiera się nie tylko na badaniu klinicznym neurologa, ale również na badaniach technicznych (rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa i angiografia naczyń mózgowych).²³ Te badania pozwalają nie tylko na pełną diagnostykę, później umożliwiają przez badania kontrolne, sprawdzenie stopnia wycofywania się procesu chorobowego, na skutek leczenia i rehabilitacji.

Epidemiologia to nauka zajmująca się częstością występowania oraz uwarunkowaniami chorób, niepełnosprawności i zgonów w populacji ludzkiej oraz badaniem czynników wpływających na naturalny przebieg choroby. Naturalny, typowy przebieg choroby to wzajemne relacje - zależności pomiędzy dynamiką zmian objawów chorobowych typowych dla danej jednostki chorobowej a czynnikami środowiskowymi, farmakologicznymi i osobowymi, które mogą ten przebieg modyfikować. Epidemiologia w znaczący sposób przyczynia się do postępu nauk medycznych. Ma również duże znaczenie praktyczne, gdyż pozwala w obrębie danej populacji na określenie potrzeb zdrowotnych i opracowanie metod zapobiegawczych²⁴.

Dla celów badań epidemiologicznych i uzyskiwania wiarygodnych danych oraz wpływu różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych na te parametry wprowadzono pojęcia.

- Zapadalność jest to liczba nowych zachorowań w określonym przedziale czasu i w określonej populacji,

²⁰ Tętniak - wada rozwojowa naczyń mózgowych (...) przyjmuje zwykle postać workowatą lub wrzecionowatą”. Mała encyklopedia medycyny, t.3, Warszawa 2007, s. 1236.

²¹ Krwotok do mózgu - Mała encyklopedia medycyny, t.2, Warszawa 2007, s. 556.

²² Ibidem

²³ S. Shah, Obecne poglądy i kontrowersje dotyczące powrotu do zdrowia po udarze mózgu – odniesienia do rehabilitacji, „Rehabilitacja Medyczna”, 4 (2009) 62-75.

²⁴ Ryglewicz D., Epidemiologia udarów mózgu. Medycyna 2014, 27/28, 38-40.

- zachorowalność - jest to liczba wszystkich chorych na daną chorobę w określonym czasie i populacji,
- umieralność - to liczba zgonów z powodu danej choroby w określonym czasie i populacji,
- śmiertelność - to liczba zgonów wśród chorych na daną chorobę²⁵.

W populacji rozpowszechnienie opisywanych zjawisk określa się za pomocą współczynników i wskaźników. Mianem współczynnika (zapadalności, zachorowalności, umieralności, śmiertelności), określa się iloraz wynikający z dzielenia określonej liczby wyrażającej dany parametr na liczbę mieszkańców (przeważnie na 100 000). Operowanie współczynnikami jest powszechnie akceptowanym standardem międzynarodowym. W udarze mózgu (*dalej:um*) omawiane współczynniki określa się oddzielnie dla różnych grup wiekowych i płci, gdyż to właśnie te dwa czynniki (wiek i płeć) mają zasadnicze znaczenie w analizie badań epidemiologicznych. Wskaźnikiem określa się udział jednakowych zdarzeń wchodzących w skład określonego zjawiska w odniesieniu do całości występowania tego zjawiska, na przykład liczba zgonów z powodu udarów mózgu w stosunku do ogólnej liczby zgonów²⁶.

Do jednych z głównych zadań epidemiologii jako nauki należy porównywanie współczynników zapadalności, chorobowości i umieralności w różnych rejonach danego kraju, różnych krajach lub nawet całych kontynentach. Czynniki, które wpływają na częstość lub typowy przebieg choroby ocenia się za pomocą wskaźników ryzyka, takich jak: wskaźnik ryzyka względnego i wskaźnik ryzyka populacyjnego. Wskaźnik ryzyka względnego dotyczy zjawiska wystąpienia ryzyka, przykładowo takiego jak choroba, niepełnosprawność, zgon w zbiorowości chorych, którzy są obciążeni danym czynnikiem w porównaniu do chorych nieobciążonych. Wskaźnik ryzyka populacyjnego jest to odsetek występowania danej choroby związanej z konkretnym czynnikiem ryzyka w porównaniu do częstości występowania analizowanego czynnika ryzyka w populacji²⁷. Badania epidemiologiczne bardzo często dotyczą chorób oraz zespołów chorobowych, które w istotny sposób rzutują na stan zdrowia ludności całych regionów, państw oraz kontynentów, dlatego coraz większe znaczenie przywiązuje się do prawidłowo zaplanowanych i w rzetelny sposób przeprowadzonych i przeanalizowanych badań epidemiologicznych. Według WHO choroby układu nerwowego, w tym udary mózgu, należą do jednych z najczęstszych chorób współczesnych społeczeństw²⁸.

²⁵ Herzyk A., Daniluk B., Pąchalska M., Duncan Mc Queen B. Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy - jakość życia pacjentów. UMCS, Lublin 2013.

²⁶ Marciniak G. (red.). Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2006.

²⁷ Lenart-Jankowska D., Wender M., Kowal P. i wsp. Epidemiologia udarów mózgu w Wielkopolsce. *PrzełEpid* 2007; 4, 391-295.

²⁸ Ryglewicz D., *Epidemiologia udarów mózgu. Medycyna* 2014, 27/28, 38-40.

Na podstawie danych pochodzących z dokonanego przeglądu piśmiennictwa ostatniej dekady XX wieku dotyczącego znacznej liczby badań na temat zapadalności i śmiertelności spowodowanej um z uwzględnieniem wieku, rodzaju um, płci, różnic geograficznych stwierdzono stopniowo postępujące zmniejszenie śmiertelności we wczesnym okresie um w ciągu ostatnich 20-30 lat. Z kolei oficjalne dane dotyczące śmiertelności sponad 25 krajów pokazały, że liczba zgonów spowodowana um zmniejszyła się w okresie kilku dekad, głównie w Japonii, Płn. Ameryce i Europie Zachodniej. W wielu krajach śmiertelność spadała od wczesnych lat 50., jednak współczynnik tego spadku zaczyna wykazywać tendencje malejące. Najbardziej prawdopodobnym wytłumaczeniem tego zjawiska jest powszechnie obserwowane starzenie się populacji. Udary mózgu dotyczą w większości osób w wieku starszym, a to właśnie wiek jest jednym z głównych niemodyfikowalnych czynników udaru mózgu.

W Europie każdego roku na udar zapada około 2,5 mln ludzi, a w Polsce około 80 000. Ponad połowa z nich traci sprawność, a 20% nie jest zdolnych do samodzielnego życia. Po zawałach serca i nowotworach udar jest trzecią przyczyną zgonów w Polsce i głównym powodem inwalidztwa, a na choroby układu krążenia umiera ponad połowa mężczyzn i co piąta kobieta²⁹.

W Polsce do lat 80 XX wieku epidemiologia udarów nie była dokładnie badana. Dane pochodziły ze standardowych statystyk prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny lub z badań opartych na kartach zgonów i obserwacjach szpitalnych. Choć dokładność tych badań może budzić zastrzeżenia, obserwowano istotne różnice w zapadalności i umieralności na udar w poszczególnych regionach kraju³⁰.

Pierwsze polskie badanie populacyjne rozpoczęto w ramach programu MONICA (MONICA - Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases) w latach 80 XX wieku. W pilotażowym badaniu z 1982 roku obliczono współczynniki zapadalności na udar mózgu w populacji w wieku 35-64 lat w Warszawie (125,7 na 100 000 dla mężczyzn i 95,6 na 100 000 dla kobiet) oraz w Tarnowie (88,3 na 100 000 dla mężczyzn i 55,8 na 100 000 dla kobiet)³¹. Dalsze badania w latach 1985-1987 pozwoliły na określenie współczynników zapadalności w Polsce na poziomie: 152 na 100 000 dla mężczyzn i 76 na 100 000 dla kobiet. Pod względem umieralności Polska znalazła się wśród krajów o wysokim wskaźniku umieralności - współczynnik umieralności wynosił: 85 na 100 000 dla mężczyzn i 48 na 100 000 dla kobiet. Wczesna, 28-dniowa, śmiertelność w Polsce także była wysoka i wynosiła 49% wśród mężczyzn i 57% wśród kobiet³².

Kolejne badanie epidemiologiczne przeprowadzone przez WHO analizowało zmiany we współczynnikach umieralności na podstawie kart zgonów na przestrzeni lat 1960-1964 i 1985-1989.

²⁹ Mazur R. i wsp., Neurologia kliniczna. Via Medica, Gdańsk 2005.

³⁰ Kwolek A., Majka M., Analiza kosztów powikłań urologicznych u pacjentów po udarze mózgu rehabilitowanych szpitalnie. Farmakoeconomika, 2009, 3, 6-8.

³¹ Gresham G.E., Duncan P.W., Stason W.B. et al. Rehabilitacja po udarze mózgu, ocena stanu pacjenta, wskazania do rehabilitacji i sposób postępowania. Rehab. Med. 2007; 1, 2, 13-25.

³² Kozubski W., Pierwotne i wtórne postępowanie profilaktyczne w niedokrwiennym udarze mózgu w aspekcie czynników ryzyka udaru. Magazyn Medyczny - Neurologia i Psychiatria, 2/2012, 19-28.

Okazało się, że w tym czasie w Polsce, w przeciwieństwie do wielu państw wysoko rozwiniętych, umieralność z powodu udaru mózgu nie spadła, a wręcz przeciwnie - wykazywała tendencje wzrostowe, i to zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet³³.

W latach 1991-1992 przeprowadzono pierwsze w Polsce prospektywne badanie populacyjne, tj. Warszawski Rejestr Udarów, którego celem była rzetelna ocena podstawowych parametrów epidemiologicznych oraz porównanie ich z badaniami populacyjnymi w innych krajach³⁴, Analizą objęto chorych z udarem z rejonu Górnego Mokotowa w Warszawie. Populacja badana obejmowała 182 649 osób, w tym 85 791 mężczyzn i 96 858 kobiet w wieku powyżej 18 lat. W okresie dwóch lat zarejestrowano 633 przypadki udaru mózgu, spośród których 462 były to udary pierwszorazowe (72,9%). Współczynnik zapadalności, standaryzowany do populacji europejskiej, wyniósł dla mężczyzn 177,3 na 100 000, zaś dla kobiet 125,0 na 100 000, a współczynnik umieralności wyniósł u mężczyzn 106,4 na 100 000, u kobiet 78,7 na 100 000.

Współczynniki zapadalności oraz umieralności zmieniały się wraz z wiekiem: w młodszych grupach wiekowych były wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet, w starszych grupach różnice te zmniejszały się, a powyżej 74 roku życia zapadalność i umieralność były wyższe wśród kobiet. Wskaźniki 30-dniowej śmiertelności przekraczały 30% zarówno w udarach pierwszorazowych, jak i powtórnych. Porównanie wartości współczynników zapadalności standaryzowanych według wieku z wynikami pochodzącymi z różnych krajów wykazało, że zapadalność na udary mózgu w Polsce była podobna jak w krajach Europy Zachodniej³⁵. Częstość występowania udarów niedokrwiennych i krwotocznych także była w Polsce podobna jak w innych ośrodkach³⁶. Analizując przyczyny zgonów, wykazano, że wyższa śmiertelność w udarach mózgu w Polsce spowodowana jest prawdopodobnie gorszym stanem zdrowotnym populacji polskiej, co może być powodem występowania w Polsce cięższych udarów, a tym samym gorszego rokowania³⁷.

Wyniki zarówno Warszawskiego Rejestru Udaru Mózgu, jak i badania MONI-CA wykazały, iż w latach 1984-1992 nie obserwowano w Polsce zmniejszenia się zapadalności, śmiertelności ani umieralności z powodu udaru mózgu. Te niekorzystne dane epidemiologiczne były zbieżne z wynikami z innych krajów Europy Środkowo--Wschodniej³⁸.

³³ Lenart-Jankowska D., Wender M., Kowal P. i wsp. Epidemiologia udarów mózgu w Wielkopolsce. *PrzeglEpid* 2007; 4, 391-295.

³⁴ Ryglewicz D. Epidemiologia udarów mózgu w prospektywnych badaniach populacyjnych, Warszawa, *Neurol Neurochir Poi* 2014; 28 (suppl 1), 35-49.

³⁵ Głowacki J., Marek Z., *Urazy czaszki i mózgu rozpoznawanie i opiniowanie*. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2000.

³⁶ Szpak G.M., Rafalowska J., *Choroby naczyniowe i naczyniopochodne*. *Neuropatologia kliniczna* 1997.

³⁷ Szczudlik A., *Molekularna patogeneza udaru niedokrwiennego*. *Psychiatria Neurol*, 2007, 1, 15.

³⁸ Ryglewicz D., *Epidemiologia udarów mózgu*. *Medycyna* 2014, 27/28, 38-40.

W analizie przeprowadzonej na materiale chorych z udarem niedokrwiennym uczestniczących w badaniu International Stroke Trial (IST) wykazano, że wczesna śmiertelność (do 14 dni) jest w Polsce wyższa niż w innych krajach (13% vs. 9,6%)³⁹. Ponadto w Polsce w porównaniu do innych krajów znacznie więcej pacjentów z udarem zmarło z powodu choroby niedokrwiennej serca (2,5% vs. 0,7%) i zatorowości płucnej (1% vs. 0,4%). Polscy pacjenci byli młodsi od pozostałych. Częściej rozpoznawano u nich migotanie przedsionków (25% vs. 17%) i częściej na początku choroby występowały u nich zaburzenia świadomości (29% vs. 23%). Polski pacjent obarczony był wyższym o 57% ryzykiem zgonu. Wśród chorych z Polski rzadziej niż w innych krajach stwierdzano osoby, które przyjmowały aspirynę przed udarem (7,6% vs. 20,8%). Należy podkreślić, że różnice te nie były uwarunkowane ciężkością udaru. Większa wczesna śmiertelność w Polsce mogła być spowodowana niedostateczną opieką nad chorymi zagrożonymi udarem (np. mimo szerokiego rozpowszechnienia choroby niedokrwiennej serca mało osób przyjmowało aspirynę przed wystąpieniem udaru) i gorszą opieką nad chorymi w okresie ostrym (np. częstsze występowanie groźnych powikłań okołoudarowych).⁴⁰

W Krakowskim Rejestrze Udarowym prospektywnie rejestrowano wszystkie przypadki udaru mózgu u dorosłych mieszkańców Krakowa, którzy byli hospitalizowani z powodu udaru od lipca 1999 do czerwca 2000 roku. Zarejestrowano łącznie 1096 udarów mózgu. Śmiertelność 30-dniowa i roczna wyniosły kolejno - dla udaru niedokrwienego: 9,8% i 31,2% oraz dla udaru krwotocznego: 44,2% i 60,5%. Wyniki otrzymane w Krakowie były zbliżone do przeciętnych wartości europejskich i niższe niż opisywane w badaniach warszawskich; ale nie obserwowano zmniejszenia zapadalności na udar mózgu⁴¹.

W kolejnym badaniu, przeprowadzonym w Zabrzu w latach 2005-2006, poddano retrospektywnej analizie dane uzyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zawarte w dokumentacji medycznej dotyczące chorych leczonych z powodu udaru mózgu. Grupa obejmowała 731 chorych z udarem mózgu. Śmiertelność w ciągu pierwszych 28 dni od wystąpienia udaru wynosiła w przypadku udaru niedokrwienego 15,4%, natomiast w przypadku udaru krwotocznego 41%⁴²,

W Rejestrze Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu w Polsce, prowadzonym w latach 2000-2002 w oparciu o część zgromadzonych danych, opublikowano

³⁹ Lenart-Jankowska D., Wender M., Kowal P. i wsp. Epidemiologia udarów mózgu w Wielkopolsce. *PrzeeglEpid* 2007; 4, 391-295.

⁴⁰ Richler P.S., Udar mózgu - ocena farmako ekonomiczna. *Terapia*, 1/2004, 11-15.

⁴¹ Sulejczak D., Skup M., Neurodegeneracja w doświadczalnych udarach mózgu - udział białek regulujących program apoptozy. *Neurol Neurochir Poi* 2007, 41, 6, 533-547.

⁴² Grupa Ekspertów NPPiLUM. Rekomendacje Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki I Leczenia Udaru Mózgu. *Profilaktyka wtórna udaru mózgu. Neurol Neurochir Poi* 2013; 37 (supl. 6), 16-43.

wstępną analizę danych - stwierdzono znaczne różnice w śmiertelności wewnątrzszpitalnej między ośrodkami, sięgały one 28% (śmiertelność wewnątrz-szpitalna wahała się od 8 do 36%)⁴³.

W najbliższych latach częstość występowania udaru mózgu w Polsce będzie prawdopodobnie rosła, mimo stosowania właściwych metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Ma to związek ze wzrostem odsetka osób powyżej 65 roku życia. Według prognoz demograficznych w Polsce w latach 2005-2025 liczba mężczyzn powyżej 65 roku życia wzrośnie o 60%, zaś kobiet o 48%. W tym samym czasie liczba zachorowań na udar u mężczyzn zwiększy się o 37%, a u kobiet o 38%⁴⁴

W krajach wysoko rozwiniętych obniżenie śmiertelności z jednej strony wiązało się z szerokim wprowadzeniem wieloaspektowej profilaktyki, z drugiej zaś ze zmianami organizacyjnymi w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji chorych po um. Leczenie chorych w specjalnych pododdziałach udarowych spowodowało zmniejszenie liczby zgonów w ostrym okresie um (do 30 dni) poniżej 20%, skrócenie czasu pobytu w oddziałach szpitalnych oraz przyczyniło się do zwiększenia liczby chorych wypisywanych głównie do domu w stanie ogólnym dobrym pozwalającym na samodzielne funkcjonowanie. W Polsce w ostatnich latach zwiększa się liczba pododdziałów udarowych zajmujących się w sposób kompleksowy pacjentami po um. W 1997 roku w naszym kraju takich placówek było siedem. Obecnie funkcjonuje 97 pododdziałów udarowych, przy docelowym założeniu istnienia 120 takich oddziałów. Stale powiększa się też liczba oddziałów rehabilitacji prowadzących nowoczesną neurorehabilitację, edukację chorych i ich rodzin oraz gwarantujących ciągłość rehabilitacji, która w tej grupie chorych jest wymogiem zasadniczym, gdyż bardzo często chorzy po um są tą grupą chorych, która w różnych formach wymaga rehabilitacji do końca życia⁴⁵.

Udar mózgu ze względu na dużą śmiertelność w początkowym okresie choroby, wielokierunkowość oraz długotrwałość procesu leczenia i rehabilitacji stanowi poważny problem medyczny i społeczny. Obserwowane i szeroko opisywane w literaturze z ostatnich lat negatywne skutki społeczne, biologiczne, kulturowe i ekonomiczne um, powodują coraz większe zainteresowanie pracowników służby zdrowia, pacjentów, ich rodzin i innych grup zawodowych niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem i opieką nad chorymi po udarze.

Rehabilitacja następstw udaru mózgu wymaga ogromnego wysiłku wielu specjalistów z zakresu różnych dziedzin medycyny. Jeżeli jednak prowadzona jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej oraz polskiej szkoły rehabilitacji staje się jedyną drogą postępowania w tej złożonej, niejednorodnej grupie chorych po udarze mózgu. Rzetelnie prowadzone badania epidemiologiczne na temat udarów mózgu są niezbędne, gdyż przyczyniają się do lepszego poznania i zrozumienia przyczyn i patomechanizmu

⁴³ Ryglewicz D. Epidemiologia udarów mózgu w prospektywnych badaniach populacyjnych, Warszawa. *Neurol Neurochir Poi* 2014; 28 (suppl 1), 35-49.

⁴⁴ Sulejczak D., Apoptoza i metody jej identyfikacji. *Post Biol Komórki* 2000, 27, 527-568.

⁴⁵ Sieberta J., Nyka W.M. i wsp., Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru. *Via Medica*, Gdańsk 2007.

powstania um oraz pozwalają znaleźć optymalną strategię kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego.

Wielu autorów coraz większą uwagę przykładają do uzyskania dokładnych informacji o leczeniu um i kosztach z tym związanych. Taka wiedza jest konieczna przy planowaniu usług zdrowotnych, w tym rehabilitacji. Dla przykładu według zaleceń EUSI w Wielkiej Brytanii leczenie chorych po um pochłania 5,0%, a w Finlandii 6,0% całego budżetu służby zdrowia. Koszty leczenia chorego, który przeżył udar mózgu w wielu krajach zasadniczo się różnią. W roku 1990 przeciętny koszt leczenia chorego po udarze mózgu w Wielkiej Brytanii wynosił około 7500 funtów. W Szwecji bezpośredni koszt leczenia chorego, od wystąpienia pierwszego udaru do zgonu, wynosi 79 000 dolarów amerykańskich. Koszty ponoszone z powodu um w Danii stanowią około 3,0-4,0% wszystkich wydatków na służbę zdrowia, 4% budżetu narodowej służby zdrowia w Szkocji i 4,5% rocznego budżetu służby zdrowia w Austrii. O powadze tego problemu może świadczyć fakt, że w USA w 1975 roku całkowite koszty związane z leczeniem um szacowano na 6,6 miliardów dolarów, a w roku 1993 wzrosły one do 30 miliardów dolarów. Przewiduje się, iż do 2020 roku um i choroba wieńcowa będą głównymi przyczynami utraty zdrowia w populacji ludzi dorosłych.⁴⁶

Większość całkowitego obciążenia związanego z leczeniem um wynika z kosztów bezpośrednich, na które składa się wartość hospitalizacji w ostrym okresie um, stosowane wszystkie środki farmaceutyczne, opieka lekarska, rehabilitacja, opieka w domu, różnego rodzaju sprzęt trwały. Z przeprowadzonych badań wynika, że koszty związane z hospitalizacją obecnie stanowią główną część (45-70%) wszystkich wydatków poniesionych w ciągu pierwszego roku od manifestacji um. Coraz większą część w leczeniu chorych po um stanowią koszty związane z długoterminową pomocą pielęgniarstwa w domu chorego lub pobytem w domu opieki społecznej⁴⁷.

Wielu autorów koszty bezpośrednio rozdziela na koszty medyczne (wyżej opisywane) oraz niemedyczne, na które składa się utrzymanie infrastruktury ochrony zdrowia, koszty transportu chorego oraz koszty np. specjalnej diety chorego w domu.

Znaczną część kosztów związanych z leczeniem i rehabilitacją chorych po um stanowią koszty pośrednie. Wynikają one z ograniczenia lub utraty zdolności do pracy w wyniku choroby lub z utratą wydajności produkcyjnej z powodu śmierci. Koszty pośrednie stanowią ponad 24% w Szwecji, 22% w Holandii, 15% całości w Nowej Zelandii i aż 43 do 63% w Stanach Zjednoczonych. Istotne znaczenie w leczeniu

⁴⁶ Losy J., Zaremba J., Cytokiny w klinicznym i doświadczalnym udarze niedokrwiennym mózgu. *Neurol Neurochir Poi Supplement* 2014, 1.

⁴⁷ Nowik M., Drechsler H., Nowacki P., Destabilizacja blaszki miażdżycowej a udar niedokrwienny mózgu — rola czynników zapalnych i immunologicznych. *Implikacje praktyczne. Neurol Neurochir Poi* 2014, 38, 3, 209-214.

i rehabilitacji chorych po um odgrywają koszty niewymierne, takie jak ból, cierpienie, rozłąka z rodziną, trudności w realizacji ról społecznych, biologicznych, rodzinnych oraz pogorszenie jakości życia⁴⁸.

Dobrze prowadzone badania epidemiologiczne pozwalają zrozumieć mechanizmy zapadalności, chorobowości, umieralności. W konsekwencji przekładają się one na prawidłowe postępowanie diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i prewencyjne, prowadzące do zmniejszenia rozpoznanych problemów zdrowotnych w populacji.

Przyczyny udaru

Wiodącymi przyczynami udarów są nadciśnienie oraz zmiany miażdżycowe naczyń krwionośnych, malformacje naczyniowe (tętniaki, naczyniaki), choroby serca (wady serca, zwłaszcza wada zastawki dwudzielnej, zawały mięśnia sercowego).

Dla prawidłowej funkcji mózgu istotna jest wielkość przepływu krwi przez tętnice mózgowe, gdyż zużycie tlenu przez mózg jest znaczne. Zużywa on 20% tlenu dostarczanego ustrojowi. Serce, które stanowi podstawową i dynamiczną część mechanizmu dostarczającego tlen (jego praca jest ogromna - około 100 000 skurczów na dobę), zużywa dwa razy mniej tlenu. Mózg składa się z 15 miliardów komórek nerwowych (neuronów), które pozostają w stałym kontakcie. Posiada autonomiczny układ regulacyjny, który pozwala na poprawienie lub usunięcie pewnych chwilowych zaburzeń krążenia krwi w jego obszarze.⁴⁹

Do najczęstszych przyczyn udarów mózgu należą⁵⁰:

- nadciśnienie tętnicze,
- miażdżyca,
- sercowopochodne zatory mózgu.

Objawy ostrzegawcze:

- nagłe połowicze osłabienie kończyn, zaburzenie czucia,
- wykrzywienie twarzy,
- nagła utrata zdolności mówienia lub trudności w rozumieniu mowy,
- nagłe zaburzenie widzenia, zwłaszcza jeśli występuje w jednym oku,
- bardzo silne bóle głowy,
- niemożność utrzymania równowagi, także w pozycji siedzącej.

⁴⁸ Piechowski-Jóźwiak B., Truelsen T., Kwiecieński H. Prognoza chorobowości i zapadalności na udar mózgu w Polsce w latach 2005-2025. *Neurol Neurochir Poi* 2005;39(supl.2),126.

⁴⁹ Beldziński P., Imieliński Brunon L., Słoniewski P., Skurcz naczyniowy, cz. II, Czas występowania, lokalizacja i etiologia. Propozycja algorytmu postępowania w stwierdzonym skurczu. *Neurol Neurochir Poi* 2011, 35, 3, 483-492.

⁵⁰ Wałęcki J., *Badania neuroradiologiczne w udarach mózgu. Udry naczyniowe mózgu.* 2008.

W celu dokonania klasyfikacji motoryki ogólnej ciała (MOC) stosowana jest skala MOC, opracowana w Klinice Neurologii AM w Bydgoszczy.⁵¹ Wyróżnia się trzy grupy MOC:

- Chorzy z ogniskowym deficytem neurologicznym (niedowłady, zaburzenia mowy, czucia, ubytki w polu widzenia itd.) utrzymujący samodzielnie pionową pozycję ciała.
- Chorzy z ogniskowym deficytem neurologicznym, którzy nie potrafią samodzielnie stać.
- Chorzy z ogniskowym deficytem neurologicznym (grupa 1 i 2) i zaburzeniami przytomności.⁵²

Objawy choroby

Do typowych należą objawy ogniskowe (niedowłady lub porażenia połowicze, deficyt połowiczy czucia oraz zaburzenia wyższych czynności nerwowych, głównie typu afazji), przy niedowładach, zwłaszcza prawostronnych, może wystąpić zespół zaniedbywania połowiczego i apraksja przy niedowładach lewostronnych.

Objawy kliniczne informują o rozmiarze uszkodzeń strukturalno-czynnościowych mózgu, mają znaczenie rokownicze. Najgorzej rokują stany z równoczesnym zaburzeniem przytomności, porażeniem połowicznym, zwłaszcza ze współistniejącym z niedowładem skojarzonego spojrzenia w bok. Zwiększają one ryzyko zgonu.⁵³ Ponadto mogą zaistnieć powikłania pod postacią:

- obrzęku mózgu,
- nadciśnienia,
- hipertermii,
- zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Obrzęk mózgu zwykle towarzyszy ogniskowemu niedokrwieniu (zawał mózgu), jeśli rozwija się szybko, powoduje wzrost ciśnienia śródczaszkowego i prowadzi do wgłębienia oraz wtórnego upośledzenia przepływu mózgowego. Postępowanie⁵⁴:

- monitorowanie chorych pod kątem nadciśnienia śródczaszkowego, wyższe ułożenie głowy chorego pod kątem 20-30° w stosunku do tułowia (w celu ułatwienia odpływu krwi żyłnej z jamy czaszki),
- kontrolowana hiperwentylacja, która powoduje zwężenie naczyń tętniczych mózgu i zmniejsza ogólną objętość krwi w łożysku naczyniowym jamy czaszki,

⁵¹ Grupa Ekspertów NPPiLUM. Rekomendacje Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Profilaktyka wtórna udaru mózgu. *Neurol Neurochir Poi* 2013; 37 (supl. 6), 16-43.

⁵² Sieberta J., Nyka W.M. i wsp., Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru. *Via Medica*, Gdańsk 2007.

⁵³ Nowik M., Drechsler H., Nowacki P., Destabilizacja blaszki miażdżycowej a udar niedokrwienno-mózgowy — rola czynników zapalnych i immunologicznych. *Implikacje praktyczne. Neurol Neurochir Poi* 2014, 38, 3, 209-214.

⁵⁴ Cendrowski W., Epidemiologia naczyniowych udarów mózgu, w: *Udary naczyniowe mózgu. Diagnostyka i leczenie* [red.: J. Majkowski], Warszawa 2008, s. 13.

- odwodnienie organizmu poprzez podawanie roztworów osmotycznie czynnych i środków moczopędnych.

Nadciśnienie tętnicze. Chorym po udarze w ostrej fazie zwykle towarzyszy wzrost ciśnienia, który przeważnie występował wcześniej, wzmacnia go jeszcze dodatkowo stres wywołany zaistnieniem choroby. Jednak obniżanie ciśnienia musi następować bardzo ostrożnie, żeby nie spowodować zaburzenia ciśnienia perfuzyjnego i w rezultacie deficytu w regionalnym przepływie mózgowym. U wielu chorych samoistnie dochodzi do obniżenia ciśnienia. Z drugiej strony, wysokie ciśnienie, które nie uległo obniżeniu może jednak stanowić przyczynę niekorzystnych następstw w postaci transformacji krwotocznej lub nawet wtórnego krwotoku mózgowego. W ostrej fazie udaru satysfakcjonujące parametry ciśnienia to: ciśnienie skurczowe poniżej 200 mmHg i rozkurczowe poniżej 110 mmHg.

Hipertermia. Podwyższona temperatura ciała - nawet w niewielkim stopniu jest złym elementem rokowniczym. Niezbędne są środki przeciwgorączkowe, a w przypadku stwierdzenia infekcji - niezwłoczne podanie antybiotyku.

Zaburzenia wodno-elektrolitowe. W przypadku osób w ciężkim stanie klinicznym bardzo ważne jest prowadzenie bilansu płynów. W ostrym okresie udaru często dochodzi do zaburzeń metabolicznych, jak hiperglikemia i hiponatremia. Przeważnie ma miejsce niewielka hiperglikemia -jako odpowiedź na stres, nie wymaga ona szczególnego postępowania, glikemia powyżej 9,4 mmol/l (170 mg/dl) jest wskazaniem do farmakoterapii. Hiponatremia w zawałach występuje rzadziej aniżeli wkrwotokach (mózgowym i podpajęczynówkowym). Należy monitorować stężenie sodu i ewentualne braki korygować stosowaniem roztworu soli, przy czym należy pamiętać, żeby płynu nie podawać zbyt szybko, ponieważ może to spowodować uszkodzenie mielinę włókna nerwowego.

Udar mózgu jako problem społeczny

Choroby naczyń mózgowych, a w szczególności udar mózgu, stanowią coraz istotniejszy problem zarówno medyczny, jak i społeczny. Wpływ udarów mózgu na zdrowie całej populacji wzrasta systematycznie wraz ze stopniowymi zmianami wskaźników demograficznych, tj. wydłużaniem się życia ludzi i wzrostem odsetka osób powyżej 65 roku życia⁵⁵.

Udar mózgu jest jedną z głównych przyczyn chorobowości, umieralności i długotrwałej niesprawności na całym świecie⁵⁶. Publikowane prace epidemiologiczne dają wgląd w sytuację na świecie, jednak niejednokrotnie różnią się zasadniczo metodyką (mamy więc prace populacyjne, retrospektywne, prospektywne, oparte wyłącznie na danych dotyczących pacjentów hospitalizowanych, odmiennych okresach obserwacji itp.). Dlatego też trudno określić rzeczywiste różnice pomiędzy krajami we wskaźnikach zapadalności, chorobowości, umieralności, 30-dniowej

⁵⁵ Cendrowski W., Epidemiologia naczyniowych udarów mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu. Diagnostyka i leczenie [red.: J. Majkowski], Warszawa 2008, s. 13.

⁵⁶ Sieberta J., Nyka W.M. i wsp., Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru. Via Medica, Gdańsk 2007.

śmiertelności oraz zmienności tych parametrów w czasie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - World Health Organization), szacuje się, że co roku na świecie ok. 9 mln, a w Europie ok. 2 mln ludzi doznaje udaru. Chorobowość w odniesieniu do udaru wynosi 9,6 mln w Europie i aż 30,7 mln na świecie. Udar stanowi drugą pod względem częstości przyczynę zgonów na świecie. W 2004 roku z powodu udaru zmarło ok. 5,7 mln osób - co stanowi ok. 9,7% wszystkich zgonów - zaś współczynniki umieralności wahają się od 24,5 na 100 000 osób w ciągu roku w krajach wysoko rozwiniętych do 251 na 100 000 osób w ciągu roku w krajach rozwijających się⁵⁷. Nie ma wątpliwości, że w ostatnich dekadach XX wieku nastąpił znaczący spadek współczynników umieralności z powodu udarów zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn w różnym wieku w większości krajów Europy Zachodniej, Stanach Zjednoczonych i Japonii, wynoszący rocznie nawet do 7%, lecz w niektórych krajach, zwłaszcza Europy Wschodniej, obserwowano wzrost umieralności⁵⁸.

Na przestrzeni lat 1990-2010 udar mózgu stał się trzecią pod względem częstości przyczyną utraty lat życia w pełnej sprawności (DALYs - Disability Adjusted Life Years Łośi) (w 1990 roku była to piąta przyczyna)⁵⁹. Wśród osób, którzy przeżyły powyżej 6 miesięcy od wystąpienia udaru: 48% ma utrzymujący się niedowład połowiczny, 22% nie może chodzić, 24-53% jest częściowo lub całkowicie zależna od innych osób, wymaga pomocy przy podstawowych czynnościach codziennych (ADL - Acthity of Daily Living), 12-18% ma afatyczne zaburzenia mowy⁶⁰. Udar jest ponadto drugą pod względem częstości przyczyną otępienia, najczęstszą przyczyną padaczki u osób w podeszłym wieku oraz istotną przyczyną depresji⁶¹,

Należy również pamiętać o ogromnych kosztach związanych z udarem. Opieka nad pacjentami z udarem mózgu pochłania w większości państw ok. 3% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia i 25% produktu krajowego brutto⁶². Roczny koszt opieki udarowej w samych tylko Stanach Zjednoczonych przekracza 73 biliony dolarów⁶³.

⁵⁷ Kleszcz H., Udar mózgu - wielkie wezwanie dla polskiej szkoły rehabilitacji, „Służba Zdrowia”, 89-90 (2008) 7-8.

⁵⁸ Cendrowski W., Epidemiologia naczyniowych udarów mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu. Diagnostyka i leczenie [red.: J. Majkowski], Warszawa 2008, s. 13.

⁵⁹ Rejzner C., Gustyn T., Stelmasiak Z., Rehabilitacja osób z naczyniowymi uszkodzeniami mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu. Diagnostyka i leczenie [red.: J. Majkowski], Warszawa 2008, s. 182.

⁶⁰ Nowik M., Drechsler H., Nowacki P., Destabilizacja blaszki miażdżycowej a udar niedokrwieny mózgu – rola czynników zapalnych i immunologicznych. Implikacje praktyczne. *Neurol Neurochir Poi* 2014, 38, 3, 209-214.

⁶¹ Shah S., Obecne poglądy i kontrowersje dotyczące powrotu do zdrowia po udarze mózgu – odniesienia do rehabilitacji, „Rehabilitacja Medyczna”, 4 (2009) 62-75.

⁶² Kleszcz H., Udar mózgu – wielkie wezwanie dla polskiej szkoły rehabilitacji, „Służba Zdrowia”, 89-90 (2008), 7-8.

⁶³ Sieberta J., Nyka W.M. i wsp., Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru. *Via Medica*, Gdańsk 2007.

Światowa Organizacja Zdrowia - by podkreślić wzrastający wpływ udaru na życie społeczeństw we współczesnym świecie oraz upowszechnić wiedzę na temat udaru -ustanowiła 29 października Światowym Dniem Udaru. Opierając się na danych epidemiologicznych, obliczono, że w populacji ogólnej jedna osoba na sześć dozna udaru w ciągu swojego życia. Ponadto oszacowano, że co 6 sekund dochodzi do zgonu z powo-du.udar. oraz co 6 sekund jakość życia 1 osoby ulega zmianie na zawsze, gdyż wskutek udaru stanie się osobą trwale niepełnosprawną⁶⁴. Te obliczenia stały się podstawą do nagłośnienia hasła „1 na 6”, które przyświecało obchodom Światowego Dnia Udaru w 2010 roku i w obrazowy sposób uświadamiało ryzyko związane z udarem mózgu.

Biorąc pod uwagę stale zwiększające się społeczne znaczenie chorób naczyń mózgowych, nie wystarczy jednak kampania informacyjna i obchody Światowego Dnia Udaru, niezbędne jest wprowadzenie szeroko zakrojonych działań mających na celu redukcję ryzyka wystąpienia udaru oraz zmniejszenie stopnia niepełnosprawności oraz śmiertelności po udarze. Działania mające na celu zmniejszenie społecznych skutków udaru muszą być wieloetapowe i obejmować:

- kształtowanie świadomości i edukację prozdrowotną w populacji osób zdrowych celem eliminowania uznanych czynników ryzyka wystąpienia udaru (m.in. palenia tytoniu, otyłości, braku aktywności fizycznej, niewłaściwej diety, nadużywania alkoholu),
- leczenie czynników ryzyka (m.in. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, chorób serca, zaburzeń gospodarki lipidowej, zaburzeń układu krzepnięcia, stanów zapalnych),
- właściwe, intensywne leczenie udaru mózgu w okresie ostrym oraz zmniejszanie ryzyka wystąpienia udarów powtórnych poprzez wdrażanie uznanych metod profilaktyki wtórnej,
- wdrażanie kompleksowej rehabilitacji, edukacji pacjenta i jego rodziny⁶⁵.

Czynniki ryzyka i profilaktyka udaru mózgu

Najbardziej celowym postępowaniem w udarach mózgu jest profilaktyka, która ma na celu zapobieganie i zmniejszenie ryzyka wystąpienia um. Wiąże się to z przedłużeniem i poprawą jakości życia. Czynniki ryzyka um dzieli się na dwie grupy:

1. modyfikowalne,
2. niemodyfikowalne.

Czynniki modyfikowalne, czyli takie, których wyeliminowanie poprzez postępowanie ogólne (dietetyczne, ograniczenie używek, aktywność ruchową) i farmakologiczne, można zapobiec bądź przynajmniej zminimalizować wystąpienie udaru. Choćby ich częściowa eliminacja może pozytywnie wpłynąć na zmianę zapadalności i przebieg um. Wśród nich wyróżnia się: nadciśnienie tętnicze,

⁶⁴ Mazur R., Książkiewicz B., Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu .Diagnostyka i leczenie. [red. J. Majkowski], Warszawa 2008, ss. 29-32.

⁶⁵ Grupa Ekspertów NPPiLUM. Rekomendacje Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki I Leczenia Udaru Mózgu. Profilaktyka wtórna udaru mózgu. Neurol Neurochir Poi 2013; 37 (supl. 6), 16-43.

cukrzycę, zaburzenia lipidowe -hipercholesterolemia, choroby serca (migotanie przedsionków, choroba niedokrwienna serca), używki (papierosy, alkohol), małą aktywność fizyczną, otyłość, złe nawyki dietetyczne. Niektórzy autorzy czynniki modyfikowalne dzielą na modyfikowalne pewne oraz modyfikowalne prawdopodobne (tabela 1).

Tabela 1. Czynniki ryzyka udaru mózgu modyfikowalne pewne i prawdopodobne

Czynniki modyfikowalne pewne	Czynniki modyfikowalne
Nadciśnienie tętnicze	Otyłość
Palenie tytoniu	Mała aktywność fizyczna
Cukrzyca	Nadużywanie alkoholu
Zwężenie tętnicy szyjnej	Hiperhomocysteinemia
Migotanie przedsionków	Zaburzenia układu krzepnięcia
Hiperlipidemia	Hormonalna terapia zastępcza

Nadciśnienie tętnicze

Do najczęściej występujących modyfikowalnych czynników ryzyka, zalicza się nadciśnienie tętnicze. Przeprowadzone liczne badania dotyczące wpływu niektórych czynników ryzyka, w tym nadciśnienia tętniczego, na częstość występowania um wykażały, że w grupie chorych na nadciśnienie tętnicze ryzyko wystąpienia um wzrasta 3-4-krotnie. W przypadku dołączenia się do choroby nadciśnieniowej uszkodzenia serca pod postacią miokardiopatii, to ryzyko wzrasta aż do 8,8. Z kolei w przypadku stwierdzenia tak zwanego granicznego nadciśnienia tętniczego (140-159 mm Hg/90-94 mm Hg) ryzyko udaru zwiększa się o 40%. Utrwalone nadciśnienie tętnicze (> 160 mm Hg/ > 95 mm Hg) podnosi ryzyko wystąpienia udaru 3-6-krotnie. Obniżenie ciśnienia skurczowego o 10-12 mm Hg zmniejsza zapadalność i śmiertelność z powodu udaru mózgu o około 20%, a obniżenie ciśnienia rozkurczowego o 5-7 mm Hg zmniejsza zapadalność o około 40%. Wpływ nadciśnienia tętniczego na możliwość wystąpienia um najsilniej zaznaczony jest do 45 roku życia. Następnie ryzyko to wraz z wiekiem ulega zmniejszeniu. Dzieje się tak gdyż wiek staje się sam istotnym niemodyfikowalnym czynnikiem ryzyka um⁶⁶.

Terapia nadciśnienia powinna być dobrana indywidualnie do każdego pacjenta z uwzględnieniem schorzeń współistniejących. W pierwszym etapie redukcji ciśnienia tętniczego zalecany jest regularny trening fizyczny (co najmniej 5 dni w tygodniu przez 30 minut) w połączeniu z odpowiednią dietą zwłaszcza z ograniczeniem spożycia alkoholu i sodu, a zwiększonym spożyciem świeżych owoców i warzyw oraz kontrolę masy ciała. Jeśli te działania nie prowadzą do utrzymania ciśnienia tętniczego na prawidłowym poziomie to należy je wyrównać, stosując odpowiednie leczenie farmakologiczne (inhibitory ACE, sartany, beta-blokery, leki moczopędne, antagoniści wapnia). Lekami o udowodnionej skuteczności w profilaktyce pierwotnej i wtórnej um są diuretyki oraz inhibitory

⁶⁶ Mazur R., Książkiewicz B., Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu .Diagnostyka i leczenie. [red. J. Majkowski], Warszawa 2008, ss. 29-32.

konwertazy. W profilaktyce udaru korzyści z redukcji ciśnienia osiągane są już przy obniżeniu wartości o 10/5 mm Hg, a optymalna wartość ciśnienia definiowana jest poniżej 120/80 mm Hg⁶⁷.

Choroby serca

Ryzyko względne udaru mózgu u osób z migotaniem przedsionków oceniane jest na 2,6—4,5. Migotanie przedsionków należy do najczęstszych zaburzeń rytmu serca i dotyczy około 1% całej populacji, przy czym częstość jego występowania wzrasta wraz z wiekiem (10% > 75 r.ż.). Według badań Framingham migotanie przedsionków zwiększa pięciokrotnie ryzyko udaru w sposób niezależny.

W trakcie migotania przedsionków dochodzi do zastoju krwi w obrębie lewego przedsionka i powstawania w jego obrębie skrzeplin, które stanowią materiał zatorowy.

Zawał mięśnia sercowego jest powikłany udarem niedokrwiennym mózgu u 1-5% wszystkich chorych. Udar mózgu zwykle występuje w ciągu pierwszych pięciu dni od początku zawału. U pacjentów z kardiomiopatią rostrzeniową ryzyko udaru ocenia się na 3-11% na rok⁶⁸.

Przyczyna kardiomiopatii rostrzeniowej nie jest znana, dotyczy głównie osób w średnim wieku, w jej przebiegu dochodzi do zaburzenia czynności skurczowej komór, co sprzyja tworzeniu skrzeplin będących źródłem materiału zatorowego.

Przetrwały otwór owalny stwierdzany jest u osób zdrowych w 10-18%. Może on stać się drogą dla materiału zatorowego pochodzącego z żył obwodowych- zatoru paradoksalnego. Najczęściej źródłem materiału zatorowego są żyły głębokie kończyn dolnych, Lecht i wsp. w swojej pracy stwierdzili drożny otwór owalny u 40% pacjentów z nieustaloną przyczyną udaru niedokrwiennego.

Zaburzenie hemodynamiczne, powstające głównie w wyniku spadku ciśnienia tętniczego, w następstwie czego dochodzi do zmniejszenia rzutu serca, powoduje niedokrwienie obszarów mózgu na granicy unaczynienia tętnic w rejonie tzw. ostatniej łąki.⁶⁹

Spośród innych chorób serca zwiększających ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu wymieniane są wady zastawkowe serca oraz zapalenie wsierdza.

Zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej

Zwężenie tętnicy szyjnej w przebiegu zmian miażdżycowych jest przyczyną około 20% udarów niedokrwiennych. Jednym z działań w profilaktyce pierwotnej udaru mózgu jest odpowiednie postępowanie w przypadku występowania bezobjawowego zwężenia tętnic szyjnych, które jest czynnikiem ryzyka nie tylko choroby niedokrwiennej serca, ale i udaru mózgu. Na profilaktykę udaru

⁶⁷ Grupa Ekspertów NPPiLUM. Rekomendacje Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Profilaktyka wtórna udaru mózgu. Neurol Neurochir Poi 2013; 37 (supl. 6), 16-43.

⁶⁸ Redakcja Kardiologii Polskiej. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003-2005. Kardiol Poi 2013, 59, 535-544.

⁶⁹ Mazur R., Książkiewicz B., Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu. Diagnostyka i leczenie. [red. J. Majkowski], Warszawa 2008, ss. 29-32.

składają się tutaj dwa elementy: pierwszy polega na farmakoterapii (zmniejszenie grubości intymedia-inhibitory ACE, statyny) i modyfikacji czynników ryzyka w celu stabilizowania i hamowania narastania blaszki miażdżycowej; drugi element to eliminacja lub redukcja zwężenia tętnicy dzięki endarterektomii lub angioplastyce ze wszczepieniem stentu. Wciąż nie wiadomo jednak, która strategia jest optymalna. Endarterektomia tętnicy szyjnej u chorych z bezobjawowym zwężeniem wydaje się przynosić korzyści tylko jeśli zwężenie nie przekracza 60%, choroba serca jest stabilna, a okołozabiegowe ryzyko chirurgiczne nie przekracza 3%. W przypadku objawowego zwężenia tętnicy szyjnej leczeniem z wyboru jest endarterektomia, przy czym najwięcej korzyści przynosi przy zwężeniu 70-99%, przy umiarkowanych zwężeniach w granicach 50-69% leczenie takie tylko nieznacznie zmniejsza częstość występowania udarów i zgonów. W prewencji pierwotnej udaru mózgu istotne jest również przeciwdziałanie nadkrzepliwości krwi, czyli działanie przeciwzakrzepowe. Należy dążyć do tego poprzez odpowiednią umiarkowaną aktywność ruchową oraz stosowanie leczenia przeciwzakrzepowego. Obecnie u osób z czynnikami ryzyka udaru, a więc m.in. z otyłością, nadciśnieniem tętniczym, z chorobą niedokrwinną serca zaleca się codzienne zażywanie kwasu acetylosalicylowego w dawce od 75 do 150 mg/dobę.

U chorych po ostrym zespole wieńcowym lub przezskórnej interwencji wieńcowej z wszczepieniem stentu należy stosować przez 12 miesięcy kłopidogrel w dawce 75 mg/dobę w połączeniu z kwasem acetylosalicylowym w dawce 325 mg przez 1 miesiąc w przypadku wszczepienia stentu metalowego, przez 3 miesiące w przypadku stentu uwalniającego sirolimus, a przez 6 miesięcy w przypadku stentu uwalniającego paklitaksel. W przypadku napadowego lub przewlekłego migotania lub trzepotania przedsionków, a także u chorych po zawale serca, jeśli istnieją „wskazania kliniczne (np. migotanie przedsionków, skrzeplina w lewej komorze) należy stosować doustny antykoagulant (docelowa wartość INR 2,5-3,5).

Cukrzyca

Ważnym czynnikiem ryzyka wystawienia um cukrzyca. Przypuszcza się, że sama nie jest czynnikiem niezależnym, a jedynie w połączeniu z innymi, zwłaszcza nadciśnieniem tętniczym. Wówczas ryzyko um mózgu wzrasta 12-krotnie. Jako czynnik samoistny ryzyka uznawana jest głównie cukrzyca insulinozależna. Powoduje ona wzrost ryzyka um u mężczyzn 1,8, u kobiet 2,2 raza.

Stąd tak ważna jest kontrola glikemii zarówno u osób z już rozpoznaną cukrzycą lub nietolerancją glukozy, jak i u osób z prawidłowym dotychczas poziomem glikemii. Zaleca się, by u osób z rozpoznaną cukrzycą poziom hemoglobiny glikozylowanej wynosił poniżej 6,5%, a u wyedukowanych pacjentów bez ryzyka hipoglikemii nawet poniżej 6,1%. Normalizację poziomu glikemii możemy uzyskać również poprzez regularną aktywność fizyczną, odpowiednią dietę, kontrolę masy ciała (należy pamiętać, że otyłość, zwłaszcza brzuszna, w dużym stopniu zwiększa ryzyko wystąpienia

insulinooporności)⁷⁰. Ważna jest również kontrola i normalizacja ciśnienia tętniczego oraz kontrola i normalizacja stężenia cholesterolu, gdyż wiadomo, że miażdżycy w połączeniu z cukrzycą w znacznym stopniu zwiększają ryzyko wystąpienia udaru mózgu. U pacjentów z cukrzycą zalecana jest bardziej rygorystyczna kontrola ciśnienia tętniczego, w leczeniu mogą być stosowane leki ze wszystkich grup przeciwnadciśnieniowych, aczkolwiek rekomendowane są inhibitory konwertazy oraz inhibitory angiotensyny ze względu na redukcję progresji mikroangiopatii nerkowej⁷¹.

Zaburzenia lipidowe

Zaburzenia lipidowe należą do ważnych czynników ryzyka um. Według niektórych autorów dyslipidemie są znacząco skorelowane z ryzykiem choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego, natomiast ich rola jako czynnika ryzyka um jest wciąż dyskutowana. Wysoki poziom cholesterolu całkowitego i triglicerydów, przy obniżonym poziomie HDL-cholesterolu sprzyja powstaniu miażdżycy naczyń wieńcowych i mózgowych. Ta z kolei należy do wiodących czynników ryzyka um. A. Kwolek, badając wpływ ilości czynników ryzyka na wyniki rehabilitacji oraz analizując rezultaty dużych prób klinicznych na podstawie piśmiennictwa, podaje, że wzrost poziomu cholesterolu do ponad 280 mg% dwa i pół raza zwiększa ryzyko udaru niedokrwiennego. Odnotowuje fakt, że dodatnia korelacja między wysokim poziomem cholesterolu a śmiertelnością dotyczy wyłącznie udaru niedokrwiennego. Natomiast ryzyko udaru krwotocznego maleje wraz ze wzrostem poziomu cholesterolu.

W przypadku zmniejszenia poziomu cholesterolu poniżej 160 mg% zwiększa się ryzyko udaru krwotocznego trzykrotnie. Jednak zjawisko to dotyczy wyłącznie mężczyzn z nadciśnieniem. Najprawdopodobniej niski poziom cholesterolu przyczynia się do osłabienia ścian naczyń, co w połączeniu z podwyższonym ciśnieniem tętniczym sprzyja powstawaniu mikrotętniaków⁷².

Ważnym czynnikiem w profilaktyce pierwotnej i wtórnej udaru mózgu jest kontrola gospodarki lipidowej (utrzymanie cholesterolu LDL na poziomie poniżej 130 mg/dl przy stosunkowo wysokim poziomie HDL-minimum 20% frakcji cholesterolu całkowitego, oraz niskim poziomie triglicerydów poniżej 150 mg/dl). Podobnie jak w przypadku nadciśnienia tętniczego, w celu uzyskania czy utrzymania normolipidemii ważną rolę odgrywają: codzienna aktywność fizyczna i kontrola masy ciała, odpowiednia dieta ze zmniejszonym spożyciem tłuszczów nasyconych, wprowadzenie do diety steroli

⁷⁰ Kobayashi A., Benbenek J., Dowżenko A. i wsp.: Angioplastyka i stentowanie tętnic szyjnych w profilaktyce udaru niedokrwiennego mózgu: wczesne wyniki rejestru Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego. POLKARD. Postępy Kardiologii Interwencyjnej, 2006; 2, s. 259-265.

⁷¹ Mazur R., Książkiewicz B., Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu. Diagnostyka i leczenie. [red. J. Majkowski], Warszawa 2008, ss. 29-32.

⁷² Steiner T., Karls R., Zalecenia dotyczące postępowania w krwotokach wewnątrzczaszkowych, cz. I, Samoistny krwotok śródmózgowy. Neurologia po Dyplomie 2007.

roślinnych, zwiększone spożycie kwasów tłuszczowych omega-3 w postaci ryb. Jeżeli mimo przestrzegania zaleceń dietetycznych utrzymują się zaburzenia jakościowe i ilościowe gospodarki lipidowej konieczne jest włączenie leczenia hipolipemi-zującego. Lekami najczęściej stosowanymi w leczeniu są statyny. Jednak wciąż brak niepodważalnych dowodów na korzystny wpływ statyn we wtórnej profilaktyce udaru mózgu. Według wielu autorów statyny zmniejszają ryzyko udaru mózgu u pacjentowi z czynnikami ryzyka udaru (choroby serca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze).

Otyłość

Otyłość, szczególnie typ brzuszny, również uznawana jest za czynnik ryzyka um. Szczególnie w grupie mężczyzn w wieku od 35-65 lat i u kobiet powyżej 50 roku życia, przy wartości indeksu masy ciała (BMI) powyżej 30 kg/m² ryzyko to zwiększa się 1,5 raza. Jood i wsp. w trwającej 28 lat obserwacji stwierdzili, że zwiększone BMI dla mężczyzn w średnim wieku jest związane z wzrostem ryzyka udaru niedokrwiennego. Nie stwierdzono jednak bezpośredniego związku podwyższonego BMI ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia udaru krwotocznego.

Zatem niezwykle ważne jest zapobieganie otyłości przede wszystkim poprzez umiarkowaną, ale codzienną aktywność ruchową - jeszcze do niedawna uważano 30-minutowe ćwiczenia przez 5 dni w tygodniu za zupełnie wystarczające, dziś na podstawie badań epidemiologicznych zaleca się codzienną 60-minutową aktywność ruchową. Bardzo ważna w zwalczaniu otyłości jest odpowiednia dieta niskokaloryczna z ograniczeniem spożycia tłuszczów i węglowodanów.

Przy braku skuteczności takiego postępowania konieczne jest leczenie farmakologiczne otyłości (sibutramina, orlistat- inhibitor lipazy trzustkowej zmniejszający wchłanianie tłuszczu w jelicie). Natomiast najbardziej radykalnym sposobem leczenia otyłości jest leczenie chirurgiczne, które pozwala na długotrwałe obniżenie masy ciała i poprawę w zakresie takich powikłań jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, insulinooporność.

Palenie papierosów

Obecnie nie kwestionuje się palenia papierosów jako czynnika sprzyjającego powstaniu udaru mózgu. Nikotynizm w populacji kobiet w przedziale wieku od 25-45 lat, około 3-krotnie zwiększa ryzyko um. Zależność ta koreluje z liczbą wypalanych papierosów. Donnan i wsp. udowodnili, że po rzuceniu palenia względne ryzyko wystąpienia niedokrwiennego um stopniowo obniżało się przez 10 lat, jednak pod koniec tego okresu nadal było widoczne. Stwierdzili, że wystawienie na bierne palenie współmałżonka było dla niego niezależnym czynnikiem ryzyka um. Jednak Kawachi i wsp., po zbadaniu dużej grupy kobiet-pielęgniarek (117 006 osób) w wieku od 30 do 55 lat, wykazali, że względne ryzyko powstania wszystkich postaci um pomiędzy osobami palącymi a grupą nigdy niepalących wynosiło 2,58. Dla byłych palaczy utrzymywało się na poziomie 1,34. W ciągu 2-4 lat wykazana różnica zniknęła całkowicie. Autorzy stwierdzają, że tak duże ryzyko związane z

nikotynizmem wynika z nieodwracalnego uszkodzenia elementów ściany naczyń i powstania zmian miażdżycowych, a nie z przemijających zaburzeń hematologicznych.

Spożycie alkoholu

Spożywanie alkoholu w dużych ilościach o powyżej 60 g na dobę zwiększa ryzyko udaru mózgu, ryzyko względne oceniane jest na 1,6-1,8.

U osób pijących duże ilości alkoholu częściej wstępuje zespół bezdechu sennego, migotanie przedsionków, kardiomiopatia, wzrost wartości hematokrytu i lepkości krwi.

Umiarkowane ilości alkoholu < 30g/d u mężczyzn i < 15g/d u kobiet mogą zmniejszać ryzyko w stosunku do osób niepijących, prawdopodobnie poprzez obniżenie frakcji HDL-cholesterolu i obniżenie stężenia fibrynogenu.⁷³

Aktywność fizyczna

Wśród możliwych innych modyfikowalnych czynników ryzyka udaru wymienia się małą aktywność fizyczną. Kiely i wsp. w badaniach Framingham stwierdzili, że umiarkowana aktywność fizyczna wykazuje unikalny ochronny wpływ na ryzyko wystąpienia um wśród mężczyzn. Korzystny wpływ treningu fizycznego na układ krążenia szacuje się już przy aktywności 3 razy w tygodniu po minimum 20 minut dziennie. Istotnym efektem treningu jest obniżenie częstości skurczów serca zarówno w spoczynku, jak i podczas wysiłku, zmniejszenie zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen, co zmniejsza tym samym ryzyko wystąpienia ostrego niedokrwienia. Umiarkowana aktywność ruchowa wywiera również korzystny wpływ na śródbłonek naczyń poprzez zwiększone uwalnianie tlenu azotu, którego zadaniem jest rozszerzenie łożyska naczyniowego i zmniejszenie oporu obwodowego. Poza tym trening fizyczny zwiększa ukrwienie mięśnia sercowego i powoduje rozwój krążenia obocznego, wpływa również na reakcje neurohormonalne - szczególnie istotne jest zmniejszenie aktywności układu adrenergicznego. Pod wpływem odpowiednio dawkowanego treningu fizycznego obniża się ciśnienie tętnicze krwi, zarówno skurczowe, jak i rozkurczowe, obserwuje się również korzystny wpływ na gospodarkę lipidową, węglowodanową, umiarkowana aktywność ruchowa sprzyja również łagodzeniu wszelkich stanów nadpobudliwości nerwowej i stanów lękowych, a poprzez wydzielanie endorfin wpływa na poprawę nastroju.

Dieta

Hiperhomocysteinemia (stężenie homocysteiny w surowicy >16 mmol/l) zwiększa ryzyko udaru mózgu, ryzyko względne oceniane jest na 1,3-2,3. Wśród zaleceń dietetycznych na uwagę zasługuje dieta niskosodowa, z ograniczeniem spożycia węglowodanów oraz dieta hipolipemiczna ze zmniejszonym spożyciem nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu i odpowiednio dużym

⁷³ Rekomendacje Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, Profilaktyka wtórna udaru mózgu. Neurol. Neurochir. Poi. Supl. 6/2013.

spożyciem wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, białek i izoflawonów sojowych, steroli roślinnych i błonnika.

Leczenie hormonalne

Stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych zawierających duże dawki estradiolu zwiększa ryzyko udaru. Preparaty nowszej generacji zawierające małe dawki estradiolu prawdopodobnie nie wpływają na zachorowalność na udar mózgu, jednakże nie powinny być stosowane u kobiet z cukrzycą, migreną, po przebytych schorzeniach zakrzepowo-zatorowych. Również hormonalna terapia zastępcza związana jest ze zwiększonym ryzykiem udaru mózgu.⁷⁴

Do czynników niemodyfikowalnych, na które nie można wpłynąć poprzez żadne działania prewencyjne, zalicza się: wiek, płeć, rasę, obciążenie genetyczne, status socjoekonomiczny, przebyty uprzednio udar lub przemijające niedokrwienie mózgu (TIA-Transient Ischemic Attack). /

Wiek

Ryzyko udaru mózgu wzrasta wraz z wiekiem, szacuje się, że powyżej 55 roku życia ryzyko udaru mózgu podwaja się z każdą dekadą. Lefkovits i wsp. w analizie grupy 925 chorych po um stwierdza, że wiek miał znacząco niepomyślny wpływ na śmiertelność. Niezależnie od typu udaru prawdopodobieństwo zgonu wzrastało o $3 \pm 0,5\%$ na rok od 20 do 92 roku życia, podczas, gdy płeć nie miała wpływu na śmiertelność po udarze mózgu.

Płeć

Częstość występowania um jest znacząco wyższa u mężczyzn niż u kobiet. Stosunek ten wynosi odpowiednio 1,3/1,0. Jednak liczba udarów w starszym wieku (powyżej 65 roku życia) jest wyższa wśród kobiet. Zjawisko to jest najprawdopodobniej związane z dłuższą średnią życia kobiet. Z kolei śmiertelność w udarach mózgu jest dużo większa u kobiet niż mężczyzn - 2/1.

Rasa

Udar mózgu częściej występuje wśród osób rasy czarnej, prawdopodobnie przyczyną tego jest częstsze występowanie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz złe warunki socjalne.

Czynniki genetyczne

Badania ostatnich lat wykazały, że czynniki genetyczne odgrywają ważną rolę w etiologii um, jak również w znaczący sposób wpływają na przebieg kliniczny i rokowanie po udarze mózgu. Badania genetyczne wskazują na możliwość rodzinnego występowania udaru. Również dziedziczne występowanie w populacji ogólnej modyfikowalnych czynników ryzyka um, świadczy o roli czynników genetycznych w patogenezie udaru⁷⁵.

⁷⁴ Grochmal S., Zielińska-Charszewska S., Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego, PZWL, Warszawa 1986.

⁷⁵ Grochmal S., Zielińska-Charszewska S., Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego, PZWL, Warszawa 1986.

Zbadane i opisywane dotąd czynniki ryzyka udarów nie wyjaśniają do końca rozpowszechnienia tej choroby ani faktu, że udary nie występują u wszystkich osób, u których są obecne poznane czynniki ryzyka. Należy również pamiętać, iż współistnienie kilku czynników ryzyka w znacznym stopniu zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia udaru.

Podział ogólny skutków udaru

Ze względu na fakt, iż każda półkula mózgowa nadzoruje i kontroluje aktywność przeciwległej strony ciała, jakiegokolwiek uszkodzenie jednej strony mózgu

pociąga za sobą upośledzenie przeciwległej strony ciała. Dlatego też udar lewej strony mózgu oddziałuje na prawą stronę ciała i odwrotnie. Osoba, która doświadczyła udaru może napotykać następujące trudności⁷⁶:

- Utrata prawidłowo kontrolowanych zdolności ruchowych

Jedną z zasadniczych zmian, charakteryzujących wszystkich pacjentów po przebytych udarach, jest utrata prawidłowego napięcia mięśniowego po stronie ciała dotkniętej porażeniem. Zmiana prawidłowego napięcia mięśniowego uniemożliwia choremu wykonanie normalnych ruchów kontrolowanych. Napięcie mięśniowe może zostać zwiększone i/lub zmniejszone. Jeśli napięcie to wzrasta, mówimy o spastyczności lub hipertoniczności, jeśli natomiast maleje, wówczas mamy do czynienia ze zwiotczeniem bądź hipotonicznością. Utrata ruchów kontrolowanych ogranicza zdolność danej osoby do wykonywania codziennych czynności. Jeśli od samego początku nie wprowadzi się odpowiedniego leczenia, można doprowadzić do powstania innych powikłań wtórnych, wśród których wymienić należy m.in.: odleżyny, infekcje płucne lub zaparcia. W naczyniach żylnych kończyn dolnych mogą powstawać zakrzepy, które transportowane z krwią do płuc mogą spowodować zator tętnicy płucnej.

- Trudności w przełykaniu

Trudności w przełykaniu mogą wynikać z osłabienia mięśni twarzy, szczęki bądź języka. To z kolei wywołuje u pacjenta dyskomfort i może być przyczyną uczucia głodu.

- Nietrzymanie moczu i kału

U pacjentów dotkniętych udarem występuje powszechnie nietrzymanie moczu i kału. Stopniowo jednak pacjenci odzyskują kontrolę pęcherza i jelita grubego, w wyniku czego przywrócone zostaje zazwyczaj ich prawidłowe funkcjonowanie.

- Zaburzenia czucia

Uszkodzenie mózgu może spowodować nie tylko oczywistą niepełnosprawność fizyczną, ale także trudności percepcyjne oraz utratę zdolności rozróżniania czuciowego. W konsekwencji chory dotknięty udarem może mieć trudności ze stwierdzeniem, gdzie znajdują jego kończyny, czy też w jakiej pozycji

⁷⁶ Mazur R., Książkiewicz B., Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu .Diagnostyka i leczenie. [red. J. Majkowski], Warszawa 2008, ss. 29-32.

znajduje się aktualnie jego ciało, tzn. czy w danej chwili ma np. postawę wyprostowaną, czy też pochyloną.

Ponadto, w zależności od lokalizacji uszkodzenia, pacjent może odczuwać trudności związane z dotykiem, wzrokiem, słuchem, powonieniem, czy też równowagą. Zasadnicze problemy związane z czuciem pacjentów i utratą ich zdolności proprioceptywnych opisane zostały w rozdziale 18.4 pod koniec niniejszego poradnika.

– Problemy psychologiczne i emocjonalne

Osoba dotknięta udarem może odczuwać depresję, niepokój bądź też nagłe zmiany nastroju, towarzyszące procesowi przystosowywania się do zaistniałej sytuacji. Jest to raczej rodzaj naturalnej reakcji chorego na zmienione warunki, w których przyszło mu funkcjonować, niż bezpośredni skutek udaru.

– Problemy z rozumieniem

W przypadku omawianej grupy pacjentów upośledzeniu może również ulec pamięć, zdolność koncentracji oraz pojmowanie (postrzeganie) przestrzenne (np. w/poza).

– Społeczne konsekwencje udaru

W następstwie udaru może dojść do niewielkich, bądź istotnych zmian w relacjach pomiędzy chorym a członkami jego rodziny. Osoba dotknięta udarem może zacząć izolować się od swoich krewnych, jak i znajomych. Często też choroba danej osoby prowadzi do znacznego obniżenia dochodów finansowych jej rodziny.

W tej części pracy przystąpię do przedstawienia metodologii badań własnych chciałabym przytoczyć definicję „badania naukowego” jak i „procesu badawczego”.

Władysław Zaczyński podaje, że „badanie naukowe jest wieloetapowym procesem zróżnicowanych działań mających zapewnić nam obiektywne, dokładne i wyczerpujące poznanie obranego wycinka rzeczywistości kulturowej, społecznej i przyrodniczej”.⁷⁷ Natomiast W. Okoń podaje, że „(...) przez badanie naukowe rozumie się zazwyczaj ogół czynności i środków umożliwiających wzbogacenie wiedzy w danej dziedzinie rzeczywistości”.⁷⁸ Celem niniejszej pracy jest zbadanie wykorzystania różnych form aktywizacji i terapii zajęciowej u pacjentów po udarze mózgu..

Podstawowym warunkiem podejmowania wszelkich badań naukowych jest sformułowanie problemów, a często także wysunięcie hipotez roboczych, określających cel i zakres planowanych przedsięwzięć badawczych.

Współczesna metodologia badań przywiązuje dużą wagę do wstępnego etapu, który obejmuje postawienie i sformułowanie problemu. Pojęcie problemu jest różnie interpretowane przez metodologów i badaczy. Według W. Zaczyńskiego „w sytuacji problemowej mamy do czynienia z

⁷⁷ Zaczyński W., Praca badawcza nauczyciela, Warszawa 1997, s.9.

⁷⁸ Okoń W., Elementy dydaktyki szkoły wyższej. Warszawa 1971, s.338.

trudnością wynikającą z braku rozpoznania naukowego określonego wycinka rzeczywistości, w której wypadło nam działać.”⁷⁹

Po określeniu celów pracy bardzo ważne w procesie badawczym jest ustalenie problemów badawczych podporządkowanym tym cechom. Zdaniem S. Nowaka problem badawczy to „pewne pytanie lub zespół pytań na, które odpowiedzi ma dostarczyć badanie”⁸⁰.

J. Pięter traktuje problem badawczy jako „swoiste pytanie określające jakość i rozmiar pewnej niewiedzy (pewnego braku dotychczasowej wiedzy) oraz cel i granice pracy badawczej”⁸¹.

J. Sztumski stwierdza, że problemem badawczym nazywamy to, co jest przedmiotem wysiłków badawczych, czyli po prostu to, co orientuje nasze przedsięwzięcia poznawcze.⁸²

Problemem badawczym w mojej pracy jest odpowiedź na pytanie na czym polegała i jakich zasadach się opierała rehabilitacja i aktywizacja, a także terapia zajęciowa u pacjentów po udarze mózgu..

Hipotezą główną pracy jest założenie, iż pielęgnowanie profesjonalne w szczególności polega na zwróceniu uwagi na zalecany tryb życia, aktywność i metody rehabilitacji, profilaktyki, stosowanie udogodnień, przygotowanie rodziny do opieki nad chorym oraz wsparcie emocjonalne i informacyjne.

W psychologii i pedagogice spotykamy się z całkowitą swobodą w określaniu metod technik i narzędzi badawczych. Choć niejasności w tej mierze nie rozstrzygają o efektach naukowych badań to jednak w obrębie samej dyscypliny odbierają aparatowi pojęciowemu walor uniwersalności i prowadzą do nieporozumień. Zważywszy na fakt, że na gruncie metodologii ogólnej zawsze panował pojęciowy porządek to pedagogiczną swobodę w terminologii badawczej tłumaczyć można tylko młodym wiekiem naukowej aktywności pedagogów tego obszaru.

Metodą badań jest zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących całość postępowania badanego, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego. Drugim ważnym dla tej dziedziny pojęciem jest pojęcie techniki badań. Termin ten oznacza czynności praktyczne regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii i faktów.

Natomiast techniki badań są czynnościami określonymi przez dobór odpowiedniej metody i przez nią uwarunkowanymi. Czynności te w sensie logicznym są pojęciami podrzędnymi w stosunku do metody, a w sensie rzeczowym o znacznie węższym zakresie niż metoda. Technika badawcza ogranicza się do czynności pojedynczych lub pojedynczo jednorodnych. Metoda natomiast zawiera w sobie szereg

⁷⁹ Zaczyński W., Praca badawcza nauczyciela, PZWS, Warszawa 1997, s. 22.

⁸⁰ Nowak S., Metodologia badań socjologicznych, PWN Warszawa 1970 s.214

⁸¹ Pięter J., Ogólna metodologia pracy naukowej, Polska Akademia Nauk Wrocław - Warszawa - Kraków 1967 s.67

⁸² Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych, PWN, Warszawa 1984, s.28.

działań o różnym charakterze, zarówno koncepcyjnym jak i rzeczowym, zjednoczonych celem generalnym i ogólną koncepcją badań. Uzasadnienie zarówno takiego podziału pojęć jak i sposobu definiowania znajdzie czytelnik w cytowanej rozprawie Aleksandra Kamińskiego.

Aby zamknąć wstępną część ustaleń terminologicznych określić jeszcze wypada pojęcie narzędzia badawczego, które podobnie jak techniki z metodami bywa mylone z techniką badawczą. Otóż narzędzie badawcze jest przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badania. O ile technika badawcza ma znaczenie czasownikowe i oznacza czynność, np. obserwowanie, prowadzenie wywiadu, to narzędzie badawcze ma znaczenie rzeczownikowe i służy do technicznego gromadzenia danych z badań. W tym rozumieniu narzędziem badawczym będzie kwestionariusz wywiadu, magnetofon, arkusz obserwacyjny a nawet ołówek.

W mojej pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku, stosując technikę analizy dokumentów. Przed przystąpieniem do badań zaplanowałam najpierw metody i techniki badawcze jakimi chciałabym się posłużyć, aby zgromadzić materiały empiryczne.

W trakcie badań nie natrafiłam na wiele trudności, które uniemożliwiły mi zebranie niezbędnych informacji do pracy. Zebrane dane empiryczne umożliwiły mi udzielenie odpowiedzi na postawione wcześniej problemy i hipotezy badawcze.

Badania przeprowadzono na oddziale rehabilitacji w Tomaszowie Mazowieckim.

Niepokojące dane epidemiologiczne uzyskiwane w ostatnich dekadach XX wieku stały się przyczynkiem do zorganizowania spotkania zainicjowanego przez Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia przy współpracy z Europejską Federacją Towarzystw Neurologicznych, Europejską Radą Udarową, Międzynarodowym Towarzystwem Udarowym, Europejskim Stowarzyszeniem Fizjoterapeutów i Światową Organizacją Terapeutów Zajęciowych. Spotkanie, którego celem było ustalenie wspólnego stanowiska dotyczącego postępowania w udarze, odbyło się w dniach 8-10 listopada 1995 roku w Helsingborgu. Dokumentem, który podsumował obrady, była Deklaracja Helsingborgska, określająca cele zalecane do osiągnięcia w Europie w zakresie: organizacji opieki udarowej, leczenia udaru w ostrym okresie, oceny następstw udaru i jakości życia, rehabilitacji po udarze i profilaktyki wtórnej.

Według definicji WHO udar mózgu to najczęstszy neurologiczny zespół kliniczny (nie choroba). Obraz kliniczny dokonanego udaru mózgu różni się w zależności od patomechanizmu udaru, lokalizacji i rozległości ogniska, ogólnego stanu zdrowia chorego przed wystąpieniem udaru i od postępowania z chorym od wystąpienia pierwszych symptomów udaru. Dlatego stan kliniczny każdego chorego, jego obraz ogólny jest zawsze inny, stąd planowanie i przebieg rehabilitacji jest różny, a program rehabilitacji zawsze musi być indywidualizowany.

Istnieją jednak specyficzne cechy udaru niedokrwiennego, do których należą: nagły początek, manifestacja często w godzinach rannych, obecność zmieniających się deficytów neurologicznych (narastanie lub ustępowanie objawów) oraz ogniskowy bądź globalny charakter zaburzeń mózgowych. Do najczęstszych objawów ogniskowych należą porażenia lub niedowłady połowicze lub rzadko jednokończynowe, zaburzenia czucia, zaburzenia połykania, afazja, dyzartria, apraksja, zaburzenia w polu widzenia, zaburzenia schematu ciała, zaburzenia równowagi, ataksja. Do globalnych zaburzeń czynności mózgu zalicza się zaburzenia świadomości, do śpiączki włącznie, które mogą być spowodowane obrzękiem mózgu (ciasnota śródczaszkowa), ogniskiem w obrębie pnia mózgu, rozległymi ogniskami w obrębie półkul mózgowych lub znacznymi zaburzeniami hemodynamicznymi połączonymi ze spadkiem perfuzji naczyń mózgowych.

Udar krwotoczny przeważnie występuje w czasie aktywności człowieka połączonej z wysiłkiem fizycznym lub psychicznym (stresem), często pojawia się bez objawów wstępnych i może przebiegać w formie ostrej, podostrej lub przewlekłej⁸³.

Niedowład czuciowy dotyczy czucia powierzchniowego oraz głębokiego i przebiega inaczej u każdego pacjenta, tak więc wydzielenie charakterystycznych okresów jest niemożliwe. Rzadko obserwuje się czysty niedowład czuciowy lub ruchowy, a najczęściej mają one charakter mieszany.

Porażenie połowicze ruchowe, charakteryzuje się w swoim naturalnym przebiegu kilkoma fazami. W pierwszym okresie ma ono charakter wiotki, po czym stopniowo, często w miarę cofania się porażenia (pojawianie się ruchów globalnych - synergii lub ruchów izolowanych), narasta spastyczność do maksymalnego stopnia nasilenia (4 w skali Ashworth'a), aby następnie powoli obniżyć się aż do normalizacji napięcia mięśniowego. Ten typ naturalnego zdrowienia (ewolucji) opisała Brunnström i w zależności od ewolucji spastyczności oraz niedowładu podzieliła zdrowienie na sześć okresów (od 1. - porażenie i brak jakiegokolwiek napięcia mięśniowego, przez 3. - masywne synergie i maksymalną spastyczność, do 6. - stan zbliżony do prawidłowego). Proces ten może zatrzymać się w każdym okresie, stąd tak różny jest obraz niedowładów u każdego pacjenta.

Ciężkość udaru i jego manifestacja determinują potencjalną możliwość ruchów kończyny górnej i chodzenia. W różnych kombinacjach mogą występować szczątkowa, selektywna kontrola ruchu, spastyczność i odpowiednio ukształtowane reakcje mięśniowe. U pacjentów z ciężkim udarem albo w początkowym okresie można wywołać tylko odruchy, które jednak nie nadają się do wykorzystania funkcjonalnego. W dalszych okresach mogą pojawiać się reakcje prymitywne, ukształtowane wg określonego, prostego wzoru, które są zależne od woli pacjenta i są inicjowane wtedy, gdy pacjent chce wykonać ruch. Są to synergie ruchowe zależne od zakodowanego stereotypu, gdyż grupy mięśni, które biorą udział w ruchu ukształtowanym wg prostego wzoru i siła ich reakcji są takie same dla każdej

⁸³ Steiner T., Karls R., Zalecenia dotyczące postępowania w krwotokach wewnątrzczaszkowych, cz. I, Samoistny krwotok śródmózgowy. Neurologia po Dyplomie 2007.

próby, niezależnie od potrzeby. Wielu pacjentów ma tak słabą kontrolę zaangażowania poprzez te prymitywne modele, że mogą oni zainicjować ruch tylko wtedy, gdy faktycznie wykonują zadanie. Inni pacjenci mogą zainicjować ruch wyłącznie w pozycji leżącej na plecach. W kończynie dolnej, której reprezentacja korowa jest niewielka, w przeciwieństwie do kończyny górnej, wzorce prymitywne są dyskretne i proste, a większość pacjentów odzyskuje użyteczny sposób chodzenia. Mogą oni zainicjować wzór prostownikowy dla stania i chodzenia lub wzór zgięciowy dla prób chodzenia. Synergie ruchowe dla kończyny górnej utrudniają wykonywanie ruchów precyzyjnych, zwłaszcza jeżeli zostaną przez nieumiejętną kinezyterapię lub jej brak utrwalone. Ze względu na podwójne unerwienie korowe mięśni tułowia nie obserwuje się u chorych z udarem mózgu porażenia mięśni tułowia. Obserwowana często asymetria jest wtórna i zależy od niedowładów (porażień) w obrębie obręczy i kończyny górnej wolnej. Niedowład czuciowy dotyczy czucia powierzchniowego oraz głębokiego i przebiega inaczej u każdego pacjenta, tak więc wydzielenie charakterystycznych okresów jest niemożliwe. Rzadko obserwuje się czysty niedowład czuciowy lub ruchowy, a najczęściej mają one charakter mieszany.

Bardzo często do porażień połowicznych dołączają się powikłania w obrębie układu ruchu, wynikające z charakteru udaru i długotrwałego unieruchomienia lub zaniedbań pielęgnacyjnych w początkowym okresie choroby, takie jak: podwichnięcie w stawie barkowym, przykurczę w stawie łokciowym i w stawach ręki, przeprost w stawie kolanowym, końsko-szpotaawe ustawienie stopy, rotacja zewnętrzna całej kończyny dolnej. W konsekwencji ustala się u pacjenta po urn charakterystyczna sylwetka opisana przez Wernickego-Manna.

Występować też mogą trudne w leczeniu skostnienia okołostawowe (w udarze mózgu rzadko), lokalna-wtórna osteoporoza, zaniki mięśni pochodzenia ośrodkowego, co jest charakterystyczne dla lokalizacji ogniska w płacie ciemieniowym i zespoły bólowe. Częste też są powikłania ze strony innych układów (krążenia, moczowego, oddechowego, pokarmowego).

Zaburzenia funkcji poznawczych, a więc: mowy, pisanie, czytania, działania na liczbach, uwagi, spostrzegania, pamięci, myślenia, konstruowania i zespoły psychoorganiczne, znacznie utrudniają proces rehabilitacji, lub wręcz go uniemożliwiają. Dlatego niezbędne jest prowadzenie różnorodnych form terapii re-edukacyjnej, mającej na celu odbudowanie tych zaburzonych czynności. Powinno się tym chorym zapewnić profesjonalną psychoterapię przeciwdziałającą depresji oraz postawom negatywistycznym i rezygnacyjnym, które poważnie zmniejszają szansę na sukces w procesie rewalidacji.

Następstwa udaru, problemy związane z rehabilitacją - planowanie i przebieg, dokumentowanie efektów, zaopatrzenie ortopedyczne, epikryzy i zalecenia przedstawiono na przykładzie kilku pacjentów w różnym okresie od wystąpienia udaru. Przytoczono też stosowane metody oceny stanu pacjenta i efektów prowadzonej rehabilitacji. Przypadki tych pacjentów ukazują różnorodność problemów,

najczęściej pojawiających się przy planowaniu, prowadzeniu i dokumentowaniu efektów rehabilitacji. Nie jest to w żadnym przypadku opis szczególnych (kazuistycznych) pacjentów.

Przyjęty z oddziału neurologii 35 dni po leczeniu neurochirurgicznym, z rozpoznaniem: zawał lewej półkuli mózgu, stan po krwawieniu podpajęczynówkowym i zaklipsowaniu tętniaka tętnicy środkowej mózgu lewej, niedowład połowiczny prawostronny.

KT-angio głowy z kontrastem, w pierwszej dobie: workowaty tętniak (10 x 9x8 mm) w miejscu podziału tętnicy środkowej mózgu lewej, skierowany bocznie i do przodu, poza tym bez zmian. KT głowy podstawowe - badanie kontrolne: stan po zaklipsowaniu tętniaka tętnicy środkowej mózgu lewej. W okolicy skroniowo-czołowej lewej, a także w strefach głębokich bryłowaty obszar hypodensyjny o charakterze zmian naczyniowo-pochodnych - niedokrwienych, obszar ten widoczny jest od warstw przypodstawnych po nadkomorowe. Świeżo wynaczyniona krew w rowkach zakrętów po stronie lewej oraz przy sierpie po stronie prawej. Cechy spęczenia lewej półkuli mózgu. Układ komorowy nadnamiotowy nieposzerzony, przemieszczony na stronę prawą o około 4 mm, komora boczna lewa uciśnięta. Komora IV prawidłowa.⁸⁴

Badania laboratoryjne: OB 90/98, morfologia krwi: w granicach prawidłowych, poziomy elektrolitów (Na, K, Cl), glikemia, mocznik, cholesterol całkowity, kwas moczowy - prawidłowe, fibrynogen nieznacznie podwyższony. Badanie ogólne moczu: wynik nieprawidłowy świadczący o zmianach zapalnych w drogach moczowych.

EKG: rytm zatokowy miarowy 80/min, lewogram - zapis w normie.

Program rehabilitacji: gimnastyka poranna indywidualna, ćw. oddechowe, ćw. czynne kończyn prawych, trening rowerowy w łóżku, ćwiczenia naczyniowe kończyn dolnych, masaż ręczny kończyny górnej prawej, ćw. bierne kgl prawej, etapowa pionizacja, elektrostymulacja prostowników kgp i masaż pneumatyczny. Edukacja rodziny i pacjenta, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i nauka posługiwania się tym sprzętem.

Epikryza: Pacjent 55-letni po SAH i operacji tętniaka tętnicy środkowej mózgu lewej z następowym udarem niedokrwienym lewej półkuli mózgu (po zaklipsowaniu tętniaka). Przy przyjęciu krążeniowe i oddechowo wydolny, leżący, porażenie kończyn prawych, dodatni objaw Babińskiego po stronie prawej, afazja, zaburzenia osobowości i zachowania. Całkowicie zależny od otoczenia, wymaga stałej pielęgnacji. W wyniku zastosowanej kompleksowej indywidualnej rehabilitacji (28 dni) dostosowanej do wydolności pacjenta, uzyskano zdolność do przyjmowania pozycji pionowej, poprawę siły i ruchomości kończyn prawych, poprawę w zakresie samoobsługi. Przy wypisywaniu z oddziału: przejdzie krótki odcinek z trójnogiem i z pomocą drugiej osoby, kończyna górna - pojawił się ślad ruchu dowolnego i zależne od woli napięcie mięśni zginaczy przedramienia. W stanie ogólnym dobrym

⁸⁴ Nowik M., Drechsler H., Nowacki P., Destabilizacja blaszki miażdżycowej a udar niedokrwienny mózgu — rola czynników zapalnych i immunologicznych. Implikacje praktyczne. *Neurol Neurochir Poi* 2014, 38, 3, 209-214.

wypisany do domu z zaleceniami: kontynuacja wyuczonych ćwiczeń w domu, okresowa kontrola u lekarza rodzinnego i w poradni rehabilitacyjnej, farmakoterapia wg zaleceń, zaopatrzenie ortopedyczne: temblak, trójnóg, łuska DAFO.

Ocena w skalach:	Przy przyjęciu	Przy wypisie
Brunnstrom	kgp: 1,0 ręka prawa: 1,0 kdp: 3,0	kgp: 1,5, ręka prawa: 1,5, kdp: 3 0
Ashworth'a	kgp : 0, ręka prawa: 0, kdp: 0	kgp: 0, ręka prawa: 1, kdp: 1
Barthel	1	7
Rankina	5	4

Wniosek: u pacjenta w średnim wieku, w pełni zależnego od otoczenia w ciągu kilku tygodni wczesnej, intensywnej rehabilitacji uzyskano wymierną poprawę, wpływającą na jakość życia i prognozę.

Przypadek 2. Pacjentka K.W., lat 70.

Przebywała w oddziale rehabilitacji 21 dni. Skierowana przez lekarza z rozpoznaniem: niedowład połowiczny lewostronny po zawale mózgu sprzed 5 lat, stan po dwukrotnym zawale mięśnia sercowego, stan po pomostowaniu naczyń wieńcowych, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa.

Badania dodatkowe: masa ciała 91 kg, BMI 34. Wskaźnik symetryczności obciążenia kończyn dolnych 1,45 (nieprawidłowy).

Morfologia krwi: w granicach normy, poziomy elektrolitów (Na, K, Cl) w normie, poziom mocznika - norma, bilirubina nieznacznie podwyższona, poziom białka w surowicy w normie, transaminazy w surowicy krwi, cholesterol całkowity, HDL (28% cholesterolu całkowitego), LDL, TG - w granicach normy. Profil dobowy glikemli: poza podwyższonym poziomem rano, w granicach normy, fibrynogen górna granica normy. Mocz: wynik w granicach normy. EKG: rytm zatokowy miarowy 75/min, lewogram patologiczny, ujemny załamek T w I, aVL, V6. QS w V1-V5. USG jamy brzusznej: w uwidocznionym zakresie w normie. Nerki bez cech zastoju moczu, bez złożeń. Pęcherz moczowy słabo wypełniony.

Program rehabilitacji: gimnastyka poranna grupowa, ćw., ćw. czynne prowadzone 4 kończyn, indywidualna korekcja chodu, trening rowerowy w łóżku, ćw, bloczkowe kończyn górnych, ćw. w grupie nadgarstków, ćw. czynne mięśni dna miednicy, ćw. naczyniowe kd, ćw. na platformie tensometrycznej, masaż ręczny grzbietu i obręczy barkowej, pole magnetyczne (magnetronik) na kolano lewe, laser na odcinek szyjny kręgosłupa. Edukacja pacjentki i rodziny odnośnie diety i ćwiczeń w domu.

Epikryza: Pacjentka 70-letnia z niedowładem piramidowym lewostronnym po udarze niedokrwiennym mózgu przed 5 laty, dwukrotnym zawale mięśnia sercowego i CABG 12 lat wcześniej, z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2, zmianami zwyrodnieniowymi stawów w wywiadzie. W trakcie pobytu prowadzono szeroki, kompleksowy program rehabilitacji, dostosowany do wydolności chorej i uzyskano zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawę w zakresie samoobsługi oraz ogólnej sprawności fizycznej. Pacjentka porusza się samodzielnie, kontroluje funkcję zwieraczy, wymaga niewielkiej pomocy osób drugich w czynnościach codziennych. Wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami: kontynuowanie wyuczonych ćwiczeń, systematycznej kontroli glikemii i parametrów ciśnienia tętniczego w poradni rejonowej, okresowej kontroli w poradni neurologicznej i kardiologicznej, farmakoterapia (Rp.).

Ocena w stosowanych skalach:	Przy przyjęciu	Przy wypisie
BmnnstrOm	kgl 3,0 ręka 4,0 kdl 4,0	kgl 3,0 ręka 4,0 kdl 4,0
Ashworth'a	kgl 0 ręka, kdl 1	kgl 0 ręka 0 kdl 1
Barthel (BI)	18	20
Rankina	4	3

Wniosek: nawet w późnym okresie od wystąpienia udaru można uzyskać wymierną poprawę stanu pacjenta.

Przypadek 3. Pacjent Z.B., lat 58.

Przebywał w oddziale neurologii z powodu świeżego udaru mózgu 14 dni, przekazany do oddziału rehabilitacji, w którym przebywał 21 dni.

Rozpoznanie: stan po zawale prawej półkuli mózgu, niedowład połowiczny lewostronny, nadciśnienie tętnicze.

Badania dodatkowe:

masa ciała - 82 kg RR-130/80 mm HG, OB - 50/65

morfologia krwi, jonogram, glikemia, mocznik - prawidłowe. EKG: RZM 65/min, normogram, zapis w granicach normy.

Program rehabilitacji: gimnastyka poranna, ćw. oddechowe, ćw. czynne kkp, ćw. prowadzone kkl, trening rowerowy w łóżku, ćw. bierne kgl, ćw. na platformie tensometrycznej, ćw. maniulacyjne w grupie nadgarstków, ćw. naczyniowe kkd, masaż ręczny kkl, drenaż ułożeniowy kgl., terapia zajęciowa.

Epikryza: Pacjent 58-letni z niedowładem lewostronnym po udarze niedokrwiennym mózgu, przekazany z oddziału neurologii. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze. W trakcie pobytu w oddziale

realizował indywidualny, kompleksowy program rehabilitacji i uzyskał wzmocnienie siły mięśni niedowładnych kończyn, poprawę w zakresie samoobsługi. Chodzi samodzielnie. Wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym.

Zalecenia: kontynuacja rehabilitacji, kontrola i leczenie nadciśnienia, wystawiono wniosek na leczenie sanatoryjne w szpitalu uzdrowiskowym, farmakoterapia.

Wniosek: wczesna, intensywna rehabilitacja radykalnie korzystnie wpłynęła na stan pacjenta i jakość życia (niezależny od otoczenia).

Przypadek 4. Pacjent I.E., lat 69.

Pacjent z niedowładem połowicznym, piramidowym prawostronnym przekazany bezpośrednio z oddziału neurologii do rehabilitacji. Rozpoznanie: Krwiak lewej półkuli mózgu, stan po zawale lewej półkuli mózgu, porażenie połowicze prawostronne, migotanie przedsionków utrwalone, nadciśnienie tętnicze. Przebył 40 dni wcześniej udar krwotoczny (krwiak śródmiąższowy w lewej półkuli mózgu z przebiegiem do komór mózgowych). Czynniki ryzyka: udar niedokrwienny mózgu (okolica czołowo-ciemieniowa lewa) przebyty półtora roku wcześniej, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, utrwalone migotanie przedsionków, otyłość.

Podstawowe badania laboratoryjne: badanie ogólne moczu, morfologia krwi, lipidogram, poziom elektrolitów i glikemia - w normie. EKG: akcja serca nie-miarowa około 66/min, migotanie przedsionków.

Program rehabilitacji: gimnastyka poranna indywidualna, ćw. oddechowe, drenaż ułożeniowy kończyn prawych, ćw. czynne kończyn lewych i ćw. bierne kończyn prawych, etapowa pionizacja, ćw. naczyniowe kończyn dolnych, masaż ręczny prawych kończyn, terapia mowy. Edukacja rodziny.

Zaopatrzenie ortopedyczne: łuska dla kpg i temblak, łuska goleniowa, wózek pokojowy inwalidzki.

- Kontakt słowny 1,5 (głęboka afazja mieszana z przewagą ruchowej)
- Stan psychiczny 2,0
- Czynność zwieraczy 1,0

Czucie powierzchniowe i głębokie oraz pole widzenia: nie do zbadania ze względu na stan psychiczny pacjenta i afazję

- Sprawność funkcjonalna: 2,0

Epikryza: W wyniku 4-tygodniowej rehabilitacji uzyskano poprawę ogólnej wydolności układu krążenia i układu oddechowego, pacjent przystosowany do biernego korzystania z wózka inwalidzkiego i wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego. Uzyskana niewielka poprawa (w stosowanych skalach oceny) ułatwia jednak rodzinie dalszą opiekę nad pacjentem i prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych, a dla samego pacjenta możliwość nawet biernego korzystania z wózka inwalidzkiego wyraźnie wpływa na poprawę jakości życia.

Przypadek 5. Pacjentka: A.W. lat 81.

Przebywała w oddziale neurologii 23 dni, w oddziale rehabilitacji 28 dni po bezpośrednim przekazaniu z rozpoznaniem: niedowład połowiczny po zawale prawej półkuli mózgu, nadciśnienie tętnicze, utrwalone migotanie przedsionków.

Badania w oddziale rehabilitacji: RR 130/90, masa ciała 60 kg,

OB 70/90, morfologia krwi prawidłowa, glukoza 126 mg/dl, mocznik 22 mg/dl, bilirubina 0,7 mg/dl, lipidogram: cholesterol całkowity- 120 mg/dl, HDL - 44 mg/dl (37% cholesterolu całkowitego), LDL - 58 mg/dl, TG - 86 mg/dl. Badanie ogólne moczu: prawidłowy.

EKG: RZM. Lewogram. Migotanie przedsionków z akcją skurczową komór serca o częstości 80-150/min.

RTG klatki piersiowej: pola płucne bez zmian ogniskowych. Przepona i kąty wolne. Sylwetka serca nieocenialna ze względu na pozycję leżącą. Aorta skle-rotyczna.

KT głowy - podstawowe: w obrębie prawej półkuli mózgu (okolica czołowo--ciemieniowa) bryłowaty obszar hypodensji, bez wzmocnienia kontrastowego, z zaznaczonym efektem masy, wygładzenie rowków zakrętów. Innych zmian ogniskowych nie stwierdza się. Układ komorowy nadnamiotowy bez przemieszczeń w linii środkowej, komora boczna prawa uciskana i modelowana przez ww. zmianę. Komora IV i struktury tylna-jamowe prawidłowe. Wnioski KT: zmiana naczynio-pochodna, niedokrwienność prawej półkuli mózgu.

Program rehabilitacji: gimnastyka poranna, ćw. oddechowe, ćw. czynne kończyn prawych, pionizacja etapowa, trening rowerowy, ćw. bierne kończyn lewych, ćw. naczyniowe kończyn dolnych, masaż pneumatyczny kgl, drenaż ułożeniowy kgl.

Farmakoterapia.

Epikryza: Pacjentka 81-letnia po udarze niedokrwiennością mózgu z masywnym niedowładem połowicznym lewostronnym przekazana z oddziału neurologii. W wywiadzie migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze.

W trakcie pobytu pacjentka realizowała indywidualny program rehabilitacji dostosowany do wydolności krążeniowo-oddechowej, uzyskała wzmocnienie siły mięśni niedowładnych kończyn, oraz nieznaczną poprawę w samoobsłudze. Przy wypisie pacjentka przystosowana do biernego korzystania z wózka inwalidzkiego, wymaga stałej opieki.

Funkcje terapii zajęciowej w usprawnianiu chorego

Terapia zajęciowa stanowi pośrednie, niezmiernie ważne ogniwo między swoistymi zabiegami leczniczymi, a prawidłową aktywnością i pracą zawodową. Wykorzystując naturalną zdolność organizmu do kompensacji ubytku funkcji jest najbardziej fizjologicznym sposobem reedukacji. Terapia zajęciowa może stanowić dla pacjenta atrakcyjniejszą formę kinezyterapii przez większe zaangażowanie psychiczne, co ma szczególne znaczenie u pacjentów przewlekle chorych i wymagających długotrwałego procesu rehabilitacji. Ma ona przewagę nad innymi metodami kinezyterapii, ponieważ stawia przed chorym konkretny cel wykonania określonej pracy. Wykonanie podjętej pracy daje pa-

pacjentowi świadomość jego możliwości i przydatności w społeczeństwie, dzięki czemu przywraca mu dobrostan psychiczny. Ze względu na skupienie uwagi przy wykonaniu danej pracy pacjent zapomina o zmęczeniu a nawet o bólu i jest zdolny wykonać więcej ruchów usprawniających niż na sali gimnastycznej. Powtarzany stale ruch jest najlepszym sposobem reedukacji i automatyzacji. Utrwala się przez to cały model ruchów w układzie nerwowo-mięśniowym. Powstaje szereg odruchów łańcuchowych, co w sumie wpływa na opóźnienie występowania zmęczenia, skrócenie czasu reakcji, zwiększenie koordynacji ruchowej.

Zajęcia z pacjentem zaczynają jeszcze w sali chorych w postaci tzw. terapii przyłóżkowej, wraz z poprawą stanu zdrowia pacjenta kontynuuje się zajęcia w pracowni terapii zajęciowej.

Obszary wchodzące w zakres oceny oraz leczenia (nauczania) w ramach terapii zajęciowej są bardzo obszerne i należą do nich:

- pielęgnacja z higieną jamy ustnej,
- kąpiel, natrysk,
- higiena i obsługa w toalecie,
- ubieranie się,
- spożywanie posiłków,
- funkcjonalna komunikacja,
- funkcjonalna i społeczna aktywność,
- zdolność do korzystania z lekarstw,
- reakcja na zagrożenie, nagły wypadek,
- korzystanie z wolnego czasu,
- utrzymywanie domu, zarządzanie finansami, opieka nad innymi,
- percepcja: wzrokowa i pole widzenia, apraksja,
- doskonalenie czucia,
- poprawa zakresu ruchu, kontrola ruchowa i równowaga, koordynacja ruchowa,
- uwaga, rozwiązywanie problemów, osądzenie,
- umiejętności psychospołeczne,
- pokonywanie trudności, wykorzystywanie czasu,
- umiejętności interpersonalne.

Główny nacisk kładzie się na jak największe usamodzielnienie się pacjenta w zakresie czynności dnia codziennego, pomimo istniejącej dysfunkcji narządu ruchu, a w niektórych przypadkach wyrobienie czynności zastępczych. W zależności od stopnia utraty czucia i ruchu w danej połowie ciała chory po udarze mózgu staje się pod względem funkcjonowania jednoręcznym. Terapeuta powinien zdecydować czy uczyć kompensacyjnych jednoręcznych technik i/lub zastosować urządzenia pomocnicze, aby wykonywać czynności przydatne w codziennym życiu. Są

dostępne urządzenia, pozwalające na wykonywanie czynności, które wykonywane są zwykle dwuręcznie, tylko z wykorzystaniem jednej kończyny. Są to urządzenia do cięcia mięsa, chleba, jarzyn, otwierania pojemników, pielęgnacji paznokci, stabilizowania wielu przedmiotów, takich jak: przybory do haftowania, wyszywania, malowania, karty do gry, gry towarzyskie, telefony itp. Terapia zajęciowa spełnia trzy główne cele: psychiczny, terapeutyczny (lecniczy, funkcjonalny) i w preorientacji zawodowej, dlatego planując proces rehabilitacji należy pamiętać o jej wielkiej przydatności na każdym etapie.

Udar mózgu jest dramatem dla chorego i jego rodziny powodującym radykalną zmianę funkcjonowania i warunków życia chorego. Niezależnie od ciągle dużej śmiertelności udar mózgu jest też główną przyczyną niesprawności w naszym społeczeństwie. Nie do przecenienia jest zatem szybkie kompleksowe postępowanie lecznicze z uwzględnieniem wczesnej rehabilitacji i doskonałej pielęgnacji, a w tym znaczenie metod psychoterapii podtrzymującej, relaksującej oraz psychoredukacji. Od stanu psychicznego chorego, od jego świadomej, aktywnej, umotywowanej postawy w znacznym stopniu zależą efekty rehabilitacji. W tym procesie ważny jest życzliwy, pełen zrozumienia stosunek do chorego całego personelu leczącego. Dobre, ludzkie podejście i zainteresowanie problemami pacjenta może więcej zdziałać niż najlepszy lek, czy nowoczesny aparat. Należy pacjentom z udarem mózgu zapewnić profesjonalną psychoterapię przeciwdziałającą depresji oraz postawom

negatywistycznym, które poważnie zmniejszają szansę na sukces w procesie rewalidacji.

Cele kompleksowej rehabilitacji (przyłóżkowej) w ostrym okresie udaru mózgu, w oddziale neurologii, pododdziale udarowym lub w każdym innym oddziale, do którego trafi chory, to:

- zmniejszenie śmiertelności w pierwszym miesiącu od zachorowania, poprzez profilaktykę groźnych dla życia powikłań;
- profilaktyka powikłań, które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia, ale wpływają na dalsze losy chorych i jakość życia;
- zmniejszenie stopnia niepełnosprawności chorych, którzy przeżyli okres ostry;
- poprawa jakości życia osób, które przeżyły um;
- wpływanie na stan psychiczny chorego oraz motywowanie do aktywności i współpracę w leczeniu;
- zmniejszenie bezpośrednich i pośrednich kosztów związanych z udarem;
- wczesna edukacja chorego i jego rodziny.

Jak najwcześniejsze wprowadzenie rehabilitacji w proces leczenia chorego z um odgrywa decydującą rolę i wpływa na uzyskiwane efekty. Często wczesne jej prowadzenie jest ważniejsze od prowadzonej później wieloletniej nawet rehabilitacji, chociaż nie znaczy to, że nie należy rehabilitacji kontynuować.

Ważną rolę spełnia wyposażenie oddziałów neurologicznych w podstawowy, niezbędny do usprawniania sprzęt, który równocześnie ułatwia pielęgnację chorego. Jest to łóżko z równym, łamanym leżem, z możliwością stawiania całego łóżka (pionizowanie) i regulowaną wysokością, dostępne z trzech stron dla personelu i wyposażone w poręcze, drabinki - lejce oraz zestaw wałków, klinów, worków z piaskiem i szyn ułatwiających terapię ułożeniową.

W każdym oddziale powinny być dostępne w każdej chwili haski i szyny dla kończyn górnych i dolnych, podwieszki, temblaki, podciąg i wózki pokojowe, wózki sedesy jak też zestaw kuł, lasek i przyrządów pomocniczych dla nauki samoobsługi w ramach terapii zajęciowej przyłózkowej. Zgodnie z obowiązującymi przepisami sale chorych i wszystkie pomieszczenia w oddziale powinny być dostępne i przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych.

W oddziale (klinice, ośrodku) neurologii prawidłową diagnostykę, leczenie i rehabilitację chorego zapewnia zespół, w skład którego wchodzi:

- lekarz specjalista neurolog,
- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej,
- zespół lekarzy specjalistów-konsultantów (internista, kardiolog, psychiatra, radiolog, chirurg naczyniowy, neurochirurg, urolog),
- zespół pielęgniarski,
- zespół fizjoterapeutów,
- psycholog (neuropsycholog),
- logopeda,
- terapeuta zajęciowy.

W zespole tym nie można pominąć specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, gdyż tylko on może prawidłowo programować i nadzorować proces rehabilitacji, oczywiście w ścisłej współpracy ze specjalistą neurologiem i całym zespołem. Znaczenie kluczowe fizjoterapeuty nie podlega dyskusji, ale nigdy nie może on przejąć roli lekarza specjalisty w rehabilitacji medycznej. Prawidłowa pielęgnacja chorego ma decydujący wpływ na dalszy przebieg rehabilitacji. W zakres czynności pielęgniarki w początkowym okresie udaru poza zwykłymi obowiązkami (dbałość o czystość ciała chorego, drożność dróg oddechowych, czy karmienie), wchodzi również prawidłowe ułożenie chorego zapobiegające odleżynom i przykurczom. Pielęgniarka powinna też, w godzinach nieobecności fizjoterapeuty, wykonywać podstawowe, ustalone wcześniej, ćwiczenia, przede wszystkim oddechowe. Najlepsze do pielęgnacji jest płaskie, równe łóżko wyposażone w materac przeciwoleżynowy, z łamanym leżem i z możliwością regulowania wysokości.

Obracanie chorego połączone ze zmianą pozycji wykonywane jest co 2-3 godziny z uwzględnieniem ułożenia na plecach, na „zdrowym” i na „chorym” boku oraz na brzuchu. W celu utrzymania odpowiednich pozycji stosuje się dodatkowe poduszki, wałki, woreczki z piaskiem i różnego kształtu

podkładki. Ważne znaczenie ma też takie ustawienie łóżka, aby stół przyłóżkowy i dostęp do pacjenta zawsze miał miejsce (poza konieczną pielęgnacją) od strony niedowładnej (porażonej). Wyjątek stanowią pacjenci z rozpoznaniem tzw. „zespołem odpychania”, u których bardziej wskazane jest prowadzenie ćwiczeń i kontakt fizyczny od strony niedowładnej.

W torebkowym porażeniu połowicznym chory leżący trzyma kończynę górną przywiedzioną i zgiętą w stawie łokciowym, przedramię w lekkim nawróceniu, nadgarstek i palce łącznie z kciukiem zgięte. Kończyna dolna jest zwykle lekko zgięta w stawie biodrowym i kolanowym przywiedzioną i z niewielką rotacją na zewnątrz, stopa zgięta w kierunku podeszwowym i odwrócona. Pozostawienie porażonych kończyn w tak niekorzystnym ułożeniu, w początkowym okresie porażenia wiotkiego, przy zniesionej albo ograniczonej ruchomości w stawach i zaburzonej regulacji napięcia mięśni prowadzi nieraz w ciągu kilku dni do trwałego rozciągnięcia bądź skrócenia niektórych grup mięśni i zeszywnień stawowych. Ułożenie pośrednie zapewniające równowagę iner-wacyjną wszystkich grup mięśniowych najlepiej sprzyja rozluźnieniu mięśni wykazujących skłonność do przykurczów, zmniejsza narastanie spastyczności i stanowi dogodną pozycję wyjściową do ruchów biernych stanowiących początki reedukacji czynności ruchowych. Kończynę górną układa się z odwiedzionym ramieniem (65-90 stopni) i odwróconym przedramieniem, wykorzystując specjalne poduszki, a w razie potrzeby ortezę czasową, np. łuskę, przy przedłużającym się obniżonym napięciu mięśni, podparcie pod łopatką, a w późniejszym okresie zawsze temblak, co ma podstawowe znaczenie w profilaktyce podwichnięcia w stawie barkowym i uszkodzenia stożka rotatorów. Nadgarstek powinien być ustabilizowany w lekkim zgięciu grzbietowym, palce również w zgięciu, kciuk w przeciwstawieniu umożliwiającym trzymanie w ręce niewielkiego wałka, piłeczki.

Kończynę dolną układa się w ułożeniu wyprostowanym, nieznacznie zgiętą w stawie kolanowym (około 5 stopni) i skręconą lekko na zewnątrz. Stopę podpira się pod kątem prostym i zabezpiecza przed uciskiem kołdry za pomocą poduszek, łusek, worków z piaskiem. Korzystne jest podłożenie specjalnych podkładek, lub futrzanych poduszek pod części ciała najbardziej narażone na ucisk (pięty, kość krzyżowa, potylicy, łokcie). W okresie początkowym, wiotkiego- niedowładności kończyn, ułożenie ich w pośredniej pozycji nie nastręcza większych trudności. Nie należy pociągać za porażone kończyny przy obracaniu i układaniu pacjenta.

We wczesnej fazie leczenia udaru mózgowego zabiegi rehabilitacyjne ściśle łączą się z intensywną opieką lekarską i pielęgnarską i mają na celu ograniczenie powstawania nieprawidłowych stereotypów ruchowych, tzw. „zespołu nie-używania” oraz przeciwdziałanie groźnym powikłaniom ogólnoustrojowym (odoskrzelowe zapalenie płuc, zaburzenia połykania, zakażenia dróg moczowych, odleżyny, przykurczę, zakrzepica żył głębokich). Do najbardziej podstawowych działań zalicza się:

- szybkie uruchamianie i stawianie pacjenta, odwracanie, pozycje drenażowe, zwłaszcza niedowładnych (porażonych) kończyn, ćwiczenia naczyniowe, zakaz iniekcji do kończyn

niedowładnych oraz pończochy ze stopniowanym uciskiem, które zapobiegają groźnym, nawet dla życia, powikłaniom zakrzepowo-zatorowym;

- utrzymanie drożności dróg oddechowych oraz wyrównanie zaburzeń krążenia stanowią powód szczególnej troski. Niektórzy chorzy wskutek niedowładu mięśni gardła i krtani mogą mieć trudności w połykaniu pokarmu i śluzowej wydzieliny z dróg oddechowych, toteż wymagają dla uchronienia ich przed zachłyśnięciem i wtórnym odoskrzelowym zapaleniem płuc, częstego odsysania śluzu oraz dużej ostrożności przy karmieniu;
- jak najwcześniejsza diagnostyka zaburzeń mowy i połykania oraz wynikające z niej, dostosowane do możliwości pacjenta, odżywianie (doustne, dożylnie, sondą żołądkową lub metodą gastrostomii przezskórnej) i utrzymanie równowagi kwasowo-zasadowej, zapobiegają powikłaniom oskrzelowo-płucnym, a z drugiej strony umożliwiają prawidłowe odżywianie, podawanie leków i profilaktykę niedoboru niezbędnych składników pokarmowych; -profilaktyka powikłań płucnych obejmuje też ćwiczenia oddechowe wykonywane kilka razy dziennie, częstą zmianę pozycji oraz pozycje drenażowe płatów, a nawet segmentów płucnych. U pacjentów pozostających w stanie ciężkim powinna być wykonywana bierna gimnastyka oddechowa, jednak należy unikać wzmożonej pracy tłoczni brzusznej zwłaszcza u pacjentów po krwotokach mózgowych i unikać nadmiernej wentylacji u chorych z epizodami drgawkowymi. W ćwiczeniach oddechowych pomocne mogą być, obok tradycyjnie stosowanych dostępnych pomocy (butelka z wodą i rurką, wacik, kartka papieru), proste i niedrogie jednorazowe aparaty do ćwiczeń oddechowych.

W ostrym okresie udaru ważne jest również regularne opróżnianie pęcherza moczowego albo przez kilkakrotne w ciągu doby cewnikowanie w warunkach pełnej sterylności, lub w razie konieczności założenie cewnika na stałe, jednak w tym przypadku należy bezwzględnie prowadzić ćwiczenia pęcherza moczowego poprzez zaciskanie cewnika, kilka razy w ciągu doby. Należy też co kilka dni próbować uwolnić chorego od cewnika i dodatkowo prowadzić, na ile jest to możliwe ćwiczenia mięśni dna miednicy i tłoczni brzusznej. Większość chorych odzyskuje szybko kontrolę nad pęcherzem moczowym z chwilą rozpoczęcia pionizacji i nauki chodzenia. W przypadku dość często występujących infekcji dróg moczowych należy wykonać posiew moczu z antybiogramem i prowadzić farmakoterapię celowaną (wg antybiogramu).

Chorzy w dobrym stanie ogólnym, po wykonaniu niezbędnych badań diagnostycznych powinni być uruchamiani, łącznie ze wstawianiem z łóżka już od drugiej, a nawet pierwszej doby. Usprawnianie zawsze powinno być rozpoczynane od nawiązania jak najlepszego - na ile to możliwe - kontaktu z pacjentem, cierpliwego i dostosowanego do jego możliwości poznawczych podawania komend oraz komentowania wykonywanych ćwiczeń, ich znaczenia i konieczności.

Okres wczesnej rehabilitacji wiąże się z obniżonym napięciem mięśniowym, celowe więc jest stałe pobudzanie aktywności ruchowej kończyn zdrowych, utrzymanie pełnego zakresu ruchów w

kończynach porażonych oraz stosowanie ułożeń ciała, zapobiegających w późniejszym okresie, niekorzystnemu rozwojowi nadmiernej spastyczności. W tym okresie należy stosować stymulację proprioceptywną

i eksteroceptywną poprzez częste, niemęczące pacjenta ćwiczenia fizyczne oraz wibracje mechaniczne. Wczesne uruchamianie, ćwiczenia bierne i czynne ze wspomaganie prowadzone w pełnym zakresie ruchów oraz etapowe pionizowanie zapewniają stymulację proprioceptywną. W stymulacji eksteroceptywnej wykorzystuje się oklepywanie mięśni spastycznych krótkimi, szybkimi ruchami (tapping), szczotkowanie odpowiadających mięśniom spastycznym dermatomów oraz delikatny masaż ogólny i segmentarny. W okresie obniżonego napięcia mięśni stosuje się masaż pobudzający ogólną trofikę mięśni i aferencję eksteroceptywną. Dobre efekty daje masaż w formie głaskania, zwłaszcza pomiędzy 5 a 10 dniem po udarze. Istotne jest stosowanie wybranych elementów niektórych metod kinezyterapeutycznych wpływających na prawidłową ewolucję napięcia mięśniowego. Takie postępowanie powoduje zmęczenie mięśni spastycznych, co prowadzi do deficytu energetycznego i neuroprzekaźników, oraz stymuluje mięśnie antagonistyczne, przez co uzyskuje się krótkotrwałe obniżenie spastyczności. Równocześnie zapobiega się przez to utrzymywaniu się zespołu zaniedbywania połowiczego, a w następstwie objawu nieużywania kończyn pomimo zachowanego w nich czucia i siły. W dalszej kolejności ćwiczy się ruchy bierne po stronie „chorej”, następnie ruchy bierno-czynne, wspomagane, oporowe, wykorzystując różne techniki stymulacji nerwowo-mięśniowej, zarówno o charakterze torującym jak hamującym. U chorych z bezwładem układanie na brzuchu z kończyną górną ułożoną przed głową, podparcie stopy w leżeniu na wznak ma na celu torowanie synkinezy wyprostnej dla kończyny dolnej i zgięciowej dla kończyny górnej, co w znacznym stopniu ułatwia proces dalszego usprawniania. Jednocześnie prowadzona jest terapia mowy, terapia zaburzeń psychicznych (uwagi, emocji, funkcji poznawczych) oraz terapia zajęciowa z elementami samoobsługi. U chorych dłużej leżących rozpoczęcie etapowej pionizacji prowadzi się z wykorzystaniem ćwiczeń równoważnych w siedzeniu, staniu i naukę chodzenia. W tym okresie pomocne jest wykorzystywanie urządzeń i podstawowych pomocy ortopedycznych (parapiony, poręcze, chodziki, podpórki, czwórnogi, kule, laski). Czas trwania wczesnej rehabilitacji zależy od stanu chorego i powinien być zakończony z chwilą jego uruchomienia, czyli do korzystania z wózka inwalidzkiego pokojowego, lub rozpoczęcia nauki chodzenia.

W każdym przypadku chory po wypisaniu z oddziału neurologii (oddziału ostrego) powinien być kierowany do dalszej rehabilitacji, najlepiej do oddziału wczesnej rehabilitacji neurologicznej lub ośrodka rehabilitacyjnego, a bardziej wydolni do szpitala uzdrowiskowego. Jeżeli jest to niemożliwe, to chory powinien mieć możliwość kontynuowania rehabilitacji w środowisku zamieszkania w poradniach rehabilitacyjnych lub gabinetach rehabilitacyjnych. Podstawową i odpowiedzialną rolę w zapewnieniu ciągłości rehabilitacji w miejscu zamieszkania powinien spełniać lekarz rodzinny wraz z zespołem

(pielęgniarka środowiskowa, fizjoterapeuta) oraz z pełnym zaangażowaniem najbliższej rodziny chorego, odpowiednio przygotowanej (przeszkolonej) w oddziale w czasie przebywania tam chorego.

Decyzję wstępną o kierowaniu chorego do dalszej rehabilitacji, co docelowo powinno być podstawowym standardem, podejmuje zespół leczący w oddziale „ostрым”.

Przeciwwskazania (czasowe) w kierowaniu do dalszej rehabilitacji szpitalnej:

- niestabilny stan kliniczny,
- niewyrównana niewydolność krążenia,
- brak nawet minimalnej motywacji do ćwiczeń,
- choroby zapalne i gorączkowe,
- znaczne odleżyny,
- nasilony zespół psychoorganiczny.

Z licznych doświadczeń wynika, że ponad 90% chorych, którzy przeżyli udar kwalifikuje się do rehabilitacji w oddziale (ośrodku) rehabilitacyjnym. Przeciwwskazania u niektórych pacjentów powinny być jednak stale monitorowane, gdyż często nawet krótkie pobyty w środowisku rodzinnym, po wypisaniu z ostrego oddziału, korzystnie wpływają na stan ogólny i motywację do usprawniania i pozwalają na skierowanie do ośrodka rehabilitacyjnego.

Zasady rehabilitacji w udarze krwotocznym obecnie nie odbiegają od przyjętych dla udaru niedokrwiennego. Dane wskazują, że od 15 do 20% udarów spowodowanych jest krwotokiem śródmózgowym i do przestrzeni podpajęczynówkowej, ten drugi częściej występuje u osób młodszych. Nowoczesne, metody diagnostyki obrazowej umożliwiają szybkie zróznicowanie rodzaju udaru i podjęcie odpowiedniego leczenia farmakologicznego, ewentualnie operacyjnego (zakłipsowanie tętniaka, ewakuacja krwiaka). Chorzy ci niezależnie od sposobu leczenia (operacyjne, zachowawcze) obciążeni są dużym ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz ponownym krwawieniem, które zawsze może być groźnym dla życia powikłaniem. Nie zaleca się więc długiego unieruchomienia tych chorych w łóżku, gdyż grozi to wystąpieniem powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz innych następstw i powikłań wynikających z długiego unieruchomienia. Szybkie uruchamianie i wprowadzanie dozowanego wysiłku nie prowadzi też do częstych, jak sądzono, wtórnych powikłań krwotocznych. Wcześniej rozpoczęty i dobrze zaplanowany przez zespół program rehabilitacji nie wpływa na zwiększenie śmiertelności w tej grupie chorych, a przeciwnie, uzyskiwane wyniki często są lepsze niż u chorych po udarach niedokrwiennych.

Przedłużające się u niektórych chorych zaburzenia świadomości utrudniają jednak wczesną rehabilitację. Prognozowanie w przypadkach udarów krwotocznych, zwłaszcza w krwotokach głębokich do mostu i pnia mózgu jest niepewne, a śmiertelność w ostrym okresie może dochodzić do 60%. Lepsze wyniki uzyskuje się u chorych z małymi krwotokami do płatów mózgu, krwotokami do mózdzku nieprzekraczającymi 3 cm szerokości i niewielkimi ogniskami krwotocznymi w pniu mózgu. Istotne jest

zapewnienie odpowiedniego nadzoru, farmakoterapii i pielęgnacji z elementami wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, co chory powinien mieć zapewnione w pododdziale udarowym lub w oddziale intensywnego nadzoru.

W tym wczesnym okresie udaru krwotocznego w ramach wczesnej rehabilitacji należy zapewnić choremu prawidłowe ułożenie w łóżku z częstą (co 3 godz.) zmianą pozycji, zabezpieczeniem porażonych kończyn i pozycji drenażowych, ostrożnych ćwiczeń biernych i wspomaganych oraz ćwiczeń oddechowych. Ćwiczenia bierne i w miarę możliwości chorego czynne połączone z etapową pionizacją w łóżku należy rozpoczynać już w pierwszym tygodniu. Sádzanie w łóżku, opuszczanie nóg, stawianie w łóżku do pionizacji można wprowadzać nawet u chorych z występującymi jeszcze zaburzeniami świadomości. Dotyczy to zwłaszcza chorych operowanych, po zaklipsowaniu tętniaka i bez dużych deficytów neurologicznych. Koniecznością jest, aby wszystkich chorych, którzy przeżyli udar krwotoczny kierować na dalszą rehabilitację do oddziałów wczesnej rehabilitacji neurologicznej lub ośrodków rehabilitacyjnych. Na tym etapie rehabilitacja nie odbiega istotnie od prowadzonej w udarach niedokrwiennych.

Z badań własnych autora wynika, że u chorych po udarze krwotocznym wyniki rehabilitacji są często lepsze niż u chorych po udarze niedokrwiennym, co w grupie analizowanych mężczyzn miało cechy znamienności statystycznej. Sądzi się, że u chorych z pękniętym przeważnie pojedynczym tętniakiem, nie występują uogólnione zmiany w naczyniach mózgowych, dlatego można się u nich spodziewać większej poprawy pod wpływem systematycznego, kompleksowego leczenia z uwzględnieniem rehabilitacji. Część tych chorych, ze względu na młodszy wiek i niewielkie deficyty neurologiczne, ma nawet szansę na powrót do pracy, a więc pełną integrację społeczną.

Rehabilitacja po wypisaniu z oddziału neurologii (pododdziału udarowego)

Każdy chory w wyrównanym stanie klinicznym, zwłaszcza z deficytami neurologicznymi o bardzo różnym charakterze powinien być jak najwcześniej przekazywany do oddziałów wczesnej rehabilitacji neurologicznej lub oddziałów rehabilitacji. W praktyce, z chwilą gdy stan pacjenta ulega stabilizacji, czyli przeciętnie po kilkunastu dniach lub kilku tygodniach, przeważnie jest on wypisywany do domu lub rzadziej przekazywany do oddziału rehabilitacji neurologicznej, co jest konsekwencją ciągle zbyt małej liczby łóżek rehabilitacyjnych w ogóle, a szczególnie łóżek dla wczesnej rehabilitacji neurologicznej. Przekazywanie chorego do domów pomocy społecznej lub do oddziałów opieki długoterminowej jest gorszym rozwiązaniem, ale niekiedy koniecznym ze względów społecznych.

Cele wczesnej rehabilitacji w oddziałach rehabilitacji neurologicznej lub oddziałach rehabilitacji:

- ustalanie planu kompleksowej rehabilitacji i jego realizacja w warunkach oddziału,
- zapobieganie następstwom .długiego unieruchomienia groźnym dla życia i wpływającym na jakość życia,

- zapobieganie wytworzeniu „zespołu nieużywania” w ośrodkowym układzie nerwowym,
- pobudzanie mechanizmów plastyczności w układzie nerwowym,
- zmniejszenie ryzyka występowania patologicznych wzorców ruchowych, przedłużającej się wiotkości lub nadmiernej spastyczności,
- zapobieganie zaburzeniom ortostatycznym,
- osiągnięcie jak najlepszej sprawności ruchowej, psychicznej i samodzielności w czynnościach samoobsługi,
- zaopatrzenie oraz przyuczenie chorego do posługiwania się niezbędnymi sprzętami rehabilitacyjnymi i ortozami,
- diagnostyka i wczesna rehabilitacja zaburzeń mowy,
- poprawa nastroju i samopoczucia pacjenta oraz adaptacja do nowej, zupełnie zmienionej sytuacji życiowej, stała edukacja pacjenta i jego opiekunów,
- weryfikacja, ustalenie i prowadzenie niezbędnej farmakoterapii, rozeznanie sytuacji socjalnej i próby pomocy z zaangażowaniem środowiska
- zamieszkania - władze samorządowe, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR), lekarz rodzinny z zespołem.

Konieczny skład zespołu rehabilitacyjnego w oddziale (ośrodku) rehabilitacji neurologicznej:

- lekarz specjalista w rehabilitacji medycznej,
- zespół lekarzy konsultantów jak w oddziale neurologii oraz okulista, laryngolog, ginekolog i ortopeda,
- zespół pielęgniarski,
- terapeuci zajęciowi,
- zespół fizjoterapeutów,
- masażyści,
- neuropsycholog, psycholog, logopeda,
- pracownik socjalny,
- technik zaopatrzenia ortopedycznego.

Badanie pacjenta przeprowadza każdy członek zespołu, a więc lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, logopeda, pracownik socjalny, którzy ustalają wstępny program rehabilitacji. Powinien on być realizowany kompleksowo i jak najszybciej. Po uzyskaniu wyników koniecznych badań uzupełniających ostateczny program i cel rehabilitacji ustalany jest przez zespół rehabilitacyjny (team) po badaniu pacjenta i wspólnie z nim oraz najbliższą rodziną.

W prognozowaniu należy uwzględnić fakt, iż uzyskane efekty zależą od lokalizacji i wielkości ogniska zawałowego, ogólnego stanu zdrowia chorego przed wystąpieniem um (czynniki ryzyka), jakości pielęgnacji i rehabilitacji, która powinna obejmować wielodyscyplinarne

problemy pacjenta oraz, co jest bardzo ważne, jego rodziny. Utrudniają rehabilitację i pogarszają rokowanie przedłużające się obniżone napięcie mięśni lub nadmierna spastyczność oraz przykurcze mięśniowe, zaburzenia czucia głębokiego, równowagi i schematu ciała, stany depresyjne i apatia, brak współpracy, zaawansowany zespół psychoorganiczny, zaburzenia gospodarki węglowodanowej i lipidowej, zaburzenia rytmu serca i mała wydolność układu krążenia, osteoporoza oraz powikłania związane z dość często występującymi w tej grupie chorych upadkami.

Proces przystosowania jako fundament działań rehabilitacyjnych

Istnieje wiele cech wspólnych i różniących przebieg rehabilitacji dwóch grup pacjentów: po udarze i po urazie mózgu. Te ostatnie częściej dotyczą osób młodych.

U chorych po urazie częściej i dłużej niż po udarze mózgu obserwuje się jakościowe i ilościowe zaburzenia świadomości. Częściej obserwuje się objawy zespołu psychoorganicznego, nierzadko z pobudzeniem. W okresie późniejszym obserwuje się zaburzenia funkcji poznawczych i zaburzenia osobowości. U chorych tych częściej występują napady padaczkowe.

W przeważającej części przypadków (ok. 70%) urazowi głowy towarzyszą inne obrażenia - mówi się wówczas o urazie wielonarządowym lub wielo-miejscowym — co zazwyczaj utrudnia i komplikuje rehabilitację. Najczęściej urazom głowy towarzyszą obrażenia twarzoczaszki, urazy klatki piersiowej, urazy narządów jamy brzusznej, złamania kończyn, miednicy i kręgosłupa. U osób poszkodowanych w wyniku urazu czaszkowo-mózgowego obserwuje się większy odsetek takich powikłań jak spastyczność lub skostnienia okołostawowe, niż u osób po udarze mózgu.

Zgodnie z Deklaracją Helską z roku 2006, podpisaną także przez Polskę: „do roku 2015 więcej niż 70% chorych, którzy przeżyli udar powinno w ciągu trzech miesięcy osiągnąć samodzielność w czynnościach życia codziennego”. W oficjalnym dokumencie podkreślono potrzebę ścisłego współdziałania zespołu rehabilitacyjnego z członkami rodziny.

W procesie kompleksowej rehabilitacji niezależnie od stanu chorego obowiązują uniwersalne priorytety. Są to: dążenie do uzyskania maksymalnej możliwej samodzielności chorego w wykonywaniu czynności życia codziennego i lokomocja. Wśród czynności życia codziennego najważniejsze są czynności wchodzące w skład samoobsługi, a zwłaszcza spożywanie posiłków, mycie się i ubieranie. Chorych nie należy wyręczać w tych czynnościach, lecz zachęcać ich do możliwie największej samodzielności. Co tydzień powinna być dokonywana ocena motoryczności i ocena czynności życia codziennego.

Planowanie rehabilitacji winno być poprzedzone diagnostyką, oceną rokowania i oceną funkcjonalną. Powinno ono być skoncentrowane na potrzebach i możliwościach chorego. Planowanie musi być dokonywane z czynnym udziałem chorego i jego rodziny, powinno uwzględniać udział rodziny w całym procesie rehabilitacji. Powinno być uzgodnione i zaakceptowane zarówno przez chorego jak przez jego najbliższych. Planowanie to powinno uwzględniać także stan pacjenta przed udarem, zdolność do uczenia się, zdolności przystosowawcze, wydolność (zdolność do wysiłku), stan rodzinny (czy może liczyć na współmałżonka, innych członków rodziny i przyjaciół), stan socjalno-

bytowy, wykształcenie. Nie należy zapominać o edukacji chorego i członków jego rodziny oraz o praktycznej nauce prowadzenia ćwiczeń.

Rehabilitację realizuje zespół rehabilitacyjny. Interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny powinien składać się przede wszystkim z lekarza, pielęgniarki znającej zagadnienia rehabilitacji, fizjoterapeuty, instruktora terapii zajęciowej i logopedy, w pewnych przypadkach zaś powinien być uzupełniony o psychologa, neuropsychologa i pracownika socjalnego.

W okresie wczesnym po udarze, podczas pobytu w szpitalu, ważne jest prawidłowe ułożenie chorego w łóżku. Jest to tzw. ułożenie zapobiegające wystąpieniu przykurczów w stawach porażonych kończyn. Zaleca się unikanie pozycji leżącej na plecach, sprzyjającej powstawaniu przykurczów, powinno się zachęcać do leżenia na „chorym boku”, z przedramieniem i ręką skierowaną „ku górze” (za głową), lub „ku dołowi”. Chory powinien spoczywać w łóżku tak, aby personel i odwiedzający podchodzili do niego od strony niedowładnej.

W pierwszych dniach po udarze ćwiczenia odbywają się najczęściej w łóżku. Należy je rozpocząć najpóźniej w drugiej dobie po przyjęciu chorego do szpitala. Są to: ćwiczenia oddechowe i ćwiczenia bierne kończyn. Ćwiczenia te powinny być wykonywane kilka razy dziennie i każdorazowo trwać od 5 do 15 minut w zależności od stanu chorego. Ćwiczenia bierne wykonuje się we wszystkich czterech kończynach, koncentrując się na utrzymaniu pełnej ruchomości w stawach kończyn porażonych (niedowładnych). W okresie tym można również stosować masaż ręczny kończyn niedowładnych i ćwiczenia izometryczne kończyn zdrowych i niedowładnych.

Decyzję o uruchomieniu chorego podejmuje lekarz leczący po stwierdzeniu stabilizacji stanu klinicznego. Uruchamianie chorego po udarze krwotocznym następuje zazwyczaj później niż to ma miejsce u chorych po udarze niedokrwiennym. Należy tutaj wziąć pod uwagę rozległość, mnogość i lokalizację ognisk uszkodzenia mózgu, stan świadomości i stan psychiczny, zaburzenia poznawcze, zespół połowiczego zaniedbywania, wiek chorego nasilenie niedowładów, obecność dwojenia i niedowidzenia połowiczego, afazję, obecność zaburzeń funkcji zwieraczy, sprawność fizyczną przed udarem, wydolność serca, migotanie przedsionków, wadę serca i inne schorzenia serca, zdolność do wysiłku niezbędnego dla uruchomienia chorego. W przypadku dwojenia należy jednego dnia zasłaniać jedno oko, drugiego dnia drugie oko, chyba, że konsultant - okulista zaleci inne postępowanie.

Podczas uruchamiania należy pilnie obserwować reakcje chorego, często oceniać tętno i okresowo mierzyć ciśnienie tętnicze krwi, zaś chorego z zachowanym kontaktem słownym należy pytać o samopoczucie. W razie zaobserwowania zblednięcia chorego, spadku tętna i ciśnienia uruchamianie należy przerwać. Uruchamianie prowadzi się stopniowo, rozpoczynając od sadzania chorego w łóżku, następnie sadzania w łóżku z nogami opuszczonymi poza łóżko, poprzez pionizację bierną do pionizacji czynnej i nauki chodzenia. W pozycji siedzącej i stojącej prowadzi się również ćwiczenia równo ważne i ćwiczenia utrzymania prawidłowej postawy ciała. Pamiętać także należy o nauce przesiadania się z łóżka do wózka inwalidzkiego lub na fotel i z powrotem.

Naukę chodzenia prowadzi się początkowo na krótkich dystansach, po równej i płaskiej nawierzchni, przez cały czas kontrolując zachowanie chorego, a zwłaszcza tolerancję wysiłku. Stopniowo w miarę czynienia przez chorego postępów wprowadza się ćwiczenia na nawierzchniach nierównych lub pochyłych. Można również prowadzić ćwiczenia na bieżni ruchomej (najlepiej z regulowanym obciążeniem) lub cykloergometrze, nie zapominając o częstej kontroli układu krążenia. Ostatnim etapem nauki lokomocji jest chodzenie po schodach. Czas trwania ćwiczeń systematycznie wydłuża się, proporcjonalnie do poprawy tolerancji wysiłku. Jednakże w odróżnieniu do chorych po udarze niedokrwiennym u chorych po udarze krwotocznym nie prowadzi się ćwiczeń intensywnych.

Na etapie uruchamiania kontynuuje się przez cały czas naukę czynności życia codziennego. Stopniowo wprowadza się ćwiczenia ogólnokondycyjne, ogólnorozwojowe i koordynacyjne, ćwiczenia manipulacyjne poprawiające funkcję kończyny górnej, ćwiczenia w obciążeniu, ćwiczenia w wodzie, masaże podwodne. Niezależnie od stosowanych metod reedukacji nerwowo-mięśniowej, rehabilitację można uzupełniać o funkcjonalną elektrostymulację (FES), i bio-feedback.

W późniejszym okresie wprowadza się terapię zajęciową, muzykoterapię, choreoterapię. W wybranych przypadkach prowadzona jest psychoterapia. U chorych z zespołem połowiczego zaniedbywania występującym najczęściej u chorych praworęcznych z niedowładem połowicznym lewostronnym stosuje się bodźce akustyczne, wzrokowe i dotykowe celem skierowania uwagi pacjenta na „chorą” stronę.

W procesie rehabilitacji chorych z afazją terapia mowy ukierunkowana jest całościowo i pragmatycznie. Chorych z porażeniem kończyny górnej prawej zachęca się do pisania ręką lewą, pomocna jest też maszyna do pisania lub komputerowy edytor tekstu. W rehabilitacji chorych z dyzartrią lub dysfagią prowadzi się ćwiczenia praktyki oralnej. W przypadku podejrzenia zespołu połowiczego zaniedbywania (ang. hemineglect syndrome), najczęściej występującego u osób praworęcznych z niedowładem połowicznym lewostronnym pacjent wymaga odpowiedniej diagnostyki i terapii neuropsychologicznej.

Spośród zaopatrzenia w pomocniczy sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny najczęściej stosuje się: łuskę dłoniową, temblak, łuskę na staw kolanowy, podciąg gumowy na opadającą stopę, buty ortopedyczne z podwyższoną cholewką i sztywnikiem w szwie tylny i odwróconym obcasem Thomasa, aparat drutowy goleni ze strzemieniem i sprężyną unoszącą opadającą stopę.

W ciągu ostatnich lat ukazały się doniesienia wskazujące na skuteczność treningu kondycyjnego (ang. aerobic exercise) po udarze. Wykazano, że przy zachowaniu ścisłych kryteriów kwalifikacji do wysiłku aerobowego można uzyskać poprawę wydolności chorych. Trening ten musi jednak trwać, co najmniej kilka tygodni, a najlepiej kilka miesięcy (MacKay-Lyons MJ 2005 i Macko RF, 2005). Trzeba też wspomnieć o nauce chodzenia na bieżni ruchomej z zastosowaniem obciążenia masy ciała i wykorzystaniu muzyki do poprawy rytmu i szybkości chodu (Musical Motor Feedback - MMF). Istnieją silne dowody naukowe spełniające wymogi EBM na skuteczność wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji (siła dowodów I A) i wpływ intensywności ćwiczeń (siła dowodów I B). Do poprawy

funkcji ręki wykorzystuje się także lustro, różnej generacji roboty i tele-rehabilitację (ćwiczenia w domu przy pomocy Interaetu).

Komputer wykorzystywany jest także do ćwiczeń z zastosowaniem rzeczywistości wirtualnej. Ćwiczenia te wyzwalają plastyczność mózgu zależną od treningu (ang. Use-dependent plasticity), prowadzą do zapamiętania strategii adaptacyjnych, zaś prezentacja nagrania osoby wykonującej ćwiczenia wywołuje zmiany plastyczne w korze mózgowej obserwatora.

Coraz lepiej poznawane zjawiska plastyczności mózgu stały się inspiracją do zastosowania nowych metod nieinwazyjnej stymulacji kory mózgowej. Jest to powtarzana przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (rTMS) i tDCS (Transcranial Direct Current Stimulation) - stymulacja prądem stałym. Indukuje ona ogniskowe, długotrwałe, odwracalne zmiany pobudliwości korowej. Może służyć do modulacji aktywności korowej i parametrów behawioralnych w korze ruchowej, somatosensorycznej, wzrokowej i przedczołowej. Po stymulacji kory zaobserwowano poprawę sprawności ruchowej, poprawę koordynacji wzrokowo-ruchowej, poprawę ruchów precyzyjnych palców, poprawę pamięci operacyjnej i konsolidację pamięci deklaratywnej zależnej od snu.

W ostatnich latach rozwija się stymulacja somato-sensoryczna: PNS (Percutaneous Neuro-Stimulation) - stymulacja nerwów obwodowych i INB (Ischaemic Nerv Block) - niedokrwienne blokady nerwów poprzez napompowanie mankieta sfigmomanometru na przedramieniu powyżej ciśnienia skurczowego krwi.

Zaobserwowano, że miejscowe lub przewodowe przejściowe znieczulenie zdrowej ręki powoduje poprawę sprawności ruchowej i somatosensorycznej drugiej ręki-nie-dowładnej. Znieczulenie włókien ruchowych splotu ramiennej kończyny dotkniętej niedowładem połowicznym prowadzi do poprawy sprawności ręki.

Rehabilitacja po urazie czaszkowo-mózgowym (UCM)

Urazy czaszkowe - mózgowe (ang. Traumatic Brain Injury - TBI) - UCM są jedną z głównych przyczyn zgonów i niepełnosprawności. Waga problemu jest tym większa, że UCM dotyczą częściej osób bardzo aktywnych, najczęściej młodych. Skutki zależą bezpośrednio od wieku poszkodowanych. Podstawowymi objawami są: wstrząśnienie mózgu, śpiączka i objawy ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. U osób poszkodowanych obserwuje się największy odsetek takich powikłań jak spastyczność lub skostnienia okołostawowe, w porównaniu z innymi jednostkami neurologicznymi.

Metody rehabilitacji poszkodowanych w wyniku urazu czaszkowo-mózgowego w wielu szczegółach pokrywają się z zasadami rehabilitacji po udarze mózgu. Istnieją jednak istotne różnice. Rehabilitacji wymagają przede wszystkim chorzy po urazach głowy przebiegających z uszkodzeniem tkanek mózgu, co częściej dotyczy osób młodych.

U chorych po urazie częściej i dłużej niż po udarze mózgu obserwuje się jakościowe i ilościowe zaburzenia świadomości. Częściej obserwuje się objawy zespołu psychoorganicznego, nierzadko z

pobudzeniem. W okresie późniejszym obserwuje się zaburzenia funkcji poznawczych i zaburzenia osobowości. U chorych tych częściej występują napady padaczkowe. W przeważającej części przypadków (ok. 70%) urazowi głowy towarzyszą mnogie obrażenia - mówi się wówczas o urazie wielonarządowym lub wielomiejscowym, - co często utrudnia i komplikuje rehabilitację. Najczęściej urazom głowy towarzyszą obrażenia twarzoczaszki, urazy klatki piersiowej, urazy narządów jamy brzusznej, złamania kończyn, miednicy i kręgosłupa.

Już we wczesnym okresie po urazie należy przystosować chorych do pozycji siedzącej i stojącej nawet pomimo utrzymujących się jeszcze zaburzeń świadomości. Pomocne w tym są łóżka umożliwiające zmianę kąta lub stoły pionizacyjne. Zmianę pozycji i pionizację należy przeprowadzać kilkakrotnie w ciągu dnia i stopniowo je wydłużać. Wczesne uruchamianie i wczesna pionizacja chorego korzystnie wpływa na układ oddechowy, perystaltykę jelit, mikcję i defekację, zwiększa też szansę na odzyskanie świadomości.

Gorączka pochodzenia ośrodkowego, będąca zjawiskiem rzadko występującym, zdarza się u pacjentów z uszkodzeniami przedniego płata podwzgórza oraz w przypadkach odmóżdżenia. Hipotermia jest zjawiskiem wtórnym po uszkodzeniach tylnego płata podwzgórza lub też wynika z zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. Należy także pamiętać o możliwości wystąpienia owrzodzeń stresowych żołądka i dwunastnicy.

Jeżeli pacjent dobrze znosi pionizację na stole pionizacyjnym, rozpoczyna się w tym okresie pionizację czynną, początkowo stanie przy łóżku z asekuracją. Zasadnicze zadanie, jakie ma spełniać usprawnianie w omawianym okresie to nauka chodzenia.

Rehabilitacja w okresie późniejszym zależy od następstw urazu czaszkowo-mózgowego. Wymaga ona dokładnej diagnostyki neurologicznej, okulistycznej i neuro-psychologicznej, przy współpracy innych specjalistów w zależności od współistniejących innych obrażeń. W przypadkach tych szczególnie ważna jest

rehabilitacja psychologiczna. Czasem stosuje się ćwiczenia przypominające testy psychotechniczne dla kierowców. Ważna jest stymulacja intelektualna, kompensacja ubytków wzroku i słuchu, rehabilitacja zaburzeń równowagi i koordynacji, rehabilitacja zaburzeń poznawczych.

Metoda EEG biofeedback jest nową metodą terapii i rehabilitacji, stosowaną u pacjentów po urazie czaszkowo- mózgowym. Wzbudza ona duże nadzieje w leczeniu pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi w tego typu urazach. Metoda ta polega na wykorzystaniu sprzężenia zwrotnego między stanem psychicznym chorego, a czynnością neuro-fizjologiczną mózgu. Osoba poddawana terapii, spełniająca ustalone kryteria gry, ma wpływ na własny obraz EEG. Biofeedback jest, zatem techniką świadomego kontrolowania i sprzęgania funkcji fizjologicznych i psychicznych.

W pierwszych miesiącach od urazu następuje spontaniczny powrót utraconych lub zaburzonych funkcji dzięki samoistnemu, biologicznemu procesowi kompensacji, który jest wynikiem złożonego,

wzajemnego oddziaływania wielu zmiennych, takich jak: rodzaj, rozległość i umiejscowienie uszkodzenia, psychologiczne strategie radzenia sobie z niepełnosprawnością itp.

Utrwaleniu dysfunkcji ruchowych i psychicznych przeciwdziała wczesna, kompleksowa rehabilitacja prowadzona przez specjalistyczny zespół, w którym nie może zabraknąć psychologa klinicznego (najlepiej neu-ropsychoologa) i neurologopedy. Najszybciej powracającą funkcją po przebytych UCM jest motoryka duża. Wielu poszkodowanych potrafi poruszać się samodzielnie. W miarę ustępowania zaburzeń ruchowych wzrasta także samodzielność w samoobsłudze i innych czynnościach życia codziennego.

Zaburzenia funkcji psychicznych (zachowania, popędu i emocji, sprawności intelektualnej, osobowości) ustępują znacznie wolniej od dysfunkcji ruchowych. Khan uważa, że poprawy po UCM można oczekiwać nawet do 5 lat po urazie.

Rokowanie i trudności w rehabilitacji osób po urazie czaszkowo-mózgowym zależą od rozległości uszkodzenia OUN, od wieku, stopnia wstrząśnienia mózgu i od czasu trwania utraty świadomości. Śmiertelność wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem osób poszkodowanych. Niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi po urazie czaszkowo-mózgowym są: długotrwałe unieruchomienie, nietrzymanie moczu i lub stolca, dysfagia (sonda żołądkowa lub gastrostomia odżywcza), padaczka, ciężkie zaburzenia poznawcze i ciężkie ubytki intelektualne.

Następstwami urazów czaszkowo-mózgowych mogą być: encefalopatia pourazowa, padaczka pourazowa, nerwica pourazowa i encefalopatia bokserów. W rehabilitacji i orzecznictwie najwięcej problemów sprawiają chorzy z tzw. „zespołem powstrząśnieniowym” (postconcussional syndrome), który występuje po lekkim urazie czaszkowo-mózgowym (Mild TBI). Ma on najczęściej tło roszczeniowe, cechuje się licznymi dolegliwościami. Są to: bóle głowy, zawroty głowy, bezsenność, męczliwość, zaburzenia koncentracji, osłabienie pamięci, zapominanie, obniżona zdolność do uczenia się, niepokój, depresja, drażliwość, zaburzenia snu.

U wielu chorych po urazie czaszkowo-mózgowym obserwuje się problemy emocjonalne. Może to być: zachowanie dziecinne lub bezmyślne, egocentryzm, drażliwość, agresywność, brak inicjatywy, obniżony napęd, letarg, spadek aktywności społecznej i towarzyskiej, wzrost lub spadek libido.

Okolo 1% poszkodowanych pozostaje po urazie w śpiączce dłużej niż 2 tygodnie, mówimy wtedy o tzw. śpiączce przedłużonej. Problemem natury bioetycznej i organizacyjnej jest stan apaliczny. Zespół objawów występujących najczęściej w przebiegu ciężkiego uszkodzenia mózgu, zwłaszcza tworzącego siatkowatego, wzgórza, zakrętu obręczy i układu limbicznego, pojawia się najczęściej jako następstwo długotrwałej śpiączki. Mimo odzyskania przytomności nie można nawiązać kontaktu z pacjentem. Czasem pacjent jest w stanie komunikować się z otoczeniem np. przez ruchy powiek i gałek ocznych.

Wnioski

Niektóre osoby po przebytych udarach odzyskują całkowity powrót do zdrowia, inne natomiast przez kolejny rok borykają się z poważnymi trudnościami. Istotne znaczenie odgrywa w tym względzie szereg czynników:

- Jakość procesu rehabilitacji

Jakkolwiek stopień powrotu do zdrowia zależy od zakresu i umiejscowienia przebytego udaru, jednakże nie bez znaczenia pozostaje także jakość leczenia, jakiemu chory zostaje poddany w szpitalu, bądź własnym domu. Mowa tu o zapobieganiu i leczeniu powikłań (problemy jelitowe, przykurczę, odleżyny itd.), które mogą zwiększyć uszkodzenia, wywołane samym udarem. Zasadnicze znaczenie odgrywają w tej kwestii pierwsze tygodnie po wystąpieniu udaru. W tym czasie należy pamiętać o odpowiedniej zachęce oraz wykorzystaniu możliwości osoby, mającej być poddanej zabiegom rehabilitacyjnym.

- Motywacja pacjenta i jego rodziny

Stopień powrotu do zdrowia uzależniony jest także od motywacji chorego oraz wsparcia udzielonego mu przez członków jego rodziny i przyjaciół. Osoba motywowana do wykonywania czynności takich jak spożywanie posiłków, ubieranie się czy mycie, może podczas nich wykonywać szereg ruchów, sprzyjających procesowi zdrowienia. Jakość opieki i stopień wsparcia udzielane choremu przez członków jego rodziny odgrywają tu bardzo istotną rolę.

- Wiek pacjenta

Proces zdrowienia osób młodych przebiega znacznie szybciej, niż pacjentów, którzy ukończyli 60 rok życia. Wiąże się to z dodatkowymi problemami, charakterystycznymi dla wieku podeszłego (np. choroby serca, problemy krążeniowe, problemy oddechowe, psychologiczne czy rodzinne).

- Utrzymywanie się stadium zwiótnienia i opóźnienie leczenia

Utrzymywanie się stadium zwiótnienia mięśniowego i opóźnienie procesu leczenia wywierają negatywny wpływ na proces zdrowienia po przebytych udarach.

Bibliografia

1. Bełdziński P., Imieliński Brunon L., Słoniewski P., Skurcz naczyniowy, cz. II, Czas występowania, lokalizacja i etiologia. Propozycja algorytmu postępowania w stwierdzonym skurczu.
2. Cendrowski W., Epidemiologia naczyniowych udarów mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu. Diagnostyka i leczenie [red.: J. Majkowski], Warszawa 2008, s. 13.
3. Głowacki J., Marek Z., Urazy czaszki i mózgu rozpoznawanie i opiniowanie. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2000.
4. Gresham G.E., Duncan P.W., Stason W.B. et al. Rehabilitacja po udarze mózgu, ocena stanu pacjenta, wskazania do rehabilitacji i sposób postępowania. Rehab. Med. 2007; 1, 2, 13-25.
5. Grochmal S., Zielińska-Charszewska S., Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego, PZWL, Warszawa 1986.
6. Grupa Ekspertów NPPiLUM. Rekomendacje Grupy Ekspertów Narodowego
7. Grupa Ekspertów Programu POLKARD. Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Neurol Neurochir Poi 2008; 42 (supl. 3); s 203-275.
8. Grupa Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych PTN. Postępowanie w udarze
9. Herzyk A., Daniluk B., Pąchalska M., Duncan Mc Queen B. Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy - jakość życia pacjentów. UMCS, Lublin 2013.
10. Kleszcz H., Udar mózgu - wielkie wezwanie dla polskiej szkoły rehabilitacji, „Służba Zdrowia”, 89-90 (2008)
11. Kozubski W., Pierwotne i wtórne postępowanie profilaktyczne w niedokrwiennym udarze
12. Kwolek A., Majka M., Analiza kosztów powikłań urologicznych u pacjentów po udarze mózgu rehabilitowanych szpitalnie. Farmakoekonomika, 2009, 3, 6-8.
13. Lenart-Jankowska D., Wender M., Kowal P. i wsp. Epidemiologia udarów mózgu w Wielkopolsce. PrzeglEpid 2007; 4, 391-295.
14. Losy J., Zaremba J., Cytokiny w klinicznym i doświadczalnym udarze niedokrwiennym mózgu. Neurol Neurochir Poi Supplement 2014, 1.
15. Marciniak G. (red.). Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2006.
16. Mazur R. i wsp., Neurologia kliniczna. Via Medica, Gdańsk 2005.
17. Nowak S., Metodologia badań socjologicznych, PWN Warszawa 1970 .
18. Nowik M., Drechsler H., Nowacki P., Destabilizacja blaszki miażdżycowej a udar niedokrwienny mózgu — rola czynników zapalnych i immunologicznych. Implikacje praktyczne. Neurol Neurochir Poi 2014, 38, 3, 209-214.

19. Okoń W., Elementy dydaktyki szkoły wyższej. Warszawa 1971.
20. Opara J. Podstawy rehabilitacji neurologicznej. W, Kozubski W, Liberski P. (red), Choroby Układu Nerwowego. PZWL, Warszawa 2004, 561-571.
21. padalności na udar mózgu w Polsce w latach 2005-2025. Neurol Neurochir Poi
22. Piechowski-Jóźwiak B., Truelsen T., Kwieciński H. Prognoza chorobowości i za
23. Pięter J., Ogólna metodologia pracy naukowej, Polska Akademia Nauk Wrocław - Warszawa - Kraków 1967.
24. Postępowanie rehabilitacyjne po udarze mózgu. Neurol. Neurochir. Poi., 2001
25. Raport Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu,
26. Redakcja Kardiologii Polskiej. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003-2005. Kardiol Poi 2013, 59, 535-544.
27. Rejzner C., Gustyn T., Stelmasiak Z., Rehabilitacja osób z naczyniowymi uszkodzeniami mózgu, w: Udary naczyniowe mózgu. Diagnostyka i leczenie [red.: J. Majkowski], Warszawa 2008, s. 182.
28. Rekomendacje Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, Profilaktyka wtórna udaru mózgu. Neurol. Neurochir. Poi. Supl. 6/2013.
29. Richler P.S., Udar mózgu - ocena farmako ekonomiczna. Terapia, 1/2004, 11-15.
30. Ryglewicz D. Epidemiologia udarów mózgu w prospektywnych badaniach populacyjnych, Warszawa. Neurol Neurochir Poi 2014; 28 (suppl 1), 35-49.
31. Ryglewicz D., Epidemiologia udarów mózgu. Medycyna 2014, 27/28, 38-40.
32. Shah S., Obecne poglądy i kontrowersje dotyczące powrotu do zdrowia po udarze mózgu – odniesienia do rehabilitacji, „Rehabilitacja Medyczna”, 4 (2009) 62-75.
33. Sieberta J., Nyka W.M. i wsp., Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia
34. Sieberta J., Nyka W.M. i wsp., Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru. Via Medica, Gdańsk 2007.
35. Steiner T., Karls R., Zalecenia dotyczące postępowania w krwotokach wewnątrzczaszkowych, cz. I, Samoistny krwotok śródmózgowy. Neurologia po Dyplomie 2007.
36. Sulejczak D., Apoptoza i metody jej identyfikacji. Post Biol Komórki 2000, 27, 527-568.
37. Sulejczak D., Skup M., Neurodegeneracja w doświadczalnych udarach mózgu - udział białek
38. Szczudlik A., Molekularna patogeneza udaru niedokrwienego. Psychiatria Neurol, 2007
39. Szpak G.M., Rafalowska J., Choroby naczyniowe i naczyniopochodne oun. Neuropatologia kliniczna 1997.
40. Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych, PWN, Warszawa 1984.
41. Trójanowski T. Leczenie urazów głowy w krajach europejskich. Neurotraumat. 2000
42. Wałęcki J., Badania neuroradiologiczne w udarach mózgu. Udary naczyniowe mózgu. 2008.
43. Zaczyński W., Praca badawcza nauczyciela, PZWS, Warszawa 1997.
44. Zaczyński W., Praca badawcza nauczyciela, Warszawa 1997.

45. Zespół Ekspertów NPPiLUM. Raport Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Postępowanie rehabilitacyjne po udarze mózgu. *Neurol Neurochir Poi* 2011; 35 (supl. 6), 1-32.
46. Zespół Ekspertów NPPiLUM. Raport Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Postępowanie w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu. *Neurol Neurochir Poi* 2009; 33 (supl. 4), 30-38.

STOSUNEK PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA NA CYPRZE

Według legendy, na niewielkiej, śródziemnomorskiej wyspie, bogatej w migdały, błękitne wybrzeża i gorące słońce, przysłała na świat starożytna bogini piękności – Afrodyta. Wyłoniła się z morza w okolicach Pafos, czyniąc Cypr jednym z najpiękniejszych zakątków na ziemi.

Cypr – wyspa zajmująca wschodnią część Morza Śródziemnego podzielona jest dziś pomiędzy dwa państwa – część południową wyspy zajmuje Republika Cypru, natomiast część północną Turecka Republika Północnego Cypru istniejąca od 15 listopada 1983, która oficjalnie została uznana za państwo jedynie przez Nachiczewańską Republikę Autonomiczną i Organizację Konferencji Islamskiej. Żadne inne państwo nie uznało niepodległości tego samozwańczego kraju (posiadającego swój parlament, rząd, konstytucję oraz hymn). Tworzy on jednak wielopłaszczyznowe podziały pomiędzy chrześcijańskimi i muzułmańskimi mieszkańcami Cypru.

W celu zapewnienia spokoju na styku tych dwóch społeczności oraz dla obrony interesów obu stron, na mocy rezolucji Rady Bezpieczeństwa S/RES/186 z dnia 4 marca 1964 r., ustanowiono Siły Pokojowe Organizacji Narodów Zjednoczonych na Cyprze – UNFICYP (*United Nations Peacekeeping Force in Cyprus*). UNFICYP stacjonuje w Nikozji.

Na arenie międzynarodowej Cypr uznawany jest jednak za jednolite państwo pod nazwą Republiki Cypru ze stolicą w Nikozji (której północna część jest jednocześnie uznawana za stolicę Turków cypryjskich). Od 1974 roku Nikozja podzielona jest murem dzielącym ją na dwa w/w państwa.

Cypr graniczy z Turcją, Syrią i Libanem, a także z suwerennymi brytyjskimi enklawami Akrotiri i Dhekelia. Klasyfikuje się jako państwo leżące na terenie Bliskiego Wschodu. Jego powierzchnia całkowita wynosi 8997 km².

Liczba ludności na Cyprze wynosi 794 600 przy gęstości zaludnienia 140 osób/km².

Ustrój polityczny na Cyprze to republika prezydencka (system polityczny charakteryzujący się podziałem władzy ustawodawczej i wykonawczej oraz połączeniem funkcji prezydenta i premiera) z prezydentem Dimitrisem Christofiasem na czele (od 2008 roku). Prezydent Cypru jest jednocześnie szefem rządu. Władzę wykonawczą stanowi jednoizbowy parlament złożony z 59 członków (w tym 3 przedstawiciele mniejszości wyznaniowych) wybieranych w wyborach powszechnych na pięcioletnią kadencję.

Ustrój polityczny Republiki Cypru opiera się na cypryjskiej konstytucji z 1980 roku.

1 maja 2004 roku Cypr, podobnie jak Polska, przystąpił do Unii Europejskiej.

Cypr podzielony jest na sześć dystryktów: Famagusta, Kirenia, Larnaka, Limassol, Nikozja, Pafos. Okręgi dzielą się na gminy samorządowe, a te z kolei na gminy miejskie i wiejskie. Na czele każdego dystryktu stoi naczelnik, który reprezentuje rząd.

Dodatkowo we wszystkich gminach wybierane (w wyborach powszechnych) są rady miejskie, na których czele stoi burmistrz i których kadencja trwa 5 lat.

Na przestrzeni tysiącleci Cypr wielokrotnie zmieniał „właścicieli”. Od wspomnianych wyżej Greków (z boginią Afrodytą), poprzez Egipt, Persję, w 30 roku n.e. trafił w ręce Cesarstwa Rzymskiego.

Kiedy w 395 roku doszło do podziału Cesarstwa, znalazł się pod panowaniem Bizancjum, przyjmując wschodni charakter kościoła chrześcijańskiego (prawosławny).

W 965 roku Cypr odparł długotrwałą ofensywę Arabów, a nieco ponad 100 lat później, w 1185, ówczesny władca Cypru, Izaak Komnenos, oderwał wyspę od Bizancjum. Niedługo później, 1191 roku, Cypr został podbity przez brytyjskiego władcę, Ryszarda Lwie Serce, który w kolejnym roku przekazał wyspę Gwidonowi z Lusignan, królowi Jerozolimy. W 1192 roku powstało Królestwo Cypru.

W roku 1570 wyspa została podbita przez Turków i to właśnie wtedy napłynęło na jej tereny ponad 50 tys. tureckich osadników, na stałe umieszczając społeczność turecką na Cyprze.

W 1878 roku Cypr wchodzi pod administrację brytyjską. W kolejnych dziesięcioleciach pojawiają się ruchy niepodległościowe, aby 16 sierpnia 1960 roku Cypr całkowicie uzyskał niepodległość. Wraz z niepodległością Cypr uchwalił również własną konstytucję, która została zreformowana w 1980 roku.

Pierwszym prezydentem wolnego Cypru został ówczesny zwierzchnik Cypryjskiego Kościoła Prawosławnego (w latach 1950–1977), Makarios III, uważany za ojca cypryjskiej niepodległości.

Konflikty pomiędzy społecznością cypryjską i turecką doprowadziły w 1983 roku do powstania Tureckiej Republiki Północnego Cypru.

W kwietniu 2004 roku grecka część wyspy odrzuciła w referendum plan zjednoczenia (plan Annana), natomiast 1 maja Cypr wszedł w skład Unii Europejskiej.

19 lipca 2008 roku, po wielu latach separacji dwóch części wyspy (północnej i południowej), Turcja zgodziła się na cypryjską federację dwóch społeczności – greckiej i tureckiej.

Zgodnie z zapisem Dziejów Apostolskich oraz tradycją chrześcijaństwo sprowadził na Cypr św. Paweł, który wraz z Barnabą oraz św. Markiem dotarł tu w 45 roku podczas pierwszej podróży misyjnej. Jakiś czas później Barnaba wraz z Markiem wrócili na wyspę, aby ponownie nawracać na chrześcijaństwo i nauczać o nowej religii⁸⁵. Barnaba uznawany jest za pierwszego biskupa Cypru.

W 395 roku Cypr dostał się pod panowanie Bizancjum, a Kościół przyjął formę prawosławną (wschodnią). W 431 Kościół Cypru uzyskał status autokefalicznego – kościelna forma ustrojowa prawosławia, której istotę stanowi niezależność poszczególnych Kościołów krajowych, przejawiająca się:

- odrębnością ustrojów wewnętrznych tych kościołów,
- wzajemną niezależnością ich hierarchii,
- zachowywaniem miejscowych zwyczajów i obrzędów kościelnych,
- autonomią prawodawstwa i sądownictwa na obszarze działalności danego Kościoła.

Doktryna Kościoła Prawosławnego (czyli „prawidłowo wierzącego”) zakłada:

- odrzucenie zwierzchnictwa papieża,
- Bóg Ojciec jest jedynym źródłem i Syna, i Ducha Świętego, wywodząc to od ponadczasowego pochodzenia Ducha Świętego⁸⁶,
- odrzucenie idei odpustu, czyśćca, dogmatu o Niepokalanym Poczęciu Najświętszej Maryi Panny, dogmatu o Wniebowzięciu Matki Boskiej,
- odrzucenie nauki o grzechu pierworodnym

⁸⁵ „*Biblia Tysiąclecia*”, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań – Warszawa 1971, Dz 15,38-40.

⁸⁶ „*Biblia Tysiąclecia*”, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań – Warszawa 1971, J 15,26.

- odrzucenie celibatu niższego duchowieństwa (diakonów i prezbiterów).

Cypr jest demokratycznym państwem wyznaniowym. 67% jego mieszkańców wyznaje prawosławie, przynależąc do Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego Cypru. Konstytucja Republiki Cypru z 1980 r. nadaje oficjalny status dwóm wspólnotom religijnym: Autokefalicznemu Kościołowi Prawosławnemu Cypru i muzułmańskim wspólnotom religijnym. Na czele Kościoła Prawosławnego stoi arcybiskup Nowej Justyniany i całego Cypru (obecnie Chryzostom II). Funkcję katedry pełni Sobór św. Jana Teologa w Nikozji – katedra prawosławna Cypryjskiego Kościoła Prawosławnego wybudowana w 1662, która pełni rolę oficjalnej, najważniejszej świątyni Kościoła Prawosławnego na Cyprze. To tutaj arcybiskupi Nikozji otrzymują święcenia.

Według statutu Kościoła Cypryjskiego obejmuje on swoją jurysdykcją całe terytorium Cypru. Kościół dzieli się na sześć eparchii: arcybiskupstwo Nikozji oraz metropolie: Pafos, Kition, Kyrenii, Limassol (Lemesos) i Morfu. Na Synod Kościoła składają się: arcybiskup Nowej Justyniany i całego Cypru, pięciu metropolitów oraz biskup pomocniczy Nikozji⁸⁷.

Kościół Cypryjski posiada status osobowości prawa publicznego, której celem jest ochrona interesu ogólnego oraz realizacja określonych celów społecznych.

Konstytucja z 1980 roku nadaje Kościołowi Cypryjskiemu pewne kompetencje administracyjne i sądowe, do których należą:

- udzielanie ślubów ze skutkami prawnymi (zapewnia małżonkom wspólnotę majątkową, możliwość dziedziczenia po sobie, odpowiedzialność finansową za współmałżonka, prawa do adopcji oraz współodpowiedzialność za utrzymanie dzieci, którym nadaje prawo do dziedziczenia po rodzicach),
- udzielanie rozwodów,
- udzielanie chrztów,
- przyznawanie separacji małżeńskiej zgodnie z prawem kościelnym.

Na Cyprze możliwe jest również unieważnienie małżeństwa, którego dokonują jednak sądy państwowe, a nie Kościół. Wniosek o unieważnienie małżeństwa można złożyć w ciągu trzech lat od jego zawarcia.

Kościół Cypryjski posiada wewnętrzną autonomię pozwalającą na zarządzanie swoimi sprawami i mieniem, zgodnie z prawem kościelnym. Jest finansowany z budżetu państwa. Posiada także spory majątek w postaci licznych nieruchomości na Cyprze. Ponadto państwo zapewnia renowacje wszelkich świątyń na terenie Cypru, które uznawane są za zabytkowe, a co za tym idzie są to również cerkwie prawosławne.

Do najpiękniejszych cerkwi na Cyprze należą:

- cerkiew Theoskepasti w Pafos – świątynia, której nazwa oznacza „zawołowana przez Boga”, co potwierdza legenda mówiąca, iż cerkiew została cudownie uratowana przed arabskim najazdem: gdy napastnicy zbliżali się do Pafos, obiekt miał zostać spowity mgłą i nie został przez nich zauważony⁸⁸,

⁸⁷ ks. M.Bendza, ks. A.Szymaniak, *Starożytne patriarchaty prawosławne*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005, ss. 142-146.

⁸⁸ W.Mroczyński, *Cypr*, Sorus, Poznań 1997, ss. 55-58.

- wspomniany wyżej Sobór św. Jana Teologa w Nikozji,
- malowane cerkwie w regionie Troodos – zespół cerkwi o wewnętrznych ścianach pokrytych freskami; w 1985 roku zespół ośmiu cerkwi oraz jednego klasztoru został wpisany na listę światowego dziedzictwa UNESCO,
- Cerkiew św. Łazarza w Larnace – prawosławna świątynia w Larnace, wzniesiona w IX w. i odnowiona w XVII w.; zgodnie z tradycją budynek wznosi się na miejscu grobu wskrzeszonego przez Chrystusa Łazarza, który dotarł na Cypr i przez wiele lat pełnił funkcję biskupa Kition (dawna nazwa Larnaki)⁸⁹.

Poza świętami państwowymi dniami wolnymi od pracy ustanowiono również prawosławne święta kościelne:

- 6 stycznia – Objawienie Pańskie
- 15 sierpnia – Wniebowzięcie Najświętszej Marii Panny
- 24 grudnia – wigilia Bożego Narodzenia
- 25 grudnia – 1 dzień Świąt Bożego Narodzenia
- 26 grudnia – 2 dzień Świąt Bożego Narodzenia
- Czysty Poniedziałek – 50 dni przed prawosławną Wielkanocą (święto ruchome)
- Wielkanoc
- Wielki Piątek (obrzędek prawosławny, święto ruchome)
- Poniedziałek Wielkanocny (obrzędek prawosławny, święto ruchome)
- Pentecost - Kataklysmos (Zesłanie Ducha Świętego, święto ruchome).

Kościół prawosławny nie wypowiada się oficjalnie na temat antykoncepcji, zajmuje jednak jasne stanowisko w sprawie aborcji – życie ludzkie zaczyna się od chwili poczęcia i w związku z tym potępia przerywanie ciąży (w tym także aborcję wywołaną stosowaniem leków i innych substancji chemicznych), traktując ją jako zabójstwo. Jednakże, w przeciwieństwie do stanowiska Kościoła, prawo zezwala na dokonywania aborcji na terenie Cypru do końca pierwszego trymestru ciąży. Jest ona dostępna na życzenie i bez większych ograniczeń.

W szkołach cypryjskich religia jest dla wyznawców prawosławia przedmiotem obowiązkowym. Zajęcia odbywają się 1 – 2 razy w tygodniu i mają charakter wykładów doktryny prawosławnej. Wyniki z tego przedmiotu są umieszczane na świadectwach szkolnych. Katecheci przygotowani są do pracy przez Kościół. Oczywiście istnieje możliwość zwolnienia dziecka z obowiązku uczęszczania na lekcje religii, jeśli przynależy ono do innej wspólnoty religijnej.

Kościół prawosławny ma również możliwość zakładania szkół wyznaniowych, jeśli tylko spełniają one cypryjskie wymogi programowe. Wówczas szkoły te są pełnoprawnymi placówkami edukacyjnymi.

Poza 67% wyznawców religii prawosławnej, na Cyprze mieszka również społeczność muzułmańska (23%). Konstytucja Cypru z 1980 r. nadaje islamowi, obok prawosławia, status religii oficjalnej. Muzułmanie skupieni są głównie w północnej części kraju, która została w 1983 roku proklamowana jako Turecka Republika Północnego Cypru.

⁸⁹ Tamże, ss. 62-63.

Przynależność Cypru najpierw do Persów, następnie do Imperium Osmańskiego, a także jego kontakt z terenami Bliskiego Wschodu spowodowały, że wyznawcy islamu na stałe osiedlili się na wyspie.

Wyznawany na Cyprze islam ma charakter głównie sunnicki (jeden z dwóch głównych nurtów po podziale wewnątrz islamu, ściśle stosujący zasady sunny – tradycji proroka Mahometa).

Muzułmanie na terenie Cypru tworzą ummy (czyli wspólnoty religijne), którym przewodniczy duchowny muzułmański – imam (najczęściej jest to religijny uczonek cieszący się wśród wspólnoty dużym poważaniem).

Posiadając status religii dominującej (obok prawosławia), wspólnoty muzułmańskie mają takie same prawa jak Kościół Prawosławny Cypru. Mogą nauczać religii w szkołach (pod warunkiem zebrania w szkole publicznej odpowiedniej liczby chętnych do nauki). W praktyce również pod tym względem istnieje podział na północ i południe kraju.

Muzułmanie mogą modlić się na terenie Cypru w licznych meczetach. Są to na przykład:

- meczet Lala Mustafa Pasa (dawna Katedra Św. Mikołaja) – największa średniowieczna budowla w Farmagusta, wybudowana w 1312 r.,
- meczet Selimiye wybudowany w Nikozji jako Katedra Św. Zofii w latach 1209-1228, który jest obecnie głównym meczetem na Cyprze Północnym.

W 18 artykule swojej konstytucji Cypr gwarantuje zasadę równości wszystkich religii wobec prawa oraz zakazuje ich dyskryminacji przez organy państwowe⁹⁰.

Ponadto, Cypr, jako członek Unii Europejskiej, jest sygnatariuszem europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. W dwóch punktach artykułu dziewiątego gwarantuje ona, iż:

„1. Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje wolność zmiany wyznania lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne.

2. Wolność uzewnętrzniania wyznania lub przekonań może podlegać jedynie takim ograniczeniom, które są przewidziane przez ustawę i konieczne w społeczeństwie demokratycznym z uwagi na interesy bezpieczeństwa publicznego, ochronę porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”⁹¹.

Do mniejszości religijnych na Cyprze należy Kościół Katolicki. Mniejszość katolicka funkcjonowała na wyspie już od pierwszych wieków chrześcijaństwa, ale jej szerszy rozwój przypada na 1191 rok, kiedy Cypr opanowali krzyżowcy pod władzą Ryszarda Lwie Serce, zakładając tam swoje królestwo. Wówczas powstało w Nikozji arcybiskupstwo oraz biskupstwa w miastach Famagusta, Limassol i Pafos.

Po zdobyciu wyspy przez Turków katolicka hierarchia została zniesiona, a znaczną część katolicki świątyn przebudowano na meczety. W roku 1593 na Cypr wrócili franciszkanie, którzy objęli opieką duszpasterską nielicznych katolików.

⁹⁰ Źródło: http://www.servat.unibe.ch/icl/cy00000_.html.

⁹¹ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, po nowelizacji przez Protokół nr 11 i 14, Kancelaria Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, czerwiec 2010, s.6.

Obecnie mniejszość katolicką na Cyprze reprezentuje głównie Kościół rzymskokatolicki oraz Kościół maronicki. Każdemu z nich cypryjska konstytucja gwarantuje po jednym przedstawicielu w cypryjskim parlamencie.

Kościół rzymskokatolicki na Cyprze podlega łacińskiemu patriarchatowi Jerozolimy. Liczy ok. 10-12 tys. wiernych i dzieli się na cztery parafie:

- parafia pw. Świętego Krzyża w Nikozji,
- parafia pw. MB Łaskawej w Larnace,
- parafia pw. Świętej Katarzyny w Limassol,
- parafia rzymskokatolicka w Pafos.

Do świątyń rzymskokatolickich na Cyprze zalicza się przede wszystkim Kościół Świętego Krzyża położony przy Bramie Pafos w murach starego miasta Nikozji, datowany na rok 1900.

Maronici z kolei mają na Cyprze niespełna 5 tys. wyznawców. Maronickie arcybiskupstwo utworzono na Cyprze w XIV wieku, a funkcję arcybiskupa pełni obecnie Jusef Soueif.

Do maronickich świątyń na Cyprze należą między innymi:

- kościół pw. Św. Jerzego w Kormakitis,
- kościół pw. Św. Mariny w Ajia Marina,
- kościół pw. Św. Marona w Anthoupolis w Nikozji,
- kościół pw. Św. Mariny w Limassol,
- kościół pw. Św. Kyriaki w Pafos.

Członkowie Apostolskiego Kościoła Ormiańskiego na Cyprze to mniejszość religijna, która obok katolików łacińskich oraz maronitów ma, zgodnie z konstytucją, zapewnione w parlamencie miejsce dla swojego przedstawiciela. Jest to kościół należący do grupy Kościołów Wschodnich, którego ojczyzną jest Armenia. Pod względem doktrynalnym jest bardzo zbliżony do Kościoła Prawosławnego; różni się jedynie niewielkimi szczegółami, jak np. „pocałunek pokoju” w trakcie mszy.

Ormianie pojawili się na wyspie w średniowieczu, uciekając z Cylicji przed tureckimi masakrami w latach 1915-1923. Dziś ormiańska diaspora na wyspie to 0,3% mieszkańców, co stanowi około 3 tys. wyznawców. Ormianie skupieni są głównie w okolicach Nikozji, Limassol i Larnace.

Cypryjscy Ormianie podlegają tzw. Katolikosowi Wielkiego Domu Cylicyjskiego (jeden z patriarchów Kościoła, obecnie – Aram I Kesziszjan), a ten z kolei podlega bezpośrednio Apostolskiemu Kościołowi Ormiańskiemu.

Nieczynnym już, lecz przepięknym miejscem sakralnym Ormian, jest Klasztor Ganchvor Sourp Asdvadzadzin z roku 1346 (Nawiedzenia Najświętszej Maryi Panny) położony w Famaguście.

W latach trzydziestych XX wieku na Cypr dotarli również misjonarze Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy (głoszący, iż jedynym Bogiem jest Jehowa oraz przekonujący o zbliżającym się Armagedonie). Ich społeczność liczy obecnie niewiele ponad 0,3% ogółu społeczeństwa.

Świadkowie Jehowy stanowią na Cyprze zwartą, wspierającą się grupę, otwartą jednak na nowych wyznawców, których starają się czynnie pozyskiwać.

Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy na Cyprze podlega nadzorującemu go Biuru Oddziałów, podlegającemu z kolei Ciału Kierowniczemu, którego bezpośrednim zwierzchnikiem jest najwyższa organizacja w zborze – Ciało Kierownicze Świadków Jehowy.

Wyznawcy Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy dysponują na Cyprze kilkoma Salami Królestwa, w których odbywają się ich spotkania oraz modlitwy.

Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy nie jest na Cyprze uznawany za oficjalne wyznanie i nie może korzystać z praw przyznanym religiom oficjalnym, między innymi, nie posiada swojego przedstawiciela w parlamencie.

Zgodnie z obowiązującym na Cyprze prawem, każde wyznanie, nawet nieoficjalne, ma prawo praktykować swoją wiarę, tworzyć wspólnoty i odprawiać święta w swoich obrządkach. Konstytucja Cypru gwarantuje jednak miejsce w parlamencie jedynie dla przedstawicieli trzech największych wyznań mniejszościowych: katolików należących do Kościoła Rzymskokatolickiego, maronitów oraz Ormian.

Na terytorium Cypru tylko osoby wyznania prawosławnego oraz muzułmanie mogą brać ślub w swoich świątyniach ze skutkami prawnymi. Wyznawcy innych religii, poza ślubem kościelnym, zobowiązani są także wziąć ślub cywilny.

Pomimo konfliktu między południem a północą, mieszkańcy Cypru są przyjaźnie nastawieni do turystów, dzięki którym kraj uzyskuje spore dochody finansowe, a sam Cypr, jak przystało na wyspę bogini piękności, pozostaje jednym z najpiękniejszych zakątków świata.

BOBLOGRAFIA

1. Adamczyk A., *Cypr. Dzieje polityczne*, Wydawnictwo Akademickie DIALOG, Warszawa 2002.
2. „*Biblia Tysiąclecia*”, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań – Warszawa 1971.
3. Bendza M. ks, Szymaniak A. ks., *Starożytne patriarchaty prawosławne*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005.
4. Bułgakow S., *Prawosławie. Zarys nauki Kościoła prawosławnego*, Formica, Białystok, 1992.
5. Burkiewicz Ł., *Na styku chrześcijaństwa i islamu. Krucjaty i Cypr w latach 1191 – 1291*, Kraków 2008.
6. *Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, po nowelizacji przez Protokół nr 11 i 14*, Kancelaria Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, czerwiec 2010.
7. Mroczyński W., *Cypr*, Sorus, Poznań 1997.
8. Nosowski Z., *Lekcje religii w szkołach publicznych państw europejskich*, w: K. Kiciński, K. Koseła, W. Pawlik, *Szkoła czy parafia?*, Kraków 1995.
9. Osiewicz P., *Pokojowa regulacja kwestii cypryjskiej. Aspekty prawne i polityczne*, MADO, Toruń 2008.
10. Rynkowski M., *Status prawny kościołów i związków wyznaniowych w Unii Europejskiej*, Warszawa 2004.
11. Źródło: Cyprus Constitution - http://www.servat.unibe.ch/icl/cy00000_.html.

STOSUNEK PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA NA WĘGRZECH

Węgry – kraj ze stolicą w Budapeszcie – zajmują powierzchnię 93 030 km² w środkowej części Europy. Co ciekawe, pod względem geograficznym obszar Węgier stanowi naturalną całość. Państwo otoczone jest Karpatami, przechodzącymi w Alpy Transylwańskie i zamykającymi wewnątrz Kotlinę Panońską. Kraj przecina największa rzeka Europy – Dunaj, łącząca Europę Wschodnią i Zachodnią i stanowiąca jeden z największych szlaków komunikacyjnych w Europie.

Spójność obszaru geograficznego miała przez wieki ogromny wpływ na kształtowanie się jedności narodowej Węgrów⁹². Obszar kraju zamieszkiwany jest w 90% przez rodowitych Węgrów, można tu jednak spotkać również Niemców, Serbów, a także dużą społeczność romską. Liczba obywateli Węgier wynosi 9 962 000, przy gęstości zaludnienia równej 107 osób/km².

Podział administracyjny Węgier jest trzystopniowy: obszar podzielony jest na 19 komitatów (odpowiednik polskiego województwa), które dzielą się na 168 powiatów, a te z kolei na 214 gmin miejskich i 2898 gmin wiejskich. Stanowią one zarówno jednostki samorządu terytorialnego, jak i jednostki administracji rządowej.

Ustrój polityczny Węgier to republika oparta na Konstytucji z 1 stycznia 2012, która zmienia nazwę kraju z Republiki Węgierskiej na Węgry. Nowa konstytucja uchwalona została 18 kwietnia 2011, zastępując konstytucję z roku 1949.

Warto zaznaczyć, że Konstytucja odwołuje się do Korony Węgierskiej (insygnium koronacyjne królów Węgier od XI wieku do 1916 roku) – narodowej relikwii stanowiącej symbol węgierskiej państwowości. Według legendy, Stefan I Święty, zw. Węgierskim, który doprowadził do końca proces węgierskiej chrystianizacji, miał ją otrzymać od papieża Sylwestra II. Obecnie znajduje się ona w gmachu parlamentu w Budapeszcie.

Węgry są republiką demokratyczną o charakterze parlamentarno-gabinetowym, co oznacza, że rząd z premierem na czele jest powoływany przez parlament we współpracy z głową państwa, a odpowiedzialność polityczną ponosi przed parlamentem. Węgierski parlament, który stanowi Zgromadzenie Narodowe, jest jednoizbowy. Składa się z 386 członków wybieranych na czteroletnią kadencję.

Premier Węgier, wraz z rządem, powoływany jest również na kadencję czteroletnią. Do zadań rządu należą:

- ochrona ustroju państwa,
- ochrona i zapewnianie praw obywatelskich,
- wykonywanie ustaw,
- kierowanie pracą ministerstw oraz organów bezpośrednio mu podległych.

⁹² W.Felczak, *Historia Węgier.*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław – Warszawa – Kraków. 1966, s. 9.

Od 2010 roku premierem Węgier jest Viktor Orbán (ur. 31 maja 1963), wywodzący się z Fideszu (centroprawicowej Węgierskiej Partii Obywatelskiej). Urząd premiera sprawuje on już po raz drugi (wcześniejsza kadencja – w latach 1998–2002).

Prezydent Węgier wybierany jest na pięcioletnią kadencję przez Zgromadzenie Narodowe. Dopuszczalne jest tylko dwukrotne pełnienie tej funkcji przez tego samego polityka. Prezydent jest nieodpowiedzialny politycznie. Wszystkie wydawane przez niego akty prawne wymagają kontrasygnaty (podpisu) premiera lub właściwego ministra. Do jego kompetencji należy:

- wyrażanie jedności narodu,
- czuwanie na straży demokracji państwa,
- naczelne dowództwo sił zbrojnych.

Obecnie, od 2010 roku, funkcję prezydenta pełni Pál Schmitt (ur. 13 maja 1942), również wywodzący się z Fideszu. Co ciekawe, jest on dwukrotnym złotym medalistą olimpijskim w szermierce. W latach 2004–2010 pełnił funkcję Deputowanego do Parlamentu Europejskiego.

Chryścianizacja terenów węgierskich miała miejsce na przełomie X i XI wieku. Rzym był zainteresowany zamieszkującą tam ludnością i regularnie wysyłał na ten obszar misjonarzy, mających szerzyć nowe wyznanie.

Pod naporem niestrudzonych armii chrześcijańskich arystokracja węgierska zdała sobie ostatecznie sprawę z wyższości chrześcijańskiego Boga nad bóstwami lokalnymi. W 974 roku książę Gejza wraz z rodziną, jako pierwszy, przyjął chrzest z rąk rzymskich misjonarzy.

Pełnej chryścianizacji Węgier dokonał ostatecznie syn Gejzy, Stefan Węgierski (zwany Stefanem I Świętym), któremu dzięki kościelnej administracji udało się zjednoczyć ludność węgierską pod jednym berłem. Zwycięstwo nad wieloma pogańskimi książętami umożliwiło rozprzestrzenianie się chrześcijaństwa w całym państwie.

Biorąc ślub z siostrą przyszłego cesarza niemieckiego Henryka II, Gizelą, umocnił swoją pozycję w chrześcijańskiej Europie⁹³.

W okresie swojego panowania (997–1038) Stefan stworzył na terenie państwa arcybiskupstwa w Ostrzyhomiu i Kalocsy oraz osiem biskupstw.

Religia katolicka rozwijała się na Węgrzech w bardzo szybkim tempie, doprowadzając do sytuacji, o której marzył Stefan I Święty – na każde 10 osiedli przypadała co najmniej 1 świątynia.

W XVI wieku, podobnie jak w całej Europie, również na Węgry dotarła reformacja. Szczególnie silnie zaznaczył się tu nurt luterński i kalwiński. W 1568 roku przyjęto ustawę zapewniającą wolność religijną kalwinistom i luteranom. Zarówno jedni, jak i drudzy, bardzo dużą wagę przywiązywali do kształcenia w doktrynie swojej wiary, otwierając na Węgrzech szereg szkół teologicznych. Warto tu zaznaczyć, że kalwiński pastor Gáspár Károly jako pierwszy w dziejach dokonał przekładu Biblii na język węgierski.

Okres panowania Habsburgów rozpoczął falę prześladowań wyznawców innych religii niż wiara katolicka. Na mocy dekretów papieskich odbierano wspólnotom innych wyznań nie tylko budynki, ale

⁹³ Z. Grad, *Chryścianizacja Węgier*, Strona misyjno- ewangelizacyjna, o. Z. Grad, SVD - misjonarz z Madagaskaru, <http://www.grad.svd-mad.org> 29 January 2012.

również świątynie, oddając je w ręce władz kościoła katolickiego. Dopiero wydany w 1781 roku edykt tolerancyjny złagodził sytuację.

Obecnie wśród obywateli węgierskich można wyróżnić 21% kalwinistów i 6% luteranów.

W tym samym czasie na tereny węgierskie zaczęli napływać z wschodniej granicy wyznawcy prawosławia, tworząc następnie mieszane, węgiersko-ruskie rodziny. Dziś wyznawcy prawosławia stanowią 3% ogółu społeczeństwa.

Przed I wojną światową na obszary Węgier napłynęli licznie wyznawcy judaizmu, tworząc społeczność równą 5% ogółu społeczeństwa. Okres II wojny światowej spowodował jednak ogromne prześladowania Żydów. Deportowano wówczas ponad 200 tys. osób. Dziś społeczność żydowska na terenie Węgier prawie nie istnieje. Przynależność do judaizmu deklarują w zasadzie tylko osoby, które przebywają w kraju jedynie chwilowo lub nie posiadają obywatelstwa węgierskiego.

Po II wojnie światowej, kiedy do władzy doszli komuniści, w kraju zlikwidowano większość ośrodków religijnych i świątyn, a religię wolno było praktykować tylko we własnych domach, ewentualnie w nielicznie pozostawionych kościołach. Za złamanie tego zakazu groziła nawet kara śmierci.

Po upadku rządów socjalistów w latach dziewięćdziesiątych nastąpiło wielkie odrodzenie religii na terenach węgierskich. Węgrzy, niezwykle przywiązani do swoich religii, mogli znów swobodnie praktykować wiarę. Swoją działalność wznowiły zakony, zgromadzenia, wzrosła liczba szkół zarówno katolickich, jak i reprezentujących inne wyznania.

Kościół ewangelicko-reformowany (kalwiński) podzielony jest na Węgrzech na 4 biskupstwa, które z kolei dzielą się 27 wspólnot. Zwierzchnictwo kościoła w kraju stanowi Najwyższy Synod. Na jego czele stoi bp. Gusztav Bolcskei.

Kościół luterski jest na terenie Węgier podzielony na 3 diecezje, na których czele stoją biskupi. Głową Kościoła na Węgrzech jest Naczelny Biskup. Od 2010 roku funkcję tę sprawuje ks. biskup Gáncs Péter.

Wyznawcy prawosławia na Węgrzech przynależą do Eparchii budapeskiej i węgierskiej, która stanowi jedną z eparchii Rosyjskiego Kościoła Prawosławnego. Funkcję jej zwierzchnika pełni arcybiskup Marek (Gołowkow). W skład eparchii wchodzi 12 parafii.

Obecnie teren Węgier podzielony jest na 4 archidiecezje katolickie: w Esztergom-Budapest, Kalocsa-Kecskemét, Eger i Veszprém, którym podporządkowanych jest 12 diecezji. Głową kościoła katolickiego jest prymas, pełniący jednocześnie funkcję arcybiskupa Esztergom. Katolicy na Węgrzech mają silną przewagę nad innymi wyznaniem, licząc ponad 60% obywateli.

Na Węgrzech otwierane są coraz liczniejsze średnie szkoły protestanckie, a w całym kraju działa 40 synagog i 3 szkoły przeznaczone dla Żydów.

Konstytucja węgierska z 2012 roku zawiera w preambule wyznanie wiary odnoszące się do chrześcijańskich korzeni: *„My, członkowie narodu Węgierskiego (...) jesteśmy dumni z tego, że nasz król, Święty Stefan, tysiąc lat temu osadził państwo węgierskie na solidnych fundamentach i uczynił*

*naszą ojczyznę częścią chrześcijańskiej Europy. (...) Uznajemy rolę chrześcijaństwa w przetrwaniu narodu*⁹⁴.

Pomimo silnego dziedzictwa chrześcijańskiego na terenie Węgier funkcjonuje rozdział Kościoła od państwa. Zostało to zagwarantowane w 2 punkcie 7 artykułu konstytucji: „*Państwo i Kościoły funkcjonują oddzielnie*”⁹⁵.

Rozdział państwa od kwestii kościelnych oznacza, między innymi, że:

- państwo nie może być związane w jakikolwiek sposób z jakimkolwiek Kościołem,
- państwo nie identyfikuje się z nauczaniem żadnego Kościoła,
- państwo nie ingeruje w sprawy wewnętrzne Kościołów i nie zajmuje stanowiska w sprawach wiary lub religii,
- do egzekucji norm kościelnych nie można uruchamiać aparatu państwowego, zajmują się tym w/w organy wewnątrz poszczególnych Kościołów,
- państwo może tworzyć jedynie uregulowania ramowe w sprawach wyznań i Kościołów.

Każde wyznanie ma prawo zostać zarejestrowane, jako oficjalny kościół lub związek wyznaniowy. Nowa ustawa kościelna, która weszła w życie z początkiem 2012 roku, określa warunki, jakie muszą zostać w tym celu spełnione. Należą do nich:

- złożenie wniosku o rejestrację w parlamentarnej komisji ds. religijnych,
- powyższy wniosek musi być poparty co najmniej tysiącem podpisów,
- obecność związku na arenie między narodowej od co najmniej 100 lat,
- funkcjonowanie związku na Węgrzech od 20 lat.

Obecnie na terenie Węgier funkcjonuje 14 zarejestrowanych wspólnot, które w równy sposób mogą korzystać z zagwarantowanych przez państwo przywilejów.

Pomimo rozdzielności państwa od kwestii religijnych, Węgry dysponują narzędziami, które pozwalają wspomagać Kościoły w wielu kwestiach.

Od 1997 roku funkcjonuje zasada równego finansowania działalności publicznej. Każdy Kościół ma prawo do prowadzenia działalności publicznej, która nie została zarezerwowana dla państwa. Należy do niej, między innymi, zapewniana przez kościół opieka medyczna lub prowadzenie szkół. Kościół otrzymuje wówczas wsparcie z budżetu państwa na takiej samej zasadzie jak instytucje państwowe, prowadzące powyższe działalności.

Każde zarejestrowane wyznanie może prowadzić własną szkołę pod warunkiem, że realizuje ona program nauczania przyjęty przez państwo węgierskie. Dodatkowo, szkoły wyznaniowe mogą uzyskać dofinansowanie od państwa w takiej samej kwocie na jednego ucznia, jaka należy się publicznym placówkom oświatowym pod warunkiem, że nie pobierają one czesnego.

⁹⁴ W.Staśkiewicz, *Ustawa zasadnicza Węgier, uchwalona w dniu 18 kwietnia 2011*, Tłum. J.Snopek, Kancelaria Sejmu, Warszawa 2012, Źródło: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/wegry2011.html>, s. 819.

⁹⁵ Tamże: s. 823.

W 1990 roku parlament węgierski wprowadził prawo dotyczące wolności religijnej. Do szkół publicznych wprowadzono lekcje religii jako przedmiot fakultatywny dla oficjalnie uznanych Kościołów i wspólnot religijnych. Opcjonalnie, wszystkim uczniom zapewniona została możliwość lekcji z etyki.

Od 1998 roku wprowadzono dobrowolną możliwość przekazywania przez obywateli dodatkowego 1% podatku dochodowego na wybrany przez nich Kościół, niezależnie od istniejącej już możliwości przekazywania 1% podatku na organizacje pozarządowe, instytucje kultury itp. Ponadto od 2003 roku funkcjonuje dopłata na rzecz Kościołów w wysokości 0,8% sumarycznego wpływu z podatków dochodowych od obywateli.

Państwo wspomaga finansowo także wszelką renowację budynków kościelnych, o ile posiadają one status zabytków.

Na mocy umowy ze Stolicą Apostolską z 1994 roku o duszpasterstwie wojskowym z budżetu państwa pokrywane są również koszty funkcjonowania katolickiego ordynariatu polowego. Finansowane są także duszpasterstwa prowadzone przez inne wyznania w siłach zbrojnych. Umowę ze stolicą Apostolską podpisano w 1997 roku. Zapewnia ona o w/w finansowaniu kościelnej działalności użyteczności publicznej⁹⁶.

Wszystkie zarejestrowane kościoły są zwolnione z podatków.

Świecki charakter państwa uwidacznia się w kwestii świątecznych dni wolnych od pracy. Poza świętami państwowymi jedynie Święta Bożego Narodzenia (25-26 grudnia) są dniami wolnymi od pracy.

Zgodnie ze stanowiskiem większości wyznań aborcja jest na Węgrzech zabroniona. Potwierdzający to zapis znajduje się 2 artykule najnowszej Konstytucji Węgierskiej: „(...) życie zarodka ludzkiego poczynszy od poczęcia, podlega ochronie”⁹⁷. W 1992 roku przyjęto ustawę mówiącą, iż kobieta może dokonać aborcji jedynie w sytuacji kryzysowej, która obejmuje, między innymi, zagrożenie życia lub zdrowia matki. Wzbudziło to ogromny sprzeciw środowisk kościelnych, doprowadzając do ulicznych demonstracji. Ustawa pozostała jednak nienaruszona.

Na terenie Węgier działa 14 legalnych wspólnot wyznaniowych. Poszanowanie do różnych religii zawarte jest już w preambule konstytucji: „*Szanujemy różnorodne tradycje religijne naszego kraju*”⁹⁸.

Poza powyższą deklaracją Konstytucja gwarantuje także prawo do wolności wyznania, o czym świadczy zapis w 1 punkcie 7 artykułu: „*Każdy ma prawo do wolności przekonań, sumienia i wyznania. Prawo to zawiera w sobie wolność wyboru bądź zmiany religii, tudzież innych przekonań, a także*

⁹⁶ J.Krukowski, *KONKORDATY Z PAŃSTWAMI EUROPY ŚRODKOWEJ I WSCHODNIEJ ZAWARTE NA PRZEŁOMIE XX I XXI WIEKU*, Teka Kom. Praw. – OL PAN, 2010, ss. 98 – 99, Źródło: <http://www.panol.lublin.pl/wydawnictwa/TPraw3/Krukowski.pdf>.

⁹⁷ W.Stańkiewicz, *Ustawa zasadnicza Węgier, uchwalona w dniu 18 kwietnia 2011*, Tłum. J.Snopek, Kancelaria Sejmu, Warszawa 2012, Źródło: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/wegry2011.html>, s. 822.

⁹⁸ Tamże: s. 819.

wolność ich głoszenia, bądź nieujawniania, praktykowania lub nauczania swojej religii lub innych przekonań poprzez religijne rytuały lub inne zachowania”⁹⁹.

Ponadto Węgry, jako sygnatariusz Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, muszą w myśl prawa międzynarodowego zapewnić wolność wyznania wszystkim obywatelom. 9 artykuł konwencji o „wolności myśli, sumienia i wyznania” szczególnie wyraźnie podkreśla gwarancję wolności tworzenia związków wyznaniowych i kościołów:

„1. Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje wolność zmiany wyznania lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne.

2. Wolność uzewnętrzniania wyznania lub przekonań może podlegać jedynie takim ograniczeniom, które są przewidziane przez ustawę i konieczne w społeczeństwie demokratycznym z uwagi na interesy bezpieczeństwa publicznego, ochronę porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”¹⁰⁰.

Węgry, podpisując Powszechną Deklarację Praw Człowieka, której 18 artykuł, mówi, iż: *„każdy człowiek ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje swobodę zmiany wyznania oraz swobodę głoszenia swego wyznania lub wiary bądź ewentualnie, bądź wespół z innymi ludźmi, publicznie i prywatnie, poprzez nauczanie, praktykowanie, uprawianie kultu i postrzeganie obyczajów”¹⁰¹*, mają obowiązek zapewnić takową swobodę.

Węgry zobowiązały się również, iż *„nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru”¹⁰²*, wprowadzając do swojego prawa Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych.

Węgry, jako państwo świeckie, dążą do unowocześnienia swojego kraju, do zrównania prawa z prawem europejskim i – jako była republika sowiecka – pragną być coraz bliżej świata zachodniego. Jako naród silnie naznaczony wiarą pozostają jednak ściśle związani ze swymi wyznaniem.

Obywatele Węgieł, świadomi swojego dziedzictwa, jednoczą się z Zachodem, pozostając przy tym wierni swoim tradycjom oraz wyznaniom.

*„(...) Cisy i Dunaju plusk,
Wiatr na szczytach Karpat
Sławią kraj, gdzie w silę wzrósł
Bohaterski Arpad.(...)”
Ferenc Kolcsey*

⁹⁹ Tamże: s. 823.

¹⁰⁰ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, po nowelizacji przez Protokół nr 11 i 14, Kancelaria Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, czerwiec 2010, s. 6

¹⁰¹ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ONZ, Paryż 10 grudnia 1948, art. 18.

¹⁰² MIĘDZYNARODOWY PAKT PRAW OBYWATELSKICH I POLITYCZNYCH, Nowy Jork 16 grudnia 1966, art. 18, pkt 2, (Dz. U. z 1977 r. nr 38, poz. 167).

BIBLIOGRAFIA

1. G. Györfy, *Święty Stefan I. Król Węgier i jego dzieło*, przekład T. Kapturkiewicz, Oficyna Wydawnicza RYTM, Warszawa 2003.
2. J. Krukowski, *KONKORDATY Z PAŃSTWAMI EUROPY ŚRODKOWEJ I WSCHODNIEJ ZAWARTE NA PRZEŁOMIE XX I XXI WIEKU*, Teka Kom. Praw. – OL PAN, 2010, ss. 98 – 99, Źródło: <http://www.panol.lublin.pl/wydawnictwa/TPraw3/Krukowski.pdf>
3. J. R. Nowak, *Węgry - burzliwe lata 1953 1956.*, Wydawnictwo Almapress, Warszawa 1988.
4. J. Snopek, *Węgry. Zarys dziejów i kultury*, Oficyna wydawnicza Rytm. Warszawa 2002.
5. J. Tischler, *I do szabli...*, przekład B. Héjj, przedmowa A. Paczkowski, Wydawnictwo: Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa 2001.
6. *Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, po nowelizacji przez Protokół nr 11 i 14*, Kancelaria Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, czerwiec 2010.
7. *MIĘDZYNARODOWY PAKT PRAW OBYWATELSKICH I POLITYCZNYCH*, Nowy Jork 16 grudnia 1966.
8. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka ONZ*, Paryż 10 grudnia 1948.
9. S. A. Sroka, *Historia Węgier do 1526 roku w zarysie*, Wydawnictwo Homini, Bydgoszcz 2000.
10. W. Felczak, *Historia Węgier.*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław – Warszawa – Kraków. 1966.
11. W. Staśkiewicz, *Ustawa zasadnicza Węgier, uchwalona w dniu 18 kwietnia 2011*, Tłum. J. Snopek, Kancelaria Sejmu, Warszawa 2012, Źródło: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/wegry2011.html>
12. Z. Grad, *Chryścianizacja Węgier*, Strona misyjno- ewangelizacyjna, o. Z. Grad, SVD - misjonarz z Madagaskaru, <http://www.grad.svd-mad.org> 29 January 2012.

Muzykoterapia, jako forma terapii osób z zespołem Downa. Studium indywidualnego przypadku.

Musica animae levamen.

Muzyką jest lekarstwem dla duszy.

Jeannette Vos: The Music Revolution

Celem artykułu jest ukazanie wpływu muzyki oraz muzykoterapii na osoby z zespołem Londona Down 'a. Muzyka jest obecna w życiu człowieka od zarania dziejów. Wykorzystywana była podczas ceremonii, rytuałów. Zagrzewała wojowników do walki, kołowała zmysły, wyciszała emocje. Z początku wykorzystywana wyłącznie przez przedstawicieli klas wyższych, takich jak szamani, kapłani czy duchowni, z czasem zagościła wśród reszty społeczeństwa. W średniowieczu dominowała muzyka sakralna, dopiero renesans przyniósł rozkwit muzyki świeckiej. Z biegiem czasu trafiała do coraz szerszej liczby odbiorców wywołując nieporównywalne z niczym innym emocje i odczucia. Dzięki rozwojowi tworzono coraz to nowsze instrumenty muzyczne, które umilały ludziom czas. Muzyka stała się ważnym elementem życia kulturalnego. Dzieci z zespołem Londona Down'a wymagają specjalnego typu metod terapeutycznych. Każda z osób cierpiących na to zaburzenie przedstawia inny obraz choroby. Nie ma dwóch tak samo wyglądających i tak samo funkcjonujących w społeczeństwie osób z trisomią 21 chromosomu. Nie znajdzie się, więc jedna i niepowtarzalna metoda terapii tych osób. Zmienność formy oraz różnoraki sposób, w jaki muzyka oddziałuje na ludzi daje niepowtarzalną szansę na indywidualne dopasowanie terapii do pacjenta. Muzyka na każdego działa inaczej, te dźwięki, które jednych pobudzają inni mogą odebrać za wyciszające i relaksujące. Każdy inaczej czuje rytm, zwraca uwagę na inne tony, rytmy. Muzyka potrafi obniżać poziom stresu, łagodzić negatywne uczucia. Potrafi rozbawić, uspokoić, zmotywować.

Muzyka może być wykorzystywana, jako forma terapii wspomagająca kształtowanie otwartości na siebie i innych. W zależności od własnych upodobań możemy zbliżyć się do drugiej osoby czy grupy tylko w takim stopniu, w jakim chcemy. Taniec z wykorzystaniem różnych form muzycznych może służyć do budowania świadomości samego siebie, do zaznaczania swojej obecności w społeczeństwie. Poprzez wykonywanie różnych ćwiczeń muzycznych pacjent może nauczyć się obserwować oraz kontrolować swoje stany emocjonalne. Muzykoterapia to również wykorzystanie technik oddechowych, które wspomagają relaksację. Muzyka, jako część komunikacji niewerbalnej jest łatwiej odbierana przez

osoby z różnymi zaburzeniami, dysfunkcjami. Sprawia to, że jej oddziaływanie jest bardziej skuteczne, niż w przypadku metod terapeutycznych z kręgu tradycyjnych.

Zespół Downa (dalej nazywany skrótowo „ZD”), inaczej nazywany trisomią chromosomu 21, występuje w 1 na 650 urodzeń (Limon, 2009)¹⁰³. Został on opisany przez doktora Johna Langdona Downa w 1886 roku. Prace nad odkryciem patogenezy obecnie nazywanego zespołu Downa, który wcześniej określano mianem mongolizmu, rozpoczęto na początku XX wieku. Badacze próbowali określić ilość chromosomów w genomie człowieka, licząc pary chromosomów pod mikroskopami. Liczba ta, ze względu na małe rozdzielczości ówczesnych mikroskopów wahała się pomiędzy 16 a 48 chromosomami (Stratford, 1993)¹⁰⁴. Najbliżej poznania prawdy była Mittwoch, która podczas w swoich badań w 1952 roku, ze względu na wcześniej wspomniane ograniczenia ze strony osprzętu, nie była w stanie jednoznacznie ocenić liczby widzianych chromosomów.

Liczba widzianych komórek w jej badaniach wahała się pomiędzy 46 a 48. Przy okazji badania genomu człowieka zdrowego, rozważając pewne mutacje genowe, badacze zastanawiali się nad przyczyną występowania zespołu Downa. Ostatecznie w 1959 roku po zakończeniu badań, zespół badawczy Jerome Lejeune’a, opublikował w wynikach swoich badań odkrycie, że w trzech próbkach genomu chłopców z zespołem Downa odkryto potrójony chromosom w 21 parze chromosomów. Potwierdzili to w swoich późniejszych badaniach Book i współpracownicy¹⁰⁵

Zespół Downa to nie choroba, tylko wada genów wywołana dodatkowym chromosomem 21. Nie wiadomo dlaczego u niektórych płodów te chromosomy nie rozdzielają się w czasie podziału komórek. Stwierdzono jedynie, że ryzyko urodzenia dziecka z zespołem Downa jest większe u kobiet po 35 roku życia.

Za pojawienie się zespołu Downa odpowiadają wadliwe geny. Zespół Downa to zespół wad wywołany nadmiarem materiału genetycznego czyli dodatkowym chromosomem 21. W 95 % przypadków dodatkowy chromosom występuje we wszystkich komórkach organizmu (tzw. trisomia prosta), w 4% dodatkowy chromosom 21 lub jego fragment zostaje przesunięty do innej części genotypu (tzw. trisomia translokacyjna). Najrzadziej, bo tylko w 1% przypadków występuje trisomia mozaikowa - dodatkowy chromosom pojawia się tylko w niektórych komórkach. Dziecko z zespołem Downa rodzi się raz na 600-1000 porodów. Wadliwe geny pojawiają się u dzieci kobiet po 40 roku życia raz na 100 urodzeń lub nawet częściej¹⁰⁶.

¹⁰³ Limon, J., Ochman, K., Sztangierska, B., Wierzbą, J., Zajączek, S., *Zespół Downa. Dorosłość i medycyna. Publikacja dla rodziców i opiekunów*; Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa Bardziej Kochani; Warszawa, 2009

¹⁰⁴ Stratford, B., *Zespół Downa. Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993

¹⁰⁵ Tamże

¹⁰⁶ http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-genetyczne/za-zespol-Downa-odpowiadaja-wadliwe-geny_38191.html, Za zespół Dawna odpowiadają wadliwe geny, (dostęp 12.12.2015)

Cechy charakteryzujące zespół Downa

Ze względu na charakterystyczny, orientalny wygląd osób z ZD, osoby chore określane były mianem mongołów.¹⁰⁷ Zespół Downa można rozpoznać na pierwszy rzut oka po pewnym cechach dysmorficznych pacjenta. Zespół Downa występuje tylko wówczas gdy osoba posiada pewien zestaw cech charakterystycznych oraz dodatkowy materiał genetyczny w postaci nadliczbowego chromosomu 21.

Na podstawie badań ustalono cechy najbardziej powszechne (nazywane cechami kardynalnymi) zespołu. Cechy te pojawiają się przynajmniej w 50% przypadków, a najczęściej w 60-80%. W okresie noworodkowym są to:

- Skośne ustawienie szpar powiekowych (zewnątrzna strona skierowana ku górze).
- Szczególnie wyraźne jest to wówczas, gdy kąt wewnętrzny oka pokryty jest fałdem skórnym (zmarszczką nakątną).
- Szpary powiekowe są często wąskie i krótkie.
- U niektórych dzieci (30-70%) widoczne są na krawędzi tęczówki małe, białe plamki (plamki Brushfielda). Bardziej widoczne są one u dzieci niebieskookich.
- Twarz sprawia wrażenie płaskiej, ponieważ grzbiet nosa jest płaski, a kości policzkowe są nieco odstające. Na tym tle nos wydaje się być mały i krótki.
- Głowa jest zwykle mniejsza niż przeciętnie, a tył głowy jest często spłaszczony. Wpływa to na jej okrągły wygląd. Miękkie miejsca (ciemiaczka) są zwykle większe niż u ogółu dzieci i czasami można znaleźć dodatkowe miękkie miejsce pośrodku głowy. Dzieje się tak dlatego, że dziecko rośnie wolniej i kości czaszki potrzebują dłuższego czasu, aby się ze sobą zrosnąć.
- Uszy są zwykle małe i nisko osadzone. Górna część małżowiny usznej bywa zawinięta, a u blisko połowy dzieci występuje bardzo mały płatek uszny lub jest on nieobecny.
- Usta dziecka są małe, a wargi raczej wąskie. W istocie jama ustna jest zwykle mniejsza niż u innych dzieci, a podniebienie jest raczej wąskie i wysoko wysklepione (podniebienie gotyckie). Z powodu małej przestrzeni w jamie ustnej, język ma mniej miejsca i tendencję do wystawiania. Ponadto mięśnie żuchwy i języka bywają zazwyczaj wiotkie i dlatego usta są często otwarte.
- U małego dziecka szyja jest często krótsza i widoczne są luźne fałdy skórne po bokach szyi i na karku. Fałdy te zanikają w miarę wzrostu dziecka.
- Kończyny dolne i górne często są krótkie w stosunku do długości tułowia. Dłonie bywają szerokie i płaskie, a palce krótkie. Piąty palec często jest tak krótki, że posiada tylko jedną bruzdę zgięciową. Często bywa zagięty w kierunku pozostałych palców (klinodaktylia). U około połowy dzieci dłonie mają pojedynczą poprzeczną bruzdę (małpia bruzda). Czasami występuje ona tylko na jednej dłoni.

¹⁰⁷ Tamże

- Także stopy są szerokie, a palce stóp raczej krótkie. Bardzo często występuje większa przerwa pomiędzy dużym palcem a pozostałymi, a także kciukiem ręki i resztą palców. Na podeszwie stopy czasami widoczna jest bruzda biegnąca od szpary pomiędzy dużym palcem i pozostałymi palcami.
- Większość dzieci po urodzeniu ma słabe napięcie mięśni (hipotonia) i sprawia wrażenie wiotkich. Ma również wiotkie stawy, co daje uogólnioną wiotkość ciała.
- Odruchy są zwykle słabsze i trudniejsze do wywołania. Także u około 2/3 dzieci płacz bywa słabszy, krótszy i o wyższym tonie. Wiele z niemowląt płacze z początku bardzo mało, nie dopomina się pokarmu lub nie protestuje, gdy jest im niewygodnie¹⁰⁸.

Są to główne cechy obserwowane tuż po urodzeniu. Jeżeli dziecko ma od 6 do 9 powyższych cech, jest prawie pewne, że w jego przypadku zespół Downa występuje. Większość cech widocznych u dziecka utrzymuje się i występuje w późniejszym wieku.

Głównymi cechami dysmorficznymi, po jakich można poznać chorego są, tak jak wspomniano wcześniej, skośne oczy, występująca zmarszczka nakątna oraz plamki Brushfielda na tęczówce. Pacjenci często posiadają małe i nisko osadzone uszy. U większości pacjentów występuje przerost języka. Głowa osób chorych osadzona jest na krótkiej szyi, często z fałdem skórny. Ciało osób chorych również posiada szczególne cechy charakterystyczne. Osoby z ZD posiadają szerokie oraz krótkie dłonie i stopy oraz krótkie kończyny.

Osobowość i temperament dziecka

Ludzie z zespołem Downa nie mają jednakowego typu osobowości, czy jakiegoś zdecydowanego i charakterystycznego rodzaju zachowań. Istnieje różnorodność temperamentów wśród dzieci z ZD, od cichych i uważnych do impulsywnych i aktywnych. Większość dzieci z ZD wyrasta na radosne i miłe, niezwykle pogodne, o uczuciowej naturze. Taki rodzaj temperamentu występuje częściej u dzieci, które są otoczone troskliwą opieką, stymulowane i nauczone, są zdolniejsze umysłowo. Osoby, które są mniej zdolne i wydają się mniej aktywne mogą pozostać raczej powolnymi, a czasem upartymi w latach młodzieńczych. Problemy te często towarzyszą brakowi rozwoju umiejętności porozumiewania się i zdolności rozumowania.

Pewne rodzaje zachowań, częste w przypadku małych dzieci, przedłużają się u dzieci z ZD. Do takich zachowań należą: zmiana nastroju, rzucanie przedmiotami, oddalanie się i uciekanie w trakcie spacerów, trudności z zabawianiem się, koncentracją przy zabawie przez dłuższy czas, a także bycie nieustępliwym i niełatwym do opanowania. Kłopoty z zachowaniem nie są związane z poziomem rozwoju umysłowego, lecz z niższym poziomem rozwoju mowy i gorszymi możliwościami porozumiewania i mniejszą zaradnością samoobsługi. Są tacy, choć jest ich niewiele, którzy cierpią na poważne zaburzenia zachowania, takie jak: agresja, drażliwość,

¹⁰⁸ Kaczmarek B., *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa : teoria i praktyka*, Impuls, Kraków 2008

nadruchliwość i impulsywność. Jednak zaburzenia zachowania występują rzadziej w ZD niż w innych zespołach związanych z upośledzeniem umysłowym.

Trudności wychowawcze jakie sprawiają dzieci z ZD i dzieci w normie są podobne. Kiedy myślimy o temperamencie i zachowaniu dziecka z ZD, najlepiej jest myśleć o nim, w ten sam sposób, jak o każdym dziecku.

Elżbieta Minczakiewicz wyróżnia dwa typy dzieci z zespołem Downa:

- dzieci ruchliwe, pobudzone psychoruchowo (eretyczne)
- spokojne, zahamowane (apatyczne, torpidne)¹⁰⁹.

Dzieci *eretyczne* zdradzają niekiedy ogromne zainteresowanie otoczeniem, są spostrzegawcze i posiadają zdolności naśladowania. Często przemieszczają się, gestykują, krzątają się, wtrącają do czynności wykonywanych przez innych, pomagają w różnych pracach. Są towarzyskie, chociaż czasem płochliwe, ostrożne, nieufnie podchodzą do rzeczy nowych, nieznanych, nie sprawdzonych przez siebie. Podobną ostrożność zachowują w stosunku do osób przygodnych, nie znanych im. Dzieci te nabywając pewności siebie łatwo nawiązują kontakty z ludźmi. Usiłują rozmawiać nawet wówczas, kiedy nie umieją jeszcze mówić, wykorzystując gesty, mimikę oraz dostępne prowokalne formy kontaktu społecznego (np. „guganie”, postękiwanie, mlaskanie, zaczeplanie, pociąganie za odzież, wykrzyknienia niekonwencjonalne, ruchy naśladowujące różne czynności itp.).

Dzieci te, o wysokim wykładniku empatii, uzewnętrzniają swe stany emocjonalne. np. głośno manifestują radość z pochwały, zacierają ręce, klaszczą z zadowolenia, jeśli uda im się osiągnąć zamierzony cel. Pragną pozostać w centrum uwagi osób bliskich, chcą być przez nie dostrzegane, podziwiane, adorowane. Czasem są zazdrosne i niezadowolone, gdy odwróci się od nich uwagę kierując ją na innych współtowarzyszy zabawy. Wśród omawianej grupy temperamentnej trafiają się także dzieci drażliwe, złośliwe, skłonne cichaczem skrzywdzić drugiego, np. w rewanżu za brak zainteresowania się nim lub obdarzenia uwagą innych, a czasem nawet bez żadnej przyczyny. Podczas zajęć wymagających dłuższej koncentracji uwagi, znacznego wysiłku umysłowego lub fizycznego dzieci te szybko się męczą i zniechęcają. W pracy z nimi trzeba pamiętać o częstym odpoczynku, zmianie charakteru zajęć, by nie doprowadzić ich do momentów wyczerpania¹¹⁰.

Dzieci *zahamowane, torpidne*, są ociężałe, mało aktywne ruchowo. Ruchy ich są na ogół powolne, nieekonomiczne, niezręczne. Obserwacje wykazały, że niechętnie wdają się w rozmowy. Nie chcą odpowiadać na stawiane im pytania, a jeśli już mają odpowiedzieć, robią to zdawkowo pomagając sobie gestem lub mimiką. Do pracy włączają się bardzo wolno, podchodzą do

¹⁰⁹ Kaczmarek B., **Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa : teoria i praktyka**, Impuls, Kraków 2008

¹¹⁰ Żyta A., **Życie z zespołem Downa : narracje biograficzne rodziców, rodzeństwa i dorosłych osób z zespołem Downa**, Impuls, Kraków 2011

niej z „namaszczeniem”. Za to, gdy podejmą już jakąś czynność to wykonują ją z „benedyktyńską” cierpliwością i wytrwałością. Starannie i dokładnie spełniają każde przydzielone a jednocześnie odpowiadające im zadanie. Oderwane od pracy okazują zniecierpliwienie i z uporem powracają do niej, czasem też manifestują złość i agresję. Chwila nieuwagi ze strony opiekunów przynosi niekiedy niespodzianki, np. dzieci te potrafią ugryźć kolegę lub koleżankę, mają napady złości lub nagłe wybuchy śmiechu czy spazmatycznego płaczu itp.¹¹¹.

Rozwój umysłowy i społeczny

Dodatkowy chromosom w ZD powoduje spowolniony rozwój fizyczny, umysłowy i motoryczny. Stan inteligencji tych dzieci jest na ogół bardzo obniżony. Stopień upośledzenia umysłowego w tym zespole bywa różny, najczęściej występuje upośledzenie w stopniu umiarkowanym, natomiast w lekkim u ok. 5%. Zdarzają się również najgłębsze stany upośledzenia. Dzieci te nie mogą korzystać nawet ze szkoły specjalnej, nadają się raczej do szkół życia. Dzieci, które otrzymują pomoc od wczesnych lat życia, są bardziej zaawansowane w rozwoju od tych, które tej pomocy nie otrzymują.

Wyróżnia się trzy stadia rozwojowe w zespole Downa:

1. występuje pomiędzy 4 i 6 rokiem życia i odpowiada wiekowi umysłowemu ok. 18 miesięcy;
2. występuje pomiędzy 8 i 11 rokiem życia i odpowiada 30 miesiącom życia;
3. występuje pomiędzy 12 i 17 rokiem życia i w przybliżeniu odpowiada wiekowi 48 miesięcy¹¹².

U dzieci z zespołem Downa można zaobserwować okresy szybkiego i wolnego rozwoju umysłowego. W wieku ok. 4 - 6 miesięcy ma miejsce spowolnienie w rozwoju motorycznym, gdy dziecko uczy się siadać bez pomocy. Spowolnienie to ma związek z trudnościami koordynacyjnymi. Po pierwszym obniżeniu rozwoju występuje jego gwałtowny wzrost. Następny etap charakteryzuje się zabawą, polegającą na badaniu przedmiotów przez wkładanie ich do buzi, uderzanie, przekładanie z ręki do ręki, itp.. Większość dzieci z ZD bywa na tym etapie w wieku 10 - 12 miesięcy¹¹³.

Okres między 10 a 13 miesiącem życia może być związany z trudnościami w przetwarzaniu informacji wyłaniających się z zabawy, np. nauczenie się że można coś włożyć do garnuszków. Większość tych dzieci na początku drugiego roku życia przyswaja sobie pierwsze pojedyncze 3 - 4 słowa. Zaczyna też rozwiązywać proste zadania, takie jak pociąganie za sznurek aby coś dostać. Poprzez zabawę dzieci odkrywają nowe sposoby osiągnięcia pożądanego obiektów, naśladują proste czynności. Aby to zrobić muszą rozszerzyć swoją pamięć i zakres uwagi. Oznacza to, że muszą

¹¹¹ Tamże

¹¹² Zasępa E., **Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa**, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa : 2008.

¹¹³ Tamże

być świadome kilku rzeczy naraz. Dla wielu dzieci z ZD ten etap to bariera. Dzieci te nie dokonują analizy zadania, nie robią planu dalszych działań, nie potrafią powiązać kolejnych działań w jedną całość. Pokonują one kolejne stadia rozwoju zabaw, ale w ramach każdego stadium nie bawią się w tej samej kolejności oraz nie potrafią szybko wymyślić nowych odmian zabawy¹¹⁴.

Czas pomiędzy 18 - 24 miesiącem życia u dzieci z tym rodzajem niepełnosprawności jest czasem poważnego zastoju. W tym okresie szczególnie dużo czasu zajmuje im rozwój mowy. Chłopcy mają większe trudności w opanowaniu mowy niż dziewczynki. Mimo to, patrząc globalnie na różne aspekty rozwoju dziecka trzeba stwierdzić, że chociaż mowa jest opóźniona dziecko staje się coraz bardziej samodzielne i w sytuacjach towarzyskich może dać sobie radę. W wieku ok. 5 - 6 lat dzieci czynią względnie szybkie postępy w mowie.

U większości dzieci z zespołem Downa można oczekiwać postępu w zdobywaniu nowych umiejętności i sprawności, chociaż w tempie wolniejszym niż u dzieci o prawidłowym rozwoju umysłowym. Wiele dzieci ma problemy w łączeniu i koordynowaniu informacji pochodzących od różnych zmysłów np. koordynacji wzrokowo - ruchowej. U dzieci tych rozwój społeczny, a więc samodzielność i umiejętność kontaktu z ludźmi, jest bardziej rozwinięty niż wskazuje na to ich poziom rozwoju umysłowego.

Dziecko z zespołem Downa odznacza się wybitnie miłym, pogodnym, przychylnym dla otoczenia sposobem zachowania. Jego sfera emocjonalna jest wyraźnie nietknięta, wręcz przeciwnie, dziecko takie umie znaleźć przeróżne formy, okazania przywiązania, czym wykazuje swoistą inteligencję emocjonalną. W większości przypadków wiek społeczny jest stosunkowo najwyższy, następnie nieco niższy jest wiek umysłowy, zaś wiek określający poziom rozwoju mowy jest najniższy¹¹⁵.

Przyczyny zaburzeń w rozwoju mowy dzieci z zespołem Downa

Przyczyn jest wiele. Przede wszystkim są one związane z podłożem anatomicznym. Uszkodzenie tkanki mózgowej powoduje, że dzieci te mają, w różnym stopniu, obniżoną sprawność intelektualną. A więc zaburzenia mowy i jej rozwoju mogą być warunkowane centralnie jako następstwo uszkodzenia centralnego układu nerwowego (CUN) albo pozacentralnie wskutek uszkodzenia dróg nerwowych lub narządów biorących udział w procesie mowy.

Nie bez znaczenia pozostają cechy kliniczne zespołu Downa, takie jak:

- wadliwa budowa anatomiczna krtani,

¹¹⁴ Zasępa E., **Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa**, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa : 2008.

¹¹⁵ Zasępa E., **Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa**, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa : 2008.

- asymetryczne ustawienie więzadeł głosowych,
- wadliwa budowa anatomiczna nosogardzieli,
- wady w obrębie jamy ustnej: wąskie , wysoko wysklepione podniebienie, krótkie podniebienie miękkie, brak języczka, rozszczep podniebienia, zbyt rozrośnięty, gruby, ciężki, mięsisty, mało ruchliwy język, nieprawidłowo rozstawione zęby,
- nieprawidłowy zgryz,
- hypotonia mięśniowa (obniżone napięcie), ogólna wiotkość, w tym wiotkość mięśni fonacyjnych i oddechowych,
- zaburzenia funkcjonalne układu oddechowego; częste infekcje, skłonność do przeziębień i przewlekłego nieżyty nosa¹¹⁶.

U dzieci z zespołem Downa rozwój mowy przebiega, podobnie jak u dzieci zdrowych etapowo. Kształtowanie się mowy wyznaczają następujące po sobie fazy, z tym że pojawiają się one u większości dzieci z zespołem z opóźnieniem. U blisko połowy tych dzieci rozwój mowy przebiega wolniej. Jak wykazują badania naukowe okresy kształtowania się mowy u dzieci z zespołem Downa nie przebiegają równoległe do ich wieku, najczęściej nie nadążają za nim. Opóźnienia obserwuje się już nawet w fazach wstępnych tzw. przedmownych.

U dzieci prawidłowo rozwijających się I okres zw. okresem melodii obejmuje pierwszy rok życia. Charakterystyczne dla tego okresu głuźenie przypada na 2-4 miesiąc życia, a początek gaworzenia na 6-7 miesiąc życia. Dzieci z zespołem Downa zaczynają głużyć między 4 a 13 miesiącem życia, a więc o wiele później. Gaworzenie może pojawić się między 7 miesiącem a 6 rokiem życia. Ta olbrzymia rozpiętość jest uzależniona od poziomu rozwoju psychoruchowego dziecka. Część dzieci z zespołem Downa kończąc pierwszy rok życia potrafi jedynie głużyć¹¹⁷.

Kolejny okres zw. okresem wyrazu u dzieci prawidłowo rozwijających się przypada na drugi rok życia. Dzieci z omawianym zespołem zaczynają posługiwać się słowami między 18 miesiącem a 10 rokiem życia. Według najświeższych badań (C. Cunninghama) u 50- 75% dzieci z zespołem Downa pierwsze słowa pojawiają się w przedziale między 13 a 36 miesiącem życia. Podobnie jak u zdrowych dzieci pierwsze słowa to nazwy osób, przedmiotów np. zabawek, części ciała i nazwy czynności. Okres zdania u dzieci zdrowych obejmuje trzeci rok życia. Dzieci z zespołem Downa w ten okres wchodzi na ogół z dużym opóźnieniem wynoszącym nawet kilka lat. Niektórym z dzieci dotkniętych zespołem nie udaje się dość do tego etapu. Z badań wynika, że pierwsze 2-wyrazowe wypowiedzi budują dzieci z zespołem Downa między 4 a 14 rokiem życia. Umiejętność posługiwania się mową zdaniową opanowują te dzieci, których rozwój intelektualny przebiega na wyższym poziomie tj. mieści się w granicach upośledzenia lekkiego i umiarkowanego. Okres ostatni w rozwoju mowy zdrowego dziecka

¹¹⁶ Zasępa E., **Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa**, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa : 2008.

¹¹⁷ Tamże

przypada na tzw. wiek przedszkolny czyli trwa kilka lat (od 3 do 7 roku życia). Cechują go: wzbogacanie słownictwa, stabilizowanie się kategorii gramatycznych, ustalanie się wymowy, coraz dłuższe i bardziej poprawne strukturalnie wypowiedzi. Ten okres niezwyklej językowej aktywności u niektórych dzieci z zespołem jest znacznie opóźniony, a dla niektórych jest niestety nieosiągalny¹¹⁸.

Schorzenia współwystępujące z zespołem Downa

Głównymi schorzeniami, z którymi muszą się borykać pacjenci z zespołem Downa są nawracające infekcje dróg oddechowych oraz problemy i wady serca. Najczęściej występującą wśród chorych wadą serca jest tak zwana „dziura w sercu”, czyli wada przegrody międzykomorowej¹¹⁹. Wady serca oraz infekcje oddechowe nie są jedynymi zaburzeniami, z jakimi muszą radzić sobie osoby z zespołem Downa.

U osób chorych często diagnozuje się też pewne ubytki w zmysłach wzroku i słuchu, które mogą być odpowiedzialne za problemy w nauce oraz dostosowaniu się pacjentów do otoczenia. U osób dotkniętych tym schorzeniem dochodzi do nieprawidłowego wykształcenia szpary powiekowej oraz powstania zmarszczki nakątnej, co jak już wcześniej wspomniano, jest pierwszą cechą zauważaną przez społeczeństwo u osób z zespołem Downa. Zmiany te nie wywołują pogorszenia widzenia. Kolejnym z przykładów różnic w budowie oka osób chorych są jaśniejsze plamki w tęczówce, nazywane plamkami Brushfielda. Wady wzroku, jakie najczęściej występują u pacjentów to krótkowzroczność, dalekowzroczność, zez zbieżny i rozbieżny oraz astygmatyzm. Wady te występują wśród reszty populacji, jednak pacjenci z tą dolegliwością doświadczają ich znacznie częściej.

Choroby oczu, które występują tylko u osób z zespołem Downa to zapalenie brzegów powiek, które spowodowane jest łuszczeniem się przesuszonej skóry. Nielezione schorzenie może doprowadzić nawet do utraty wzroku. Następnym ze niedomagań występujących przeważnie u osób cierpiących na zespół Downa jest zaćma, która występuje prawie u połowy pacjentów¹²⁰. Rozwój nauki oraz medycyny ma pozytywny wpływ na korekcję wad wzroku u osób chorych. Coraz większa liczba optyków posiada dodatkowe informacje na temat wad wzroku występujących u pacjentów z zespołem Downa, a co za tym idzie są w stanie coraz trafniej dobierać metody leczenia oraz korekcji wad wzroku. Pośród pacjentów z trisomią 21 chromosomu występują również zaburzenia zmysłu słuchu. Tak jak w przypadku oczu, występują różnice w morfologicznej budowie uszu chorych. Przeważnie wyróżnia tu się wielkość płata ucha jak i jego osadzenie. Ze względu na zwężenie kanału usznego osoby z zespołem Downa często doznają infekcji ucha środkowego, które często trwa nieprzerwanie do wieku dorosłego.

¹¹⁸ Borzęcka A., Funkcjonowanie dziecka z zespołem Downa w grupie przedszkolnej [W]: *Edukacja małego dziecka*, Impuls, Kraków 2010.

¹¹⁹ Stratford, B., *Zespół Downa. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993

¹²⁰ Minczakiewicz E.M., *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 2001

Zaskakującym faktem jest to, iż wśród populacji osób z zespołem Downa znacznie rzadziej niż w reszcie społeczeństwa występują choroby psychiczne. Niektórzy badacze łączą to z optymistycznym usposobieniem pacjentów¹²¹.

Metody terapii osób z zespołem Downa

Nauka oraz terapia osób z zespołem Downa działa zgodnie z zasadami pedagogiki specjalnej. Działy pedagogiki specjalnej to oligofrenopedagogika, czyli pedagogika dotycząca jednostek upośledzonych umysłowo. Surdopedagogika jest to pedagogika dotycząca jednostek o upośledzonym słuchu. Tyflop pedagogika, czyli pedagogika dotycząca jednostek o upośledzonym wzroku. Pedagogika resocjalizacyjna dotycząca jednostek o zaburzonem zachowaniu na tle czynników organicznych i środowiskowych, oraz pedagogika terapeutyczna dotycząca jednostek kalekich i przewlekle chorych¹²².

Wiele trudności pojawiających się podczas nauki dziecka niepełnosprawnego można wyjaśnić poprzez jego upośledzenie. Przede wszystkim są to problemy ze skupieniem uwagi, odbiorem mało interesujących informacji, szybka męczliwość, problemy z zapamiętywaniem informacji, problemy z wykonywaniem operacji myślowych związanych z myśleniem abstrakcyjnym. Dzieci z problemami tego typu otrzymują orzeczenie kwalifikujące do kształcenia specjalnego. Kształcenie specjalne może być realizowane w placówce kształcenia specjalnego, klasie (szkole) integracyjnej bądź w klasie ogólnodostępnej szkoły masowej. Uczniowie z zaburzeniami mogą również przebywać w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych – takich jak np. Specjalny Ośrodek Szkolno- Wychowawczy nr 3 w Łodzi.

Pacjenci z zespołem Downa, z racji występującego upośledzenia umysłowego, potrzebują szczególnych metod nauczania oraz terapii. Jako pierwszy dostrzegł to Edouard Seguin, który w 1839 roku założył szkołę specjalną. Początkowo szkoła mieściła się w budynku szpitala dla nieuleczalnie chorych, zarówno fizycznie jak i psychicznie, co stwarzało pewne problemy. Osoby uczące się w szkole bardzo często, zapatrując się na towarzyszy cierpiących na choroby psychiczne, uczyło się zachowań niepożądanych. Ostatecznie Seguinowi przydzielono nowy budynek szkolny, gdzie mógł kontynuować swoją pracę. To właśnie on był prekursorem terapii edukacyjnej¹²³.

Podczas nauki osób z zespołem Downa stwierdzono, że najbardziej efektywną dla nich metodą pracy jest nauka bez błędów. Tak jak zdrowe dzieci uczą się na błędach, tak większość dzieci z zespołem Downa często potrafi świadomie nie wykonać pewnego zadania po to, by nie dostało do rozwiązania trudniejszego. Potwierdzili to w swoich badaniach Duffy i Wishart. Edukacja w ich

¹²¹ Stratford, B., *Zespół Downa. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993

¹²² Zasępa E. *Charakterystyka funkcjonowania intelektualnego osób z zespołem Downa*, [W]: *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej dziecka* / red. J. Rola, M. Zalewska, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2002.

¹²³ Stratford, B., *Zespół Downa. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993

przypadku odbywa się bardzo małymi krokami i zawsze musi zakończyć się pełnym sukcesem (Stratford, 1993)¹²⁴. Osoby z zespołem Downa bardzo ciężko radzą sobie z występującymi podczas nauki trudnościami. U znacznej części chorych dzieci występuje też problem z zakresem oraz kontrolą uwagi. Wraz z wydłużającym się czasem, w jakim muszą się koncentrować, wzrasta liczba popełnianych przez nie w zadaniach błędów. Występują też u nich problemy z pamięcią krótkotrwałą, przez co pojawiają się problemy z przenoszeniem informacji do pamięci długotrwałej.

Warsztaty Terapii Zajęciowej

Nauka dzieci z zespołem Downa odbywa się zazwyczaj w ośrodkach specjalnych czy klasach, szkołach integracyjnych. Uczniowie, w miarę swoich możliwości są uczeni umiejętności szkolnych takich jak pisanie, czytanie, liczenie, jak również integracji i otwartości na otoczenie. Osoby po ukończonym obowiązku szkolnym zazwyczaj trafiają do warsztatów terapii zajęciowej, gdzie przygotowywane są do samodzielnego życia oraz zdobycia zawodu. Joanna Meder podaje, że:

*„ Warsztaty terapii zajęciowej są częścią środowiskowego programu leczenia i rehabilitacji (...). Praca terapeutyczna w warsztatach odwołuje się do założeń obowiązujących w szerszym systemie opieki środowiskowej. ”*¹²⁵

Praca w takich warsztatach odbywa się w poszczególnych pracowniach, do których uczestnicy przydzielani są ze względu na indywidualne umiejętności oraz potrzeby. Zazwyczaj, w tego typu placówkach, wyróżnić możemy pracownie plastyczne, rękodzielnicze, krawieckie, tkackie, stolarskie, komputerowe oraz pracownie zaradności społecznej i reedukacji. Terapeuci zajęciowi poprzez organizację odpowiednich zajęć starają się wyrobić w uczestnikach zachowania przydatne i niezbędne do późniejszego podjęcia pracy. W toku zajęć odbywają się też zajęcia ruchowe z kinezyterapeutą oraz zajęcia grupowe i indywidualne z psychologiem, zarówno reedukacyjne, wspomagające doskonalenie zdobytych już umiejętności szkolnych, jak i typowo poradnicze. Dla każdego z uczestników, co rok tworzy się Indywidualny¹²⁶

Program Rehabilitacji, który ulega ewaluacjom, a jego treść zmieniana jest w miarę poprawy lub pogorszenia wybranych funkcji u podopiecznego. Do najważniejszych zadań rehabilitacyjnych WTZ-ów możemy zaliczyć nieustającą pracę nad rozwojem uczestników pod względem podstawowych umiejętności społecznych, zaradności życiowej, współpracy

¹²⁴ Minczakiewicz E.M., *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 2001

¹²⁵ Meder, J., *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000

¹²⁶ Ignasiak R., Krawczyk P., *Formuła warsztatu terapii zajęciowej*, [W]: *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z zespołem Downa*, pod red. nauk. E. Pisuli i D. Danielewicz, Impuls, Kraków 2005

w grupie i rodzinie. Warsztat ma za zadanie zadbać o to, by każdy z uczestników otrzymał odpowiednią formę treningu pracy. Joanna Meder podzieliła rehabilitację na etapy. Pierwszym z nich jest adaptacja, czyli pierwszy rok uczęszczania na zajęcia.

Dalszym etapem jest praca w grupie, trwa około dwa lata. Ostatnim etapem pracy jest stabilizacja, czyli samodzielność oraz próby podjęcia pracy, trwa około 2 lat. Model ten jest bardzo optymistyczny i ma się nijak do realiów funkcjonowania warsztatów, gdzie jeden uczestnik może przebywać nawet do 15 lat. Rodzice nieświadomi prawdziwej funkcji warsztatów terapii zajęciowej, nie starają się by wesprzeć dziecko we wchodzeniu na rynek pracy¹²⁷.

Ważnym elementem rehabilitacji osób z zespołem Downa jest rehabilitacja i aktywizacja zawodowa. W placówkach takich jak warsztaty terapii zajęciowej tym zadaniem zajmują się psychologowie oraz doradcy zawodowi. Jak dowiedziono w wielu badaniach podjęcie pracy ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie oraz samopoczucie jednostki. Olsen dowiódł, że zorganizowana aktywność jest pomocna w redukcji zachowań dewiacyjnych u pacjentów.¹²⁸ Joanna Meder w publikacji pod jej kierownictwem wymieniła kilka funkcji pracy. Według niej praca pozwala na doświadczanie znaczenia osobistych osiągnięć. Dzięki pracy zawodowej jednostka może zaangażować się w inną rolę społeczną niż rola pacjenta. Praca zawodowa może zawierać jasne dla pacjentów kryteria wychodzenia z zaburzenia. Osoba pracująca ma status aktywnego, pracującego członka społeczności, a w ten sposób rośnie jego status społeczny. Praca w grupie dostarcza społecznych kontaktów oraz wsparcia. Uczęszczanie do pracy nadaje dniu strukturę, wspomaga organizację czasu¹²⁹

Aktywizacja zawodowa odbywa się poprzez uczestniczenie w targach pracy dla niepełnosprawnych, specjalnie dostosowanych kursach podnoszących kwalifikacje lub przygotowujących do wykonywania określonego zawodu. Zazwyczaj tego typu zajęcia organizowane są przez centra aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych czy powiatowe urzędy pracy. Jak twierdzi Joanna Meder:

*„ Ostateczny, a najbardziej wymierny efekt rehabilitacji w warsztatach, jakim jest podjęcie i utrzymanie pracy chronionej, jest udziałem tylko nielicznej grupy pacjentów. ”*¹³⁰

Podczas zajęć w warsztacie również odbywają się zajęcia wspomagające rozwój jednostki, jako przyszłego pracownika. Uczestnicy uczeni są odpowiedniego przygotowania miejsca pracy, materiałów

¹²⁷ Lindyberg I., *Warsztat Terapii Zajęciowej - kultura organizacyjna a wyzwania rehabilitacji*, [W]: *Współczesne problemy pedagogiki specjalnej*, pod red. Urszuli Bartnikowskiej, Wydaw. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2008.

¹²⁸ Wojtasiak E., *Możliwości i bariery aktywności zawodowej uczestników warsztatów terapii zajęciowej* [W:] *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych*, pod red. Grażyny Dryżałowskiej, Żak, Warszawa 2004

¹²⁹ Meder, J., *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000

¹³⁰ Meder, J., *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000

oraz uprzątnięcia swojego otoczenia po skończeniu zajęć. Określone grafikami dyżury pomagają wyrobić u nich nawyki odpowiedzialności i systematyczności oraz zachowań prospołecznych¹³¹.

Uczestnicy z pracowni stolarskiej czy reedukacji pomagają przy wszelkiego rodzaju pracach remontowo- wykończeniowych. Uczni są obsługi maszyn takich jak frezarka, wiertarka. Dokonują drobnych napraw w warsztacie. Praktyczna nauka pod okiem terapeuty pomaga im zdobyć nowe umiejętności, podnosząc tym samym swoją samoocenę. W pracowni reedukacji i zaradności społecznej uczą się przygotowywać proste posiłki, parzyć herbatę i kawę. Podczas imprez okolicznościowych, takich jak warsztatowa Wigilia czy śniadanie Wielkanocne, pomagają ustawiać stoły, nakrywać do stołu, nakładać jedzenie oraz ćwiczą zachowania zgodne z *savoir vivre*m. Uczestnicy uczą się pracować, prasować, odkurzać, zmywać podłogi i okna. Wszystkie te czynności przybliżają ich do zdobycia zawodu. Wyjścia integracyjne czy imprezy kulturalne pomagają im nabyć ogłady, odnaleźć się w społeczeństwie, nauczyć się oraz stosować się do zasad współżycia społecznego.

Arteterapia

Nieodzownym elementem nauki oraz terapii dzieci z zespołem Downa jest szeroko rozumiana arteterapia, gdyż ze względu na różnorodność form oraz ich interpretacji może być doskonałą techniką nauki oraz wyrażania siebie i budowania kontaktu z otoczeniem. Arteterapia jest wykorzystaniem różnych czynności określanych mianem twórczych w celu rehabilitacji leczniczej. Działania arteterapeutyczne są podległe określonym koncepcjom terapeutycznym. Terapia poprzez sztukę jest, więc narzędziem oddziaływań terapeutycznych, psychologicznych, które mają za zadanie doprowadzić do zmian w zachowaniu wychowanka. Głównymi kanałami działania arteterapii są zajęcia plastyczne, muzyczne, literackie, teatralne czy taneczne¹³².

Arteterapia to jedna z technik oddziaływania terapeutycznego. Etymologicznie *arte* pochodzi od łacińskiego słowa *ars*, czyli sztuka, oraz *therapeueien*, czyli terapia, stąd arteterapia, to terapia poprzez sztukę, twórczość, kreatywność. Terapia sztuką opiera się na psychologicznych mechanizmach twórczości. Kreatywnością i twórczością, z racji szerokiego zastosowania tych terminów zajęli się również psychologowie, tworząc konstrukt teoretyczny nazwany *psychologią kreatywności*. Nie zanotowano jednej, zwartej i dokładnej definicji kreatywności. Teoretycy, by opisać i zrozumieć pojęcie posługują się takimi jej składowymi jak: kreatywny produkt, proces, osoby i miejsca¹³³.

Kreatywność można w różny sposób mierzyć oraz stymulować. Podejmowanie działań stymulujących rozwój oraz usprawnianie wykonywania powierzonych czynności poprzez sztukę

¹³¹ Wojtasiak E., *Możliwości i bariery aktywności zawodowej uczestników warsztatów terapii zajęciowej* [W:] *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych*, pod red. Grażyny Dryżałowskiej, Żak, Warszawa 2004.

¹³² Andrychowska-Biegacz J., *Gry i zabawy rozwijające dla dzieci młodszych : 50 przykładów zajęć do praktycznego wykorzystania*, Forsze, Rzeszów 2000.

¹³³ Buchalter S., *Terapia sztuką : praktyczny poradnik*, Zysk i S-ka Poznań 2006.

bezpośrednio łączy się, więc z psychologią kreatywności. Założenia teoretyczne pokazują, że człowiek może być kreatywny w każdym momencie swojego życia, chociaż to dzieci, z racji niewykształconych jeszcze filtrów poznawczych są bardziej kreatywne w swoich działaniach. Arteterapia łącząc w sobie pojęcia związane z psychologią kreatywności, psychologią poznawczą oraz sztukami plastycznymi staje się idealnym narzędziem do terapii ludzi w każdym wieku i z różnym stopniem sprawności¹³⁴.

Arteterapia, jak już wcześniej wspomniano jest jednym z rodzajów terapii zajęciowej. Razem z ergoterapią oraz socjoterapią stanowią pełnię oddziaływań terapeutycznych terapii zajęciowej. W skład metod terapii sztuką wchodzi: rysunek, malarstwo, grafika, rzeźba, filmoterapia, sztuki użytkowe, teatroterapia, zdobnictwo i dekoratorstwo, choreoterapia, muzykoterapia oraz biblioterapia. W dalszej części pracy zostaną opisane niektóre metody terapii zajęciowej.

Rysunek oraz malarstwo są podstawowymi technikami terapii w arteterapii. Poprzez te dwie dziedziny sztuki osoby biorące udział w warsztatach terapii zajęciowej mogą rozwinąć oraz usprawnić koordynację wzrokowo-ruchową, popracować nad zakresem zdolności manualnych oraz poprzez ekspresję plastyczną wyrazić swoje uczucia oraz osobowość. Malowanie i rysowanie daje wiele możliwości do działania. Obszerny zakres narzędzi, jakie mogą być używane w tych technikach pozwala na swobodny wybór najlepszych środków wyrazu¹³⁵.

Malowanie i rysowanie ołówkami czy kredkami pozwala sprawdzić, na jakim etapie chwytania jest dana osoba, czy jest to chwyt całą ręką czy tylko wybranymi palcami. Pozwala również określić ogólną sprawność manualną, czy osoba potrafi posługiwać się przyrządami potrzebnymi w rysowaniu jak temperówka, gumka czy linijka. Obserwacja osób wykonujących zadania plastyczne może być bardzo ważnym źródłem informacji potrzebnych w dalszym toku oddziaływań terapeutycznych. Kolorowanie czy rysowanie po szlaczkach może dać nam informacje na temat zdolności kontroli swoich ruchów wychowanka, może też być ważnym źródłem danych dotyczących motywacji, jakie kierują daną osobą, oraz czy posiada odpowiednie pokłady cierpliwości by zadanie dokończyć. Malowanie farbami przy użyciu palców lub całych rąk, stóp może pomóc podczas terapii integracji sensorycznej osób z zaburzeniami czucia czy równowagi¹³⁶.

Teatroterapia, z punktu widzenia psychologii, wydaje się być jedną z najważniejszych technik oddziaływania terapeutycznego, a to za sprawą możliwości odgrywania swoich emocji w sztucznie zaplanowanych, bezpiecznych warunkach. Dzieci w zabawie, podczas odgrywania ról rodzinnych,

¹³⁴ Buchalter S., *Terapia sztuką : praktyczny poradnik*, Zysk i S-ka Poznań 2006.

¹³⁵ Gara-Łukaszevska J., Szperkowski T., *Współtworzenie : zajęcia plastyczne z osobami upośledzonymi umysłowo*, WSiP, Warszawa 1997.

¹³⁶ Tamże

społecznych uczą się wyrażać swoje emocje w sposób kontrolowany i w miarę przewidziany. Tak samo jest podczas terapii aktorstwem, teatroterapią¹³⁷.

Osoby biorące udział w zajęciach mogą swobodnie wczuwać się w różne postacie, przeżywać różne, czasem skrajne emocje bez żadnych ograniczeń – zawsze można powiedzieć, że była to tylko gra. Teatroterapia pozwala uczulić osoby na sztukę mówienia, odgrywania ról, przekazywania w sposób zrozumiały swoich emocji. Podczas przygotowywania występów lub już podczas samych przedstawień osoby wchodzą w niepowtarzalny kontakt z samym sobą, z własnym ciałem. Uczą się kontrolować swoje odruchy, mieć pełną, świadomą kontrolę nad wszystkimi częściami swojego ciała¹³⁸.

Biblioterapia to terapia poprzez czytanie książek, artykułów usprawniająca zdolności czytania oraz szeroko pojętego myślenia. W czasie czytania rozwijamy takie procesy poznawcze jak myślenie, pamięć wzrokową, krótkotrwałą oraz długotrwałą – tutaj poprzez odniesienie przeczytanego tekstu do własnych wspomnień i przeżyć. Czytanie poprawia wyobraźnię, a co za tym idzie myślenie abstrakcyjne, które jest częstym problemem osób upośledzonych¹³⁹.

Biblioterapia pozwala na chwilowe oderwanie się od rzeczywistości i zagłębienie w świat przeżywany wraz z bohaterami książki. Terapia czytaniem wpływa też pozytywnie na koordynację wzrokowo-ruchową, usprawnia umiejętności związane z ruchami gałek ocznych, jak śledzenie tekstu. Biblioterapia pozwala też na rozwój kreatywności, gdy po przeczytaniu danego tekstu omawia się jego treść, dopisuje nowe zakończenia, zastanawia się nad dalszymi losami bohaterów czy tworzy alternatywne wersje wydarzeń.

Reasumując, arteterapia zawiera w sobie szeroki wachlarz oddziaływań terapeutycznych, które pomagają w pełnym rozwoju uczestników warsztatu. Wychowankowie mogą w swobodny sposób dobierać sobie zajęcia tak, by robić to, co sprawia im przyjemność, w czym czują się mocni i spełnieni. Terapeuta zajęciowy wykorzystujący w swoich oddziaływaniach wychowawczych arteterapię może w kompleksowy sposób wzmocnić mocne strony uczestników oraz rozwinąć całkiem nowe możliwości. Arteterapia łączy w sobie pracę nad umysłem, ciałem, emocjami osób poddawanych tej technice terapii. Jest nieodzownym elementem każdego warsztatu terapii zajęciowej.

Historia muzykoterapii

Lecznicze właściwości muzyki znane są już od dawna. Najstarszy zapis o jej pozytywnym wpływie pochodzi sprzed trzech tysięcy lat. To właśnie w Starym Testamencie czytamy, że królowi Saulowi, który popadł w ciężką depresję, ukojenie przyniosła gra Dawida i jego śpiewanie kantyki poetyckie przy akompaniamencie cytry. Myśliciele antyczni (Pitagoras, Arystoteles) rozpatrywali

¹³⁷ Bielańska A., *Teatr, który leczy*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków : 2002

¹³⁸ Tamże

¹³⁹ Borecka I., *Biblioterapia : teoria i praktyka : poradnik*. Wyd. SBP, Warszawa 2001.

muzykę w aspekcie profilaktyki psychohygienicznej, a wybitne osobistości podkreślały jej fenomen. psychomotoryczny, wspomaga rozwój oraz doskonalenie motoryki. Ostatni, pedagogiczny, skupia się na wykorzystaniu muzykoterapii do leczenia zaburzeń oraz niwelowania zachowań niepożądanych podczas oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych¹⁴⁰. Muzykoterapia, to jedna z metod stosowanych w arteterapii, czyli terapii sztuką. Termin muzykoterapia pochodzi od wywodzącego się z greki słowa „*mousike*”, czyli muzyka oraz słowa „*therapeucin*” znaczącego terapia.

Ta forma terapii jest definiowana, jako:

„wykorzystanie muzyki lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę i pacjenta/klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla lub ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki tak, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia”¹⁴¹.

Muzykoterapia może oddziaływać na pacjenta w ramach czterech obszarów. Pierwszy z nich to obszar psychosomatyczny, wspiera funkcje wegetatywne człowieka. Drugi, psychologiczny, wpływa na kontrolę emocji, rozwój zdolności komunikacyjnych oraz poznawczych. Trzeci z omawianych obszarów, w leczeniu w londyńskich szpitalach w latach 40. XX wieku¹⁴², jednak pierwsze na świecie studia z kierunkiem muzykoterapii powstały dopiero w 1994 roku na Uniwersytecie Stanowym Michigan (ibidem). Medycyna polska odkryła korzyści płynące z muzykoterapii w latach 50. ubiegłego wieku, kiedy to Demianowski zbadał i opisał wpływ muzyki na schorzenia z kręgu nerwicowych. Inicjatorami pierwszego w Polsce Zakładu Muzykoterapii w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu są prof. Tadeusz Natanson oraz dr. n. med. Andrzej Janicki i są uważani za orędowników muzykoterapii w naszym kraju. Muzykoterapię możemy podzielić na receptywną, czyli słuchanie muzyki, oraz aktywną, czyli improwizacje wokalne i taneczne.

Cele i funkcje muzykoterapii

Muzykoterapia, jak już wspomniano, wywodzi się z kręgu metod terapii sztuką. Mają one na celu podtrzymywanie oraz wpływanie na podnoszenie jakości życia osób poddawanych terapii za pomocą przeróżnych dzieł sztuki oraz procesów jej tworzenia. Zajęcia z muzykoterapii mogą być prowadzone indywidualnie i grupowo. Z racji szeroko rozumianego pojęcia sztuki oraz artystycznych oddziaływań terapeutycznych, cele muzykoterapii definiowane są bardzo obszernie.

¹⁴⁰ Galińska, E., *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*. Zeszyt Naukowy Akademii Medycznej we Wrocławiu 1990, 45: 162.

¹⁴¹ Szulc, W., *Muzykoterapia, jako przedmiot badań i edukacji*. UMCS, Lublin 2005;

¹⁴² Śliwka, A., Jarosz, A., Nowobilski, R., *Muzykoterapia, jako składowa kompleksowego leczenia*. Pol Merk Lek 2006

Elżbieta Galińska podaje osiem celów muzykoterapii, są nimi: kształtowanie sfery emocjonalnej; rozwijanie prawidłowej komunikacji międzyludzkiej; wzbudzanie gotowości do kontaktu, inicjowanie i ukierunkowanie prawidłowego komunikowania się; kształtowanie osobowości pacjenta; wpływanie na stan pobudzenia psychomotorycznego oraz napięcie emocjonalne i mięśniowe; wpływanie korzystnie na stan psychofizyczny pacjenta; wzbogacenie oraz wspomaganie metod diagnostycznych; wzbudzanie określonych reakcji fizjologicznych; wpływanie na przemiany biochemiczne zachodzące w ustroju¹⁴³.

Poprzez muzykoterapię możliwe jest usprawnianie sprawności fizycznej, koordynacji wzrokowo- ruchowej, pamięci oraz koncentracji. Terapia muzyką wspomaga też naukę adekwatnego wyrażania uczuć i emocji oraz wpływa na umiejętność zdobywania nowych doświadczeń społecznych. Arteterapia poprzez muzykę pomaga osobom z zespołem Downa czy innymi zaburzeniami upośledzeniami odnaleźć ład, wewnętrzny spokój, nadać rytm ich życiu. Muzykoterapia bardzo dobrze sprawdza się też podczas terapii pedagogicznej oraz resocjalizacji¹⁴⁴.

Ewelina Konieczna podaje cztery cele, obszary działania muzykoterapii. Pierwszym z nich jest obszar skoncentrowany na działaniach terapeutycznych, dzięki którym możliwe będzie uzyskanie równowagi między sferą emocjonalną i sferą fizjologiczną.

Drugi obszar obejmuje cele ogólnorozwojowe, które mają za zadanie dostarczenie jednostce różnych przeżyć nacechowanych poznawczo i emocjonalnie. Trzeci obszar to cele stricte wpływające na umuzykalnianie oraz dostarczanie wrażeń estetycznych. Ostatnim z obszarów działania muzykoterapii jest pomoc w uświadomieniu wypartych przez jednostkę przeżyć oraz wspomnień i ich odreagowanie¹⁴⁵.

Cele muzykoterapii wyznaczają sposób opisywania funkcji jej zastosowania. Funkcje muzykoterapii można podzielić na sześć grup związanych z różnymi aspektami terapii oraz życia człowieka. Każda z grup odpowiada za poszczególną funkcję muzykoterapii, jakimi są: funkcja emocjonalna, terapeutyczna, poznawcza, kulturotwórcza, ekspresyjna i zabawowa. Grupa pierwsza, odnosząca się do funkcji emocjonalnej, to działania związane z kontrolą reakcji emocjonalnych oraz nauką relaksacji. Grupa druga, związana z funkcją terapeutyczną, skupia się na doskonaleniu umiejętności społecznych, określania adekwatnego obrazu siebie, podnoszenia samooceny oraz wypracowania otwartości na innych. Grupa trzecia, dotycząca funkcji poznawczej, odnosi się do procesów poznawczych człowieka i funkcją, jaką spełniają wchodzące w jej skład działania terapeutyczne jest uwrażliwienie na odbiór muzyki. Czwarta grupa dotyczy funkcji kulturotwórczych.

¹⁴³ Galińska, E., *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*. Zeszyt Naukowy Akademii Medycznej we Wrocławiu 1990, 45: 162

¹⁴⁴ Colonna-Kasjan D., *Muzykoterapia i trening relaksacyjny jako metoda oddziaływania psychoprofilaktycznego w toku edukacji dzieci w młodszym wieku szkolnym*, [W]: **Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży**, red. nauk. L., **Kataryńczuk-Mania**, Wydaw. WSP, Zielona Góra 2000.

¹⁴⁵ Konieczna, E.J., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2007

W skład piątej grupy, powiązanej z funkcją ekspresyjną, wchodzi działania mające na celu rozładowanie napięcia emocjonalnego. Ostatnia grupa, to działania mające na celu pomoc w integracji uczestników zajęć, związana z funkcją zabawową¹⁴⁶.

Metody stosowane w muzykoterapii

Metody stosowane w muzykoterapii są ściśle połączone z funkcjami, jakie muzyka pełni w leczeniu. Elżbieta Galińska dzieli metody stosowane podczas pracy muzykoterapeuty ze względu na rodzaj wykonywanych zadań oraz zamierzony efekt działania terapeutycznego¹⁴⁷.

Pierwsza z nich to metoda odreagowująco-wyobrażeniowa, która jest jednocześnie metodą aktywizującą emocjonalnie. Metoda ta opiera się na twórczych wizualizacjach. Terapia ma za zadanie zintensyfikować ilość oraz zróżnicować występujące u pacjenta wyobrażenia. Do osiągnięcia tego doprowadza się poprzez trenowanie wyzwalań wzrokowych wyobrażeń projekcyjnych czy wywoływanie skojarzeń obrazu z muzyką. Pobudzanie wyobraźni sprzyja występowaniu niehamowanych reakcji emocjonalnych, które pomagają w rozładowaniu napięcia emocjonalnego.

Drugą z grup metod są działania treningowe w dużej mierze oparte na zasadach treningu autogennego Schultza. Opierają się też na zasadach uczenia się oraz na koncepcji warunkowania Pawłowa. Pacjenci poddani tej metodzie, podczas zajęć uczą się bezpiecznych metod niwelowania napięcia psychofizycznego¹⁴⁸.

Kolejną z grup metod są szeroko znane metody relaksacyjne. Dzięki ich wykorzystaniu pacjenci uczą się jak osiągnąć odprężenie, wyciszenie. Najprostszą z metod relaksacyjnych jest słuchanie nagrań z odgłosami natury, śpiewem ptaków czy szumem morza.

Dalej wyróżniamy metody komunikacyjne, które służą do nauki komunikacji społecznej. Podczas zajęć prowadzonych metodą komunikacyjną pacjenci stawiani są w różnych sytuacjach pomagających im nauczyć się zachowań społecznie akceptowanych i wymaganych, takich jak współpraca czy empatyczność. Zajęcia prowadzone są głównie poprzez psychodramy, odgrywanie scenek¹⁴⁹.

Odbiór muzyki służy działaniom twórczym, a co za tym idzie wyróżniono też kreatywne metody terapii muzyką. Praca w tej metodzie opiera się głównie na improwizacjach muzycznych, wokalnych i tanecznych, które rozwijają poczucie własnej odrębności, celowości swoich działań oraz pomagają poprawić samoocenę.

¹⁴⁶ Colonna-Kasjan D., *Muzykoterapia i trening relaksacyjny jako metoda oddziaływania psychoprofilaktycznego w toku edukacji dzieci w młodszym wieku szkolnym*, [W]: **Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży**, red. nauk. L., Kataryńczuk-Mania, Wydaw. WSP, Zielona Góra 2000

¹⁴⁷ Tamże

¹⁴⁸ Danel-Bobrzyk H., *Miejsce muzyki w kontaktach z dzieckiem*, [W]: **Przemiany w naukach o wychowaniu - idee, koncepcje, rzeczywistość edukacyjna**, pod red. W., Korzeniowskiej, Impuls, Kraków 2002

¹⁴⁹ Tamże

Odpowiednio dobrana muzyka pomaga wyciszyć umysł i wprowadzić w stan bliski szeroko rozumianego transu. Kolejną grupą metod stosowanych w terapii poprzez muzykę są metody kontemplacyjne. Podczas słuchania muzyki poważnej pacjenci doświadczają uczucia wzniosłości, rozwijający tym samym uczuciowość wyższą.

Ostatnią z grup metod terapeutycznych są metody aktywizujące zasadzające się na zabawach muzyczno-ruchowych. Podczas takich zajęć pacjenci mogą w sposób dowolny pobudzić swoją aktywność do działania, zaznaczyć swoją odrębność jednocześnie współpracując w grupie¹⁵⁰.

2.4. Muzykoterapia, jako forma pracy z osobami niepełnosprawnymi

Muzykoterapia w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi zasadza się głównie na korekcji funkcji zaburzonych, adekwatnym do sytuacji niwelowaniu napięć emocjonalnych, psychofizycznych oraz stwarzaniu sytuacji sprzyjających występowaniu korzystnych dla pacjentów doświadczeń interpersonalnych. Zajęcia z muzykoterapeutą pomagają rozładować emocje, pobudzić wyobraźnię, poprawić pamięć, koordynację wzrokowo-ruchową, czyli zaktywizowany jest cały organizm pacjenta. Muzykoterapia w grupie pomaga przepracować wewnętrzne problemy z otoczeniem. Podczas tego typu zajęć osoba niepełnosprawna może w sposób bezpieczny i sobie odpowiedni nawiązać kontakty z drugą osobą czy całą grupą jednocześnie¹⁵¹.

Spontaniczne i improwizowane ćwiczenia przy muzyce pozwalają na wyrażenie siebie. Do uczestniczenia w tych zajęciach nie potrzeba specjalnych predyspozycji, gdyż każdy czuje i odbiera muzykę na swój własny sposób. Muzykoterapia może być używana w celu wyciszenia osób nadpobudliwych oraz pobudzenia osób nadmiernie wyciszonych. Poprzez muzykę możliwa jest komunikacja z osobami niepełnosprawnymi, muzyka powala im się otworzyć na świat zewnętrzny. Ćwiczenia przy muzyce mogą odbywać się przy użyciu różnych przyrządów, np. piłek treningowych czy obręczy, co wspomaga rozwijanie świadomości swojego ciała oraz poprawia koordynację wzrokowo-ruchową¹⁵².

W trakcie spotkań muzykoterapeutycznych wykorzystywane są różne środki, których celem jest wpływanie na człowieka z uwzględnieniem indywidualnych jego potrzeb. Podstawowym środkiem oddziaływania muzykoterapeutycznego jest sama muzyka, która dzięki swoim specyficznym właściwościom może i wpływa na ludzką egzystencję. Jej wielowarstwowa struktura (akustyczna,

¹⁵⁰ Galińska, E., *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*. Zeszyt Naukowy Akademii Medycznej we Wrocławiu 1990

¹⁵¹ Danel-Bobrzyk H., *Miejsce muzyki w kontaktach z dzieckiem*, [W]: *Przemiany w naukach o wychowaniu - idee, koncepcje, rzeczywistość edukacyjna*, pod red. W., Korzeniowskiej, Impuls, Kraków 2002

¹⁵² Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Gdańsk 1996

semantyczna, estetyczna) może działać na różne parametry ludzkiej aktywności. Sama struktura muzyki przypomina przebiegi napięć i odprężeń podobnie jak w podstawowych procesach życiowych¹⁵³.

W zależności od pacjenta i jego potrzeb zmienia się funkcja muzyki oraz związane z nią techniki i formy. Brak konkretności przekazu muzycznego często ułatwia kontakt z pacjentem, niweluje pewną pojawiającą się blokadę istniejącą między pacjentem a terapeutą. Muzyka „potrafi” przełamać opór pojawiający się u pacjenta a związany z przekazywaniem myśli

Muzyka towarzyszy człowiekowi praktycznie już od chwili poczęcia aż do ostatnich chwil jego życia. Słuch bowiem jest pierwszym obok dotyku zmysłem, dzięki któremu dziecko komunikuje się ze światem. To właśnie dzięki temu zmysłowi człowiek może rozwijać swoją mowę. Często ta sama muzyka potrafi oddać ciepło i miłość macierzyńską bądź potrafi działać kojąco na ból, czego dowodem może być wykorzystywanie muzyki w rytuałach leczniczych szamanów bądź czarowników. Rola samej muzyki na przestrzeni wieków wielokrotnie się zmieniała jednak zawsze miała wpływ na człowieka, niejednokrotnie podtrzymując ducha narodu.

Muzyczne przykłady mogą kojarzyć się pacjentowi z przeżyciami niekiedy zapomnianymi, a które mogą być w procesie terapii ujawnione. Najczęściej stosowane są w muzykoterapii techniki wyobrazeniowe, do których zaliczyć możemy technikę kierowanej wyobraźni (np.: pisanie scenariusza do muzyki) bądź techniki skojarzeniowo – konstrukcyjne. Funkcja wykorzystanej techniki zmienia się w zależności od wymagań konkretnego przypadku. W celu wzmocnienia pewnych określonych przeżyć muzykoterapia włącza do wykorzystywanej muzyki elementy pantomimy, dramy i psychorysunku¹⁵⁴.

Muzykoterapia jako forma psychoterapii chcąc wpłynąć na pacjenta musi kierować się różnymi formami aktywności pacjenta tym samym musi wykorzystywać różnorodne środki oddziaływania. Każdą z wymienionych kategorii należy dostosować do wymagań konkretnego przypadku i przyjętego celu gdyż na pierwszym miejscu stoi zawsze człowiek¹⁵⁵

Z uwagi na sposób organizacji działań leczniczych można wyróżnić muzykoterapię indywidualną oraz grupową, która może być ukierunkowana („zakłada, że w czasie aktywnej działalności muzycznej jednostka będzie musiała ścierać się ze społecznością, a zatem będzie musiała

¹⁵³ Galińska E., *Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania* [w] Jankowski W., Kamińska, A. Miśkiewicz (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia*, Katedra Psychologii Muzyki Akademii Muzycznej im. F. Chopina, Warszawa 2000

¹⁵⁴ Stadnicka J., *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, WSiP, Warszawa 1998,

¹⁵⁵ Skawina B., A. Kamiński, *Terapia poprzez ruch twórczy i rytmikę w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi umysłowo* [w] *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*, Akademia Muzyczna, Łódź 2002

uporać się ze sposobami swego złego zachowania, a także będzie musiała kierować uwagę na wydarzenia somatyczne związane z czynnościami własnego ciała¹⁵⁶ bądź nieukierunkowana.

Muzykoterapia może być również receptywna, polega na słuchaniu muzyki i przekazywaniu indywidualnych odczuć co powiązane jest z dyskusją psychoterapeutyczną oraz aktywna, która obejmuje produkcje dźwiękowe pacjentów. W trakcie zajęć formy muzykoterapii mogą być ze sobą łączone w celu wzmocnienia zamierzonego efektu. Metody stosowane w muzykoterapii to: odreagowująco – wyobrazeniowe sprzyjające pobudzeniu emocji i katharsis, treningowe oparte na różnych wariantach treningu autogennego Schulza i nawiązują do teorii uczenia się, relaksacyjne, komunikatywne związane z uczeniem komunikacji społecznej, kreatywne w postaci improwizacji instrumentalnej, wokalne i ruchowej oraz estetyzujące¹⁵⁷.

Muzykoterapia oraz choreoterapia, z racji wspólnego mianownika w postaci muzyki powinny być opisywane razem. Muzykoterapia, to głównie terapia poprzez śpiew, modulację głosu oraz odpowiednie reagowanie na muzykę jak i jej brak w zabawie.

Choreoterapia to terapia tańcem, która byłaby bardzo trudna do wykonania bez użycia wcześniej wspomnianej muzykoterapii. Poprzez muzykoterapię wychowankowie mogą odkryć, rozwinąć i usprawnić swoją wrażliwość muzyczną, kształtować słuch muzyczny czy wyrażać siebie i swoje odczucia poprzez śpiew. Terapia muzyką jest też ważnym elementem życia jednostki terapeutycznej. Terapeuta wraz z uczestnikami warsztatu mogą przygotowywać oprawę muzyczną ważnych wydarzeń, jak np. Boże Narodzenie czy Dzień Kobiet. Występowanie przed publicznością, znaną sobie i lubianą wpływa pozytywnie na samopoczucie uczestników, pomaga rozwijać pewność siebie i walczyć z nieśmiałością i tremą.

Choreoterapia, tak jak w przypadku teatroterapii pomaga uczestnikom pozostać w kontakcie ze swoim ciałem, usprawnić ich motorycznie. Zajęcia muzyczno-ruchowe to ciekawy sposób na pomoc wychowankom w przełamywaniu barier fizycznych. Taniec pozwala na wyrażanie ekspresji emocji, odczuć oraz na integrację sensoryczną. Zajęcia terapeutyczne związane z ruchem pozwalają też na przełamywanie barier związanych z nieśmiałością, strachem przed dotykiem, kontaktem fizycznym z innymi uczestnikami¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Gdańsk 1996

¹⁵⁷ Tamże

¹⁵⁸ Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Gdańsk 1996

Diagnoza psychologiczna dziecka stanowi próbę wyjaśnienia czynników i mechanizmów psychologicznych wpływających na powstawanie zgłaszanych problemów oraz genezy tychże problemów. Służy poznaniu dziecka, jego możliwości rozwoju, zachowań, specyfiki trudności w funkcjonowaniu szkolnym, osobniczym, w relacjach rodzinnych, czy rówieśniczych. Określa udział czynników organicznych, środowiskowych i psychologicznych w powstawaniu i podtrzymywaniu się nieprawidłowych form zachowań i funkcjonowania. Może dotyczyć całości funkcjonowania psychicznego danej osoby np. inteligencja i osobowość lub jednego z elementów funkcjonowania człowieka np. dominujące potrzeby, system wartości.

Celem diagnozy jest określenie:

- poziomu funkcji poznawczych (intelekt) oraz funkcji percepcyjno-motorycznych dziecka
- osobowości
- specyficznych trudności w nauce – dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia – oraz zaburzeń typu dyslektycznego i wynikających z nieprawidłowych nawyków edukacyjnych
- ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w nauce u dzieci przedszkolnych
- dysharmonii rozwojowych u dzieci przedszkolnych
- zaburzeń emocjonalnych oraz trudności adaptacyjnych i zaburzeń neurotycznych

Termin diagnoza pojawia się przede wszystkim w kręgach medycznych. W początkach jego stosowania poprzez diagnozę opisywało się patologiczny stanu organizmu, dopiero później zaczęto stosować ten termin, jako przydatny do opisu stanu zdrowia pacjenta. Obecnie nadal nazwa „diagnoza” używana jest, jako określająca zastane cechy pacjenta. Według internetowego Słownika Języka Polskiego PWN diagnoza to:

1. rozpoznanie choroby
2. ocena stanu czegoś przedstawiona na podstawie badań i analiz¹⁵⁹

Diagnozy możemy podzielić na kilka typów. Podczas pracy terapeutycznej możemy spotkać się z diagnozami klasyfikacyjnymi, genetycznymi, diagnozami znaczenia oraz diagnozami fazy. Diagnoza klasyfikacyjna to nic innego jak początkowe określenie występującego stanu rzeczy. Diagnoza klasyfikacyjna traktowana jest, jako diagnoza choroby, a nie samego chorego i jest schematyczna. Diagnoza genetyczna inaczej kausalna ma za zadanie naprowadzić osobę badającą na pewne uwarunkowania przyczynowo- skutkowe, które mogą doprowadzić do wyjaśnienia zastanego stanu rzeczy. Diagnoza znaczenia działa na podstawie wyjaśniania teologicznego, biorącego pod uwagę samoregulujące czynniki organizmu. Diagnoza fazy oznacza to, że na podstawie zaobserwowanych objawów stanu chorobowego rozpoznaje się fazę choroby lub innego

¹⁵⁹ <http://sjp.pwn.pl/sjp/diagnoza;2555032> (dostęp 04.02.2016)

badanego zjawiska. Diagnoza w psychologii rozpoczyna się od określenia celu badania. Następnie wybiera się orientację teoretyczną. Kolejnym etapem jest formułowanie pytań oraz hipotez diagnostycznych. Na koniec dobiera się wskaźniki za pomocą skonkretyzowanych procedur diagnostycznych¹⁶⁰.

Pierwszym etapem diagnozy jest etap prediagnostyczny, który jest bardzo ważny w toku całej diagnozy. Na zachowanie osoby uczestniczącej w badaniu mają wpływ trzy grupy czynników: bezpośrednia relacja między diagnostą, a osobą diagnozowaną; zadania stawiane przed osobą badaną podczas badania; pośredni kontekst badania (społeczny, kulturowy)¹⁶¹.

Kolejną fazą diagnozy jest faza badania i wstępnych decyzji. Podczas jej trwania dokonywana jest analiza problemu w takiej postaci, w jakiej przedstawiony jest przed jednostką. Kolejne pytania (hipotezy) prowadzą do przeformułowania go do problemu diagnostycznego wyrażonego w terminologii psychologicznej np. nie mam siły do pracy – wypalenie zawodowe, mobbing, depresja. Pojęcie „problem” nie oznacza zaburzeń lub trudności, wiąże się z celem diagnozy i perspektywą działań, które mają być podjęte. Problem oznacza zadanie lub wyzwanie, które wspólnie podejmują psycholog i klient.¹⁶²

Ostatnim etapem tej fazy jest wybór procedur diagnostycznych (testów psychologicznych). Psycholog powinien być świadom, jakich informacji dostarczają liczbowe charakterystyki właściwości psychometrycznych (rzetelność, trafność, obiektywność, próba normalizacyjna). Jego zadaniem w tej fazie jest ocena użyteczności zebranych danych i ich kompletności, ocena czy zebrane informacje opisują badaną osobę i czy można mieć zaufanie do tego opisu. W sytuacji, gdy dane mają niską wartość informacyjną, psycholog powinien ponowić działania i zebrać dodatkowe informacje¹⁶³.

Dalszą fazą jest faza opisywania i interpretacji. Jej istotą jest powiązanie rejestrowanych niezależnie informacji charakteryzujących jednostkę i zorganizowanie ich w sensowną całość, nadanie sensu zachowaniom jednostki przez wskazanie ich związku z dotychczasowym jej doświadczeniem, określenie przyczyn wywołujących i stabilizujących zaobserwowaną organizację zachowań jednostki, ukazywanie przyszłych konsekwencji tej organizacji. Po zinterpretowaniu zachowań jednostki (faktycznych zachowań i rejestrowanych podczas badania) psycholog przystępuje do orzekania diagnostycznego i przewidywania¹⁶⁴.

¹⁶⁰ <http://www.kucewiczpiotrowicz.pl/poradnik-slowniczek/diagnostyka-psychologiczna/> (dostęp 02.02.2016)

¹⁶¹ Kutscher M., Attwood T., Wolff R.R. *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*. Wyd. K.E.LIBER Warszawa 2007

¹⁶² <http://acpir.swps.pl/index.php/strefa-rodzica/diagnoza-psychologiczna-potrzeb-dziecka> (dostęp 02.02.2016)

¹⁶³ Kutscher M., Attwood T., Wolff R.R. *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*. Wyd. K.E.LIBER Warszawa 2007

¹⁶⁴ Jarosz E., Wysocka E. *Diagnoza psychopedagogiczna*. Wyd. Akademickie ŻAK 2006

Faza opisywania i interpretacji zasadza się na orzekaniu diagnostycznym. Jego głównym celem jest klasyfikacja, zdawanie sprawy z aktualnego położenia jednostki i stanu jej społecznego otoczenia (z odniesieniem do kryterium normalności). Efektem orzekania jest udzielenie odpowiedzi na pytania „dlaczego”. Efekty orzekania są komunikowane nie tylko osobie uczestniczącej w badaniu; są treścią formalnej komunikacji, adresowanej do określonej instytucji. Ważnym elementem tej fazy jest prognoza, czyli przewidywanie przyszłych faktów na podstawie przesłanek ustalonych w toku badań. Jest hipotezą wynikającą z posiadanej wiedzy. Przewidywania mają charakter warunkowy, wskazując na te okoliczności, od których zależy trafność diagnozy.

Celem fazy opisywania i interpretacji jest integracja zebranych informacji na wcześniejszych etapach postępowania diagnostycznego. Dobra interpretacja jest trafna (wewnętrznie zgodna), zwarta (im mniej ogólnych twierdzeń o jednostce zawiera, tym lepiej), zakres (kompletność) – ile faktów z życia jednostki obejmuje, a ile pozostawia bez wyjaśnienia. Fazy formułowania zaleceń interwencyjnych to formułowanie propozycji działań, których celem jest zmiana aktualnego stanu oraz komunikowanie¹⁶⁵.

Studium przypadku

Obserwacja osoby opisywanej odbywała się podczas zajęć w warsztacie terapii zajęciowej. Obserwowano zachowania M.M podczas pracy w pracowni stolarskiej, przerw na posiłek, zajęć z kinezyterapeutą oraz muzykoterapeutą. Podczas przeprowadzanych obserwacji dokonywano wywiadów z terapeutami na temat umiejętności, możliwości uczestnika oraz poczynionych przez niego postępach. Do obserwacji możemy też zaliczyć nagrania z występami osoby badanej z zespołem muzycznym, którego spotkania odbywają się poza warsztatem terapii zajęciowej¹⁶⁶.

Przy tej fazie badania wykorzystano dostępne wytwory badanego takie jak rysunki, kolorowanki czy prace z pracowni stolarskiej. M.M ma duży problem z umiejętnościami szkolnymi, a co za tym idzie jego prace wytwórcze są ubogie w szczegóły, często jednokolorowe.

Podczas tego etapu badania dokonano wglądu w dostępne w placówce dokumenty dotyczące osoby badanej takie jak indywidualne programy rehabilitacji, diagnozy psychologiczne, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności oraz zapisy z dzienników terapeutów oraz notatek służbowych.

¹⁶⁵ Kutscher M., Attwood T., Wolff R.R. *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*. Wyd. K.E.LIBER Warszawa 2007

¹⁶⁶ Kendall P.C., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne*. GWP, Gdańsk 2004

Osoba opisywana (dalej M.M) to trzydziestoletni mężczyzna ze zdiagnozowanym zespołem Londona Downa. Dodatkowo stwierdzono u niego upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym. Z powodu występującej wady serca jest pod ciągłą kontrolą poradni kardiologicznej. Pomimo występującej lekkiej wady wymowy dość dobrze odnajduje się w znanym sobie środowisku. Trudno mu nawiązać kontakt z nowymi osobami, podczas pierwszego spotkania zazwyczaj się wycofuje. Dopiero od niedawna, po długich zabiegach terapeutycznych zaczął witać i żegnać się z kolegami z grupy i warsztatu. M.M od 2008 roku uczęszcza na zajęcia do warsztatu terapii zajęciowej. Odbywa rehabilitację zawodową w pracowni stolarskiej.

Osoba opisywana posługuje się mową czynną wyrazowo- zdaniową, często występują u niego zachowania o charakterze stereotypii. Głównie jest to echolalia, czyli powtarzanie zasłyszanych wcześniej zdań lub słów. M.M ma duże trudności z umiejętnościami szkolnymi. Wykazuje dość niski poziom sprawności manualnych oraz grafomotorycznych. Nazywa litery, jest w stanie napisać swoje imię i nazwisko. Rozumie polecenia kierowane przez terapeutów. Jest świadomy występujących, prostych sytuacji społecznych, jednak czasami ma problem z przestrzeganiem obowiązujących norm. Kontakty z rówieśnikami nawiązuje sporadycznie, preferuje zajęcia indywidualne. Koordynacja wzrokowo- ruchowa rozwinięta na niskim poziomie. Pamięć głównie mechaniczna.

Metodą wielu powtórzeń potrafi zapamiętać i odtworzyć zarówno dłuższe teksty, jak i podstawowe informacje dotyczące jego oraz otoczenia. Uczestnik jest mało samodzielny w zakresie podstawowych czynności życiowych (ubieranie odpowiednie do pogody, dbałość o wygląd zewnętrzny). Posiada znacznie ograniczoną orientację w środowisku, ale po znanym terenie porusza się pewnie – sam przychodzi na zajęcia do WTZ. Rzadko sygnalizuje sytuacje problemowe, takie jak np. ból głowy, choroba. Lubi funkcjonować w grupie nie powodując konfliktów. Wypowiada się za pomocą prostych zdań. Jest zdyscyplinowany wykonuje polecenia przełożonych. Chętnie bierze udział w imprezach integracyjnych i innych zajęciach terapeutycznych. Poprawnie zachowuje się w miejscach publicznych¹⁶⁷.

Uczestnik posiada dość dobrą koordynację wzrokowo- ruchową. Na dobrym poziomie wykonuje proste czynności manualne, ale tylko te, które zaakceptuje. W ściśle określonych sytuacjach przejawia upodobania kompulsywne. Jest dość stały emocjonalnie, ale wymaga częstych wzmocnień pozytywnych podczas wykonywania pracy. Systematycznie bierze udział w zajęciach i ma bardzo dużą motywację do pracy. Częściowo potrafi sobie sam zorganizować stanowisko pracy i samodzielnie wykonywać powierzoną mu pracę. Chętnie uczestniczy w zajęciach muzycznych.

¹⁶⁷ Pruitt D., *Twoje dziecko. - Zespół Downa*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa 2005

Człowiek w toku swojego życia musi nauczyć się funkcjonowania w różnych sytuacjach oraz różnych środowiskach. Dzieje się tak za sprawą procesów uczenia się oraz adaptacji. Nierzadko bywa, że któryś z tych procesów nie występuje lub jego przebieg jest bardzo utrudniony, zaburzony.

Kształtowanie gotowości do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym oznacza optymalny rozwój tych umiejętności, które osobom upośledzonym pozwalają, stosownie do ich wieku, sprostać zadaniom i wymaganiom o charakterze społecznym. Większość dzieci i młodzieży o obniżonej sprawności umysłowej gotowości tej nie osiąga i w sytuacjach, w których uczestniczą inni ludzie, zachowują się nieadekwatnie. Braki i nieprawidłowości w ich funkcjonowaniu społecznym próbuje się wyjaśnić, przyjmując, że:

1. Jednostki o obniżonej inteligencji posiadają odpowiednie kompetencje społeczne, lecz boją się lub unikają sytuacji interpersonalnych, a tym samym nie realizują potencjalnych umiejętności społecznych.
2. Zachowanie społeczne blokuje negatywna samoocena jednostki i irracjonalne utrzymywanie, iż nie potrafi ona właściwie zachowywać się w różnych sytuacjach życia społecznego.
3. Upośledzeni umysłowo charakteryzują się ograniczoną wiedzą społeczną i słabo ukształtowanymi umiejętnościami współżycia społecznego¹⁶⁸.

Rozwój społeczny osoby z zespołem Downa, tak jak normalnej, stanowi jeden ze składników ogólnego rozwoju psychofizycznego. Stosunki jednostki z otoczeniem społecznym zależą od zdolności rozumienia sytuacji występujących we współżyciu społecznym, od zdolności zapamiętywania, wyobrażania sobie oraz przewidywania skutków własnego działania. W przypadku osób z zespołem Downa obserwuje się wiele ograniczeń, które utrudnią rozwój społeczny.

Ograniczenia te wynikają z zaburzeń czynności orientacyjno-poznawczych, intelektualnych i motywacyjno-emocjonalnych. Poziom funkcjonowania procesów orientacyjno-poznawczych jest ważny dla rozwoju społecznego jednostki ponieważ określa zakres dostrzegania i rozumienia pojęć oraz sytuacji społecznych i wpływa w istotny sposób na stopień jej przystosowania społecznego. Charakteryzuje je spowolnienie, niedokładność i wąski zakres.

Obok szeregu wymienionych wcześniej ograniczeń we właściwym postępowaniu społecznym podkreśla się jednocześnie, że: osiągają oni wyższe wskaźniki rozwoju społecznego niż umysłowego, potrafią współdziałać z innymi, współpracować i adoptować się zawodowo i społecznie, uzyskują umiejętności w zakresie poprawnego spostrzegania siebie wzajemnie, pomagania innym, respektowania reguł etycznych, ujawniają większe lub mniejsze braki w rozwoju empatii bez względu na etiologię i

¹⁶⁸ Pruitt D., *Twoje dziecko. - Zespół Downa*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa : 2005

stopień upośledzenia, a także nastawień prospołecznych, osiągają umiejętności konieczne do pełnienia podstawowych ról społecznych¹⁶⁹.

Interakcje społeczne tworzone przez dzieci o obniżonej sprawności umysłowej są globalne, konkretne, statyczne, dokonywane z punktu widzenia własnego dobra czy korzyści, a więc egocentryczne. Na ukształtowanie zdolności tych osób do rozumienia sytuacji społecznych wpływa między innymi: umożliwienie im kontaktu z typowymi sygnałami występującymi w sytuacjach społecznych, połączonego z wyjaśnianiem ich znaczenia, wielokrotne powtarzanie sytuacji społecznych i aktywne uczestnictwo w nich.

W zakresie zachowań społecznych dzieci z zespołem Downa obserwuje się całą gamę możliwych zachowań, jaka zazwyczaj występuje u dzieci w normie w związku z określoną sytuacją. Dzieci te wyróżnia: labilność emocjonalna i słaba kontrola nad afektami – co często prowadzi do wybuchów złości i zachowań agresywnych. Szybciej niż u zdrowych dzieci występują zniechęcenie i rezygnacja, bierność, zahamowanie, znaczna niepewność siebie, mniej lub bardziej nasilona lękliwość. Obserwujemy też zachowania skrajnie przeciwne, jak brak dystansu, lepkość uczuciową, natrętne zachowanie. Są to właściwości wynikające z przeżywanych przez upośledzone dziecko skutków własnego ograniczenia umysłowego¹⁷⁰. Częste niepowodzenia czy to szkolne, czy rówieśnicze, lekceważące traktowanie dziecka przez dorosłych, naruszające niekiedy jego poczucie godności, częste poczucie braku bezpieczeństwa wskutek niepełnego rozumienia poleceń, poczucie zagubienia w nowych i nieznanym sytuacjach, przy silnej potrzebie akceptacji – wszystko to są czynniki kształtujące społeczne zachowania dzieci lekko upośledzonych. U tych dzieci właściwości te powodują, że niektóre formy zachowań są bardziej wyraziste. Nie zmienia to faktu, że jakość zachowań dziecka kształtuje się na podstawie jego doświadczeń.

W odróżnieniu od dzieci w normie dzieci z zespołem Downa ponoszą wiele porażek dotyczących braku sukcesów, potrzeby znaczenia, poczucia własnej wartości i doznają dezaprobaty społecznej. Dlatego też zauważa się w grupie tych dzieci przejawy zawyżonej ambicji i samooceny, co wypływa z dążenia do podniesienia swojej wartości i zaakceptowania swoich umiejętności. Należy także dodać, iż dodatkowym czynnikiem, mającym negatywny wpływ na doświadczenia społeczne dzieci z zespołem Downa, jest ich charakterystyczny, wyróżniający wygląd zewnętrzny. Pojawiają się ruchy stereotypowe w trakcie, których dziecko jest zablokowane na wpływy środowiska. Odcięcie się od otoczenia uniemożliwia społeczne kontaktowanie się, uczenie, ćwiczenie sprawności, jednym

¹⁶⁹ Lausch-Żuk J., *Dzieci głębiej upośledzone umysłowo*, [W]: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, pod red. I. Obuchowskiej, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995.

¹⁷⁰ Pruitt D., *Twoje dziecko. - Zespół Downa*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa 2005

słowem rozwój. Trudności szkolne są zbyt duże, aby nauka mogła być prowadzona w ramach zwykłego programu szkolnego, niemniej pracowanie pod kierunkiem wyspecjalizowanych do pracy z takimi dziećmi pedagogów umożliwia przyuczenie ich do wykonywania prostych prac. Zwykle jednak nie są w stanie prowadzić samodzielnego życia¹⁷¹.

Jak wspomniano powyżej, człowiek, jako jednostka przechodzi przez życie odnajdując się w coraz to nowych sytuacjach i relacjach społecznych. W niniejszym podrozdziale zostanie przedstawione funkcjonowanie osoby badanej, czyli M.M, w różnych kręgach społecznych. Funkcjonowanie jednostki możemy opisać na kilku płaszczyznach.

Pierwszą z nich jest funkcjonowanie w podstawowej komórce życia społecznego, czyli rodzinie. W ramach systemu rodzinnego jednostka może występować w określonej liczbie ról, które ewoluują w toku rozwoju człowieka. Nauka życia społecznego rozpoczyna się od całkowitej zależności od rodziców. Niemowlak, całkowicie nieświadomie, odgrywa rolę nowo narodzonego członka rodziny, któremu przez kilka lat jego późniejszego życia podporządkowany jest cały system rodziny. W tej fazie jednostka występuje w roli dziecka, wnuka.

Gdy rodzi się kolejne dziecko, to wcześniej urodzone wchodzi w nową rolę – starszego brata czy siostry. Wraz z biegiem lat jednostka przechodzi w kolejne role, jakimi mogą być rola ucznia, partnera, rodzica, dziadka itp. Osiągnięcie nowego etapu w życiu, nowej roli, obarczone jest dużym wysiłkiem, jaki jednostka musi wykonać, by adekwatnie wkroczyć w nowy moment w rozwoju. Zdobywanie nowych etapów w życiu związane jest z pokonaniem pewnych momentów kryzysowych w swoim życiu oraz wyrobieniu cech i nawyków, które pomogą w dalszym rozwoju. Inne wymagania będą stawiane dziecku w domu, inne w przedszkolu czy szkole. Rozwinięcie różnych sprawności będzie potrzebne do efektywnego funkcjonowania w pracy zawodowej, a innych do życia w rodzinie. Czasami zdarza się tak, że kompetencje zdobywane na różnych płaszczyznach życia, w innych środowiskach, sytuacjach są sobie przeciwstawne. Bezwzględna surowość, przydatna w roli szefa firmy, może okazać się zgubna podczas stosowania jej w życiu rodzinnym. Sukcesem zdaje się być tu odnalezienie złotego środka i odseparowanie od siebie różnych płaszczyzn życia¹⁷².

Człowiek musi nauczyć się myśleć o sobie, jako o jednostce w różnych rolach społecznych, w których musi zachowywać się adekwatnie do wymagań sytuacji i społeczeństwa. Umiejętność obcowania z innymi ludźmi pozwala dziecku wpływać na swoje życie i otoczenie, decyduje o relacjach z rówieśnikami, rodzicami, nauczycielami i innymi dorosłymi¹⁷³.

¹⁷¹ Pilecki J., W. Pilecka, *Kształtowanie umiejętności społecznych*, [w]: W. J. Pileccy red., *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, Kraków 1997

¹⁷² Kowalewski L., *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*, [w]: I. Obuchowska red., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1999

¹⁷³ Tamże

Dom, szkoła, grupa koleżeńska są miejscami, w których dziecko może zaspokoić swoje potrzeby psychiczne oraz przeżyć doświadczenia w kontaktach z innymi, co odgrywa bardzo ważną rolę w rozwoju jego osobowości. W nich dziecko odnosi sukcesy i niepowodzenia, dowiaduje się czy jest kochane, akceptowane, lubiane, doświadcza, jak jego zachowanie wpływa na innych i jak jest przez nich odbierane.

Głównym motorem wychowania jednostki była i pozostaje nadal rodzina. Dziecko funkcjonujące w niej przyswaja sobie reguły i normy najbliższych i najważniejszych dla niego osób. Jakiego kształtu nabierze ta podstawowa komórka życia społecznego, takie będziemy mieli społeczeństwo. W jakim stopniu rodzice będą w stosunku do własnych dzieci wychowawcami z prawdziwego zdarzenia, w takim też stopniu będziemy mogli mówić o zdrowym, dobrze przygotowanym do życia pokoleniu młodych¹⁷⁴.

Na rozwój społeczny jednostki wpływ wywierają inne czynniki, do których zalicza się: stawiane przed nią cele, zadania, oczekiwania społeczne, system kar i nagród, a także poziom aktywności własnej i stopień jej orientacji w środowisku. Niewątpliwie rola i znaczenie rodziny wzrastają jeszcze bardziej, gdy rozpatrujemy rozwój dzieci niepełnosprawnych.

Dziecko z zespołem Downa może być przyczyną bardzo poważnego kryzysu rodziny. Zaburza ono – jak powiada A. Hulek:

„związki w obrębie rodziny, z jej środowiskiem społecznym oraz powiększa trudności materialne (...) jest ciężarem. Powiększają go jeszcze postawy społeczne, w których ludzie zdrowi w sposób często zamaskowany wyrażają swą dezaprobatę dla anormalności takiej rodziny. W rezultacie pozostaje ona w izolacji tym cięższej, ze pogłębionej samym upośledzeniem¹⁷⁵”.

Jedną z cech charakterystycznych sytuacji społecznej dzieci jest ograniczenie kontaktu z innymi osobami. Najczęściej zostają one sprowadzane do kręgu najbliższej rodziny, a często i te są ograniczone koniecznością przebywania dziecka w szpitalu. Kontakty z pełnosprawnymi rówieśnikami są sporadyczne, jeżeli już do nich dochodzi, ich przebieg jest zwykle zakłócony, również ze względu na emocjonalny stan dzieci zdrowych. Zachowują się one niezręcznie, sztucznie, co bywa boleśnie odczuwane przez dzieci niepełnosprawne. Same kontakty są zwykle mało intensywne, powierzchowne, a poruszane w rozmowach tematy mogą być drażliwe, przypominając o własnych ograniczeniach. Kontakty te zorientowane są na dziecko niepełnosprawne i związane zazwyczaj z okazywaniem mu współczucia i litości. Sytuacja społeczna zależy też od instytucjonalnych struktur, w których one uczestniczą. Instytucje zajmujące się wychowaniem, leczeniem i nauczaniem narzucają dzieciom różne kontakty, wyznaczają różne role, określają odmienne sposoby postępowania. Istniejąca infrastruktura

¹⁷⁴ Bobkowicz - Lewartowska L. *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2011

¹⁷⁵ Bobkowicz - Lewartowska L. *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2011

społeczna również zubaża możliwości uczestniczenia z życiu społecznym dzieci niepełnosprawnych, a tym samym hamuje rozwój ich społecznych kompetencji. W zasadzie cała organizacja życia społecznego, w tym także środki masowego przekazu, przeznaczone są dla osób pełnosprawnych¹⁷⁶

M.M został w pełni zaakceptowany przez swoich rodziców. Wykorzystali wszystkie dostępne metody terapii, by pomóc swojemu synowi w rozwoju. Nie ograniczali się do podnoszenia poziomu funkcji umysłowych, ale dbali też o rozwój zarówno ciała jak i ducha. Z racji wcześniej wspomnianych problemów kardiologicznych M.M nie może brać udziału we wszystkich zajęciach sportowych, jednak to nie stanęło na drodze jego rozwojowi fizycznemu. Rodzice postarali się znaleźć taki sport, który będzie dawał ich dziecku radość jednocześnie będąc dla niego bezpiecznym.

M.M uczęszcza na zajęcia na basenie, bierze przy tym udział w zawodach sportowych osób niepełnosprawnych. Dużą rolę w rozwoju osoby opisywanej odgrywa również muzyka. M.M partycypuje w zajęciach muzycznych orkiestry instrumentów perkusyjnych. Zespół ten może się poszczycić wieloma występami przed szeroką publicznością.

Rodzice M.M nie zamknęli się ze swoim problemem w domu. Aktywnie uczestniczą w życiu swojego syna. Dodatkowo dbają o ciągły rozwój samych siebie, uczęszczając na różnego rodzaju zajęcia organizowane przy Stowarzyszeniu Rodziców i Opiekunów Chorych z Zespołem Downa. M.M ma dobry kontakt z rodzicami. Ich postawa wobec terapeutów z warsztatu oraz proponowanych form zajęć czy terapii świadczy o wysokim poziomie zrozumienia zaburzenia, jakim jest zespół Down'a oraz o otwartości na pomoc i rozwój. M.M odnosi się do rodziców z szacunkiem, widać, że jest na swój sposób do nich przywiązany i darzy ich równie ciepłymi uczuciami, jakie sam otrzymuje.

M.M, jak już wcześniej wspomniano, słabo rozwinął umiejętności szkolne. Bardzo chętnie uczestniczy w zajęciach muzycznych oraz zajęciach z kinezyterapeutą. Jest systematyczny i punktualny. Przejawia drobne problemy w zrozumieniu norm społecznych i regulaminów obowiązujących w placówce, jednak w większości przypadków zachowuje się odpowiednio do sytuacji.

M.M zazwyczaj sam nie dąży do nawiązywania kontaktów społecznych. Powierzone prace woli wykonywać indywidualnie. Podczas zajęć często siedzi sam, wykonując interesujące go zadania. Do pewnego momentu nie wykazywał większego zainteresowania grupą rówieśniczą. Wyrobienie w nim nawyku używania zwrotów grzecznościowych przy witaniu i żegnaniu się okupione były dużym wysiłkiem ze strony terapeuty prowadzącego. Jest dobrze odbierany przez grupę rówieśniczą. Osoby, z którymi współpracuje często przejawiają zachowania opiekuńcze wobec niego.

¹⁷⁶ Tamże



Rys. 2 M.M w pracowni stolarskiej

Ze względu na wcześniej opisywane trudności w kontakcie z otoczeniem, M.M ma małe szanse na znalezienie zatrudnienia. Osoba opisywana potrzebuje ciągłego podnoszenia motywacji do pracy oraz kontroli ze strony terapeuty. Czas wolny spędzany w domu czy w warsztacie spędza na wykonywaniu czynności stereotypowych. Czasami bywa uparty, negatywny, jednak przez większość swojego pobytu w placówce nie sprawia problemów wychowawczych. Utrudniony kontakt z M.M również może mieć negatywny wpływ na jego możliwość późniejszego znalezienia pracy.

M.M. jak wcześniej wspomniano, uczęszcza na zajęcia muzyczne zarówno w warsztacie jak i poza nim. Bardzo chętnie bierze udział w zajęciach z muzykoterapeutą. Żywo reaguje na muzykę. Często podczas zajęć słysząc lubiany utwór, kiwa się i wystukuje rytm dłońmi czy nawet wstaje z krzesła i tańczy. Zajęcia muzyczne pozwalają mu na swobodną ekspresję siebie. Zarówno rodzice jak i terapeuci z warsztatu zauważyli w M.M pewne pozytywne zmiany, które zaszły w nim po rozpoczęciu zajęć muzycznych z orkiestrą. Osoba opisywana stała się bardziej otwarta na otoczenie. Mniej więcej w tym samym czasie M.M zaczął bardziej zauważać obecność grupy rówieśniczej, zaczął się z nimi witać i żegnać. Rozwinęło się w nim także poczucie odrębności, ważności samego siebie. Rodzice zauważyli, że świat go otaczający zaczął dla niego więcej znaczyć. Zakupy wykonane podczas realizacji treningu ekonomicznego zaczął rozpakowywać sam, układać na półce według swojego upodobania. Podczas obserwacji M.M podczas zajęć z muzykoterapii bardzo się uaktywnił, widać, że muzykowanie sprawia mu dużą przyjemność. O tym samym świadczy jego zachowanie podczas występów z orkiestrą. Na materiałach video widać, że bardzo się podczas pokazów cieszy, porusza się w rytm muzyki, gra na instrumencie, uśmiech nie schodzi z jego twarzy. Od pewnego czasu zaczął też, podczas imprez integracyjnych, tańczyć z dziewczętami, co wcześniej nigdy się nie zdarzało. Podczas

zbierania materiałów do pracy przeprowadzono z M.M krótkie zajęcia z rytmiki. Jego zadaniem było powtórzenie przedstawionego przez terapeutę rytmu. Nie miał najmniejszych problemów z odwzorowaniem usłyszanego rytmu wyklaskanego dłońmi czy wystukiwanego za pomocą pałeczki do perkusji. Bardzo uaktywnia się, gdy podczas zajęć z głośników radiomagnetofonu wybrzmiewa jego ulubiona piosenka. Przebywanie wśród ludzi z takim samym zaburzeniem, zgłębiając świat muzyki, nauczyło go śmiałości.

Muzykoterapia nie bez powodu jest coraz częściej stosowaną formą terapii wśród osób z upośledzeniami umysłowymi czy zaburzeniami psychicznymi. Wielorakość form oraz skutków terapeutycznych, jakie może wywołać, sprawia, że jest w tej chwili przodującą formą rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Niezależnie od wieku, ilorazu inteligencji, płci czy stopnia upośledzenia wywiera wpływ na osoby, na które oddziałuje. Muzykoterapeuta poprzez działania terapeutyczne jest w stanie wpłynąć na funkcje wegetatywne organizmu pacjenta, wspomóc jego rozwój psychiczny i fizyczny oraz dążyć do poprawy jego zachowań względem pozostałych uczestników zajęć. Dzięki muzykoterapii pacjent jest w stanie, poprzez wywołanie swoistego katharsis, odreagować nagromadzone w nim emocje w bezpieczny dla niego oraz innych osób sposób. Poprzez twórcze wizualizacje przy muzyce uczestnik zajęć z muzykoterapeutą może pobudzić swoją wyobraźnię oraz wprowadzić organizm w przeróżne stany emocjonalne. Wspólne zajęcia przy muzyce to bardzo owocny sposób na rozbudowywanie relacji społecznych w grupie.

Bardzo dokładna obserwacja dziecka i analiza jego zachowania w trakcie zajęć, pozwala stwierdzić czy dana metoda jest słusznie dopasowana do dziecka, czy też nie. Na tej podstawie już dawno stwierdzono, że dzieci z zespołem Downa uwielbiają muzykę, chętnie tańczą, śpiewają i mają niesamowite poczucie rytmu. Te umiejętności warto wykorzystywać również w codziennej terapii. Muzykę można wykorzystywać:

- w trakcie masażu logopedycznych, tworząc specjalny nastrój, sprawimy, że dziecko się wyciszy i chętniej podda się zabiegom
- w piosenkach dla dzieci jest wiele wyrazów dźwiękonaśladowczych, które dzieci chętnie powtarzają, warto więc wplatać je w zajęcia
- krótkie, wpadające w ucho piosenki, można również obrazować gestem, a przecież wiadomo, że ruch jest niezbędny dla rozwoju dziecka. Dziecko, które nie potrafi zaśpiewać piosenki, ale wie jak zilustrować ją ciałem, odnosi sukces, a o to chodzi w terapii. Dodatkowo takie ćwiczenia poprawiają sprawność ruchową dziecka
- wiele piosenek pomaga kształtować świadomość własnego ciała oraz orientację w przestrzeni
- pracując z muzyką, można wykorzystywać instrumenty. Akompaniament, tworzenie własnej muzyki, granie znanych melodii i równoczesne śpiewanie, kształcą nie tylko słuch, ćwiczą motorykę małą dziecka, sprawiają, że potrafi ono koncentrować się dłużej na danej czynności, uczy się czekać na swoją kolej (raz gra terapeuta, raz dziecko), a dodatkowo pomagają

wzbogacać słownik dziecka. Instrumenty wykonywane są z różnych tworzyw, są również w różnych kolorach, pracując z nimi stymulujemy słuch i wzrok dziecka oraz dostarczamy mu bodźców dotykowych, stymulując w ten sposób jego rozwój

- śpiewanie piosenek na powitanie lub pożegnanie np. na zajęciach, pomaga dziecku poznać schemat zajęć. Dziecko, które wie co je czeka, jest spokojniejsze i pewniejsze, nikt nie lubi niepewności
- zajęcia muzyczne, w których bierze udział nie tylko dziecko, ale wszyscy członkowie rodziny, poprawiają i wzmacniają więzi
- w trakcie terapii z małym dzieckiem, należy nawiązać kontakt niewerbalny, nie zawsze jest to łatwe zadanie, muzyka może okazać się tutaj niezwykle pomocna.

To tylko kilka sposobów na wykorzystywanie muzyki w terapii. Każde dziecko, każdy instrument, każda nowa piosenka, powinny być dla nas inspiracją do kolejnych działań. Nie należy obawiać się przynoszenia instrumentów na zajęcia, być może to właśnie dzieci pokażą nam jak jeszcze można bawić się i uczyć przy muzyce.

Reasumując, moim zdaniem, rehabilitacja poprzez muzykę jest jedną z najszerszych i najciekawszych form terapii osób niepełnosprawnych, która niesie ze sobą tyle samo radości co korzyści z jej stosowania.

Bibliografia

1. Andrychowska-Biegacz J., *Gry i zabawy rozwijające dla dzieci młodszych : 50 przykładów zajęć do praktycznego wykorzystania*, Forsze, Rzeszów 2000.
2. Bielańska A., *Teatr, który leczy*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków : 2002
3. Bobkowicz - Lewartowska L. *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnostowanie, edukacja i wychowanie*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2011
4. Borecka I., *Biblioterapia : teoria i praktyka : poradnik*. Wyd. SBP, Warszawa 2001.
5. Buchalter S. *Terapia sztuką : praktyczny poradnik* , Zys i S-ka , Poznań 2006.
6. Colonna-Kasjan D., *Muzykoterapia i trening relaksacyjny jako metoda oddziaływania psychoprofilaktycznego w toku edukacji dzieci w młodszym wieku szkolnym*, [W]: **Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży** , red. nauk. L., **Kataryńczuk-Mania** , Wydaw. WSP, Zielona Góra 2000.
7. Danel-Bohrzyk H., *Miejsce muzyki w kontaktach z dzieckiem*, [W]: **Przemiany w naukach o wychowaniu - idee, koncepcje, rzeczywistość edukacyjna**, pod red. W., **Korzeniowskiej**, Impuls, Kraków 2002
8. Galińska, E., *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*. Zeszyt Nauk Akademii Medycznej we Wrocławiu 1990

9. Galińska E., *Muzyka w terapii. Psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy jej działania* [w] Jankowski W., Kamińska, A. Miśkiewicz (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia*, Katedra Psychologii Muzyki Akademii Muzycznej im. F. Chopina, Warszawa 2000
10. Gara-Łukaszewska J., Szperkowski T., *Współtworzenie : zajęcia plastyczne z osobami upośledzonymi umysłowo*, WSiP, Warszawa 1997.
11. Ignasiak R., Krawczyk P., *Formuła warsztatu terapii zajęciowej* ,[W]: *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z zespołem Downa*, pod red. nauk. E. Pisuli i D. Danielewicz, Impuls, Kraków 2005
12. Jarosz E. Wysocka E. *Diagnoza psychopedagogiczna*. Wyd. Akademickie ŻAK 2006
13. Kaczmarek B., **Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa : teoria i praktyka**, Impuls, Kraków 2008
14. Kendall P.C., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne*. GWP, Gdańsk 2004
15. Kowalewski L., *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*, [w]: I. Obuchowska red., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1999
16. Konieczna, E.J., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2007 r.
17. Kutscher M., Attwood T., Wolff R.R. *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*. Wyd. K.E.LIBER Warszawa 2007
18. Lausch-Żuk J., *Dzieci głębiej upośledzone umysłowo* ,[W]: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, pod red. I. Obuchowskiej, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995.
19. Limon, J., Ochman, K., Sztangierska, B., Wierzba, J., Zajączek, S., *Zespół Downa. Dorosłość i medycyna. Publikacja dla rodziców i opiekunów*; Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa Bardziej Kochani; Warszawa, 2009
20. Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*, Gdańsk 1996
21. Lindyberg I., *Warsztat Terapii Zajęciowej - kultura organizacyjna a wyzwania rehabilitacji* , [W]: *Współczesne problemy pedagogiki specjalnej* ,pod red. Urszuli Bartnikowskiej, Wydaw. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2008.
22. Meder, J., *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000
23. Minczakiewicz E.M., *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Kraków 2001
24. Paszkiewicz-Mes, E., *Muzykoterapia, jako metoda wspomagająca leczenie*. Hygeia Public Health 2013
25. Pilecki J., W. Pilecka, *Kształtowanie umiejętności społecznych*, [w]: W. J. Pileccy red., *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, Kraków 1997

26. Pruitt D., *Twoje dziecko. - Zespół Downa*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa 2005
27. Stadnicka J., *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, WSiP, Warszawa 1998,
28. Skawina B., A. Kamiński, *Terapia poprzez ruch twórczy i rytmikę w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi umysłowo* [w] *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*, Akademia Muzyczna, Łódź 2002
29. Stratford, B., *Zespół Downa. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993
30. Szulc, W., *Muzykoterapia, jako przedmiot badań i edukacji*. UMCS, Lublin 2005;
31. Śliwka, A., Jarosz, A., Nowobilski, R., *Muzykoterapia, jako składowa kompleksowego leczenia*. Pol Merk Lek 2006, XXI: 401-405.
32. Wojtasiak E., *Możliwości i bariery aktywności zawodowej uczestników warsztatów terapii zajęciowej* [W:] *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych / pod red. Grażyny Dryżałowskiej, Żak*, Warszawa 2004
33. Zasepa E. *Charakterystyka funkcjonowania intelektualnego osób z zespołem Downa*, [W]: *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej dziecka / red. J. Rola, M. Zalewska*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2002.
34. Zasepa E., **Psychospołeczne funkcjonowanie osób z zespołem Downa**, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa : 2008.
35. Żyta A., **Życie z zespołem Downa : narracje biograficzne rodziców, rodzeństwa i dorosłych osób z zespołem Downa**, Impuls, Kraków 2011

Strony internetowe

1. <http://sjp.pwn.pl/sjp/diagnoza;2555032>, (dostęp 04.02.2016)
2. <http://www.kucewiczpiotrowicz.pl/poradnik-slowniczek/diagnostyka-psychologiczna/>(dostęp 02.02.2016)
3. <http://acpir.swps.pl/index.php/strefa-rodzica/diagnoza-psychologiczna-potrzeb-dziecka> (dostęp 02.02.2016)

Cywilizacja europejska spadkobiercą cywilizacji starożytnej Grecji i Rzymu

Spuścizną jaką starożytni Rzymianie i Grecy zostawili po sobie współczesnej Europie jest niewątpliwie ogromna. Począwszy od Kodeksu Prawa, poprzez sztukę, filozofię na religii kończąc. I tak, najstarsze przepisy prawne pochodzą od Rzymian. W latach 451-449 p.n.e. nastąpiła pierwsza kodyfikacja zwyczajowego prawa rzymskiego – prawo XII tablic. Regulowało sprawy w zakresie prawa karnego, cywilnego, sakralnego, prywatnego oraz pracowniczego. Wyraźnie zaznaczone były kary za wykroczenia przeciw prywatnej własności. Ówczesne prawo modyfikowały cenzury wyznaczone przez pretorów, ustawy zgromadzeń ludowych. Za czasów Cesarstwa Rzymskiego, źródłem prawa był sam Cesarz, ustawy wydawał stworzone rozporządzeniami. Słynny Kodeks Justyniana Wielkiego był złożony ze wszystkich przepisów prawnych starożytnego Rzymu. Obejmował kodeks Teodozjusza, Gregoriusza i Hermogeniusza, a także wydanych później nowych praw Justyniana, składających się z trzech części:

- 1) *Digesta Iustiniani* (greckie Pandecta) - zbiór prawa zawierający w 50 księgach prawo rzymskie zachowane w dziełach prawników rzymskich,
- 2) *Institutiones Iustiniani* - zbiór praw oparty na *Institutiones iuris civilis* Gajusa, 4-tomowy podręcznik dla szkół prawa,
- 3) *Codex Iustinianus* - 12-tomowy zbiór (ok. 4600) konstytucji cesarskich ułożonych chronologicznie od konstytucji cesarza Hadriana (117-138) do najpóźniejszej justyniańskiej, wydanej w 529.

W średniowieczu prawo rzymskie przejęli Niemcy (XII w.) Uczni z bolońskiego uniwersytetu tłumaczyli z objaśnieniami przepisy prawne. W XIX wieku Europa zachodnia i środkowa były pierwszym ośrodkiem studiów nad prawem rzymskim. W I połowie XIX wieku powstała w Niemczech nowa szkoła prawa. Za największe kanony prawa rzymskiego obowiązujące do dziś, uważa się:

- prawo nie działa wstecz;
- umów należy dotrzymywać;
- twarde prawo, ale prawo;
- nie można być sądzonym we własnej sprawie;
- konieczność udowodnienia winy.

Instytucja świadczeń oraz prawo do obrony mają swoje korzenie również w starożytnej Grecji.

Kolejnym aspektem którego nie sposób pominąć jest starożytne budownictwo. Z wielu budowli zaprojektowanych przez starożytnych architektów korzystamy po dziś dzień. Rzymska architektura rozwiązała problem zaopatrzenia miast w wodę systemem akweduktów. Łącznie, termy publiczne pozwalały zachować mieszkańcom codzienną higienę, były niejednokrotnie ośrodkiem spotkań i burzliwych dyskusji. Stosowano tam

ogrzewanie podłogowe i system kanalizacji. Fenomenem są również rzymskie drogi. Fragmenty niektórych zachowały się do dziś:

- Via Appia (312r p.n.e.) - Regina viarum (królowa dróg) – najstarsza ze wszystkich dróg Rzymu.
- Via Flaminia - Prowadziła z Rzymu do Arminum (dziś Rimini). To najważniejszy szlak biegnący ze stolicy na północ, zbudowany na polecenie cenzora Gajusza Flaminusza w 217 r. p.n.e.).
- Via Salaria - Łączyła Rzym i Morze Adriatyckie. Swej nazwy nie zawdzięcza, jak wiele innych dróg konsularnych, nazwisku cenzora ani konsula, a materiałem jakie nią transportowano (głównie soli).

Grecy słynęli zaś z ogromnej dbałości o urbanistykę, czyli sztukę planowania miast. Dbano o szczególne zdobienia w budynkach mieszkalnych, ceramikę i freski namalowane na ścianach i sufitach. Technologie wypalania cegieł i wynalezienie cementu, przyczyniły się do powstawania gmachów publicznych – amfiteatrów, hipodromów i stadionów sportowych. W czasach nowożytnych architektura nawiązuje niejednokrotnie do antyku i klasyki.

Grecy zapoczątkowali kulturę dbałości o tężyznę fizyczne i to oni (ku czci bogów) organizowali olimpiady. Igrzyska miały charakter sakralny i składały się na nie zarówno zawody sportowe, jak i artystyczne. Odbываły się co cztery lata, choć ówczesnie „olimpiadą” nazywany był okres pomiędzy zawodami, a nie same igrzyska. Sport stanowił nieodłączny element wychowania młodych Greków (szczególnie w Sparcie). W każdym mieście znajdowały się obiekty przeznaczone do uprawiania ćwiczeń fizycznych. Trenowano biegi, zapasy, boks, skoki, rzut dyskiem i oszczepem. Widowiska sportowe cieszyły się dużą popularnością wśród widzów. Rzymianie wstawili się walkami gladiatorów i wyścigami konnymi, z woźnicą w rydwanie. W ramach rozrywki, należy wspomnieć także o teatrze. Jego kolebką jest starożytna Grecja, gdzie narodziła się zarówno tragedia, jak i komedia, wszystko ku czci boga Dionizosa, patrona wina. Początkowo były to parady ze śpiewem i deklamacjami, następnie wystawiano stacjonarne przedstawienia (często trwające nawet do 8 godzin) w wybudowanych na zboczach gór amfiteatrach, co zapewniało dobrą akustykę. Aktorami byli tylko mężczyźni, zakładano maski sugerujące nastrój, oraz wysokie koturny. Dziś nadal wystawiane są starożytne sztuki teatralne (np. Antygona).

Starożytnym Grekom i Rzymianom zawdzięczamy rozwój myśli filozoficznej. Śmiało można powiedzieć że na podstawie teorii starożytnych filozofów działa ówczesna Europa. Na przełomie VII i VI w. p.n.e. żył i wykładał przedstawiciel tzw. jońskich filozofów przyrody - Tales z Miletu. Najbardziej znany grecki filozof - Sokrates (V/IV w. p.n.e.), głosił istnienie prawdy obiektywnej i bezwzględного dobra. Został on oskarżony o demoralizowanie młodzieży i skazany na śmierć przez wypicie cykuty. Jego uczeń - Platon (V/IV w. p.n.e.), założył Akademię Platońską, pierwszy ośrodek naukowy. Jest uznawany za prekursora użycia dialogu, jako formy literackiej. Zaś jego uczniem był Arystoteles (IV w. p.n.e.).

Poematy Greków Homera i Hezjoda uznawane są za najstarsze dzieła epiki europejskiej i na trwałe ustaliły kanon dzieła epickiego. Za twórców liryki uznaje się grecką poetkę Safonę oraz Pindara, twórcę liryki chóralnej. Ezop jest jednym z najstarszych znanych bajkopisarzy. Literatura starogrecka zapoczątkowała też inne gatunki literackie, jak esej, studium. W czasach starożytnych powstały pierwsze opracowania historyczne, których autorami byli Herodot i Tukidydes.

Starogrecka mitologia, choć była częścią politeistycznej religii, wywarła duży wpływ na kulturę europejską i przetrwała do dziś jako źródło wielu inspiracji.

Starożytni są autorami wielu wzorów, tez i twierdzeń z zakresu matematyki (twierdzenie Talesa, twierdzenie Pitagorasa) i fizyki (twierdzenie Archimedesesa). Medycyna opiera się na starożytnej etyce lekarskiej, po dziś dzień wszyscy lekarze składają „przysięgę Hipokratesa” gdzie przysięgają zawsze działać na korzyść chorego i ratować jego życie wykorzystując wszystkie swoje lekarskie umiejętności. Starożytni Grecy położyli też podwaliny pod anatomię i farmaceutykę.

Starożytnym zawdzięczamy także naszą prozaiczną codzienność:

- Używamy greckich i rzymskich imion (np. Amadeusz, Oktawia);
- Terminologia łacińska nadal funkcjonuje w medycynie i biologii (np. *Penicillium*);
- W użyciu są rzymskie cyfry (np. XIX wiek);
- Wiele przysłów i aluzji nawiązuje do starożytności (np. „achillesowa pięta”);
- Używamy słów pochodzących ze starożytności (np. prokurator, delta, dyktator);
- Czerpiemy w sztuce ze starożytnych dzieł (np. teatr, literatura).

W okresie średniowiecza, dorobek starożytnej kultury greckiej pozostał żywy dzięki chrześcijaństwu. Chrześcijanie zamieszkujący Afrykę Północną, w tym chrześcijańscy filozofowie, przyczynili się do przekazania dorobku starożytnej Grecji poprzez zapożyczenia, tłumaczenia i komentarze. W średniowieczu kulturę antyku odkryto w Cesarstwie Franków Karola Wielkiego, podczas renesansu karolińskiego. Podczas złotego wieku islamu, filozofowie muzułmańscy udoskonaliли wiele elementów filozofii i nauki starożytnej Grecji, w tym arytmetykę, wzbogacając ją o cyfry arabskie, zapożyczone z Indii. Wreszcie, dla nowożytności kulturę starożytnej Grecji odkryło odrodzenie, będące punktem odniesienia dla wszystkich kolejnych okresów rozwoju filozofii i nauki.

SYSTEM PARLAMENTARNO - KOMITETOWY

System parlamentarno-komitetowy nazywany jest także systemem rządów konwentu lub zgromadzenia. Pojawia się po raz pierwszy w konstytucji jakobińskiej z 1793 roku, później odwoływano się do niej również w okresie Komuny Paryskiej, a także w państwach azjatyckich i europejskich, które rządzone były w ramach realnego socjalizmu. To jeden ze współczesnych modeli politycznych państw demokratycznych.

Cechami charakterystycznymi systemu parlamentarno-komitetowego jest jednolitość władzy państwowej. Całość władzy wykonawczej oraz legislacyjnej znajduje się w rękach parlamentu, który jest najwyższym organem władzy państwowej i sprawuje ją na zasadzie wyłączności. Zaburzona zatem zostaje zasada trójpodziału władzy stworzona przez Monteskiusza. Odpowiednia konstrukcja systemu mimo to pozwala na stabilność oraz sprawne funkcjonowanie tego typu ustroju rządów.

Rząd jest powoływany przez parlament (a nie przez głowę państwa jak w innych systemach) i pozostaje przed nim odpowiedzialny. Ewentualne spory powstałe w stosunkach rządu z parlamentem zawsze rozstrzygane są na korzyść tego drugiego. Rząd jest niejako komitetem wykonawczym parlamentu, nie sprawuje więc swojej funkcji samodzielnie. Poszczególni ministrowie, jak i cały rząd mogą być w dowolnym terminie odwołani przez parlament. Jednocześnie rząd jest jedynym organem, poprzez który parlament, jako organ ustawodawczy i określający zasadnicze kierunki polityki państwa, wykonuje swoje decyzje. Rząd jest bezpośrednio podporządkowany parlamentowi i politycznie przed nim odpowiedzialny.

Spośród członków parlamentu powoływana jest głowa państwa. Prezydent sprawuje jednak swoją władzę jedynie formalnie – jest reprezentantem państwa, nie ma kompetencji do skrócenia kadencji parlamentu. Odpowiada natomiast przed nim politycznie. Zarówno głowa państwa, jak i członkowie rządu podlegają odpowiedzialności karno - sądowej, podobnie jak wszyscy obywatele i na równych zasadach

Współcześnie system ten występuje w Szwajcarii. Stanowi to potwierdzenie tezy sprawności systemu parlamentarno-komitetowego. Jak bowiem wiadomo, Szwajcaria należy do najbogatszych i najbardziej rozwiniętych krajów świata. Państwo to jest federacją, na którą składają się 23 kantony. W historii Szwajcarii ścierały się dwie koncepcje organizacji państwa: unitarna i federalna, dająca szerokie kompetencje kantonom.

Parlament - Zgromadzenie Związkowe składa się z dwóch izb: Rady Narodowej i Rady Kantonów. Izba niższa to Rada Narodowa, w której zasiada 200 posłów.

W izbie wyższej, czyli Radzie Kantonów zasiada 44 przedstawicieli po dwóch z każdego kantonu i po jednym z półkantonu. Obie te izby obradują oddzielnie i posiadają te same kompetencje, pracując w systemie sesyjnym. Ich kompetencje to:

- uchwalanie ustaw,

- wybór Rady Związkowej,
 - wybór Sądu Związkowego,
 - wybór kanclerza,
-
- ratyfikacja umów międzynarodowych,
 - zatwierdzanie budżetu związkowego,
 - podejmowanie decyzji o amnestii, prawo łaski,
 - nadzór nad administracją związkową,
 - zmiana konstytucji związkowej.

Ustawa jest uchwalona, jeżeli głosowała za nią absolutna większość posłów z obydwu izb, przy obecności co najmniej połowy.

Rząd tworzy Rada Związkowa składa się z 7 członków i dzieli na 7 departamentów. Są to:

- polityczny,
- wewnętrzny,
- sprawiedliwości i policji,
- wojskowy,
- finansów i ceł,
- gospodarki publicznej,
- energetyki, komunikacji i łączności.

W Radzie Związkowej zasiadają przedstawiciele 4 najważniejszych partii Szwajcarii, czyli:

- Demokratyczno-Chrześcijańska Partia Szwajcarii,
- Szwajcarska Partia Ludowa,
- Socjaldemokratyczna Partia Szwajcarii,
- Radykalno-Demokratyczna Partia Szwajcarii.

Prezydent Konfederacji Szwajcarskiej w zasadzie nie ma wyodrębnionego stanowiska głowy państwa. Przewodniczący Rady Związkowej nosi tytuł Prezydenta Konfederacji. Jest on wybierany przez Zgromadzenie Związkowe na okres 1 roku, spośród członków Rady Związkowej. Nie ma on uprzywilejowanej pozycji, a spełnia w zasadzie funkcje reprezentacyjne. Przewodniczy on posiedzeniom rządu oraz reprezentuje państwo w stosunkach międzynarodowych.

Ustrój państwa zdominowany jest przez dwie zasady konstytucyjne:

- zasadę federalizmu,
- zasadę demokracji bezpośredniej.

Pierwsza oznacza, że wszelkie kompetencje, które w konstytucji z 1874 r. nie zostały przyznane federacji, należą do kantonów. Druga zasada obejmuje: obowiązkowe referendum konstytucyjne, ludową inicjatywę ustawodawczą oraz ludowe weto ustawodawcze. Demokracja bezpośrednia w Szwajcarii, przejawiająca się w referendum, ma wymiar w rozlicznym ich rodzaju. Cztery razy do roku organizuje się referenda federalne, w kantonach organizowane są referenda kantonalne. Bywają lata, że obywatele Szwajcarii muszą po kilkanaście razy brać udział w różnego rodzaju referendach.

System parlamentarno - komitetowy to jeden z najrzadziej spotykanych systemów władzy na świecie. Politolodzy równocześnie uznają go za jeden z najlepszych.

Bibliografia:

1. Andrzejewski P., Daszczyński P., Gołata K., *Systemy polityczne wybranych państw*, Poznań 1993.
2. Żmigrodzki M., Dziemidok – Olszewska B., *Współczesne systemy polityczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, ISBN 978-83-01-17198-9

FILOZOFIA W OKRESIE HELLENISTYCZNYM

Od wielu wieków Europa opiera się na cywilizacji łacińskiej. Jest to cywilizacja wyjątkowa ponieważ jej fundamenty opierają się na wolności, wiedzy i godności. Te cechy wywodzą się zaś z krańca naszego kontynentu – Grecji. To właśnie tam, narodziła się filozofia, która dała istnienie myśli europejskiej. I to właśnie w Grecji ludzie zaczęli dostrzegać cechy wolności i cnoty jako pierwszorzędne, które należą do podstaw greckiej kultury i są wciąż filarami naszej cywilizacji. Cechy te to: nauka, moralność, sztuka oraz religia. Nie mogłyby one powstać bez filozofii. A filozofia to nic innego jak umiłowanie do mądrości. Systematyczne i bardzo krytyczne rozważanie na temat podstawowych spraw, w celu rozumienia świata oraz sensu istnienia człowieka. Bez filozofii nie mogłaby powstać rozwinięta cywilizacja. Kluczowym pytaniem filozofii jest słowo „dlaczego”, które zadał pierwszy filozof „naukowy” Tales z Miletu. Grecy stworzyli filozofię, która wcześniej nie istniała. Struktura demokratyczna oraz układy panujące w Grecji - otwartość na nowości i rozwój refleksyjności - doprowadziły do sytuacji, że to właśnie w tym regionie narodzili się filozofowie i tutaj filozofia zaczęła się rozwijać. Stworzyli fundamenty tej oto nauki a do jej rozkwitu nikt nie przyczynił się w takim stopniu jak starożytni. Myśliciele greccy zajmowali się niemal wszystkimi kwestiami dotyczącymi nauki i życia. To oni formułowali zasadnicze tezy, hipotezy oraz dowodzili różnych twierdzeń, wzorów, czy paradoksów. Filozofowie ponadto udzielali też odpowiedzi na fundamentalne pytania dotyczące początków świata oraz jego rozwoju czy życia. Zastanawiali się nad tym: "Co dzieje się po śmierci?", oraz "Czy istnieją jakiegokolwiek siły wyższe?". Nie bazowali na opowieściach czy pojęciach religijnych. Świat zewnętrzny starali się interpretować przy pomocy logicznego myślenia i rozumu. Pragnęli stawić czoło każdemu problemowi, nie starali się go unikać.

Kultura grecka długo rozwijała się w zupełnym odosobnieniu i niezależności od wpływów obcych. Świat "hellenistyczny", powstały na skutek podbojów Aleksandra, w pewnym sensie jest to świat wymieszanych idei społecznych i kulturowych, który łączy w sobie tradycję helleńską (czyli grecką) z lokalnymi tradycjami poszczególnych krain Bliskiego Wschodu. Hellenistyczni władcy chętnie podtrzymywali te procesy, osiedlając Greków wewnątrz lokalnych społeczności i zakładając nowe miasta wedle greckich praw i obyczajów. Kultura grecka, przenoszona do wielu nowych miejsc, ulegała znacznym przeobrażeniom.

W tym ze właśnie okresie hellenistycznym ukształtowały się szkoły filozoficzne takie jak:

STOICYZM:

Twórcą szkoły stoickiej był Zenon z Kition. Polega przede wszystkim na umiejętności zachowania spokoju ducha oraz opanowania, w każdej sytuacji. Stoicy przyjęli, że świat jest jednolity, materialny i doskonały. Najważniejsze miejsce w tej filozofii zajęła etyka. Za najwyższe szczęście i dobro człowieka uznali cnotę.

Uważali, że człowiek, który nie jest w stanie zapanować nad okolicznościami zewnętrznymi, powinien się od nich uniezależnić. Aby to osiągnąć, każdy musi panować nad sobą, żyć w zgodzie z ogólnie pojętą naturą i kierować się w życiu nie emocjami, ale rozumem. Tylko tak prowadzone, cnotliwe życie daje wolność i szczęście. Ideałem stoików był mędrzec, żyjący rozumnie, cnotliwie, a przez to bogaty wewnątrznie i wolny. Mędrzec nie powinien poddawać się afektom, czyli namiętnościom, musi zobojętnieć na emocje i uczucia (głównie smutek) i nie przywiązywać się do dóbr materialnych.

EPIKUREIZM:

Stworzony został przez Epikura w tym samym czasie co stoicyzm. Jest to filozofia, która odrzuca cierpienie jako element ludzkich odczuć. Skupia się wyłącznie na szczęściu. Epikurejczycy uważali, iż celem życia człowieka jest szczęście, które utożsamiali z osiągnięciem przyjemności. Przeciwnością tego stanu było nieszczęście, wynikające z doznawania cierpień. Zdrowie ciała i spokój duszy zapewniały radość. Epikur, wychodząc z założenia, że życie ludzkie jest krótkotrwałe, uważał, iż należy z niego korzystać wtedy, kiedy jest nam dane. Stąd wzięło się słynne hasło „*carpe diem*” - chwytaj dzień. Ponieważ potrzeby człowieka nigdy nie zostaną zaspokojone, Epikur uznał, że najwyższą formą szczęścia jest unikanie cierpienia i wyzbywanie się potrzeb. Filozofia Epikura głosiła iż: cnota, rozum i przyjaźń służyły jedynie uzyskaniu indywidualnej przyjemności. Wewnętrzny spokój, rozumne i cnotliwe życie prowadzą do osiągnięcia osobistego szczęścia, które z kolei przyczynia się do szczęścia ogółu.

CYNIZM:

Myślą przewodnią jest życie zgodne z naturą. Zwolennicy cynizmu nie uznawali władzy, uważali każdego człowieka za wolnego i uzależnionego jedynie od praw przyrody. Cynicy propagowali ideał cnoty. Filozofia życia cyników była prosta. Szczęście polega na cnotcie, ta zaś na życiu zgodnym z naturą. Natura identyfikowała się z przyrodą; naturalne potrzeby człowieka stanowiły to, co mu było

absolutnie niezbędne. Był to program minimalizmu życiowego oraz kultu prostoty życia – rozkosze cywilizacji przeszkadzają w praktykowaniu cnoty. Ideałem cyników był Diogenes, o którym legenda mówiła, że żył w beczce i odziewał się tylko płaszczem.

SCEPTYZM:

To myśl, która opiera się na wątpliwości w głoszone prawdy. Sceptycyzm zakłada możliwość potwierdzenia danych informacji. Charakteryzuje się na niedowierzaniem, niepewności wobec danej rzeczy. Sceptycyzm, nie wytworzył szkoły równie spójnej jak poprzednie, jednakże nauka jego przechowywała się i rozwijała blisko pięć stuleci. Stał na uboczu od innych szkół i wszystkim się przeciwstawiał swą doktrynę, bo one budowały teorie, on zaś tylko krytykował i przeczył.

Wszystkie te szkoły głosiły nauki życiowe i nieprzemijające, które pokazują po dziś dzień drogę życiową oraz ukierunkowują człowieka w szukaniu odpowiedzi na nurtujące go pytania. Gdyby połączyć wszystkie twierdzenia i myśli filozoficzne w jedną wielką doktrynę filozoficzną, byłaby ona wspaniałym vadamaceum jak żyć.

Bibliografia:

3. Tatarkiewicz Władysław, Historia Filozofii, Tom 1, Warszawa, PWN, 2007, ISBN 978-83-01-14466-1
4. Wipszycka Ewa, Bravo Benedetto, Historia starożytnych Greków, Tom 3, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2010, ISBN 9788323506126
5. Cwikła Dominik, Grecja jako ostoja europejskości. Hellenistyczna koncepcja Europy [online], [dostęp: 09 stycznia 2016], Dostępny w Internecie: <http://parezja.pl/grecja-jako-ostoja-europejskosc-hellenistyczna-koncepcja-europy/>