

Nr 94 Rok IX marzec 2021 ISSN 2299-9647



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA PÓZSIANEGO

# SM Express

*Promocja farmaceutyków? - str. 18-21*

## W numerze:

Bielizna jest niepotrzebna - str. 4-7

Lekcja pandemii - str. 8-11

Siła bliskości - str. 12-13

Mikroświat człowieka - str. 14-17

Spojrzenie na Covid z innej strony - str. 24-25

Konkursy - SM, Więzi, kontakty, relacje - str. 26-27

# Droży Państwo



**P**lebiscytów i konkursów w dzisiejszym świecie jest mnóstwo i czasem nie sposób ich wszystkich dostrzec. Jednak gdy ich wyniki w jakiś sposób dotyczą naszego środowiska, warto o nich wspomnieć.

Wydawnictwo Puls Medycyny co roku ogłasza listy stu osób najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia oraz w medycynie. I te wieści są bardzo dobre.

Na liście tych 100 osób znalazły się dwie osoby bliskie naszemu Stowarzyszeniu. Są to prof. Konrad Rejdak, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz prof. Monika Adamczyk-Sowa, prezes elekt Sekcji SM PTN. Oboje Państwo często współpracują przy okazji różnych naszych akcji, ale też zabie-

gają o sprawy osób zmagających się z SM. Wielokrotnie podczas różnych konferencji i spotkań z decydentami reprezentują interesy środowiska SM.

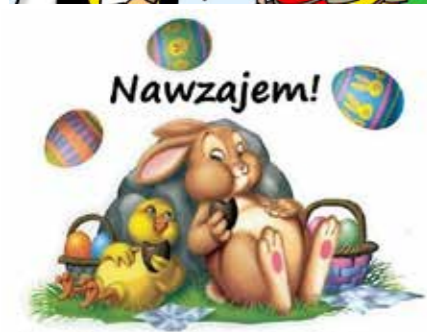
Natomiast w gronie 100 osób najbardziej wpływowych w ochronie zdrowia są takie nazwiska jak: prof. Jarosław Sławek, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, prof. Agnieszka Słowik, konsultant Krajowa ds. Neurologii, dr Małgorzata Gałączka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia oraz Center of Value Based Healthcare Uczelni Łazarskiego. W setce są też Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta oraz dr Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

Z prawdziwą dumą i radością wymieniam nazwiska tych osób, gdyż ich obecność na tych listach daje nam, jako organizacji, nadzieje na to, że w przyszłości też będziemy mieli mocne wsparcie w zabieganiu o sprawy SM. A będzie ich najprawdopodobniej dużo, ponieważ po pandemii spraw do załatwienia będzie niezwykle

dużo. Już pojawiają się sygnały, że utrudniony dostęp do poradni i szpitali spowodował powstanie kolejek zarówno w diagnostyce jak i w programach lekowych. Musimy skupić się na tym, żeby jak najszybciej udroźnić kanały dostępu i dać chorym szansę na walkę o swoje zdrowie. W takich sytuacjach wsparcie autorytetów i specjalistów będzie bezcenne.

Mam też jeszcze jedną wiadomość, o której trudno mi mówić. Otóż na liście 100 osób wpływowych w ochronie zdrowia jest też moje nazwisko. Mam świadomość, że jestem tam tylko dlatego, że jako PTSR ciężko pracowaliśmy, aby SM zostało potraktowane z należytą uwagą. Świadczy o tym fakt, o którym mówiłem w poprzednim SM Expressie – stwardnienie rozsiane jest na drugim miejscu jeśli chodzi o finansowanie programów lekowych. Wyprzedza nas tylko finansowanie raka piersi.

Cieszy to, że nasz wysiłek jest doceniany, że mamy zaszczyt współpracować z tak cenionymi ludźmi. Udało nam się zrobić naprawdę dużo. Miejmy nadzieję, że po pandemii utrzymamy ten dobry trend i nadal będziemy tak skuteczni.



to najczęstsze życzenia wielkanocne

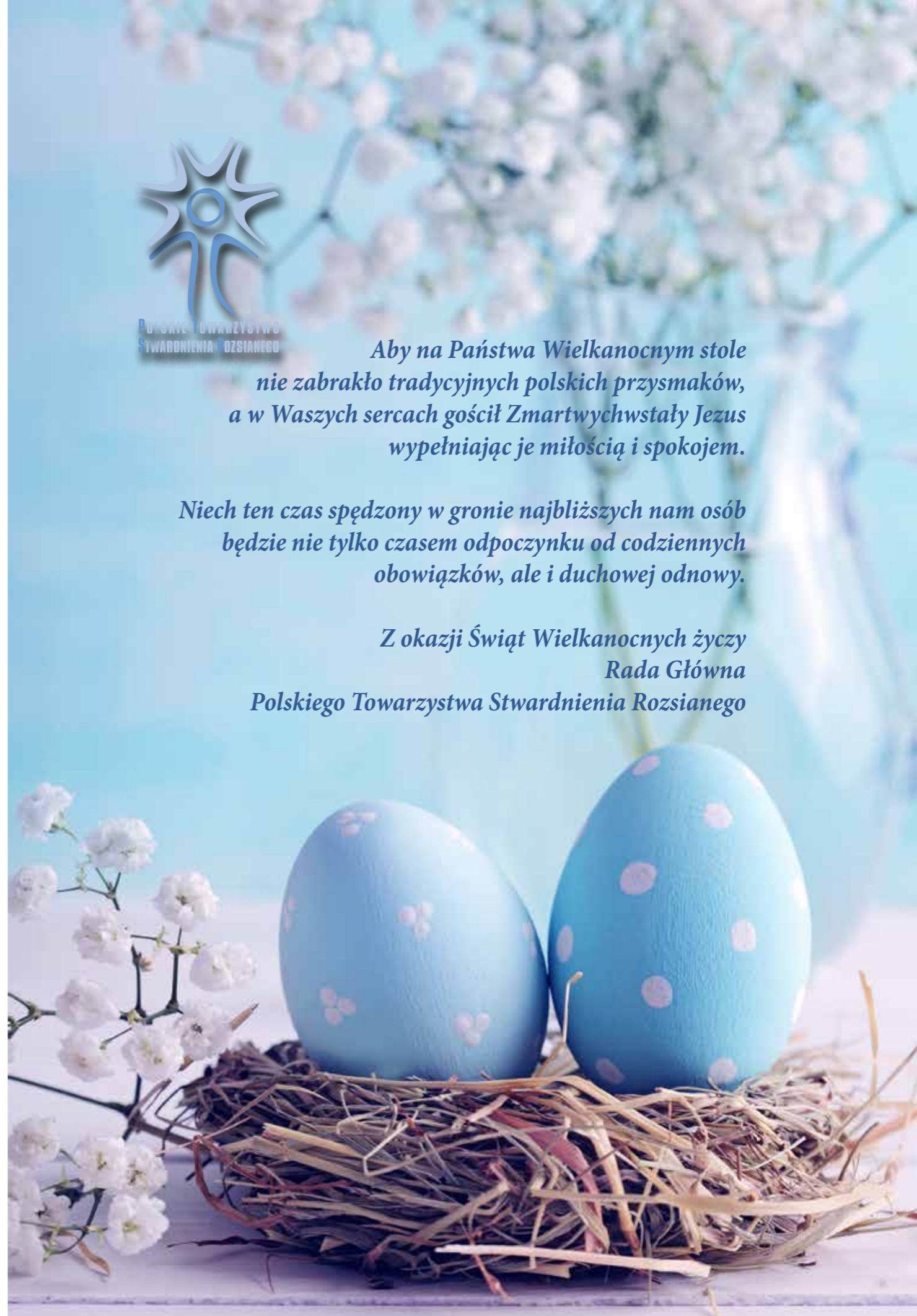


POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

*Aby na Państwa Wielkanocnym stole  
nie zabrakło tradycyjnych polskich przysmaków,  
a w Waszych sercach gościł Zmartwychwstały Jezus  
wypełniając je miłością i spokojem.*

*Niech ten czas spędzony w gronie najbliższych nam osób  
będzie nie tylko czasem odpoczynku od codziennych  
obowiązków, ale i duchowej odnowy.*

*Z okazji Świąt Wielkanocnych życzy  
Rada Główna  
Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego*



# Bielizna jest niepotrzebna

Z Anną Pelc, fizjoterapeutką uroginekologiczną, właścicielką Centrum Fizjoterapii im. Dziewięciu z Wujka w Tarnobrzegu rozmawia Alicja Badetko, dziennikarz, fizjoterapeuta pracujący z pacjentami neurologicznymi.

**Alicja Badetko: Co takiego niezwykłego jest w mięśniach dna miednicy (dalej jako MDM)?**

**Anna Pelc:** Mięśnie dna miednicy zamykają naszą miednicę od dołu. Mają bardzo ciekawy układ przypominający misę w kształcie lejka. Tworzy on wsparcie dla narządów miednicy mniejszej: pęcherza moczowego z cewką, macicy i pochwy oraz odbytnicy. Najważniejszą funkcją mięśni dna miednicy jest prawidłowa reakcja na wzrost ciśnienia śródbrzusznego.

**A.B.: To ciśnienie powiązane jest między innymi z (nie)trzymaniem moczu. Wiele osób popuszcza mocz, kiedy biega, tańczy a nawet kichnie. Dlaczego tak się dzieje?**

**A.P.:** Dzieje się tak, ponieważ mięśnie dna miednicy w połączeniu z przeponą, mięśniami brzucha i głębokimi grzbietu tworzą tzw. głęboki cylinder stabilizacyjny. Ta struktura, biorąc udział podczas wszystkich naszych ruchów, powinna zareagować odpowiednio dobranym napięciem. Jeśli jeden z jej elementów ulegnie uszkodzeniu, to cały system przestaje działać. Jest to bardzo ważne, ponieważ od kilku do kilkudziesięciu milisekund przed każdym naszym ruchem wszystkie te mięśnie napinają się, dając nam wewnętrzną stabilizację.

**A.B.: Jakiś przykład pacjenta z tym problemem?**

**A.P.:** Pamiętam, jak moim pacjentem był 13-letni chłopiec,



który właśnie podczas śmiechu nie utrzymywał moczu. Musiał nosić wkładki. Problem stawał się coraz większy. Z badania wynikało, że mięśnie dna miednicy są tylko troszkę osłabione. Największy problem dotyczył przepony, czyli mięśnia oddechowego. Ciśnienie śródbrzusze było u niego tak wysokie, że MDM

nie utrzymywały moczu. Chłopiec zaczął wycofywać się z życia rówieśniczego. Terapię oparliśmy na rozluźnieniu przepony, wyrównaniu ciśnienia, stymulacji mięśni dna miednicy, jak również wzmocnieniu stabilizacji wewnętrznej. Problem zniknął. Chłopak mógł wrócić do normalnego życia.

**A.B.: Fantastyczny przykład. A czy możemy łączyć problem mięśni dna miednicy z dolegliwościami bólowymi w naszym ciele?**

**A.P.:** Tak. Problemy z pęcherzem moczowym bardzo często występują z bólami krzyża. Zaburzenie trawienia łączymy z obniżeniem narządów rodnych lub problemami w sferze seksualnej. W medycynie wschodniej już 5 tysięcy lat temu zaczęto zwracać uwagę na mięśnie dna miednicy. Uważano, że to tam skumulowana jest nasza energia - podstawa do prawidłowego funkcjonowania całego organizmu. W tym miejscu znajduje się środek ciężkości i powinniśmy bardzo o niego zadbać, a przede wszystkim nauczyć się go aktywizować.

**A.B.: W jaki sposób?**

**A.P.:** Pierwsze z ćwiczeń, jakie możemy wprowadzić w życie, to

przetaczanie miednicy. Siedzimy na brzegu krzesła na guzach kulszowych. Przetaczamy miednicę maksymalnie w przód a później w tył. Łączymy to z prawidłowym oddechem. W przód - wdychamy i wypinamy brzuch do przodu. Miednica w tył - wypuszczamy powietrze „przyklejając pępek do kręgosłupa”. Następnym ćwiczeniem może być zbliżanie guzów kulszowych. Pozycja w której ćwiczymy, to także siedzenie na krześle. Pomocne jest zlokalizowanie guzów kulszowych, układając dłonie pod nimi. Pacjent ma za zadanie zbliżyć guzy do siebie bez użycia mm. zwieraczy, pośladków i tłoczni brzusznej. Tu jednak pomaga wyobraźnia. Trzeba to sobie zwizualizować.

**A.B.: Z jakimi innymi problemami przychodzą do Ciebie pacjenci?**

**A.P.:** W przypadku kobiet to też nadreaktywny pęcherz, opadanie narządów rodnych. U wielu pacjentek związane jest to z okołoporodowymi uszkodzeniami MDM po operacjach uroginekologicznych lub podczas klimakterium.

**A.B.: A problemy seksualne?**

**A.P.:** Bardzo częstym a zarazem wstydlivym tematem jest występowanie zaburzeń w strefie seksualnej. To problemy z orgazmem i brakiem odczuwania przyjemności ze stosunku a nawet ból w jego trakcie. Bardzo często prowadzi to do wycofania się z życia seksualnego. Nieprawidłowo działające mięśnie dna miednicy podczas zbliżenia nie „potrafią” prawidłowo dotlenić miednicy i napompuwać w jej obszar odpowiedniej ilości krwi. Dlatego nie ma orgazmu.





U mężczyzn objawia się to także brakiem erekcji podczas stosunku.

**A.B.: Co i kiedy powinno nas zaniepokoić w kontekście nietrzymania moczu?**

**A.P.:** Pierwsze oznaki, że MDM są narażone na osłabienie, można zaobserwować już w okresie dojrzewania lub w trakcie uprawiania sportów siłowych albo gimnastyki. Zdarza się to u dziewcząt, które np. podczas wykonywania „świecy” zasysają powietrze do pochwy. Po drugie, mocz wydalany powinien być tylko i wyłącznie w toalecie, w pełnej naszej świadomości. Jeśli dochodzi do mimowolnego „uciekania” moczu, oznacza to, że MDM są osłabione i uszkodzone, czyli po prostu dysfunkcyjne.

**A.B.: Jaki błąd popełniamy myśląc o wspomnianym problemie?**

**A.P.:** Po usunięciu prostaty pojawiają się często nietrzymanie moczu, zaburzenia potencji i erekcji. Mężczyźni uważają, że to norma. A tak wcale nie musi być. W przypadku obu płci ważna jest świadomość, gdzie tak

na prawdę leży problem. Musimy też wiedzieć, że odpowiednimi ćwiczeniami możemy sobie poradzić z nietrzymaniem moczu różnego typu: wysiłkowym, nagłym czy mieszanym, jak również z nietrzymaniem kału, brakiem erekcji lub orgazmu, a także niekontrolowanymi gazami albo wypadaniem narządów rodnych.

**A.B.: A co stanowi największy problem w twojej pracy?**

**A.P.:** Najtrudniejszym problemem dla pacjenta, z jakim spotykam się podczas np. w terapii nietrzymania moczu, jest prawidłowe zlokalizowanie MDM. Dlatego w początkowej fazie podczas ćwiczeń bardzo dużo opieramy się na nauce oddechu przeponowego. To aktywizuje te mięśnie. Bazujemy też na wyobraźni. Pozwala ona na zlokalizowanie mięśni w miednicy.

**A.B.: Kiedy pacjent powinien zgłosić się na terapię?**

**A.P.:** Często słyszy się: „Kichnęłam i popuściłam - to naturalne, przecież urodziłam dziecko”. To już sygnał, że MDM zostały uszkodzone podczas porodu.

Jeśli zdarzyło się raz, to na pewno się powtórzy. Jeśli nie teraz, to w okresie menopauzalnym. Jeśli nie pobudzimy MDM do prawidłowego napięcia, to one będą słabły. W połączeniu ze zmianami hormonalnymi, które zachodzą podczas menopauzy, problem z nietrzymaniem moczu pojawi się wcześniej czy później.

**A.B.: A same możemy sobie pomóc, czy od razu czeka nas wizyta u specjalisty? Czasem jest to krępujący problem. Z czym jest powiązany w przypadku porodu?**

**A.P.:** Podczas porodu może dojść do nacięcia lub pęknięcia krocza. Czasem miało miejsce tzw. cesarskie cięcie. Dlatego natychmiast należy rozpocząć prawidłowe stymulowanie MDM, aby jak najszybciej przywrócić im prawidłowe napięcie. Natomiast praca nad blizną po szyciu powinna rozpocząć się zaraz po jej całkowitym zagojeniu. Tak samo stymulację omawianych mięśni prowadzi się jako przygotowanie przed operacją uroginekologiczną i po niej.

ce na pozbycie się problemu, ponieważ w planach miał wylot do USA. I udało mu się to osiągnąć. A dodatkowo poprzez własną pracę, oprócz wzmocnienia MDM, poprawił napięcie głębokiego cylindra. To sprawiło, że przestało go boleć biodro.

**A.B.: Kiedy rozmawialiśmy przed tym wywiadem, powiedziałaś, że kobiety powinny chodzić bez bielizny...**

**A.P.:** W terapii zawsze przychodzi taki moment, że pacjentki dostają zadanie, aby przez cały dzień nie zakładać bielizny. Wynika to z faktu, iż zabierając barierę zabezpieczającą mózg zaczyna wysyłać całkiem inne informacje do narządów miednicy mniejszej. Stymuluje je do utrzymania moczu, kału oraz wydzieliny z pochwy. Mózg i MDM są ze sobą „połączone” jakby linią prostą. W sytuacji, gdy nie założymy bielizny, może nie od razu i nie w pierwszy dzień, ale przychodzi ten moment, że nie popuszczamy wydzielin.

**A.B.: W jaki sposób możemy stymulować MDM? Masturbując się? Co myślisz o masturbacji?**

**A.P.:** Po porodzie, podczas którego doszło do nacięcia lub pęknięcia krocza, masturbacja może pomóc kobiecie na nowo zapoznać się z własnym ciałem, z wyczuwaniem blizny oraz wrażliwością intymną. Sama stymulacja umożliwia rozluźnienie napięcia bliznowego. Naciskanie brzegów blizny i masowanie blizny przez samą siebie pozwala na odczucie czy krocze jest prawidłowo unerwiane, czy nie doszło do jakiegoś zaburzenia w tym obszarze.

**A.B.: Kto lepiej pracuje, wykonuje zadania?**

**A.P.:** Okazuje, że mężczyźni w swojej zadaniowej naturze zrealizują plan w 100 %. To grupa, która najłatwiej radzi sobie z problemem nietrzymania moczu. Pamiętam starszego pana, który przyszedł do mnie na terapię. Był po prostatektomii i największy problem miał z nietrzymaniem moczu. Musiał korzystać z wkładki Level 3. Dał sobie dwa miesią-

rodzie pacjentki słyszą: „Proszę ćwiczyć mięśnie Kegla”. Wracają do domu i w Internecie szukają wskazówek. Błędnie z nich wynika, że muszą zaciskać zwieracze albo wstrzymywać strumień moczu. Jeśli problem z nietrzymaniem moczu był po porodzie, to nie zniknie a z czasem może narastać. Nadchodzą wtedy stereotypowe myśli: „Rodziłam to normalne” lub „Już nie poskaczą na trampolinie, nie będę biegać” itd. A tak wcale nie musi być.

**A.B.: Aniu, na koniec powiedz nam o swoich pasjach poza zawodowych.**

**A.P.:** Dbanie o pamięć, o bohaterach zamordowanych podczas pacyfikacji strajku 16 grudnia 1981 roku w KWK Wujek, w Katowicach. Kawał historii bezpośrednio związanej z moją rodziną. Do tego uwielbiam czytać, a dla relaksu biegam i ćwiczę.

**A.B.: Dziękuję za spotkanie i do zobaczenia na jakimś szkoleniu, znając życie;)**

**A.B.: No dobrze, a co z wkładkami higienicznymi?**

**A.P.:** Najgorsze, co może robić sobie kobieta, to używanie wkładek higienicznych bez potrzeby, tylko dla zabezpieczenia majątek. Nasza „cipka” lubi powietrze. Lubi być odpowiednio dotleniona, a wkładki to uniemożliwiają. Może zatem dochodzić do stanów zapalnych, grzybiczych czy bakteryjnych. Częste infekcje nie służą nam, a przewlekłe mogą prowadzić do coraz większych problemów.

**A.B.: Jakie twoim zdaniem pokutują stereotypy odnośnie leczenia MDM?**

**A.P.:** Przede wszystkim pacjenci są niedoinformowani o swoim problemie. Jest to bardzo intymny i wstydlivy temat, wręcz tabu. Zauważam brak profilaktyki w zakresie dysfunkcji MDM. Trafiają do mnie pacjenci, którym nie pomógł ginekolog lub urolog. Nie zdają sobie sprawy, że MDM można a nawet trzeba ćwiczyć. Po po-



**Alicja Badetko,**  
dziennikarz, fizjoterapeuta  
pracujący z pacjentami  
neurologicznymi (Udar,  
choroba Parkinsona, SM,  
SLA).

Gabinet w Tychach,  
tel. 664 747 215,  
www.neuro-fizjo.manifo.com

# LEKCJA PANDEMII

## Skoro nie byliśmy mądrzy przed drugą falą COVID-19, spróbujmy teraz

Osób, które przechorowały COVID-19 przybywa, ale ich powrót do pracy jest często znacznie opóźniony. Powód? Powikłania i brak rehabilitacji - wskazują eksperci Rady Programowej VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych rok po wykryciu pierwszego zakażenia koronawirusem w Polsce.

alizować szkolenie z obsługi respiratorów

**Prof. Maciej Banach:** - *To nie COVID-19, ale głównie choroby przewlekłe spowodowały w 2020 r. rekordowy wzrost liczby zgonów - o ponad 60 tys. wobec roku poprzedniego*

**Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka:**



**Prof. Edward Franek**

**Prof. Edward Franek:** - *Warto rozważyć kwestię dostosowania szpitali - już istniejących, budowanych czy modernizowanych - nie tylko do obecnej, ale również przyszłych epidemii*

**Dr Tadeusz Urban:** - *W wielu szpitalach, które są w gotowości zaprzestano montażu instalacji zasilania w tlen na kolejnych salach, wątpliwe czy udało się zre-*

**ka:** - *Tworzone są zupełnie nowe rozwiązania informatyczne, które mają pomóc w zaangażowaniu obywateli w większą dbałość o własne zdrowie*

- *Czerwcową datę tegorocznego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych skłania do podsumowania efektów walki z trzecią falą pandemii koronawirusa, w tym, między innymi realizacji programu szcze-*

*pień oraz rozwiązań wprowadzonych dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, takich jak telekonsultacje czy telepody. Trzeba m.in. rozważyć, w jakich okolicznościach telepody rzeczywiście służy dobru pacjenta - zaznaczył prof. Maciej Banach, dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.*

Szef „Matki Polki” uczestniczył w spotkaniu Rady Programowej VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress - HCC), który 14 i 15 czerwca br. odbędzie się w Katowicach.

Przypomnijmy, że pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem w Polsce potwierdzony został 4 marca 2020 roku.

### Najwyższy czas zająć się chorymi przewlekle

- *Omówienia wymaga przyspieszenie całej cyfryzacji w ochronie zdrowia w dobie pandemii, w tym, m.in. funkcjonowanie e-recept, e-skierowań, a także wdrażanie elektronicznej dokumentacji medycznej, która jest fundamentem dygitalizacji systemu opieki zdrowotnej - wyliczał prof. Banach.*

Przypominał, że w 2021 roku w placówkach medycznych są już w pełni wdrożone i sprawdzone od miesięcy standardy postępowania zapobiegające transmisji koronawirusa. - *Dlatego musimy rozmawiać o tym, w jaki sposób powrócić do zagwarantowania możliwie najlepszej opieki pacjentom z chorobami przewlekłymi. To właśnie te schorzenia spowodowały w 2020 r. rekordowy wzrost liczby zgonów - o ponad 60 tys. wobec roku poprzedniego - powiedział.*

Dodał: - *To ogromny, systemowy problem. W pierwszym roku pandemii wykonano w Polsce o ok. 50*

*proc. mniej angioplastyk (zabieg poszerzenia naczyń często ratujący życie m.in. u osób z zawałem serca), z kolei pacjentom z chorobami nowotworowymi wydano w tym okresie tylko jedną trzecią kart DiLO (umożliwiają zastosowanie szybkiej ścieżki onkologicznej).*

Dyrektor ICZMP podkreślił ponadto, że drastycznie spadła liczba badań profilaktycznych, a także wizyt oraz hospitalizacji diagnostycznych. Dlatego, zdaniem prof. Banacha w sytuacji, kiedy coraz więcej osób jest zaszczepionych, a personel medyczny doskonale już wie, jak postępować, aby uniknąć zaka-

żenia, niezbędne jest przywrócenie poziomu sprzed pandemii - zarówno badań diagnostycznych, jak i terapii pacjentów z chorobami przewlekłymi.

### Powstaje nowy model profilaktyki

Także dr **Małgorzata Gałązka-Sobotka**, dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego w Uczelni Łazarskiego zauważyła podczas spotkania Rady



**Prof. Maciej Banach**

Programowej HCC 2021, że połowa czerwca będzie okazją do podsumowań doświadczeń pokazujących - miejmy nadzieję - jak system ochrony zdrowia przeszedł przez czas pandemii COVID-19.

- *Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego wraz Instytutem Zdrowia Publicznego UJ CM w Krakowie i Światowym Forum Ekonomicznym analizuje mechanizmy, które służą budowaniu odporności systemów opieki zdrowotnej na takie sytuacje kryzysowe. Pojawi się wkrótce podsumowanie badań z kilku krajów. Będziemy dzielić się informacjami na temat słabych punktów, jakie zidentyfikowano w systemach m.in. Włoch, Wielkiej Brytanii, Niemiec, także w Polsce i jakie wnioski płyną z tego doświadczenia - mówiła ekspertka.*

Jak dodała, kolejny temat, który chciałaby zarekomendować do dyskusji podczas HCC, to nowy model profilaktyki, nad którym intensywnie pracuje Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

- *Tworzone są zupełnie nowe rozwiązania informatyczne, które mają pomóc w zaangażowaniu obywateli w większą dbałość o własne zdrowie, poprzez udostępnianie informacji o tym, ja-*



**Dr Tadeusz Urban**

**Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka:**



ki jest indywidualny plan badań profilaktycznych dedykowany każdemu z nas - powiedziała dr Gałązka-Sobotka, zaznaczając, że czerwiec będzie dobrym czasem do pokazania pełnej od strony tego przedsięwzięcia, którego celem jest pokonanie problemu, z jakim mierzymy się od lat - niską zgłaszalnością na badania profilaktyczne.



Prof. Maciej Krawczyk

**Fundusz Odbudowy także dla POZ?**



Jacek Krajewski

Przypomniała, że w kwietniu Bank Światowy podda kolejnej ocenie efekty pilotażu POZ+. Zgodnie z zapisami ustawy o POZ już od 1 października

2021 roku w całym kraju powinien funkcjonować model opieki koordynowanej w POZ. - *Warto odpowiedzieć na pytanie, czy to jest możliwe, czy ustawa powinna jednak ulec modyfikacji* - mówiła dr Gałązka-Sobotka.

Do podobnego wątku nawiązał **Jacek Krajewski**, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie. Zapowiedział, że pod-

czas HCC Porozumienie Zielonogórskie chce zaprezentować

oryginalny nowy projekt opieki koordynowanej na terenach wiejskich.

- *Nazwaliśmy go Wieś OK. Głównie ma polegać na implementacji*

*kompleksowego programu profilaktyki zdrowotnej i opieki koordynowanej uwzględniającej specyfikę i potencjał kadrowy ochrony zdrowia terenów wiejskich. Tym projektem chcielibyśmy się zwrócić ku tym miejscom w kraju, w których dostępność świadczeń specjalistycznych jest dużo mniejsza i tam stworzenie odrębnego programu koordynacji opieki może być bardzo pożądane* - mówił prezes PZ.

Nie ukrywał też, że lekarze rodzinni chcieliby rozmawiać o pieniądzach jakie spłyną do Polski na zdrowie w związku z Funduszem Odbudowy. - *Zaniepokoiło nas, że w Funduszu Odbudowy, w części na zdrowie mało miejsca poświęca się podstawowej opiece zdrowotnej. Dostyc tradycyjnie zaplanowano te środki, przeznaczając większość na opiekę stacjonarną* - ocenił prezes Krajewski.

Zapowiedział: - *Możliwe, że konieczna będzie jeszcze gorąca dyskusja na temat tego jak te środki z Funduszu Odbudowy - prawie 20 mld zł - będą przeznaczane na system ochrony zdrowia. Z całym szacunkiem dla potrzeb wszystkich działów systemu, ale w POZ poczuliśmy się nieco pominięci.*

**Bądźmy mądrzy przed kolejną pandemią**

Z kolei w opinii prof. **Edwarda Franka**, kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii w CSK MSWiA w Warszawie, w dyskusjach o systemie opieki zdrowotnej w czasach koronawirusa warto rozważyć kwestię dostosowania szpitali - już istniejących, budowanych czy modernizowanych - nie tylko do obecnej, ale również przyszłych epidemii. Ten temat wydaje się o tyle istotny, że eksperci, m.in. wirusolodzy, nie wykluczają pojawiania się w przyszłości nowych patogenów mogących stwarzać globalne zagrożenie epidemiologiczne. - *Dostosowanie szpitala do tego rodzaju zagrożeń powinien już przewidywać zarówno jego projekt, jak i lokalizacja. Pracu-*



*ję w placówce, który nadal spełnia zadania jednostki covidowej. Musieliśmy zreorganizować cały szpital, co nie jest do końca właściwym rozwiązaniem, ponieważ już sama jego struktura nie jest przystosowana do przyjmowania tak dużej liczby pacjentów zakaźnych* - zaznaczył prof. Edward Franek.

Wyleczyliśmy pacjenta i co dalej? Prof. **Maciej Krawczyk**, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów zwracał uwagę, że w Polsce należy stworzyć możliwości szerokiego dostępu do rehabilitacji osób, które przechorowały COVID-19. - *Wyleczonych z tej choroby cały czas przybywa, skala problemu staje się więc naprawdę bardzo poważna. Powrót wielu z tych osób do pracy jest znacznie opóźniony. Powodem są różnego rodzaju powikłania, takie, jak, między innymi osłabienie organizmu oraz ogólna niewydolność* - tłumaczył prof. Krawczyk.

Poinformował, że Krajowa Izba Fizjoterapeutów opracowała masowy, prosty i bardzo jasno skonstruowany program obejmujący standardy, a także możliwe i dostępne formy rehabilitacji postcovidowej. - *Wiemy, że program ten został już zaakceptowany przez Ministra Zdrowia do stosowania w całej Polsce* - powiedział prezes KIF.

Podkreślał, że półtora roku temu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła trzeci - obok śmiertelności i zacho-

rowalności - wskaźnik/miernik zdrowia publicznego, którym jest funkcjonowanie.

- *Myślę, że warto podczas VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych dokładnie wyjaśnić środowisku medycznemu, czym jest ten nowy wskaźnik WHO - czemu ma służyć, a także jak informacje o funkcjonowaniu po chorobie powinny trafiać do systemu ochrony zdrowia* - powiedział prof. Krawczyk i dodał: - *Żyjemy coraz dłużej, stosujemy coraz skuteczniejsze terapie. Jednocześnie lekarze często nie wiedzą, jaki naprawdę jest stan pacjentów po przebytych chorobach, urazach, jak one wpływają na ich dalsze funkcjonowanie.*

- *Tymczasem już od stycznia 2021 roku wszystkie kraje członkowskie WHO są zobowiązane do monitorowania stanu pacjenta po przejściu choroby. To bardzo cenna informacja, przydatna chociażby w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych* - podsumował prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

**Nie wykorzystaliśmy czasu spowolnienia pandemii**

Dr **Tadeusz Urban**, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dzieląc zdanie wielu uczestników Rady Programowej Kongresu Wyzwań Zdrowotnych również uznał, że jednym z ważnych tematów debat podczas Kongresu będzie wypracowanie wniosków z przebiegu

pandemii COVID-19.

Jego zdaniem nie wykorzystaliśmy dobrze czasu, który zyskał dzięki niedawnemu spowolnieniu pandemii. - *W wielu szpitalach, które są w gotowości zaprzestano montażu instalacji zasilania w tlen na kolejnych salach, wątpliwe czy udało się zrealizować szkolnie z obsługi respiratorów* - podawał przykłady.

Dodał: - *Bardzo istotne jest też ustalenie, kto i w oparciu o jakie kompetencje powinien koordynować współpracę pomiędzy różnymi podmiotami w systemie ochrony zdrowia.*

Tematem, który na pewno znajdzie swoje miejsce w programie HCC 2021 będzie dostępność kadr medycznych. - *Dyrektorzy szpitali od wielu lat proszą o rozwiązania zwiększające dopływ kadr lekarskich. W tym celu dopuszczono możliwość zatrudnienia lekarzy spoza Unii Europejskiej, którzy nie muszą nostryfikować dyplomów. Można ich faktycznie zatrudniać bez prawa wykonywania zawodu wydanego przez izby lekarskie* - przypomniał.

Zdaniem dr Tadeusza Urbana potrzebne jest wypracowanie wraz dyrektorami i samorządem lekarskim pewnego modelu zatrudniania takich osób, który brałby pod uwagę potrzeby szpitali, ale i możliwości zapewnienia nadzoru nad pracą lekarzy spoza UE.

Źródło: Medezpress

# Siła bliskości

**Choroba pojawia się w naszych rodzinach najczęściej niespodziewanie. Rzadko w planach życiowych uwzględniamy sytuacje związane z nieoczekiwaną stratą, zaburzeniem stabilności, rozchwianiem czy diametralną zmianą ustalonych planów na przyszłość. Poważna choroba zaburza naturalne relacje w rodzinie, poczucie bezpieczeństwa.**

Staramy się mobilizować osobę chorą do bycia dzielną, wytrwającą w realizowanej terapii. Bardzo często choroba atomizuje członków rodziny, każdy przeżywa własne lęki i obawy samotnie, boi się rozmawiać z innymi o obserwowanych zmianach. Dominuje lęk o los osób najbliższych; ogarnia on zarówno osobę chorą jak

i jej otoczenie. Staramy się chronić bliskich od rozpaczliwych i zwątpienia. Takie zjawiska często rozbijają naturalne więzi emocjonalnej bliskości. Skupiamy energię na wykonywaniu codziennych obowiązków. Na dalszym planie pozostaje zapewnienie poczucia stabilności, poczucia bliskości. Choroba przewlekła zamyka wie-

lu pacjentów, ogranicza kontakty, zrywa więzi, izoluje. Chory wybiera samotność jako bezpieczne schronienie pozwalające przetrwać okresy niemocy, obawia się wykluczenia społecznego, degradacji, zmian spowodowanych chorobą. Próbuje przeczekać okres zmian, które nie są przez niego akceptowane. **Tego typu bierność wcale nie musi oznaczać niechęci do działania; może oznaczać jedynie bezradność.**

Jak rozmawiać w tym trudnym czasie? O czym pamiętać w rozmowie z osobą chorującą? **Po prostu słuchaj.** Słuchaj uważnie; upewnij się, że dobrze rozumiesz intencje osoby chorującej. Nie staraj się doradzać. Staraj się dążyć do ujawnienia emocji bliskiemu. Bądź szczery, nie unikaj mówienia o własnych lękach, po-



każ, że jego niepokój nie jest tylko jego. Nie lekceważ lęków osoby chorej, nie bagatelizuj obrazu choroby, jaki ma osoba bliska. **Nie koncentruj się tylko na chorobie.** Staraj się zachowywać naturalnie, poruszaj tematy, które były dla was istotne wcześniej.

Bądź wsparciem. Zapewnij o gotowości do pomocy, jeśli rzeczywiście chcesz pomagać. W razie pomocy nie wywieraj presji. **Czasem wystarczy być przy chorym.** Cisza wcale nie musi krępować, wspólne milczenie także jest wartością.

**Jeżeli w rodzinie osoby chorej są dzieci, to nie należy traktować ich tak, jakby ten problem ich nie dotyczył. Dzieci są bardzo spostrzegawcze, kiedy nie rozumieją tego, co widzą, czują się zagubione.** Z badań psychologicznych wynika, że 9-latek posiada świadomość powszechności, nieodwracalności choroby/śmierci i pojmuje ją w sposób podobny do dorosłych. Nie wolno stronić od rozmowy, choćby najtrudniejszej. Pozwoli to na uniknięcie przez dziecko poczucia odrzucenia, samotności i poczucia zagrożenia. Szczerość w rozmowach pozwala włączyć dziecko w zespół rodzinny, będący wsparciem w walce z chorobą.

Życie toczy się dalej, dziecko nie zatrzyma swojego rozwoju i dorastania na czas choroby. Zawieszona relacja, często zaniechana, odłożona na potem będzie trudno odtworzyć po tym okresie. Kiedy wspominamy o relacjach zespołowych, warto rozważyć podział zadań rodzicielskich, kompetencji wychowawczych, zaprosić do współpracy osoby zaprzyjaźnione do wykonania czynności, których sami nie mamy siły wykonać.

Jeśli udajemy, że świetnie radzimy sobie w chorobie, a nie jest to do końca zgodne z prawdą, uczymy dzieci że gdy one znajdują się w trudnej sytuacji, mają fałszować obraz własnych przeżyć. Brak rozmowy w domu oznacza szukanie odpowiedzi poza nim, poprzez pytanie innych, surfowanie po Internecie. W ten sposób łatwo zbudować przekłamany obraz choroby ukochanej osoby.

Przemyślenia Papieża Franciszka niech będą zbiorem dobrych słów kończących ten tekst: „Kiedy jestem z kimś, kto ma cnotę nadziei, a przeżywa trudną chwilę, czy chorobę, czy niepokój o syna czy córkę, lub o kogoś z członków rodziny, czy też o coś innego - ale posiada tę cnotę, spośród cierpienia zwraca swe spojrzenie przenikające, ma swo-

*bodę patrzenia dalej, zawsze dalej - to jest nadzieja. Nadzieja otwiera horyzonty, nadzieja jest wolną, a nie niewolniczą, zawsze znajduje miejsce, by zaaranżować sytuację (...). Czasami, by dać nadzieję, wystarczy być z człowiekiem uprzecym, który odkłada na bok swoje lęki i pośpiech, aby zwrócić na kogoś uwagę, aby podarować uśmiech, aby powiedzieć słowo, które by dodało otuchy, aby umożliwić przestrzeń słuchania pośród wielkiej obojętności. Wielu Cię ceni, podziwia Cię i kocha. Chciałbym, żebyś pamiętał, że: być szczęśliwym to nie znaczy mieć niebo bez burzy, drogę bez wypadków drogowych, pracę bez wysiłku, relacje bez rozczarowań. Być szczęśliwym to znaleźć siłę w przebaczeniu, nadzieję w walkach, bezpieczeństwo na scenie strachu, miłość w niezgodzie. To nie znaczy tylko doceniać uśmiech, ale też zastanawiać się nad smutkiem. Być szczęśliwym to uznać, że warto żyć, pomimo wszelakich wyzwań, nieporozumień i kryzysów. Być szczęśliwym to przestać się czuć ofiarą problemów, a stać się bohaterem własnej historii.” Niech to będzie drogowskaz na wielkanocny czas, czas zadumy, radości, odradzania się wiary i nadziei.*

# RODZINA

## jako mikroświat człowieka

Socjologowie rodziny zgodnie stwierdzają, że obecnie człowiek posiada silniejszą niż dawniej tendencję do zakładania rodziny, chociaż równocześnie i silniejszą tendencję do jej rozwiązywania. Wyjaśnienia poszukują w cechach dzisiejszego technokratycznego społeczeństwa. Jedną z tych cech jest zagubienie i poczucie osamotnienia. Wynika ono z faktu, że stosunki pomiędzy ludźmi zatraciły wartość, którą posiadają same

w sobie, a stały się środkiem osiągnięcia pieniędzy, władzy i sukcesu. Wśród wymogów punktualności, identyczności zachowań, ich przewidywalności i skuteczności człowiek czuje się samotny pomimo licznych technicznych więzi i kontaktów z innymi. Z tą samotnością bardzo silnie związane jest poczucie ograniczenia. Współczesny człowiek działa w skomplikowanym systemie, a przez to żyje tylko fragmentarycznie, w pośpie-

chu, szarpany ambicjami i konfliktami. Wszystko ma z góry zorganizowane i zaplanowane. Jest podporządkowany drobiazgowo przemyślanemu planowi - a przez to mocno ograniczony w swojej wolności i w swoich decyzjach. Świetnie oddaje to pojęcie „makdonaldyzacji” codziennego życia. Najważniejszym kryterium oceny jest ostateczny efekt. Tworzy się w ten sposób szczególny rodzaj moralności, której kryteria nabie-



rają cech pragmatycznych. Kształtuje to postawy zagrożenia, frustracji i agresji. Na poszczególnych szczeblach zinstytucjonalizowanego systemu społecznego człowiek traktowany jest jako środek realizowania z góry zaprogramowanych celów.

Odtrutkę na te zjawiska i stany można znaleźć bądź w różnych formach ucieczki od społeczeństwa, często przybierających formę patologii społecznej, bądź też w identyfikacji z małymi grupami, w których wartościowe jest już samo przebywanie z drugim człowiekiem. Do takich grup przede wszystkim należy rodzina, która z założenia jest systemem postaw miłości.

Postawa wzajemnej miłości sprawia, że członkowie rodziny tworzą grupę, w której jeden służy drugiemu, nie pytając co za to otrzyma. W tej to grupie również nie tyle jest ważne, co dany człowiek posiada lub co może, lecz kim jest dla pozostałych jako osoba. Najważniejsze jest to, że jednostka czuje, że na nią skierowane są wysiłki i troski innych, że znajduje się w centrum zainteresowania rodziny. I trzeba przyznać, że dopiero współczesna rodzina naj-

bardziej się zbliża do tej sytuacji. W rodzinie najważniejsza jest osoba, w społeczeństwie indywidualny lub zbiorowy sukces. Cele społeczeństwa (lub instytucji) osiąga się kolektywnie, ale wycinkowo. Rodzina nastawiona jest na osiąganie celów osobowych realizowanych całościowo.

Te i wiele innych czynników sprawiają, że świat małżeńsko-rodzinny pozostaje dla człowieka atrakcyjny. Jednostki mogą czuć się jak twórcy i kierownicy tego świata. Ten mikroświat można też „zabrać ze sobą” wszędzie, gdziekolwiek pociągną jednostkę warunki - lepsza praca, szersze możliwości itp. Trzeba przyznać, że dopiero współczesna mała rodzina zbliża się do cech tego mikroświata. Dlatego spróbujmy spojrzeć na rodzinę w sposób maksymalnie uniwersalny, tak aby wykazać, że można w niej odnaleźć źródła norm moralnych oraz elementarnych zasad życia społecznego w ogóle, że stanowi ona uniwersalny mikroświat społeczny człowieka.

W tym kontekście należy podkreślić następujące jej cechy:

Rodzina jest pierwotną i podstawową instytucją społeczną. Jej

istnienie poprzedziło powstanie wszelkich innych typów organizacji społecznej oraz instytucji. Żadne państwo, żadne prawo ani instytucja nie stworzyły rodziny i małżeństwa - dlatego po prostu, że rodzina jest starsza od wszelkich instytucji, od narodu i państwa, starsza od samego społeczeństwa wreszcie. To właśnie państwo oraz jego instytucje - podobnie jak wszelkie zasady ładu społecznego - zawdzięczają swój początek rodzinie, nie odwrotnie. Sytuacja pozornie prosta i oczywista, często jednak - szczególnie w celach propagandowych - wykorzystywana jest do akcentowania odwrotnej zależności.

Rodzina stanowi uniwersalną formę życia w wymiarze całej ludzkości. Etnologia nie zna społeczeństwa ani w retrospektywie historycznej, ani obecnie, w którym by nie istniała rodzina. Teorie ewolucjonistyczne Bachofena, Morgana, Engelsa i innych, głoszące rozwój rodziny od pierwotnej hordy cechującej się bezładem płciowym, poprzez różne formy zbiorowych i grupowych małżeństw aż do rodziny monogamicznej i patriarchalnej - zostały całkowicie przez naukę obalone.





Społeczna misja rodziny wyraża się przede wszystkim nie w zapewnieniu trwałości gatunku, bo taką trwałość zapewnić mogłaby żywiołowa czy stadna prokreacja, lecz w tym, że stanowi ona fundament, warunek i wzorzec społecznego ładu oraz sui generis wspólnotę (jedność) leżącą u podstaw rozwoju kultury w ogóle.

Rodzina w zależności od społeczeństwa, w którym występuje, posiada różne formy, różny zakres i kształt, ale stanowi zawsze swą istotą całość, swoistą jedność o wyraźnie określonych cechach, które decydują o jej wewnętrznej spójności i odrębności. Ta wspólnotowa jedność rodzinna obejmuje biologiczne, psychiczne, kulturowe i społeczne aspekty życia. Jest to wspólnota, w której przychodzi się na świat, uzyskuje tożsamość oraz kształtuje podmiotowość. Wynika to z faktu, że biologiczne rodzicielstwo musi zostać dopełnione rodzicielstwem duchowym, kulturowym, społecznym i materialnym. Dlatego w tej

właśnie wspólnocie emocjonalne zaangażowanie na ogół dominuje nad formalnie pojętym obowiązkiem, a poświęcenie nad używaniem. Relacje w rodzinie opierają się przede wszystkim nie na tym, co poszczególni jej członkowie posiadają, lecz na tym, czym i kim są dla siebie wzajemnie. Bez tej swoistej wspólnoty rodzina byłaby tylko sumą fizycznie podobnych jednostek, nie zaś społeczną i podmiotową jednością. Jedność ta jest dla funkcjonowania rodziny tak ważna, że wszędzie zapewniają ją określone systemy normatywne właściwe danemu społeczeństwu. Znajduje to także swój wyraz w takich określeniach jak: „ognisko domowe”, „gniazdo”, „moja połowa”, „communio personarum” itp. Oznacza to, że jednostka rezygnuje z części swojej osobowości, swojego „JA”, na rzecz nowego podmiotu - „MY”. Kolejną uniwersalną cechą rodziny - jako swoistej jedności i wspólnoty - jest jej wyraźnie określona struktura i wewnętrz-

ne relacje w płaszczyźnie: małżeństwo - rodzice - dzieci - krewni. Poszczególne role w rodzinie z natury swojej są niezamienne. Niemożliwe jest dla danego członka rodziny występowanie w obrębie rodzinnej wspólnoty raz w takiej, raz w innej roli. Mąż pozostaje mężem, ojciec ojcem, matka matką, potomstwo potomstwem itp.

Dla ilustracji tego stanu rzeczy można przytoczyć fakt, że w różnych kulturach istnieją różne ograniczenia i zakazy oraz różny stopień tolerancji lub akceptacji zjawisk budzących w nas moralny sprzeciw. Są kultury, w których akceptowana była lub jest niewierność małżeńska, dzieciobójstwo, homoseksualizm, sodomia, poliandria itp. Nauka nie zna jednak kultury, w której nie istniałby zakaz kazirodztwa, czyli utrzymywania stosunków seksualnych pomiędzy najbliższymi krewnymi. Zakaz ten jest tak powszechny w czasie i przestrzeni, że określa się go jako „tabu”. Określenie tego zakazu jako tabu oznacza, że

funkcjonuje on pomimo trudności w uzasadnieniu lub wyjaśnieniu, dlaczego tak jest. My obecnie wiemy, że jest to zakaz racjonalny z punktu widzenia np. genetyki. Problem w tym jednak, że istniał on od najdawniejszych czasów oraz istnieje i dziś w takich społecznościach, które nie mają o genetyce żadnego pojęcia.

Choć rodzina w oczywisty sposób występuje we wszystkich typach społeczeństw, nie jest łatwo udzielić odpowiedzi na pytanie, czym ona jest w swej istocie, czyli w sposób jednoznaczny ją zdefiniować. Społeczeństwo pozostawia rodzinie różny margines swobody co do sposobu realizacji jej funkcji, co powoduje, że odbiega ona mniej lub bardziej od modelu idealnego. Podstawą rodziny jest małżeństwo, ale występuje nieraz i pozamałżeńska prokreacja, rodzina pełni w społeczeństwie pozytywną rolę, ale czasem roli tej nie pełni, jest wspólnotą wychowującą dzieci, ale często ten obowiązek zaniedbuje, kształtują ją motywy uczuciowe, ale często także wyrachowanie itp.

Nie wdając się w bardziej szczegółowe rozważania definicyjne, najogólniej można powiedzieć, że podstawowymi elementami rodziny są: a) osoby, b) relacja małżeństwa i/lub rodzicielstwa, c) swoistego rodzaju jedność wspólnotowa. A więc rodzina to grupa osób połączonych stosunkiem małżeństwa, rodzicielstwa (adopcji) oraz pokrewieństwa, które tworzą wspólnotę, stanowiącą punkt społecznego odniesienia i oddziałującą na siebie zgodnie z wyraźnie określonymi rolami.

Pierwszorzędne znaczenie małżeństwa i rodziny jako instytucji wynika z faktu, że człowiek może być w sensie osobowościowym, podmiotowym i społecznym zrodzony przez rodzinę, a nie tylko przez materialną zbieżność współdziałania dwóch organizmów fizycznych, czyli przez sumę tego co męskie i żeńskie. Taką sumą byłaby bowiem płaszczyzną tylko biologiczną, gatunkową, a nie wspólnotowo-osobową, czyli

ludzką. Wynika to z konieczności zapewnienia potomstwu legalnego czy prawnego pochodzenia, które sprowadzić można do genealogicznej określoności zrodzonych dzieci, możliwości ich identyfikacji oraz odpowiedniego uplasowania w strukturze społecznej.

Niemniej ważnym czynnikiem jest zalegalizowanie oraz społeczna legitymacja wzajemnych uprawnień seksualnych małżonków. Powszechnie oczekuje się też od małżeństwa przekazywania potomstwu wartości kulturalnych oraz zapewniania realizacji jego materialnych potrzeb. Z pojęciem małżeństwa łączone są także inne elementy, zadania i oczekiwania, których zakres i znaczenie określone są typem kultury, w której obrębie małżeństwa są zawierane i funkcjonują.

Słuszniej więc byłoby definiować małżeństwo jako dobrowolny, społecznie zalegalizowany (usankcjonowany) związek mężczyzny i kobiety, czyniący z nich wspólnotę podmiotową w celu spełnienia miłości w perspektywie osobowej i rodzicielskiej - ze wszystkimi tego faktu skutkami społecznymi. Ta wspólnota podmiotowa posiada szczególne znaczenie we wszystkich społeczeństwach i kulturach, dlatego nowo jest ona akcentowana już podczas ceremoniału zaślubin. Ceremoniał ów posiada różne formy zewnętrzne, które jednak zawsze mają niecodzienny charakter i w czasie których następuje usankcjonowanie - obojętnie: magiczne, religijne czy państwowe - nowego związku oraz podkreślenie powstania nowej wspólnoty.

Następnym elementem definicji małżeństwa jest spełnienie miłości w perspektywie osobowej i rodzicielskiej. Zagadnienie to nie jest łatwe do jednoznacznego ujęcia. Różne są formy małżeństwa, różne też pojmowanie samej miłości. Istnieją również związki zawierane z motywów pozauczuciowych oraz takie, które z różnych powodów nie realizują misji rodzicielskiej.

Małżeństwo i rodzinę jako instytucję analizuje się głównie przez

pryzmat funkcji, które pełni ona w społeczeństwie. Na ogół im bardziej społeczeństwo jest rozwinięte cywilizacyjnie, im szerszą posiada sieć instytucji wspomagających rodzinę, tym jej funkcje są mniej liczne, a niektóre ulegają daleko idącej redukcji. W naszym kraju zarówno rodziny wiejskie, jak i miejskie są zaskakująco wielofunkcyjne, chociaż - w zależności od środowiska społecznego - różnicuje się tak zakres, jak i sposób wypełniania poszczególnych funkcji.

Zmiana instytucjonalnego kształtu współczesnej rodziny polega na ograniczeniu bądź zaniku dawnych rygorów instytucjonalnych zarówno w odniesieniu do zawierania małżeństwa, jak i sposobów funkcjonowania rodziny. Współczesne społeczeństwa cechuje wielka różnorodność form życia, różnorodność systemów wartości, upodobań itp. Tej różnorodności odpowiada także różnorodność form łączenia się ludzi w związki małżeńskie lub quasi-małżeńskie. Generalnie rzecz biorąc, niewątpliwie niezinstytucjonalizowanych związków małżeńskich i rodzinnych występuje w społeczeństwach, w których poziom opieki społecznej jest wysoki, a możliwości zaspokojenia elementarnych potrzeb stosunkowo łatwo dostępne (np./ USA czy kraje skandynawskie). Tych krajów przede wszystkim dotyczą futurologiczne koncepcje związane z przyszłością rodziny. Czas zweryfikuje, w jakim stopniu są one słuszne. Na obecnym poziomie rozwoju naszego społeczeństwa pełna dezinstytucjonalizacja rodziny nie jest możliwa ze względu na groźbę zakłócenia istniejącego ładu w społecznej organizacji. Celem polityki społecznej jest takie wyważenie proporcji pomiędzy instytucjonalnymi i grupowymi aspektami rodziny, aby z jednej strony dawały jej duży margines niezależności i podmiotowości działania, z drugiej zaś zapewniały odpowiedni ładu wewnętrznej organizacji społeczeństwa.

opr.ak

# Promocja farmaceutyków a zachowania zdrowotne

Leki mogą pomagać, szkodzić lub nie mieć żadnego efektu leczniczego. Czerpanie zysków z ich sprzedaży bez korzyści dla pacjenta jest nieetyczne. Reklama i inne formy promocji farmaceutyków podlegają regulacjom ustawodawczym, kodeksom etycznym bądź regulaminom, które mają na celu zabezpieczenie interesów pacjenta-konsumenta, a pośrednio - zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej. Charakter i szczegółowość tych przepisów różnią się w skali międzynarodowej.

W Polsce w ostatnich kilkunastu latach obserwujemy wzrost sprzedaży leków. Najszybciej rośnie sprzedaż preparatów bezreceptowych.

Przepisy dotyczące reklamy w Polsce nie zezwalają na powszechną reklamę leków na receptę. Pojawiają się jednak głosy za zmianą przepisów w kierunku dopuszczenia reklamy takich leków adresowanej do zwykłego konsumenta. Powstały też apteki internetowe. W związku z tym można się spodziewać, że problemy związane z traktowaniem leków jako jeszcze jednej kategorii produktów będą wzrastać. Badania nad promocją farmaceutyków w Polsce to przede wszystkim badania rynkowe, prowadzone z punktu widzenia producentów i dystrybutorów leków.

W jakim stopniu reklama farmaceutyków - poza swoją funkcją marketingową - spełnia również funkcje promocji zdrowia?

Zasadnicze elementy promocji zdrowia to: informowanie, przekonywanie i wskazywanie, jak radzić sobie z problemami dotyczącymi zdrowia, tzn. jak skutecznie dbać o zdrowie i leczyć się w chorobie. Ponieważ obrońcy promocji farmaceutycznej często wska-



zują, że jej celem jest zwalczanie chorób przez propagowanie wiedzy o nowoczesnych metodach leczenia, przyjrzenie się promocji leków z punktu widzenia promocji zdrowia jest uzasadnione.

## Informowanie

Reklama leków bezreceptowych skutecznie pełni funkcję informowania konsumenta o dostępnych lekach. Przykładowo, badania ankietowe OBOP wskazują, że źródłem informacji o lekach dla Polaków są (w tej kolejności): własne doświadczenia (np., informacje od rodziny i znajomych), reklama oraz lekarze.

Skuteczność marketingowa, polegająca na informowaniu o marce i potencjalnych korzyściach terapeutycznych dla konsumenta, nie zawsze idzie w parze z rzetelnością. Przekaz informacji, jak

w każdej reklamie, często odwołuje się do gry słów, presupozycji, niedomówień i implikacji wizualnych, co prowadzi do nieporozumień lub przekłamań, wprowadzających konsumenta w błąd. Zjawisko nieuczciwej reklamy narasta wraz ze zwiększaniem się rynku leków. Eliminowanie tych zjawisk jest regulowane różnie, zależnie od środowiska prawnego i ekonomicznego; zazwyczaj są to przepisy o charakterze ustaw, zarządzenia wyznaczonych agencji rządowych oraz kodeksy etyczne branży farmaceutycznej.

Materiały promocyjne i reklama leków receptowych tylko w niektórych krajach (np. USA) są kierowane do konsumentów, natomiast w większości państw ich odbiorcami są lekarze. Wiele badań poświęcono kwestii, czy i w jakim stopniu przekonania leka-

rzy na temat efektów farmakoterapii są kształtowane przez komercyjne źródła informacji, takie jak materiały promocyjne, publikacje sponsorowane, konferencje finansowane przez przemysł farmaceutyczny i inne.

Badania wskazują, że materiały promocyjne zawierają selektywne i często niedokładne informacje. Badania przeprowadzone w niektórych krajach rozwijających się wskazują, że lekarze często opierają swoją wiedzę o lekach na materiałach promocyjnych i informacjach od przedstawicieli handlowych; na przykład w Karaczi 95% pediatrów wskazało promocję jako główne źródło swojej wiedzy o farmaceutykach. Podobną sytuację zaobserwowano na przykładzie czterech instytucji opieki zdrowotnej w Sri Lance - lekarze pracujący w przychodni wskazali jako główne źródło informacji o lekach przedstawicieli farmaceutycznych i materiały promocyjne, podczas gdy lekarze pracujący w szpitalu opierali się przede wszystkim na rozmowach z konsultantami.

Znaczący wpływ marketingu farmaceutycznego na wiedzę lekarską nie dotyczy wyłącznie krajów rozwijających się. Avorn, Chen i Hartley zbadali przekonania lekarzy bostońskich dotyczące dwóch leków, co do któ-

rych informacje ze źródeł naukowych i komercyjnych były rozbieżne. Wyniki nowszych badań naukowych wskazywały na nieskuteczność lub niewielką skuteczność tych leków, natomiast materiał promocyjny przedstawiał je zgodnie z wcześniejszą wiedzą jako skuteczne i pewne. Okazało się, że przekonania lekarzy na temat obydwu leków były bardziej zgodne ze źródłami komercyjnymi niż naukowymi. Stopień, w jakim lekarze polegają na informacji promocyjnej, zależy nie tylko od dostępności źródeł informacji naukowej. Innym czynnikiem jest długość praktyki lekarskiej. W badaniu na próbie 119 lekarzy (internistów, chirurgów i lekarzy ogólnych), wykazano, że praktykujący dłużej niż 15 lat częściej korzystali z informacji dostarczanych przez przedstawicieli handlowych, pomimo iż uważali je za mniej dokładne.

Według nieco starszych badań postrzegane przez lekarza ryzyko stosowania danego leku ma wpływ na wybór źródeł informacji przy podejmowaniu decyzji o jego przepisywaniu. Przedstawiciele handlowi są najważniejszym źródłem informacji o nowych lekach, gdy postrzegane ryzyko ich stosowania jest niskie.

## Perswazja

Nieodłącznym elementem promocji jest perswazja. Strategie oddzia-

ływania perswazyjnego w promocji farmaceutyków mają niejednokrotnie złożony charakter. Można wyróżnić co najmniej trzy scenariuszelubłańcuchyoddziaływania.

## Promocja-konsument-lek.

W przypadku tego scenariusza promocja jest skierowana do konsumenta i ma na celu nakłonienie do zakupu określonego leku bezreceptowego. Jest to tradycyjna reklama w mediach, aptekach, przychodniach i gabinetach lekarskich. Z uwagi na ograniczenia formy przekaz reklamowy bywa bardzo lakoniczny, z reguły pomija się informacje dotyczące przeciwwskazań oraz skutków ubocznych, dla których właściwym miejscem jest ulotka dołączana do leku. Na skuteczność tej formy promocji wskazują wyniki sprzedaży. Sprzedaż leków bezreceptowych w niektórych przypadkach rośnie po każdorazowej emisji reklamy.

## Promocja-konsument-lekarz-recepta.

Ta forma dotyczy leków na receptę i opiera się na założeniu, że konsument pod wpływem informacji komercyjnej poprosi lekarza o określony lek, a lekarz przepisze receptę zgodnie z życzeniem pacjenta. Ten mechanizm marketingowy (tzw. DTCA - Direct-To-Consumer-Advertising) jest stosowany w krajach, w których reklama leków na receptę może być adresowana do konsu-





mentów. Zwolennicy tej formy reklamy twierdzą, że zwiększa ona świadomość nowych metod leczenia w społeczeństwie, natomiast krytycy - że nadmiernie wzmacnia popyt na nowe, drogie leki, zachęcając pacjentów do zgłaszania się do lekarza z prośbą o leki, które nie są im potrzebne; ponadto wprowadza konsumentów w błąd, przekazując minimalne, często mylące informacje o leku, jego zastosowaniach i skutkach ubocznych.

Ilustracją efektów DTCA w postaci zachowań medycznych są wyniki badania Perii i Dicksona, dotyczącego związku między ekspozycją na reklamę a zachowaniem pacjentów w rozmowie z lekarzem. Spośród 155 pacjentów, którzy bezpośrednio przed planowaną wizytą u lekarza otrzymali pocztą elektroniczną reklamę nieistniejącego leku, 8,4% zapytało lekarza o reklamowany lek. W kwestionariuszu pacjenci wyrażali się pozytywnie o bezpośrednich reklamach leków. W badanej próbie pacjenci poprosili o receptę w 12% przypadków, z czego 42% na leki reklamowane bezpośrednio konsumentom. Pacjenci, którzy poprosili o receptę, częściej ją dostawali. W tych przypadkach, gdy pacjent prosił o receptę na lek (reklamowany lub nie), 40% leka-

rzy było niezdecydowanych co do wyboru metody kuracji; gdy prośba dotyczyła reklamowanego leku, 50% lekarzy było niezdecydowanych. Gdy pacjent nie wyraził prośby o receptę, lekarze mieli wątpliwości tylko w 12% przypadków. Późniejsze badania nad wpływem reklamy DTCA na interakcję pacjent - lekarz potwierdziły ogólne wnioski z tego badania.

#### **Promocja-lekarz-recepta.**

Promocja leków na receptę skierowana do lekarzy to trzecia droga oddziaływania, stosowana również w Polsce. Opiera się na przesłance, że lekarz częściej przepisuje to, co jest promowane. Promocja taka może przybierać różne formy: reklama w czasopiśmie medycznym, kontakty z reprezentantami handlowymi, sponsoring sympozjów i badań naukowych, prezenty wręczone przy okazji prezentacji leków lub przesyłane pocztą, publikacje sponsorowane przez przemysł farmaceutyczny i inne.

W reklamie leków w czasopiśmie medycznym wykorzystuje się językowe i wizualne środki perswazji, podobnie jak w reklamach innych produktów. W zastosowaniu do reklamy farmaceutyków analizy 26 reklam z *British Medical Journal* przeprowadzili

Scott, Stanford i Thompson, ukazując, jak reklamodawcy wizualizują wątki mitologiczne dla stworzenia mylących skojarzeń pomiędzy chorobami i reklamowanymi produktami. Najczęściej badacze skupiają się jednak na treściach językowych i podejmują kwestię zgodności twierdzeń zawartych w reklamie z wiedzą naukową. Reklamy w czasopiśmie medycznym często spotykają się z zarzutem niedostatecznego udokumentowania twierdzeń w nich zawartych. W wielu badaniach wykazano istotne związki między promocją a wystawianiem recept przez lekarzy. Lekarze, którzy częściej korzystają z działań promocyjnych, przepisują więcej leków; stosują mniej racjonalne zasady przy przepisaniu leków; wcześniej zaczynają stosować nowe leki. Badania ekonometryczne wskazują na istnienie związku między promocją a popytem na określone leki. W tego typu badaniach trudniej jest jednak wykazać związki przyczynowo skutkowe między zmiennymi.

#### **Wskazywanie sposobu radzenia sobie z problemem**

Jakie sposoby radzenia sobie z problemem wskazuje się w reklamach, zwłaszcza skierowanych do kon-

sumenta; czy zachowania promowane przez reklamę zawsze przybliżają jednostkę ku zdrowiu? Podstawowy sposób radzenia sobie z chorobą, propagowany przez reklamę farmaceutyczną, to stosowanie leków, co poza oczywistymi korzyściami niesie ze sobą pewne zagrożenia. Pierwsze wiąże się z samoleczeniem. Samo w sobie jest to zjawisko korzystne, gdyż zakłada zaangażowanie jednostki w swoje zdrowie - szukanie informacji dotyczących zdrowia, choroby i leczenia oraz samodzielne podejmowanie decyzji związanych z leczeniem - pod warunkiem, że opiera się na wystarczającej wiedzy o chorobach i leczeniu. Jeżeli informacja reklamowa jest przyjmowana bezkrytycznie, samoleczenie może być szkodliwe. Potencjalne niepożądane skutki to: nadużywanie leków nieskutecznych, opóźnianie wizyty u lekarza i diagnozy, nieodpowiednie łączenie leków. Skutkiem negatywnym, choć nie zdrowotnym, jest niepotrzebny wydatek, który ponosi pacjent, bez istotnej korzyści dla zdrowia.

Funkcją reklamy, oprócz promowania konkretnej marki, jest również promocja danej kategorii pro-

duktu). Promowanie farmakoterapii jako skutecznego sposobu radzenia sobie z chorobami może stymulować styl dbania o zdrowie cechujący się nadmiernym korzystaniem z leków i usług opieki zdrowotnej. W odniesieniu do życia społecznego jako całości mówi się o procesie medykalizacji.

Przekonania zdrowotne przekonujące skuteczność leczenia farmaceutycznego (np. przekonanie, że istnieje magiczny lek na każde schorzenie) stanowią konkurencję dla profilaktyki i terapii opartej na zmianach stylu życia lub szukaniu pomocy psychologicznej (w przypadku chorób psychosomatycznych). W praktyce medycznej przekonania te mogą kreować specyficzne oczekiwania w relacji pacjent - lekarz. Interakcja w gabinecie lekarskim to rodzaj rytuału społecznego, mającego utarty, częściowo sformalizowany scenariusz. Wzajemne oczekiwania, niekoniecznie zwerbalizowane, prowadzą do powtarzających się efektów na poziomie zachowań, jednym z nich jest właśnie rytuał wystawiania recepty. Materiały promocyjne i reklama, poprzez swoją wszechobecność w środowisku pacjenta i lekarza, mogą pod-

trzymywać nastawienia jednych i drugich, że prawidłowo przebiegająca wizyta u lekarza powinna zakończyć się wypisaniem recepty.

#### **Podsumowanie**

Promocja to niezbędny element komunikacji marketingowej, mający niestety również skutki uboczne. Perswazyjny charakter reklamy skłania do przeceniania skuteczności terapii farmaceutycznej i przesuwania w cień znaczenie profilaktyki i terapii opartej na zmianie stylu życia lub szukaniu pomocy psychologicznej. Reklama adresowana do pacjentów może kształtować fałszywe przekonania dotyczące działania i skuteczności leków. Oddziaływanie promocyjne skierowane do lekarzy może stanowić zagrożenie dla interesów pacjenta, gdy zastępuje publikacje naukowe jako źródło informacji o skuteczności leków. W skali międzynarodowej wiele badań poświęcono wpływowi promocji na przekonania i decyzje lekarskie oraz zachowania medyczne pacjentów, nieco mniej uwagi poświęcono wpływowi promocji farmaceutycznej na ogólne przekonania zdrowotne dotyczące zdrowia, choroby i sposobów leczenia.

opr. ak





# WIELKI POST I WIELKANOC

W Środę Popielcową, rozpoczyna się w Kościele czterdziestodniowy czas Wielkiego Postu. Główne przesłanie tego okresu koncentruje się na duchowym przygotowaniu chrześcijan do godnego przeżywania świąt Zmartwychwstania Pańskiego, największych świąt chrześcijaństwa związanych z wydarzeniami męki śmierci i zmartwychwstania (Paschy) Chrystusa; wydarzeniami, które stanowią fundament Kościoła i naszej wiary. Ponieważ są to najważniejsze święta (zwane też paschalnymi), dlatego domagają się specjalnego przygotowania, by móc je należycie przeżyć; stąd też ich nazwa: Wielkiego Postu, a nie jakiegось tam zwykłego postu.

## Historycznie biorąc

Historycznie rzecz biorąc, okres ten kształtował się powoli, przyjmując różne formy, by wreszcie osiągnąć znane nam dziś oblicze. W pierwszych wiekach Wielki Post obejmował tylko Wielki Piątek i Wielką Sobotę. W III w. poszczono już cały tydzień, zaś na początku IV w., na pamiątkę czterdziestodniowego postu Jezusa na

pustyni oraz czterdziestu lat wędrówki Izraelitów po ucieczce z Egiptu, został on przedłużony do czterdziestu dni. W VII w. za początek postu przyjęto szóstą niedzielę przed Wielkanocą. Ponieważ niedziele były wyłączone z postu, aby zachować 40 dni pokutnych, ich początek przypadał na środę; stąd Środa Popielcowa. Od 1570 roku był to już zwyczaj powszechnie obowiązujący w Kościele. W tym dniu na znak pokuty posypywano głowy popiołem przypominając sobie o prawdziwej wartości życia przy Bogu. Po Soborze Watykańskim II (1962-1965) ujednolicono różnie funkcjonujące nazwy niedziel Wielkiego Postu, tak że dziś nazywają się one: pierwsza, druga, trzecia, czwarta, piąta Wielkiego Postu, szósta natomiast nazywa się Niedzielą Palmową, czyli niedzielą Męki Pańskiej. Okres Wielkiego Postu trwa do liturgii Wielkiego Czwartku, która z kolei rozpoczyna właściwe jedno wielkie Święto Paschalne celebrowane w ramach trzech dni, tzw. Triduum Paschalne.

## Liturgicznie biorąc

W ciągu całego okresu, idąc śla-

dem biblijnej zachęty: poszczenia, modlitwy i jałmużny, przyjmowano różne praktyki pokutne, aby uwydatnić wagę tego okresu i należycie przygotować się do właściwych świąt. W związku z tym cała zewnętrzna oprawa liturgiczna przyjęła również odpowiednią formę: przez cały czas Wielkiego Postu na przykład nie śpiewa się Alleluja; w jego miejsce wykonuje się inny śpiew przed Ewangelią. Poleca się również używania szat liturgicznych koloru fioletowego. W obecnych czasach, korzystając z bogactwa historycznego rozwoju tego okresu oraz śledząc biblijno-liturgiczne wskazówki Kościoła, mamy pełniejszy obraz tego, co ten czas rzeczywiście oznacza i jak się w nim najlepiej przygotować na święta wielkanocne. Jest to przede wszystkim okres duchowego przygotowania wnętrza (w języku biblijnym: serca) człowieka, któremu towarzyszą zewnętrzne przejawy i pewne gesty.

## Duchowość Wielkiego Postu

Chodzi tu o to, co Kościół nazywa metanoją, czyli o trwalsze przyłgnięcie do Boga, o nawrócenie serca człowieka ku Niemu oraz pojednanie z bliźnimi, wyrażone w:

- większej wstrzemięzliwości w jedzeniu i picu,
- większym nasłuchaniu się w Słowie Bożym, w czym mają pomóc również organizowane rekolekcje parafialne,
- unikaniu zbytecznego rozproszenia w postaci hucznych zabaw,
- większym skupieniu się na modlitwie, zarówno tej prywatnej jak i wspólnotowej,
- wykazaniu większej wrażliwości na potrzeby innych,
- korzystaniu z sakramentu pokuty i pojednania,
- uczestnictwie w różnych ćwiczeniach wielkopostnych, na przykład w nabożeństwach wielkopostnych (gorzkie żale, droga krzyżowa), lub podejmowaniu pewnych szczególnych postanowień mających wykazać bezinteresowność, szlachetność serca, uśmiech i życzliwość w stosunku do innych.

## Odnajdywanie Boga

Wszystkie te zachęty zbiera tradycyjna praktyka wielkopostnego skupienia się na modlitwie, poście i jałmużnie. W rzeczywistości wszystkie one mają na celu wskazanie, że pierwszym działającym w naszym życiu jest Bóg, który jest w stanie skutecznie pokierować nasze życie, uleczyć nasze ewentualne zagubienie się w grzechu i pysze, czy zatrzymać choćby na chwilę nasze ciągłe zabieganie. Oczywiście, my ze swojej strony podejmujemy te działania mając na uwadze zbawcze posłanie Jezusa Chrystusa, a szczególnie Jego decyzję ofiarowania swego życia za nas, bo to jest główny motyw naszego nawrócenia (metanoji). Brak co jakiś czas obecności podobnego okresu w naszym życiu, brak tej świętej refleksji przynajmniej raz w roku wcześniej czy później jest w stanie wyjałowić nas z naszego człowieczeństwa i z naszej wrażliwości na słowo Boga i obecność innych ludzi. Wielki Post ma swój punkt kulminacyjny w Wielkim Tygodniu, poprzez który wkracza w szczegóły celebracji dzieła zbawczego Jezusa Chrystusa. W przeciwieństwie do tamtego okresu, który wprawdzie zachowuje symboliczny czas czterdziestu dni stwarzając atmosferę wielkopostną, Wielki Tydzień stara się zachować chronologię wydarzeń zbawczych zarejestrowanych przez Ewangelię. Koncentruje się przy tym na trzech dniach, w których się to zbawienie dokonało: Wielkim Czwartku, Piątku i Wigilii Zmartwychwstania, które przybrały rangę jednego, wielkiego, święta, zwanego Triduum Paschalnym.

## Wielkanoc

Nie było żadnych świadków tego wydarzenia, ale to nie znaczy, że zmartwychwstanie Chrystusa nie było faktem historycznym; wszystko stało się pod przykryciem nocy. Niewiasty, które przyszły do grobu wczesnym rankiem zastały grób otwarty i zauważyły brak ciała Jezusa; wszystko stało się tak, jak sam Chrystus zapowiadał. Mimo braku świadków potwierdzających sam historycz-

ny moment zmartwychwstania Chrystusa nie jesteśmy skazani na domysły. Jest kilka elementów, które mogą posłużyć jako argumenty przemawiające za tym zmartwychwstaniem; są to: wypełnienie prorocत्व Starego Testamentu, pusty grób Jezusa, ukazywanie się Chrystusa uwielbionego po Jego zmartwychwstaniu, powstanie pierwotnego Kościoła poświęconego męczeństwem uczniów Chrystusa, wreszcie, celebracja niedzieli jako dnia Pańskiego.

## Spełnienie się prorocत्व

Chodzi tu głównie o zapowiedzi proroka Izajasza, jak również samego Jezusa, mówiących o haniebnej śmierci i zmartwychwstaniu Sługi Bożego Jahwe. Dla Żydów był to bardzo ważny argument religijny.

## Fakt pustego grobu

Fakt ten został odnotowany przez Ewangelistów w przypadku niewiast, które szły namaścić ciało Jezusa, dopełniając obrzęd pogrzebowy, który został pominięty z racji pośpiechu szabatowego. Po przyścisł do grobu niewiasty zastały kamień od grobu odsunięty, a sam grób pozbawiony ciała ich Mistrza. Taką też informację zaniósł apostołom, którzy przekonali się o prawdziwości ich słów, kiedy sami przybyli na miejsce pochówku ich Nauczyciela.

## Chrystofanie Jezusa

Chodzi tu o ukazywanie się Chrystusa po Jego zmartwychwstaniu, tzw. chrystofanie (fanei, po grecku znaczy ukazywanie się, a że dotyczy Chrystusa, stąd nazwa chrystofanie) w ciągu 40 następujących dni. Chrystus zmartwychwstały ukazywał się niewiastom, Apostołom, ponad 500 mężom, o których wspomina św. Paweł w swoich listach. Jadł z nimi, rozmawiał, pozwalał się nawet dotykać, przekonując ich, że nie był zjawą lub duchem.

## Fakt powstania Kościoła i męczeństwo uczniów Chrystusa

Bardzo zastanawiająca jest zmiana postawy apostołów przed śmiercią i zmartwychwstaniem Chrystusa i po tych wydarzeniach, szczególnie po Zesłaniu Ducha Świętego na pierwotny Kościół. Okazuje się, że apostołowie po zabiciu ich Mistrza rozproszyli się, gromadząc się później w wieczerniku przy drzwiach zamkniętych w obawie o swoje życie. Otóż ci sami Apostołowie, po tych wydarzeniach nagle wychodzą na ulice miast i wsi i głoszą światu prawdę o zmartwychwstaniu Chrystusa, prawdę za którą potem każdy z nich (z wyjątkiem Jana Apostoła) odda swe życie. Sami wiemy z doświadczenia, że nie umiera się za jakąś wymyśloną baśń czy legendę; zawsze umiera się za prawdę. Skoro zdecydowali się umrzeć za tę informację, musiała być ona faktem prawdziwym wartym ich życia. Sam Jan Apostoł, jedyny, który nie zginął śmiercią męczeńską, z powodu prawdy o zmartwychwstaniu Jezusa został wygnany na wyspie Patmos, gdzie dokonał swych dni. Chrześcijanie pierwszych trzech wieków potwierdzali również tę prawdę swoim męczeństwem.

## Celebracja niedzieli

Dla papieża Benedykta XVI dodatkowym argumentem za zmartwychwstaniem Chrystusa jest sprawowanie niedzielnej Mszy św. przez pierwszych chrześcijan. Pierwsi chrześcijanie, a pamiętajmy, że wszyscy oni byli Żydami, zerwali z tradycją szabatową i zastąpili go pierwszym dniem tygodnia, czyli niedzielą. „Tylko wydarzenie, które z niezwykłą siłą odcisnęło się w duszach, mogło spowodować tak istotne przeobrażenie w religijnej kulturze tygodnia”, zauważa papież, w swojej ostatniej książce, pt. Jezus z Nazaretu, cz. 2. Fakt zaistnienia niedzieli jako dnia nowej celebracji świątecznej na pamiątkę zmartwychwstania Chrystusa jest ewenementem w historii kultury religijnej i jako taki przemawia dodatkowo za zmartwychwstaniem Chrystusa.

Anna Drajewicz

# Spojrzenie na Covid z innej strony



Przyjrzyjmy się covidowi z drugiej, nietypowej strony. Mam koleżankę, którą bardzo interesuje pozornie niemożliwe wytłumaczenia zjawisk i zaistniałych sytuacji. Przedstawiła mi wnioski z pracy doktorskiej dr Davida R. Hawkinsa; znanego psychiatry i klinicysty oraz wykładowcy. Można wierzyć lub nie, ale postępowanie według poniższych zaleceń nikomu nie zaszkodzi, wręcz przeciwnie. Wprowadzi mnóstwo dobrej energii, miłości i życzliwości. A tych wartości nigdy dość.

Covid ma wibracje 5,5 Hz, a umiera powyżej 25,5 Hz. Dla ludzi o wyższych wibracjach wirus to zwykła grypa. Wysokowibracyjni ludzie mają zdrowy i prawidłowy przepływ energii przez układ czakr. Jeżeli jesteś zdrowy, energia płynie prawidłowo, a ty jesteś bezpieczny.

Przyczyną niskich wibracji mogą być:

- wyczerpanie lub zmęczenie organizmu,
- strach, lęk i ataki paniki,
- napięcie nerwowe,
- wściekłość, nienawiść, zazdrość i mściwość,
- izolacja oraz brak kontaktu z naturą, drzewami, roślinnością i zwierzętami.

Jeżeli takie stany towarzyszą ci codziennie, czas nad tym popracować i koniecznie to zmienić. Trzeba wibrować wysoko i nie obniżać lotów, słuchając - na przykład, na okrągło - covidowych informacji

i doniesień. Unikaj też miejsc, które emanują niskimi wibracjami; są to: szpitale, więzienia, miejsca pod ziemią, imprezy i spotkania, na których leje się alkohol i dystrybuowane są narkotyki. Tam wibracje spadają nawet poniżej 20 Hz. Jeśli w tych miejscach pojawiają się ludzie o niskich wibracjach, może to być dla nich bardzo niebezpieczne. A wibracyjność obniżają „niefajne” emocje, takie jak: przesadna duma - 0,8 Hz, strach - 2 Hz, czy mania wyższości - 1,9 Hz. Zamiast tego bądźmy hojni - 95 Hz, prawdomówni 150 Hz, czy pełni miłości do bliźnich i wszystkich istot żywych; to nawet ponad 150 Hz! A bezwarunkowa miłość szacowana jest od 205 Hz. Zatem mam postulat: wibrujmy świadomie - przepelnieni czystą miłością do ludzi i świata. Tak będzie, jeśli będziesz się uśmiechał, śpiewał, cieszył życiem i będąc pełni wdzięczności za wszystko.

Docenij zalety reiki, medytacji, jogi, tai chi. Spaceruj, ćwicz, ruszaj ciało i układ limfatyczny. Ciesz się naturą i miej z nią jak najczęstszy kontakt. Zachwyć się krajobrazem; płatkami śniegu, zachodem słońca. Przytulaj drzewa, dotykaj rośliny, pogłaszcz psa/kota. Chodź bosy, hartuj się, jedz nieprzetworzone pożywienie, które daje nam ziemia. Korzystaj z czystej wody, ziół, naturalnych olejków eterycznych. To wszystko pomaga w harmonijnym przepływie energii w ciele.

Co jeszcze? Wibracja modlitwy waha się od 120 do 350 Hz. Módl się, śpiewaj, śmieję się i kochaj! Myśl i działaj pozytywnie przepełniony miłością.

PS. Właśnie w takim optymistycznym klimacie możesz wypocząć i skorzystać z rewelacyjnie wyposażonego centrum rehabilitacyjnego (jest też ważny dla nas egzozkielet) na „moim” Podkarpaciu, w Budach Głogowskich. To nowy ośrodek, gdzie pracuje świetnie przeszkolony, życzliwy pacjentom personel, i kompetentni rehabilitanci. Do kompletu: doświadczony psycholog i logopeda, pyszna domowa kuchnia (m.in. serwuje zdrowe, owocowo-warzywne koktajle, istne bomby witaminowe).

Szczegóły na stronie: <https://donumcorde.pl/>

**Kilka słów o mleku.** Nie polecam przetworów mlecznych nikomu, kto chce być zdrowy. Dlaczego?

1. Świeżość - jako małe dziecko obserwowałam codziennie babcię idącą wydoić krowę. Za babcią szły koty, które oczekiwały na progu stajni na ciepłe mleko. **Zwróciłam uwagę, że mleka, które trochę pozostało, już nie chciały.** Nabiał dostępny w sprzedaży, to produkty przetworzone z długim terminem ważności. Mleko pasteryzowane, UHT, śmietany homogenizowane, mają tyle wspólnego z mlekiem od krowy, co chipsy z ziemniakami. „Nabiał i produkty na bazie mleka pasteryzowa-

nego są kwasotwórcze i są główną przyczyną osteoporozy. Mleko pasteryzowane jest martwym pokarmem, który gnije w naszych jelitach” - cytuję dr N. Sharma.

2. **Nabiał jest produktem słuźnotwórczym.** To oznacza, że nie powinny go jadać osoby z trądzikiem, nadwagą i otyłością, miażdżycą, mający problemy z astmą, zatokami itp. Nabiał sprzyja **chorobom z autoagresji, chorobom jelit, łysieniu. Niedobór wapnia natomiast, którego tak wszyscy się obawiają, jest powodowany głównie dietą kwasotwórczą, obfitującą w produkty przetworzone: mięso, nabiał, słodczy, kawę, herbatę itp.** Często przyczyną złej absorpcji wapnia jest niedobór **witaminy D** i magnezu. Mamy wiele źródeł wapnia, na przykład: mak, sezam, figi, migdały, jarmuż, tofu.

Mało znany jest fakt, że w trakcie trawienia kazeiny (białko mleka), uwalnia się kazomorfin, opioid należący do tej samej grupy, co kodeina, morfina czy heroina. A ona „oddziałuje na receptory opioidowe w mózgu, które są powiązane z kontrolą bólu, ośrodkiem nagrody i uzależnienia”. Dlatego tak trudno z nabiału zrezygnować.

**Na koniec dobra wiadomość** - ciekawostka z Danii, która zmieniła zalecenia żywieniowe dla swoich obywateli tak, aby uwzględniły dobro planety. Mają one pomóc w realizacji rządowego planu zmniejszenia śladu klimatycznego o 70 % do 2030 roku.

Główny akcent położono na kwestie związane z konsumpcją mięsa. Jego sugerowane spożycie zostało zmniejszone z 500 g do 350 g tygodniowo, przy jednoczesnym zwiększeniu spożycia ro-

ślin strączkowych, do co najmniej 100 g dziennie. Wytyczne mówią także o zjadaniu zróżnicowanych i niezbyt dużych posiłków, bogatych w owoce i warzywa. Zaleca się włączenie do codziennego jadłospisu produktów pełnoziarnistych i olejów roślinnych, a także picie większej ilości wody.

Duńskie oficjalne wytyczne żywieniowe już od dziesięcioleci dają dobre rady, jak zdrowo się odżywiać. A teraz „robią” kolejny ważny krok i chcą pomóc rodakom w jedzeniu w sposób bardziej przyjazny dla klimatu. Wiedzą dobrze, że to, co jest dobre dla środowiska, zwykle jest też zdrowe dla nas, ludzi. W ten sposób Duńczycy dołączyli do Kanadyjczyków - tamtejszy rząd już w 2019 roku zaktualizował piramidę żywieniową, kładąc nacisk na białko roślinne i zmniejszając ilość nabiału.

## SM Express ukazuje się dzięki wsparciu



**SM Express** Redaguje zespół: Tomasz Połec - redaktor naczelny, Współpracują: Anna Drajewicz, Edward Mórski, Helena Kładko, Krzysztof Maśliński, Urszula Dudko, Dominika Czarnota, Scholastyka Śniegowska, Eleonora Rosmańska, Monika Koza, Justyna Kowalewska-Hryniewska, Monika Kładko, Zbigniew Przycki, Paweł Gaska, Andrzej Królik, Piotr Kostrzębski, Piotr Miąsek, Aneta Klimczak. **Adres Redakcji:** Warszawa, Nowolipki 2a, **Wydawca:** Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Warszawa, Nowolipki 2a **Skład i grafika:** Aneta Klimczak. **Druk:** Drukarnia ODDI Poland. **Nakład** 3000 egz. Wszelkie prawa zastrzeżone. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmian tytułów. Kontakt z redakcją: [redakcja@ptsr.org.pl](mailto:redakcja@ptsr.org.pl)

# Konkursy

## Więzi, kontakty, relacje

W ramach dorocznej kampanii „Symfonia serc”, Rada Główna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego ogłasza jedenastą edycję konkursów: poetyckiego i fotograficznego.

W tym roku, hasło przewodnie, podobnie jak w roku ubiegłym brzmi „SM. Więzi, kontakty, relacje” i tradycyjnie już, nawiązuje do hasła, pod jakim będzie przebiegał Światowy Dzień SM. Serdecznie zapraszamy by zinterpretować hasło w formie wiersza lub zdjęcia i podzielić się z nami efektem.

Do udziału w konkursach zapraszamy osoby chore, z niepełnosprawnościami, a także ich Rodziny i Przyjaciół. Konkurs adresowany jest do nieprofesjonalistów.

Warunkiem uczestnictwa jest nadesłanie prac do 30 czerwca 2021r.

Prace oceniać będzie jury konkursowe. Organizator przewidział wyróżnienia i nagrody.

Organizatorem konkursu jest Rada Główna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.

Serdecznie zachęcamy do udziału w konkursach.

Zapytania prosimy kierować do Scholastyki Śniegowskiej; 601 25 14 41; [s.sniegowska@ptrs.org.pl](mailto:s.sniegowska@ptrs.org.pl)

### REGULAMIN KONKURSU POETYCKIEGO 2021 r. „SM. Więzi, kontakty, relacje” Podobnie jak w roku ubiegłym/

#### Przepisy ogólne

1. Organizatorem konkursu jest Rada Główna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.
2. Celem konkursu jest promowanie zachęcanie do wypowiedzi artystycznej osób chorych na SM, ich rodzin i przyjaciół oraz innych osób niepełnosprawnych, poprzez opowiadanie w formie poezji o radościach i troskach świata oglądanego przez pryzmat choroby.
3. Konkurs jest przeznaczony dla nieprofesjonalnych uczestników.
4. Niniejszy konkurs nie jest grą losową w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 1992 r. o grach losowych i zakładach wzajemnych /Dz.U.Nr 4 z 2004 r. poz.27 z późniejszymi zmianami/.
5. Konkurs ma zasięg ogólnopolski.
6. Udział w konkursie jest bezpłatny.
7. Oceny wierszy dokona Jury powołane przez organizatora, po czym nagrodzi 15 wierszy. Wybrane prace mogą wziąć udział w wystawie i mogą być użyte w publikacji Wszystkie wyróżnione w ten sposób prace traktowane będą jako równorzędne, bez przyznawania miejsc. Decyzje jury są ostateczne.
8. Nadesłanie prac oznacza akceptację warunków konkursu i Regulaminu.
9. Autorzy udzielają organizatorowi zgody na wielokrotne, nieodpłatne wykorzystanie w/w prac w różnych publikacjach, w mediach oraz w wydawnictwach a także do wielokrotnej ekspozycji prac w różnych miejscach związanych z promowaniem konkursu i misji PTSR.

Uprawnienia, o których mowa powyżej przysługują organizatorowi nieodpłatnie, na podstawie oświadczeń złożonych przez autorów wierszy.

10. Wraz z wierszami, każdy autor zamieszcza w zgłoszeniu następującą klauzulę:

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatora Konkursu Poetyckiego „SM. Więzi, kontakty, relacje” w celach wynikających z regulaminu tego Konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych / Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami/.  
Poprzez wysyłanie wierszy na konkurs, nieodpłatnie przenoszę na organizatora prawo do wykorzystania wierszy w publikacjach i innych miejscach o których zdecyduje organizator”.  
Podpis autora.....

#### Przepisy dotyczące prac:

1. Do konkursu można zgłaszać własne, oryginalne prace. Wiersze uczestników nie mogą naruszać praw autorskich oraz pokrewnych.
2. Każdy autor może nadesłać maksymalnie 5 wierszy
3. Temat prac: „SM. Więzi, kontakty, relacje”
4. Każdy wiersz musi być opisany : **imię i nazwisko autora oraz tytuł pracy.**
5. Każdy autor zobowiązany jest dostarczyć swoje prace drogą:  
- e-mailową na adres: [s.sniegowska@ptrs.org.pl](mailto:s.sniegowska@ptrs.org.pl);  
- lub w wersji papierowej do siedziby organizatora na adres:  
**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, 00-160 Warszawa, ul. Nowolipki 2A**

### z dopiskiem na kopercie: konkurs poetycki

Do wierszy prosimy dołączyć osobno kilka zdań o autorze oraz dane identyfikacyjne, czyli :adres zamieszkania, adres mailowy i nr telefonu.

Prace nieposiadające danych identyfikacyjnych – nie będą włączone do konkursu.

#### Terminarz

1. Konkurs trwa od chwili ogłoszenia do 30 czerwca 2021 r.
2. Prace nadesłane po terminie nie będą brane pod uwagę w Konkursie (w przypadku prac wysłanych pocztą decyduje data stempla pocztowego).
3. Wyniki konkursu zostaną podane na stronach internetowych [www.ptrs.org.pl](http://www.ptrs.org.pl); [www.symfoniaserc.pl](http://www.symfoniaserc.pl);
4. Sprawy nieujęte niniejszym regulaminem oraz sprawy sporne - rozstrzyga jury.

### REGULAMIN KONKURSU FOTOGRAFICZNEGO 2021 r.

„SM. Więzi, kontakty, relacje”  
/podobnie jak w roku ubiegłym/

#### Przepisy ogólne

1. Organizatorem konkursu jest Rada Główna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.
2. Celem konkursu jest promowanie zachęcanie do wypowiedzi artystycznej osób chorych na SM, ich rodzin i przyjaciół oraz innych osób niepełnosprawnych, poprzez opowiadanie w formie fotografii o radościach i troskach świata oglądanego przez pryzmat choroby.
3. Konkurs jest przeznaczony dla nieprofesjonalnych uczestników.
4. Niniejszy konkurs nie jest grą losową w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 1992 r. o grach losowych i zakładach wzajemnych /Dz.U.Nr 4 z 2004 r. poz.27 z późniejszymi

- zmianami/.
5. Konkurs ma zasięg ogólnopolski.
6. Udział w konkursie jest bezpłatny.
7. Oceny zdjęć dokona Jury powołane przez organizatora, po czym nagrodzi 15 zdjęć. Wybrane prace wezmą udział w wystawie i mogą być użyte do publikacji Wszystkie wyróżnione w ten sposób prace traktowane będą jako równorzędne, bez przyznawania miejsc. Decyzje jury są ostateczne.
8. Nadesłanie prac oznacza akceptację warunków konkursu i Regulaminu.
9. Autorzy udzielają organizatorowi zgody na wielokrotne, nieodpłatne wykorzystanie w/w prac w różnych publikacjach, w mediach oraz w wydawnictwach a także do wielokrotnej ekspozycji prac w różnych miejscach związanych z promowaniem konkursu i misji PTSR.

Uprawnienia, o których mowa powyżej przysługują organizatorowi nieodpłatnie, na podstawie oświadczeń złożonych przez autorów zdjęć.

10. Wraz ze zdjęciami, każdy autor zamieszcza w zgłoszeniu następującą klauzulę:

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatora Konkursu Fotograficznego „SM. Więzi, kontakty, relacje” w celach wynikających z regulaminu tego Konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych /Dz.U. z 1997 r. nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami/.  
Poprzez wysyłanie zdjęć na konkurs, nieodpłatnie przenoszę na organizatora prawo do wykorzystania fotografii w publikacjach o których zdecyduje organizator”.  
Podpis autora.....

#### Przepisy dotyczące prac:

1. Do konkursu można zgłaszać własne, oryginalne prace. Zdjęcia uczestników nie mogą naruszać praw autorskich oraz pokrewnych.
2. Każdy autor może nadesłać maksymalnie 5 fotografii.
3. Temat prac: **SM. Więzi, kontakty, relacje**
4. Prace powinny być w formacie JPG. Inne formy jak np. prezentacje nie będą rozpatrywane.
5. Każde zdjęcie musi być opisane : **imię i nazwisko autora oraz tytuł pracy.**
6. Każdy autor zobowiązany jest dostarczyć swoje prace drogą:  
- e-mailową na adres: [s.sniegowska@ptrs.org.pl](mailto:s.sniegowska@ptrs.org.pl);  
- lub na nośnikach CD do siedziby organizatora na adres:

**Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, 00-160 Warszawa, ul. Nowolipki 2A**

### z dopiskiem na kopercie: konkurs fotograficzny

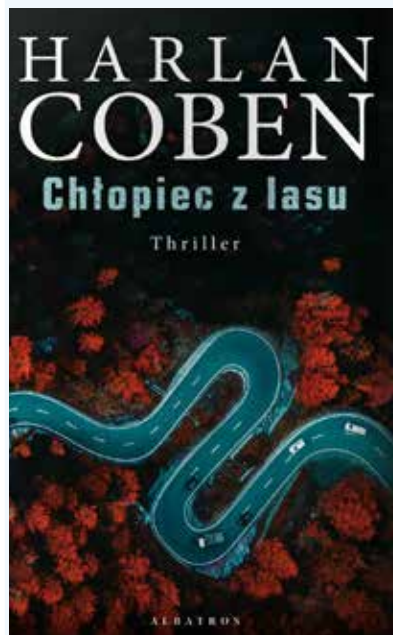
Do zdjęć prosimy dołączyć osobno kilka zdań o autorze oraz dane identyfikacyjne, czyli :adres zamieszkania, adres mailowy i nr telefonu.

Prace nieposiadające danych identyfikacyjnych – nie będą włączone do konkursu.

#### Terminarz

1. Konkurs trwa od chwili ogłoszenia do **30 czerwca 2021.**
2. Prace nadesłane po terminie nie będą brane pod uwagę w Konkursie (w przypadku prac wysłanych pocztą decyduje data stempla pocztowego).
3. Wyniki konkursu zostaną podane na stronach internetowych [www.ptrs.org.pl](http://www.ptrs.org.pl); [www.symfoniaserc.pl](http://www.symfoniaserc.pl);
4. Sprawy nieujęte niniejszym regulaminem oraz sprawy sporne - rozstrzyga jury.

Wszelkie pytania prosimy kierować do Scholastyki Śniegowskiej; 601 25 14 41  
lub [s.sniegowska@ptrs.org.pl](mailto:s.sniegowska@ptrs.org.pl);



### Tajemnice przeszłości

Wszystko zaczyna się w 1986 roku. W Stanowym Parku Krajoznawczym zostaje znaleziony mały chłopiec. Ubrany w brudne łachmany, trochę zdziczały, rozumie co się do niego mówi, lecz sam się nie odzywa – wydaje tylko dzikie dźwięki.

Jego wiek oszacowano na sześć – osiem lat. Policja sprawdziła czy nikt nie zgłaszał zaginięcia, ale bez efektu. Chłopiec trafił do rodziny zastępczej.

Mijają lata. Jest rok 2016. Pewnego dnia znika dręczona przez rówieśników kilkunastoletnia Naomi. Nikt nie wydaje się zainteresowany sprawą, nawet jej rodzice. Jedyne, który reaguje jest jej kolega z klasy. Prosi babcię – adwoka-

ta - o pomoc w znalezieniu koleżanki. Ta zgłasza się do „chłopca z lasu”. Ten nazywa się teraz Wilde i szybko zgadza się odnaleźć dziewczynę.

Tu akcja nabiera ostrego przyspieszenia. Dziewczyna się znajduje, ale znów szybko znika, tym razem z kolegą z klasy – Crashem. Chłopak pochodzi z bogatej rodziny. Wszyscy spodziewają się żądania okupu. I się nie mylą. Ale nie chodzi o pieniądze – tylko o pewne taśmy sprzed lat, które posiada ojciec Crasha...

Harlan Coben nie zawodzi. Czyta się to jednym tchem i naprawdę dla rozwiązania zagadki warto zarwać noc.

„Chłopiec z lasu”, Harlan Coben, Albatros

### Dni pełne radości

Książka ta, to niby poradnik połączony z kalendarzem. Warto po nią sięgnąć. Na każdej stronie znajdziemy radę dnia np.: 16 kwietnia autorka poleca spacer jako medytację. Opisuje jak wyszła z domu wzburzona. W trakcie marszu pozwoliła stopom uderzać o chodnik, wiatrowi oplatać twarz, powietrze wdychała i wydychała z płuc. Straciła lekko orientację jak daleko zaszła, ale odzyskała spokój. Od tej chwili zawsze tak robi, gdy chce się wyciszyć.

A 22 kwietnia to doskonały dzień na przebudzenie zmysłowe. Dobrze jest popatrzeć w niebo, posłuchać rosnącej trawy pod stopami, nawdychać się zapachu wiosny, warto też objąć kochane osoby, niech wie-

dzą, że są dla ciebie ważni. Taki dzień od razu będzie udany.

Książka zawiera 365 porad na każdy dzień w roku, a do tego comiesięczną listę prostych radości. Na pewno jest doskonałym przewodnikiem nie tylko dla kobiet, ale też dla tych którzy chcą żyć świadomie i czerpać przyjemność z każdego dnia. By być szczęśliwym nie trzeba przeżywać wielkich doznań, czasem wystarczą proste przyjemności oraz dobrze i miło spędzone chwile każdego dnia. Warto dodać, że książka swoje pierwsze wydanie w USA miała ćwierć wieku temu i od tamtej pory cieszy się niesłabnącym powodzeniem.

„Ścieżka prostej obfitości”. 365



dni do życia w harmonii i radości” Sarah Ban Breathnach, Rebis



### Czy można żyć z tajemnicą?

Cecilia mieszka w Sydney. Jest przykładną żoną i matką trzech córek w wieku szkolnym. Pracuje również na pół etatu jako przed-

stawicielka handlowa firmy sprzedającej pudełka oraz jest przewodniczącą komitetu rodziców w szkole córek. Jak widać w życiu nie próżnuje.

Pewnego dnia sprząając na strychu znajduje list swojego męża adresowany do niej w przypadku jego śmierci. Znosi go do kuchni i chowa. Pyta o niego męża. Jednak on udziela dość nerwowej odpowiedzi. Zastanawia to Cecilę i nie daje spokoju. Po paru dniach postanawia otworzyć tajemniczy list. Gdy to zrobi jej życie całkowicie wypadnie z dotychczasowego rytmu. Straci też zaufanie do męża. Stanie przed zasadniczym pytaniem – co może zrobić z tą wiedzą? Drugą bohaterką jest Tess. Mieszka w Melbourne. Prowadzi agencję reklamową z mężem i siostrą ciotecz-

ną. Pewnego dnia mąż oświadcza, że kochają się z jej siostrą i właśnie pomyśleli, że jej o tym powiedzą. Tess natychmiast pakuje się i wyjeżdża do matki do Sydney. Na miejscu spotyka swoją dawną miłość.

Zaś trzecia kobieta to Rachel. Pracuje w Sydney w sekretariacie szkoły. Przed dwudziestu kilku laty straciła w niewyjaśnionych okolicznościach córkę. Wciąż ma nadzieję, że policji uda się rozwiązać tę zagadkę. Pewnego dnia drogi tych trzech kobieć skrzyżują się i pewne sprawy będzie trzeba wyjaśnić do końca. Akcja powieści dzieje się od poniedziałku do niedzieli wielkocennej.

„Sekret mojego męża”, Liane Moriarty, Znak Literanova