

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Mateusza Cybulskiego

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułaka

Tom XXIV

W drodze do brzegu życia

Tom XXIV

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



W drodze do brzegu życia

Tom XXIV

**Praca zbiorowa pod redakcją
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak
prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Mateusza Cybulskiego
prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Jolanty Lewko
prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kulaka**

Białystok 2025

RECENZENCI MONOGRAFII

dr n. med. Anna Ślifirczyk

Lubelska Akademia WSEI, filia w Warszawie

dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

OsloMet – Metropolitan University; Department of Nursing and Health Promotion
Oslo, Norway

Recenzenci rozdziałów

Baranowska Anna, Bejda Grzegorz, Cybulski Mateusz, Guzowski Andrzej, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kowalczyk Krystyna, Kowalewska Beata, Krajewska-Kułak Elżbieta, Krajewska-Ferishah Katarzyna, Kułak Wojciech, Kułak-Bejda Agnieszka, Kułak Piotr, Lankau Agnieszka, Lewko Jolanta, Łukaszuk Cecylia, Rolka Hanna, Sierakowska Matylda, Szyszko-Perłowska Agnieszka

ISBN – 978-83-68268-58-4

Wydanie I
Białystok 2025

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Artykuły mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych,
dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Monografia wydana w formie pdf
Pełna wersja dostępna online na stronach
https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz
https://www.umb.edu.pl/monografie_konferencyjne

*Mówię ludziom, którzy opiekują się umierającymi,
jeśli naprawdę kochasz tę osobę i chcesz jej pomóc,
bądź z nią, gdy zbliża się jej koniec.
Usiądź z nimi - nie musisz nawet rozmawiać.
Nie musisz nic robić, ale naprawdę bądź przy nich.
Dr Elisabeth Kübler-Ross*

Szanowni Państwo,

Oddajemy do Państwa rąk XXIV tom monografii, która tradycyjnie jest próbą stworzenia przedstawicielom różnych dziedzin nauki i sztuki okazji do dialogu o umieraniu i śmierci.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy w najnowszym raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025” podaje, w ciągu 50. lat liczba rozpoznań chorób nowotworowych u mężczyzn zwiększyła się o ponad 55 tys., do blisko 90 tys. rocznie, a u kobiet wzrosła o niemal 61 tys., do 91,5 tys. rocznie. Szacuje się, że w 2025 roku liczba nowych zachorowań oraz zgonów na choroby nowotworowe w Europie wzrośnie o ok. 15%. W chwili obecnej nowotwory jelita grubego są trzecim najczęstszym nowotworem mężczyzn i drugim kobiet w Polsce. Nowotworem, którego częstość gwałtownie wzrasta w polskiej populacji, zarówno wyrażona współczynnikiem surowym jak i standaryzowanym, jest obecnie czerniak skóry. U polskich kobiet najczęstszym nowotworem jest nowotwór piersi. W ciągu minionych czterech dekad standaryzowany współczynnik zachorowalności wzrósł niemal trzykrotnie. U polskich mężczyzn nowotwory gruczołu krokowego są od 7. lat najczęstszym nowotworem. Z kolei w ostatnim półwieczu spadek częstości zachorowań mierzony surowym i standaryzowanym współczynnikiem zachorowalności spowodował przesunięcie pozycji raka szyjki macicy na ósme miejsce wśród najczęstszych nowotworów kobiet.

W związku z powyższym znaczenia nabiera nie tylko rzetelna opieka onkologiczna, ale także rozwój medycyny paliatywnej. Podczas konferencji „Innowacyjne rozwiązania w opiece paliatywnej”, zorganizowanej z inicjatywy przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia senator Agnieszki Gorgoń-Komor 21 stycznia 2025 r. w Senacie RP, ustalono, że najlepszym modelem opieki paliatywnej jest opieka komplementarna, która łączy hospicyjną opiekę stacjonarną, opiekę domową ze wsparciem społecznym i wykorzystuje nowoczesne technologie oraz już istniejące platformy (np. internetowe konto pacjenta) do monitorowania pacjentów w hospicjach domowych i pomocy rodzinom w opiece. Uznano, że w opiece paliatywnej nowe technologie to potencjał, który powinno się wykorzystywać, aby ją ułatwić. Wskazano także na potrzebę rozwoju ośrodków dziennej opieki paliatywnej jako pośredniego jej sposobu. Podkreślono, że trzeba zachęcać młodych lekarzy do wyboru specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej i stosowania innowacyjnych rozwiązań w tej dziedzinie. Zapoznano także uczestników z założeniami dotyczącymi stwierdzania zgonów przez pielęgniarki w opiece paliatywnej, co skróciłoby m.in. czas oczekiwania na stwierdzenie zgonu i wydania aktu zgonu, ułatwiłoby rodzinie organizację pogrzebu, a także zwiększyłoby społeczne zaufanie do pielęgniarek w opiece paliatywnej.

Senator Agnieszka Gorgoń-Komor stwierdziła, że *trzeba „odczarować medycynę paliatywną (...), żeby była wysoko zestandaryzowana, by wykorzystywano w niej najnowocześniejsze technologie i innowacje, żeby kojarzyła się nie tylko z leczeniem bólu, ale także z nowoczesnymi standardami”*.

prof. Elżbieta Krajewska-Kulak,
prof. Mateusz Cybulski,
prof. Jolanta Lewko,
prof. Wojciech Kulak

**REDAKTORZY
I AUTORZY**

WYKAZ REDAKORÓW I AUTORÓW

REDAKTORZY

- **Elżbieta Krajewska-Kulak** - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Mateusz Cybulski** - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Jolanta Lewko** - Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Wojciech Kulak** - Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

AUTORZY

- **Agnieszka Batko-Szwaczka** - Klinika Geriatrii, Katedra Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Grzegorz Bejda** - Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
- **Renata Bociarska** - Szpital w Rabie Wyżnej
- **Józefa Dąbek** - Katedra i Klinika Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Joanna Dudzińska-Griszek** - Klinika Geriatrii, Katedra Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Agnieszka Gontkowska** - Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski
- **Andrzej Guzowski** - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Marcin Haliburda** - Zakład Pielęgniarstwa, Akademia Bialska im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
- **Weronika Hariasz** - Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski
- **Antoni Kantor** - Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Maurycy Kappel** - Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Elżbieta Krajewska-Kulak** - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- **Halina Kulik** - Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Paulina Kulik** - Absolwentka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
- **Wojciech Kułak** - Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Agnieszka Kułak-Bejda** - Klinika Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Jakub Kurzyński** - Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Bartosz Kus** - Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Katarzyna Anna Lisowska** - Doktorantka w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Izabela Maciejewska-Paszek** - Zakład Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Emilia Mańko** - Oddział Neurologiczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
- **Teresa Michalczyk** - Zakład Ratownictwa Medycznego, Akademia Bialska im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
- **Maria Nowakowska** - PROELMED –Przychodnie Łaziska Górne
- **Katarzyna Pawlikowska-Łagód** - Katedra Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- **Kacper Ponikowski** - student V roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- **Michał Pietrucha** - Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- **Agnieszka Polak** - Katedra Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- **Kacper Raputa** - Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

- **Stanisława Spisacka** - Zakład Pielęgniarstwa, Akademia Bialska im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
- **Napoleon Waszkiewicz** - Klinika Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Jakub Wilczopolski** - student III roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- **Gabriela Worotyłko** - studentka III roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- **Maria Woś** - studentka III roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- **Kacper Wrzosek** - student III roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- **Weronika Zemła** - SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie
- **Aleksandra Zybert** - Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny

SPIS TREŚCI

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ, PRAWO	18
Bartosz Kus, Kacper Raputa, Michał Pietrucha, Antoni Kantor, Maurycy Kappel, Jakub Kurzyński: Rola sztucznej inteligencji w podejmowaniu decyzji klinicznych u pacjentów u kresu życia – przegląd korzyści i dylematów etycznych	20
Weronika Zemła, Paulina Kulik, Józefa Dąbek, Halina Kulik: Dyskryminacja ze względu na płeć w doświadczeniach kobiet	28
Katarzyna Anna Lisowska: Hanny Chrzanowskiej standard pracy pielęgniarskiej wykuty w warunkach szczególnych (konteksty rodzinne i edukacyjne) i nadzwyczajnych (II wojny światowej). Osobiste wybory, wartości i przekonania oraz cierpienia w służbie pielęgniarskiej i dojrzewaniu do niej	44
Halina Kulik, Weronika Zemła, Paulina Kulik, Józefa Dąbek: Oblicza przemocy uwarunkowanej płcią w doświadczeniach kobiet	54
Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda, Wojciech Kulak, Napoleon Waszkiewicz, Elżbieta Krajewska-Kulak: Pokolenie NEET	75
Grzegorz Bejda, Agnieszka Kulak-Bejda, Wojciech Kulak, Napoleon Waszkiewicz, Elżbieta Krajewska-Kulak: Pokolenie indygo – dzieci nowych czasów	83
PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ I PERINATALNEJ	99
Kacper Wrzosek, Kacper Ponikowski, Jakub Wilczopolski, Gabriela Worotyłko, Maria Woś: Duchowość w opiece paliatywnej – niedoceniany wymiar całościowego leczenia	101
Maria Nowakowska, Izabela Maciejewska-Paszek: Żywnienie w opiece paliatywnej u pacjenta z chorobą nowotworową	107
Aleksandra Zybert, Weronika Hariasz, Agnieszka Gontkowska: Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu w opiece paliatywnej	126
WYBRANE PROBLEMY W OPIECE NAD CHORYMI	139
Renata Bociarska, Elżbieta Krajewska-Kulak, Andrzej Guzowski, Agnieszka Kulak-Bejda: Wpływ obecności psa na przeżywanie kryzysu wieku średniego	141

SPIS TREŚCI

Teresa Michalczuk, Stanisława Spisacka, Emilia Mańko, Marcin Haliburda: Satysfakcja pacjentów z opieki personelu pielęgniarskiego hospitalizowanych w oddziałach neurologicznych	150
Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Agnieszka Polak: Satysfakcja pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z telefonicznych konsultacji medycznych realizowanych w dobie pandemii COVID-19	159
Agnieszka Batko-Szwaczka, Joanna Dudzińska-Griszek: Sarkopenia jako niekorzystny rokowniczo zespół geriatryczny	170
Agnieszka Batko-Szwaczka, Joanna Dudzińska-Griszek: Zespół kruchości	179



ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNĄ, PRAWO

ROLA SZTUCZNEJ INTELIGENCJI W PODEJMOWANIU DECYZJI KLINICZNYCH U PACJENTÓW U KRESU ŻYCIA – PRZEGLĄD KORZYŚCI I DYLEMATÓW ETYCZNYCH

**Bartosz Kus¹, Kacper Raputa¹, Michał Pietrucha², Antoni Kantor¹,
Maurycy Kappel¹, Jakub Kurzyński¹**

1. Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach
2. Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach

WPROWADZENIE

Postęp technologiczny w medycynie nieustannie redefiniuje sposób, w jaki diagnozujemy, leczymy i opiekujemy się pacjentami. Jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się obszarów jest wykorzystanie sztucznej inteligencji (SI), czyli zaawansowanych algorytmów zdolnych do analizowania ogromnych zbiorów danych, wyciągania wniosków i proponowania decyzji klinicznych [1]. Choć SI od lat stosuje się w diagnostyce obrazowej, onkologii czy kardiologii, coraz częściej pojawiają się próby jej implementacji także w opiece paliatywnej i leczeniu pacjentów znajdujących się u kresu życia [2].

Starzejące się społeczeństwa i rosnąca liczba osób z chorobami przewlekłymi powodują, że lekarze coraz częściej muszą podejmować decyzje dotyczące zakończenia terapii przyczynowej, wdrożenia leczenia objawowego czy kwalifikowania pacjenta do opieki hospicyjnej. Takie wybory są z natury trudne – wymagają nie tylko analizy danych medycznych, ale także zrozumienia sytuacji życiowej, wartości i oczekiwań chorego oraz jego rodziny [3]. W tym kontekście pojawia się pytanie, czy i jak sztuczna inteligencja może wspierać lekarza w podejmowaniu tak wrażliwych decyzji.

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie aktualnych możliwości wykorzystania SI w medycynie paliatywnej oraz analiza potencjalnych korzyści i dylematów etycznych wynikających z jej wdrażania. Przyjrzymy się również przykładom zastosowań klinicznych, ograniczeniom technologicznym i moralnym, a także perspektywom rozwoju tej dziedziny w najbliższych latach. Szczególną uwagę poświęcimy pytaniu, czy technologia – przy całym

swoim potencjale – może uwzględniać ludzkie doświadczenie, emocje i godność pacjenta u kresu życia [4,5].

CZYM JEST SZTUCZNA INTELIGENCJA W MEDYCYNIE?

Sztuczna inteligencja (SI) to termin obejmujący zestaw technologii, które pozwalają komputerom i algorytmom na uczenie się, rozpoznawanie wzorców i podejmowanie decyzji w oparciu o dane. W kontekście medycyny, SI najczęściej wykorzystuje metody uczenia maszynowego (ang. *machine learning*), czyli algorytmy, które samodzielnie analizują zbiory danych klinicznych i uczą się przewidywać określone wyniki zdrowotne [6].

W przeciwieństwie do tradycyjnego oprogramowania, które działa według z góry ustalonych reguł, systemy oparte na SI potrafią adaptować się do nowych informacji, co czyni je szczególnie przydatnymi w złożonych i zmiennych środowiskach klinicznych. Przykładowo, algorytmy mogą analizować tysiące elektronicznych kart pacjentów, aby wykrywać wzorce prowadzące do zaostrzeń chorób, pogorszenia stanu zdrowia lub zbliżającej się śmierci [7].

W ostatnich latach powstały również systemy wspierania decyzji klinicznych (ang. *Clinical Decision Support Systems*, CDSS), które na podstawie danych medycznych mogą sugerować możliwe diagnozy, ryzyko powikłań lub najlepszy moment na wdrożenie opieki paliatywnej [8].

W praktyce oznacza to, że SI może być wykorzystywana nie tylko do rozpoznawania chorób, ale także do przewidywania ich przebiegu i proponowania strategii leczenia, nawet u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby.

Co ważne, skuteczność SI zależy od jakości danych, na których była uczona. W przypadku pacjentów u kresu życia wyzwaniem jest dostępność odpowiednich informacji – dotyczących zarówno stanu somatycznego, jak i preferencji pacjenta, jego wartości i przekonań. W związku z tym w takich sytuacjach SI powinna być traktowana jako narzędzie wspierające, a nie zastępujące lekarza [9].

ZASTOSOWANIA SZTUCZNEJ INTELIGENCJI U PACJENTÓW U KRESU ŻYCIA

Zastosowanie sztucznej inteligencji w opiece nad pacjentami u kresu życia znajduje się na styku technologii, medycyny paliatywnej i etyki. Choć to wciąż rozwijająca się dziedzina, już dziś SI może wspierać lekarzy w podejmowaniu trudnych decyzji dotyczących dalszego leczenia, oceny ryzyka zgonu czy kwalifikacji do opieki paliatywnej [10].

Jednym z najbardziej praktycznych zastosowań jest prognozowanie ryzyka śmierci w krótkim czasie. Wykorzystując dane z dokumentacji medycznej – takie jak wyniki badań laboratoryjnych, liczba hospitalizacji czy obecność chorób przewlekłych – algorytmy mogą przewidywać, czy pacjent znajduje się w ostatnich miesiącach lub tygodniach życia [11]. Przykładowo, model oparty na uczeniu głębokim opracowany przez Google Health był w stanie z 95% dokładnością przewidzieć ryzyko zgonu szpitalnego w ciągu 24 godzin [12].

W kontekście opieki paliatywnej SI może również wspomagać lekarzy w rozpoznaniu momentu, w którym leczenie przyczynowe przestaje przynosić korzyści, a należy skupić się na poprawie komfortu życia. Systemy wspierania decyzji klinicznych mogą wskazać, że dalsza intensywna terapia jest nieefektywna lub obciążona nadmiernym ryzykiem [13]. To szczególnie istotne w opiece nad osobami z niewydolnością serca, nowotworami w stadium terminalnym czy ciężkimi chorobami neurologicznymi.

Kolejnym zastosowaniem jest identyfikacja pacjentów, którzy mogliby odnieść korzyść z wcześniejszego skierowania do hospicjum. Badania wykazują, że wiele osób trafia do opieki paliatywnej zbyt późno, co obniża jakość ostatnich dni życia i zwiększa ryzyko niepotrzebnych interwencji medycznych [14]. Algorytmy mogą pomóc w wytypowaniu takich osób wcześniej, co daje szansę na lepsze przygotowanie pacjenta i jego rodziny do nadchodzących zmian.

Co więcej, SI może wspierać także zespół opiekujący się pacjentem – pomagając monitorować objawy (np. ból, duszność), przypominać o dawkowaniu leków czy analizować zmiany stanu zdrowia na podstawie sygnałów z urządzeń noszonych przez pacjenta (ang. *wearables*) [15]. Technologia nie zastępuje człowieka, ale może ułatwić codzienną opiekę, poprawić komunikację między specjalistami i zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta.

Choć dane są obiecujące, warto pamiętać, że skuteczność tych rozwiązań zależy od kontekstu klinicznego i jakości danych. SI może stanowić wsparcie, ale nie może podejmować decyzji etycznych ani uwzględniać emocji, wartości czy duchowego cierpienia chorego. Dlatego jej stosowanie powinno być zawsze nadzorowane przez doświadczonych klinicystów [6].

KORZYŚCI Z ZASTOSOWANIA SZTUCZNEJ INTELIGENCJI U PACJENTÓW U KRESU ŻYCIA

Wykorzystanie sztucznej inteligencji (SI) w opiece nad pacjentami w zaawansowanym stadium choroby niesie ze sobą wiele potencjalnych korzyści, zarówno z perspektywy klinicznej, jak i organizacyjnej [8].

Dzięki zdolności do analizy ogromnych zbiorów danych medycznych SI może przyczynić się do trafniejszego prognozowania przebiegu choroby, skuteczniejszego planowania leczenia oraz lepszego zarządzania zasobami systemu opieki zdrowotnej [8].

Jedną z kluczowych korzyści jest możliwość wcześniejszego rozpoznania momentu przejścia z leczenia przyczynowego na leczenie paliatywne. Algorytmy mogą identyfikować subtelne wzorce pogarszającego się stanu pacjenta, które nie zawsze są widoczne dla człowieka. Dzięki temu lekarze mogą wcześniej podjąć decyzję o wdrożeniu opieki skoncentrowanej na komforcie chorego, unikając niepotrzebnych interwencji, które mogłyby pogorszyć jakość życia [13]. To szczególnie ważne w kontekście chorób przewlekłych, takich jak nowotwory, niewydolność serca czy przewlekła obturacyjna choroba płuc.

Kolejną zaletą jest bardziej obiektywna i zindywidualizowana ocena ryzyka zgonu, która może wspierać lekarzy w rozmowach z pacjentem i jego rodziną na temat dalszego leczenia oraz oczekiwanych wyników [11].

Badania pokazują, że pacjenci i ich bliscy często przeceniają możliwości terapii w ostatnim stadium życia, co może prowadzić do podejmowania decyzji opartych na błędnych przekonaniach [11].

Narzędzia SI mogą pomóc w klarownym przedstawieniu możliwych scenariuszy, wspierając proces świadomego podejmowania decyzji. Dodatkowo, SI może poprawić komunikację w zespole terapeutycznym. Systemy wspierania decyzji klinicznych dostarczają spójnych, opartych na danych rekomendacji, które pomagają zharmonizować działania lekarzy, pielęgniarek i specjalistów opieki paliatywnej [15]. Dzięki temu zmniejsza się ryzyko błędów wynikających z nieporozumień czy braku aktualnej informacji o stanie pacjenta.

Z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, wdrożenie narzędzi SI może także przyczynić się do optymalizacji wykorzystania zasobów – łóżek szpitalnych, leków czy personelu. Wczesna identyfikacja pacjentów u kresu życia może ograniczyć liczbę niepotrzebnych hospitalizacji, procedur czy badań, które nie przynoszą już korzyści zdrowotnych [14].

Wreszcie, SI może wspierać personalizację opieki. Dzięki analizie danych behawioralnych, wcześniejszych preferencji pacjenta czy jego wartości życiowych (jeśli zostały zarejestrowane np. w systemach opieki elektronicznej), sztuczna inteligencja może pomóc dobrać strategię terapeutyczną najbardziej zgodną z wolą chorego [6].

DYLEMATY ETYCZNE I OGRANICZENIA STOSOWANIA SZTUCZNEJ INTELIGENCJI U PACJENTÓW U KRESU ŻYCIA

Wprowadzenie sztucznej inteligencji (SI) do procesów decyzyjnych w opiece nad pacjentami u kresu życia wiąże się nie tylko z ogromnym potencjałem, ale również z poważnymi wyzwaniami etycznymi i praktycznymi. Najczęściej poruszane kwestie dotyczą autonomii pacjenta, przejrzystości działania algorytmów, odpowiedzialności za decyzje oraz zagrożenia dehumanizacją opieki [16].

Jednym z głównych dylematów jest pytanie, **czy i kiedy ufać rekomendacjom systemu SI**. W kontekście opieki paliatywnej decyzje często wymagają uwzględnienia nie tylko danych klinicznych, ale również wartości pacjenta, jego relacji z bliskimi i preferencji dotyczących umierania. Algorytmy, choć potężne w analizie danych, nie rozumieją kontekstu emocjonalnego, co sprawia, że ich rekomendacje mogą być nieadekwatne lub wręcz sprzeczne z dobrem pacjenta [17].

Dodatkowo, większość modeli SI opiera się na danych historycznych, które mogą odzwierciedlać systemowe uprzedzenia — np. gorszy dostęp do opieki dla określonych grup społecznych czy etnicznych. W efekcie, algorytmy mogą nieświadomie powielać niesprawiedliwości, np. zaniżając szanse pacjentów z grup mniejszościowych na skierowanie do opieki paliatywnej [18].

Kolejnym problemem jest **brak przejrzystości tzw. „czarnej skrzynki”** – czyli trudności ze zrozumieniem, na jakiej podstawie algorytm podjął określoną decyzję. Lekarze mogą mieć trudność z uzasadnieniem pacjentowi i rodzinie, dlaczego SI zasugerowała zakończenie leczenia przyczynowego. To może rodzić nieufność i opór wobec nowych technologii [19].

Z perspektywy prawnej i etycznej pojawia się też pytanie: **kto ponosi odpowiedzialność za błędne decyzje?** Jeśli lekarz postępuje zgodnie z rekomendacją SI, a skutki są niekorzystne – czy odpowiedzialność ponosi człowiek, twórca algorytmu, a może placówka medyczna? Te kwestie pozostają niejasne i wymagają stworzenia ram prawnych oraz kodeksów etycznych dostosowanych do realiów cyfrowej medycyny [20].

Niektórzy eksperci obawiają się również, że nadużycie SI może prowadzić do **dehumanizacji końca życia** – redukcji pacjenta do zbioru danych i predykcji statystycznych. Warto jednak podkreślić, że SI powinna być traktowana jako narzędzie wspierające człowieka, a nie zastępujące relację lekarz–pacjent. W przeciwnym razie może dojść do sytuacji, w której decyzje będą technicznie trafne, ale głęboko nieetyczne [21].

Wreszcie, problemem praktycznym jest jakość i kompletność danych. Wiele algorytmów traci skuteczność przy braku danych lub gdy pacjent nie był wcześniej intensywnie monitorowany. U osób starszych lub wielochorobowych brakuje spójnych zapisów, co może zafałszować działanie modelu [22].

WNIOSKI I KIERUNKI ROZWOJU SZTUCZNEJ INTELIGENCJI W OPIECE U KRESU ŻYCIA

Rozwój technologii sztucznej inteligencji (SI) stwarza nowe możliwości wspierania lekarzy w podejmowaniu decyzji klinicznych, szczególnie w tak delikatnym obszarze jak opieka u kresu życia [8,23].

Jak pokazuje przegląd literatury, SI może realnie poprawić jakość opieki paliatywnej poprzez trafniejsze prognozy, wcześniejsze rozpoznawanie potrzeb pacjenta oraz bardziej spersonalizowane podejście do planowania leczenia [8,23]. Jednocześnie nie może ona zastąpić empatii, komunikacji i wartości etycznych, które stanowią fundament opieki w ostatnich chwilach życia człowieka.

Warto podkreślić, że najbardziej skuteczne zastosowanie SI to takie, które wzmacnia – a nie zastępuje – rolę lekarza i zespołu terapeutycznego. W tym sensie SI może pełnić funkcję wspomagającą, pomagając w identyfikacji kluczowych momentów decyzyjnych, ale zawsze w oparciu o kontekst kliniczny i indywidualne preferencje chorego [9].

Przyszłość wykorzystania SI w opiece paliatywnej zależeć będzie nie tylko od postępu technologicznego, ale również od wypracowania odpowiednich norm prawnych i etycznych. Potrzebne są jasne regulacje dotyczące odpowiedzialności, transparentności i dopuszczalności stosowania algorytmów w decyzjach o zakończeniu leczenia przyczynowego [20].

Ważnym kierunkiem dalszego rozwoju jest również poprawa jakości danych wykorzystywanych przez algorytmy – większe uwzględnienie zmiennych społecznych, emocjonalnych i preferencji pacjentów mogłoby uczynić SI bardziej „ludzką” i adekwatną w decyzjach końca życia [21].

Podsumowując, SI w opiece u kresu życia nie jest zagrożeniem, lecz narzędziem, które przy odpowiednim wdrożeniu i nadzorze może stanowić realne wsparcie dla zespołów medycznych oraz zwiększyć komfort i godność pacjenta. Niezbędne jest jednak podejście oparte na refleksji, dialogu między ekspertami i ostrożnym testowaniu rozwiązań w praktyce klinicznej [16,17].

PIŚMIENNICTWO

1. Esteva A., Robicquet A., Ramsundar B., Kuleshov V., DePristo M., Chou K., Cui C., Corrado G.S., Thrun S., Dean J. A guide to deep learning in healthcare. *Nature Medicine*, 2019; 25(1): 24–29.
2. Wong A., Plasek J.M., Montecalvo S.P., Zhou L. Use of artificial intelligence in the care of patients with serious illness: A review. *JAMA Network Open*, 2021; 4(11): e2130284.
3. Schoenherr J.R., Soo J., Scuccimarri L., Hawryluck L. Ethical and legal considerations of artificial intelligence in end-of-life care. *BMC Medical Ethics*, 2022; 23: 25.
4. Topol E. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 2019; 25(1): 44–56.
5. Karches K.E. Artificial intelligence and the emotional dimensions of clinical decision making in end-of-life care. *The American Journal of Bioethics*, 2021; 21(2): 34–36.
6. Obermeyer Z., Emanuel E.J. Predicting the future — big data, machine learning, and clinical medicine. *New England Journal of Medicine*, 2016; 375(13): 1216–1219.
7. Rajkomar A., Dean J., Kohane I. Machine learning in medicine. *New England Journal of Medicine*, 2019; 380(14): 1347–1358.
8. Sendak M.P., D’Arcy J., Kashyap S., Gao M., Nichols M., Corey K., Ratliff W., Balu S. A path for translation of machine learning products into healthcare delivery. *EMJ Innovations eJournals*, 2020; 3: 90.
9. Yu K.H., Beam A.L., Kohane I.S. Artificial intelligence in healthcare. *Nature Biomedical Engineering*, 2018; 2(10): 719–731.
10. Courtright K.R., Chivers C., Becker M., Douglas I.S., Halpern S.D., Weissman G.E. Identification of patients with poor prognosis using automated methods: a review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2019; 57(5): 945–952.
11. Manz C.R., Parikh R.B., Small D.S., Bressman E., Salazar A., Singh A., Navathe A.S. Effect of integrating machine learning mortality estimates with behavioral nudges to clinicians on serious illness conversations among patients with cancer. *JAMA Network Open*, 2020; 3(7): e2013162.
12. Rajkomar A., Oren E., Chen K., Dai A.M., Hajaj N., Hardt M., Liu P.J., Liu X., Marcus J., Sun M., Sundberg P., et al. Scalable and accurate deep learning with electronic health records. *EMJ Innovations eJournals*, 2018; 1: 18.
13. Avati A., Jung K., Harman S., Downing L., Ng A., Shah N.H. Improving palliative care

- with deep learning. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2018; 25(4): 419–425.
14. Yoon S., Zulman D.M., Kagawa-Singer M., Sudore R.L., Mack D.S., Enguidanos S. Impact of predictive models on end-of-life care: A narrative review. *Journal of Palliative Medicine*, 2021; 24(3): 410–417.
 15. Greaves F., Joshi I., Campbell M., Roberts S., Patel N., Powell J. What is an appropriate level of evidence for a digital health intervention? *BMJ Open*, 2019; 9(3): e025181.
 16. Grote T., Berens P. On the ethics of algorithmic decision-making in healthcare. *Philosophy and Technology*, 2020; 33(1): 89–107.
 17. Vayena E., Blasimme A., Cohen I.G. Machine learning in medicine: Addressing ethical challenges. *Health Affairs*, 2018; 37(12): 2101–2107.
 18. Obermeyer Z., Powers B., Vogeli C., Mullainathan S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, 2019; 366(6464): 447–453.
 19. Amann J., Blasimme A., Vayena E., Frey D., Madai V.I. Explainability for artificial intelligence in healthcare: a multidisciplinary perspective. *EMJ Innovations eJournals*, 2020; 3: 111.
 20. Gerke S., Minssen T., Cohen G. Ethical and legal challenges of artificial intelligence-driven healthcare. *The American Journal of Bioethics*, 2020; 20(5): 34–43.
 21. Fjeld J., Achten N., Hilligoss H., Nagy A., Srikumar M. Principled artificial intelligence: Mapping consensus in ethical and rights-based approaches. Berkman Klein Center Research Publication No. 2020-1, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3518482>.
 22. Chen I.Y., Joshi S., Ghassemi M. Treating health disparities with artificial intelligence. *Nature Medicine*, 2021; 27(5): 703–705.
 23. Chen I.Y., Szolovits P., Ghassemi M. Can AI help reduce disparities in general medical and mental health care? *Nature Biomedical Engineering*, 2021; 5(9): 829–835.

DYSKRYMINACJA ZE WZGLĘDU NA PŁEĆ W DOŚWIADCZENIACH KOBIEC

Weronik Zemła¹, Paulina Kulik², Józefa Dąbek³, Halina Kulik⁴

1. SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie
2. Absolwentka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
3. Katedra i Klinika Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
4. Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

*„Panuje zgoda co do tego, że kobiety są nienormalne,
atypowe, po prostu nie takie, jakie być powinny.
Czemu kobieta nie może być bardziej jak mężczyzna?”*

*„Gdy kultura jest tak przychylna mężczyznom jak nasza,
siłą rzeczy musi być uprzedzona wobec kobiet.”*

Caroline Criado Perez

WSTĘP

Płeć od zarania dziejów stanowi jedno z podstawowych i najtrwalszych kryteriów porządkowania relacji społecznych. Człowiek już od momentu narodzin zostaje włączony w system kulturowo zdefiniowanych ról płciowych, które determinują nie tylko sposób wychowania czy ubiór, ale także przyszłe możliwości edukacyjne, zawodowe i społeczne. Proces ten, będący częścią socjalizacji, prowadzi do internalizacji określonych wzorców kobiecości i męskości, w wyniku czego jednostka przyjmuje określone społeczne normy, wartości i przekonania jako swoje własne, co prowadzi do samoregulacji zachowania. Proce przyswajania poszczególnych wzorców i ról społecznych rozpoczyna się w okresie wczesnego dzieciństwa i trwa do końca życia. Warto jednak zaznaczyć, że poszczególne etapy życia jednostki różnią się pod względem nasilenia procesu socjalizacji, a najintensywniej przebiega on w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości [1].

Każde społeczeństwo wytwarza swoisty zestaw oczekiwań i norm dotyczących

pożądanych zachowań kobiet i mężczyzn. Normy te często przybierają formę sztywnych stereotypów płciowych, które ograniczają nie tylko swobodę wyboru, ale także autonomię i podmiotowość jednostki. Badacze podkreślają, że to właśnie te głęboko zakorzenione przekonania stanowią fundament systemowej nierówności płci. Kobieta wciąż jawi się jako istota uległa, troskliwa i wysoce emocjonalna, a mężczyzna silny, dominujący i niezależny.

Na tle historycznym i kulturowym dominacja mężczyzn nad kobietami była i wciąż pozostaje zjawiskiem niemal naturalnym i uniwersalnym, niezależnym od poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego danego kraju. Choć idee równości płci zyskały uznanie w międzynarodowych i krajowych regulacjach prawnych, rzeczywistość społeczna często znacząco odbiega od tych zapisów. Elementy dyskryminacji przejawiają się nawet w codziennych doświadczeniach – w pracy, w szkole, w przestrzeni publicznej, w mediach, a nawet w rodzinie – nierzadko jest ona trudna do zauważenia i zidentyfikowania, lecz mimo to stanowi dotkliwy problem.

Współczesne organizacje międzynarodowe, takie jak WHO (Światowa Organizacja Zdrowia- *World Health Organization*) czy *Amnesty International*, jednoznacznie wskazują przemoc i dyskryminację wobec kobiet jako jedne z najważniejszych wyzwań XXI wieku. Warto zaznaczyć, że nie są to problemy prywatne, jednostkowe, lecz zjawiska systemowe o wymiarze społecznym, kulturowym i politycznym. Ich skutki nie ograniczają się jedynie do ofiar, dotyczą całych rodzin i społeczności, a w konsekwencji całego społeczeństwa, które nierzadko bagatelizuje tego rodzaju naruszenia.

TŁO SPOŁECZNO-KULTUROWE DYSKRYMINACJI

Zarówno dyskryminacja, jak i przemoc wobec kobiet stanowią zjawiska powszechnie występujące w różnych kontekstach społecznych i kulturowych. Źródła tych zjawisk należy upatrywać w utrwalonej strukturze nierówności płciowej, która historycznie faworyzowała mężczyzn, marginalizując tym samym kobiety w przestrzeni publicznej i prywatnej. Analiza danych historycznych wskazuje, że przemoc i dyskryminacja wobec kobiet nie mają charakteru jednowymiarowego, lecz wynikają ze złożonej interakcji czynników społecznych, ekonomicznych i socjalnych, które kształtują relacje władzy i wpływają na pozycję kobiet w społeczeństwie.

Dyskryminacja ze względu na płeć ma długą i złożoną historię, a także jest ściśle powiązana z utrwalonymi strukturami społecznymi i kulturowymi, które kształtowały relacje między kobietami a mężczyznami przez tysiąclecia. W niemal każdej epoce historycznej istniały systemy prawne, które ograniczały udział kobiet w życiu publicznym, pozbawiały je

praw obywatelskich, dostępu do edukacji, a także własności czy samostanowienia. Jak zauważa francuska pisarka i filozofka Simone de Beauvoir, kobieta w historii była definiowana nie jako „podmiot”, lecz jako „Inna” – istota zależna, uzupełniająca, a nie autonomiczna jednostka społeczna [2].

W polskiej tradycji kulturowej od stuleci dominuje wizerunek mężczyzny jako bohatera – wojownika, rycerza, przywódcy czy żołnierza, który zawsze cechuje się odwagą, walecznością i niezłomnością. Postaci kobiece w przestrzeni historycznego upamiętnienia pojawiają się znacznie rzadziej, a gdy są przywoływane, to zazwyczaj jako osoby przyjmujące męskie atrybuty. Tego rodzaju konstruowanie ról płciowych, ugruntowane przez wieki, wywiera wciąż wpływ na społeczne postrzeganie miejsca kobiety w polskim systemie wartości i strukturze społecznej. W kontekście społeczeństw patriarchalnych, do których Polska historycznie należała, kobieta była konsekwentnie postrzegana jako istota wymagająca ochrony, słabsza fizycznie i emocjonalnie, przez co przypisywano jej funkcję opiekuńczo-domową. Kobiety przez wieki funkcjonowały w ramach modelu rodzinno-prywatnego, pozbawione dostępu do edukacji, pracy zarobkowej oraz możliwości uczestnictwa w procesach decyzyjnych. Jak wskazuje Małgorzata Fuszara, kluczowym elementem tradycyjnego układu społecznego było systematyczne wykluczanie kobiet ze sfery publicznej i jednocześnie ograniczanie ich aktywności do przestrzeni prywatnej, związanej z rodziną i gospodarstwem domowym [3].

Długotrwałe reprodukcje takiego rozumienia kobiecej roli społecznej miało istotne znaczenie dla formowania się ruchów kobiecych – zarówno w Polsce, jak i na świecie. Reakcją na strukturalne wykluczenie i symboliczne marginalizowanie kobiet była emancypacja i dążenie do redefinicji podziału ról płciowych, a także do odzyskania prawa do udziału w życiu publicznym, politycznym i zawodowym.

Ruchy feministyczne wyłoniły się jako odpowiedź na obserwowaną asymetrię w relacjach między kobietami a mężczyznami, które w ocenie aktywistek i teoretyczek feministycznych cechują się strukturalną nierównością, dominacją oraz przemocą symboliczną i fizyczną wobec kobiet. W ujęciu feministycznym relacje te są oparte na hierarchii płci, w której kobiety funkcjonują jako grupa podporządkowana – systemowo marginalizowana, pozbawiona pełni praw obywatelskich oraz dostępu do zasobów społecznych, politycznych i ekonomicznych. Dominującą cechą tych relacji jest nie tylko brak równości formalnej, ale także głęboko zakorzenione formy opresji, wyzysku i uprzedmiotowienia, które wpływają na ograniczoną sprawczość kobiet w różnych sferach życia. W konsekwencji, jednym z podstawowych postulatów ruchów feministycznych stało się dążenie do przeobrażenia

istniejącego ładu społecznego poprzez eliminację nierówności płciowych oraz zagwarantowanie kobietom równych praw politycznych, społecznych i ekonomicznych [4].

Od momentu, gdy ruch feministyczny podjął krytykę tradycyjnego podziału ról społecznych i zakwestionował przypisywane kobietom miejsce wyłącznie w sferze prywatnej, obserwuje się systematyczny wzrost aktywności kobiet w sferze publicznej. Wraz z postępującą emancypacją i transformacjami społeczno-kulturowymi, realizacja celów zawodowych i aspiracji profesjonalnych stała się istotnym elementem tożsamości współczesnych kobiet. We współczesnych społeczeństwach zachodnich kobieta nie jest już definiowana wyłącznie poprzez role małżeńskie i macierzyńskie, lecz także jako aktywna uczestniczka życia zawodowego, dążąca do samorealizacji i niezależności ekonomicznej [5].

DEFINIOWANIE DYSKRYMINOWANIA

Pojęcie „dyskryminacja” wywodzi się z łacińskiego terminu *discriminatio*, oznaczającego rozróżnienie, nierówne traktowanie lub wybiórczą ocenę. We współczesnym ujęciu socjologicznym i prawnym odnosi się ono do niesprawiedliwego, nieuzasadnionego oraz systematycznego nierównego traktowania jednostek lub grup, które wynika nie z ich indywidualnych cech, kompetencji czy zachowań, lecz z przynależności do określonych kategorii społecznych [6].

Dyskryminacja stanowi zatem przeciwieństwo idei równości i równouprawnienia, ponieważ opiera się na arbitralnym różnicowaniu ludzi na podstawie cech niezależnych od ich sprawczości. Do najbardziej rozpowszechnionych przesłanek dyskryminacyjnych należą płeć, wiek, rasa, wygląd fizyczny, pochodzenie etniczne lub narodowościowe, orientacja seksualna, stan zdrowia (w tym zaburzenia psychiczne), niepełnosprawność, wyznanie, przekonania polityczne, status ekonomiczny, przynależność klasowa, a także sytuacje życiowe, jak samotne rodzicielstwo, bezdomność czy ubóstwo. Wspólnym mianownikiem tych form dyskryminacji jest strukturalne ograniczenie równego dostępu do zasobów, praw i szans społecznych [7].

W ujęciu socjologicznym dyskryminacja stanowi przejaw strukturalnie zakorzonego i nieuzasadnionego kontekstem społeczno-ekonomicznym nierównego traktowania jednostek lub grup społecznych, które wyróżniają się określoną cechą. Istotnym elementem tego zjawiska jest jego systematyczność i celowość, przejawiająca się w długotrwałym ograniczaniu dostępu do konkretnych zasobów.

Warto zauważyć, że raz ustanowiona nierówność społeczna ma tendencję do pogłębiania się. Ograniczenia w jednej dziedzinie życia, np. w dostępie do edukacji czy

zatrudnienia, generują wtórne wykluczenie w innych sferach, takich jak opieka zdrowotna, uczestnictwo polityczne czy mobilność społeczna. Powstaje w ten sposób swoiste „błędne koło nierówności”, w którym uprzedzenia strukturalne stają się samopodtrzymującym się systemem. Dyskryminacja pełni zatem funkcję nie tylko opresyjną, ale i konserwującą — przyczynia się do reprodukcji dominacji jednej grupy społecznej nad inną, wzmacniając istniejące układy władzy i przywilejów [8].

Dyskryminacja jako zjawisko społeczno-prawne ma charakter złożony i wielowymiarowy, a jej przejawy mogą przybierać różne formy – zarówno jawne, jak i ukryte. W literaturze przedmiotu wypracowano szereg klasyfikacji typów dyskryminacji, które uwzględniają jej charakter, mechanizmy oraz zakres oddziaływania. Jednym z podstawowych podziałów, powszechnie stosowanym zarówno w analizach socjologicznych, jak i prawnych, jest rozróżnienie na dyskryminację bezpośrednią i pośrednią [9].

Dyskryminacja bezpośrednia odnosi się do celowych, świadomie podejmowanych działań, które mają na celu ograniczenie jednostce lub grupie dostępu do zasobów, usług lub pozycji społecznych z uwagi na określony, dyskredytujący atrybut, taki jak płeć, wiek, pochodzenie etniczne, orientacja seksualna czy niepełnosprawność. Kluczową cechą tej formy dyskryminacji jest jej intencjonalność – nierówne traktowanie stanowi bezpośrednią konsekwencję decyzji podejmowanych wyłącznie na podstawie przynależności do określonej grupy społecznej [8].

Z kolei dyskryminacja pośrednia zachodzi wówczas, gdy działania formalnie neutralne, czyli nieukierunkowane bezpośrednio na żadną konkretną grupę, skutkują w praktyce wykluczeniem lub ograniczeniem możliwości korzystania z określonych uprawnień przez przedstawicieli tej grupy. W tym przypadku intencja sprawcza nie musi być dyskryminująca, jednak efekty działania, ze względu na istniejące już nierówności strukturalne, prowadzą do dalszej marginalizacji lub deprywacji. Co istotne, dyskryminacja pośrednia często wynika z wcześniejszych doświadczeń nierównego traktowania i może być postrzegana jako jego konsekwencja – swoisty efekt uboczny, który utrwała istniejące nierówności [9].

Tego rodzaju dyskryminacja może również wystąpić w sytuacjach, gdy normy i przepisy prawne stosowane są w sposób formalnie jednolity wobec wszystkich jednostek, bez uwzględnienia realnych potrzeb czy ograniczeń konkretnych grup społecznych. Brak elastyczności przepisów i nieistnienie wyjątków od zasady równego traktowania paradoksalnie może skutkować faktyczną nierównością, poprzez pozbawienie niektórych grup realnej możliwości skorzystania z określonych praw czy świadczeń [9].

Piotr Sztompka analizuje zjawisko dyskryminacji z perspektywy możliwości przemieszczania się jednostek lub grup w strukturze społecznej, odnosząc je do koncepcji ruchliwości społecznej. W tym kontekście wyróżnia on różne formy ograniczeń dostępu do awansu społecznego. Dyskryminacja całkowita występuje w sytuacji, gdy określona jednostka lub grupa społeczna jest całkowicie pozbawiona szansy na zmianę swojej pozycji społecznej – niezależnie od posiadanych zasobów, kompetencji czy aspiracji [10].

Z kolei dyskryminacja częściowa może przybierać kilka form. Jedną z nich jest tworzenie niewidzialnych barier strukturalnych, które uniemożliwiają przedstawicielom określonej grupy osiągnięcie najwyższych pozycji w hierarchii społecznej – zjawisko to znane jest jako „szklany sufit”. Innym przejawem częściowej dyskryminacji może być segregacja zawodowa, czyli przypisywanie określonym grupom (np. kobietom) zawodów niżej wynagradzanych i mniej prestiżowych. Wreszcie, dyskryminacja może polegać na ograniczaniu lub całkowitym zamykaniu kanałów awansu społecznego, np. poprzez utrudniony dostęp do systemu edukacji lub innych mechanizmów mobilności społecznej, co prowadzi do reprodukcji nierówności między grupami [10].

CEL BADAŃ

Celem głównym przeprowadzonych badań było rozpoznanie i ocena stopnia doświadczania przez kobiety dyskryminowania uwarunkowanego płcią.

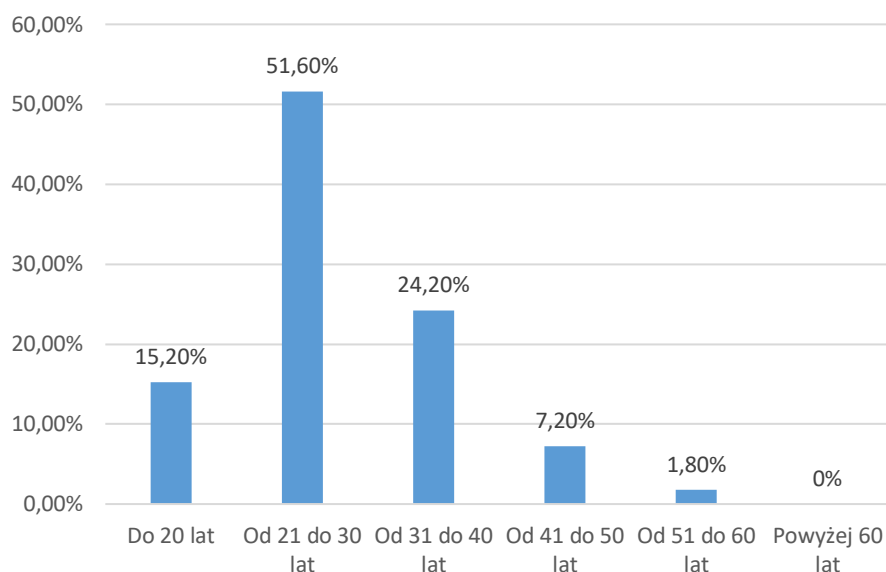
METODA

W badaniu zastosowano metodę sondażową i technikę badań ankietowych. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 28 pytań dotyczących tematu zasadniczego oraz 5 pytań o niektóre cechy społeczno-demograficznych badanych kobiet. W badaniu zastosowano metodę kuli śnieżnej. Nieliczną początkowo grupę osób, które objęto badaniem, poproszono, aby poleciła swoje przyjaciółki i znajome, które również zostały włączone do badania. Badaniem objęto łącznie 500 kobiet (100%). Prezentowany materiał jest częścią projektu badań na temat dyskryminowania i przemocy uwarunkowanych płcią.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY KOBIET

Spośród ogółu objętych badaniem kobiet większość stanowiły osoby młode do 30 roku życia – 334 osoby (66,80%). Szczegółowy rozkład danych dotyczących wieku ankietowanych zaprezentowano na Rycinie 1.

Dyskryminacja ze względu na płeć w doświadczeniach kobiet



Rycina 1. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wieku.

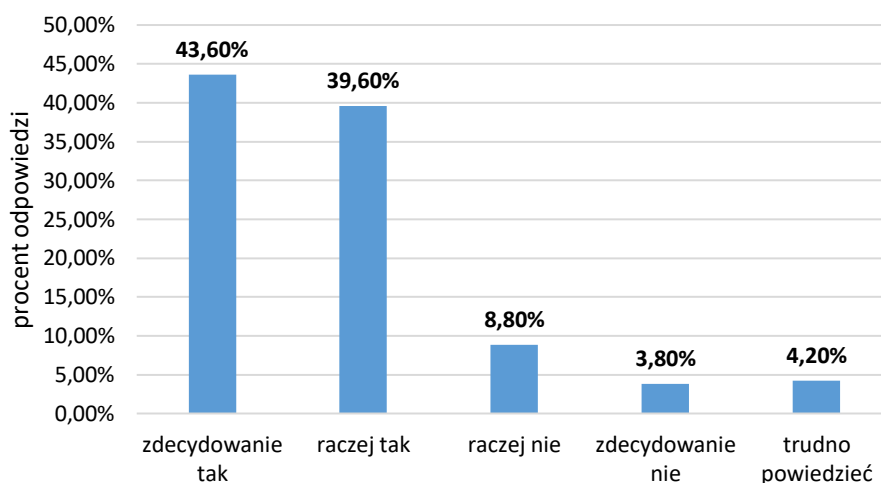
W strukturze badanej próby największy odsetek respondentek posiadał wykształcenie średnie – dotyczyło to 241 osób, co stanowiło 48,2% wszystkich uczestniczek badania. Wykształcenie wyższe zadeklarowało 178 kobiet (35,6%), co czyni tę grupę drugą pod względem liczebności. Zdecydowana większość badanych kobiet zamieszkiwała miasta liczące do 50 tysięcy mieszkańców – 305 osób (61%). Natomiast najmniej liczną kategorią pod względem miejsca zamieszkania były mieszkanki wsi, które stanowiły 12,4% próby (62 osoby).

Pod względem stanu cywilnego dominowały kobiety niezamężne – panny stanowiły 308 osób (61,6%), natomiast najmniejszą grupę tworzyły wdowy – 18 respondentek (3,6%). Główny źródło utrzymania dla badanych stanowiło wynagrodzenie z tytułu stałego zatrudnienia – wskazało je 375 kobiet, co odpowiada 71,4% ogółu. Zasiłki jako formę dochodu wskazano najrzadziej – zadeklarowały je jedynie 2 osoby (0,4%). Ponadto 36 uczestniczek badania (7,2%) przyznało, że nie posiadają żadnego stałego źródła dochodu.

WYNIKI

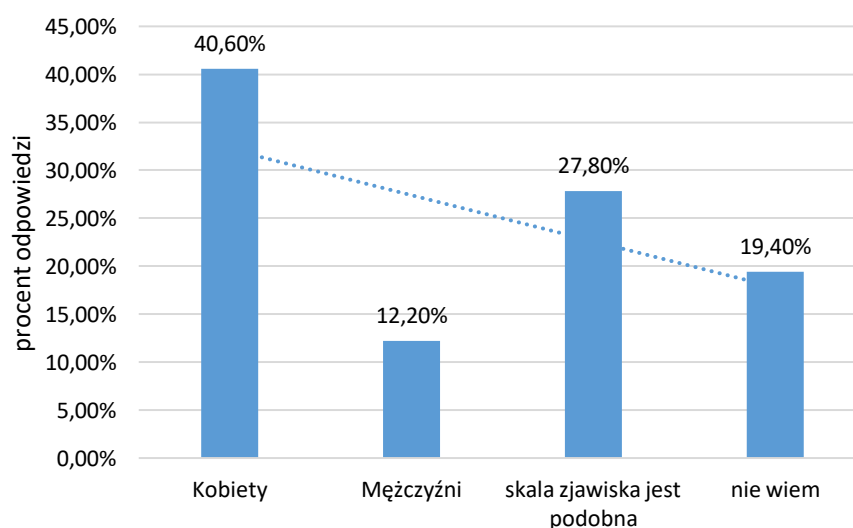
Spośród ogółu objętych badaniem kobiet większość (416; 83,20%) zaznaczyła, że kobiety w Polsce są dyskryminowane [Rycina 2]. Tak wysoki odsetek jednoznacznie wskazuje, że problem ten jest postrzegany jako realny i systemowy. Wynik ten można interpretować jako wyraz rosnącej świadomości społecznej w zakresie nierówności płciowych, a także jako efekt bezpośrednich lub pośrednich doświadczeń kobiet z różnymi formami dyskryminacji. Dane te

potwierdzają tezę o społecznej reprodukcji nierówności płciowych, mimo postępujących zmian legislacyjnych i kulturowych. Wskazują także na potrzebę kontynuowania działań edukacyjnych i instytucjonalnych w zakresie przeciwdziałania dyskryminacji, wzmacniania sprawczości kobiet i promowania równości płci na wszystkich poziomach życia społecznego.



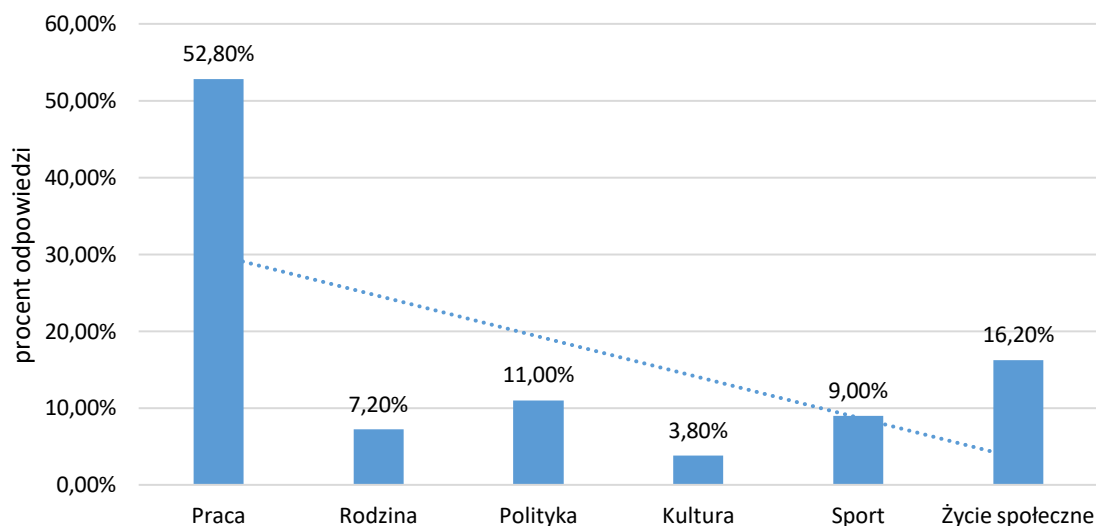
Rycina 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Czy kobiety w Polsce w Pani opinii są dyskryminowane?*

Dwie piąte badanych wskazało, że to kobiety najczęściej są ofiarami dyskryminujących praktyk (203; 40,60%). Kolejne 139 osób (27,80%) uważało, że skala zjawiska jest podobna dla obu płci, a aż 97 osób (19,40%) nie posiadała wiedzy na ten temat [Rycina 3].



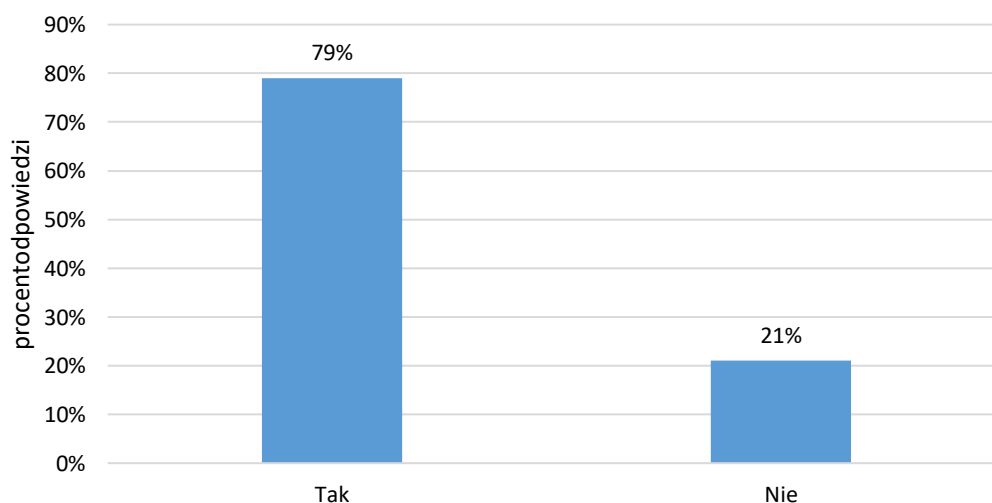
Rycina 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Kto Pani zdaniem częściej doświadcza dyskryminowania?*

W opinii ankietowanych, kobiety najbardziej dyskryminowane są w sferze pracy (264; 52,8%), a najrzadziej w sferze kultury (19; 3,80%) [Rycina 4]. Fakt, że praca zawodowa została wskazana przez większość respondentek jako obszar najbardziej dotknięty dyskryminacją, sugeruje, że kobiety doświadczają jej nie tylko w wymiarze ekonomicznym, ale także symbolicznym – poprzez umniejszanie ich kompetencji, ograniczanie sprawczości i utrwalanie stereotypowych ról płciowych. Rynek pracy pozostaje więc przestrzenią, w której nierówności strukturalne są najbardziej widoczne i odczuwalne w codziennym życiu.



Rycina 4. Opinie badanych na temat obszarów dyskryminowania kobiet.

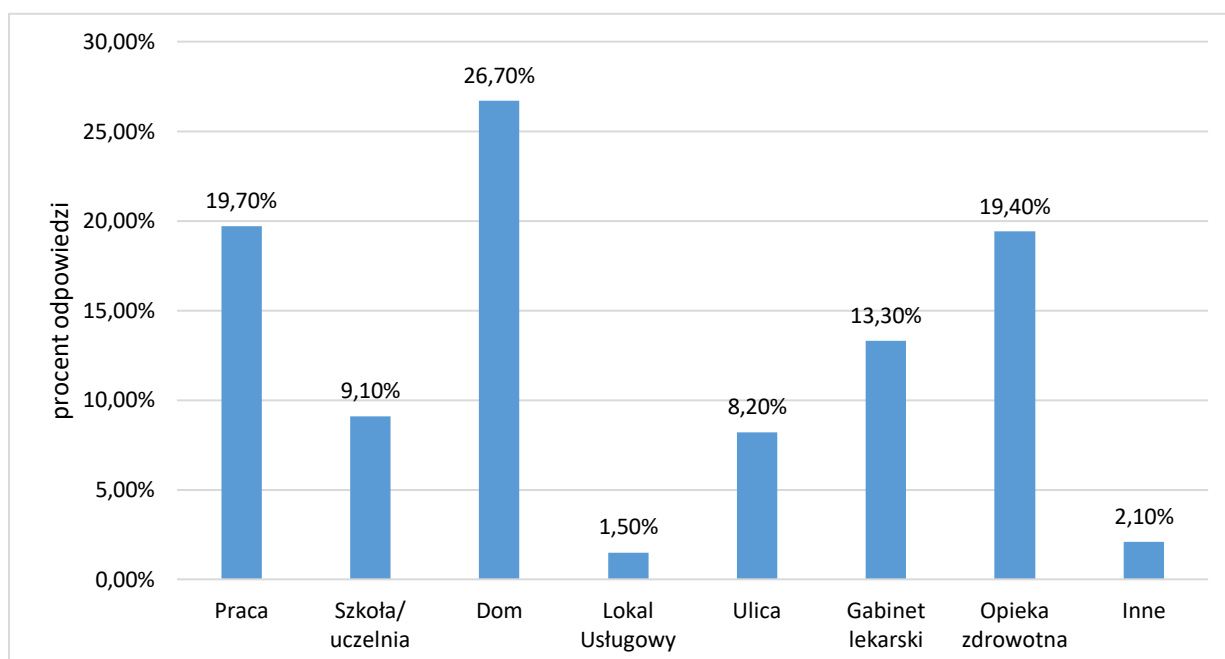
Większość objętych badaniem kobiet знаła kobietę dyskryminowaną - 395 (79%) [Rycina 5].



Rycina 5. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Czy zna Pani kobietę, która była lub jest dyskryminowana?*

Zjawiska dyskryminacji doświadczyło aż 330 (66%) ankietowanych kobiet. Pozostałe zaznaczyły, że nie były i nie są dyskryminowane.

Spośród ogółu dyskryminowanych kobiet (330; 66,0%) - 88 (26,7%) wskazało dom, jako miejsce dyskryminacji, a w następnej kolejności pracę (65; 19,70%). Warto zauważyć, że 64 kobiety (19,4%) wskazały placówki opieki zdrowotnej, a 44 (16,3%) gabinety lekarskie, jako miejsca dyskryminacji. Szczegółowy rozkład danych przedstawiono na Rycinie 6.



Rycina 6. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem miejsc, w których były dyskryminowane. Źródło: badania własne

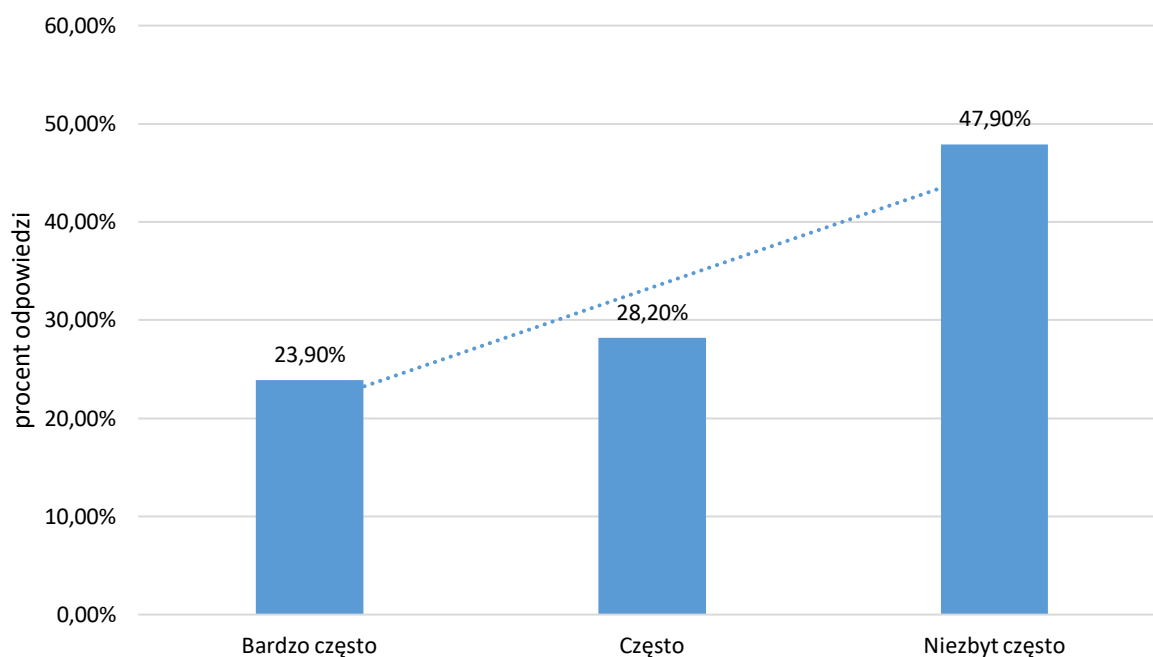
Prawie połowa ankietowanych kobiet była *niezbyt często* dyskryminowana – 158 (49,7%), *często* doświadczało dyskryminacji 93 (28,2%) ankietowane a 79 (23,9%) respondentek zaznaczyło, że były *bardzo często* dyskryminowane [Rycina 7].

Badane kobiety wskazywały na różne rodzaje doświadczanego dyskryminowania. Najczęściej były to: niestosowne żarty - 170 (51,5%), nadmierne obciążanie obowiązkami domowymi - 102 (30,9%) oraz ignorowanie opinii – 99 (30%).

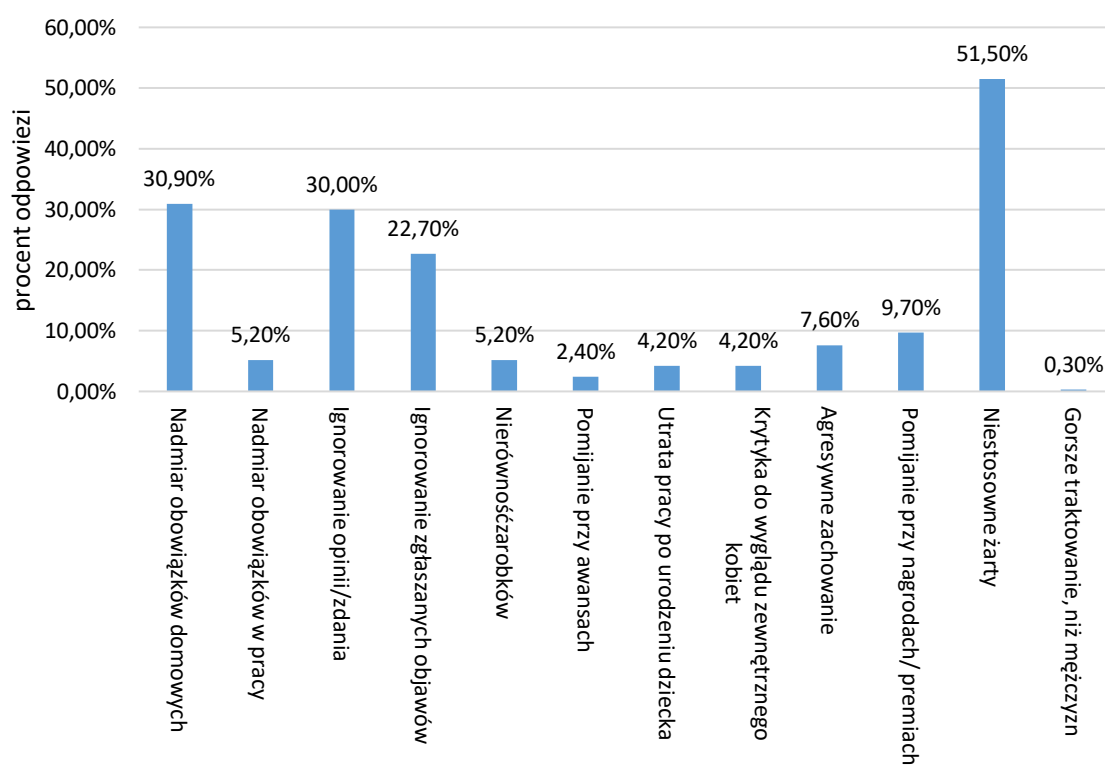
W sposób szczególny warto podkreślić, że ponad jedna piąta badanych kobiet wskazała na ignorowanie zgłaszanych przez nią objawów chorobowych - 75 (22,7%) [Rycina 8].

Najliczniejsza grupa badanych zaznaczyła, że sprawcami dyskryminujących praktyk były zarówno kobiety, jak i mężczyźni – 214 (64,8%) [Rycina 9].

Dyskryminacja ze względu na płeć w doświadczeniach kobiet

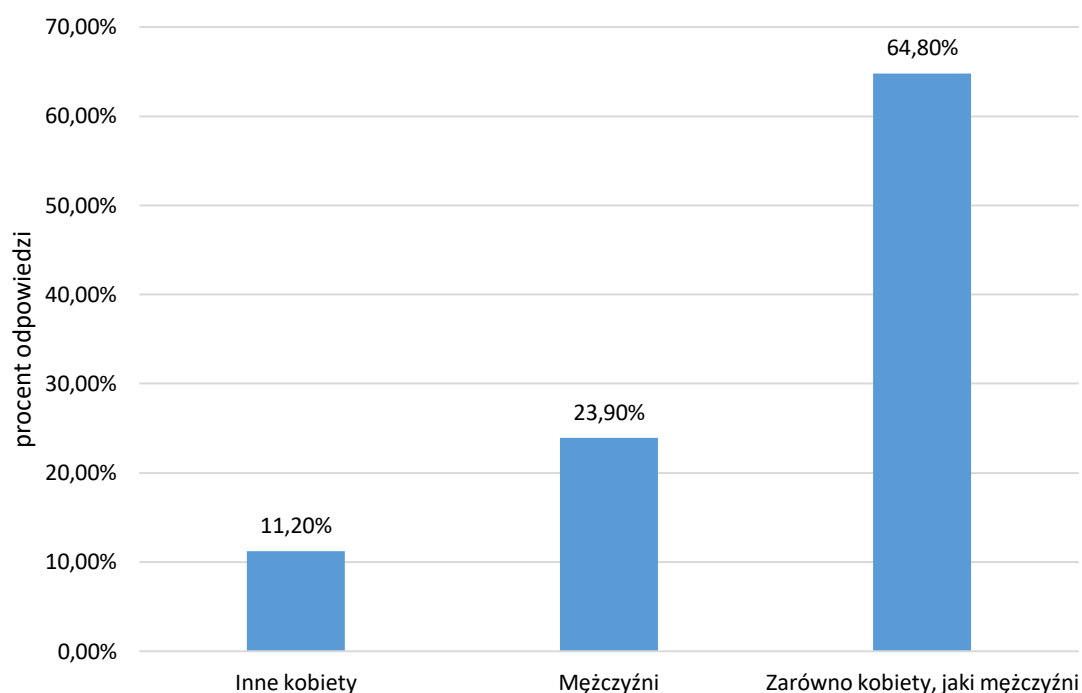


Rycina 7. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Jak często była/jest Pani dyskryminowana?*



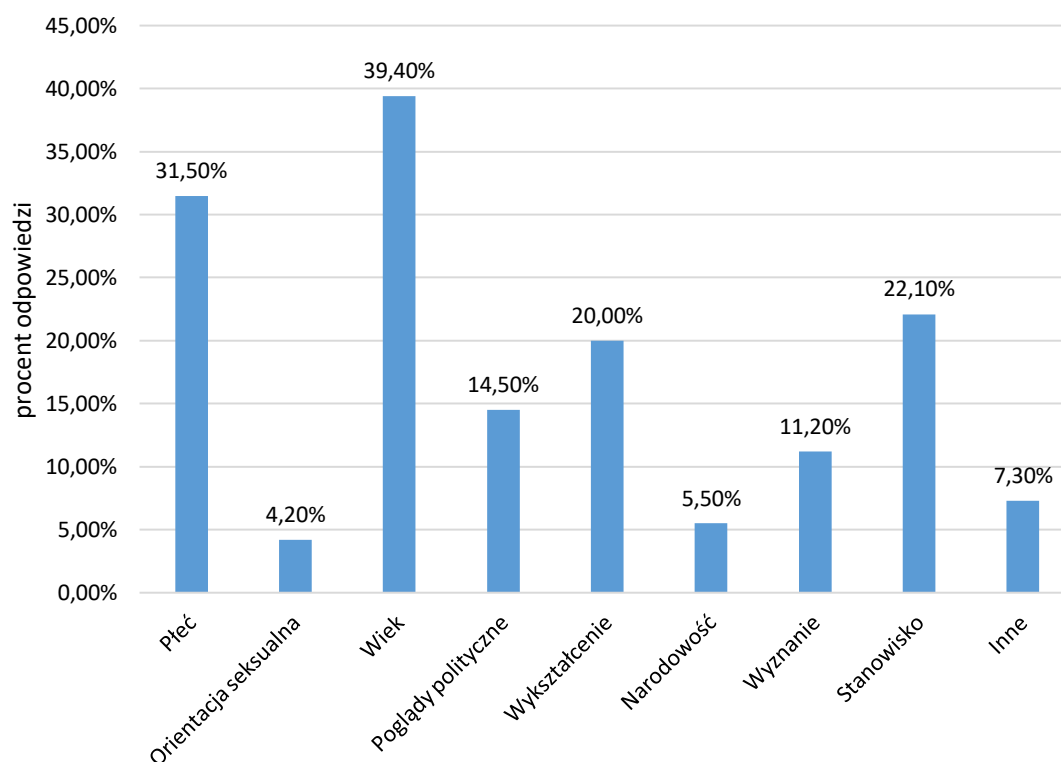
Rycina 8. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem doświadczanych rodzajów dyskryminowania.

Dyskryminacja ze względu na płeć w doświadczeniach kobiet



Rycina 9. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Kto Pani zdaniem częściej dyskryminuje kobiety?*

Według ankietowanych kobiet najczęstszą przyczyną doświadczanej dyskryminacji był wiek – 130 (39,4%), a w następnej kolejności płeć – 104 (31,5%) [Rycina 10].



Rycina 10. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem przyczyn dyskryminacji.

DYSKUSJA

Dyskryminacja kobiet w Polsce, choć często ma charakter ukryty i trudny do bezpośredniego uchwycenia, pozostaje powszechnym i systemowym zjawiskiem społecznym. Wyniki przeprowadzonego badania wyraźnie potwierdzają, że znaczna część respondentek, bo aż 83,2%, dostrzega istnienie dyskryminacji kobiet w polskim społeczeństwie. Co więcej, 66% wszystkich uczestniczek badania zadeklarowało, że osobiście doświadczyło aktów dyskryminacyjnych, bądź zna kobietę, której taka sytuacja dotyczyła. Tak wysoki odsetek wskazuje, że problem ten nie ma charakteru marginalnego, lecz dotyczy realnych oraz powtarzalnych doświadczeń kobiet.

Najczęściej wskazywaną sferą, w której występuje dyskryminacja, był rynek pracy. Aż 52,8% badanych uznało, że właśnie tam kobiety spotykają się z nierównym traktowaniem, niezależnie od obowiązujących przepisów prawa gwarantujących równość zatrudnienia. Można to interpretować jako wyraz braku realnej implementacji zapisów antydyskryminacyjnych w praktyce zawodowej. Z kolei najmniej kobiet dostrzega dyskryminację w kulturze (3,8%), co może świadczyć o mniejszej widoczności tego zjawiska w sferze symbolicznej, mimo że to właśnie kultura często stanowi źródło stereotypów płciowych.

Co ciekawe, aż 63,2% respondentek wskazało, że dyskryminacja wobec kobiet pochodzi zarówno od mężczyzn, jak i od innych kobiet. Taki wynik może świadczyć o internalizacji norm patriarchalnych wśród samych kobiet oraz o złożoności mechanizmów opresji, które nie ograniczają się jedynie do prostych relacji dominacji jednej płci nad drugą. Tylko 4,2% badanych jednoznacznie uznało mężczyzn za wyłącznych sprawców dyskryminacji, co wskazuje na postrzeganie tego zjawiska raczej jako elementu szerszego systemu społecznego niż jednostkowej winy.

Wśród przyczyn dyskryminacji najczęściej wskazywano wiek (39,4%), a znacznie rzadziej takie cechy jak narodowość (5,5%) czy orientacja seksualna (4,2%). Może to świadczyć o tym, że dyskryminacja kobiet w Polsce jest często zbieżna z innymi formami nierówności związanymi z wiekiem, statusem społecznym czy etapem życia. Fakt ten wskazuje na potrzebę stosowania perspektywy intersekcjonalnej w dalszych analizach, a także otwiera pole do badań nad tzw. dyskryminacją wielokrotną.

Dane uzyskane w badaniu potwierdzają tezę o systemowym charakterze dyskryminacji wobec kobiet, która przenika różne obszary życia społecznego, w tym szczególnie sferę zawodową, instytucjonalną i edukacyjną. Niezbędne wydaje się zatem pogłębianie świadomości społecznej, promowanie edukacji równościowej i wdrażanie realnych

mechanizmów przeciwdziałania dyskryminacji w polityce publicznej i praktykach instytucjonalnych.

Współczesne analizy zjawiska dyskryminacji kobiet coraz częściej odchodzą od prostego rozumienia nierównego traktowania w kategoriach jawnej opresji, kierując uwagę ku ukrytym, znormalizowanym i systemowo pomijanym formom wykluczenia, które wpisane są w struktury codziennego funkcjonowania społeczeństw. Przykłady tych zjawisk znajdujemy między innymi w pracach Caroline Criado Perez oraz Rebekki Endler, które ukazują, jak głęboko zakorzenione są mechanizmy niewidzialności kobiet w kulturze projektowania, nauce, medycynie, technologii czy architekturze [11,12].

Criado Perez wskazuje, że globalna baza danych, wykorzystywana w badaniach, statystykach publicznych i modelowaniu polityk społecznych, jest w dużej mierze męskocentryczna, co prowadzi do strukturalnych błędów w ocenie rzeczywistych potrzeb i doświadczeń kobiet. Przykładem jest projektowanie systemów transportu publicznego czy usług miejskich, które bazują na męskim modelu mobilności, zakładającym liniowe trasy dom-praca-dom, zamiast uwzględniać kobiece wzorce podróżowania (zróżnicowane, krótkie, często z przystankami związanymi z opieką nad innymi osobami) [11].

Z kolei Endler zwraca uwagę na to, że przestrzeń fizyczna i przedmioty codziennego użytku są projektowane przez mężczyzn i dla mężczyzn – od narzędzi pracy i samochodów, przez systemy bezpieczeństwa, aż po architekturę przestrzeni publicznej. Niekiedy wręcz dosłownie np. standardowe manekiny testowe w crash-testach samochodowych odwzorowują budowę przeciętnego mężczyzny, przez co kobiety mają znacznie większe ryzyko obrażeń przy tych samych prędkościach i kolizjach. Podobne nierówności występują w projektowaniu ubrań roboczych, narzędzi czy urządzeń codziennego użytku, co może prowadzić do mikrourazów, dyskomfortu, a nawet zagrożenia życia w niektórych zawodach [12].

Szczególnie istotna pozostaje kwestia dyskryminacji w naukach medycznych, którą Criado Perez dokumentuje poprzez analizę tzw. gender data gap. Kobiety są niedostatecznie reprezentowane w badaniach klinicznych, co skutkuje błędnymi diagnozami, opóźnionym leczeniem oraz stosowaniem dawek farmakologicznych obliczonych na męski metabolizm. Choroby serca, depresja czy chroniczne bóle często objawiają się inaczej u kobiet, ale model diagnozy opiera się na męskim wzorcu symptomów – co ma wymierne skutki dla zdrowia i życia kobiet [11].

Wyniki badań własnych, w których respondentki najczęściej wskazywały na sferę pracy jako przestrzeń doświadczania dyskryminacji, zyskują nowe znaczenie, gdy zestawimy je

z analizami Criado Perez i Endler. Pokazują one bowiem, że dyskryminacja kobiet nie ogranicza się jedynie do relacji interpersonalnych, ale jest wpisana w sposób organizowania wiedzy, przestrzeni i technologii, które, choć przedstawiane jako neutralne, odzwierciedlają potrzeby i perspektywę mężczyzn jako „domyślnego użytkownika”.

Dyskusja nad problemem dyskryminacji powinna zatem wykraczać poza klasyczne ramy analiz rynku pracy czy edukacji. Konieczne jest poszerzenie pola widzenia o kwestie epistemologiczne i infrastrukturalne, w których systematyczne pomijanie kobiet skutkuje trwałym zaniżeniem ich bezpieczeństwa, dobrostanu i reprezentacji. Dążenie do równości nie może ograniczać się wyłącznie do działań legislacyjnych czy deklaracyjnych, lecz powinno obejmować transformację sposobu gromadzenia danych, projektowania przestrzeni i podejścia do ciała kobiecego jako podmiotu analizy i użytkowania.

WNIOSKI

1. Większość objętych badaniem kobiet doświadczyła dyskryminujących praktyk.
2. Najczęściej wskazywanym miejscem doświadczania dyskryminowania był dom.
3. Ze względu na skalę występowania dyskryminujących praktyk, warto na szeroką skalę wprowadzić w naszym społeczeństwie edukację antydyskryminacyjną.

PIŚMIENNICTWO

1. Sołoma L.: Socjologia. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 1998: 72-75.
2. De Beauvoir S.: Druga płeć. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1972.
3. Fuszara M.: Nowy kontrakt płci? [w:] Kobiety w Polsce na przełomie wieków. Fuszara M. (red.). Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002: 7.
4. Zdybicka Z.J.: Prawdziwy i fałszywy feminizm. Roczniki Filozoficzne, 2003; 1(2): 83-84.
5. Załucka M.: Nierówności i dyskryminacje związane z płcią kulturową. Kobieta na rynku pracy. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Etnograficzne 2010; 38: 147-155.
6. Tabin M. (red.): Słownik socjologii i nauk społecznych. PWN, Warszawa 2005.
7. Macrae C.N., Stangor C., Hewstone M. (red.): Stereotypy i uprzedzenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychoogiczne, Gdańsk 1999.

8. Pettigrew T.F., Taylor M.C.: Discrimination. [in:] Borgatta E.F., Montgomery R.J.V. (eds.). Encyclopedia of Sociology. Macmillan Reference USA, New York 2000: 693-694.
9. Rysz-Kowalczyk B. (red.): Leksykon polityki społecznej. Wyd. IPS UW, Warszawa 2001.
10. Sztompka P.: Socjologia. Analiza społeczeństwa. Wydawnictwo Znak, Kraków 2002.
11. Perez C.C.: Niewidzialne kobiety. Jak dane tworzą świat skrojony pod mężczyzn. Wyd. Karakter, Kraków 2020.
12. Endler R.: Patriarchat rzeczy. Świat stworzony przez mężczyzn dla mężczyzn. Wydawnictwo Znak, Kraków 2022.

Hanny Chrzanowskiej standard pracy pielęgniarskiej wykuty w warunkach szczególnych
(konteksty rodzinne i edukacyjne) i nadzwyczajnych (II wojny światowej).
Osobiste wybory, wartości i przekonania oraz cierpienia w służbie pielęgniarskiej
i dojrzewaniu do niej

HANNY CHRZANOWSKIEJ STANDARD PRACY PIEŁĘGNIARSKIEJ WYKUTY W WARUNKACH SZCZEGÓLNYCH (KONTEKSTY RODZINNE I EDUKACYJNE) I NADZWYCZAJNYCH (II WOJNY ŚWIATOWEJ). OSOBISTE WYBORY, WARTOŚCI I PRZEKONANIA ORAZ CIERPIENIA W SŁUŻBIE PIEŁĘGNIARSKIEJ I DOJRZEWANIU DO NIEJ

Katarzyna Anna Lisowska

Doktorantka w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Miłość, która jest gotowa nawet oddać życie, nie zginie

Jan Paweł II

WSTĘP

Hanna Chrzanowska była osobą, która służyła ludziom chorym i cierpiącym. Już w wyborze swojego zawodu, pielęgniarki odznacza się to, kim była. Pochodziła z zamożnej rodziny, a wybrała służbę najbardziej potrzebującym, opiekę wobec nich, wsparcie, pomoc. Mogła spędzić życie na salonach, tymczasem realizowała je z oddaniem, pasją, determinacją wśród samotnych i opuszczonych. Jej życie jest wzorem służby pielęgniarstwa, dowodząc, że to jest zawód szczególnej misji. Jest to zawód konieczny, przez który specjalista, medyk znajduje się najbliżej rzeczywistości pacjenta, bezpośrednio wpływając na jakość jego życia, a nawet sens i wolę życia.

TRADYCJE RODZINNE W DOMU POCHODZENIA

7.10.1902 r., Warszawa, rodzina zasłużona dla polskiej nauki i kultury pielęgniarstwa polskiego – to rzeczywistość, w jakiej przychodzi na świat Hanna Chrzanowska. Jej ojciec to Ignacy Chrzanowski, profesor literatury polskiej. Pochodził on z kolei z katolickiej rodziny, ziemian podlaskich. Natomiast matka, Wanda z domu Szlenkier, pochodziła z rodziny

ewangelickiej. Była to też zamożna rodzina, warszawskich przemysłowców. Jej siostra, Zofia Szlenkierówna to fundatorka szpitala dziecięcego w Warszawie oraz dyrektorka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Rodziny te były znane z działalności dobroczynnej, która była rozległa. W 1910 roku rodzice Hanny przybywają do Krakowa i tu osiadają. Profesor I. Chrzanowski obejmuje w tym czasie katedrę w Uniwersytecie Jagiellońskim [1].

Można łatwo zauważyć po tym krótkim, konkretnym życiorysie (pierwsza faza), że losy Hanny Chrzanowskiej mogły potoczyć się zupełnie inaczej. Zarazem można przez nie wyczytać, że nie były dziełem przypadku, ale w dużej mierze zrodziły się z wychowania, które jest otwarte na ludzi potrzebujących i jest to otwartość autentyczna, oparta na poświęceniu, by służyć drugiemu człowiekowi, temu, co szczególnie tego potrzebuje. Jest to szczególny rodzaj wrażliwości, bardzo głębokiej, co należy podkreślić. Z tych realiów rodzinnych kształtuje się osobowość Hanny Chrzanowskiej, która potrafiła skupić pełną uwagę na drugim człowieku i odpowiadać na jego potrzeby, z troską, uwagą, niewymowną empatią i zaangażowaniem. Nie bez znaczenia są konteksty domowego życia rodzinnego. Jej ojciec, człowiek egzystujący pośród dokonań literatury miał ten przywilej, by obcować z wysokimi wartościami humanistycznymi. Służba Chrzanowskiej, choć medyczna, przypomina o potrzebie ducha humanizmu w opiece nad pacjentem.

W Krakowie Hanna Chrzanowska uczy się prywatnie, później w Gimnazjum Sióstr Urszulanek. Ukończyła je z odznaczeniem w 1920 roku [1]. To kolejny fakt wysokiego znaczenia. Przyjęła kształcenie w środowisku chrześcijańskim, musiała się w nie angażować i przejmować jego wartości, skoro jej efekty pracy intelektualnej na tym etapie zakończyły się wyróżniająco.

Po maturze Chrzanowska ukończyła krótki kurs pielęgniarstwie. Miała konkretny cel. Chciała nieść pomoc ofiarom wojny polsko-bolszewickiej [1]. Na tym wczesnym etapie zaznacza się, że wiedziała, co jest dla niej ważne, czemu chce się poświęcić. By to uczynić na tym etapie, to musiała być pasja, ale wynikająca z głębszej postawy, miłości do wartości humanitarnych, oddania innym, tego, co ma się najlepsze. Przecież doskonaliła się, a podstawą jej fachu, który rozwinął się potem mistrzowsko – była uwaga i troska wobec ludzi potrzebujących. Bez tych cech i takiej postawy nie można rozwinąć się w tym zawodzie. Takie jest moje przekonanie, że nie można osiągnąć szczytu rozwoju w zawodzie pielęgniarstwie, jeśli człowiek nie rozwija się zarazem po prostu jako człowiek. Nie trzeba złożonych analiz

i obszernej wiedzy, aby to zauważyć. Nie tylko wiedza, umiejętności, ale i empatia są tu kluczowe.

Ciekawe zdarzenia dzieją się 1920 roku, bo Chrzanowska jest dalej bardzo aktywna. Podejmuje studia polonistyczne. To pokazuje, że miała otwarty umysł na literaturę, wartości humanistyczne i bardzo je ceniła, skoro była w stanie podjąć studia z tego obszaru, a w jej życiu nie było przypadku, tylko postawa Chrzanowskiej odznaczała się odpowiedzialnością i zaangażowaniem w to, co robiła. Taki też miała przykład z domu rodzinnego. Nie kalkulacje, a pasja, przekonanie do zawodu kierowały jej bliskimi i wyznaczały jakość ich służby innym.

Przełomem jest odbiór informacji, że powstała Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa. Chrzanowska odpowiada na to, przerywa swoje studia. Wie już, że na pewno chce się zaangażować w pielęgniarstwo, doświadczyła warunków do najlepszego dla siebie wyboru. Jest to wybór, który obejmuje jej pełne poświęcenie. To jest ten moment szczególny, decyzja życia Chrzanowskiej. Ona wyznaczyła cały dalszy bieg jej życia.

1924 rok także jest piękny w życiu Chrzanowskiej. Wyjechała na stypendium do Francji i Belgii. Pogłębia tam swoją wiedzę, głównie w zakresie pielęgniarstwa społecznego [1]. To bardzo ważny kierunek. Można uznać, że niezbędny. Przecież jej praca odznaczała się charakterem społecznym, to było pielęgniarstwo oparte na głębi rozumienia istoty ludzkiej.

ROZKWITAJĄCY ŻYCIORYS OPARTY NA OFIARNEJ SŁUŻBIE PONAD SIEBIE

W latach 1926-1929 Chrzanowska pracuje jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. Od roku 1929 do 1939 redaguje miesięcznik „Pielęgniarka Polska”. To pierwsze w Polsce czasopismo zawodowe, skierowane do pielęgniarek. Mieszka wówczas w Warszawie. Publikuje liczne prace z dziedziny pielęgniarstwa. Co więcej, podejmuje udane próby twórczości literackiej. Uczestniczy w pracach Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Czynnie angażuje się w przygotowanie uchwalonej przez Sejm w 1935 r. „Ustawy o pielęgniarstwie”. Jest ona uznawana za jedną z najlepszych w świecie. Reguluje zawodowy status pielęgniarek. Obowiązywała w Polsce prawie do końca XX wieku. Do tego Chrzanowska w znacznym stopniu przyczynia się do powołania w 1937 r. Katolickiego Związku Pielęgniarek Polskich [1].

Z powyższego opisu wyłania się postać wyraźnie wybitna. Niemniej jej życie na tym etapie pokazuje już, że ten człowiek tylko może jeszcze bardziej pójść w służbę drugiemu

człowiekowi, że w tym się odnalazł i sam realizuje. Można uznać, że Chrzanowska szybko mocno ugruntowała się w swojej misji i zaczęła ją realizować na bardzo wysokim poziomie, który nie mógł nie być dostrzegalny.

PRYWATNE CIERPIENIA HANNY CHRZANOWSKIEJ

II wojna światowa jest bolesnym doświadczeniem dla Hanny Chrzanowskiej. 2.10.1939 r. w bombardowanej Warszawie umiera jej ciotka, Zofia Szlenkierówna. Należy dodać, że darzyła ją wielką miłością. 6.10.1939 r. w ramach Sonderaktion Krakau zostaje aresztowany jej ojciec. Wywieziono go z innymi profesorami do obozu koncentracyjnego w Sachsenhausen. Tam niedługo umiera (19.01.1940 r.). Wiosną 1940 r. w Katyniu sowieci zamordowali jej jedynego brata, Bohdana [1]. Zdarzenia dzieją się szybko. Są na tyle drastyczne i traumatyczne, że mogły być punktem zwrotnym w karierze Chrzanowskiej. Mogła się złamać, czy zmienić swój etos pracy, na mniej zaangażowany i oparty na wartościach.

Mimo dziejących się wydarzeń Chrzanowska nie traci siły duchowej i nie skupia się na sobie, wykracza poza własne cierpienia. Na początku wojny wróciła do Krakowa. Zgłosiła się jako ochotniczka do pracy w Polskim Komitecie Opiekuńczym. Swoje siły poświęcała pomagając uchodźcom, przesiedlonym, więźniom [1]. Na tym etapie jej cierpienia już łączą się z cierpieniami pacjentów. Sama jest bowiem, jak wskazano, mocno naznaczana przez zdarzenia wojenne, ale jest dalej aktywna i mocno czynna wobec potrzebujących. Szczególną troską obejmowała sierotki żydowskie. Poszukiwała dla nich rodzin zastępczych oraz bezpiecznych miejsc pobytu. Prowadziła kolonie letnie i dożywianie. Na tym etapie nie tylko pracuje niezwykle ofiarnie, ale naraża własne zdrowie i życie.

HANNA CHRZANOWSKA I ŻYDOWSKIE DZIECI, CZYLI MISJA WIĘKSZA NIŻ WŁASNE ŻYCIE (Z WYBORU)

Ten podrozdział będzie wyszczególnieniem etapu życiorysu Chrzanowskiej, na który składa się ofiarność wobec dzieci żydowskich. Ich los jest przejmująco trudny. Ludność żydowska, skazana przez hitlerowców na eksterminację – usiłuje przetrwać oczywiście, aktywnie zмага się. Ginąc – są wśród niej usilne próby ratowania swoich dzieci i nie tylko wśród niej. Hanna Chrzanowska widzi to wszystko i odpowiada.

Jako pielęgniarka nie mogła nie zainteresować się losem dzieci, które z konieczności zostają same, porzucone. Mogły zostać przyjęte tylko przez ludzi, jacy działali aktywnie i mieli taką odwagę, jakieś możliwości.

**Hanny Chrzanowskiej standard pracy pielęgniarstwa wykuty w warunkach szczególnych
(konteksty rodzinne i edukacyjne) i nadzwyczajnych (II wojny światowej).
Osobiste wybory, wartości i przekonania oraz cierpienia w służbie pielęgniarstwa
i dojrzeniu do niej**

Chrzanowska wykorzystywała je w pełni. Nie tylko dawała schronienie, troszczyła się, by dzieci żydowskie miały dobrą opiekę i nie jedynie wyżywienie, ale i wypoczynek.

Ze swoim starannym przygotowaniem do zawodu musiała mieć w tym na uwadze nie tylko chwile bieżące, podstawowe wymogi, przetrwanie. Widzieć musiała już dalej przyszłość tych dzieci, chronić przed skutkami niedożywienia, nieodpowiadania na potrzeby emocjonalne, psychiczne czy organizując wypoczynek w tak trudnych warunkach i dożywianie – dbała o zdrowie tych dzieci, nie tylko fizyczne.

Rozumiała wagę zranień psychicznych, traum. Wypoczynek w tych czasach musiał służyć oderwaniu od dziejącego się horroru, był ratowaniem psychiki najbardziej delikatnych, dzieci. Czyli praca Chrzanowskiej odznaczała się holistycznym podejściem, staranną etyką zawodową, najlepszą pomocą, wedle potrzeb dzieci, niezależnie od warunków. Te dzieci miały ocaleć, a potem dobrze żyć. Więc trzeba było zapewnić im warunki do rozwoju, godne i pełniejsze.

Kolejna sprawa, wyróżniając się tak, odpowiadając na potrzeby dzieci pełniej, Chrzanowska musiała korzystać z różnych kontaktów, organizować pomoc. Przez to zwracała na siebie uwagę, a czasy wojny są zawsze niepewne. Można uznać, że wystawiła się na działania na pierwszym froncie. Tego nie można było oczekiwać, bo było narażeniem życia. Niemniej Chrzanowska dalej widziała człowieka, i czuła chęć poświęcenia się jego dobru. Wygrał duch czynnej, zaangażowanej służby, by autentycznie przekształcać los ludzi poszkodowanych (sama była, jak podkreślam, bardzo dotkliwie poszkodowana przez wojnę). Osobiście nie mogła mieć dużego wyboru, bo była człowiekiem, który pragnął wręcz być wśród ludzi i jej empatia napędzała samoczynnie jej działania.

Nie była sparaliżowana przez strach, skoro tak działała. Niemniej była człowiekiem świadomym, w jakich czasach żyje, co się dzieje i jasno opowiedziała się za tym, co dobre.

Podstawą standardu jej służby pielęgniarstwa było głębokie rozumienie dobra, ale należy zauważyć, że było to wynikiem w dużej mierze nie tylko kształcenia pielęgniarstwa, starannego, ale rozwoju życia etycznego przez zaangażowanie w życie chrześcijańskie. To więc była podstawa, która czyniła jej służbę tak wytrwałą i ofiarną, głęboką, sięgającą miłości bliźnich. Akurat Chrzanowska wzmocniła ideał swojej pracy przez życie także wartościami chrześcijańskimi. Doskonale wypełniły się w zwodzie pielęgniarstwa. U niej były motorem całej etyki pracy, która była życiowym powołaniem.

WOJNA JAKO DROGA DO CENTRUM RZECZYWISTOŚCI RELIGIJNEJ

Jako wrażliwy człowiek, Chrzanowska obserwując okrucieństwa wojny – oczywiście zmagając się osobiście. Sama szukała oparcia i wybrała, że będzie doświadczać go od Boga. Siły dawała jej modlitwa, Eucharystia. Dojrzewała duchowo i formowała się, na wzór ewangeliczny, miłości do bliźniego [1]. Ten życiorys przypomina doświadczenie Karola Wojtyły. Studia polonistyczne przerwała wojna, obserwował jak jego profesorowie są więzieni na zatracenie. I jego wojna naznaczyła cierpieniem i już porzucił marzenia o życiu artystycznym. Skierował się także do Boga, został teologiem i również wyniesiono go na ołtarze. Własne cierpienie uświęciło jakby życie Chrzanowskiej. Wykroczyła poza siebie i jej droga już była naznaczona heroizmem. Została beatyfikowana, stając się chlubą dla zawodu pielęgniarstwa. Jej przejmujące, ofiarne życie porusza nie tylko środowisko medyczne, ale ludzi różnych zawodów. Przecież łączyła się z każdym, bo każdy czasem cierpi, jest pacjentem. Chrzanowska wobec każdego realizowała najlepszy standard opieki, bo ceniła ludzkie życie, szanowała cierpienie, godność osoby ludzkiej. To też bliskie Janowi Pawłowi II, tylko te wszystkie motywy różnie rozwijały się w tych życiorysach, bez wątpienia wyjątkowych dla Polski i świata.

JAKOŚĆ PRACY MEDYCZNEJ – ZORIENTOWANIE NA ZRÓWNOWAŻONY ROZWÓJ

Chrzanowska, jak już zaakcentowano, kładła nacisk na opiekę całościową. Opowiadała się za wszechstronnym rozwojem człowieka, jego jestestwa i osobowości. Paradygmat jej pracy opierał się na trosce o człowieka [2]. Była to troska szczególna, bo bardzo głęboka, czynna, niezależnie od czasu życia, warunków, sytuacji osobistej, materialnej. To służba totalna.

Nie są przesadne ani trochę wnioski, że postać Hanny Chrzanowskiej jest szczególnym darem dla medycyny, nie tylko w Polsce. Nazwano ją „sumieniem środowiska pielęgniarstwa” (ks. kard. Franciszek Macharski). Można rozumieć owo sumienie nie ściśle nawet teologicznie, ale czysto ludzko, jako zdolność głębokiego odczuwania i kierowania się autentycznie najwyższą jakością pracy. Nie jest tu tylko mowa o wartościach służby medycznej. Chrzanowska wyszła poza to, tworząc fenomen opieki pielęgniarstwa, który jest wyróżniający na tle innych zawodów i to znacząco. Wykorzystała jego potencjał, by pokazać, jaka może być służba innym, ale można ten ideał przenosić na inne zawody. To osobista wola pielęgniarki, na ile jej praca będzie pasją, głębokim zaangażowaniem i na ile rozwinie swoją empatię względem

pacjentów i rozumienie praw wszystkich w medycynie. W zamian pielęgniarki mogą otrzymać ludzkie zaufanie, wdzięczność, uznanie¹, a nawet jak nie – swoje osobiste przeświadczenie, że zachowały się jak trzeba². Odwołujemy się więc do ludzkiej przyzwoitości i jest tak zwykła, prosta, uczciwa, aż niezwykła. Czasy bowiem są zmieniają, są też trendy przejściowe. Troska jest różnie rozumiana, a nawet pomijana. Pielęgniarka/pielęgniarski mają wybór, być wśród ludzi, jacy potrzebują szczególnej opieki, bo chorują i są cierpiący i być w pełni człowiekiem, współczującym, albo powierzchownie traktującym zawód. W rzeczywistości w tej służbie nie można być głęboko poruszonym ludzkimi zmaganiem i nie odpowiadać na nie najlepiej. Czyniąc to jednak trzeba mieć na uwadze, że spala się swoje siły i poświęca samego siebie i jest to przez to zawód szczególnej wagi.

Życie Chrzanowskiej pokazało, jak może wyglądać służba pielęgniarki w różnych czasach. Dziś są znowu czasy wojenne. Przykład polskiej pielęgniarki jest żywy, także w czasach pokoju. To nie tylko dziedzictwo dla zawodu pielęgniarstwa, ale dar nowej jakości służby pielęgniarstwa dla pacjentów, który należy upowszechniać, jakiego trzeba uczyć i starać się osobiście rozumieć. Pomaga to każdemu, aby lepiej choćby kierować swoimi działaniami, niezależnie, co się robi. Chrzanowskiej wybory były przemyślane, jej praca staranna, relacje uczciwe, zasady i wartości przejrzyste.

¹ Paradoxem tego zawodu i pięknem jest, że nie zaczyna się od nastawienia na zysk, uwagę, zaszczyty, ale to jest efektem ubocznym ofiarnej służby i ona może być taką, kiedy wykracza poza siebie, świat materialistyczny, a widzi głębiej, oczami miłości i miłosierdzia. Ten zawód ma w sobie coś teologicznego czy po prostu duchowego, nie opiera się tylko na aktach czysto fizycznych, od ciała sięga do psychiki po duszę ludzką. Wyznacza więc więzi intymne z cierpiącymi. Cierpienie samo w sobie jest doświadczeniem intymnym, w jakie wkraczają osoby zaufane, starannie przygotowane, aby odpowiedzieć na dany złożony i wymagający stan. Żeby to zrobić, trzeba znać wagę cierpienia, uniwersalną godność osoby ludzkiej. Płaszczyzna spotkania jest społeczna, ale obejmuje wszystkie wymiary ludzkiej egzystencji.

² To nie jest przesadne, choć to przesłanie z rzeczywistości II wojny światowej. Inka przed straceniem, młoda dziewczyna – miała prośbę, by przekazać babci, że zachowała się jak trzeba. Poświęciła swoje życie, ale dla Ojczyzny. W zawodzie pielęgniarstwa jest tak samo, sumienie to czucie moralności zawodu, nakazuje jak winno się zachować i człowiek z wysoko rozwiniętą etyką, własną godnością, nie może być bierny wobec misji angażowania się w ludzkie cierpienie (i to na najwyższym poziomie), jakie zawsze skłania do wykraczania poza siebie, spala siły, ale kształtuje ponad miarę. To rzeczywista przestrzeń edukacji pielęgniarstwa, stawiania się pielęgniarką/medykiem – praktyka. Ona uczy czynnej, ofiarnej, zaangażowanej służby. Taka służba powinna zawsze opierać się na zaangażowaniu i trosce, jak w życiu Chrzanowskiej. Różne są tylko style wykonywania tego zawodu, w dużej mierze zależne od charakteru i szczegółowych wartości, ich wszechstronności i głębokości. Zawód pielęgniarstwa, każdy medyczny szczególnie skłania do rozwijania głębokiego rozumienia natury istoty ludzkiej i by czynić to kompleksowo, holistycznie, co przekłada się na jakość pomocy i jej komplementarność.

OCENA POSTAWY

Życie Chrzanowskiej, jej wybory, praca były tak zwyczajne, że niezwykle, bo realizowała starannie, dokładnie to, co powinien człowiek w danym zawodzie, odpowiedzialny, jaki ma wiedzę, umiejętności, przez to możliwości reakcji na różne sytuacje. Zwyczajność jej życia opiera się na logice wartości, nawet nie chrześcijańskich, ale z cywilizacji czysto ludzkiej.

Przyzwoitość ludzka wymaga realizowania z zaangażowaniem, etyką swojej pracy, jak jest tak nastawiona na pomoc innym. Naturalnie wymaga aktywności, robienia więcej nie leży w obowiązkach. Nie można wszystkiego przewidzieć, oddać w regulaminach, kodeksach etycznych, nawet prawie. To człowiek jako istota rozumna, ukształtowana, odpowiedzialna, której dano wykształcenie winna czynnie realizować cele, do jakich się zobowiązała.

W masie sytuacji to od człowieka tylko zależy, czy odpowie, mając wiedzę, czy weźmie udział np. w pracach nad ustawą, która będzie drogą do lepszej jakości opieki, dla nas wszystkich, dla naszych rodzin i członków społeczności, całej ojczyzny i stanie się przykładem uniwersalnym. Można tego zaniechać, ale to jest rezygnacja, to jest wycofanie się z własnej przestrzeni działania, w jakiej można tworzyć nowy, głębszy wymiar opieki, co przyniesie dobro ogółowi.

Prawidłowy rozwój moralny człowieka zachęci do czynnej odpowiedzi na warunki rzeczywistości. Stąd taka jest waga edukacji, jaka nie opiera się na wybranej dyscyplinie. Pielęgniarka musi mieć wiedzę z różnych dziedzin, interdyscyplinarną, też o kulturze, bo z niej wyrasta duch człowieka. Człowiek zaś jest istotą biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową. To są ustalenia Viktora Frankla, psychiatry, który doświadczył obozu koncentracyjnego, gdzie złamano ducha humanizmu medycyny i wykorzystano ją do zysków, co działo się przez zbrodnicze eksperymenty. Pozwoliło na to obdarcie człowieka z jego godności i potraktowanie jako środek do celów niższych.

Jakby pytać lekarzy, pielęgniarów – zdarza się, że mówią otwarcie. Stawiają na pomoc pacjentom młodym, konkretnie rokującym. A co z tymi, co najbardziej potrzebują uwagi³ lub w ogóle ze starszym człowiekiem? Patrząc na młodego, ratując go, a wykluczając ludzi starszych można stwierdzić, że wobec nikogo nie jest to uczciwe. Człowiek będąc młodym i słysząc, że jego życie jest ponad życie starszej osoby może czuć, że on jako człowiek już nie

³ Często starsze osoby są najbardziej bezbronne i zdane na współpracę z nami. Musi mieć zawsze charakter podmiotowy, by nie krzywdzić.

nie znaczy⁴, nie istnieje, bo przecież starzejemy się (medycy zaś mogą czuć, że degradują swoją wrażliwość, a nie rozwijają zawodowo i jest to zagrożenie dużej wagi). Powinnością moralną każdego jest szukanie najlepszych rozwiązań. Hanna Chrzanowska widziała opiekę nad człowiekiem w warunkach domowych, przy angażowaniu pielęgniarek w wizyty i siostr zakonnych. Miała pomysły, które dziś bardzo są potrzebne, ona je przemyślała, była świetną organizatorką, także systemu edukacji dla pielęgniarstwa. Takich rozwiązań, wzorcowych, kształcenia i służby medycznej bardzo potrzeba społeczeństwu. Dziś zbliżamy się do sytuacji, że świat pełen jest starszych ludzi i będzie ich jeszcze, nas, znaczenie więcej. Czyli trzeba ich angażować w życie społeczne, tworzenie go, przez dostosowania. Przecież nie będziemy dążyć do wyludnienia ziemi i logika sumienia, zdrowego rozsądku nakazuje jednoznacznie troskę o każdego, nie ze względu na wiek, ale całościowe potrzeby i żadnych z nich nie można umniejszać, bo mają wpływ na zdrowie⁵. Człowiek zawsze jest człowiekiem i jego życie jest w każdym stanie wielką wartością, trzeba je chronić, wspierać, otaczać szacunkiem. Siła doświadczenia jest szczególnej wagi, a procesy technologiczne można świetnie wkomponować w nową rzeczywistość (starzejącego się społeczeństwa), ale potrzeba ludzi oddanych, przejętych losem innych, jak Hanna Chrzanowska, innowatorka najlepszej, ofiarnej służby medycznej.

Należy zaznaczyć, że tak naprawdę każdy podlega cierpieniu [3]. Eliminacja cierpienia to skazanie ludzkości przez siebie na zagładę. Nie chodzi o proste rozwiązania, ale o rozwój rzeczywistości ludzkiej, solidarność międzypokoleniową. Tak naprawdę człowiek cierpiący nie jest zdany na siebie, przeważnie jest ktoś wokół niego [4]. Mogą te osoby aktywnie włączyć się w opiekę, odpowiedzieć na potrzeby, przy wsparciu pielęgniarek. Hanna Chrzanowska może być inspirującym przykładem, by pójść w świat medycyny. Może to być wielkie spełnienie w życiu młodego człowieka i w każdym okresie życia. Cierpienie jest wyzwaniem, rozwija nas. Sama radość nie może być twórcza i konstruktywna. W życiu Chrzanowskiej cierpienie wyprowadziło jej egzystencję na jeszcze wyższy poziom oraz pracę. Zrodziło ogromną nadzieję dla całego systemu pielęgniarstwa, pacjentów i pokazało, jaka jest wartość, kiedy człowiek wychodzi poza swoje cierpienie, do innych, wspierając ich, mimo swojej sytuacji. Duch

⁴ Perspektywa przyszła.

⁵ Chrzanowska potrafiła zaangażować się w opiekę nad dziećmi, pełną, w warunkach wojny. Skupiła się na nich, bo autentycznie ich los był najtrudniejszy. Umiała oszacować potrzeby, głębokość krzywdy i ją łagodzić.

ofiarności ma wielką wagę dla ludzkości, nieśmiertelną. Odbija się głośnym echem nawet w pojedynczych sytuacjach, życiorysach i nadaje sensu trudnym doświadczeniom, niwelując ich tragiczne skutki.

Obecnie młodszy ludzie chcą skazywać czasami na zabicie starszych. Tylko, że kultura młodości może się odwrócić. Znowu starsze osoby przy rozwoju technologii mogą zająć pozycję centralną. Chodzi o przestrzeń dla każdego, życia i godną, wsparcie, dla wszystkich, opiekowanie się sobą, uważność na swoje potrzeby, odpowiedzialną troskę, współczucie. To takie ludzkie i nierzadko we współczesnym świecie zanikające, a przykład pracy pielęgniarek może stanowczo mówić nie takim zdarzeniom i odwracać bieg historii. Pielęgniarstwo może być lepszą twarzą ludzkości. Jednak bez wymagań wobec siebie będzie odwrotnie.

PIŚMIENNICTWO

1. Życiorys Hanny Chrzanowskiej, <https://hannachrzeznowska.pl/zyciorys/>, data pobrania 03.03.2025.
2. Kielian A. Hanna Chrzanoska wobec wyzwań etycznych Antropocenu – znaczenie postaci, <https://open.icm.edu.pl/server/api/core/bitstreams/2a6f8f57-299d-477c-aeb3-8bf274cfce42/content#page=115>, data pobrania 03.03.2025.
3. Zabielski J. Eschatologiczny wymiar ludzkiego cierpienia i śmierci. Rocznik Teologii Katolickiej, 2013; 12(2): 219-230.
4. Tylka J. Psychologiczne aspekty cierpienia w chorobie i umieraniu. Advances in Palliative Medicine, 2012; 6(1): 1-8.

OBLICZA PRZEMOCY UWARUNKOWANEJ PŁCIĄ W DOŚWIADCZENIACH KOBIECI

Halina Kulik¹, Weronika Zemła², Paulina Kulik³, Józefa Dąbek⁴

1. Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie
3. Absolwentka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
4. Katedra i Klinika Kardiologii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WPROWADZENIE

Każdego roku 25 listopada jest obchodzony na całym świecie Międzynarodowy Dzień Eliminacji Przemocy Wobec Kobiet, który proklamowało Pierwsze Forum Środowisk Kobietych Ameryki Łacińskiej i Karaibów w lipcu 1981 roku w stolicy Kolumbii, Bogocie. Data – 25 listopada wybrana została dla upamiętnienia śmierci sióstr Mirabal, zamordowanych dnia 25 listopada 1960 r. w rządzonej po dyktatorsku przez Rafaela Trujillo Molinę - Dominikanie. Od ponad ćwierćwiecza Dzień ten ma wymiar ogólnoświatowy – w 1999 roku zatwierdziło go Zgromadzenie Ogólne ONZ, inicjatywę obchodów poparła również Unia Europejska [1-3].

KRÓTKA HISTORIA SIÓSTR MIRABAL

Siostry Mirabal - Patria Mercedes Mirabal (1924-1960), Minerva Argentina Mirabal (1926-1960) oraz Antonia Maria Teresa Mirabal (1936-1960) – znane jako Las Mariposas, stały się symbolem walki z przemocą wobec kobiet.

Były mieszkankami Dominikany, pochodziły z dobrze sytuowanej i wykształconej rodziny.

Po dojściu do władzy Rafaela Leónidasa Trujillo Moliny, dyktatora rządzącego Republiką Dominikany w latach 1930-1961, rodzina Mirabal straciła pozycję i całe bogactwo. W szkole z internatem siostry nawiązały pierwsze kontakty z potomkiniami rodzin prześladowanych przez dyktatora. Szczególnie zapalczywą opozycjonistką stała się Minerva.

Ona również jako pierwsza włączyła się w walkę przeciwko reżimowi. W jej ślady poszły, wraz ze swoimi mężami, Patria i Maria Teresa [4].

Piękne, pochodzące z zamożnej rodziny młode kobiety często bywały zapraszane na przyjęcia w rezydencji dyktatora. Niestety, pewnego razu zdecydowały się opuścić nieco wcześniej bankiet, czym naraziły się na gniew i represje. Gospodarz oskarżył je o niedocenianie jego gościnności i naganne zachowanie. Z tego też powodu rodzina Mirabal została aresztowana. Fakt ten stał się punktem zwrotnym w znoszeniu cierpienia i początkiem walki siostr Mirabal i ich mężów przeciw najpotężniejszemu człowiekowi w kraju.

Znane jako Las Mariposas, czyli Motyle, siostry Mirabal stanęły na czele opozycji wobec reżimu.

Pomimo prześladowań i wielokrotnych aresztowań, podczas których były torturowane, kontynuowały swoją działalność aż do roku 1960, kiedy mężowie Patrii, Marii Teresy i Minervy zostali aresztowani przez władze reżimu. W tym też roku dyktator, chcąc pozbyć się niewygodnych działaczek nakazał ich aresztowanie. Kobiety zostały zawleczone na pole trzciny cukrowej, gdzie śmiertelnie je skatowano. Zabójcy, upewniwszy się, że odebrali życie swoim ofiarom, włożyli zwłoki do jeepa, a następnie zepchnęli auto z urwiska, chcąc upozorować wypadek.

Brutalne zabójstwo siostr Mirabal, stało się zarzewiem wielkiego zrywu narodowego przeciwko reżimowi mieszkańców Dominikany. W konsekwencji, pół roku później, podczas zamachu dyktator został zamordowany.

W 1981 roku, 21 lat po śmierci siostr Mirabal, Pierwszy Feministyczny Kongres krajów Ameryki Łacińskiej i Karaibów uczcił pamięć siostr, ustanawiając symbolicznie dzień ich mordu, dniem niezgody na przemoc wobec kobiet. Organizacja Narodów Zjednoczonych uznała rocznicę śmierci siostr Mirabal – 25 listopada, za międzynarodowy dzień walki z przemocą wobec kobiet. Symbolem tego wydarzenia stała się biała wstążka. Siostry Mirabal zostały pochowane w Aguas Buenas na sąsiedniej wyspie Portoryko.

Warto nadmienić, że historia życia siostr stała się kanwą powieści „En el tiempo de las Mariposas”, czyli „Czas Motyli”, a w 2001 roku na podstawie powieści powstał film pod tym samym tytułem, w którym jedną z siostr zagrała znana aktorka Salma Hayek. Ponadto najmłodsza z siostr, która jako jedyna ocalała, założyła i prowadzi w mieście Salcedo, muzeum poświęcone dominikańskim rewolucjonistkom [4,5].

PRZEMOC NIEJEDNO MA IMIĘ

Przemoc należy do najbardziej destrukcyjnych zjawisk społecznych. Występuje w różnorodnych formach i kontekstach – od relacji międzysobowych po międzynarodowe konflikty zbrojne. Często kojarzona jest z „gwałtem”, „brutalnością”, „okrucieństwem” bądź „przestępczością” [6]. Najczęściej wyróżnia się następujące formy przemocy: fizyczna, psychiczna, seksualna, ekonomiczna oraz zaniedbanie. Przemoc może mieć również charakter symboliczny bądź instytucjonalny [7]. Niezależnie jednak od formy, cechą charakterystyczną przemocy jest naruszenie godności i wolności drugiego człowieka.

Definicja przemocy odnosi się do szeroko pojętych negatywnych relacji pomiędzy ludźmi, które opierają się na użyciu siły fizycznej bądź przewagi psychicznej, jednych jednostek względem drugich. Sprawca utrudnia samoobronę jednostki, która jest wobec niego słabsza. Przyczyną stosowania przemocy jest występowanie wyraźnej asymetrii sił, gdzie zawsze jedna ze stron ma przewagę nad drugą - ofiara jest słabsza, a sprawca jest silniejszy [8].

Według Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, *przemoc wobec kobiet* definiowana jest jako: *naruszenie praw człowieka i formę dyskryminacji kobiet i oznacza wszelkie akty przemocy ze względu na płeć, które powodują lub mogą prowadzić do fizycznej, seksualnej, psychologicznej lub ekonomicznej szkody lub cierpienia kobiet, w tym również groźby takich aktów, przymus lub arbitralne pozbawianie wolności, zarówno w życiu publicznym, jak i prywatnym* [9].

W dokumencie zdefiniowano również kilka innych, ważnych dla omawianej problematyki pojęć, w tym:

- „przemoc domowa” - *oznacza wszelkie akty przemocy fizycznej, seksualnej, psychologicznej lub ekonomicznej zdarzające się w rodzinie lub gospodarstwie domowym, lub między byłymi, lub obecnymi małżonkami, lub partnerami, niezależnie od tego, czy sprawca i ofiara dzielą miejsce zamieszkania, czy nie;*
- „płeć społeczno-kulturowa” - *oznacza społecznie skonstruowane role, zachowania, działania i atrybuty, które dane społeczeństwo uznaje za odpowiednie dla kobiet lub mężczyzn;*
- „przemoc wobec kobiet ze względu na płeć ” - *oznacza przemoc skierowaną przeciwko kobiecie ponieważ jest kobietą lub która dotyczy kobiety w nieproporcjonalnie większym stopniu;*
- „ofiara” – *oznacza każdą osobę fizyczną, której dotyczą zachowania wymienione w punkcie a i b;*

- „kobiety” - oznacza również dziewczęta poniżej osiemnastego roku życia [9].

Warto w tym miejscu przytoczyć również definicję *przemocy domowej* zawartą w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej: *przemoc domowa – to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:*

- a) narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,*
- b) naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,*
- c) powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,*
- d) ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,*
- e) istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej [10].*

Autorzy licznych opracowań wyróżniają różne formy przemocy wobec kobiet. Podstawowa klasyfikacja przemocy obejmuje następujące jej rodzaje:

- fizyczna,
- psychiczna,
- seksualna,
- ekonomiczna,
- zaniedbanie [7].

Przemoc fizyczna jest definiowana jako forma naruszenia nietykalności fizycznej, celowego uszkodzenia ciała, zadawania fizycznego bólu lub posługiwanie się groźbą uszkodzenia ciała. Skutkiem zastosowania tej formy przemocy mogą być różnorodne typy urazów fizycznych ciała w tym: złamania kości, podbiegnięcia krwawe, rany lub okaleczenia [7].

Przemoc psychiczna, nazywana również *przemocą emocjonalną*, jest powiązana z naruszeniem godności osobistej kobiety i sprawowaniem psychologicznej kontroli nad ofiarą. Przejawia się w powtarzających się aktach poniżania i upokarzania oraz ośmieszania i manipulowania dla własnych celów, bądź wciągania w konflikty. Przejawem tej formy przemocy jest również brak właściwego wsparcia, stałe krytykowanie, domaganie się posłuszeństwa, stosowanie gróźb, wmawianie choroby psychicznej, izolacja społeczna,

kontrolowanie i zakazywanie bądź ograniczanie kontaktów z innymi, jak również ograniczanie snu i pożywienia [11]. Warto podkreślić, że przemoc psychiczna jest trudną do uchwycenia i zmierzenia formą przemocy. Często bowiem banalne dla zewnętrznego obserwatora zachowania, mogą być dotkliwym ciosem, pozostawiającym trwałą bliznę w psychice ofiary, pozbawiającym ją godności i poczucia własnej wartości [12]. W kontekście omawianego zagadnienia, w ostatnim czasie głośne stały się dwa pojęcia: „*negging*” i „*gaslighting*”.

Negging to forma manipulacji emocjonalnej, polegająca na składaniu dwuznacznych komplementów lub kokieterijnych komentarzy, celem podważenia pewności siebie i wzbudzenia w danej osobie potrzeby aprobaty manipulatora [13]. *Negging* to pozorne chwalenie, ale w sposób, który zawiera jednocześnie krytykę, bądź niedopowiedzenie: „*Naprawdę świetnie prowadzisz samochód... jak na kobietę*”, „*Taka ładna jesteś, dlaczego wciąż singielka?*” Ta świadoma manipulacja, w dłuższej perspektywie może przybrać formę przemocy emocjonalnej, a nawet wywoływać poczucie wstydu, brak zaufania do własnych opinii, napady lękowe, niestabilność emocjonalną, problemy z koncentracją a nawet zaburzenia pamięci oraz wycofanie z życia społecznego a nawet depresję i objawy somatyczne typu: bóle brzucha, nadmierna potliwość, wzrost napięcia mięśniowego [14].

Gaslighting jest również techniką manipulacji. Nazwa wywodzi się od tytułu przedwojennej sztuki Patricka Hamiltona „*Gas Light*”. Jest to dramatyczna historia przemocowego małżeństwa, w którym apodyktyczny mąż znęca się nad żoną, poprzez wmawianie jej choroby psychicznej. W spektaklu, na skutek manipulacji męża, kobieta ze sceny na scenę coraz bardziej popada w paranoję, jest niepewna siebie, ma napady lękowe i wrażenie, że traci rozum. Mąż chce jej wmówić, że jest chora, słyszy głosy i dźwięki, których nie ma i widzi rzeczy, które w rzeczywistości nie istnieją. Można by sądzić, że to tylko wytwór wyobraźni autora, niestety okazuje się, że tendencja do manipulowania pojawia się w wielu przemocowych związkach. Gaslighterem jest przeważnie osoba (częściej płci męskiej), o psychopatycznych cechach charakteru, która stopniowo chce zdominować partnera/partnerkę, ubezwłasnowolnić po to, by go/ją całkowicie podporządkować sobie i móc robić z nim/nią to, na co ma ochotę. Gaslighterzy często nadużywają substancji psychoaktywnych, mają konflikty z prawem, dopuszczają się zrad. Nie potrafią szanować swoich partnerów, ale też nie chcą od nich odejść. Jako psychopaci nie szanują nikogo, ludzie są im potrzebni tylko do zaspokajania własnych potrzeb. Ofiarami gaslighterów są zwykle osoby, które często w dzieciństwie doświadczały przemocy i dlatego nie są czujne na nienormalność tego zjawiska. Osoby które nie wierzą w siebie, mają niską samoocenę i niskie

poczucie własnej wartości. Niestety, okazuje się, że czasem nawet czujność nie pomaga. Inteligentny manipulant potrafi tak sprawnie i powoli niszczyć drugą stronę, że ta nie zdaje sobie sprawy, iż jest uwikłana w chory układ i jej wiara w siebie jest stopniowo osłabiana [7,15].

Przemoc seksualna to najogólniej każdy akt seksualny popełniony wbrew woli innej osoby, gdy osoba ta nie wyraża zgody lub gdy zgody nie może wyrazić, ponieważ jest dzieckiem, jest niepełnosprawna intelektualnie, jest poważnie odurzona lub nieprzytomna z powodu alkoholu lub narkotyków [16]. Na złożoność i wielowymiarowość przemocy seksualnej zwróciło uwagę wielu autorów. W. Jedlecka pisała, że w odniesieniu do życia seksualnego człowieka nie ma jednoznacznych i stałych norm, które określałyby co jest prawidłowością, a co nie jest. Normy są różne, ulegają stałym przemianom i uwarunkowane są różnymi czynnikami. Rozważając zagadnienie Autorka zwróciła uwagę na „kryteria normy partnerskiej i indywidualnej”, które można potraktować jako specyficzną „normę” w zachowaniach seksualnych w konkretnym związku partnerskim. Celem określenia, co dla danej pary jest normalnym zachowaniem seksualnym, należy przeanalizować następujące kryteria:

- różnica płci,
- dojrzałość,
- obustronna akceptacja aktywności seksualnej,
- obustronne dążenie do rozkoszy,
- nieszkodzenie zdrowiu,
- nieszkodzenie innym ludziom, a zatem również i społeczeństwu [7].

Przykładem tego rodzaju przemocy jest wymuszanie pożycia seksualnego przez partnera, wymuszanie nieakceptowalnych pieszczot czy praktyk seksualnych. Do tego rodzaju przemocy wobec kobiet zalicza się również zmuszanie do seksu z osobami trzecimi, brutalne formy współżycia seksualnego bez wyraźnej zgody kobiety czy krytyka zachowań seksualnych, w tym orientacji seksualnej.

Przemoc ekonomiczna jest definiowana jako używanie pieniędzy bądź innych rzeczy materialnych do spełnienia potrzeb władzy i kontroli przez sprawcę. Podporządkowanie materialne kobiety sprawia, że czuje się ona zależna od zarobków bądź zamożności sprawcy, bądź też staje się odpowiedzialna za samodzielne utrzymanie całej rodziny. Środki pieniężne materialne kobiety sprawia, że czuje się ona zależna od zarobków bądź zamożności sprawcy, bądź też staje się odpowiedzialna za samodzielne utrzymanie całej rodziny. Środki pieniężne

czy wartości materialne stają się instrumentem do budowania przewagi w rodzinie.

Zaniedbanie bywa określane mianem „ukrytej formy przemocy”. Polega na niezaspakajaniu podstawowych potrzeb danej osoby. Może dotyczyć zarówno dzieci jak i dorosłych, w szczególności osoby chore lub z niepełnosprawnościami [7].

EPIDEMIOLOGIA PRZEMOCY

W 2024 roku opublikowano wyniki unijnego badania dotyczącego przemocy ze względu na płeć, przeprowadzonego przez organizacje odpowiedzialne za oficjalne dane dotyczące praw człowiek i równości płci: Eurostat, FRA i EIGE. Warto nadmienić, że dane gromadzono w okresie od września 2020 r. do marca 2024 r.

Z dostępnych danych wynika, że:

- co trzecia kobieta w UE doświadczyła w dorosłym życiu przemocy fizycznej, przemocy seksualnej lub gróźb,
- co szósta kobieta w UE doświadczyła w dorosłym życiu przemocy seksualnej, w tym zgwałcenia,
- dla wielu kobiet dom nie zawsze jest bezpiecznym miejscem – co piąta kobieta doświadczyła przemocy fizycznej lub seksualnej ze strony partnera, krewnego lub innego członka gospodarstwa domowego,
- co trzecia kobieta była molestowana seksualnie w pracy. Młodsze kobiety częściej zgłaszały molestowanie seksualne w miejscu pracy, przy czym zjawiska tego doświadczyły dwie na pięć kobiet.
- pomimo, że większość kobiet, które doświadczyły przemocy, rozmawiała na ten temat z bliską osobą, jedynie co piąta kobieta skontaktowała się z przedstawicielami opieki zdrowotnej lub usług socjalnych, a tylko co ósma zgłosiła ten fakt policji [17].

Według opublikowanego w październiku 2024 roku Raportu Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) - 370 mln dziewcząt na całym świecie padło ofiara gwałtu lub innych form przemocy seksualnej [18].

Z danych Centrum Praw Kobiet wynika, że co 40 sekund jakaś kobieta w Polsce doświadcza przemocy. Prawie co piąta (19%) doświadcza lub doświadczała przemocy od obecnego lub byłego partnera. W większości przypadków przemocy doświadczają również dzieci. Ponad 400 kobiet rocznie umiera w Polsce w wyniku przemocy – jedne giną z rąk swoich oprawców, inne popełniają samobójstwo [19].

CEL

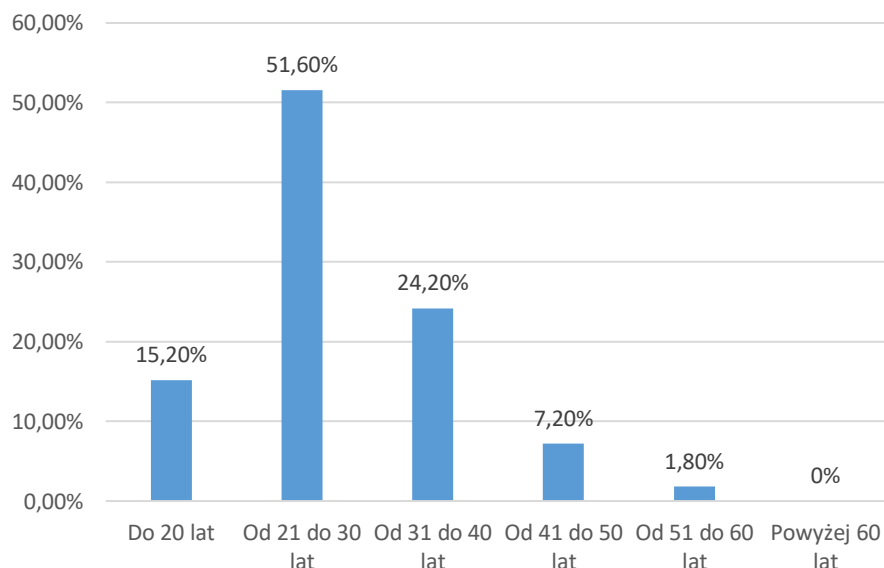
Celem głównym przeprowadzonych badań było rozpoznanie i ocena stopnia doświadczania przez kobiety przemocy uwarunkowanej płcią.

METODA

W badaniu zastosowano metodę sondażową i technikę badań ankietowych. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 28 pytań dotyczących tematu zasadniczego oraz 5 pytań o niektóre cechy społeczno-demograficznych badanych kobiet. W badaniu zastosowano metodę „kuli śnieżnej”. Nieliczną początkowo grupę kobiet, które wyraziły zgodę na udział w badaniu, poproszono, aby poleciły swoje przyjaciółki i znajome, które również zostały włączone do badania. Badaniem objęto łącznie 500 kobiet (100%). Prezentowany materiał jest częścią projektu badań na temat dyskryminowania i przemocy uwarunkowanych płcią.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY KOBIET

Spośród ogółu objętych badaniem kobiet większość stanowiły osoby młode do 30 roku życia – 334 osoby (66,80%). Szczegółowy rozkład danych dotyczących wieku ankietowanych zaprezentowano na Rycinie 1.



Rycina 1. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem wieku.

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem średnim – 241 (48,2%), a drugą co do liczebności – z wykształceniem wyższym (178; 35,6%). Większość badanych kobiet zamieszkiwała miasta liczące do 50 tysięcy mieszkańców – 305 (61%). Natomiast najmniej liczną grupą były mieszkanki wsi – 62 (12,4%).

Pod względem stanu cywilnego najwięcej było panien – 308 (61,6%), natomiast najmniej wdów – 18 (3,6%). Główne źródło utrzymania dla najliczniejszej grupy badanych stanowiło wynagrodzenie z tytułu stałego zatrudnienia – 375 (71,4%). Zasiłki jako źródło utrzymania wskazały jedynie 2 kobiety (0,4%). Ponadto 36 uczestniczek badania (7,2%) przyznało, że nie posiadają żadnego stałego źródła dochodu.

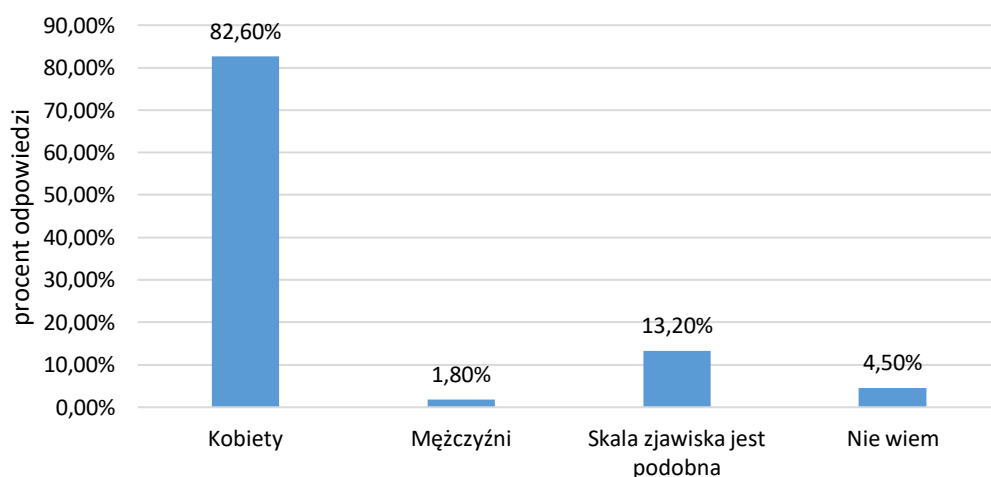
WYNIKI

Doświadczenie przemocy

Większość badanych (413; 82,6%) uważała, że to kobiety najczęściej doświadczają przemocy [Rycina 2].

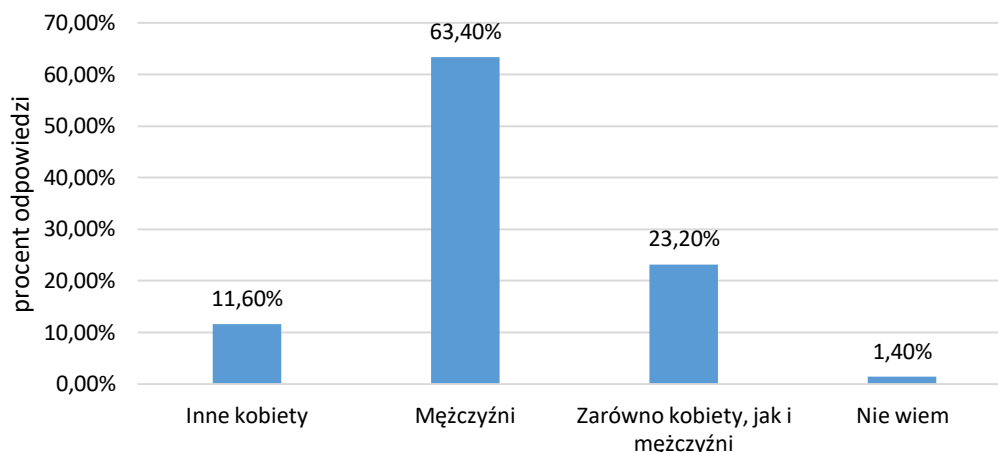
Ponad połowa ankietowanych kobiet – 317 (63,4%) uważała, że mężczyźni częściej są sprawcami przemocy wobec kobiet [Rycina 3].

W opinii prawie połowy badanych skala zjawiska przemocy wobec kobiet w Polsce jest *średnia* – 235 (47%), a dla 162 (32,4%) - *bardzo duża*. Jedna piąta badanych uważała, że skala przemocy jest *mała*, bądź, że *rzadko dochodzi do przemocy* [Rycina 4].

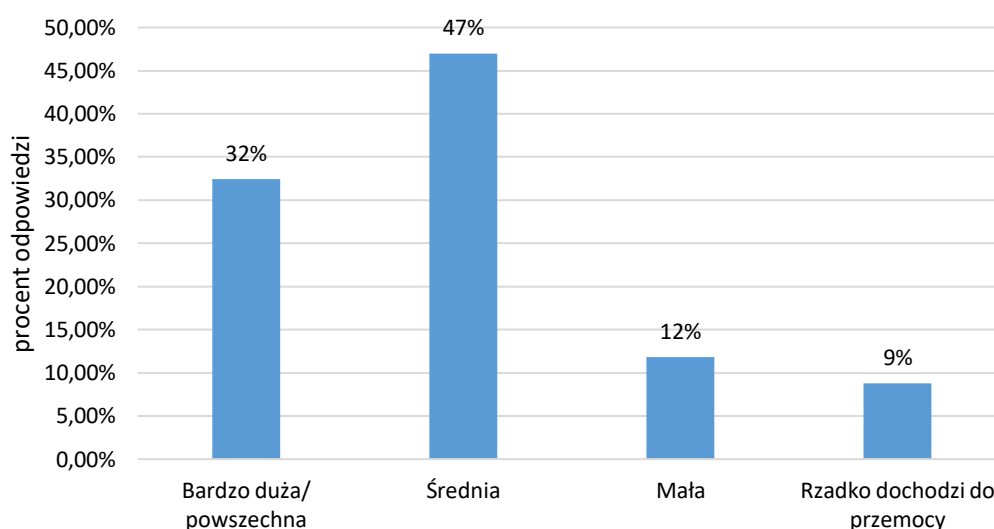


Rycina 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Kto Pani zdaniem częściej doświadcza przemocy?*

Oblicza przemocy uwarunkowanej płcią w doświadczeniach kobiet



Rycina 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Kto Pani zdaniem częściej jest sprawcą przemocy?*



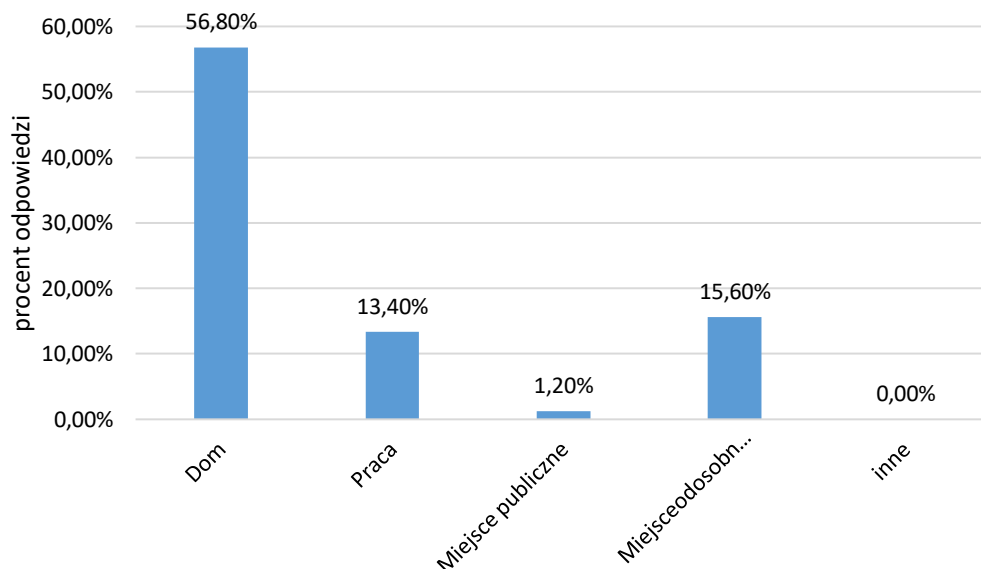
Rycina 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Jak ocenia Pani skalę zjawiska przemocy wobec kobiet w Polsce?*

Dom (284; 56,8%) i miejsca odosobnione (78; 15,65%) wskazywane były jako te, gdzie kobiety najczęściej doświadczają przemocy [Rycina 5].

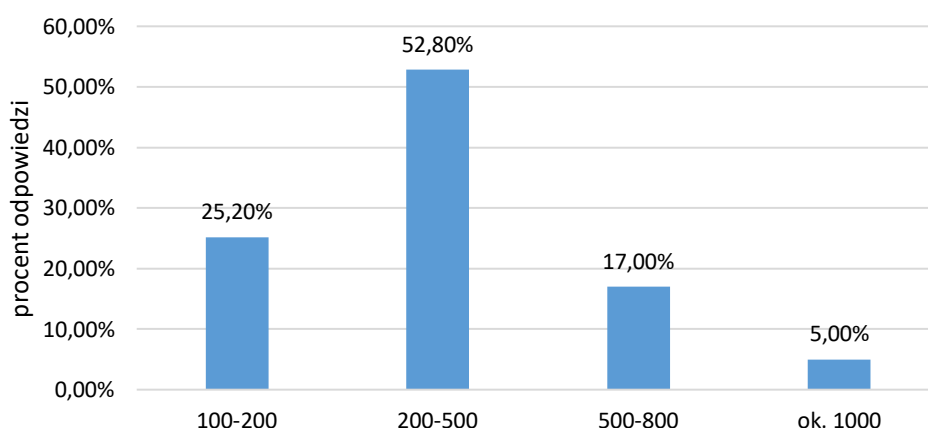
Ponad połowa ankietowanych kobiet – 264 (52,8%) zaznaczyła, że w Polsce w ciągu roku, w wyniku doznanej przemocy, umiera od 200 do 500 kobiet [Rycina 6].

Zdecydowana większość respondentek – 449 (89,90%) знаła kobietę, która doświadczyła lub doświadcza przemocy, a ponad połowa objętych badaniem – 275 (55%) doświadczyła lub doświadcza w swoim życiu przemocy.

Oblicza przemocy uwarunkowanej płcią w doświadczeniach kobiet



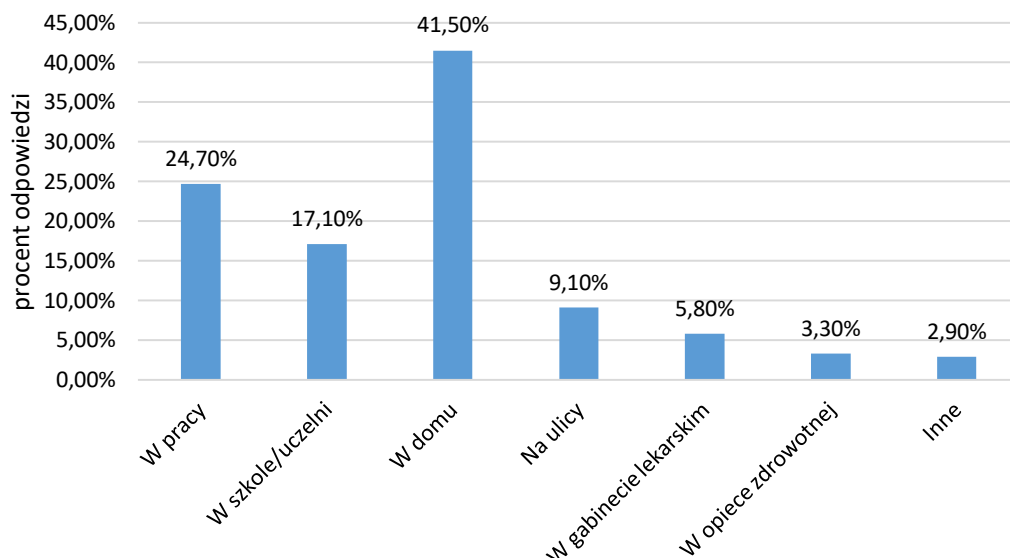
Rycina 5. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Gdzie Pani zdaniem kobiety najczęściej doświadczają przemocy?*



Rycina 6. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Ile kobiet Pani zdaniem umiera w Polsce w ciągu roku w wyniku doznanej przemocy?*

Dla większości ankietowanych dom był miejscem, w którym doświadczały przemocy (114; 41,5%), a w następnej kolejności miejsce pracy (47; 17,1%) [Rycina 7]. Warto podkreślić, że dla 16 respondentek (5,8%) gabinet lekarski okazał się miejscem niebezpiecznym, a 9 (3,3%) ankietowanych wskazało na „inne miejsca świadczenia usług zdrowotnych”, w których doświadczyły przemocy.

Oblicza przemocy uwarunkowanej płcią w doświadczeniach kobiet



Rycina 7. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Gdzie doświadczyła/doświadcza Pani przemocy?*

Większość badanych kobiet, które doświadczały przemocy zaznaczyły, że doświadczyły/doświadcza ją *niezbyt często* – 181 (65,8%). Co piąta badana doświadczała przemocy *często* (67; 24,4%). Według prawie połowy ankietowanych sprawcami przemocy wobec nich były zarówno inne kobiety jak i mężczyźni (136; 49,5%). W opinii 94 badanych (34,2%) byli to tylko mężczyźni, natomiast 45 respondentek (16,4%) zaznaczyło, że sprawczyniami przemocy były inne kobiety.

Badane kobiety doświadczały różnych form przemocy. Najczęstszym rodzajem doświadczanej przemocy fizycznej było szarpanie i popychanie – 48 (17,5%) oraz bicie otwartą dłonią – 24 (8,7%). Szczegółowy rozkład danych dotyczących doświadczanej przemocy fizycznej zaprezentowano na Rycinie 8.

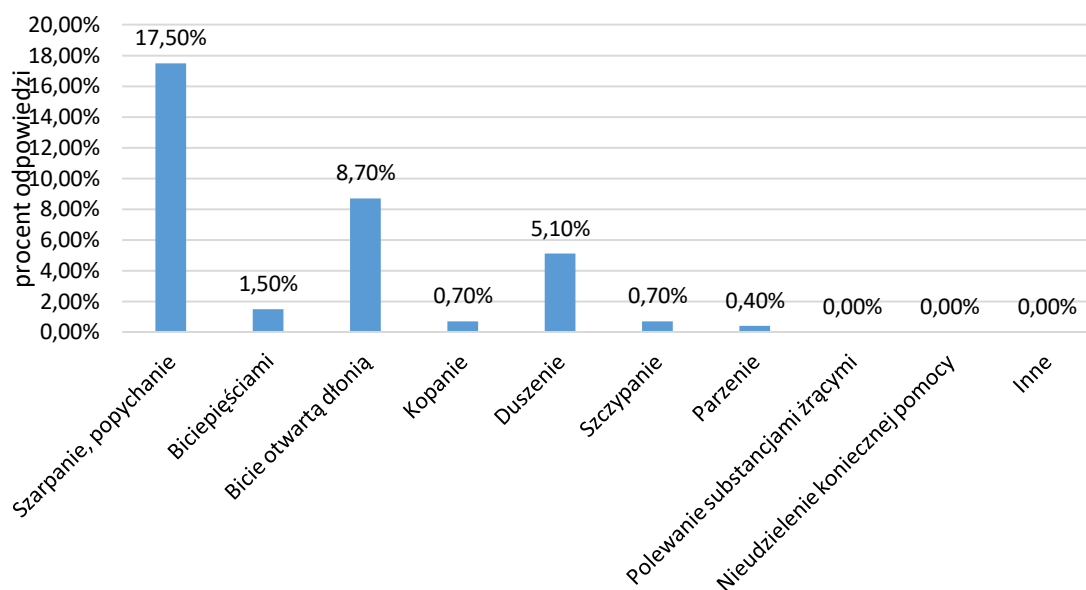
Najczęstszym rodzajem doświadczanej przemocy psychicznej było krytykowanie (107; 38,9%) oraz wyzywanie, osądzanie i ocenianie (91; 33,1%) [Rycina 9].

Obmacywanie (74; 26,9%) i wymuszanie współżycia (47; 17,1%) należały do najczęściej doświadczanych form przemocy seksualnej [Rycina 10].

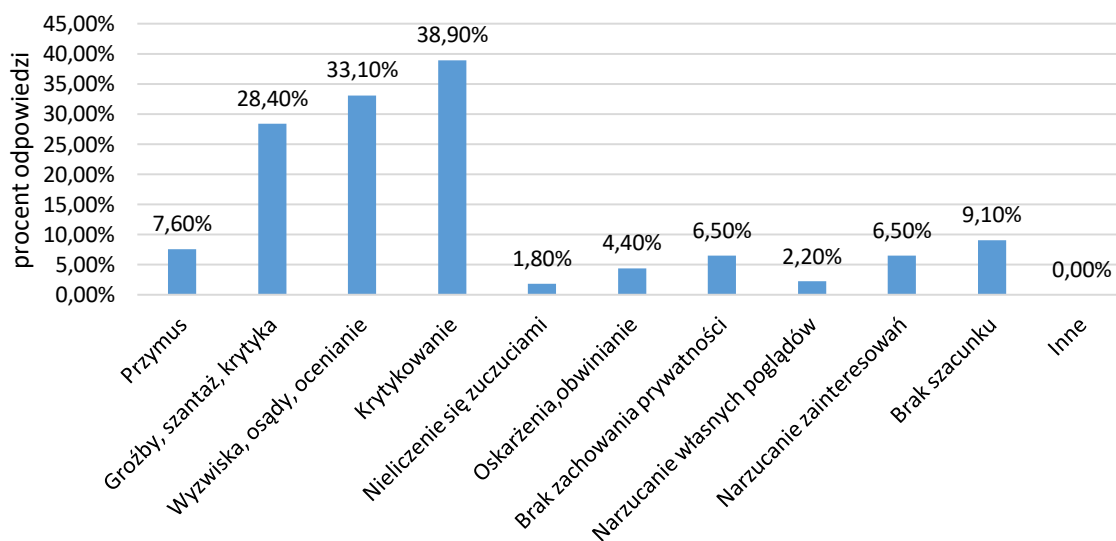
Przemoc ekonomiczna przejawiała się w przeglądaniu dokumentów, korespondencji, dysponowaniu własnością (32; 11,6%), bądź w zabieraniu pieniędzy (27; 9,8%) [Rycina 11].

Zaniedbywanie jako forma przemocy wobec kobiet okazało się bardziej złożonym problemem, wymaga szczegółowej analizy i zostanie zaprezentowane w osobnym opracowaniu.

Oblicza przemocy uwarunkowanej płcią w doświadczeniach kobiet

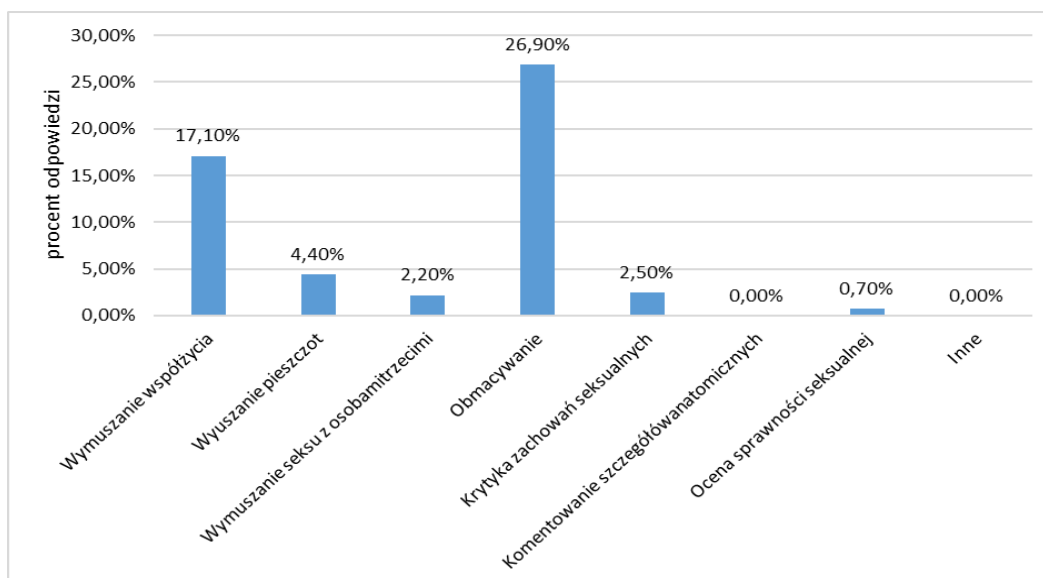


Rycina 8. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem doświadczanych form przemocy fizycznej.

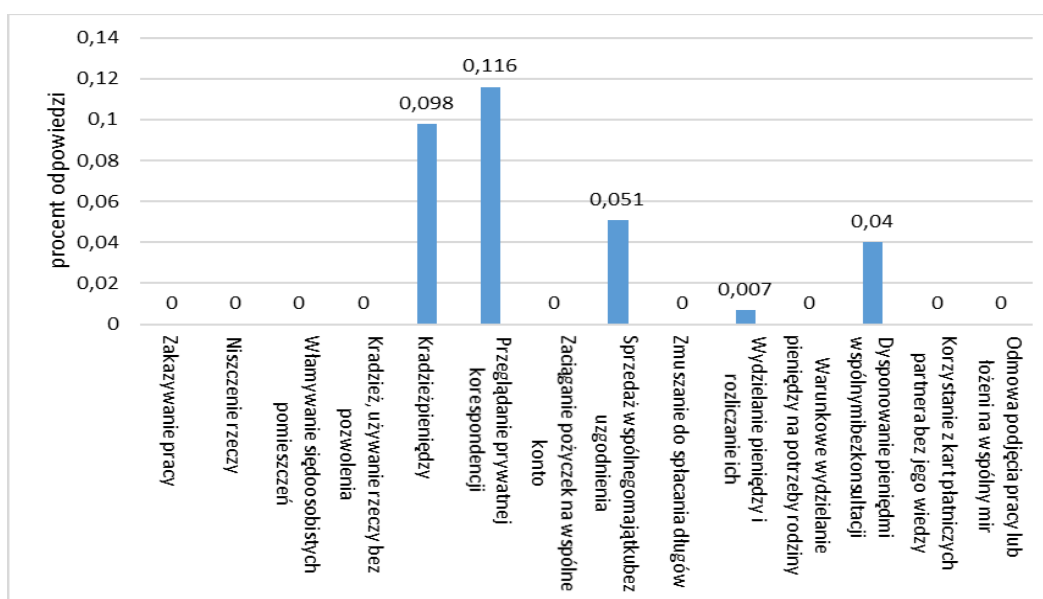


Rycina 9. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem doświadczanych form przemocy psychicznej.

Oblicza przemocy uwarunkowanej płcią w doświadczeniach kobiet



Rycina 10. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem doświadczanych form przemocy seksualnej.



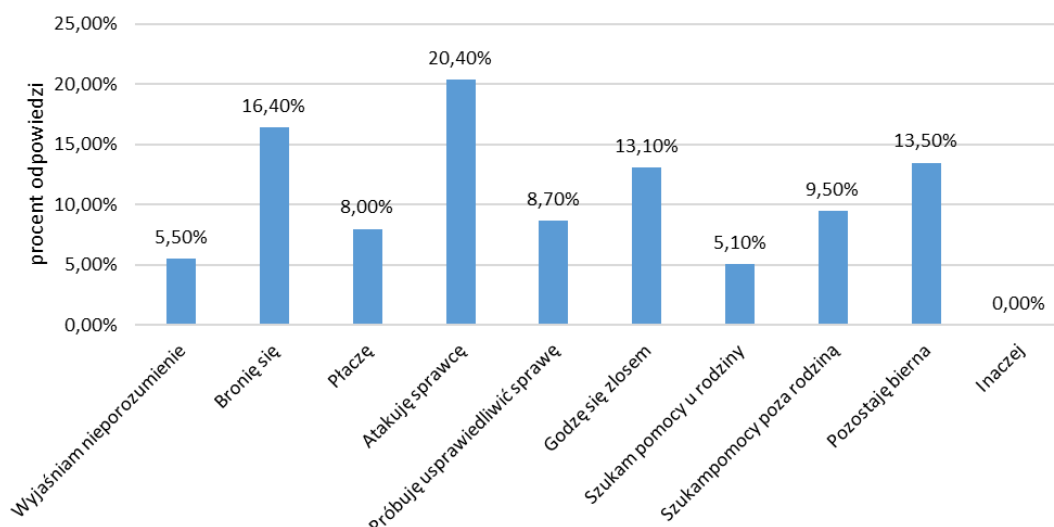
Rycina 11. Charakterystyka badanych z uwzględnieniem doświadczanej przemocy ekonomicznej.

REAKCJE NA PRZEMOC

Reakcje badanych na przemoc były różne. Dane w tym zakresie zaprezentowano na Rycinie 12.

Bardzo optymistyczny wydaje się fakt, że aż 407 (81,4%) ankietowanych kobiet, które doświadczyły przemocy, zaznaczyły, że zgłosiły ten fakt organom ścigania. Pozostała część ankietowanych kobiet nie zgłosiła tego faktu, a wśród przyczyn podały: obawę przed

konsekwencjami (27; 5,4%), poczucie wstydu (48; 9,6%) oraz brak wiary w skuteczność interwencji (18; 3,6%).



Rycina 12. Rozkład odpowiedzi na pytanie: *Jak zareagowała lub jak najczęściej reaguje Pani na przemoc?*

Wprawdzie dwie trzecie badanych - 387 (77,4%) zaznaczyło, że wie gdzie osoba doświadczająca przemocy może zgłosić fakt doznawanej przemocy, to jednak niepokojącym jest fakt, że prawie co piąta badana (113; 22,6%) nie posiadała wiedzy na ten temat.

Większość badanych (442; 88,4%) zadeklarowała, że zna instytucje pomagające kobietom doświadczającym przemocy. Najwięcej z nich wskazało na Policję (198; 39,6%) oraz na Ośrodek Pomocy Społecznej – (116; 23,20%).

DYSKUSJA

Przemoc wobec kobiet uznana została za problem społeczny [20-22]. Jest oczywistym naruszeniem praw człowieka i zagrożeniem dla zdrowia we wszystkich jego wymiarach. Rozprzestrzenia się na całym świecie w sposób podobny do pandemii choroby zakaźnej. Dotyka wielu osób i pociąga za sobą poważne negatywne skutki nie tylko dla jednostek doświadczających przemocy, ale również dla całych społeczeństw.

Autorzy Ogólnopolskiej diagnozy zjawiska przemocy w rodzinie podkreślali, że przemoc jest zjawiskiem wszechobecnym, a w środowisku rodzinnym jest szczególnie bolesna i groźna. Cierpienie związane z przemocą i jego skutki dotyczą nie tylko osobistych doświadczeń osób pokrzywdzonych przemocą, ale także najbliższego otoczenia, a w szczególności

dzieci, które „*będąc choćby tylko świadkami przemocy bardzo to przeżywają i nie jest to obojętne w ich dalszym dorosłym życiu*” [23].

Podobnie jak pandemia choroby zakaźnej, przemoc wymaga działań edukacyjnych, zapobiegawczych i terapeutycznych, aby zahamować jej rozprzestrzenianie się i zminimalizować szkody.

Z przeprowadzonego badania wynikało, że przemoc jest zjawiskiem bardzo powszechnym - prawie 90% ankietowanych kobiet zna kobietę, która doświadczała lub doświadcza przemocy, a ponad połowa (55%) sama doświadczyła lub doświadcza przemocy.

Z sondażu Centrum Badania Opinii Społecznej wynika, że więcej niż co piąty badany (22%) zna osobiście lub z widzenia kobiety bite przez mężów/partnerów. W porównaniu z wynikami sprzed siedmiu lat odnotowano spadek odsetka ankietowanych deklarujących znajomość ofiar przemocy domowej, a uzyskane w 2019 roku rezultaty wpisują się w dłuższy trend poprawy. Okazało się jednak, że kobiety nieco częściej niż mężczyźni dostrzegają w swoim otoczeniu kobiety doświadczające przemocy ze strony mężów. Co czwarta respondentka deklarowała, że zna co najmniej jedną kobietę bitą przez męża.

Co dziesiąty badany, który kiedykolwiek był w stałym związku, doświadczył agresji ze strony partnera – najczęściej były to pojedyncze zdarzenia. Warto podkreślić, że od 17 lat, od kiedy prowadzona jest obserwacja zjawiska przemocy, odsetek osób deklarujących, że doświadczyli przemocy ze strony partnera, kształtuje się na względnie stabilnym poziomie.

Warto podkreślić, że kobiety częściej deklarowały, że były bite przez partnerów niż mężczyźni (12% wobec 8%), częściej też przyznawały, że tak sytuacja miała miejsce wielokrotnie (6% wobec 1%) [24].

W prezentowanym badaniu ponad 60% kobiet objętych badaniem wskazało, że to właśnie kobiety najczęściej doświadczają przemocy w rodzinie. Fakt ten corocznie znajduje potwierdzenie w danych statystycznych Komendy Głównej Policji dotyczących przemocy domowej [25]. Warto podkreślić, że przemoc w relacjach intymnych należy do najbardziej rozpowszechnionych form przemocy. Z danych WHO wynika, że jedna na trzy kobiety, w pewnym momencie swojego życia doświadczyły różnych form przemocy [26].

Przemoc może przybierać różne formy, a doświadczanie jej pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji. M. Dąbkowska ustaliła, że od 10-50% kobiet doświadczyło fizycznego znęcania się ze strony partnera [27]. Znacznie bardziej dotkliwe i niszczące są jednak skutki psychiczne doświadczanej przemocy. W opinii wielu autorów jedną z możliwych negatywnych konsekwencji doświadczanej przemocy są objawy zespołu stresu pourazowego

(PTSD, *posttraumatic stress disorder*), których doświadcza nawet 90% kobiet narażonych na traumatyczne sytuacje przemocowe [27,28].

Warto jeszcze raz wspomnieć o zaniedbywaniu. Jest to mniej oczywista, ale równie destrukcyjna forma przemocy, która polega na systematycznym niewypełnianiu obowiązków wobec danej osoby, niezaspokajaniu jej potrzeb. Pomimo, że częściej rozważana jest w kontekście zaniedbań w opiece nad dziećmi, może dotyczyć również osób dorosłych [29,30].

Zaniedbywanie to inaczej brak troski, wsparcia, zaspokojenia podstawowych potrzeb, podstawowej opieki w sytuacji choroby czy niepełnosprawności, jak również brak reakcji na doznawaną od innych osób przemoc.

Ch. Regina zwrócił uwagę na fakt, że *„kobiety mogą występować w podwójnej roli: jako ofiary i sprawczynie przemocy. Statystyki dowodzą jednak, że kobiety rzadziej niż mężczyźni sięgają po przemoc. Nie oznacza to jednak, że kobiety w ogóle nie stosują przemocy”* [31].

S. Kubas, analizując orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka zaobserwowała, że akty przemocy wobec kobiet mogą przybierać różne formy. Mogą być skierowane w ich życie rodzinne, mogą godzić w ich seksualność, a wreszcie mogą mieć charakter tortur, bądź ograniczania praw obywatelskich. Mogą również dotyczyć potencjalnej przemocy, jakiej kobieta może doznać. W opinii autorki orzeczenia Trybunału odgrywają w tym zakresie istotną rolę, ponieważ wskazują, jakiego typu naruszeń dopuściły się państwa-strony, a ponadto określają, jakie działania muszą być podjęte, aby w przyszłości uniknąć tego typu nadużyć [32].

Przemoc wobec kobiet nie jest stereotypem, tylko faktem, wpisującym się w każde społeczeństwo. Nie ma przy tym czegoś takiego jak uzasadniona przemoc. Podkreślić należy, że przemoc wobec kobiet jest formą dyskryminacji i stanowi zagrożenie dla podstawowych praw i wolności człowieka, w tym prawa do życia i zdrowia oraz prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego [32].

Wprawdzie o przemocy wobec kobiet mówi się coraz więcej, to jednak cały czas za mało. Jak wynika z przedstawionych w prezentowanej pracy badań, z przemocą zmagają się zbyt wiele kobiet.

Podczas ubiegłorocznych obchodów Międzynarodowego Dnia Eliminacji Przemocy Wobec Kobiet i Dziewcząt Sekretarz Generalny Organizacji Narodów Zjednoczonych, António Guterres, skierował przesłanie w którym podkreślał, że *„epidemia przemocy wobec kobiet i dziewcząt zawstydza ludzkość”* [33]. Szczególną uwagę zwrócił na niepokojący wzrost skali przemocy wobec kobiet i dziewcząt. Z przedstawionych danych wynikało, że *„każdego dnia*

średnio 140 kobiet i dziewcząt jest zabijanych przez kogoś z własnej rodziny. Około jedna na trzy kobiety nadal doświadcza przemocy fizycznej lub seksualnej. Żaden kraj ani społeczność nie pozostaje wolna od tego problemu. A sytuacja się pogarsza”.

Zwrócił uwagę na przyczyny pogłębiających się nierówności społecznych – konflikty zbrojne, zmiany klimatu i głód. *„Przerażająca przemoc seksualna jest wykorzystywana jako broń wojenna. Kobiety i dziewczęta zmagają się z mizoginią w Internecie. Sytuację pogarsza rosnący sprzeciw wobec praw kobiet i dziewcząt. Zbyt często ochrona prawna jest wycofywana, prawa człowieka są deptane, a obrońcy praw człowieka są zastraszani, nękan i zabijani za zabieranie głosu” [33].*

Zaapelował do rządów wszystkich krajów, aby dołożyły sił w celu położenia kresu plądze przemocy wobec kobiet i dziewcząt na całym świecie. *„Świat musi odpowiedzieć na to wezwanie. Potrzebujemy pilnych działań na rzecz sprawiedliwości i odpowiedzialności oraz wsparcia dla rzecznictwa”.*

„Mija prawie trzydzieści lat od czasu, gdy Deklaracja Pekińska i Platforma Działania obiecały zapobiegać i eliminować przemoc wobec kobiet i dziewcząt - nadszedł czas, aby je zrealizować” [33].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania sformułowano następujące wnioski:

1. Większość ankietowanych kobiet знаła kobietę doświadczającą przemocy, a ponad połowa doświadczyła lub doświadcza przemocy.
2. Do doświadczanych przez objęte badaniem kobiety aktów przemocy, dochodziło najczęściej w domu i w miejscu pracy.
3. Ankietowane kobiety doświadczały różnych form przemocy: fizycznej, psychicznej, ekonomicznej oraz seksualnej.
4. Kobiety coraz chętniej zgłaszają akty przemocy organom ścigania.
5. Ze względu na wysoką skalę występowania przemocy w Polsce konieczne jest podjęcie działań edukacyjnych i profilaktycznych.

Dyskryminacja i przemoc to problemy całego społeczeństwa i wszyscy, bez względu na to czy doświadczają tych zjawisk osobiście czy są ich świadkami, powinni im aktywnie przeciwdziałać. Żaden człowiek nie powinien być dyskryminowany, ani doznawać aktów przemocy, bez względu na jakąkolwiek cechę. Żaden człowiek nie może być obojętny wobec przemocy.

PIŚMIENNICTWO

1. Zgromadzenie Ogólne ONZ. Resolution adopted by the General Assembly 48/104. Declaration on the Elimination of Violence against Women. United Nations, A/RES/48/104. 1993. <http://www.un-documents.net/a48r104.htm>, data pobrania: 3.07.2025.
2. Zgromadzenie Ogólne ONZ. Deklaracja o eliminacji przemocy wobec kobiet. https://web.archive.org/web/20190306044436/https://rownosc.info/media/uploads/deklaracja_o_eliminacji_przemocy_wobec_kobiet.pdf, data pobrania: 3.07.2025.
3. Grzybek A.: (red.): Prawa kobiet w dokumentach ONZ. Ośrodek Informacji Środowisk Kobietych – OŚKa, Warszawa 1996.
4. Otręba P.: Rewolucje w stosunkach międzynarodowych. Siostry Mirabal. <https://rewolucje-w-stosun.wixsite.com/projektismuw2016/siostry-mirabal>, data pobrania: 2.07.2025.
5. Alvarez J.: Czas motyli. Black Publishing, Wołowiec/Sękowa 2010.
6. Młyński J.: Przemoc w rodzinie – skala zjawiska, ofiary przemocy i formy pomocy pracowników socjalnych. *Studia Socialia Cracoviensia*, 2012; 4, 2(7): 143.
7. Jedlecka W.: Formy i rodzaje przemocy. *Wrocławskie Studia Erazmianskie*, 2017; 11: 13-29.
8. Grzyb M. Jeśli biją to tylko kwiatkiem? O niskich wskaźnikach przemocy wobec kobiet w Polsce. [w:] *Przestępczość XXI wieku. Szanse i wyzwania dla kryminologii*. Pływaczewski E.W., Jurgielewicz-Delegacz E., Dajnowicz-Piesiecka D. (red.). Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2019: 177-194.
9. Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r. (Dz.U. 2015 poz. 961).
10. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 marca 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2024 poz. 424).
11. Łuba M.: Przemoc – definicja, rodzaje, gdzie szukać pomocy. www.ptsr.nazwa.pl/files/O%20przmocy%20Psycholog.pdf, data pobrania: 1.07.2025.
12. Ratajczak M.: Co warto wiedzieć o przemocy psychicznej? https://www.smigiel.pl/files/upload/file/2013/Przem_psych_art2013.pdf, data pobrania 31.06.2025.

13. Nicholson J.: Can an Insult Make You Fall in Love? <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-attraction-doctor/201308/can-insult-make-you-fall-in-love>, data pobrania 9.07.2025.
14. Dąbrowska M.: Negging, czyli o wbijaniu szpili pod przykrywką komplementu. <https://twig.pl/negging-czyli-o-wbijaniu-szpili-pod-przykrywka-komplementu/>, data pobrania 9.07.2025.
15. Kucewicz K.: Gaslighting – o przemocy emocjonalnej w związku. <http://kobieta.onet.pl/zdrowie/porady-ekspertow/psycholog/gaslighting-o-przemocy-emocjonalnej-w-zwiazku/nvql1bf>, data pobrania 13.07.2025.
16. Formy przemocy wobec kobiet i dziewcząt. Ośrodek informacji ONZ w Warszawie. <https://www.unic.un.org.pl/oionz/przemoc-wobec-kobiet-i-dziewczat/3389>, data pobrania 9.07.2025.
17. EU gender-based violence survey - Key results. <https://fra.europa.eu/en/publication/2024/eu-gender-violence-survey-key-results>, data pobrania: 2.07.2025.
18. Widzyk A.: UNICEF: 370 mln dziewcząt ofiarami przemocy seksualnej. <https://www.dw.com/pl/unicef-370-mln-dziewcz%C4%85t-ofiarami-przemocy-seksualnej/a-70455356>, data pobrania: 2.07.2025
19. Statystyki przemocy. Centrum Praw Kobiet. <https://cpk.org.pl/pomagam/stop-przemocy/>, data pobrania: 2.07.2025.
20. Szychowska J. Przemoc w rodzinie jako istotny problem społeczny. *Rzeszowskie Studia Socjologiczne*, 2022; 15: 47-67.
21. Nowacka M. Uznanie przemocy wobec kobiet jako zagrożenia dla tradycyjnego podziału ról płciowych w Polsce. *Miscellanea Anthropologica et Sociologica*, 2020; 21(2): 74–87.
22. Przemoc domowa. Statystyki. Portal Polskiej Policji. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-domowa/50867,Przemoc-domowa-dane-od-2023-roku.html>, data pobrania: 17.06.2025.
23. Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie. Raport Kantar Polska dla Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Badanie realizowane w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020, Warszawa 2019.
24. Przemoc i konflikty w domu. Komunikat z badań Nr 48/2019. Centrum Badania Opinii

- Spółecznej, Warszawa 2019. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_048_19.
PDF data pobrania: 17.07.2025.
25. Przemoc domowa. Statystyki. Portal Polskiej Policji. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-domowa/50867,Przemoc-domowa-dane-od-2023-roku.html>
data pobrania: 17.07.2025.
26. Nowacka M. Uznawanie przemocy wobec kobiet jako zagrożenia dla tradycyjnego podziału ról płciowych w Polsce. *Miscellanea Anthropologica et Sociologica*, 2020; 21(2): 74–87.
27. Dąbkowska M. Zaburzenia stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera. *Alkoholizm i Narkomania*, 2009; 22(1): 11–20.
28. Ogińska-Bulik N. Ruminacje a skutki traumy u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie. *Roczniki Psychologiczne*, 2016; 19(4): 627–642.
29. Sochocka L, Komenda-Kołecka J. Zaniedbanie – (nie)świadomą formą przemocy wobec dziecka. *Medycyna Środowiskowa*, 2014; 17(1): 83–89.
30. Arczewska M. Zaniedbanie jako forma krzywdzenia dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2019; 18(1): 9–21.
31. Regina Ch.: *Przemoc kobiet. Historia społecznego tabu*. Świat Książki, Warszawa 2013.
32. Kubas S. Przemoc wobec kobiet w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. *Acta Iuridica Resoviensia*, 2020; 28(110): 97–107.
33. Przesłanie Sekretarza Generalnego ONZ z okazji Międzynarodowego Dnia Walki z Przemocą Wobec Kobiet. <https://www.unic.un.org.pl/sg-na-temat-dni/przeslanie-sekretarza-generalnego-onz-z-okazji-miedzynarodowego-dnia-walki-z-przemoca-wobec-kobiet-25-listopada-2024-r/3615>, data pobrania: 2.07.2025.

POKOLENIE NEET

**Grzegorz Bejda¹, Agnieszka Kulak-Bejda², Wojciech Kulak³,
Napoleon Waszkiewicz², Elżbieta Krajewska-Kulak⁴**

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WPROWADZENIE

Termin „NEET” (*Not in Education, Employment, or Training*) po raz pierwszy pojawił się w Wielkiej Brytanii, w raporcie rządowym „Bridging the Gap” w 1999, ale samo zjawisko znane jest od bardzo dawna [1]. Problemem zajmowano się już w latach sześćdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych, w kontekście problemów osób spoza nawiasu społeczeństwa, tzw. *underclass* oraz dzieci porzucających [2].

W kolejnych latach zyskał na popularności i został przyjęty w wielu krajach na całym świecie, w tym w Japonii, Korei Południowej, Włoszech, Hiszpanii, a także w Polsce [1].

W literaturze przedmiotu, za Zioło-Gwadera [2] funkcjonują również inne zwroty odnoszące się do zjawiska bierności zawodowej i edukacyjnej młodzieży, takie jak: „zmierzający do nikąd” – *Getting Nowhere*, „generacja X” – *Generation X*, „wyrejestrowani, pominięci przez statystyki” – *Off Register*, „młodzież stracona” – *Wasted Youth*, „zwolnieni, zniechęceni, znikający młodzi ludzie” – *Disengaged, Disaffected, Disappeared Young People*.

W polskiej terminologii pokolenie NEET częściej określa się nazwą „pokolenie ani-ani” (przez analogię do hiszpańskiej generacji „ni-ni” i włoskiej *generazione „né-né”*), „młodzi trzy razy nic”, „generacja nic”, „młodzież beczynna”, „bierne pokolenie”, „pokolenie młodych nierobów”, „młodzi roszczeniowi”, „pokolenie straconych”, „młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym”, „młody bezrobotny” [2,3].

NEET oznacza grupę społeczną młodych ludzi nie wykazujących aktywności w żadnej z trzech kategorii: pracy (nie pracują), formalnego kształcenia (nie uczą się) ani szkolenia (nie szkolą się). Jest to pojęcie szersze niż „młody bezrobotny”, bowiem obejmuje bowiem również także absolwentów biernych zawodowo (nie mają pracy i jej nie poszukują) oraz osoby, które przedwcześnie ukończyły edukację, ale z różnych przyczyn nie weszły na rynek pracy [1-8].

Wprowadzony został przez brytyjski rząd, celem podkreślenia potrzeby systematycznego monitorowania oraz tworzenia polityk mających na celu wsparcie młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym i zawodowym [1].

Tommaso Padoa-Schioppa, ówczesny minister gospodarki i finansów Włoch, w roku 2007 nazwał pokolenie NEET „bamboccioni” – „wielkie bobasy”, tworzą je bowiem w większości ludzie długotrwale pozostający na utrzymaniu rodziców – nieuczący się i niepracujący, nieosiągający dochodów, ale mają zapewniony przez rodziców darmowy „wikt i opierunek” [2].

PRZYCZYNY

Za wzrost liczby osób z grupy NEET odpowiada kilka czynników społecznych oraz ekonomicznych, w tym [1]:

- transformacje na rynku pracy powodujące zmniejszenie liczby miejsc pracy dostępnych dla młodych ludzi bez doświadczenia zawodowego lub odpowiednich kwalifikacji.
- systemy edukacyjne nienadążające za dynamicznie zmieniającymi się wymaganiami rynku pracy, a w konsekwencji brak u absolwentów umiejętności wymaganych przez pracodawców.
- kryzysy gospodarcze prowadzące do wysokiego bezrobocia w tej grupie wiekowej.

Nie można zapominać, że pokolenie NEET nie jest jednorodne, a znalezienie się w gronie tej grupy osób spowodowane może być [1]:

- problemami zdrowotnymi, fizycznymi lub psychicznymi uniemożliwiającymi podjęcie pracy lub nauki
- zobowiązaniami rodzinnymi - opieką nad członkami rodziny co wymusza ograniczenie możliwości zawodowych i edukacyjnych
- brak motywacji lub aspiracji: Niektóre osoby mogą doświadczać braku motywacji do podejmowania działań zawodowych czy edukacyjnych, co może być wynikiem różnych czynników, w tym braku wsparcia ze strony społeczeństwa.

Determinanty przynależności młodzieży NEET oraz czynniki ryzyka [8]:

1. poziom mikro

- Zaniżona samoocena skutkująca doświadczaniem samych negatywnych emocji, niższą odpornością na stres, dużym samokrytycyzmem.
- Aspołeczne postawy wobec innych ludzi, poczucie nietolerancji z ich strony, zaniżone umiejętności społeczne.
- Negatywne nastawienie do obecnej rzeczywistości, w której jednostka żyje.

- Zjawisko wyłaniającej się dorosłości – u młodzieży ani-ani zauważalny jest kryzys tożsamościowy w momencie przejścia z systemu edukacji do podjęcia zatrudnienia, w związku z czym jak najdłużej odwlekają „wejście” w dorosłość.
- Niska motywacja do podejmowania działań, również niechętnie je wykonują, nie potrafią przystosować się do nowych środowisk (szkolnych, pracy i in.).
- Czynniki rodzinne – rodzice osób z kategorii NEET charakteryzują się obojętnością edukacyjną oraz wychowawczą w stosunku do dzieci.
- Uzależnienia oraz występujące wcześniej zachowania przestępcze (tj. pobyty w ośrodkach resocjalizacyjnych, postawy agresywne oraz łamanie norm prawnych).
- Patologie występujące w rodzinie (tj. alkoholizm, kryzys bezdomności, samodzielne rodzicielstwo, nieodpowiednie warunki środowiskowe).
- Niepełnosprawność oraz inne choroby.
- Pochodzenie imigranckie.
- Niskie wykształcenie własne, ale także wśród najbliższej rodziny; niskie dochody

2. poziom mesco

- Zły klimat placówki edukacyjnej.
- Brak jednostkowego podejścia do ucznia ze strony kadry.
- Brak kompetencji czy narzędzi do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi występującymi w szkole, jak i poza nią.
- Osobiste doświadczenie przemocy, bullyingu.
- Brak umiejętności zainteresowania tematami nauczania uczniów przez nauczycieli.

3. poziom makro

- Fenomen przedłużonego zamieszkiwania u rodziców, widoczny zwłaszcza we włoskiej kulturze społecznej.
- Kryzysy gospodarcze w skali globalnej czy państwowej.
- Bezrobocie w zamieszkiwanym regionie.
- Niedoskonałości dopasowania rynku pracy do młodych osób (objawiające się m.in. brakiem chęci do zatrudniania osób, które niedawno ukończyły szkołę lub studia).

CHARAKTERYSTYKA POKOLENIA NEET

Określenie konkretnej grupy wiekowej stanowiącej pokolenie NEET nie jest takie proste. W Unii Europejskiej do tej kategorii zalicza się osoby w wieku 15-24 lat, według

rozszerzonych statystyk Eurostatu do 29 roku życia, w Japonii osoby od 15 do 34 roku życia, a Brytyjczycy wyłącznie osoby w wieku 16-18 lat [3]. W skali całej Unii Europejskiej wskaźnik NEET wynosi 12,4% [4].

Według raportu PARP (Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości), w 2023 roku do grupy NEET zaliczał się co dziesiąty młody Polak (10,1%). W 2023 roku wśród NEET-ów było prawie dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn (13,4% vs 6,9%) [4]. Najwyższy odsetek osób NEET odnotowano w województwach podkarpackim (15,8%), świętokrzyskim (13,7%) i warmińsko-mazurskim (13,2%), a najmniej na Mazowszu (7,6%). W Polsce wśród osób z podstawowym wykształceniem osoby z grupy NEET stanowią 8,3%, a wśród absolwentów studiów - 5,9% [4].

Jedną z pierwszych klasyfikacji NEET była klasyfikacja zaproponowana przez Williamsona [cyt. za 2], zgodnie z którą wyróżnił on następujące trzy podgrupy:

- „essentially confused” – zasadniczo zdezorientowani, zaliczając do tej grupy osoby chętne i gotowe do ponownego zaangażowania, wymagające wsparcia i zachęty;
- „temporarily side-tracked” – chwilowo na rozdrożu, którą stanowią osoby potrzebujące zrozumienia i cierpliwości, zajmujące się obecnie sprawami, które uznały za priorytetowe;
- „deeply alienated” – głęboko wykluczeni, czyli osoby narażone na ryzyko trwałego wycofania, często zaangażowane w „alternatywne formy życia”, takie jak uzależnienie czy przestępczość

Według badań Eurofound (Europejska Fundacja na Rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy) można wyróżnić kilka różnych podgrup NEET [4,5]:

- *the conventionally unemployed* – bezrobotni; stanowiący największy odsetek osób nieaktywnych, pozostających bez zatrudnienia zarówno krótko- jak i długotrwale;
- *the unavailable* – niedostępni, młode osoby, które np. poprzez posiadaną niepełnosprawność, chorobę, czy problemy rodzinne nie są w stanie podjąć aktywności zawodowej bądź edukacyjnej;
- *the disengaged* – niezaangażowani, w przeciwieństwie do wyżej omawianych grup nie mają żadnych przeciwwskazań do podjęcia aktywności, a pomimo to jej nie podejmują;
- *the opportunity-seekers* – poszukiwacze okazji, którzy podejmują aktywność na rynku (np. poprzez poszukiwanie pracy czy innych możliwości kształcenia się w postaci chociażby kursów), ale decydują się wyłącznie na odpowiadające ich kwalifikacjom, wykształceniu, umiejętnościom;

- *the voluntary NEETs* – specyficzna grupa młodych osób, angażujących się w inne czynności poza systemem formalnym, m.in. sztukę, zajęcia związane z wolontariatem, samodoskonalenie się, czy samokształcenie.

NEET i młodzi bezrobotni, pomimo iż są generalnie tymi sami ludźmi, to jednak różnią się definicyjnie [3,5]:

- NEET nie musi być osobą bezrobotną w ujęciu formalnym, czyli zarejestrowaną w urzędzie pracy.
- Wskaźnik NEET wylicza się stosunkiem liczba osób będących NEET do liczba populacji ludzi ogółem.
- Nie każdy młody bezrobotny jest NEET. Najłatwiej prześledzić to na przykładach: zarejestrowany w urzędzie pracy student studiów niestacjonarnych jest bezrobotnym, ale nie jest NEET (spełnia warunek kształcenia się), niezdolny do pracy absolwent liceum, który nie poszedł na studia, jest NEET, ale nie jest bezrobotnym (osoba bierna zawodowo).
- Stopę bezrobocia wylicza się stosunkiem liczby osób bezrobotnych do liczby osób aktywnych zawodowo.

Nie można jednak zapominać, że pewna grupa ludzi może należeć do obu tych zbiorów jednocześnie [3].

Charakteryzując pokolenie NEET można wyróżnić kilka charakterystycznych cech, takich jak [1-8]:

- brak aktywności zawodowej i edukacyjnej,
- problemy zdrowotne, opieka nad rodziną czy brak możliwości zatrudnienia,
- izolacja społeczna, co może prowadzić do problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak depresja i lęk,
- zależność finansowa od rodziny lub systemu opieki społecznej,
- brak doświadczenia zawodowego i kwalifikacji, co utrudnia wejście na rynek pracy i prowadzi do dalszej marginalizacji,
- chociaż mogą być bardziej izolowani społecznie, często korzystają z Internetu i mediów społecznościowych jako formy komunikacji i rozrywki.

Przed pokoleniem NEET stoi wiele wyzwań związanych z rynkiem pracy. Pracodawcy z reguły poszukują kandydatów z doświadczeniem, a pokolenie NEET nie ma doświadczenia zawodowego i odpowiednich kwalifikacji, co utrudnia im znalezienie stałego zatrudnienia [1].

Relacje pokolenia NEET z innymi pokoleniami mogą być napięte, związane z brakiem zrozumienia ich sytuacji i problemów. Szczególnie trudne do osiągnięcia dla osób NEET są samowystarczalność i produktywność, a to może skutkować stygmatyzacją i wykluczeniem społecznym [1].

STOPA NEET

Stopę NEET można wyrazić [9,10]:

- w postaci wskaźnika, będącego ilorazem liczby osób spełniających dwa warunki: osoby nie są zatrudnione (tzn. są albo bezrobotne albo bierne zawodowo) oraz w ciągu czterech tygodni poprzedzających badanie nie uczestniczyły w edukacji ani w szkoleniach i ogólnej liczebności badanej populacji w tym samych grupach wiekowych i płci z wyłączeniem respondentów, którzy nie udzielili odpowiedzi na pytanie o udział w regularnej edukacji i szkoleniach;
- szerszy sposób wyznaczania stopy NEET opiera się na formule podawanej przez Eldera

$$\text{Stopa NEET} = \frac{(LB + LBZ) - (LBEiS + LBZEiS)}{OLM}$$

gdzie:

- LB – liczba osób młodych bezrobotnych,
 - LBZ – liczba osób młodych biernych zawodowo,
 - LBEiS – liczba osób młodych bezrobotnych uczących się i/lub uczestniczących w szkoleniach,
 - LBZEiS – liczba osób młodych biernych zawodowo uczących się i/lub uczestniczących w szkoleniach,
 - OLM – ogólna liczba młodzieży w danej grupie wiekowej;
- uproszczone sposoby pomiaru NEET podawane w literaturze ekonomicznej wyrażone są jako stosunek liczebności osób bezrobotnych niebędących studentami, powiększonej o osoby bierne niebędące studentami do całej populacji młodzieży

INTERWENCJE I PROGRAMY WSPARCIA

W wielu krajach, z uwagi na wzrost liczby osób z grupy NEET, wprowadzono programy wsparcia. Ich celem jest reintegracja na rynek pracy oraz do systemu edukacyjnego [1].

W Wielkiej Brytanii np. wprowadzono programy „Youth Contract” i „Apprenticeship Grant for Employers”, zachęcające pracodawców do zatrudniania młodych ludzi oraz zaoferowania im możliwości rozwoju zawodowego [1].

Polityka w obszarze edukacji to przede wszystkim środki zapobiegające przedwczesnemu kończeniu nauki (np. pomoc uczniom w poprawie wyników w nauce) oraz środki reintegrujące osoby przedwcześnie kończące naukę z rynkiem kształcenia czy szkoleń [5]. Dobrym wzorem polityki w obszarze edukacji państw europejskich może być [cyt. za 5]:

- system *classes mosaïques* (Luksemburg) - tymczasowe przeniesienia uczniów zagrożonych przedwczesnym ukończeniem nauki do tzw. „klas mozaikowych”, gdzie będą mieli zapewnioną indywidualną pomoc;
- szkoły drugiej szansy dla młodzieży w wieku 18–25 lat (Francja);
- programy kształcenia zawodowego (Hiszpania);
- programy dożywiania, wyprawka szkolna (Polska, Rumunia, Bułgaria).

Szczególnie trudnym momentem dla młodych osób wydaje się przejście ze szkoły do życia zawodowego. W tej kwestii dużą rolę odgrywa „informacja, poradnictwo zawodowe, doradztwo w kwestii dalszego rozwoju zawodowego, pomoc w szukaniu zatrudnienia oraz usługi mające na celu dopasowanie kompetencji uczestników rynku pracy do jego wymogów” [4]. Za przykładowe programy przejścia ze szkoły w życie zawodowe – dobre praktyki mogą posłużyć wzorce stosowane w wybranych państwach europejskich [cyt. za 5]:

- Flexible New Deal (Wielka Brytania),
- Young Potentials, Gradlink (Szwecja, Irlandia),
- systemy nauki zawodu (Austria, Niemcy).

Za modelowy uznaje się przykład kształcenia zawodowego w Niemczech, gdzie zasadniczą rolę odgrywa powiązanie szkoły z przedsiębiorstwem - nauka odbywa się przede wszystkim w zakładzie pracy, w czasie oddelegowania do szkoły zawodowej. Dana osoba jest jednocześnie uczniem i pracownikiem danej firmy komercyjnej [cyt. za 5].

WYZWANIA DLA POKOLENIA NEET

Wyzwań przed jakimi stoi pokolenie NEET jest bardzo dużo, w tym [1]:

- presja społeczna,
- problemy zdrowotne,
- konieczność adaptacji do zmieniającego się rynku pracy.

PODSUMOWANIE

Zrozumienie sytuacji i potrzeb pokolenia NEET wydaje się być bardzo istotne do tworzenia skutecznych programów wsparcia pomocnych im w integracji społecznej oraz zawodowej.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://biuro29.pl/czym-jest-pokolenie-neet/>, data pobrania 07.07.2025.
2. Ziolo-Gwadera K. Młodzież NEET jako wyzwanie współczesnego rynku pracy. Zeszyty Naukowe ZPSB FIRMA i RYNEK, 2018; 1(53): 83-94.
3. <https://ideologia.pl/czym-jest-neet-uwarunkowania-i-skutki-spoeczno-ekonomiczne/>, data pobrania 07.07.2025
4. <https://bizblog.spidersweb.pl/alarmujacy-raport-co-dziesiaty-mlody-polak-to-neet>, data pobrania 07.07.2025
5. Serafin-Juszczak B. NEET – nowa kategoria młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym. Acta Universitatis Lodzensis, Folia Sociologica, 2014; 49: 45-62.
6. Szcześniak M., Rondón G. Pokolenie „ani-ani”: o młodzieży, która się nie uczy, nie pracuje i nie dba o samokształcenie. Psychologia Społeczna, 2011; 6,3(18): 241-251.
7. Saczyńska-Sokół S., Łojko M. Sytuacja młodzieży NEET na rynku pracy. Raport Mazowieckiego Obserwatorium Rynku Pracy „Wsparcie młodych osób na mazowieckim rynku pracy”, Warszawa 2014.
8. Stawska M. Młodzież NEET we fragmentarycznej rzeczywistości społecznej – próba charakterystyki. Studia Edukacyjne, 2022; 66: 113-134.
9. Elder S. What Does Neets Mean and Why Is the Concept So Easily Misinterpreted? Employment Policy Department, International Labour Office, Geneva 2015.
10. Balcerowicz-Szkutnik M., Wąsowicz J. Pokolenie NEETs na rynku pracy - aktualne problemy, Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, 2017; 312: 7-17.

POKOLENIE INDYGO – DZIECI NOWYCH CZASÓW

**Grzegorz Bejda¹, Agnieszka Kulak-Bejda², Wojciech Kulak³,
Napoleon Waszkiewicz², Elżbieta Krajewska-Kulak⁴**

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

RUCH NEW AGE

New Age, Nowa Era, Nowy Wiek to złożony i wielowymiarowy kulturowy ruch alternatywny zapoczątkowany w latach sześćdziesiątych XX wieku. Powodem jego rozwoju było przekonanie, że ludzkość, pogrążona w głębokim kryzysie, znajduje się w punkcie zwrotnym między dwiema epokami (erami) [1,2].

Część zwolenników ruchu New Age traktuje obecne czasy jako ostatni znany etap świata [1]. Według nich, po przejściu tego świata w nową rzeczywistość (Nową Erę), ma nastąpić złoty wiek ludzkości, czyli czasy w których nie będzie konfliktów, granic państwowych, ludzie całkowicie przewartościują swoje spojrzenie na otaczający ich świat i będą żyli w ogólnoswiatowej wspólnocie kierowanej przez wspólny Rząd Światowej. Nastanie wtedy kres wszelkich systemów religijnych oraz ich instytucji, zaś ludzi będzie jednoczyć wzajemnie zrozumienie, pozbawione wszelkich podziałów. Zdaniem niektórych głosicieli New Age dobiega końca tzw. era Ryb (symbolicznie interpretowana jako epoka chrześcijaństwa), a powstaje era Wodnika. Wyznawcy tej doktryny wierzą, iż ludzkość doznaje duchowego wejścia w nową epokę, przypisane konkretnemu znakowi zodiaku, co ma według nich następować co około 2150 lat [1].

New Age jako kierunek filozoficzny może być scharakteryzowany jako monizm, panteizm, a także skrajny etyczny indywidualizm i woluntaryzm [1]. Zakłada, iż wszyscy są jednością, a uświadomieniem sobie własnego ego przez umysł jest poczucie odrębności jednostki od świata i innych istot. Ruch zaleca, ale nie nakazuje, wiele praktyk mających na celu zjednoczenie ze światem. Są to np. medytacja, koncentracja, afirmacja, joga, reiki i channeling. Zwolennicy New Age deklarują, iż uznają wolną wolę każdej istoty ludzkiej za najwyższe dobro i szanują każdą decyzję każdego człowieka [1].

New Age jest także często łączony z psychologią perennis (psychologią wieczną). Ideologia New Age głosi, że [1]:

- każdy jest równy każdemu
- wszystko we wszechświecie jest ze sobą powiązane, jest jednością.
- wszystko jest emanacją kosmicznej energii
- wszystko, co istnieje, posiada moc (współ)tworzenia rzeczywistości.
- najwyższym dobrem i celem istnienia jest miłość, w najszerszym rozumieniu.
- nauka nie jest w stanie wytłumaczyć wszystkiego, ponieważ jest tylko niedoskonałym instrumentem naszego poznania, a alternatywne metody mogą być niekiedy skuteczniejsze od naukowych.
- życie ziemskie jest tylko stanem przejściowym, jednym z etapów rozwoju - śmierć nie jest finalna, to tylko proces transformacji energii w inną formę.
- człowiek, tak jak i wszystko inne, jest uduchowiony, posiada nadfizyczną jakość.
- świat zmienia się, gdy ludzkość osiągnie odpowiedni poziom rozwoju duchowego.
- najważniejszym narzędziem człowieka jest wolna wola i może on, w każdym momencie życia, dokonywać dowolnego wyboru, bez narażania siebie na krytykę bądź aprobatę, pod warunkiem że czyni to świadomie i zdaje sobie sprawę z konsekwencji swojego postępowania

New Age odrzuca zorganizowaną strukturę, będąc zinstytucjonalizowanym ruchem religijnym i nie ma w nim osób duchownych. Wszystkie doktryny oraz rytuały mają charakter oddolny i wychodzą bezpośrednio od jego członków [1].

DZIECI INDYGO – MIT CZY RZECZYWISTOŚĆ?

Termin "dzieci indygo" pojawił się w parapsychologii w latach 60. i 70. XX wieku, jako koncept ruchu New Age. Nazwę utworzyła Nancy Ann Tappe, a spopularyzowali go w latach 90.: Lee Carroll i Jana Tobera w książce "The Indigo Children. The New Kids Have Arrived" [3]. Filozofia zakłada, że dzieci indygo mają wokół siebie aurę w kolorze indygo (barwa o odcieniu pomiędzy niebieskim i fioletowym), ale nie każdy potrafi ją dostrzec [3].

Określeniem tym, zgodnie z poglądami związanymi z ruchem New Age, określa się osoby, którzy od wczesnego dzieciństwa charakteryzują się specyficznymi zdolnościami, prawdopodobnie czasem nawet paranormalnymi [4]. Czasem mówi się o nich jako "dziwne", „wyjątkowo naturalne dzieci w nienaturalnym świecie", „dzieci świetliste”, czy „stare dusze”.

Wyznawców idei dzieci indygo znaleźć można wśród hippisów oraz ludzi związanych ze spirytyzmem i ruchem New Age. Wierzą oni, że najmłodsi z niebiesko-fioletową aurą pojawili się na świecie, by go uzdrowić [5].

Zwolennicy New Age uważają, że Dzieci Indygo przybyły na Ziemię z odległej galaktyki, a „ich celem jest odmienienie ludzkiego życia i światopoglądu oraz wprowadzenie ludzkości w nową epokę nazywaną Erą Wodnika - kiedy zapanuje pokój, zrozumienie i porozumienie wśród różnych ludzkich ras oraz ogólnoświatowy dobrobyt”. Uważają, że około 95% dzieci przychodzących obecnie na świat to Dzieci Indygo, co ma zwiastować koniec starej ery [6].

Dzieci indygo nie mają żadnych konkretnych cech w fizycznym wyglądzie, oprócz tego, że wyróżniają się zachowaniem. Szacuje się, że jest ich bardzo mało (1:50 000) [5].

Na ich osobowość składają się wysoka empatia, wrażliwość, inteligencja i kreatywność. Są buntownicze i nienawidzą schematów. Są uzdolnione plastycznie lub muzycznie. Świat, w którym żyją zaczyna je frustrować, gdy nie mogą korzystać ze swojej twórczej energii i kreatywności lub są zmuszane do schematycznego działania, opartego na jakichś rytuałach [3,4].

Czują wszystko nieco inaczej niż zwykli ludzie, w związku z czym trudno jest im dostosować się do modelu życia narzuconego przez społeczeństwo, ciężko jest im radzić sobie z gniewem i złością. Zazwyczaj mają problemy z przystosowaniem się do otoczenia. Bardzo trudne jest dla nich bycie np. częścią przedszkolnej grupy lub klasy w szkole. Nie mają poczucia przynależności, a wszelkie systemy ograniczają je. Preferują samodzielną pracę lub znajdowanie się na pozycjach kierowniczych. Potrafią jednak pracować w grupie, ale na znacznie bardziej indywidualnym poziomie. Dostrzegają sygnały, których nie widzą inni ludzie, więc kierują się intuicją i łatwo zauważają inne rzeczywistości. Dzięki temu z łatwością mogą wykryć fałsz, którego podobnie jak kłamstw nie znoszą [3,4].

Wendy Chapman, w oparciu o swoje badania, dzieci indygo opisuje tak: „są inteligentni, chociaż nie mają najlepszych stopni w szkole. Zawsze chcą znać powód, szczególnie kiedy ktoś prosi ich o zrobienie danej rzeczy. Nie lubią, a nawet nienawidzą większości powtarzalnych prac, których wymaga się w szkole” [7].

Od młodych lat cechują się wysokim poziomem własnej świadomości, co pozwala być im spostrzegawczymi i intuicyjnymi. Mają wrodzoną wewnętrzną mądrość na temat życia oraz umiejętności w kwestii ustalania własnych marzeń oraz swojego życiowego celu. Dzięki tym talentom podejmują kroki ku zmianie i poprawie świata. Elementami ich codziennego

życia jest pojmowanie świata duchowością, doznania najbliższych osób, samopomoc prowadzące do wewnętrznego rozwoju [3,4,7].

Wiele z dzieci, które są określane jako indygo, ma problem z uznaniem nad nimi jakiejś wyższości i bezwarunkowej władzy nie dającej im możliwości wyboru. Stąd bardzo często nie robią pewnych rzeczy – nie wykonują poleceń, nie słuchają rodziców, czekanie w kolejce przerasta ich możliwości [3,4,7].

Dzieci indygo mają za cel pokazanie ludziom ich wyższych celów, zjednoczenie świata poprzez swoje działania pełne dobra, miłości, wrażliwości, często związane ze sztuką i niezwykłą energią. Doreen Virtue [4], autorka książki "Dzieci Indygo. Opieka i wsparcie", twierdzi, że dzieci indygo przychodzą na świat „z poczuciem królewskiej godności i z przeświadczeniem, że zasługują na to, by istnieć. Nie wiąże się to jednak bezpośrednio z ich poczuciem wartości, bo nie jest ono dla nich istotną kwestią” [4]. Dzieciom Indygo przypisuje takie wzorce zachowania jak [4]:

- przychodzą na świat z poczuciem królewskiej godności (i często zachowują się zgodnie z nią).
- mają poczucie „zasługiwania, aby tutaj być” i są zaskoczone, kiedy inni go nie podzielają.
- poczucie własnej wartości nie jest dla nich istotną kwestią - często mówią swoim rodzicom, „kim są”.
- mają problemy z uznaniem bezwarunkowej władzy (nieudzielającej wyjaśnień i niedającej możliwości wyboru).
- po prostu nie robią pewnych rzeczy; na przykład, czekanie w kolejce jest dla nich trudne.
- frustrują je systemy oparte na rytuałach i niewymagające twórczego myślenia.
- często dostrzegają lepsze sposoby robienia czegoś, zarówno w domu, jak i w szkole, co sprawia, że wydają się być „pogromcami systemów” (przeciwnymi każdemu systemowi).
- wydają się być nastawione antyspołecznie, o ile nie przebywają w towarzystwie podobnych do siebie. jeśli w ich otoczeniu nie ma osób o poziomie świadomości podobnym do ich poziomu, często zwracają się do swojego wnętrza, czując się, jakby nie rozumiał ich żaden człowiek. szkoła często jest dla nich niezwykle trudnym doświadczeniem społecznym.
- nie reagują na dyscyplinę opartą na wywoływaniu poczucia winy.

- nie wstydzą się mówić o tym, czego potrzebują.

Osoby indygo cechują się niesamowicie wrażliwą emocjonalną osobowością. Potrafią wyrażać swoje uczucia z najbardziej błahych powodów, lub wręcz przeciwnie, nie przejawiać ich wcale. Poszukują sensu swojego istnienia, swojej misji w życiu oraz pragną zrozumieć świat. Są bardzo ekspresyjne seksualnie, lub też odrzucają seksualność ze względu na nudę lub wolę osiągnięcia wzmożonej więzi duchowej. Stale wahają się pomiędzy smutkiem, a całkowitą rozpaczą. Podsumowując osoby indygo cechuje [1-7]:

- wysoka wrażliwość,
- egocentryzm z powodu niektórych specyficznych zachowań,
- ponadprzeciętna inteligencja,
- dużo energii,
- spora doza empatii do rówieśników,
- bezpośrednie odniesienie do świata i ludzi,
- upór w dążeniu do celu,
- wiara, że mają prawo do wszystkiego i wolno im więcej niż innym,
- brak barier stosowności i zakazów/nakazów związanych np. ze szkołą,
- kreatywność na poziomie o wiele wyższym niż ich rówieśnicy,
- tendencję do nonkonformizmu (odrzućenie powszechnie przyjętych norm, wartości i zasad społecznych, na rzecz indywidualnych przekonań i wartości).

Ruch New Age przypisuje Dzieciom Indygo posiadanie paranormalnych zdolności, takich jak [6]:

- umiejętność porozumiewania się na odległość bez używania mowy lub pisma (telepatia),
- postrzeganie pozazmysłowe,
- umiejętność uzdrawiania przez dotyk i transfer energii,
- telekineza (powodowanie, że przedmioty fizyczne poruszają się bez użycia do tego celu siły w sposób widzialny – poruszanie przedmiotów za sprawą myśli i woli).

Żadna z tych paranormalnych zdolności nie znalazła jednak potwierdzenia w obserwacjach i badaniach naukowych [6].

U dorosłych osób, które są dziećmi indygo, niezwykłość objawia się tym, że nie wiedzą o tym, że należą do tej grupy i z tego powodu mają trudności ze zrozumieniem siebie i zarządzaniem swoimi emocjami [8].

JAK ROZPOZNAĆ DZIECKO INDYGO

Aby dowiedzieć się, czy dziecko jest dzieckiem indygo wystarczy wykonać prosty test i opowiedzieć na kilka pytań [8]. Najpopularniejszy z nich, opracowany przez dyplomowaną psycholog Wendy Chapman, składa się z 21 pytań [9,10]:

1. Czy twoje dziecko przyszło na świat przez cesarskie cięcie?
2. Czy czuje się ono tutaj potrzebne?
3. Czy ma ono oczywiste poczucie własnej wartości?
4. Czy wyróżnia się w jakiejś dyscyplinie lub dziedzinie?
5. Czy twoje dziecko odmawia uznania rzeczy za takie, jakie są mu przedstawiane?
6. Czy czekanie na coś jest dla twojego dziecka torturą?
7. Czy twoje dziecko jest zdenerwowane z powodu rytualnych czynności wymagających minimalnej kreatywności?
8. Czy widzi ono lepsze sposoby wykonywania zadań w domu lub w szkole?
9. Czy twoje dziecko jest nonkonformistą?
10. Czy nie przejmują go drobnymi potknięciami?
11. Czy często się denerwuje, wykonując wyznaczone mu zadania?
12. Czy twoje dziecko ma objawy nadpobudliwości psychoruchowej?
13. Czy jest ono nadzwyczajnie kreatywne?
14. Czy wykazuje ono intuicję?
15. Czy twoje dziecko posiada silną empatię w stosunku do innych?
16. Czy wcześniej rozwinęło myślenie abstrakcyjne?
17. Czy jest ono bardzo inteligentne?
18. Czy twoje dziecko jest bardzo utalentowane lub uzdolnione?
19. Czy wygląda na marzyciela?
20. Czy twoje dziecko posiada bardzo stare, głębokie, mądrze wyglądające oczy?
21. Czy posiada ono dobrze rozwiniętą inteligencję duchową?

Jeżeli odpowiedź na więcej niż 10 pytań brzmi „TAK”, być może potwierdza to bycie dzieckiem indygo. Jeżeli zaś pozytywnych odpowiedzi jest więcej, niż 15 – jest nim na pewno [9,10].

W Internecie można znaleźć także test 49-punktowy, do sprawdzenia, czy jest się czy nie dzieckiem indygo [11]:

Pokolenie indygo – dzieci nowych czasów

1. "Widzisz dusze", patrzysz na człowieka jakbyś miał rentgen?
 - nie
 - tak
2. Skąd czerpiesz duchowa wiedze?
 - telepatycznie od Opiekunów Duchowych, ale też intuicyjnie czytam w Świadomości Wszechświata, z doświadczeń podświadomości
 - z czytanych channelingów
 - z samego siebie
 - z katechezy, Kościoła
 - z książek, rozmyślań mądrych ludzi
3. Masz zdolności telepatyczne?
 - nie
 - tak
4. Jesteś osoba empatyczna?
 - tak. odczuwam na sobie emocje innych osób
 - tak, potrafię rozpoznać stan emocjonalny różnych osób, wiem co mogą czuć
 - nie
5. Miewasz prorocze sny? Potrafisz przewidzieć pewne rzeczy?
 - tak
 - czasem
 - nie
6. Od zawsze doświadczasz OOB, LD, podróży astralnych?
 - tak
 - nie
7. Jesteś osoba intuicyjna?
 - tak
 - nie
8. Wierzysz w Boga?
 - tak
 - nie
9. Od zawsze masz zdolności uzdrowicielskie i samouzdrawiania?
 - to co powyżej + potrafię uśnieżyć ból, leczyć innych
 - tak, choruje przeważnie wtedy, gdy nie jestem w najlepszym stanie emocjonalnym, sam leczę większość swoich chorób
 - nie
10. Kiedy się urodziłeś?
 - 1990-2000
 - 1980-1989
 - 1970-1979
 - przed rokiem 1970
11. Od dzieciństwa widzisz i rozmawiasz z Istotami Duchowymi?
 - nie
 - tak
12. Posiadasz obudzone zdolności parapsychiczne?
 - nie
 - tak

13. Wierzysz w cywilizacje poza ziemskie?
 - nie
 - tak
14. Jaką masz karnację?
 - bladą, która niemal w ogóle się nie opala
 - jasną, która jest w stanie się opalić
 - ciemna
 - śniadą
 - oliwkową
15. Czy twoje choroby dotyczą przeważnie układu krwionośnego, stawów i gardła?
 - nie
 - tak
16. Czy masz niezwykle oczy, działające hipnotycznie i magnetycznie na innych ludzi?
 - tak mi się wydaje
 - tak
 - nie
17. Jaka jest normalna temperatura twojego ciała?
 - 36,6-36,8
 - poniżej 36,5
 - powyżej 36,8
18. Czy zawsze niezamierzenie(!) wyróżniasz się z tłumu?
 - dlatego niezamierzenie? staram się wyróżnić
 - tak
 - nie
19. Czy przyszedłeś na świat przez cesarskie cięcie lub ciąża była zagrożona?
 - tak
 - nie
20. Czy jesteś wrażliwy na pole elektromagnetyczne?
 - nie wiem
 - nie
 - tak
21. Jaka masz barwę aury?
 - pastelowe odcienie
 - indygo
 - inna
 - nie wiem
22. Masz poczucie królewskiej godności? Wiesz, że zasługujesz na to by tu być?
 - tak
 - nie
23. Czy masz nadwrażliwość słoneczna?
 - nie
 - tak
24. Czy dostrzegasz błędy, możliwości lepszych rozwiązań?
 - tak - w obrębie mojej dziedziny, zainteresowań
 - tak - niemal w każdej dziedzinie
 - nie

Pokolenie indygo – dzieci nowych czasów

25. Czy ktoś ci powiedział, że masz "wyższe wibracje ciała" lub wydaje ci się, że tak jest?
 - tak
 - nie
26. Widzisz lub wyczuwasz energie?
 - tak
 - nie
27. Jesteś osoba bardzo wrażliwą? Bywa, że określają cię, jako kogoś nadwrażliwego?
 - nie
 - tak
28. Jesteś osobą bezkompromisową?
 - potrafię bronić swojego zdania, ale często idę na kompromis "dla świętego spokoju"
 - tak
 - nie
29. Czy jesteś osobą cierpliwą?
 - potrafię być cierpliwy, gdy jest to konieczne, ale np. czekanie w kolejce jest dla mnie nadludzkim wysiłkiem
 - nie, muszę mieć wszystko tu i teraz
 - tak
30. Czy masz problemy z uznaniem bezwarunkowej władzy?
 - nie
 - tak, nie akceptuję narzuconej władzy, wymagającej bezdyskusyjnego posłuszeństwa
 - tak, z zasady nie uznaję żadnych zwierzchności
31. Jaki masz stosunek do systemów opartych na rytuałach i gotowych wzorcach?
 - nie mam nic przeciwko nim, powielanie gotowych schematów daje pewność i bezpieczeństwo
 - nie podobają mi się, bo tylko co ja wymyśle ma jakiś sens
 - nie uznaję ich, frustruje mnie brak kreatywności
32. Jaki masz iloraz inteligencji (IQ)
 - 131-145
 - 85-130
 - 70-84
 - powyżej 145
33. Masz uzdolnienia artystyczne?
 - śpiewam, gram
 - piszę wiersze, opowiadania
 - wolę bardziej praktyczne zajęcia
 - fotografuję
 - maluję, rysuję
 - nie

34. Czy dostrzegasz próby manipulacji i kłamstw?
 - bywa, że potrafię "przejrzeć" kłamcę
 - tak, mam wbudowany wykrywacz kłamstw i reaguje niemal alergicznie na nie
 - niestety nie
35. Miewasz depresje?
 - tak
 - nie
36. Jak reagujesz na chwile depresji i radości?
 - nie miewam tak skrajnych nastrojów
 - gdy jestem smutny uciekam w alienację, gdy szczęśliwy - mam pełno energii, przypominam "radosnego elfa"
 - w chwilach depresji szukam wsparcia wśród znajomych, gdy szczęśliwy - dzielę się radością
 - inaczej
37. Dobrze się czujesz wśród natury?
 - tak
 - nie
38. Jak wspominasz szkołę?
 - jako trudne doświadczenie społeczne
 - bardzo miło
39. Jak reagujesz na napotkane komplikacje?
 - to zależy co mi poradzą przyjaciele
 - często się poddaje przy pierwszych trudnościach
 - jeśli mi na tym zależy, nie zrażam się pozornymi trudnościami, mimo prób zniechęcania mnie przez otoczenie
40. Byłeś w dzieciństwie uwikłany w serie wypadków, okaleczeń?
 - tak
 - nie
41. Jak reagowałeś na słowa typu "bardzo się na tobie zawiodłam", "uważaj, niech tylko ojciec z pracy wróci"?
 - było mi przykro, bałem się
 - irytowało mnie to
42. Masz poczucie misji?
 - nie
 - tak
 - wiem, że jestem tu po coś, jednak nie odczuwam jakiejś specjalnej, konkretnej misji
43. Jakie jest twoje nastawienie do ludzi?
 - zawsze przyjacielskie
 - w zasadzie przyjacielskie, ale gdy ktoś mnie skrzywdzi lub wykorzysta to potrafię być bezwzględny i okrutny
 - antypatyczne

44. Jak reagowałeś na przymus?
- było mi smutno, ale poddawałem się nakazom np. rodziców
 - bardzo cierpiałem, często chorowałem z poczucia bezsilności
 - inaczej
45. Co sądzisz o roku 2012?
- sam nie wiem
 - koniec świata
 - rozpoczęcie przemian na Ziemi. miewam sny, wizje, przeczucia co do tego
 - to niepotrzebne straszenie ludzi, manipulacja, bzdura
46. Wiesz, że jesteś Indygo?
- wiem, że jestem Indygo
 - ktoś mnie tak nazwał, ale sam nie wiem
 - nie wierze w takie osoby
47. Wierzysz w cuda, uzdrowienia, zjawiska paranaturalne?
- nie
 - coś w tym może być
 - tak
48. Czym są Prawdy Kosmosu?
- uniwersalnym prawem, które intuicyjnie wyczuwam
 - bzdura
 - uniwersalnym prawem obecnym we wszystkich religiach świata
49. Wierzysz w reinkarnację? Masz wspomnienia poprzednich wcieleń?
- nie uznaje reinkarnacji
 - wierze w reinkarnację, ale nie mam takich wspomnień
 - coś jest w teorii reinkarnacji
 - mam wspomnienia poprzednich wcieleń

Punktacja 49 – świadczy o byciu dzieckiem indygo, wynik poniżej 49 - prawdopodobnie nie jesteś Dzieckiem Indygo [11].

POSTĘPOWANIE

Istnienia dzieci indygo nie potwierdziły badania naukowe, ale jednak wielu rodziców przypisuje swoim pociechom nadprzyrodzone cechy charakteru, takie jak:

- wymaganie specjalnego podejścia do wychowania,
- chęć aby szanować ich indywidualizm,
- wymaganie większej dozy wolności,
- najlepiej rozwijają się w środowisku, które daje im przestrzeń do eksploracji i eksperymentów, inaczej mogą czuć się ograniczone i sfrustrowane, a to może prowadzić do konfliktów i nieporozumień,
- silne poczucie tożsamości chcą być traktowane jako jednostki, a nie jako część grupy,

- chęć aby respektować ich opinie, uczucia i perspektywy, bo tylko to zapewni budowanie zdrowej relacji i wspierania ich rozwoju,
- preferowanie praktycznego doświadczenia i nauki poprzez działanie, co daje im możliwość zrozumienia świata na własnych warunkach i według własnego tempa,
- wymagają od rodziców i nauczycieli zdolności do empatii i cierpliwości.

Wyzwania w wychowaniu dziecka indygo to konieczność dostosowania się do specyficznych potrzeb dziecka, zrozumienie i akceptacja jego unikalnych zdolności oraz wsparcie go w radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi i społecznymi. Dzięki temu stworzy się możliwości rozwoju unikalnych zdolności dziecka (empatia, intuicja, kreatywność), wesprze się go w dążeniu do samodzielności i niezależności, stworzy warunki do wspólnej nauki i odkrywania świata z dzieckiem [12]. W komunikacji z dzieckiem indygo ważne jest, aby [12]:

- być empatycznym – starać się zrozumieć uczucia i potrzeby dziecka, a także okazać mu wsparcie i akceptację.
- uważnie słuchać tego co dziecko ma do powiedzenia i starać się zrozumieć jego punkt widzenia.
- stosować jasny i prosty język, unikając skomplikowanych wyrażen, tłumacząc rzeczy w sposób zrozumiały dla dziecka.
- być cierpliwym – dawać dziecku czas na wyrażenie swoich myśli i uczuć, nie przerywać mu i nie zniechęcać do mówienia.

W przypadku dzieci indygo często niezbędne są alternatywne metody nauczania, bowiem tradycyjne systemy edukacji mogą nie być dostosowane do ich specyficznych stylów uczenia się. Warto rozważyć nauczanie domowe, szkoły demokratyczne, metoda Montessori lub metoda Waldorfa, które promują aktywne, doświadczalne i indywidualne podejście do nauki [13]. Warto zwrócić uwagę na [12]:

- indywidualne podejście – dostosowując nauczanie do specyficznych potrzeb i zdolności dziecka, uwzględniając jego tempo rozwoju i zainteresowania.
- stymulowanie kreatywności – zachęcanie dziecka do twórczego myślenia i eksperymentowania, dając mu możliwość wyrażania siebie w różnych formach (np. sztuka, muzyka, pisanie).
- wsparcie emocjonalne – pomaganie dziecku radzić sobie z trudnościami emocjonalnymi, uczyć je, jak wyrażać uczucia i radzić sobie ze stresem.
- rozwijanie umiejętności społecznych – uczenie dziecka, jak nawiązywać relacje z innymi osobami, współpracować i rozwiązywać konflikty.

Dziecku indygo należy pomóc w odnalezieniu swojego miejsca w społeczeństwie, czemu może sprzyjać [12]:

- wspieranie akceptacji siebie – uczenie dziecka, że jego unikalne cechy są wartościowe i że nie musi się zmieniać, aby zyskać akceptację innych.
- uczenie empatii i tolerancji – pomoc dziecku w zrozumieniu, że każdy człowiek jest inny i warto szanować różnorodność.
- wspieranie umiejętności społecznych – uczenie dziecka, jak nawiązywać relacje z innymi osobami, współpracować i rozwiązywać konflikty.
- współpraca z nauczycielami i innymi rodzicami – informowanie nauczycieli o specyficznych potrzebach dziecka i proszenie o wsparcie w dostosowaniu metody nauczania do jego potrzeb.
- zachęcanie do uczestnictwa w grupach wsparcia – pomoc dziecku w znalezieniu grupy wsparcia dla dzieci indygo, gdzie może dzielić się swoimi doświadczeniami i uczyć się od innych.

POSTRZEGANIE DZIECI INDYGO

Reakcje społeczeństwa na dzieci indygo są różnorodne – od traktowania ich jako dzieci wyjątkowych, obdarzonych niezwykłymi zdolnościami po krytykowanie zjawiska jako wynik nadmiernej wyobraźni rodziców [12]. Do najczęstszych stereotypów i uprzedzeń dotyczących dzieci indygo zalicza się [12]:

- przekonanie, że dzieci indygo są lepsze od innych dzieci może prowadzić do zazdrości i niechęci ze strony rówieśników.
- uważanie dzieci indygo za „dziwaków” lub „niedostosowanych” może prowadzić do wykluczenia społecznego.
- traktowanie dzieci indygo jako ofiar nadopiekuńczych rodziców, którzy próbują wymyślić usprawiedliwienie dla problemów wychowawczych swoich dzieci.

Z kolei psychologowie obserwujący dzieci indygo często diagnozują je jako nadpobudliwe, z zachowaniami charakterystycznymi przy ADHD i ADD.

Przeciwnicy filozofii New Age uważają, że rodzice w ten sposób krzywdzą swoje dzieci, odmawiając im często koniecznej pomocy lekarskiej. Także profesor David Cohen uważa, że wielu rodziców woli określać swoje specyficzne dzieci mianem indygo, zamiast skierować je na właściwą diagnostykę psychologiczną czy psychoterapię. Teorię tę popiera psychiatra Russell Barkley, który uważa, że określanie dziecka z problemami mianem

„indygo” może opóźnić jego prawidłową diagnozę i terapię, a profesor David Cohen - że rodzice po prostu wolą postrzegać swoje dzieci jako wyjątkowo obdarzone niż cierpiące na ADHD [5]. Niestety w sytuacji, gdy energia dzieci indygo nie zostanie odpowiednio zagospodarowana, może wyrządzić im krzywdę, np. spowodować problemy emocjonalne, stany lękowe, a nawet depresję [5].

Istotne mogą też być terapie artystyczne, takie jak arteterapia, muzykoterapia czy dramaterapia, umożliwiające wyrażanie swoich emocji i myśli w sposób, bardziej naturalny i intuicyjny, niż konwencjonalne metody komunikacji [13],

Ważne mogą okazać się także medytacja i praktyki uważności mogą być również bardzo korzystne dla Dzieci Indygo. Ze względu na ich wysoką wrażliwość i empatię, te dzieci mogą być szczególnie narażone na stres i przeciążenie. Medytacja i uważność mogą im pomóc radzić sobie z tymi trudnościami, nauczyć je, jak skupić się na teraźniejszym momencie i zarządzać swoimi emocjami [13].

Pomoc psychologiczna i doradztwo mogą być również cenne, szczególnie w przypadkach, gdy Dzieci Indygo doświadczają problemów emocjonalnych lub behawioralnych [13].

NASTĘPCY

Na stronie allaboutindigos.com [14], poświęconej dzieciom indygo i opartej na pracach Nancy Ann Tappe, we wczesnych latach 60. dzieckiem indygo było tylko 1 na 5000 osób. Dziś aż 95% populacji to Indygo – nastoletni lub dorośli. Dzieci Indygo przestały się rodzić przed rokiem 2000 [10,14]. Uważa się, że następcami dzieci indygo są „kryształowe i tęczowe dzieci” [8].

Zadaniem dzieci kryształowych, czyli zdecydowanie spokojniejszych, ale równie upartych, było naprawianie tego, co zniszczyły dzieci indygo [8]. Przyszły na świat od lat 80. ubiegłego wieku. Ich wyjątkową cechą są przenikliwe oczy i niezwykle spojrzenie, które ponoć świadczy o ich mądrości. Dzieci kryształowe są spokojniejsze i bardziej kreatywne, czerpią wiedzę z różnych doświadczeń, a ich głównym celem jest tworzenie nowych rozwiązań dla ludzkości. Niektóre z nich doskonale czują się w świecie nowoczesnych technologii [8].

Z kolei dzieci tęczowe (przyszły na świat po 2000 roku) wyróżnia się jeszcze większą wrażliwością i empatycznością [8]. Ponadto tęczowe dzieci są bardziej emocjonalne i doceniają otaczającą je naturę. Wyróżniają się największą empatią i wrażliwością. Są niezwykle emocjonalne, co na pewno nie ułatwia im codziennego funkcjonowania. Ich

główną misją jest dążenie do tego, by Ziemia osiągnęła równowagę. Nie znoszą zakłamania, walczą z hipokryzją [8].

PODSUMOWANIE

Dzieci indygo to także motyw, który przewijający się w filmach i serialach np.:

- „Indygo” z 2008 roku – „Kilku zwyczajnie wyglądających nastolatków spędza razem czas z dala od cudzych oczów no dachu jednego z moskiewskich wieżowców. Muszą trzymać ze sobą i trzymać się z dala od innych ponieważ są wybrańcami. Oni są Indigo - ludźmi przyszłości. Wyczuwają niebezpieczeństwo, rozumieją mowę zwierząt, czytają w myślach, i pamiętają swoje poprzednie wcielenia. Ich wyjątkowość przeraża jednych z zbudza zdumienie w innych. Jednak dzieci indygo zaczynają znikać, lider nastolatków Andrej Kalajew poszukując swoich przyjaciół rozplątuje kłębek tajemniczych i przerażających wydarzeń i dochodzi do wniosku że każdy porwany w ciągu ostatniego w miesiąca nastolatek był dzieckiem indygo. Nieznana siła ma własne plany co do przyszłości tego świata, ale ten kto odkrył że trwa polowanie na dzieci przyszłości potrafi przewidzieć te plany. Aby uratować się samemu i pomoc swojej dziewczynie i przyjaciel Andriej musi wykorzystać swoją nadprzyrodzoną moc” [16]
- "Indigo Children" z 2012 roku – „eliptyczna, liryczna i prowokująca opowieść przepełniona wizualizowaną poezją. Magnetyczny debiut Erica Chaneya. Mark i Christina, choć oboje są Dziećmi Indygo, zdają się być skrajnie różni. On jest równie naturalny, jak ona tajemnicza. Podczas gdy ona zdaje się być wszędzie, on trzyma się z boku. Pewnego lata zaczynają się kręcić wokół siebie w świecie przypadkowych zgonów i zaginięć. Nieśmiałe uczucie, jakie się między nimi rodzi jest ciągłym przyciąganiem i odpychaniem” [17].
- Serial "Stranger Things" – gdzie w małym miasteczku znika chłopiec. Wkrótce mieszkańcy odkrywają tajemnicę sekretnych eksperymentów, przerażających sił nadprzyrodzonych i małej dziwnej dziewczynki. Dzieckiem indygo jest Eleven [18].

PIŚMIENNICTWO

1. Dobroczyński B.: New Age. Wydawnictwo Znak, Kraków 2000.
2. Wróbacki S.A. New Age [w:] Słownik wiedzy o religiach. Banek K. (red.). Wydawnictwo Park, Bielsko-Biała 2007: 567–575.

3. Carroll L., Tober J. The Indigo Children. The New Kids Have Arrived. Hay House LLC, Carlsbad 1999.
4. Virtue D. Dzieci Indygo: opieka i wsparcie. Studio Astropsychologii, Białystok 2005.
5. <https://parenting.pl/dzieci-indygo-kim-sa-i-jak-je-rozpoznać>, data pobrania 26.07.2025.
6. <https://kobieta.onet.pl/dziecko/dzieci-indygo-ich-charakterystyka-i-paranormalne-zdolnosci/zrw924v>, data pobrania 26.07.2025.
7. Chapman W.H., Flynn C. The Complete Idiot's Guide to Indigo Children. Penguin, London 2012.
8. <https://www.mamazone.pl/rozwoj-i-wychowanie-ucznia/dzieci-indygo>, data pobrania 26.07.2025.
9. metagifted.org, data pobrania 26.07.2025.
10. <https://www.mjakmama24.pl/rodzina/emocje-rodzicielstwo/dzieci-indygo-aa-9uJ4-1gxq-fLnL.html>, data pobrania 26.07.2025.
11. <https://test.4free.pl/test/474094/48462>, data pobrania 26.07.2025.
12. <https://www.mamowymioczami.pl/wychowanie-i-rozwoj-dzieci/dziecko-indygo-mit-czy-rzeczywistosc/>, data pobrania 26.07.2025.
13. <https://zdrowy.wroclaw.pl/dzieci-indygo-co-to-znaczy-jak-rozpoznać-i-wychować/>, data pobrania 26.07.2025.
14. allaboutindigos.com, data pobrania 26.07.2025.
15. <https://www.edziecko.pl/rodzice/7,79361,25882960,dzieci-indygo.html>, data pobrania 26.07.2025
16. <https://www.filmweb.pl/film/Indygo-2008-475676/descs>, data pobrania 26.07.2025
17. <https://telemagazyn.pl/indigo-children-2012/pr/29031>, data pobrania 26.07.2025
18. <https://www.netflix.com/pl/title/80057281>, data pobrania 26.07.2025

**PROBLEMY OPIEKI
PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ**

DUCHOWOŚĆ W OPIECE PALIATYWNEJ – NIEDOCENIANY WYMIAR CAŁOŚCIOWEGO LECZENIA

**Kacper Wrzosek¹, Kacper Ponikowski², Jakub Wilczopolski¹,
Gabriela Worotyłko¹, Maria Woś¹**

1. student III roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. student V roku kierunku lekarskiego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Współczesna medycyna coraz wyraźniej odchodzi od wyłącznie somatycznego modelu opieki na rzecz podejścia holistycznego, w którym pacjent postrzegany jest również przez pryzmat psychiczny, społeczny i duchowy [1]. Taki sposób myślenia znajduje szczególne zastosowanie w opiece paliatywnej, gdzie celem nie jest już leczenie choroby, lecz poprawa jakości życia i łagodzenie cierpienia we wszystkich jego wymiarach [2]. Jednak wymiar duchowy pozostaje często zaniedbywany w praktyce klinicznej, zarówno w systemowych rozwiązaniach, jak i w codziennej pracy personelu medycznego [3,4]. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka paliatywna powinna obejmować wsparcie duchowe dostosowane do potrzeb pacjenta i jego systemu wartości [5]. Badania wykazują, że duchowość może odgrywać kluczową rolę w procesie adaptacji do choroby, radzenia sobie z lękiem przed śmiercią, odnajdywania sensu i zachowania nadziei [6,7]. Włączenie duchowości do procesu terapeutycznego sprzyja także budowaniu relacji pomiędzy pacjentem a personelem, która oparta jest na empatii i wzajemnej obecności [8]. Niestety, z uwagi na brak standardów, odpowiednich narzędzi oraz przygotowania kadry medycznej, potrzeby duchowe pacjentów są rzadko identyfikowane i uwzględniane [9,10].

CEL PRACY

Niniejsza praca ma na celu ukazanie znaczenia duchowości jako nieodzownego elementu holistycznej opieki paliatywnej oraz wskazanie argumentów za jej systemowym wdrożeniem.

Przedstawione zostaną definicje duchowości, jej miejsce w opiece u kresu życia, formy wsparcia duchowego, dostępne narzędzia oraz bariery w realizacji tego wymiaru opieki.

HOLISTYCZNY MODEL OPIEKI MEDYCZNEJ

Podjęcie holistyczne do opieki nad pacjentem wyrażone jest m.in. w bio-psycho-społeczno-duchowym modelu opieki, zaproponowanym przez Daniela Sulmasy'ego jako konieczna odpowiedź na ograniczenia redukcjonistycznego modelu biomedycznego. Sulmasy podkreśla, że człowiek jako pacjent nie jest tylko „ciałem do naprawy”, ale osobą, która doświadcza choroby w kontekście swoich wartości, przekonań, relacji i duchowości [1]. Takie podejście zyskuje szczególne znaczenie w opiece nad osobami nieuleczalnie chorymi, dla których kluczowe stają się kwestie sensu, celu, relacji z innymi [11].

W literaturze naukowej coraz częściej wskazuje się na potrzebę integracji wszystkich wymiarów osoby ludzkiej w ramach tzw. opieki całościowej (*whole person care*) [12]. Model ten zakłada, że leczenie i towarzyszenie choremu powinno uwzględniać nie tylko diagnozę i terapię, ale również rozpoznanie jego potrzeb emocjonalnych, egzystencjalnych duchowych [13]. Takie ujęcie wpisuje się również w definicję zdrowia zaproponowaną przez WHO, zgodnie z którą zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny – do którego coraz częściej dodaje się także komponent duchowy [14].

WSPARCIE DUCHOWE W OPIECE NAD PACJENTEM TERMINALNYM

Szczególne znaczenie holistyczny model opieki zyskuje w medycynie paliatywnej, gdzie celem leczenia nie jest już wyleczenie, lecz poprawa jakości życia i łagodzenie cierpienia w jego różnych aspektach [15]. Jak zauważa Puchalski, duchowość pacjenta może wpływać na jego wybory terapeutyczne, przeżywanie bólu, jakość relacji z zespołem medycznym, a nawet sens przeżywanej choroby [16]. Uwzględnienie tych aspektów wymaga otwartości personelu medycznego na potrzeby, które często wykraczają poza domenę fizyczną i wymagają empatii, obecności oraz duchowej wrażliwości [17].

Zespół interdyscyplinarny, obejmujący lekarzy, pielęgniarki, psychologów oraz kapelanów, odgrywa fundamentalną rolę w zapewnianiu kompleksowego wsparcia duchowego. Podjęcie to jest zgodne z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC), które w ostatnich latach wydało dokumenty standaryzujące duchowość jako czwarty filar opieki paliatywnej – obok leczenia objawowego, opieki psychologicznej i wsparcia socjalnego. W praktyce klinicznej oznacza to konieczność wdrażania procedur identyfikacji potrzeb duchowych, zapewnienie obecności kapelanów i psychologów oraz systemowego wsparcia w zakresie kształcenia kadry medycznej [9,18].

Badania potwierdzają, że wsparcie duchowe poprawia jakość życia pacjentów i ich rodzin, zmniejsza poczucie osamotnienia oraz przyczynia się do lepszego przeżywania procesu umierania [19,20]. Pomimo tych dowodów, duchowość nadal bywa postrzegana jako temat marginalny, osobisty lub „nienaukowy”, co skutkuje jej niedostateczną obecnością w praktyce i edukacji medycznej [21].

Pacjenci znajdujący się w terminalnej fazie choroby często doświadczają nie tylko cierpienia fizycznego, lecz również głębokich potrzeb duchowych, które dotyczą poszukiwania sensu życia, radzenia sobie z lękiem przed śmiercią oraz odnajdywania nadziei i pojednania [6]. Wsparcie duchowe staje się dla nich istotnym źródłem siły psychicznej i emocjonalnej, umożliwiając lepsze adaptowanie się do trudnej sytuacji zdrowotnej [7].

Integracja duchowości w proces opieki paliatywnej przyczynia się do znacznej poprawy jakości życia pacjentów. Osoby, które otrzymują adekwatne wsparcie duchowe, częściej doświadczają wzrostu poczucia sensu i nadziei, co sprzyja lepszemu funkcjonowaniu psychicznemu i emocjonalnemu [8]. Ponadto duchowość jest powiązana z redukcją odczuwanego bólu oraz stresu towarzyszącego chorobie i zbliżającemu się końcowi życia [3]. Włączanie wymiaru duchowego do opieki stanowi zatem kluczowy element holistycznego podejścia do pacjenta [1].

Wsparcie duchowe realizowane jest w opiece paliatywnej za pomocą różnych form i interwencji, dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjentów. Do najczęściej wykorzystywanych metod należą [2,9]:

- rozmowa duchowa,
- obecność przy pacjencie,
- modlitwa,
- medytacja,
- arteterapia,
- terapia godności (dignity therapy) [2,9].

W praktyce klinicznej stosuje się liczne narzędzia służące do oceny potrzeb duchowych, takie jak [22,23]:

- FICA (*Faith, Importance, Community, Address*),
- FACIT-Sp (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-being*),
- SCC (*Spiritual Care Competence*),
- I-SPIRIT (*Instrument for Spiritual Assessment in Palliative Care*).

Pozwalają one na systematyczne rozpoznanie potrzeb i dostosowanie odpowiednich interwencji duchowych [22,23].

BARIERY I WYZWANIA

Jednym z głównych wyzwań we wprowadzaniu opieki duchowej w praktyce paliatywnej jest brak odpowiedniego przygotowania i szkoleń personelu medycznego. Wielu lekarzy, pielęgniarek oraz innych członków zespołu interdyscyplinarnego nie posiada kompetencji umożliwiających skuteczne rozpoznanie i adresowanie potrzeb duchowych pacjentów [3]. Niedostatek edukacji w tym obszarze prowadzi do niepewności i obaw przed poruszaniem tematów duchowości, co skutkuje marginalizowaniem tego wymiaru opieki [9].

Wrażliwość na duchowość wymaga także zdolności do prowadzenia rozmów o delikatnych i osobistych kwestiach, co jest utrudnione przez bariery komunikacyjne oraz różnice kulturowe i religijne [7].

Personel często nie jest przygotowany do pracy z pacjentami o odmiennych światopoglądach, co może powodować napięcia lub unikanie tych tematów [24]. Wymaga to rozwijania kompetencji międzykulturowych oraz umiejętności dostosowania wsparcia duchowego do indywidualnych potrzeb i przekonań pacjentów [23].

System opieki zdrowotnej często nie zapewnia odpowiednich warunków organizacyjnych do realizacji wsparcia duchowego. Brak standardów, wytycznych oraz narzędzi oceny potrzeb duchowych przekłada się na niską jakość i niesystematyczność działań [10]. Ponadto, ograniczenia czasowe i wysokie obciążenie pracą zespołów medycznych zmniejszają możliwość poświęcenia pacjentom czasu na rozmowy o wymiarze duchowym [4]. Aby skutecznie integrować opiekę duchową w praktyce paliatywnej, niezbędne jest wprowadzenie systematycznych szkoleń i programów edukacyjnych skierowanych do całego zespołu interdyscyplinarnego [8].

Kluczowe jest także rozwijanie standardów i protokołów dotyczących oceny i interwencji w sferze duchowości [6]. Ponadto, wspieranie współpracy z kapelanami i innymi specjalistami ds. duchowości oraz promowanie świadomości znaczenia tego wymiaru wśród pracowników ochrony zdrowia są niezbędne dla poprawy jakości opieki [22].

PODSUMOWANIE

Duchowość jest ważnym, lecz często pomijanym elementem opieki paliatywnej, który wpływa na poprawę jakości życia pacjentów w fazie terminalnej.

Holistyczne podejście do leczenia, uwzględniające wymiar duchowy, pozwala lepiej odpowiadać na potrzeby emocjonalne i egzystencjalne pacjentów.

Mimo licznych korzyści, w praktyce klinicznej napotyka się na bariery takie jak brak odpowiedniego przygotowania personelu czy ograniczenia systemowe.

Wprowadzenie szkoleń, standardów oraz interdyscyplinarnej współpracy może znacząco poprawić jakość wsparcia duchowego, przyczyniając się do bardziej kompleksowej opieki paliatywnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Sulmasy DP. A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *Gerontologist*, 2002; 42(Spec No 3): 24–33.
2. Puchalski CM, Ferrell B. *Making Health Care Whole: Integrating Spirituality into Health Care*. Templeton Press, West Conshohocken 2010.
3. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, et al. Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*. 2022; 328(2): 184–197.
4. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 2014; 17(6): 642–656.
5. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, data pobrania 18.07.2025.
6. Rego F, Gonçalves F, Moutinho S, et al. The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 2020; 19(1): 22.
7. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012; 2012: 278730.
8. Breitbart W, Chochinov HM. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8(Suppl 1): S103-S115.
9. Best M, Leget C, Goodhead A, et al. An EAPC white paper on spiritual care education standards in palliative care. *BMC Palliative Care*, 2020; 19: 9.
10. Jaman-Mewes P, Oliveira MCdS, Mazotti MR, et al. Spiritual care interventions for palliative care patients: A scoping review. *Palliative & Supportive Care*, 2024; 22(5): 1449–1468.
11. Mount B, Boston P, Cohen SR. Healing connections: on moving from suffering to a sense of well-being. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007; 33(4): 372–388.
12. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Proceedings of Baylor University Medical Center*, 2001; 14(4): 352–357.

13. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 2009; 12(10): 885–904.
14. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, 45th ed. Supplement. 2006.
15. Twycross R, Lemos M. Symptom Management in Advanced Cancer. 4th ed. Radcliffe Publishing, Abingdon 2009.
16. Puchalski CM. Spirituality and health: the art of compassionate medicine. *Hospital Practices*, 2001; 36(5): 45–52.
17. Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2017; 54(3): 441–453.
18. Paal P, Helo Y, Frick E. Spiritual care training provided to healthcare professionals: A systematic review. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 2015; 69(1): 19–30.
19. Alcorn SR, Balboni MJ, Prigerson HG, et al. "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2010; 13(5): 581–588.
20. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2011; 41(6): 986–994.
21. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *The British Journal of General Practice*, 2011; 61(592): e749–e760.
22. Steinhauser KE, Fitchett G, Handzo GF, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2017; 54(3): 428–440.
23. Sulmasy DP. Spiritual issues in the care of dying patients: "...It's okay between me and God". *JAMA*. 2006; 296(11): 1385–1392.
24. Selman L, Harding R, Beynon T, et al. Providing spiritual support: what are the perspectives and experiences of palliative care patients and spiritual care providers? *Journal of Pain and Symptom Management*, 2011; 41(6): 998–1008.

ŻYWIENIE W OPIECE PALIATYWNEJ U PACJENTA Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWĄ

Maria Nowakowska¹, Izabela Maciejewska-Paszek²

1. PROELMED –Przychodnie Łaziska Górne
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WSTĘP

Problemy żywieniowe stanowią jedno z najpoważniejszych i najbardziej obciążających wyzwań w opiece paliatywnej nad pacjentami z zaawansowaną chorobą nowotworową. W dostępnej literaturze przedstawione są liczne dowody na wielowymiarową rolę żywienia u pacjentów w okresie terminalnym. Celem żywienia jest minimalizowanie skutków ubocznych u pacjentów onkologicznych – łagodzenia ich objawów i poprawa jakości życia w fazie terminalnej. W naszym doniesieniu omawiamy patofizjologię i strategię kliniczną postępowania z kacheksją nowotworową i sarkopenią. Staraliśmy się skupić na analizie wiedzy, zaleceń i działaniach zapobiegawczych zarówno u pacjentów jak ich rodzin. Zidentyfikowano fundamentalną lukę pomiędzy ogromnym zapotrzebowaniem na rzetelną, spersonalizowaną wiedzę na temat diety, suplementacji i ich związku z terapią, a standardami edukacji oferowanymi przez systemy opieki zdrowotnej. Wnioski płynące z analizy wskazują na konieczność wdrożenia zintegrowanych, multidyscyplinarnych modeli opieki, w których edukacja i komunikacja stanowią wsparcie dla pacjenta i jego bliskich.

ROLA ŻYWIENIA W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Żywnienie w kontekście zaawansowanej choroby nowotworowej znacznie wykracza poza fizjologiczne zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Staje się ono centralnym punktem, wokół którego koncentrują się lęki, nadzieje i codzienne zmagania zarówno pacjentów, jak i ich opiekunów [1]. Jedzenie, głęboko zakorzenione w kulturze jako symbol życia, siły, zdrowia i troski, w obliczu choroby terminalnej nabiera nowego. Niemożność przyjmowania pokarmu, utrata apetytu czy spadek masy ciała generują ogromny niepokój i stają się widocznym znakiem postępującej choroby, co negatywnie wpływa na stan psychiczny pacjenta i jego rodziny [1,2].

U pacjentów objętych opieką paliatywną powszechnie występują problemy żołądkowo-jelitowe, takie jak nudności, wymioty, biegunki, zaparcia czy uczucie wczesnej sytości, które prowadzą do niedoborów żywieniowych i utraty masy ciała [1,3]. Niedożywienie i związany z nim zespół wyniszczenia nowotworowego - kacheksja - są niezależnymi, negatywnymi czynnikami prognostycznymi. Wpływają one na opóźnienie gojenia pooperacyjnego, zmniejszenie skuteczności terapii, wzrost ryzyka infekcji, wydłużenie hospitalizacji oraz obniżenie jakości życia [4].

Szacuje się, że nawet 20% zgonów pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej jest bezpośrednio spowodowanych skutkami niedożywienia [1,5].

Leczenie żywieniowe musi być elastyczne i dostosowane do etapu choroby i indywidualnych potrzeb pacjenta. W momencie, kiedy pacjent otrzymuje jeszcze leczenie onkologiczne dieta ma wspierać organizm pacjenta i minimalizować skutki uboczne terapii. W miarę postępu choroby, priorytety przesuwają się w kierunku łagodzenia uciążliwych objawów, utrzymania sprawności funkcjonalnej i zapewnienia komfortu chorego. W końcowej fazie życia celem nadrzędnym staje się poprawa QoL (*Quality of Life*), a niekoniecznie odwracanie procesów katabolicznych [6].

Analiza relacji między pacjentami a ich opiekunami ujawnia fundamentalny konflikt percepcyjny, który można określić mianem "dylematu opiekuna". Opiekunowie, kierując się miłością i troską, często postrzegają karmienie jako swój główny obowiązek i najważniejszy wyraz opieki. W ich perspektywie, pacjent powinien "starać się jeść", aby walczyć z chorobą [1,7].

Jednakże dla pacjenta, który zмага się z brakiem apetytu, bólem, nudnościami i fizyczną niemożnością przełykania, każda próba jedzenia staje się źródłem dodatkowego cierpienia, a presja ze strony bliskich potęguje poczucie winy i frustracji. Ta rozbieżność w postrzeganiu – jedzenie jako akt opieki kontra jedzenie jako ciężar – prowadzi do napięć w relacjach rodzinnych. Pacjent może czuć, że zawodzi oczekiwania bliskich, a opiekun może interpretować odmowę jedzenia jako rezygnację i poddanie się. Zrozumienie tego mechanizmu jest kluczowe, ponieważ pokazuje, że skuteczna interwencja żywieniowa musi obejmować nie tylko pacjenta, ale cały system rodzinny. Konieczna jest edukacja, która pomoże redefiniować pojęcie "opieki", przenosząc akcent z przymusowego karmienia na inne formy wsparcia, takie jak dbałość o higienę jamy ustnej, podawanie ulubionych płynów w małych ilościach czy po prostu wspólne spędzanie czasu bez presji związanej z jedzeniem.

KLINICZNE WYZWANIA ŻYWIENIOWE: KACHEKSJA I SARKOPENIA W OPIECE PALIATYWNEJ

Kacheksja Nowotworowa

Kacheksja nowotworowa jest złożonym zespołem metabolicznym, definiowanym jako wieloczynnikowy proces charakteryzujący się postępującą utratą masy mięśniowej szkieletowej (z utratą tkanki tłuszczowej lub bez niej), której nie można w pełni odwrócić za pomocą konwencjonalnego wsparcia żywieniowego [8]. U jej podłoża leżą głębokie zaburzenia metaboliczne napędzane przez przewlekły stan zapalny indukowany przez nowotwór [8,9]. Szacuje się, że kacheksja dotyka nawet do 80% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, a mimo to pozostaje często nierozpoznana lub jest leczona w sposób niewystarczający [8,10]. Jednym z powodów jest brak globalnego konsensusu co do jej precyzyjnej definicji, co utrudnia prowadzenie badań klinicznych i standaryzację opieki [8,11]. Dla dietetyków klinicznych kacheksja stanowi jedną z największych barier w zapewnieniu adekwatnego wsparcia żywieniowego, ponieważ proste dostarczanie kalorii nie jest w stanie zatrzymać procesów katabolicznych w organizmie [4,12]. W tym kontekście kluczową rolę odgrywa edukacja pacjentów i ich opiekunów na temat mechanizmów i objawów kacheksji, co jest niezbędne dla zrozumienia natury problemu i budowania realistycznych oczekiwań wobec interwencji żywieniowych [13].

Sarkopenia

Sarkopenia, czyli postępująca utrata masy i siły mięśniowej. Liczne badania z ostatnich lat jednoznacznie wskazują, że sarkopenia jest silnym, niezależnym predyktorem krótszego czasu przeżycia u pacjentów objętych opieką paliatywną [9, 14]. W jednym z prospektywnych badań wykazano, że pacjenci z wynikiem w kwestionariuszu SARC-F (narzędziu przesiewowym do oceny sarkopenii) wynoszącym 4 lub więcej punktów, mieli medianę przeżycia całkowitego wynoszącą zaledwie 40 dni, w porównaniu do 121 dni w grupie z niższym wynikiem [9,15].

Konsekwencje sarkopenii wykraczają poza wpływ na długość życia. Utrata masy i siły mięśniowej bezpośrednio przekłada się na pogorszenie sprawności fizycznej, prowadząc do większej zależności od opiekunów a także utraty samodzielności [9,16].

Pacjenci z sarkopenią doświadczają również znacznie większego obciążenia objawami, takimi jak przewlekłe zmęczenie, bezsenność i brak apetytu, co w sumie prowadzi do znacznego obniżenia ogólnej jakości życia, na co ma wpływ także niedożywienie [9,17].

Badanie przeprowadzone wśród pacjentów w domowej opiece paliatywnej wykazało, że 77% z nich miało sarkopenię, a 68% było niedożywionych, co potwierdza istnienie błędnego koła, w którym niedożywienie napędza sarkopenię, a ta z kolei utrudnia przyjmowanie pokarmu [9,18].

METODY OCENY STANU ODŻYWIENIA W WARUNKACH PALIATYWNYCH

\W opiece paliatywnej, szczególnie w jej terminalnej fazie, stosowanie zaawansowanych technik diagnostycznych do oceny składu ciała, takich jak densytometria (DXA) czy tomografia komputerowa (TK), jest często niepraktyczne, nieetyczne i nie wnosi wartości dodanej do planu opieki. Największe znaczenie odgrywają nieinwazyjne i powtarzalne metody, które można zastosować przy łóżku pacjenta [9,19].

Do najczęściej rekomendowanych i praktycznych narzędzi oceny należą:

- Kwestionariusz SARC-F: Proste, składające się z pięciu pytań narzędzie przesiewowe, oceniające siłę, zdolność do chodzenia, wstawania z krzesła, wchodzenia po schodach i historię upadków. Jest idealne do stosowania w warunkach opieki paliatywnej ze względu na brak potrzeby użycia jakiegokolwiek sprzętu [9,20].
- Pomiary Antropometryczne: Metody takie jak pomiar obwodu ramienia, obwodu łydki oraz siły uścisku dłoni za pomocą dynamometru, są prostymi i dostępnymi wskaźnikami masy mięśniowej i ogólnej sprawności funkcjonalnej [9,21].
- Analiza Impedancji Bioelektrycznej (BIA): Nieinwazyjna i szybka metoda oceny składu masy ciała i stanu nawodnienia [9,22]. W przypadku tej metody należy zwrócić szczególną uwagę na stopień nawodnienia pacjentów, ponieważ jej wyniki mogą być zaburzone przez wahania płynów w organizmie, co jest częste w tej grupie chorych
- Skale Oceny Klinicznej: Powszechnie stosuje się zwalidowane skale, takie jak PG-SGA (Patient-Generated Subjective Global Assessment) i NRS-2002, do oceny ryzyka żywieniowego i stopnia niedożywienia [23]. Ponadto, narzędzia takie jak zmodyfikowana skala Glasgow Prognostic Score (mGPS) mogą być pomocne w identyfikacji kacheksji i podejmowaniu decyzji dotyczących ewentualnego włączenia żywienia dojelitowego [23,24].

ROLA ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO W INTERWENCJACH ŻYWIENIOWYCH U CHORYCH W STANIE PALIATYWNYM

Podstawową zasadą opieki żywieniowej w medycynie paliatywnej jest brak jednego,

uniwersalnego rozwiązania. Każda interwencja musi być "kontekstowa, osiągalna oraz zindywidualizowana" [6,25], co oznacza konieczność uwzględnienia prognozy pacjenta, jego osobistych celów i preferencji, a także aktualnego stanu klinicznego [9,26].

Kluczową rolę w tym procesie odgrywa interdyscyplinarny zespół paliatywny, w którym centralną postacią w zakresie żywienia jest wykwalifikowany dietetyk kliniczny [4,27].

Rola dietetyka wykracza poza proste układanie jadłospisów. Obejmuje ona tworzenie spersonalizowanych planów żywieniowych, edukację pacjenta i rodziny, a przede wszystkim łagodzenie niepokoju i stresu związanego z jedzeniem [4,28].

Badania wykazują, że ścisła i regularna współpraca dietetyka z resztą zespołu paliatywnego jest bezpośrednio związana z lepszymi wynikami opieki. Dietetycy zgłaszają ogromne trudności w doborze odpowiedniego pożywienia dla pacjentów, którzy nie są w stanie jeść, zmagają się z metabolicznymi barierami kacheksji, a także odczuwają presję psychiczną związaną z niemożnością spełnienia oczekiwań pacjenta i jego rodziny [4,29].

Modyfikacja Diety i Doustne Suplementy Diety

Doustne suplementy pokarmowe, znane również jako "nutridrinki", stanowią podstawową i dobrze udokumentowaną formę interwencji żywieniowej.

Przegląd badań potwierdza, że regularne stosowanie suplementów diety może skutecznie zapobiegać dalszej utracie masy ciała i beztłuszczowej masy ciała, a także łagodzić nasilenie skutków ubocznych leczenia onkologicznego, takich jak radioterapia, co bezpośrednio przekłada się na poprawę jakości życia [23,30].

Nawet prosta interwencja, polegająca na dostarczeniu dodatkowych 300 kcal i co najmniej 12g białka dziennie, jest rekomendowana jako skuteczna metoda prewencji niedożywienia w tej grupie pacjentów [23,31].

Równie ważna jest modyfikacja diety w celu łagodzenia konkretnych dolegliwości. W opiece paliatywnej kluczowe jest odejście od restrykcyjnych zaleceń dietetycznych na rzecz liberalizacji diety. Celem nadrzędnym staje się komfort pacjenta, a nie ścisłe przestrzeganie zasad "zdrowego żywienia" [23,32].

Poniższa tabela syntetyzuje praktyczne rekomendacje żywieniowe w zarządzaniu najczęstszymi skutkami ubocznymi terapii.

Tabela 1. Rekomendacje żywieniowe minimalizujące skutki uboczne terapii przeciwnowotworowej.

Skutek Uboczny	Rekomendacje Żywieniowe	Pokarmy Zalecane	Pokarmy do Unikania
Nudności i wymioty	Małe, częste posiłki; unikanie potraw o silnym zapachu; picie chłodnych, klarownych płynów pomiędzy posiłkami; jedzenie i picie bez pośpiechu; odpoczynek po posiłku w pozycji siedzącej.	Sucharki, krakersy, grzanki, gotowany ryż, makaron, chude mięso (kurczak, indyk), ryby, gotowane warzywa, owoce w puszcze, jogurt naturalny.	Potrawy smażone, tłuste, pikantne; potrawy o intensywnym zapachu; kawa, mocna herbata, alkohol.
Ból w jamie ustnej i gardle	Potrawy o miękkiej, gładkiej konsystencji (purée, zupy typu krem); unikanie potraw kwaśnych, słonych i pikantnych; potrawy podawane w temperaturze pokojowej lub chłodne; picie przez słomkę.	Zupy typu krem, koktajle mleczne/owocowe, purée ziemniaczane, gotowane jajka, twarożek, lody, budynie, gotowane płatki owsiane.	Owoce cytrusowe i soki, pomidory, ostre przyprawy, twarde i chrupiące produkty (np. surowe warzywa, chipsy), alkohol, napoje gazowane.
Zmiany smaku i zapachu	Używanie plastikowych sztućców; dodawanie do potraw ziół, przypraw, soku z cytryny (gdy nie ma zmian zapalnych w jamie ustnej); płukanie ust przed jedzeniem; wybieranie potraw chłodnych lub w temp. pokojowej.	Chude mięso drobiowe, ryby, jaja, nabiał; potrawy marynowane (jeśli tolerowane); dodatek sosów (np. barbecue, teriyaki) do mięs.	Czerwone mięso (często powoduje metaliczny posmak), potrawy o silnym zapachu, kawa.
Suchość w ustach	Częste popijanie małych ilości wody; ssanie kostek lodu lub cukierków bez cukru; dodawanie do potraw sosów, masła, oliwy; unikanie suchych i twardych produktów;	Potrawy z dużą ilością sosu, zupy, gulasze, miękkie owoce (np. melon, arbuz), koktajle, lody.	Suche produkty (krakersy, pieczywo chrupkie), słone potrawy, kofeina, alkohol, tytoń.

	stosowanie sztucznej śliny.		
Zmęczenie	Planowanie i przygotowywanie posiłków z wyprzedzeniem; korzystanie z gotowych, zdrowych dań; podawanie w małych porcjach, ale częściej, bogatoenergetyczne przekąski; niezbędna jest pomoc rodziny/przyjaciół w zakupach i gotowaniu.	Gotowe zupy, koktajle odżywcze, jogurty, sery, orzechy, suszone owoce, jajka na twardo, kanapki.	Potrawy wymagające długiego i skomplikowanego przygotowania.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury [6,33].

WSKAZANIA DO ŻYWIENIA DOJELITOWE (EN) I POZAJELITOWE (PN)

Decyzja o wdrożeniu sztucznego żywienia i nawadniania (ANH – *Artificial Nutrition and Hydration*) jest jedną z najtrudniejszych w opiece paliatywnej i wymaga starannego rozważenia potencjalnych korzyści i ryzyka. Zgodnie z wytycznymi, ANH musi być zintegrowane z planem opieki paliatywnej [23, 34]. Zasadą jest, że żywienie dojelitowe (EN), czyli podawanie pokarmu przez zgłębnik lub gastrostomię bezpośrednio do przewodu pokarmowego, jest metodą z wyboru, o ile przewód pokarmowy jest drożny i funkcjonuje [23,35]. Najczęstszymi wskazaniami do EN są nowotwory zlokalizowane w obrębie głowy i szyi oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego, które powodują mechaniczną przeszkodę w połykaniu (dysfagia) lub niedrożność [23,36]. U pacjentów w fazie terminalnej sztuczne żywienie często nie przynosi oczekiwanych rezultatów, nie poprawia komfortu i może być źródłem dodatkowych powikłań, takich jak infekcje, zaburzenia metaboliczne czy biegunki. Szczególnie kontrowersyjne jest żywienie pozajelitowe (PN), czyli podawanie składników odżywczych drogą dożylną [23,37]. Badania kliniczne wykazały, że w tej grupie pacjentów PN ma minimalną wartość, a w niektórych przypadkach może nawet skracać życie. Podobnie, w przypadku pacjentów z zaawansowaną demencją, wprowadzenie żywienia przez zgłębnik nie poprawia wyników klinicznych [23,38]. Ostateczna decyzja dotycząca poziomu interwencji żywieniowej musi zawsze szanować autonomię i wolę świadomego pacjenta [23,39].

ROLA EDUKACJI PACJENTÓW W LECZENIU ŻYWIENIOWYM

Pacjenci z chorobą nowotworową, zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu, wykazują ogromne i w dużej mierze niezaspokojone potrzeby informacyjne dotyczące diety, stylu życia, strategii radzenia sobie z objawami oraz kontroli masy ciała [40]. Istnieje wyraźny rozdźwięk między tym, czego pacjenci potrzebują, a tym, co otrzymują od systemu opieki zdrowotnej. W praktyce, porady żywieniowe są często ogólnikowe, pozbawione konkretów i nie towarzyszy im dalsze, systematyczne wsparcie [40,41].

Ta luka informacyjna zmusza pacjentów do poszukiwania wiedzy na własną rękę. Głównym i najłatwiej dostępnym źródłem staje się Internet, który niestety jest pełen nierzetelnych, sprzecznych, a nierzadko potencjalnie szkodliwych informacji [40,42]. Tymczasem preferencje pacjentów są jasne: oczekują oni konkretnych, spersonalizowanych zaleceń, przekazywanych w bezpośredniej rozmowie z personelem medycznym (lekarzem, pielęgniarką, dietetykiem), a także cenią sobie możliwość wymiany doświadczeń i wsparcia ze strony innych pacjentów [40,43].

Pacjenci są żywo zainteresowani tym, jak za pomocą diety mogą aktywnie wpłynąć na przebieg leczenia i złagodzić jego uciążliwe skutki uboczne [40,44]. Ich intuicja znajduje potwierdzenie w badaniach naukowych. Wykazano, że wdrożenie opartego na dowodach programu wsparcia żywieniowego u pacjentów poddawanych radioterapii (w tym przypadku z powodu raka nosogardła) może znacząco zmniejszyć nasilenie działań niepożądanych, takich jak popromienne zapalenie błon śluzowych jamy ustnej czy zapalenie skóry, a w konsekwencji poprawić ogólną jakość życia [45].

Edukacja pacjenta ma bezpośredni wpływ na wyniki kliniczne. Przykładowo, systematyczne szkolenie pacjentów w zakresie prawidłowej pielęgnacji centralnych cewników dożylnych, które są często wykorzystywane do podawania chemioterapii, może istotnie zmniejszyć ryzyko groźnych powikłań infekcyjnych [46]. Podobnie, edukacja na temat wczesnych objawów niedrożności jelit – częstego powikłania w zaawansowanej chorobie nowotworowej – jest kluczowa dla szybkiej interwencji i uniknięcia poważnych konsekwencji [47]. Co więcej, odpowiednie wsparcie żywieniowe i psychologiczne zwiększa ogólną odporność pacjenta na trudy leczenia, co może poprawić jego tolerancję i przyspieszyć regenerację organizmu pomiędzy kolejnymi cyklami terapii [6,48].

Zainteresowanie pacjentów onkologicznych suplementami diety jest powszechne i bardzo wysokie. Poszukują oni informacji na temat tego, czy i jak konkretne witaminy, minerały czy preparaty ziołowe mogą wpłynąć na przebieg choroby, jej progresję i ostateczne rokowanie [40,49].

Niestety, to ogromne zainteresowanie zderza się z dwiema poważnymi barierami. Po pierwsze, rynek suplementów diety jest słabo regulowany, a instytucje nadzorujące, takie jak amerykańska FDA, nie posiadają systematycznych narzędzi do monitorowania wszystkich nowo wprowadzanych produktów i ich składu [50].

Po drugie, pacjenci rzadko otrzymują profesjonalne doradztwo w tym zakresie. Prowadzi to do niebezpiecznej sytuacji, w której na własną rękę stosują oni preparaty o nieudowodnionej skuteczności, które mogą wchodzić w szkodliwe interakcje z chemioterapią lub radioterapią, osłabiając ich działanie lub nasilając toksyczność [6,51]. Co więcej, problem leży również po stronie personelu medycznego, który często sam nie posiada wystarczającej wiedzy lub pewności siebie, aby udzielać rzetelnych porad na temat suplementacji [40,52]. W związku z tym, istnieje pilna potrzeba edukacji zarówno pacjentów, jak i profesjonalistów medycznych na temat odpowiedzialnego i opartego na dowodach stosowania suplementów diety w onkologii [53].

Edukacja pacjenta i jego rodziny nie jest jedynie dodatkiem do opieki medycznej, ale jej integralnym i kluczowym elementem, który ma bezpośredni wpływ na wyniki kliniczne. Badania systematyczne dowodzą, że ustrukturyzowane i powtarzane w czasie interwencje edukacyjne prowadzą do wymiernej poprawy wiedzy i umiejętności pacjentów w zakresie samokontroli i samoopieki. To z kolei przekłada się na obiektywnie mierzalne korzyści, takie jak zmniejszenie liczby powikłań, np. infekcji związanych z leczeniem [46,54].

Podejście do edukacji musi być kompleksowe. Nie może ograniczać się wyłącznie do aspektów dietetycznych. Powinno obejmować szeroki zakres tematów, takich jak nauka rozpoznawania objawów alarmowych (np. symptomów niedrożności jelit), które wymagają natychmiastowej interwencji medycznej [47,55], a także skuteczne zarządzanie bólem oraz wsparcie w sferze psychospołecznej i duchowej [23,56]. Ostatecznym celem jest wzmocnienie pacjenta (*empowerment*), czyli wyposażenie go w wiedzę i narzędzia, które pozwolą mu stać się aktywnym i świadomym partnerem w procesie leczenia i opieki [13,57].

Aby skutecznie realizować cele edukacyjne, współczesna medycyna dysponuje coraz szerszym wachlarzem innowacyjnych narzędzi i modeli organizacyjnych:

- **Nawigacja Pacjenta:** Jest to model opieki, w którym dedykowana osoba (nawigator) wspiera pacjenta na całej, często skomplikowanej ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej. Nawigatorzy pomagają w pokonywaniu barier systemowych (np. umawianie wizyt, rozumienie procedur), dostarczają informacji i wsparcia emocjonalnego. Badania pokazują, że programy nawigacji skutecznie poprawiają satysfakcję pacjentów z opieki oraz ich jakość życia [58].

- **Wyniki Zgłaszane przez Pacjenta:** Są to standaryzowane kwestionariusze, za pomocą których systematycznie zbiera się informacje o objawach, samopoczuciu i jakości życia bezpośrednio od pacjenta. Regularne monitorowanie pozwala personelowi medycznemu na szybsze reagowanie na problemy, lepsze zarządzanie objawami, a także poprawia komunikację na linii pacjent-lekarz. Co więcej, istnieją dowody, że systematyczne wykorzystanie w opiece onkologicznej może nawet przyczynić się do wydłużenia czasu przeżycia [59].
- **Nowe Technologie:** Rozwój technologii otwiera nowe możliwości w edukacji zdrowotnej. Trwają badania nad wykorzystaniem narzędzi opartych na sztucznej inteligencji (AI) [60].

POSTRZEGANIE SPECJALISTYCZNYCH DIET – MITY I KONTROWERSJE

Wokół tematu diet w chorobie nowotworowej narosło wiele mitów i kontrowersji, szczególnie w odniesieniu do diet alternatywnych, takich jak dieta ketogeniczna. Analiza najnowszych publikacji naukowych z lat 2022-2025 nie dostarcza jednak solidnych dowodów na skuteczność i bezpieczeństwo stosowania diety ketogenicznej w opiece paliatywnej nad pacjentami z rakiem. Wzmianki na jej temat pojawiają się w zupełnie innych kontekstach klinicznych, takich jak leczenie padaczki lekoopornej czy cukrzycy [61].

W przeciwieństwie do diet eliminacyjnych, zasada zwiększonej podaży białka i energii w diecie pacjenta onkologicznego ma mocne poparcie w dowodach naukowych. Rekomendacje kliniczne jednoznacznie wskazują na potrzebę dostarczania odpowiedniej ilości białka (np. co najmniej 12 g w jednym doustnym suplemencie pokarmowym) w celu spowolnienia procesów katabolicznych i zapobiegania dalszej utracie masy mięśniowej [6,62].

Wnioski dla praktyki klinicznej są jednoznaczne: wobec braku dowodów na korzyści i potencjalnego ryzyka (niedożywienie, obciążenie dla pacjenta), stosowanie restrykcyjnych diet, takich jak dieta ketogeniczna, powinno być odradzane w tej populacji. Zamiast tego, należy promować zbilansowaną, zindywidualizowaną, bogatobiałkową i bogatoenergetyczną dietę, dostosowaną do aktualnych możliwości, preferencji i tolerancji pacjenta.

Analiza postaw pacjentów ujawnia ważny mechanizm: nie są oni pasywnymi odbiorcami opieki. Wręcz przeciwnie, aktywnie poszukują informacji i strategii (dieta, suplementy), aby odzyskać poczucie kontroli nad swoim życiem i chorobą, poprawić jakość życia i, jeśli to możliwe, wpłynąć na rokowanie [40,63]. Ta godna podziwu proaktywność zderza się jednak z systemową porażką w dostarczaniu wiarygodnej, spersonalizowanej i łatwo dostępnej wiedzy [40,64]. Powstaje zjawisko, które można nazwać "terapeutycznym dryfem": pacjenci, pozostawieni sami sobie, dryfują w kierunku niesprawdzonych metod promowanych

w Internecie. Może to prowadzić do szkodliwych interakcji lekowych, niepotrzebnych wydatków, a także rodzić fałszywą nadzieję, po której następuje głębokie rozczarowanie. Problem nie leży więc w "braku wiedzy" pacjenta, ale w "braku systemowego przewodnictwa". Rozwiązaniem nie jest zatem samo wręczenie broszury informacyjnej, ale stworzenie zintegrowanych systemów wsparcia, takich jak programy nawigacji pacjenta, które pomagają chorym i ich rodzinom poruszać się w skomplikowanym krajobrazie medycznym i podejmować świadome, bezpieczne decyzje.

REKOMENDACJE DLA PRAKTYKI KLINICZNEJ

Na podstawie przeglądu najnowszych badań można sformułować kluczowe rekomendacje dla praktyki klinicznej w obszarze żywienia w opiece paliatywnej:

1. Wczesne Rozpoczynanie Dialogu: Rozmowy na temat odżywiania, realistycznych celów opieki oraz potencjalnych korzyści i obciążeń związanych z interwencjami (w tym ze sztucznym żywieniem), powinny być inicjowane na jak najwcześniejszym etapie opieki paliatywnej, a nie dopiero w sytuacji kryzysu [23,65].
2. Wspieranie Zespołów Interdyscyplinarnych: Konieczne jest systemowe inwestowanie w rozwój kadr, w szczególności w specjalistyczne szkolenia i tworzenie dedykowanych etatów dla dietetyków klinicznych w zespołach opieki paliatywnej. Ich wiedza i umiejętności są kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości opieki [4,66].
3. Implementacja Ustrukturyzowanej Edukacji: Należy wdrażać w placówkach medycznych formalne, powtarzalne programy edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin. Programy te powinny wykorzystywać różnorodne, łatwo przyswajalne formy przekazu, takie jak materiały pisemne, filmy instruktażowe oraz nowoczesne narzędzia cyfrowe [46,67].

Poniższa tabela przedstawia wyzwania, z jakimi mierzą się dietetycy w opiece paliatywnej oraz rekomendowane strategie radzenia sobie z nimi.

Tabela 2. Kluczowe wyzwania i rekomendowane interwencje dla dietetyków w opiece paliatywnej.

Wyzwanie kliniczne/psychospołeczne	Opis problemu	Rekomendowana interwencja/strategia
Trudność w doborze jedzenia dla pacjenta niezdolnego do jedzenia	Konflikt między pragnieniem odżywiania pacjenta a jego fizyczną niemożnością jedzenia, prowadzący do cierpienia chorego i frustracji opiekunów.	Przejsie z bilansu kalorycznego na komfort pacjenta. Edukacja rodziny na temat "opieki bez karmienia" (np. dbałość o higienę jamy ustnej, podawanie małych ilości ulubionych płynów).

Kacheksja jako bariera metaboliczna	Świadomość, że konwencjonalne wsparcie żywieniowe nie jest w stanie odwrócić procesów katabolicznych, co może prowadzić do poczucia bezradności.	Realistyczne ustalanie celów z pacjentem i rodziną. Koncentracja na łagodzeniu objawów (np. zmęczenia), a nie na przyroście masy ciała.
Presja ze strony rodziny i konflikty z tym związane	Opiekunowie postrzegają karmienie jako wyraz miłości i troski, wywierając niezamierzoną presję na pacjenta, co prowadzi do napięć i poczucia winy.	Prowadzenie wspólnych konsultacji z pacjentem i rodziną. Mediacja i pomoc w znalezieniu alternatywnych, niematerialnych sposobów wyrażania opieki.
Brak wystarczającej wiedzy i doświadczenia w opiece paliatywnej	Wielu dietetyków nie posiada specjalistycznego przygotowania do pracy z pacjentami u kresu życia, co utrudnia radzenie sobie ze złożonymi problemami etycznymi i psychologicznymi.	Inwestowanie w dedykowane, podyplomowe programy szkoleniowe i certyfikacyjne z zakresu opieki paliatywnej dla dietetyków.
Obciążenie psychiczne i ryzyko wypalenia zawodowego	Codzienny kontakt z cierpieniem, śmiercią i trudnymi sytuacjami rodzinnymi stanowi ogromne obciążenie emocjonalne dla personelu.	Promowanie kultury wsparcia w zespole. Zapewnienie dostępu do wsparcia psychologicznego dla członków zespołu paliatywnego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury [4,68].

WNIOSKI I KIERUNKI DALSZYCH BADAŃ

Żywnienie w opiece paliatywnej nad pacjentem z chorobą nowotworową jest zagadnieniem niezwykle złożonym, wykraczającym poza ramy tradycyjnej dietetyki. Stanowi ono problem kliniczny, psychologiczny, społeczny i etyczny, który wymaga holistycznego, zindywidualizowanego i multidyscyplinarnego podejścia. Centralnym celem wszelkich interwencji powinna być poprawa jakości życia pacjenta, łagodzenie objawów i zapewnienie komfortu, przy jednoczesnym poszanowaniu jego autonomii. Cele te często stoją w opozycji do dążenia do odwracania nieuniknionych procesów katabolicznych, takich jak kacheksja i sarkopenia.

Analiza najnowszych badań ujawnia krytyczną i niebezpieczną lukę pomiędzy ogromnymi potrzebami informacyjnymi pacjentów a standardami edukacji oferowanymi przez system opieki zdrowotnej. Pacjenci są proaktywnymi, zmotywowanymi uczestnikami procesu leczenia, lecz często pozostają osamotnieni w swoich poszukiwaniach rzetelnej wiedzy na temat diety, suplementacji i ich wpływu na chorobę, co naraża ich na dezinformację i potencjalne szkody.

W świetle tych wniosków, konieczne jest ukierunkowanie przyszłych badań na następujące obszary:

- Ocena skuteczności różnych modeli edukacji: Należy przeprowadzić rygorystyczne badania porównujące efektywność różnych interwencji edukacyjnych (np. nawigacja pacjenta, wsparcie grupowe, narzędzia cyfrowe) w zakresie poprawy wiedzy, zmiany zachowań zdrowotnych i jakości życia pacjentów i ich rodzin.
- Rola i bezpieczeństwo suplementacji: Istnieje pilna potrzeba przeprowadzenia dobrze zaprojektowanych badań klinicznych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo stosowania konkretnych suplementów diety w tej populacji, ze szczególnym uwzględnieniem ich interakcji z leczeniem onkologicznym.
- Ocena diet alternatywnych: Należy obiektywnie zbadać potencjalne korzyści i ryzyka związane ze stosowaniem specyficznych modeli żywieniowych, takich jak dieta ketogeniczna, w kontekście paliatywnym, koncentrując się na mierzalnych wskaźnikach, takich jak jakość życia, obciążenie objawami i tolerancja leczenia.
- Zarządzanie relacjami w rodzinie: Konieczne jest opracowanie i walidacja narzędzi diagnostycznych oraz interwencji psychologicznych, które pomogą w ocenie i zarządzaniu konfliktem percepcyjnym dotyczącym żywienia, jaki często występuje między pacjentami a ich opiekunami.

Podjęcie tych wyzwań badawczych jest kluczowe dla poprawy standardów opieki i zapewnienia, że każdy pacjent u kresu życia otrzyma wsparcie żywieniowe, które będzie nie tylko skuteczne, ale przede wszystkim godne i humanitarne.

PIŚMIENNICTWO

1. Llinares-Insa L, Chisbert-Alapont E, Benedito-Monleón M, González-Navarro P. Improve the quality of end-of-life in cancer patients using social representations of nutrition. *Frontiers in Oncology*, 2025; 14: 1386953.
2. Loeliger J, Dewar S, Kiss N, Dumbrell J, Elliott A, et al. Co-design of a cancer nutrition care pathway by patients, carers, and health professionals: the CanEAT pathway. *Supportive Care Cancer*, 2023; 31: 99.
3. Santo B, Bertini N, Cattaneo C, De Matteis S, De Franco P, et al. Nutritional counselling for head and neck cancer patients treated with (Chemo) radiation therapy: why, how, when, and what? Format: opinion authors. *Frontiers in Oncology*, 2023; 13: 1240913.
4. Al-Jawaldeh A, Hammerich A, Abdulghafar Aldayel F, Troisi G, Al-Jawaldeh H, et al. A Review on the Multidisciplinary Approach for Cancer Management in the Eastern

- Mediterranean Region: A Focus on Nutritional, Lifestyle and Supportive Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2025; 22(4): 639.
5. Hiatt J, Young A, Brown T, Banks M, Bauer J. Improving patient and carer access to information and support through head and neck cancer treatment and survivorship using experience-based co-design. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2023; 36: 443–452.
 6. Lopes H, Lima S, Lopes L, Carvalho R, Oliveira S, et al. Major outcomes of clinical studies and guidelines on nutrological therapy and palliative care in critically ill patients: a systematic review. *International Journal of Nutrology*, 2025; 18: e25203.
 7. Zhang Y, Zhang S, Liu C, Chen X, Ding Y, et al. Caregiver burden among family caregivers of patients with advanced cancer in a palliative context: A mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing*, 2023; 32(21-22): 7751-7764.
 8. Fan X, Cui H, Peng H, Liu S, Jiang L. The influence of evidence-based nutritional support plans on the nutritional status and adverse effects of radiotherapy in individuals with nasopharyngeal carcinoma. *Frontiers in Nutrition* 2025; 12: 1503294.
 9. Chevinsky A, Goodman J, Risco J, Marrinan-Duke A, Tarasenko L, et al. Current and anticipated future state of cachexia care in patients with cancer. *Future Oncology*, 2024; 20(25): 1825–1836.
 10. Leiros E, da Silva L, de Carvalho Gomes C, de Sousa Dantas J, Lopes M. Association between Palliative Performance Scale and nutritional aspects in individuals with cancer in exclusive palliative care. *Clinical Nutrition*, 2022; 50: 225-230.
 11. Ueshima J, Nagano A, Maeda K, Enomoto Y, Kumagai K, et al. Nutritional counseling for patients with incurable cancer: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 2023; 42(2): 227-234.
 12. Marino P, Mininni M, Deiana G, Marino G, Divella R, et al. Healthy lifestyle and cancer risk: Modifiable risk factors to prevent cancer. *Nutrients*, 2024; 16: 800.
 13. Baguley B, Benna-Doyle S, Drake S, Curtis A, Stewart J, et al. Access to nutrition services and information after active cancer treatment: a mixed methods study. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 2024; 18(1): 176-185.
 14. Orsso C, Montes-Ibarra M, Findlay M, van der Meij B, de van der Schueren M, et al. Mapping ongoing nutrition intervention trials in muscle, sarcopenia, and cachexia: a scoping review of future research. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 2022; 13(3): 1442-1459.

15. Kiss N, Prado C, Daly R, Denehy L, Edbrooke L, et al. Low muscle mass, malnutrition, sarcopenia, and associations with survival in adults with cancer in the UK Biobank cohort. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 2023; 14(4): 1775-1788.
16. Dolin T, Mikkelsen M, Jakobsen H, Vinther A, Zerahn B, et al. The prevalence of sarcopenia and cachexia in older patients with localized colorectal cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 2023; 14(1): 101402.
17. Bartolomeo V, Jongbloed M, van de Worp W, Langen R, Degens J, et al. Cachexia and Sarcopenia in Oligometastatic Non-Small Cell Lung Cancer: Making a Potential Curable Disease Incurable? *Cancers*, 2024; 16(1): 230.
18. Jang M, Park C, Tussing-Humphreys L, Fernhall B, Phillips S, et al. The Effectiveness of Sarcopenia Interventions for Cancer Patients Receiving Chemotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Nursing*, 2023; 46(2): E81-E90.
19. Baracos V, Coats A, Anker S, Sherman L, Klompenhouwer T, et al. Identification and management of cancer cachexia in patients: assessment of healthcare providers' knowledge and practice gaps. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 2022; 13(6): 2683–2696.
20. Morton M, Patterson J, Sciuva J, Perni J, Backes F, et al. Malnutrition, sarcopenia, and cancer cachexia in gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 2023; 175: 142-155.
21. Chen J, Ke K, Liu Z, Yang L, Wang L, et al. Body Mass Index and Cancer Risk: An Umbrella Review of Meta-Analyses of Observational Studies. *Nutrition and Cancer*, 2023; 75(4): 1051-1064.
22. Branco M, Mateus C, Capelas M, Pimenta N, Santos T, et al. Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) for the Assessment of Body Composition in Oncology: A Scoping Review. *Nutrients*, 2023; 15(22): 4792.
23. Daley S, Ali M, Ohnuma T, Adigun R. Anorexia and Cachexia. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.
24. Fujita K, Akamine Y, Igarashi H, Fukushi Y, Sasaki K, et al. Association of the modified Glasgow prognostic score and prognostic nutritional index with duration of oral anamorelin administration in patients with cancer cachexia: a retrospective cohort study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2024; 54(11): 1165-1170.
25. Compher C, Bingham A, McCall M, Patel J, Rice T. Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2022; 46(1): 12-41.

26. Ücebakan N, Erzurum Alim N, Güzeldir O. Determination of Disease-Related Risk Factors, Malnutrition Status, and Quality of Life of Individuals Receiving Treatment for Head and Neck Cancer: A Case-Control Study. *Nutrition and Cancer*, 2024; 76(9): 831-839.
27. De Felice F, Malerba S, Nardone V, Salvestrini V, Calomino N, et al. Progress and Challenges in Integrating Nutritional Care into Oncology Practice: Results from a National Survey on Behalf of the NutriOnc Research Group. *Nutrients*, 2025; 17: 188.
28. Guest D, Cox T, Voss A, Kelley K, Ma X, et al. Assessing Impact of Nutrition Care by Registered Dietitian Nutritionists on Patient Medical and Treatment Outcomes in Outpatient Cancer Clinics: A Cohort Feasibility Study. *Nutrition and Cancer*, 2023; 75(3): 923-936.
29. Hiatt R, Clayton M, Collins K, Gold H, Laiyemo A, et al. The Pathways to Prevention program: Nutrition as prevention for improved cancer outcomes. *Journal of the National Cancer Institute*, 2023; 115: 886–895.
30. Syahrudin E, Rahardjo TAB, Khonsa O, Anindhita, Adyasiwi G, et al. The Impact of Oral Nutrition Supplementation and Dietary Education on Nutritional Status, Knowledge, Attitudes, and Behaviour in Cancer Patients: A Randomized Clinical Trial. *Nutrition and Cancer*, 2025; 77(4-5): 474-482.
31. James S, Oppermann A, Schotz K, Minotti M, Rao G, et al. Nutritional Counseling During Chemotherapy Treatment: A Systematic Review of Feasibility, Safety, and Efficacy. *Current Oncology*, 2024; 32(1): 3.
32. Firouzabadi D, Ahmadi H. Cancer-Related Malnutrition and the Role of Parenteral Nutrition in Cancer; A Narrative Review. *Nutrition and Cancer*, 2024; 76(10): 870-884.
33. Salins N, Dhyani V, Mathew M, Prasad A, Rao A, et al. Assessing palliative care practices in intensive care units and interpreting them using the lens of appropriate care concepts. An umbrella review. *Intensive Care Medicine*, 2024; 50(9): 1438-1458.
34. Wang P, Tan Y, Soh K, Soh K, Ning C, et al. Nutrition Risk Screening 2002 for Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrition and Cancer*, 2024; 76(7): 573-583.
35. Foecke Munden E, Kemp M, Guth A, Chang A, Worster B, et al. Patient-Important Needs and Goals Related to Nutrition Interventions during Cancer Treatment. *Nutrition and Cancer*, 2023; 75(4): 1143-1150.

36. Bossola M, Antocicco M, Pepe G. Tube feeding in patients with head and neck cancer undergoing chemoradiotherapy: A systematic review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2022; 46(6): 1258-1269.
37. Martinovic D, Tokic D, Puizina Mladinic E, Usljebrka M, Kadic S, et al. Nutritional Management of Patients with Head and Neck Cancer-A Comprehensive Review. *Nutrients*, 2023; 15(8): 1864.
38. Lidoriki I, Frountzas M, Karanikki E, Katsarlinou E, Tsikrikou I, et al. Adherence to Oral Nutrition Supplementation in Gastrointestinal Cancer Patients: A Systematic Review of the Literature. *Nutrition and Cancer*, 2024; 76(1): 31-41.
39. Narimatsu H, Yaguchi Y. The Role of Diet and Nutrition in Cancer: Prevention, Treatment, and Survival. *Nutrients*, 2022; 14(16): 3329.
40. Schick M, Kashyap S, Collier S, Meseeha M. Small Bowel Obstruction. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.
41. Castro-Espin C, Agudo A. The Role of Diet in Prognosis among Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Dietary Patterns and Diet Interventions. *Nutrients*, 2022; 14(2): 348.
42. Soares C, Beuren A, Friedrich H, Gabrielli C, Stefani G, et al. The Importance of Nutrition in Cancer Care: A Narrative Review. *Current Nutrition Reports*, 2024; 13(4): 950-965.
43. Dhakal P, Bhatt V. Diet and Nutritional Supplementation in Patients With Cancer: Is More Necessarily Better? *JCO Oncology Practice*, 2024; 20(3): 311-313.
44. Rubino R, Iuliucci M, Gatani S, Piscosquito A, D'Ambrosio B, et al. Mediterranean Diet as a Supportive Intervention in Cancer Patients: Current Evidence and Future Directions. *Current Oncology*, 2022; 29(10): 7579-7582.
45. Foucault-Fruchard L, van der Mee N, Reinprecht C, Durand C, Cailhol J, et al. Impact of educational interventions provided to patients with a central venous catheter and their informal caregivers: a systematic review. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 2025; 14(1): 67.
46. Liu C, Li W, Liu T, Du C, Luo Q, et al. Effect of multidisciplinary collaborative empowerment education on psychological distress and quality of life in patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 2023; 31(2): 116.

47. Urlings J, Sezer S, Ter Laan M, Bartels R, Maal T, et al. The role and effectiveness of augmented reality in patient education: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 2022; 105(7): 1917-1927.
48. Mao T, Yorke J, Zhang X, Shi Y, Wang J, et al. The relationship between nutritional status and prognosis in advanced gastrointestinal cancer patients in palliative care: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*, 2024; 32(10): 697.
49. Miller C, Austin K, Fischer L, Stringer E, Sidhu S. The Ketogenic Diet: Considerations for Cancer Survivorship. *Current Nutrition Reports*, 2022; 11(4): 682-694.
50. Wimalawansa S. Reforming Food, Drug, and Nutraceutical Regulations to Improve Public Health and Reduce Healthcare Costs. *Foods*, 2025; 14(13): 2328.
51. Chan W, Adiwidjaja J, McLachlan A, Boddy A, Harnett J. Interactions between natural products and cancer treatments: underlying mechanisms and clinical importance. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*, 2023; 91(2): 103-119.
52. Urzì A, Tropea E, Gattuso G, Spoto G, Marsala G, et al. Ketogenic Diet and Breast Cancer: Recent Findings and Therapeutic Approaches. *Nutrients*, 2023; 15(20): 4357.
53. Wolf C, Rachow T, Ernst T, Hochhaus A, Zomorodbakhsch B, et al. Complementary and alternative medicine (CAM) supplements in cancer outpatients: analyses of usage and of interaction risks with cancer treatment. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 2022; 148(5): 1123-1135.
54. Bourmaud A, Piot de Villars E, Renault-Teissier E. Patient partnership and patient education in oncology. *Bulletin du Cancer*, 2022; 109(5): 588-597.
55. Chan R, Milch V, Crawford-Williams F, Agbejule O, Joseph R, et al. Patient navigation across the cancer care continuum: An overview of systematic reviews and emerging literature. *A Cancer Journal for Clinicians*, 2023; 73(6): 565-589.
56. Chen Y, Xiang Q, Li C, Zeng Y, Dong J, et al. Nutritional Risk and Assessment for Patients with Cancer Pain. *Nutrition and Cancer*, 2022, 74(1), 168-174.
57. Rock C, Thomson C, Sullivan K, Howe C, Kushi L, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. *A Cancer Journal for Clinicians*, 2022; 72(3): 230-262.
58. Moon A, Kappelman M, Barritt Iv A, Evon D, Sanoff H, et al. Improving Health-Related Quality of Life in Hepatocellular Carcinoma Patients: Key Methodologies for Assessing Patient Reported Outcomes and Intervention Targets. *Journal in Hepatocellular Carcinoma*, 2025; 12: 497-511.

59. Basch E, Schrag D, Henson S, Jansen J, Ginos B, et al. Effect of Electronic Symptom Monitoring on Patient-Reported Outcomes Among Patients With Metastatic Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association*, 2022; 327(24): 2413-2422.
60. Zhou Z, Qin P, Cheng X, Shao M, Ren Z, et al. ChatGPT in Oncology Diagnosis and Treatment: Applications, Legal and Ethical Challenges. *Current Oncology Reports*, 2025; 27(4): 336-354.
61. Zemer A, Samaei S, Yoel U, Biderman A, Pincu Y. Ketogenic diet in clinical populations-a narrative review. *Frontiers in Medicine*, 2024; 11: 1432717.
62. Orsso C, Caretero A, Poltronieri T, Arends J, de van der Schueren M, et al. Effects of high-protein supplementation during cancer therapy: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2024; 120(6): 1311-1324.
63. Holdoway A. Nutrition in palliative care: issues, perceptions and opportunities to improve care for patients. *British Journal of Nursing*, 2022; 31(21): S20-S27.
64. Esposito T, Pentimalli F, Giordano A, Cortellino S. Vitamins and dietary supplements in cancer treatment: is there a need for increased usage? *Expert Review of Anticancer Therapy*, 2025; 25(6): 687-710.
65. Li Z, Ding X, Chen Y, Keaver L, Champ C, et al. Review of Nutrition Guidelines and Evidence on Diet and Survival Outcomes for Cancer Survivors: Call for Integrating Nutrition into Oncology Care. *Journal of Nutrition*, 2024; 154(8): 2346-2362.
66. Doley J. Enteral nutrition overview. *Nutrients*, 2022; 14: 2180.
67. Gómez-Serna M, López D, Pérez-García Y, Montoya Restrepo M. Nutritional assessment of cancer patients in palliative care is a key element in comprehensive care and survival. *Nutrición Hospitalaria*, 2022; 39(4): 814-823.
68. Kesonen P, Salminen L, Kero J, Aappola J, Haavisto E. An integrative review of Interprofessional teamwork and required competence in specialized palliative care. *Omega*, 2022; 89: 1047–1073.

NIEFARMAKOLOGICZNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU W OPIECE PALIATYWNEJ

Aleksandra Zybert¹, Weronika Hariasz^{2,3}, Agnieszka Gontkowska²

1. Wydział Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny
2. Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

WSTĘP

W obliczu dynamicznych przemian demograficznych, starzenia się społeczeństwa oraz wzrastającej zapadalności na choroby przewlekłe, w nadchodzących latach przewiduje się istotny wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej [1]. Postęp w dziedzinie medycyny doprowadził do przekształcenia wielu schorzeń, niegdyś uznawanych za śmiertelne, w jednostki przewlekłe, co nie eliminuje jednak towarzyszącego im cierpienia, a często generuje konieczność wieloletniej, wyspecjalizowanej opieki medycznej [1].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - *World Health Organization*), opieka paliatywna stanowi zintegrowane podejście mające na celu poprawę jakości życia pacjentów oraz ich rodzin zmagających się z problemami wynikającymi z choroby. Jej istotą jest zapobieganie i łagodzenie cierpienia poprzez wczesną identyfikację problemów, staranną ocenę oraz leczenie bólu i innych dolegliwości o charakterze somatycznym, psychospołecznym i duchowym. Kluczowym założeniem tej formy opieki jest zapewnienie ulgi w cierpieniu, bez jednoczesnego wpływu na przyspieszenie bądź opóźnienie śmierci [2].

Termin „opieka paliatywna” po raz pierwszy został użyty w 1974 roku przez Balfoura Mounta, który stworzył wyspecjalizowaną jednostkę opiekuńczą dla pacjentów z zaawansowanymi nowotworami [3]. Obecnie wskazania do objęcia opieką paliatywną obejmują nie tylko choroby nowotworowe, ale także inne schorzenia, takie jak AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), wybrane choroby neurodegeneracyjne, niewydolność oddechową, kardiomiopatie oraz odleżyny [4].

Jednym z podstawowych celów opieki paliatywnej jest skuteczne leczenie bólu, które odgrywa kluczową rolę w minimalizowaniu cierpienia pacjentów w terminalnym stadium

choroby. Badanie przeprowadzone w 2019 roku w populacji pacjentów objętych domową opieką paliatywną wykazało, że ponad 98% z nich doświadczało bólu, z czego 89% stosowało leki przeciwbólowe [5].

Ból definiowany jest jako subiektywne, nieprzyjemne doświadczenie zmysłowe i emocjonalne, wynikające z rzeczywistego lub potencjalnego uszkodzenia tkanek, w którego powstawaniu uczestniczą czynniki fizyczne, psychiczne oraz emocjonalne [6].

W oparciu o klasyfikację Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP - *International Association for the Study of Pain*), wyróżnia się ból:

- nocyceptywny (spowodowany uszkodzeniem tkanek),
- neuropatyczny (wynikający z uszkodzenia struktur nerwowych),
- mieszany [7].

Skuteczność terapii przeciwbólowej zależy w dużej mierze od trafnej identyfikacji mechanizmu powstawania bólu.

Zgodnie z tzw. drabiną analgetyczną WHO, leczenie bólu o nasileniu łagodnym lub umiarkowanym rozpoczyna się od zastosowania leków nieopiodowych oraz niesteroidowych leków przeciwzapalnych. W przypadku braku skuteczności wdraża się opioidy słabe lub silne w małych dawkach, natomiast na szczycie drabiny znajdują się opioidy silne, takie jak morfina – stosowana powszechnie z uwagi na wysoką skuteczność, niską cenę oraz dobrze znany profil działania. W leczeniu bólu neuropatycznego zastosowanie znajdują leki przeciwpadaczkowe np. gabapentyna czy pregabalina oraz leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (SNRI - *Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors*) [8-11].

W literaturze opisywane jest również zjawisko tzw. „bólu totalnego”, które odnosi się do współwystępowania komponentów fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych cierpienia. Koncepcja ta uwydatnia konieczność interdyscyplinarnego i całościowego podejścia do opieki nad osobami w terminalnym okresie choroby [12].

Dostępne badania wskazują, że w przypadkach, gdy leczenie farmakologiczne nie przynosi oczekiwanych rezultatów, zasadna jest integracja metod niefarmakologicznych, co może przyczynić się do skuteczniejszej kontroli bólu w końcowym etapie życia [13].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie wybranych strategii łagodzenia bólu, obejmujących zarówno interwencje somatyczne, jak i psychologiczne oraz emocjonalne, które mogą stanowić istotne uzupełnienie leczenia farmakologicznego stosowanego jako postępowanie pierwszego rzutu.

SOMATYCZNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU

Somatyczne metody łagodzenia bólu to niefarmakologiczne sposoby wspomagania leczenia, mające na celu zmniejszenie bólu u chorych przewlekłe, poprzez bezpośrednie oddziaływanie na ciało pacjenta. W opiece paliatywnej odgrywają istotną rolę w poprawie jakości życia pacjentów, szczególnie gdy leczenie farmakologiczne nie przynosi wystarczającej ulgi lub powoduje objawy niepożądane [14,15].

Jednym z przykładów somatycznych metod łagodzenia bólu jest przezskórna elektryczna stymulacja nerwów (TENS - *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), polegająca na stymulacji nerwów prądem elektrycznym za pomocą elektrod umieszczonych na skórze pacjenta. Metoda ta znajduje zastosowanie w leczeniu bólu przewlekłego, neuropatycznego, mięśniowo-powięziowego, a także w bólach nowotworowych. W praktyce wykorzystuje się prąd o niskiej i wysokiej częstotliwości. Stymulacja niskoczęstotliwościowa o wysokim natężeniu (LF TENS - *low frequency TENS*) prowadzi do uwalniania endogennych opioidów, co wywołuje efekt przeciwbólowy. Z kolei prąd o wysokiej częstotliwości (HF TENS - *High Frequency TENS*) hamuje przewodzenie sygnałów bólowych na poziomie rdzenia kręgowego i mózgu. Szczególnie dobre rezultaty stosowania HF TENS obserwuje się w leczeniu bólu kostnego [16,17].

W randomizowanym badaniu klinicznym przeprowadzonym w Niemczech na oddziale opieki paliatywnej, opublikowanym w 2020 roku, oceniano skuteczność i bezpieczeństwo TENS w łagodzeniu bólu u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Zastosowanie TENS o wysokiej modulacji intensywności skutkowało przynajmniej minimalną poprawą u 85% pacjentów. Dla porównania, w grupie placebo odsetek ten wynosił 50%. Ponadto, 35% pacjentów zadeklarowało chęć kontynuacji terapii po zakończeniu interwencji. Największe korzyści odnotowano u kobiet oraz pacjentów z bólem incydentalnym [18].

W japońskim badaniu, również opublikowanym w 2020 roku, oceniano skuteczność TENS w leczeniu przewlekłego bólu oraz innych objawów somatycznych, takich jak nudności, zaparcia, biegunka czy duszności u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Pacjentów poddawano 5-dniowej terapii TENS, po której następowała 5-dniowa przerwa. W uzyskanych wynikach średnie natężenie bólu było istotnie niższe podczas fazy z aktywną stymulacją TENS w porównaniu z fazą bez stymulacji. Dodatkowo, zaobserwowano mniejsze zużycie dawek opioidów oraz tendencję do łagodzenia nudności i poprawy apetytu. Choć wyniki te nie osiągnęły pełnej istotności statystycznej, wskazywały na pozytywny trend. Nie stwierdzono natomiast wpływu na zaparcia, zmęczenie i duszność [19].

Badania sugerują, że TENS jest metodą bezpieczną, nieinwazyjną, tanią i dobrze tolerowaną w opiece paliatywnej. Chociaż nie wykazano jednoznacznej wyższości aktywnej stymulacji TENS nad placebo w zakresie redukcji średniego natężenia bólu, więcej pacjentów deklarowało subiektywną poprawę przy aktywnym TENS.

Kolejną somatyczną metodą łagodzenia bólu jest masaż terapeutyczny. Jest to technika manualna polegająca na stymulacji tkanek miękkich w celu rozluźnienia mięśni, poprawy krążenia oraz redukcji stresu. Masaż jest jedną z najczęściej stosowanych niefarmakologicznych metod redukcji bólu i poprawy jakości życia u chorych w opiece paliatywnej [20].

W randomizowanym badaniu klinicznym, przeprowadzonym w miejskim szpitalu akademickim w USA, porównano skuteczność trzech strategii masażu terapeutycznego - grupa I: 10 minutowy masaż codziennie przez 3 dni, grupa II: 20-minutowy masaż codziennie przez 3 dni, grupa III: pojedynczy 20 minutowy masaż. Wszystkie grupy wykazały poprawę jakości życia oraz istotną redukcję niepokoju i bólu bezpośrednio po zabiegu. Jednak tylko u pacjentów, którzy otrzymali trzy masaże, poprawa w zakresie niepokoju utrzymywała się dłużej [20].

W badaniu przeprowadzonym w 2023 roku przez irański zespół badaczy pod kierownictwem Miladinii oceniano wpływ różnych dawek masażu na ból, zmęczenie i zaburzenia snu u 273. dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową objętych opieką paliatywną. Interwencja trwała 4. tygodnie, z kolejnym 4. tygodniowym okresem obserwacji. We wszystkich grupach badawczych zaobserwowano redukcję dolegliwości, jednak największą skuteczność osiągnięto przy masażu trzy razy w tygodniu przez 60 minut. Krótsze sesje (15. minutowe) cechowała mniejsza trwałość efektu. Dodatkowo, masaże wykonywane trzy razy w tygodniu dawały istotnie trwalszy efekt niż te wykonywane dwa razy w tygodniu [21].

Dostępne badania sugerują, że masaż terapeutyczny przynosi korzyści niezależnie od długości pojedynczej sesji, jednak to częstotliwość i regularność mają kluczowe znaczenie dla trwałości efektów. Warto rozważyć włączenie masażu terapeutycznego jako standardowej części opieki paliatywnej.

Do metod somatycznych zalicza się także techniki relaksacyjne, takie jak progresywna relaksacja mięśni (PMR - *progressive muscle relaxation*) czy ćwiczenia oddechowe. Pomagają one pacjentom radzić sobie z bólem, napięciem, lękiem oraz poprawiają ogólną jakość życia [22].

PMR, opracowana przez Edmunda Jacobsona, polega na naprzemiennym napinaniu i rozluźnianiu określonych grup mięśniowych. Technika ta opiera się na związku między rozluźnieniem fizycznym, a relaksacją umysłową [23].

Ćwiczenia oddechowe, szczególnie świadome oddychanie (*mindful breathing*), polegają na skupieniu uwagi na oddechu bez jego kontrolowania [24]. Jedną z technik jest oddychanie przeponowe (*diaphragmatic breathing*), które angażuje przeponę zamiast mięśni klatki piersiowej [25]. Inną metodą jest oddychanie przez zaciśnięte wargi (*pursed lip breathing*), czyli wdech przez nos i powolny wydech przez zaciśnięte usta [26].

Randomizowane badanie przeprowadzone w 2023 roku przez Anshasi i wsp. na 148. pacjentach chorych nowotworowo, wykazało, że czterotygodniowy, codzienny trening PMR istotnie zmniejszał natężenie bólu w porównaniu z grupą kontrolną. Co więcej, korzystne efekty utrzymywały się przez miesiąc po zakończeniu interwencji. Zaobserwowano również poprawę nastroju, snu i relacji z bliskimi. Badani odczuwali większą radość z życia [23].

Techniki relaksacyjne stanowią cenne uzupełnienie leczenia farmakologicznego w opiece paliatywnej. Ich skuteczność w łagodzeniu bólu, poprawie jakości snu oraz ogólnego samopoczucia jest potwierdzona w literaturze. Kluczowe jest indywidualne dostosowanie metod w zależności od potrzeb i możliwości chorego, a także odpowiednie przeszkolenie a personelu.

Refleksologia, jako kolejna metoda somatyczna, stosowana jest wspomagająco w terapii przewlekłych schorzeń. Polega na uciskaniu określonych punktów na stopach, dłoniach lub twarzy, które odpowiadają konkretnym narządom. Celem tej metody jest przywrócenie równowagi fizjologicznej organizmu i zmniejszenie bólu [27].

W przeglądzie systematycznym obejmującym 22. randomizowane badania z udziałem 1956 osób, w tym 6. dotyczących pacjentów objętych opieką paliatywną, wykazano, że refleksologia może przynosić krótkoterminową ulgę w bólu. Interwencje trwały od pojedynczej 30. minutowej sesji do 4. tygodniowego cyklu z jedną sesją tygodniowo. Trzy badania potwierdziły istotne zmniejszenie bólu, jedno – poprawę jakości życia oraz redukcję lęku. Wyniki dotyczące redukcji zmęczenia czy poprawy apetytu były niejednoznaczne.

We wszystkich badaniach refleksologia była dobrze tolerowana, najczęściej zgłaszanym działaniem niepożądanym był łagodny dyskomfort stóp. Terapia jest więc bezpieczna, jednak potrzeba dalszych, wysokiej jakości badań, by potwierdzić jej wartość kliniczną w tej grupie pacjentów [28].

PSYCHOLOGICZNE I SENSORYCZNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU

Ból, zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, jest doświadczeniem o subiektywnym charakterze, silnie powiązany z komponentą emocjonalną. Definicja ta podkreśla rolę wsparcia psychologicznego jako niefarmakologicznej metody łagodzenia bólu [15]. Psychologiczne i sensoryczne metody łagodzenia bólu obejmują między innymi: terapię poznawczo-behawioralną z licznymi modyfikacjami, terapię sztuką i muzyką, a także aromaterapię, wsparcie społeczne oraz wirtualną rzeczywistość [13,15,29].

Celem terapii poznawczo-behawioralnej u osób cierpiących na ból przewlekły jest zmniejszenie odczuwanego lęku, przeciwdziałanie frustracji oraz bezradności wynikających z długotrwałego cierpienia fizycznego. Podczas terapii pacjent uczy się strategii funkcjonowania pomimo odczuwanego bólu [15,17]. Ponadto, badania wykazują, że występowanie lęku i depresji koreluje z nasileniem bólu [30,31]. Negatywne emocje mogą modulować odbierane bodźce bólowe, zwykle nasilając je, dlatego praca nad tymi aspektami jest istotną strategią łagodzenia bólu [31]. Dodatkowo, obniżenie poziomu neuroprzekazników, takich jak serotonina i noradrenalina, obserwowane w przebiegu depresji, prowadzi do obniżenia progu wrażliwości na ból [30]. Badanie przeprowadzone przez Taguchi i wsp. wykazało, że terapia poznawczo-behawioralna prowadzona przez wideokonferencję nie zmniejszyła istotnie natężenia bólu w skali NRS, natomiast prowadziła do redukcji wpływu bólu na codzienne funkcjonowanie [32].

Do sposobów łagodzenia bólu zalicza się również działania psychoedukacyjne oparte na strategii poznawczo-behawioralnej, których istotą jest przekazywanie informacji o bólu i umiejętnym korzystaniu ze wsparcia społecznego [33]. W trakcie bloku psychoedukacyjnego możliwe jest wprowadzenie nagranych interwencji, dostosowanych do potrzeb pacjenta [30]. Dodatkowo, celem metod psychoedukacyjnych jest zapobieganie izolowaniu się oraz wycofywaniu z dotychczasowego życia [15]. W amerykańskim badaniu EMPOWER przeprowadzonym przez Cagle i wsp. wzrost wiedzy na temat bólu przyczynił się do zmniejszenia obaw przed leczeniem i poprawił współpracę z pacjentem, co w efekcie doprowadziło do poprawy w zakresie odczuwanego bólu [34].

Kolejną metodą niefarmakologicznego łagodzenia bólu jest trening radzenia sobie z bólem. W trakcie sesji pacjent ćwiczy umiejętne radzenie sobie z bólem, modyfikuje dotychczasowe wzorce zachowań oraz myśli na temat bólu. Celem tego treningu jest lepsze

zarządzenie bólem oraz przekierowanie uwagi z doznania bólowego na inne bodźce [30]. Kelleher i in. przeprowadzili badanie porównujące skuteczność treningu radzenia sobie z bólem

w formie wideokonferencji oraz stacjonarnej. Doznania bólowe uległy poprawie w obu grupach w czasie, jednak nie bezpośrednio po zakończeniu terapii. Ponadto nie stwierdzono różnic w zakresie poprawy bólu między grupą zdalną oraz stacjonarną [35].

Wśród psychologicznych metod łagodzenia bólu można również wyróżnić często stosowane techniki relaksacyjne, w tym metody ukierunkowane na redukcję stresu związanego z przewlekłym bólem [17,33,36]. Chociaż techniki uważnego oddechu i inne programy oparte na uważności (*mindfulness*) nie przyniosły oczekiwanego efektu w redukcji bólu, obiecujące wyniki uzyskano stosując metody relaksacyjne z użyciem nagrań audioterapii poznawczo-behawioralnej [13]. W innym badaniu została przeprowadzona terapia uważności łącząca techniki rozpoznawania ciała, uważnego oddychania i sposobów siedzenia w celu skupienia się na różnych bodźcach: oddechu, ruchach ciała, dźwiękach i negatywnych myślach o chorobie. Ta strategia psychologiczna wykazała długotrwały efekt redukcji bólu względem grupy kontrolnej [30].

Ponadto, metody poznawcze oddziałują na myślenie oraz wyobraźnię pacjenta. Pozwalają skupić uwagę na innym aspekcie niż ból poprzez rozmowę, muzykę i sztukę lub hipnozę [15]. Badania wykazują, że muzykoterapia ma wysoki potencjał w odniesieniu do redukcji odczuwanego bólu. Zastosowanie muzykoterapii może być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, przyjmując formę aktywną z udziałem terapeuty bądź pasywną, polegającą na słuchaniu wybranych nagrań muzycznych. Szczególnie istotne zmniejszenie bólu następowało w przypadkach, gdy muzykoterapia była prowadzona przez wykwalifikowany personel lub zastosowano specjalistyczne techniki. Terapia z udziałem muzyki jest metodą przystępną, łatwo modyfikowalną i dobrze odbieraną przez pacjentów [37]. Skuteczność muzykoterapii skłania do wniosków, że powinna być ona stosowana jako uzupełnienie konwencjonalnego leczenia bólu. Warto natomiast pamiętać, że obniżenie poziomu bólu z zastosowaniem muzykoterapii przynosiło zwykle krótkotrwały efekt przeciwbólowy, szczególnie gdy zastosowano jedną sesję muzykoterapii [37]. Inne badania wykazują, że mimo obiecujących wyników muzykoterapii w łagodzeniu bólu, innym formom arteterapii brakuje wystarczających danych potwierdzających ich skuteczność [13].

Aromaterapia polega na stosowaniu inhalacji lub głębokiego oddychania z użyciem olejków eterycznych (np. olejku cytrynowego, lawendowego). Wyniki skuteczności tej metody w łagodzeniu bólu są niejednoznaczne, jednak badania sugerują, że łączenie aromaterapii

z muzykoterapią może wzmacniać ich działanie, przyczyniając się do większej ulgi w bólu i poprawy jakości życia pacjentów [38].

Istotną metodą niefarmakologiczną jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia społecznego, które odgrywa ważną rolę w percepcji bólu [29]. Wsparcie społeczne to zasób, który jest uzyskiwany dzięki interakcjom międzyludzkim. Może obejmować wsparcie emocjonalne, pomoc materialną, porady oraz zaspokajać potrzeby towarzyskie [39]. Efektem zapewnionego wsparcia jest efekt buforujący, który polega na łagodzeniu wpływu stresu na odczuwanie bólu. Dodatkowo, ogranicza katastrofizację bólu oraz wzmacnia poczucie wsparcia i większej kontroli nad bólem [29]. Ponadto rozmowa i obecność bliskich znacząco wspomagają łagodzenie bólu [15,33]. Badanie przeprowadzone w grupach z różnym poziomem wsparcia społecznego wykazało zmniejszenie intensywności odczuwanego bólu w grupie o wysokim poziomie postrzeganego wsparcia, podczas gdy w grupie o niskim poziomie wsparcia zmiana intensywności bólu nie była istotna statystycznie [29].

Co ciekawe, skuteczność w uśmierzaniu doznań bólowych odnotowano w badaniu z wykorzystaniem rzeczywistości wirtualnej (VR - *virtual reality*) [13]. Wirtualna rzeczywistość z zastosowaniem gogli jest nowoczesną technologią, która znajduje coraz to szersze zastosowanie w opiece medycznej. Udział w aktywnościach z zastosowaniem wirtualnej rzeczywistości wspiera poczucie sprawczości. Pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów paliatywnych, dodatkowo odwracając uwagę od doznań bólowych [40]. W badaniu przeprowadzonym przez niemiecki zespół badawczy wykazano istotne zmniejszenie natężenia bólu w trakcie korzystania z technologii VR, jak również bezpośrednio po jej zakończeniu i godzinę później. Oprócz skuteczności tej metody, wyniki wykazały, że pacjenci chętnie ją akceptowali, niezależnie od swojego wieku [41]. Inne badanie potwierdza efektywność przeciwbólową metody VR, wskazując na jej wyższą skuteczność w porównaniu z konwencjonalnym korzystaniem z tabletów wyświetlających obraz 2D [42].

WNIOSKI I ZAKOŃCZENIE

W obliczu starzenia się społeczeństwa i wzrostu zapadalności na choroby przewlekłe rośnie zapotrzebowanie na kompleksową opiekę paliatywną, w której kluczowe znaczenie ma skuteczne łagodzenie bólu. Niniejsza praca miała na celu przybliżenie charakterystyki niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, których zastosowanie można wykorzystać w ramach opieki paliatywnej, jako wartościowe uzupełnienie farmakologicznego leczenia przeciwbólowego.

Niefarmakologiczne metody leczenia bólu w opiece paliatywnej obejmują zarówno interwencje somatyczne, takie jak TENS, masaż terapeutyczny czy refleksologia, jak również techniki psychologiczno-emocjonalne, obejmujące techniki relaksacyjne, terapię poznawczo-behawioralną, muzykoterapię czy wirtualną rzeczywistość. Strategie te mogą pozytywnie wpływać na poziom bólu, a tym samym na jakość życia i opieki pacjentów u kresu życia. Mimo, że nie wszystkie interwencje wykazują istotne działanie przeciwbólowe, stosowanie ich w opiece paliatywnej powinno być rozważane w każdym przypadku i dobierane indywidualnie do potrzeb i preferencji pacjenta. Wdrożenie tych strategii wymaga interdyscyplinarnej współpracy zespołu medycznego oraz właściwego przeszkolenia personelu, a także indywidualnego dopasowania metod do potrzeb i możliwości pacjenta.

Chociaż wyniki dotychczasowych badań są obiecujące, konieczne jest prowadzenie dalszych badań na skutecznością oraz nowymi możliwościami w prowadzeniu niefarmakologicznego uśmierzania bólu w zakresie opieki paliatywnej, aby precyzyjnie określić protokoły, czas trwania interwencji oraz długoterminowe korzyści metod niefarmakologicznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Zasowska-Nowak A. Kierunki rozwoju opieki paliatywnej na podstawie literatury. *Medycyna Paliatywna*, 2022; 14(2): 57-65.
2. WHO. Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, data pobrania 19.07.2025.
3. Dzierżanowski T. Definitions of palliative care – narrative review and new proposal. *Palliative Medicine*, 2022; 13(4): 187–200.
4. Narodowy Fundusz Zdrowia. Opieka paliatywno-hospicyjna. <http://pacjent.gov.pl/artykul/opieka-paliatywno-hospicyjna>, data pobrania 19.07.2025.
5. Czernecki K, Ślusarska B. Pain problem in patients in palliative home care. *Journal of Education, Health and Sport*, 2022; 12(11): 63–74.
6. Charak S, Thattil R, Srivastava C, Das P, Shandilya M, et al. Assessment and Management of Pain in Palliative Care. [in:] *Suggestions for Addressing Clinical and Non-Clinical Issues in Palliative Care*. Cascella M., Stones M. (eds.). IntechOpen, London 2021:167-185.
7. Shkodra M, Brunelli C, Zecca E, Formaglio F, Bracchi P, et al. Neuropathic pain: clinical classification and assessment in patients with pain due to cancer. *Pain*, 2021; 162(3): 866-874.

8. Anekar A, Hendrix J, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. StatPearls Publishing, Treasure Island 2023.
9. Henson L, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, et al. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 2020; 38(9): 905–914.
10. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 2018; 29(4): 166–191.
11. Kane C, Mulvey M, Wright S, Craigs C, Wright J, et al. Opioids combined with antidepressants or antiepileptic drugs for cancer pain: Systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 2018; 32(1): 276–286.
12. Brant J. Holistic Total Pain Management in Palliative Care: Cultural and Global Considerations. *Palliative Medicine and Hospice Care*, 2017; 1: 32-38.
13. van Veen S, Drenth H, Hobbelen H, Finnema E, Teunissen S, et al. Non-pharmacological interventions feasible in the nursing scope of practice for pain relief in palliative care patients: a systematic review. *Palliative Care and Social Practice*, 2024; 18: 26323524231222496.
14. Łodzińska A. Holistyczne podejście do leczenia bólu w opiece paliatywnej – wywiad z ekspertem. <https://forumterapiibolu.pl/holistyczne-podejscie-do-leczenia-bolu-w-opiece-paliatywnej-wywiad-z-ekspertem/>, data pobrania 19.07.2025.
15. Wróbel K, Rutkowska M, Rogowska M, Ustymowicz J, Łagoda K, et al. Zasady monitorowania i terapii bólu przewlekłego w chorobie nowotworowej. [w:] *W drodze do brzegu życia*. Tom 9. Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Lewko J, Kułak W (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2009: 261-271.
16. Goryńska E, Kulisz D, Kędziora-Kornatowska K. Wykorzystanie przezskórnej elektrostymulacji nerwów na oddziale paliatywnym, przegląd najnowszych artykułów. *Ból*, 2020; 21(4): 41-47.
17. Rudzka A, Kulesza-Mrowiecka M, Kopański Z, Nadashkevych O, Tabak J, et al. Fizjoterapia w opiece paliatywnej - leczenie bólu i zaburzeń oddechowych. *Journal of Clinical Healthcare*, 2018; 4: 41-45.
18. Siemens W, Boehlke C, Bennett M, Offner K, Becker G, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for advanced cancer pain inpatients in specialist palliative care—

- a blinded, randomized, sham-controlled pilot cross-over trial. *Supportive Care in Cancer*, 2020; 28(11): 5323–5333.
19. Nakano J, Ishii K, Fukushima T, Ishii S, Ueno K, et al. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on physical symptoms in advanced cancer patients receiving palliative care. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2020; 43(1): 62-68.
 20. Groninger H, Nemati D, Cates C, Jordan K, Kelemen A, et al. Massage Therapy for Hospitalized Patients Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2023; 65(5): 428–441.
 21. Miladinia M, Jahangiri M, Kennedy A, Fagerström C, Tuvevsson H, et al. Determining massage dose-response to improve cancer-related symptom cluster of pain, fatigue, and sleep disturbance: A 7-arm randomized trial in palliative cancer care. *Palliative Medicine*, 2023; 37(1): 108–119.
 22. Mantoudi A, Parpa E, Tsilika E, Batistaki C, Nikoloudi M, et al. Complementary Therapies for Patients with Cancer: Reflexology and Relaxation in Integrative Palliative Care. A Randomized Controlled Comparative Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2020; 26(9): 794–800.
 23. Anshasi H, Saleh M, Abdalrahim M, Shamieh O. The effectiveness of progressive muscle relaxation technique in reducing cancer-related pain among palliative care patients: A randomized controlled trial. *British Journal of Pain*, 2023; 17(5): 501–509.
 24. Look M, Tan S, Hong L, Ng C, Yee H, et al. Symptom reduction in palliative care from single session mindful breathing: a randomised controlled trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2021; 11(4): 433–439.
 25. Ma X, Yue Z, Gong Z, Zhang Z, Duan N, et al. The Effect of Diaphragmatic Breathing on Attention, Negative Affect and Stress in Healthy Adults. *Frontiers in Psychology*, 2017; 8: 874.
 26. Sari N. Effect of self efficacy pursed lip breathing to decrease tightness and improved oxygen saturation in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 2016; 5(3): 17-21.
 27. Whatley J, Perkins J, Samuel C. 'Reflexology: Exploring the mechanism of action'. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2022; 48: 101606.
 28. Candy B, Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, et al. The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: A systematic review. *Palliative Medicine*, 2020; 34(2): 179–194.

29. Yang Y, Cui M, Zhao X, Wang S, Wang Y, et al. Cancer pain intensity and perceived social support in palliative care: 1-week prospective study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2023; 13(e3): e894–897.
30. Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, Moriana J. Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2022; 63(5): e505–520.
31. Graczyk M, Krajnik M, Malec-Milewska M. Ból fantomowy - wyzwanie terapeutyczne. *Palliative Medicine in Practice*, 2010; 4(2): 66–73.
32. Taguchi K, Numata N, Takanashi R, Takemura R, Yoshida T, et al. Clinical Effectiveness and Cost-effectiveness of Videoconference-Based Integrated Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2021; 23(11): e30690.
33. Wrona B, Janecki M, Fimiarz A. Nurses' knowledge of current treatment guidelines for cancer pain. *Medycyna Paliatywna*, 2015; 6(4): 208–214.
34. Cagle J, Zimmerman S, Cohen L, Porter L, Hanson L, et al. EMPOWER: An Intervention to Address Barriers to Pain Management in Hospice. *Journal of Pain Symptom Management*, 2015; 49(1): 1–12.
35. Kelleher S, Winger J, Dorfman C, Ingle K, Moskovich A, et al. A behavioral cancer pain intervention: A randomized noninferiority trial comparing in-person with videoconference delivery. *Psychooncology*, 2019; 28(8): 1671–1678.
36. Pyszora A, Wójcik A. Fizjoterapia w opiece paliatywnej. *Palliative Medicine in Practice*, 2010; 4(4): 159–167.
37. Jodie F, Anna K, Ursula W. Effectiveness of music therapy, aromatherapy, and massage therapy on patients in palliative care with end-of-life needs: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2025; 69(1): 102–113.
38. Akbaş Uysal D, Şenuzun Aykar F, Uyar M. The effects of aromatherapy and music on pain, anxiety, and stress levels in palliative care patients. *Supportive Care in Cancer*, 2024; 32(10): 632.
39. Bradley N, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness—A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 2018; 27(3): e12837.
40. Martin J, Saredakis D, Hutchinson A, Crawford G, Loetscher T. Virtual Reality in Palliative Care: A Systematic Review. *Healthcare*, 2022; 10(7): 1222.

41. Guenther M, Görlich D, Bernhardt F, Pogatzki-Zahn E, Dasch B, et al. Virtual reality reduces pain in palliative care—A feasibility trial. *BMC Palliative Care*, 2022; 21: 169.
42. Groninger H, Violanti D, Mete M. Virtual reality for pain management in hospitalized patients with cancer: A randomized controlled trial. *Cancer*, 2024; 130(14): 2552–2560.



WYBRANE PROBLEMY W OPIECE NAD CHORYMI

WPLYW OBECNOŚCI PSA NA PRZEŻYWANIE KRYZYSU WIEKU ŚREDNIEGO

Renata Bociarska¹, Elżbieta Krajewska-Kulak², Andrzej Guzowski²,
Agnieszka Kulak-Bejda³

1. Szpital w Rabie Wyżnej
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Psychiatrii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Kryzys wieku średniego to zjawisko psychologiczne, które może wystąpić zwykle między 40., a 60. rokiem życia. Charakteryzuje się obniżonym nastrojem, refleksją nad dotychczasowym życiem, utratą sensu, a niekiedy także lękiem przed starzeniem się i śmiercią. U niektórych osób może prowadzić do radykalnych zmian w stylu życia, pracy, relacjach czy wyglądzie [1,2]. Choć doświadczenie to nie dotyka wszystkich w równym stopniu, jego wpływ na dobrostan psychiczny i jakość życia bywa znaczący. W literaturze psychologicznej opisywany jest jako okres zwiększonej podatności na zaburzenia nastroju, lęki egzystencjalne oraz problemy tożsamościowe [3,4]. W odpowiedzi na potrzebę wsparcia emocjonalnego w tym etapie życia, coraz większe zainteresowanie budzi *animal-assisted therapy* (AAT), a w szczególności jej forma z udziałem psów, znana jako dogoterapia [5].

W ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę na terapeutyczną rolę zwierząt domowych, w tym psów, w kontekście zdrowia psychicznego człowieka. Posiadanie psa może sprzyjać codziennej aktywności fizycznej, regulować rytm dnia, a także zapewniać poczucie bliskości, akceptacji i przynależności [5].

Dogoterapia, jako forma terapii wspomagającej, opiera się na interakcji człowieka z odpowiednio wyszkolonym psem i ma na celu poprawę funkcjonowania psychicznego, emocjonalnego i społecznego pacjenta. Badania wskazują, że kontakt ze zwierzęciem może redukować poziom kortyzolu, obniżać ciśnienie krwi, a także stymulować wydzielanie oksytocyny — hormonu odpowiedzialnego za tworzenie więzi i poczucie bezpieczeństwa [5].

Kryzys wieku średniego to termin wprowadzony przez Elliotta Jacquesa, który odnosi

się do przejściowego okresu refleksji, obniżonego nastroju, a niekiedy również destabilizacji tożsamości u osób w średnim wieku. Lachman podkreśla, że kryzys ten nie jest uniwersalnym doświadczeniem, ale część populacji rzeczywiście przeżywa ten czas jako moment intensywnego stresu, dezorientacji, czy przewartościowywania dotychczasowych celów i relacji [6].

Badania wykazują, że psy mogą pozytywnie wpływać na zdrowie psychiczne swoich właścicieli [6,7]. Posiadanie psa związane jest z obniżonym poziomem samotności, lęku oraz depresji. U osób w wieku średnim, dla których typowe są pytania o sens życia i osiągnięcia, pies może pełnić funkcję stabilizatora emocjonalnego [8].

McConnell i wsp. udowodnili, że właściciele psów charakteryzują się wyższym poziomem samooceny, lepszym funkcjonowaniem społecznym i mniejszym nasileniem objawów depresyjnych niż osoby nieposiadające zwierząt. Co istotne, relacja ze zwierzęciem może dostarczać poczucia bezwarunkowej akceptacji, co ma szczególne znaczenie w momentach życiowych przełomów i obniżonego dobrostanu [7]. Równocześnie coraz więcej badań potwierdza korzystny wpływ kontaktu ze zwierzętami domowymi, w szczególności psami na zdrowie psychiczne człowieka. Psy jako zwierzęta społeczne są szczególnie predysponowane do pełnienia roli emocjonalnego wsparcia. Serpell wykazał, że posiadanie psa może prowadzić do poprawy nastroju, zmniejszenia uczucia samotności i zwiększenia ogólnej satysfakcji z życia [11].

Obecność psa może także mitygować skutki stresu, co potwierdzają badania Allen i wsp., w których wykazano, że kontakt z psem obniża ciśnienie krwi i tętno podczas sytuacji stresujących. Beetz i wsp. wskazują na neurobiologiczne mechanizmy oddziaływania zwierząt na ludzi, m.in. poprzez zwiększenie poziomu oksytocyny, co wiąże się z budowaniem więzi i obniżeniem poziomu kortyzolu [9,10].

Chociaż wpływ psów na zdrowie psychiczne jest szeroko analizowany, niewiele badań bezpośrednio odnosi się do wpływu obecności psa na kryzys wieku średniego. Istnieją jednak prace sugerujące, że osoby w średnim wieku korzystają z obecności psa jako elementu stabilizującego codzienność, zwiększającego poczucie celu oraz wymuszającego aktywność fizyczną [3].

Psy mogą również pełnić funkcję pośredniego wsparcia społecznego – spacerując z psem, właściciel ma większą szansę na interakcje społeczne, co może być istotne w okresie, gdy relacje interpersonalne ulegają zmianom [12].

Podsumowując, literatura wskazuje na potencjalnie pozytywny wpływ psów na zdrowie psychiczne osób dorosłych, jednak potrzeba dalszych, ukierunkowanych badań analizujących ten wpływ w kontekście konkretnego okresu rozwojowego, jakim jest kryzys wieku średniego. Niniejsze badanie stanowi próbę wypełnienia tej luki badawczej.

CEL BADANIA

Celem niniejszego badania było sprawdzenie, czy i w jaki sposób obecność psa w życiu osoby w wieku średnim wpływa na przeżywanie kryzysu wieku średniego. Skoncentrowano się na aspektach emocjonalnych, społecznych oraz ogólnej jakości życia badanych.

METODA BADAWCZA

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety internetowej. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety składający się z pytań zamkniętych oraz kilku pytań półotwartych. Kwestionariusz zawierał łącznie 24 pytania i był podzielony na trzy sekcje:

1. Dane demograficzne (wiek, płeć, stan cywilny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania),
2. Informacje dotyczące posiadania psa (czas posiadania, zaangażowanie w opiekę, relacja emocjonalna),
3. Skala oceny nasilenia objawów kryzysu wieku średniego (np. poczucie sensu życia, poziom stresu, zmęczenie, satysfakcja z życia).

Dobór próby

Badaniem objęto 100 osób w wieku od 35 do 60 lat. Dobór uczestników był celowy – rekrutacja była prowadzona za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz forów internetowych, poświęconych zdrowiu psychicznemu i miłośnikom zwierząt. Kwestionariusz został udostępniony za pomocą platformy Google Forms. Ankieta była anonimowa i dobrowolna. Czas wypełnienia wynosił około 10–15 minut. Zbieranie danych trwało dwa miesiące.

Analiza danych

Dane zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Microsoft Excel. Zastosowano analizę porównawczą między grupami. Szczególną uwagę zwrócono na różnice w intensywności objawów kryzysu wieku średniego pomiędzy grupą właścicieli psów a osobami nieposiadającymi zwierząt.

Badanie miało charakter anonimowy i nie wymagało zgody komisji etycznej, jako że nie obejmowało danych wrażliwych ani interwencji psychologicznych. Uczestnicy zostali poinformowani o celu badania i mieli prawo do rezygnacji na każdym etapie.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 100 respondentów: 68 kobiet i 32 mężczyzn. Respondenci zostali zaklasyfikowani do pięciu grup wiekowych: 28 osób było w wieku 35–40 lat, 26 osób w przedziale 41–50 lat, 24 osoby miały 51–56 lat, 12 osób znajdowało się w grupie wiekowej 46–50 lat, a 10 osób było w wieku powyżej 56 lat.

Wśród badanych 44 osoby były w związku, 27 to osoby samotne, 16 było rozwiedzionych, a 13 wdowcami.

Dzieci posiadało 74 respondentów, natomiast 26 osób dzieci nie miało. Właścicielami psa było 75 osób, a 25 osób nie posiadało go.

Badani najczęściej zauważyli jako objaw kryzysu wieku średniego - zmniejszenie poczucia własnej wartości (25%) oraz chęć zmiany stylu życia (20%). Wyniki obrazuje Tabela 1.

Tabela 1. Objawy kryzysu wieku średniego dostrzegane przez respondentów.

Zmniejszenie poczucia własnej wartości	25%
Chęć zmiany stylu życia (aktywność, dieta)	23%
Zmiany w relacjach z rodzina i przyjaciółmi	20%
Poczucie niepokoju i stresu	19%
Rozważanie zmiany kariery	10%
Inne	6%

W zakresie oceny życia zawodowego 43% badanych czuło się raczej spełnionych, 27% miało neutralny stosunek do życia, 16% czuło się raczej niespełnionych, a 13% – bardzo spełnionych.

Odpowiadając na pytanie „Czy życie zawodowe przebiega zgodnie z wcześniejszymi wyobrażeniami?” - 35% odpowiedziało „nie”, 32% „tak”, a 33% „częściowo”.

Życie osobiste oceniono jako satysfakcjonujące w 43% przypadków, neutralnie w 32%, niezadowolające w 16%, a bardzo zadowolające – w 8%.

W kwestii zmiany priorytetów życiowych, 60% respondentów wskazało, że uległy one zmianie w pewnym stopniu, 27% – że zmieniły się zdecydowanie, a 13% – że pozostały bez zmian.

Na pytanie o rozważanie istotnych zmian w życiu osobistym lub zawodowym (np. zmiana pracy, przeprowadzka, nowe hobby), 35% osób odpowiedziało twierdząco, 30% – nie, a 35% iż rozważa taką możliwość.

Jeśli chodzi o poczucie kontroli nad życiem, 46% badanych zadeklarowało, że w dużym stopniu kontroluje swoje życie, 38% – iż robi to częściowo, 8% – że ich życie jest całkowicie pod kontrolą, a 8% – że nie ma kontroli. Z pomocy psychologa lub terapeuty w związku z doświadczeniem kryzysu wieku średniego nie korzystało 75% badanych, 25% korzystało, w tym 5% z innych form pomocy.

W odpowiedzi na pytanie „Czy uważasz, że społeczeństwo ma zrozumienie dla osób przeżywających kryzys wieku średniego?”, 52% respondentów odpowiedziało przecząco, 13% uważało, że społeczeństwo wykazuje takie zrozumienie, natomiast 35% nie miało zdania na ten temat.

Wyniki te wskazują na lukę w świadomości społecznej na temat tego zjawiska i mogą sugerować konieczność prowadzenia działań edukacyjnych i normalizujących temat kryzysu wieku średniego w debacie publicznej.

W odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoje otoczenie (rodzina, przyjaciele, współpracownicy) reagują na Twoje przeżycia związane z kryzysem wieku średniego w sposób wspierający?”, 35% ankietowanych stwierdziło, że tak, ale w ograniczonym zakresie. Tylko 16% uznało, że doświadcza dużego wsparcia, natomiast aż 24% nie czuje żadnego wsparcia, a kolejne 24% nie ma zdania w tej kwestii.

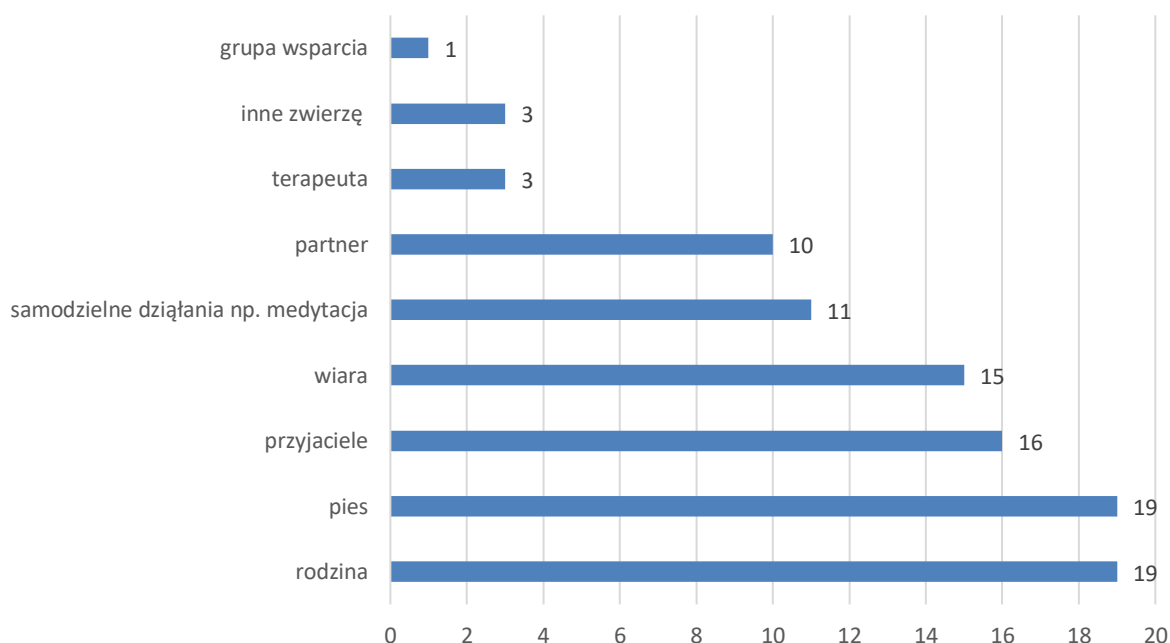
Dane te sugerują, że wielu dorosłych w średnim wieku może czuć się osamotnionych w swoich zmaganiach, nawet wśród bliskich. Brak silnego, empatycznego wsparcia społecznego może pogłębiać subiektywne doświadczenie kryzysu i zwiększać jego negatywny wpływ na samopoczucie.

W opinii 30% badanych w nadchodzących latach chcieliby zainwestować w swój rozwój osobisty i tyle samo w zwiększenie aktywności fizycznej. Pozostałe dane obrazuje Tabela 2.

Tabela 2. Zmiany, jakie ankietowani chcieliby wprowadzić w swoim życiu w nadchodzących latach.

Rozwój osobisty (kursy, hobby)	30%
Zwiększenie aktywności fizycznej	30%
Równowaga między pracą zawodową a życiem osobistym	28%
Zmiana kariery	8%
Zmiana miejsca zamieszkania	4%

Głównymi źródła wsparcia w momencie ewentualnego kryzysu wieku średniego w przyszłości byłyby rodzina (dla 19 osób), pies (19 osób) i przyjaciele (15 osób). Najrzadziej wymieniano grupy wsparcia (1 osoba), terapeutę (3 osoby) lub inne zwierzę (3 osoby). Wyniki obrazuje Rycina 1.



Rycina 1. Główne źródła wsparcia w momencie ewentualnego kryzysu wieku średniego w przyszłości. Źródło: opracowanie własne.

Dodatkowe pytanie zawarte w ankiecie dotyczyło bezpośredniego wpływu posiadania psa na emocje związane z kryzysem wieku średniego. Na pytanie „Czy posiadanie psa pomogło Ci w radzeniu sobie z emocjami związanymi z kryzysem wieku średniego?” 42% respondentów odpowiedziało „zdecydowanie tak”, 25% – „tak w pewnym stopniu”, 8% uznało, że „nie ma to wpływu”, a 25% zaznaczyło, że nie posiada psa. Dane te potwierdzają pozytywny wpływ

obecności psa na radzenie sobie z emocjonalnymi wyzwaniami tego okresu życia – aż 67% osób posiadających psa odczuwało jego wsparcie (Tabela 3).

Na pytanie „*W jakim stopniu uważasz, że obecność psa pomaga Ci w zmniejszeniu stresu związanego z kryzysem wieku średniego?*” – 54% respondentów odpowiedziało „w dużym stopniu”, 24% – „w pewnym stopniu”, 15% – „w niewielkim stopniu”, a 5% – „wcale”. Te dane dodatkowo potwierdzają, że posiadanie psa odgrywa istotną rolę w łagodzeniu stresu związanego z okresem przejściowym w życiu dorosłym.

W kolejnym pytaniu „*Czy obecność psa sprawia, że czujesz się mniej samotny/a, zwłaszcza w chwilach, gdy zmagasz się z emocjami związanymi z kryzysem wieku średniego?*” – 52% respondentów odpowiedziało „zdecydowanie tak”, 25% – „w pewnym stopniu”, kolejne 25% zaznaczyło, że nie posiada psa, natomiast brak wskazań „nie widzę efektu” sugeruje, że pozostali nie zauważyli wyraźnych różnic.

W odniesieniu do pytania „*Czy zauważyłeś/aś, że posiadanie psa pomaga Ci w relacjach z innymi ludźmi (np. łatwiej nawiązywać kontakty, częściej wychodzić na spacer, poznać nowych ludzi)?*”, 60% odpowiedziało „zdecydowanie tak”, 25% – „tak”, a 15% – „nie”.

Tabela 3. Opinie badanych na temat, czy posiadanie i kontakt z psem wiąże się z wyzwaniami, które mogą wpływać na przeżywanie kryzysu wieku średniego. Źródło: opracowanie własne.

Pies daje poczucie towarzystwa, pomaga w samotności, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa i stabilności emocjonalnej	64,4 %
Pomaga w oderwaniu się od codziennych trosk i problemów	52%
Pomaga w łagodzeniu objawów lęku i depresji	49%
Poprawia samopoczucie psychiczne i daje radość	49%
Regularne spacer z psem zachęcają do większej aktywności fizycznej	45%
Obecność psa działa uspokajająca i daje relaks	42%
Pies pełni rolę terapeutyczną, pomaga przeżywać stres pourazowy, lęki, kryzys egzystencjalny	39%
Poprawia interakcje społeczne i zmniejsza lęk separacyjny	35%
Wprowadza ład i porządek dnia, stwarza poczucie obowiązkowości	32%
Dodatkowe koszty i obowiązki związane z obecnością psa	5%

Analiza wyników wykazała, że osoby posiadające psa rzadziej deklarowały wysoki poziom stresu (34% vs. 58%), częściej oceniały swoje życie jako satysfakcjonujące (62% vs. 41%) i rzadziej zgłaszały uczucie osamotnienia. Właściciele psów częściej wskazywali, że codzienne spacer i kontakt ze zwierzęciem są dla nich formą relaksu i pomagają w zachowaniu rutyny.

PODSUMOWANIE

Uzyskane wyniki sugerują, że obecność psa może łagodzić niektóre objawy kryzysu wieku środkowego, wpływając pozytywnie na poziom stresu, poczucie sensu życia oraz redukcję samotności. Pies, jako źródło codziennej rutyny, fizycznej aktywności oraz emocjonalnego wsparcia, wydaje się pełnić funkcję stabilizującą w trudnym okresie życiowym. Jednak interpretacja tych wyników powinna być ostrożna ze względu na pewne ograniczenia badania.

Po pierwsze, badanie opierało się na deklaracjach uczestników, co wiąże się z ryzykiem subiektywizmu i błędów poznawczych.

Ponadto, ze względu na zastosowaną metodę internetowej ankiety, próba mogła nie być w pełni reprezentatywna – osoby posiadające dostęp do Internetu i chętne do udziału w badaniu mogą różnić się od ogólnej populacji.

Dodatkowo, rozkład wiekowy i status społeczno-ekonomiczny respondentów nie został szczegółowo zrównoważony, co może wpływać na uogólnienie wyników.

Kolejnym ograniczeniem jest brak pogłębionej analizy jakościowej, która mogłaby dostarczyć bardziej zniuansowanego wglądu w sposób, w jaki relacja człowiek–pies wpływa na psychikę w okresie kryzysu. Nie zbadano również, jak długo badani posiadali psa, ani jakie były ich wcześniejsze doświadczenia ze zwierzętami.

W kontekście dalszych badań zasadne byłoby porównanie wpływu posiadania psa z innymi formami wsparcia, np. relacjami społecznymi czy pomocą terapeutyczną. Dodatkowo warto byłoby rozważyć wpływ różnych ras psów, ich wieku, a także stopnia zaangażowania właścicieli w opiekę nad zwierzęciem.

Z perspektywy praktycznej, wyniki tego badania mogą być użyteczne dla psychologów, terapeutów i doradców zawodowych, pracujących z osobami doświadczającymi kryzysu wieku średniego.

Posiadanie psa może stanowić naturalną, dostępniejszą formę wsparcia w sytuacjach, w których terapia psychologiczna nie jest dostępna lub nie jest preferowana. Niemniej jednak decyzja o przygarnięciu zwierzęcia powinna być przemyślana i dostosowana do indywidualnych możliwości i stylu życia danej osoby.

PIŚMIENNICTWO

1. Allen K, Blascovich J, Tomaka J, Kelsey RM. Presence of human friends and pet dogs as moderators of autonomic responses to stress in women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002; 61(4): 582–589.
2. Beetz A, Uvnäs-Moberg K, Julius H, Kotrschal K. Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology*, 2012; 9(3): 234.
3. Gee NR, Mueller MK, Curl AL. Human–animal interaction and older adults: An overview. *Frontiers in Psychology*, 2017; 21(8): 1416.
4. Jacques E. Death and the mid-life crisis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1965; 46: 502–514.
5. Bociarska R., Krajewska-Kułak E. Kułak-Bejda A., Guzowski A., Van Damme-Ostapowicz K.: *Pies Przyjaciół, Terapeuta*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2024.
6. Lachman ME. Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 2024; 55: 305–331.
7. McConnell AR, Brown CM, Shoda TM, Stayton LE, Martin CE. Friends with benefits: On the positive consequences of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2011; 101(6): 1239–1252.
8. Merkouri E, Copping L, Gascoigne M, Appleton KM. Dogs and the good life: A cross-sectional study of the association between the dog-owner relationship and owner mental wellbeing. *BMC Public Health*, 2022; 18(13): 903647.
9. Pikhartova J, Bowling A, Victor C. Does owning a pet protect older people against loneliness? *BMC Geriatrics*, 2014; 20(14): 106.
10. Raina P, Waltner-Toews D, Bonnett B, Woodward C, Abernathy T. Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: An analysis of a one-year longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999; 47(3): 323–329.
11. Serpell JA. Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behaviour. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1991; 84(12): 717–720.
12. Taniguchi Y, Seino S, Nishi M, Shinkai S. Dog ownership and mental health among community-dwelling older adults: A systematic review. *Geriatrics & Gerontology International*, 2022; 22(10): 872–879.

SATYSFAKCJA PACJENTÓW Z OPIEKI PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIAŁACH NEUROLOGICZNYCH

Teresa Michalczuk¹, Stanisława Spisacka², Emilia Mańko³, Marcin Haliburda²

1. Zakład Ratownictwa Medycznego, Akademia Bialska im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
2. Zakład Pielęgniarstwa, Akademia Bialska im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
3. Oddział Neurologiczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim

WSTĘP

Satysfakcja (łac. *saris*) określa stan zadowolenia, w którym są zapewnione wystarczająco, czyli do pełnego zaspokojenia potrzeby, oczekiwania [1,2].

Według definicji słownika języka polskiego Państwowego Wydawnictwa Naukowego „satysfakcja” to przyjemność z osiągnięcia założonego celu przez człowieka, bądź wynagrodzenie za krzywdy [1,2].

Satysfakcja jest indywidualnym odczuciem zadowolenia, będącym wynikiem osiągniętego celu, np. rozwiązania problemu, zaspokojenia potrzeb, spełnienia oczekiwań względem czegoś lub kogoś. Satysfakcja pacjenta z opieki jest określana jako odczucia pacjenta ze świadczonych usług. Satysfakcja jest oceną jakości opieki medycznej oraz odnosi się do oczekiwań i potrzeb pacjentów [1,2].

Udar niedokrwienny może nastąpić na skutek zwężenia lub całkowitego zablokowania naczyń tętniczych. Głównymi przyczynami mogą być zmiany miażdżycowe, zakrzepy, procesy zapalne lub zatory [3-7].

Skuteczna prewencja wtórna udaru mózgu wpływa na poprawę sytuacji epidemiologicznej w obrębie chorób naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego. Działania profilaktyczne nie tylko zmniejszają ryzyko wystąpienia udaru, a także mogą pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby. Kontrola czynników ryzyka wpływa na spadek umieralności oraz na rzadsze występowanie najcięższych postaci udaru [6,7].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była ocena poziomu satysfakcji pacjentów oddziałów neurologicznych z opieki pielęgniarskiej w ostrej fazie udaru niedokrwienego mózgu.

METODY I METODY BADAŃ

Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu, byli hospitalizowani z powodu niedokrwienego udaru mózgu i przebywali na sali intensywnego nadzoru neurologicznego.

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 29. Za jego pomocą wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testami Shapiro-Wilka, test *t* Studenta dla jednej próby i dla prób niezależnych oraz korelację *rho* Spearmana. Za poziom istotności uznano $\alpha = 0,05$.

W badaniu wzięło udział 100 pacjentów. Zdecydowaną większość badanej grupy stanowili mężczyźni – 52%, natomiast kobiety stanowiły 48% badanej grupy. Najliczniejszą grupą badanych były osoby w wieku powyżej 61 lat (60%), oraz osoby w wieku 41-60 lat – 33%. W badaniu wzięło udział 6% respondentów w wieku 21-40 lat, 1% stanowiła osoba powyżej 20 roku życia.

W badanej grupie aż 53% respondentów mieszkało na wsi, 45% w mieście do 20 tys. mieszkańców, a w mieście od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców tylko 2% respondentów.

Największą liczbę badanej grupy stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym – 41%. Kolejną pod względem liczebności grupą były osoby z wykształceniem średnim – 27% oraz z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym – 24%. Najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym – 8%.

Zdecydowana większość badanych (81%) deklarowała warunki mieszkaniowe jako zadowalające, natomiast 12% respondentów określało swoje warunki mieszkaniowe jako trudne do określenia. Warunki mieszkaniowe jako niezadowalające deklarowało 7% badanych. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w związku małżeńskim – 46%, natomiast 31% badanych zadeklarowało, że są wdowcami lub wdowami. Kolejną grupą stanowiącą 15% badanych były osoby stanu wolnego. Jedynie 8% respondentów było po rozwodzie. W badanej grupie przeważały osoby prowadzące gospodarstwo rolne – 27%. Kolejną liczną grupę stanowili emeryci – 20%. W wyniku przeprowadzonej ankiety 9% respondentów nie udzieliło odpowiedzi na pytanie, jaki zawód wykonują.

WYNIKI

W pierwszym kroku analizy utworzono zmienne ilościowe na podstawie pytań z przeprowadzonej ankiety i sprawdzono rozkłady tych zmiennych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka badającym normalność rozkładu. Szczegóły przeprowadzonych analiz zaprezentowane zostały w Tabeli 1. Nastawienie wobec hospitalizacji mogło przyjąć wartości 0-9, spełnienie oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej 0-18, stan zdrowia 0-6, jakość usług pielęgniarskich 0-28, a kompleksowość opieki pielęgniarskiej 0-9.

Tabela 1. Podstawowe statystyki badanych zmiennych wraz z testem Shapiro-Wilka.

Zmienna zależna	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Nastawienie wobec hospitalizacji	7,79	8,00	1,07	-0,84	0,82	4,00	9,00	0,87	<0,001
Spełnienie oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej	12,80	13,00	2,60	-0,45	0,04	6,50	18,00	0,96	0,005
Stan zdrowia	4,80	5,00	1,10	-0,68	-0,16	1,50	6,00	0,87	<0,001
Jakość usług pielęgniarskich	21,63	22,00	3,35	-0,54	-0,16	12,50	28,00	0,97	0,009
Kompleksowość opieki pielęgniarskiej	7,82	8,00	1,40	-1,32	1,46	3,00	9,00	0,81	<0,001
Adnotacja. <i>M</i> - średnia; <i>Me</i> - mediana; <i>SD</i> - odchylenie standardowe; <i>Sk.</i> - skośność; <i>Kurt.</i> - kurtoza; <i>Min.</i> - wartość minimalna; <i>Maks.</i> - wartość maksymalna; <i>D</i> - wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; <i>p</i> - wartość <i>p</i> dla testu Kołmogorowa-Smirnowa.									

Uzyskane wyniki testu Shapiro-Wilka wskazują na odmienne od rozkładu normalnego rozłożenie wszystkich wyników. Biorąc jednak pod uwagę centralne twierdzenie graniczne, które zakłada, że cecha przyjmuje rozkład normalny w momencie, kiedy badanych jest przynajmniej 30 osób oraz fakt, że żadna miara skośności w przypadku większości zmiennych nie przekracza krytycznej wartości bezwzględnej równej 2 można założyć, że badane zmienne przyjmują rozkład normalny. Dlatego też postanowiono wykorzystać analizy parametryczne dla hipotez, w których spełniono również pozostałe założenia, takie jak równoliczność badanych grup, czy też jednorodność wariancji.

Następnie sprawdzono, czy badani pacjenci są pozytywnie nastawieni wobec hospitalizacji. Za poziom świadczący o pozytywnym nastawieniu wobec hospitalizacji ustalono 85% maksymalnego poziomu nastawienia wobec hospitalizacji – 7,65. W celu porównania rzeczywistego nastawienia wobec hospitalizacji i poziomu świadczącego o pozytywnym

nastawieniu, wykonano analizę testem różnic t Studenta dla jednej próby, a jej wyniki przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki testu t Studenta dla jednej próby porównującego rzeczywiste nastawienie wobec hospitalizacji badanych pacjentów, do poziomu świadczącego o pozytywnym nastawieniu wobec hospitalizacji.

Grupa	Ocena pacjentów		Poziom świadczący o zadowoleniu	Różnica średnich	t	p
	M	SD				
Nastawienie wobec hospitalizacji	7,79	1,07	7,65	0,14	1,31	0,192
Adnotacja: M - średnia; SD - odchylenie standardowe; t - wartość statystyki testowej; p - istotność statystyczna.						

Kolejno sprawdzono, czy oczekiwania wobec opieki pielęgniarskiej badanych pacjentów zostały spełnione.

Za poziom świadczący o spełnieniu oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej ustalono 85% maksymalnego spełnienia oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej – 15,30.

W celu porównania rzeczywistego spełnienia oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej i poziomu świadczącego o spełnieniu oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej, wykonano analizę testem różnic t Studenta dla jednej próby, a jej wyniki przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki testu t Studenta dla jednej próby porównującego rzeczywiste spełnienie oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej badanych pacjentów, do poziomu świadczącego o spełnieniu oczekiwań.

Grupa	Ocena pacjentów		Poziom świadczący o spełnieniu oczekiwań	Różnica średnich	t	p
	M	SD				
Spełnienie oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej	12,80	2,60	15,30	-2,50	-9,60	<0,001
Adnotacja: M - średnia; SD - odchylenie standardowe; t - wartość statystyki testowej; p - istotność statystyczna.						

W następnym kroku analizy sprawdzono, czy płeć, wiek, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie wpływają na postawy wobec opieki w ostrej fazie udaru mózgu.

W tym celu wykonano analizę testem t Studenta dla prób niezależnych (Tabela 4) i korelację ρ Spearmana (Tabela 5).

Tabela 4. Wyniki analizy testem różnic *t* Studenta dla prób niezależnych porównującej kobiety i mężczyzn względem postaw wobec opieki w ostrej fazie udaru mózgu.

Zmienna zależna	Kobieta (<i>n</i> = 48)		Mężczyzna (<i>n</i> = 52)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Nastawienie wobec hospitalizacji	7,58	1,18	7,98	0,92	-1,89	98	0,062	-0,82	0,02	0,38
Spełnienie oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej	12,18	2,75	13,38	2,34	-2,34	98	0,021	-2,20	-0,18	0,47
Stan zdrowia	4,60	1,17	4,97	1,02	-1,68	98	0,097	-0,80	0,07	0,34
Jakość usług pielęgniarskich	20,87	3,62	22,33	2,94	-2,22	98	0,029	-2,76	-0,15	0,44
Kompleksowość opieki pielęgniarskiej	7,51	1,41	8,11	1,34	-2,16	98	0,033	-1,14	-0,05	0,43

Adnotacja. *n* - liczba obserwacji; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *t* - wartość statystyki testowej; *df* - stopnie swobody; *p* - istotność statystyczna; *CI* - przedział ufności dla różnicy między średnimi; *LL* i *UL* - dolna i górna granica przedziału ufności.

Tabela 5. Wyniki analizy korelacji *rho* Spearmana sprawdzającej współzmiennność wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia a postaw wobec opieki w ostrej fazie udaru mózgu.

Zmienna		Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie
Nastawienie wobec hospitalizacji	<i>rho</i> Spearmana	<0,01	-0,05	0,05
	istotność	0,996	0,654	0,651
Spełnienie oczekiwań wobec opieki pielęgniarskiej	<i>rho</i> Spearmana	0,08	0,03	0,07
	istotność	0,450	0,757	0,477
Stan zdrowia	<i>rho</i> Spearmana	-0,08	0,21	0,13
	istotność	0,412	0,035	0,187
Jakość usług pielęgniarskich	<i>rho</i> Spearmana	0,25	-0,06	-0,10
	istotność	0,012	0,523	0,310
Kompleksowość opieki pielęgniarskiej	<i>rho</i> Spearmana	0,11	-0,17	-0,16
	istotność	0,270	0,089	0,102

Analiza wykazała, że im starsze były osoby badane, tym wyżej oceniały jakość usług pielęgniarskich oraz im większe było miejsce zamieszkania badanych pacjentów po udarze mózgu, tym lepszy był ich stan zdrowia. Wielkość efektu współzmienności była mała, na co wskazuje wartość współczynnika *rho* Spearmana.

Ważnym elementem było sprawdzenie, czy personel pielęgniarski świadczy najwyższą jakość usług medycznych nad pacjentem w ostrej fazie udaru mózgu. Za poziom świadczący o najwyższej jakości usług medycznych świadczonych przez personel pielęgniarski ustalono 85% maksymalnego poziomu jakości opieki pielęgniarskiej – 23,80. W celu porównania rzeczywistej jakości usług medycznych świadczonych przez pielęgniarki i poziomu świadczącego o najwyższej jakości, wykonano analizę testem różnic *t* Studenta dla jednej

próby, a jej wyniki przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 6. Wyniki testu t Studenta dla jednej próby porównującego rzeczywistą jakość usług medycznych świadczonych przez personel pielęgniarski wobec pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu, do poziomu świadczącego o najwyższej jakości usług medycznych.

Grupa	Ocena pacjentów		Poziom świadczący o odpowiedniej jakości	Różnica średnich	t	p
	M	SD				
Jakość usług pielęgniarskich	21,63	3,35	23,80	-2,18	-6,49	<0,001
Adnotacja: M - średnia; SD - odchylenie standardowe; t - wartość statystyki testowej; p - istotność statystyczna.						

Przeprowadzona analiza wykazała, że badani pacjenci nie uważali, że personel pielęgniarski świadczy usługi medyczne o najwyższej jakości.

DYSKUSJA

Ocena jakości świadczonych usług medycznych jest nieodłącznym elementem badania satysfakcji pacjenta. Pomiar i ocena jakości opieki pielęgniarskiej pełni ważną rolę w rozwoju pielęgniarstwa poprzez szukanie opartych na dowodach naukowych rozwiązań [8].

Przeprowadzone badanie pozwoliło na analizę najważniejszych elementów wpływających na satysfakcję pacjentów. Jednym z istotniejszych elementów było nastawienie pacjentów wobec hospitalizacji. Z badań własnych wynika, że nastawienie wobec hospitalizacji badanych było zbliżone do pozytywnego – średnia 7,79.

Czynniki socjodemograficzne również istotnie wpływały na satysfakcję pacjentów. W wyniku badań przeprowadzonych przez K. Pawelczyk i wsp. uznano czynniki demograficzne za istotnie warunkujące ocenę i odczucia pacjenta [9]. Analiza wpływu czynników socjodemograficznych wobec opieki pielęgniarskiej, jakości i kompleksowości wykazała, że badane kobiety uznały opiekę jako mniej spełniającą oczekiwania oraz jakość i kompleksowość opieki pielęgniarskiej jako mniejszą, niż gdy oceniali to mężczyźni. Różnice pomiędzy porównywanymi grupami były małe i wynosiły wobec oczekiwań dotyczących opieki pielęgniarskiej – 0,38, wobec jakości usług – 0,44, wobec kompleksowości – 0,43. Analiza wykazała, że im starsze były osoby badane, tym wyżej oceniały jakość usług pielęgniarskich. Według badań przeprowadzonych przez Ł. Majerskiego analiza satysfakcji nie

wykazała istotnych zależności pomiędzy płcią, stanem cywilnym, wykształceniem, miejscem zamieszkania, a oceną poziomu opieki i jej jakości [10].

Z przeprowadzonego badania, wynika że stan zdrowia pacjentów w ostrej fazie udaru był nieodpowiedni, jak również nie pozwalał na odpowiednie wypełnienie ankiety – średnia 4,80. Poziom świadczący o odpowiednim stanie zdrowia uznano w niniejszej pracy za – 5,10.

Kompleksowe podejście do pacjentów i świadczenie wysokiej jakości usług wpływa na poczucie ich satysfakcji. Z badań własnych wynika, że personel pielęgniarski nie świadczył usług o najwyższej jakości – średnia 21,63. Za poziom świadczący o odpowiedniej jakości usług uznano w niniejszej pracy 23,80. W odniesieniu do kompleksowości świadczonych usług, okazuje się, że respondenci otrzymywali kompleksową opiekę podczas hospitalizacji – średnia 7,82. Pacjent z udarem mózgu wymaga kompleksowej opieki, w tym rehabilitacji. Z badań własnych wynika, że 50% pacjentów rozpoczęła rehabilitację w I dobie hospitalizacji, a 32% badanych w II dobie.

Rekomendacja wynikająca z analizy badań statystycznych dotycząca satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wskazywałaby na konieczność przeprowadzenia audytu wewnętrznego na oddziale i opracowania nowych procedur. Przeprowadzone badanie jest także ważne również o uzupełnienie opinii personelu pielęgniarskiego oddziału dotyczące świadczonych usług i porównanie z opinią pacjentów.

WNIOSKI

Analiza wykazała, że osoby badane uważały opiekę pielęgniarską jako niespełniającą ich oczekiwań.

Okazuje się, że badane kobiety uznawały opiekę pielęgniarską jako mniej spełniającą oczekiwania oraz jakość i kompleksowość opieki pielęgniarskiej jako mniejszą, niż gdy oceniali to mężczyźni. Różnice pomiędzy porównywanymi grupami są małe, na co wskazuje wartość współczynnika *d* Cohena.

Przeprowadzona analiza wykazała, że badani pacjenci nie uważali, że personel pielęgniarski świadczy usługi medyczne o najwyższej jakości.

Analiza wykazała, że im starsze były osoby badane, tym wyżej oceniały jakość usług pielęgniarskich, oraz im większe było miejsce zamieszkania badanych pacjentów po udarze mózgu, tym lepszy był ich stan zdrowia.

Rynek ochrony zdrowia stale ewoluuje zarówno pod względem świadczeniodawców, płatników, świadczeniobiorców i ich wymagań. Zwiększa się zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i świadomość dbania o zdrowie, co powoduje wzrost konkurencyjności na rynku

usług medycznych. Zauważono, że świadczenie wysokiej jakości usług wpływa na satysfakcję pacjenta co przekłada się na podniesienie poziomu konkurencyjności danej placówki. Z momentem wprowadzenia zmian w finansowaniu systemu ochrony zdrowia pacjent stał się „klientem” o którego zabiegają podmioty medyczne. Zapewnienie wysokiej jakości usług jest niezbędne ponieważ związane jest ze zdrowiem, zaufaniem, bezpieczeństwem oraz życiem pacjenta. Jakość w opiece zdrowotnej determinują: dostępność do świadczeń medycznych, profesjonalizm personelu medycznego, świadczenia dostosowane do potrzeb pacjenta, zadowolenie pacjenta oraz wydajność [9,10].

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z dnia 31 marca 2009 r.) w art. 8. przedstawia, że pacjent ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, świadczonych ze starannością. Osoby, które świadczą usługi powinny kierować się zasadami etyki określonymi przez samorządy zawodów medycznych. Prawem pacjenta jest posiadanie oczekiwań, że świadczenia udzielane mu będą zgodne z wymogami aktualnej wiedzy medycznej, a opieka będzie na odpowiednio wysokim poziomie [11].

PIŚMIENNICTWO

1. Maconko M, Kopański Z, Strychar J, Małek Ł. Satysfakcja pacjenta i metody jej pomiaru. *Journal of Clinical Healthcare*, 2016; 3: 14-19.
2. Bukowska-Piastrzyńska A. Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów. Wydanie IX. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2023.
3. Jabłońska R, Ślusarz R. Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego. Wyd. Continuo, Wrocław 2022.
4. Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Wytyczne postępowania w udarze mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2019; 15 (Supl. A): 29-47.
5. Wiszniewska M, Źdanowicz A. Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. Wyd. Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, Piła 2014.
6. Sienkiewicz-Jarosz H. Udar mózgu. Kompendium dla praktyka. PZWL, Warszawa 2021.
7. Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu. Udar niedokrwienny mózgu. Departament Analiz i Strategii NFZ, Warszawa 2019.

8. Delura M, Posłuszna-Owczarz M, Rezmerska L. Satysfakcja pacjentów z pielęgniarskiej opieki przedoperacyjnej. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016; 4(1): 4-6.
9. Szpringer M, Chmielewski J, Kosecka J, Sobczyk B, Komendacka O. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015; 21(2): 132-137.
10. Majerski Ł. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016; 2(1): 47-62.
11. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545).

SATYSFAKCJA PACJENTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ Z TELEFONICZNYCH KONSULTACJI MEDYCZNYCH REALIZOWANYCH W DOBIE PANDEMII COVID-19

Katarzyna Pawlikowska-Łagód, Agnieszka Polak

Katedra Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

O ile procedury zwalczania chorób zakaźnych powstały w XIX wieku, o tyle systemowe programy zapobiegania epidemiom powstały po I wojnie światowej w konsekwencji walki z tyfusem plamistym, cholera, dudem brzuszny, ospą prawdziwą. Kształtujący się system opieki medycznej w poszczególnych krajach europejskich, w tym także w Polsce, oparł się na sieci poradni. Ich celem było objęcie opieką medyczną wszystkich obywateli, stworzenie możliwości szybkiego dostępu do lekarzy oraz możliwość organizowania skutecznej akcji zwalczania epidemii oraz organizowania szczepień, w razie jej wystąpienia. Dynamiczna reforma polskiego systemu opieki medycznej przypadła na czas przemian ustrojowych w latach 1989-2016. Celem reform stało się zapewnienie polskim obywatelom ich konstytucyjnego prawa do równego dostępu do odpowiedniej jakości publicznych świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), jak zaczęto określać poradnie, przy założeniu, że taki dostęp jest warunkiem zrównoważonego rozwoju społeczno-gospodarczego i stabilnego funkcjonowania państwa. Proces ten miał charakter międzynarodowy, zgodnie z zasadą satysfakcji z usług medycznych, coraz częściej zaczęto poszukiwać skutecznych narzędzi usprawnienia systemu. Jednym z nich okazała się telemedycyna, pojęcie to w kontekście usług medycznych zaczęło być używane w latach 70. tych XX na określenie „leczenia na odległość”. Podkreślano fakt, że telemedycyna pozwoli na zwiększenie dostępu do opieki i informacji medycznej, co wpłynie na polepszenie wyników leczenia pacjentów. Taki też był cel systematycznego wprowadzenia ICT (*information and communication technologies*) do systemu opieki medycznej, proces ten nasilił się w latach 90. XX wieku, w konsekwencji w Ameryce i kolejnych krajach europejskich zaczęto wdrażać coraz to nowsze rozwiązania, m.in. dotyczyły one e-recept, które Apple próbował już wprowadzać w 2005 roku. Próby tworzenia standardów w tej

kwestii podejmowało WHO, podkreślając jej wartość dla poprawy opieki medyczną na poziomie lokalnym, regionalnym i światowym przy udziale technologii informacyjnych i komunikacyjnych, co miało mieć bezpośrednie przełożenie na jakość świadczeń i satysfakcję pacjentów. WHO uznała uprawnienia telemedycyny do wspierania Zdrowia dla wszystkich, wydając w 2010 roku sztandarowy raport zatytułowany Telemedycyna: możliwości i zmiany w państwach członkowskich, Zalecenia w wytycznych WHO w sprawie interwencji cyfrowych w celu wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej w 2019 r.. W ramach tzw. telemedycyny WHO zaczęło wyróżniać teleporady i świadczenia z zakresu tzw. e-medycyny (zastosowanie narzędzi i usług TIK w opiece zdrowotnej” – taką definicję przyjęła Komisja Europejska) [1,2]. Teleporady w tym zakresie zaczęły być postrzegane jako systemowe rozwiązania e-medycyny. Recepty cyfrowe wprowadzono najpierw w Wielkiej Brytanii i Holandii, w Polsce po raz pierwszy została ona wystawiona w maju 2018 roku.

W 2001 roku utworzono Sekcję Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Rozważono kwestię teleporad udzielanych przez lekarza, pielęgniarkę i położną. Rozporządzenie MZ z dnia 24 września 2013 dopuszczało taką formę świadczeń gwarantowanych w ramach POZ. W 2015 roku dokonano zmiany w ZawLekU, która pozwoliła lekarzom na zdalne wystawienie recepty czy zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Przy czym wskazano dwa warunki konieczne: (1) kontynuację leczenia czy zaopatrzenia i (2) stan zdrowia pacjenta odzwierciedlony w dokumentacji medycznej. W 2015 roku za sprawą nowelizacji art. 3 ust. 1 DziałLeczU, na mocy którego uporządkowano status świadczenia telemedycznego jako równoprawne świadczenie zdrowotne. W 2017 roku przyjęto strategię rozwoju e-zdrowia, w zakresie rozwoju technologii rozwiązań telemedycznych [3]. 5 listopada 2019 roku teleporada została wprowadzona do systemu prawnego [4]. 17 listopada 2019 roku w mieście Wuhan (w prowincji Hubei, w środkowych Chinach) odnotowano pierwsze przypadki choroby wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2.

11 lutego 2020 roku WHO nazwała nową chorobę zakaźną wywołaną przez nowo poznanego koronawirusa, COVID-19 (ang. *coronavirus disease 2019*). 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan pandemii, co wymusiło tworzenie szybkich i skutecznych rozwiązań, mających na celu z jednej strony zatrzymanie rozprzestrzeniania się choroby, organizowanie akcji szczepień, ale także zapewnienie ciągłości świadczonych usług. W Polsce pierwszy przypadek choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2 odnotowano 4 marca 2020 roku w szpitalu w Zielonej Górze i z dnia na dzień liczba chorych znacząco wzrastała. 20 marca 2020 roku Polska jako jeden z krajów Unii

wprowadziła stan epidemii [5-7]. Wprowadzono liczne obostrzenia w tym ograniczenie korzystania z wizyt stacjonarnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadzono konsultacje lekarskie realizowane w ramach teleporad. W wyniku wprowadzenia takiego rozwiązania zarówno pacjenci jak i pracownicy medyczni musieli dostosować się do szybko i znacząco zmieniającego się sposobu świadczenia usług zdrowotnych.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było zbadanie satysfakcji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z przeprowadzanych konsultacji lekarskich w formie teleporad realizowanych w dobie pandemii COVID-19.

MATERIAŁ I METODY

Badania realizowane były od stycznia 2021 roku do stycznia 2022 roku. W analizie uczestniczyło 239 pacjentów różnych placówek POZ w Polsce.

Badanie zostało zrealizowane przy pomocy firmy zewnętrznej zajmującej się prowadzeniem badań za pomocą metody telefonicznej.

Na początku każdej rozmowy telefonicznej pytano o zgodę na przeprowadzenie badania. Po uzyskaniu zgody respondenta nastąpiło przeprowadzenie badania.

W badaniu został wykorzystany kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, składający się z pytań zamkniętych.

Pierwsza część kwestionariusza dotyczyła pytań socjo-demograficznych, druga miała na celu zbadanie satysfakcji oraz zaufania respondentów z jakości świadczeń opieki medycznej.

Zastosowane metody statystyczne

Opracowanie statystyczne danych, które zebrano podczas badania wykonano w programie IBM SPSS Statistics. Posłużono się w niej tabelami krzyżowymi oraz testem Chi-2 i współczynnikiem korelacji V Cramera.

Test niezależności Chi-2 Pearsona wykonano, aby sprawdzić, czy między zmiennymi nominalnymi lub pomiędzy zmiennymi nominalnymi i porządkowymi zachodzi zależność istotna statystycznie. W tabelach z tym testem użyto skrótów: N – liczebność, % - odsetek, Chi-2 – statystyka testu, p - istotność testu. Przyjęto trzy poziomy istotności statystycznej (od najwyższego do najniższego: $p < 0,001$ - oznaczonego ***, $p < 0,01$ - oznaczonego ** oraz $p < 0,05$ – oznaczonego *). Wówczas zależność między zmiennymi jest istotna statystycznie.

Współczynnik korelacji V Cramera obliczono, aby sprawdzić siłę korelacji między zmiennymi nominalnym lub między zmiennymi nominalnym a porządkowymi. Współczynnik ten stosuje się, gdy test niezależności Chi-2 Pearsona wykazał zależność istotną statystycznie. Jego zakres teoretyczny wynosi od 0 do 1. Im dalej od 0, a im bliżej 1, tym korelacja między zmiennymi jest silniejsza. Współczynnik dowodzi występowania korelacji, nie informuje natomiast o skutku i przyczynie.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu uczestniczyło 239 respondentów. Blisko połowa badanych osób (49,8%) miała od 18 do 34 lat. Z kolei co trzeci respondent (34,7%) był pomiędzy 35, a 49 rokiem życia, a pozostałe 15,5% miało co najmniej 50 lat. Na potrzeby wykonanej w dalszej części opracowania analizy zależności połączono w jedną grupę osoby mające od 35 do 49 lat i osoby mające co najmniej 50 lat tworząc grupę wiekową „od 35 lat”. Miało to na celu stworzenie odpowiednio licznej grupy do wykonania tego typu analizy. Ponad połowę badanych (67,8%) stanowiły kobiety. Pozostałe 32,2% stanowili mężczyźni. Zdecydowana większość badanych osób (80,3%) mieszkała w mieście. Pozostałe 19,7% stanowili mieszkańcy wsi.

Blisko połowę badanych (49,4%) stanowiły osoby zamężne/żonate. Z kolei co czwarta osoba (26,8%) była w związku partnerskim, a co piąta (19,7%) stanu wolnego. Pozostałe 4,2% stanowiły osoby rozwiedzione. Na potrzeby wykonanej w dalszej części opracowania analizy zależności połączono w jedną grupę osoby rozwiedzione oraz stanu wolnego, tworząc grupę „inne”. Miało to na celu stworzenie odpowiednio licznej grupy do wykonania tego typu analizy.

Nieco ponad połowa badanych (51%) posiadała wykształcenie średnie lub zawodowe, a blisko połowa (47,7%) wyższe. Pozostałe 1,3% respondentów stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Na potrzeby wykonanej w dalszej części opracowania analizy zależności połączono w jedną grupę osoby z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym, zawodowym i średnim, tworząc grupę osób bez wykształcenia wyższego. Miało to na celu stworzenie odpowiednio licznej grupy do wykonania tego typu analizy.

WYNIKI

W ramach analizy wyników badania przedstawiono rozkłady odpowiedzi ogółu respondentów na poszczególne pytania znajdujące się w kwestionariuszu ankiety, a także przedstawiono odpowiedzi z podziałem na mieszkańców miast i wsi. Za pomocą testu niezależności Chi-2 Pearsona ustalono, czy zachodzi istotna statystycznie zależność między miejscem zamieszkania, a odpowiedziami w danym pytaniu.

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość osób od 35 roku życia (90%) i pomiędzy 18, a 34 rokiem życia (85,7%) korzystało z teleporad w placówce podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Test Chi-2 wykazał istotną statystycznie zależność, a współczynnik korelacji V Cramera bardzo słabą korelację między płcią, a korzystaniem z teleporady w przychodni zdrowia. Z teleporady korzystało istotnie statystycznie więcej kobiet (90,7%), niż mężczyzn (81,8%). Zdecydowana większość osób z wykształceniem wyższym (91,2%) i bez wykształcenia wyższego (84,8%) korzystało z teleporad w przychodni zdrowia (POZ).

Nieco ponad połowa respondentów (58,1%) było zadowolonych z długości rozmowy z lekarzem POZ podczas teleporady. Z kolei w ocenie co trzeciej badanej osoby (31,4%) rozmowy są zbyt krótkie i zbyt ogólne, a w ocenie co dziesiątej osoby (10,5%) rozmowa telefoniczna jako taka nie jest satysfakcjonująca. Warto zauważyć, że znacznie więcej mieszkańców wsi (72,5%), niż miast (54,7%) uważa, że lekarz wystarczająco dużo czasu poświęcał na rozmowę (Tabela 1).

Tabela 1. Satysfakcja z długości rozmowy z lekarzem w trakcie teleporady (POZ), a miejsce zamieszkania.

Zamieszkania.

Czy satysfakcjonuje Pana/Panią długość rozmowy z lekarzem w trakcie teleporady (POZ)?	Miejsce zamieszkania				Ogółem	
	Miasto		Wieś			
	N	%	N	%	N	%
Tak, lekarz wystarczająco długo poświęca mi swój czas	93	54,7%	29	72,5%	122	58,1%
Myślę, że rozmowy są zbyt krótkie i zbyt ogólne	58	34,1%	8	20,0%	66	31,4%
Nie satysfakcjonuje mnie rozmowa z lekarzem przez telefon	19	11,2%	3	7,5%	22	10,5%
Ogółem	170	100,0%	40	100,0%	210	100,0%
Chi-2=4,236, p=0,120						

Źródło: opracowanie na podstawie badania własnego

Nieco ponad połowa respondentów (51,4%) uważa, że podczas stacjonarnej wizyty uzyskaliby więcej informacji, natomiast w ocenie 41,4% uzyskane podczas teleporady

informacje są w pełni satysfakcjonujące. Pozostałe 7,1% deklaruje, że uzyskane informacje całkowicie ich nie satysfakcjonują (Tabela 2).

Tabela 2. Satysfakcja z uzyskanych informacji w trakcie teleporady (POZ), a miejsce zamieszkania.

Czy satysfakcjonują Pana/Panią uzyskane informacje podczas teleporady (POZ)?	Miejsce zamieszkania				Ogółem	
	Miasto		Wieś			
	N	%	N	%	N	%
Tak, w pełni mnie satysfakcjonują	70	41,2%	17	42,5%	87	41,4%
Myślę, że podczas wizyty stacjonarnej uzyskałbym/ uzyskałabym więcej informacji	87	51,2%	21	52,5%	108	51,4%
Całkowicie mnie nie satysfakcjonują	13	7,6%	2	5,0%	15	7,1%
Ogółem	170	100,0%	40	100,0%	210	100,0%
Chi-2=0,342, p=0,843						

Źródło: opracowanie na podstawie badania własnego

W odniesieniu do wieku ponad połowa osób od 35 roku życia (56,5%) i pomiędzy 18, a 34 rokiem życia (62,7%) była zadowolona z teleporad w POZ. Ponad połowa kobiet (57,8%) i mężczyzn (63,5%) była zadowolona z teleporad w POZ. Bez względu na stan cywilny nieco ponad połowa badanych była zadowolona z teleporad w POZ.

Test Chi-2 wykazał bliski istotności statystycznej związek między wykształceniem, a zadowoleniem z teleporad w POZ. Zadowolony był wyraźnie większy odsetek osób z wykształceniem wyższym (65,4%), niż bez wykształcenia wyższego (53,8%) (Tabela 3).

Tabela 3. Ogólne zadowolenie z teleporad w POZ, a wykształcenie.

Czy jest Pan/i ogólnie zadowolony/a z teleporad w POZ?	Wykształcenie wyższe				Ogółem	
	Nie		Tak			
	N	%	N	%	N	%
Tak	57	53,8%	68	65,4%	125	59,5%
Nie	49	46,2%	36	34,6%	85	40,5%
Ogółem	106	100,0%	104	100,0%	210	100,0%
Chi-2=2,937, p=0,087						

Źródło: opracowanie na podstawie badania własnego

Przeprowadzone badania pozwalają zwrócić uwagę na dość istotną kwestię. Niezależnie od wieku, płci, stanu cywilnego istotnym elementem zaufania do lekarza podczas konsultacji lekarskich w ramach teleporady była konsultacja u lekarza, którego pacjenci znali. Warto natomiast zauważyć, że obcym lekarzom nie ufa znacznie więcej osób bez wykształcenia wyższego (18,9%), niż z wykształceniem wyższym (8,7%) (Tabela 4).

Tabela 4. Zaufanie do lekarza podczas teleporady w POZ, a wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny.

cywilny.

Czy ufa Pan/i lekarzowi podczas teleporady w POZ?	Wiek w latach				Ogółem			
	18-34		od 35					
	N	%	N	%	N	%		
Tak, ufam niezależnie, czy jest to znajomy mi lekarz, czy nie	31	30,4%	37	34,3%	68	32,4%		
Tak, ufam, jeżeli rozmawiam tylko ze znajomym mi lekarzem	44	43,1%	46	42,6%	90	42,9%		
Nie ufam, jeżeli jest to obcy mi lekarz	12	11,8%	17	15,7%	29	13,8%		
Wcale nie ufam	15	14,7%	8	7,4%	23	11,0%		
Ogółem	102	100,0%	108	100,0%	210	100,0%		
Chi-2=3,398, p=0,334								
Czy ufa Pan/i lekarzowi podczas teleporady w POZ?	Płeć				Ogółem			
	Kobieta		Mężczyzna					
	N	%	N	%	N	%		
Tak, ufam niezależnie, czy jest to znajomy mi lekarz, czy nie	46	31,3%	22	34,9%	68	32,4%		
Tak, ufam, jeżeli rozmawiam tylko ze znajomym mi lekarzem	60	40,8%	30	47,6%	90	42,9%		
Nie ufam, jeżeli jest to obcy mi lekarz	22	15,0%	7	11,1%	29	13,8%		
Wcale nie ufam	19	12,9%	4	6,3%	23	11,0%		
Ogółem	147	100,0%	63	100,0%	210	100,0%		
Chi-2=2,871, p=0,412								
Czy ufa Pan/i lekarzowi podczas teleporady w POZ?	Wykształcenie wyższe				Ogółem			
	Nie		Tak					
	N	%	N	%	N	%		
Tak, ufam niezależnie, czy jest to znajomy mi lekarz, czy nie	33	31,1%	35	33,7%	68	32,4%		
Tak, ufam, jeżeli rozmawiam tylko ze znajomym mi lekarzem	41	38,7%	49	47,1%	90	42,9%		
Nie ufam, jeżeli jest to obcy mi lekarz	20	18,9%	9	8,7%	29	13,8%		
Wcale nie ufam	12	11,3%	11	10,6%	23	11,0%		
Ogółem	106	100,0%	104	100,0%	210	100,0%		
Chi-2=4,967, p=0,174								
Czy ufa Pan/i lekarzowi podczas teleporady w POZ?	Stan cywilny						Ogółem	
	Inny		Związek małżeński		Związek partnerski			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak, ufam niezależnie, czy jest to znajomy mi lekarz, czy nie	18	36,0%	34	32,1%	16	29,6%	68	32,4%

Satysfakcja pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z telefonicznych konsultacji medycznych realizowanych w dobie pandemii COVID-19

Tak, ufam, jeżeli rozmawiam tylko ze znajomym mi lekarzem	20	40,0%	50	47,2%	20	37,0%	90	42,9%
Nie ufam, jeżeli jest to obcy mi lekarz	7	14,0%	13	12,3%	9	16,7%	29	13,8%
Wcale nie ufam	5	10,0%	9	8,5%	9	16,7%	23	11,0%
Ogółem	50	100,0%	106	100,0%	54	100,0%	210	100,0%
Chi-2=4,055, p=0,669								

Źródło: opracowanie na podstawie badania własnego

DYSKUSJA

Pandemia COVID-19 stanowiła ogromne wyzwanie przed przedstawicielami ochrony zdrowia, jak i pacjentami. Wprowadzane obostrzenia stanowiły problem w dostępności do placówek medycznych w tym placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Dla zachowania dostępności leczenia wprowadzone zostały konsultacje lekarskie w ramach teleporad. W literaturze przedmiotu można zaznajomić się z badaniami dotyczącymi satysfakcji z jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych przy pomocy telemedycyny w okresie pandemii COVID-19, niemniej jednak problem zaufania do personelu medycznego w odniesieniu do telemedycyny poruszany był w mniejszym stopniu. Badacze niewiele uwagi poświęcili czynnikom wpływającym na zaufanie do konsultacji lekarskich w ramach telemedycyny, a zwłaszcza teleporad.

Badania własne wskazały, że pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej są względnie zadowoleni z jakości przeprowadzonych konsultacji lekarskich realizowanych w ramach teleporad (od 35 roku życia (56,5%) i pomiędzy 18 a 34 rokiem życia (62,7%)).

W większym stopniu zadowolone były kobiety. Badanie przeprowadzone przez Imlah i wsp. (2020) również wykazało wysokie zadowolenie z jakości przeprowadzonych telekonsultacji lekarskich wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (86%) [8].

Holtz (2021) prowadząc podobne badania wskazał również, że respondenci byli ogólnie zadowoleni z realizacji konsultacji lekarskich w ramach teleporad [9]. Z kolei z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, iż aż 99% świadczeniobiorców podstawowej opieki zdrowotnej było „bardzo zadowolonych” z jakości świadczonych usług. Kobiety były bardziej zadowolone niż mężczyźni. Ponadto blisko jedna trzecia badanych wolała korzystać z konsultacji lekarskich w ramach teleporady aniżeli wizyty stacjonarnej [10]. Badania własne wykazały, związek między wykształceniem a zadowoleniem z konsultacji lekarskich w ramach teleporad. Zadowolonych jest wyraźnie większy odsetek osób z wykształceniem wyższym (65,4%), niż bez wykształcenia wyższego (53,8%).

Wyniki badań własnych ukazały, że ponad połowa respondentów była usatysfakcjonowanych z długości rozmowy z lekarzem POZ podczas teleporady. Jednakże, nieco ponad połowa respondentów (51,4%) uważała jednak, że podczas stacjonarnej wizyty uzyskaliby więcej informacji niż podczas teleporady. Inne wyniki uzyskał Park i wsp. (2021), które prowadził wśród koreańskich pacjentów. Analiza wskazała, że aż 87,1% pacjentów uważa że telemedycyna ma taką samą niezawodność jak wizyty osobiste [11]. Z kolei z przeprowadzonych badań w Indiach wynika, że pomimo wysokiego poziomu satysfakcji z jakości prowadzonych konsultacji lekarskich w ramach teleporady, tylko 53% pacjentów uważało, że telemedycyna jest tak samo dobra, jak wizyta stacjonarna [12].

Chmielewska i wsp. (2023) w swoich badaniach określili, że blisko 30% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej wyraziło negatywną opinię względem jakości komunikacji podczas konsultacji lekarskich. Co więcej podobna ilość respondentów zgłosiła obawy dotyczące braku uwagi lekarza podczas teleporady oraz wyraziła chęć przewartościowania ich zaufania do lekarza [13]. Badania Orrange i wsp. (2021) wskazują, że większe zaufanie do lekarza wiązało się z większym zadowoleniem pacjentów z konsultacji lekarskich w ramach teleporady oraz, że wiek, poziom wykształcenia i aktualny stan zdrowia nie były istotnie skorelowane z poziomem zaufania do lekarza [14]. Wyniki badań własnych wskazały, iż bez względu na wiek, płeć, stan cywilny najwięcej badanych ufa tylko znajomym lekarzom prowadzącym konsultacje w ramach teleporady.

PODSUMOWANIE

Pandemia COVID-19 postawiła przed przedstawicielami ochrony zdrowia ogromne wyzwanie co do zapewnienia dostępności do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie rozwiązania jakim jest telemedycyna zapewniło dostęp do świadczeń „na odległość”. Rozwiązanie to posiada zarówno wady jak i zalety. Niemniej jednak w chwili pandemii COVID-19 telemedycyna, w tym teleporady pozwoliły na kontakt z personelem lekarskim a nie pozostawienie pacjentów bez opieki. Należy rozwijać technologie telemedycyny, zwiększać jej dostępność oraz popracować nad zapewnieniem jak najlepszej jakości świadczonych w jej ramach usług zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Buczak-Stec E, Lemanowicz K, Mazurek M. E-zdrowie – wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Przegląd Epidemiologiczny, 2011; 65: 107–114.

2. Wrześniewska-Wal I, Hajdukiewicz D. Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne. *Studia Prawnoustrojowe Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie*, 2020; 50: 509–524.
3. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Cyfryzacji: Strategia Rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2018–2022 przyjęta dnia 2 grudnia 2017 r. <https://archiwum.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/informatyzacja-w-ochronie-zdrowia/krajowe-dzialania-na-rzecz-e-zdrowia/>, data pobrania 15.12.2023.
4. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia: Rozporządzenie MZ z dnia 31 października 2019 r. zm. rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz.U. z 2019 r., poz. 2120) oraz Zarządzenie Nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2019 r. ws. warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ.
5. Ministerstwo Zdrowia: Koronawirus: informacje i zalecenia. <https://www.gov.pl/web/koronawirus>, data pobrania 15.12.2023.
6. Krzystanek M, Matuszczyk M, Krupka-Matuszczyk I, Koźmin-Burzyńska A, Segiet S, et al. Telewizyta (e-wizyta) na czas kryzysu epidemicznego — rekomendacje w zakresie prowadzenia wizyt online w opiece psychiatrycznej. *Psychiatria*, 2020; 17(2): 61–65.
7. Zajdel-Całkowska J. Telewizyta, czyli blaski i cienie leczenia na odległość. *Kurier Medyczny*, 2021; 1: 3.
8. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Family Practice*, 2020; 21(1): 269.
9. Holtz BE. Patients’ perceptions of telemedicine visits before and after the Coronavirus Disease 2019 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 2021; 27(1): 107–112.
10. Polinski JM, Barker T, Gagliano N, Sussman A, Brennan TA, et al. Patients’ satisfaction with and preference for telehealth visits. *Journal of General Internal Medicine*, 2016; 31(3): 269–275.
11. Park HY, Kwon YM, Jun HR, Jung SE, Kwon SY. Satisfaction survey of patients and medical staff for telephone-based telemedicine during hospital closing due to COVID-19 transmission. *Telemedicine and e-Health*, 2020; 27: 724–732.
12. Aneja J, Goyal T, Verma M, Kaur G, Mirza M, et al. Client satisfaction with telemedicine services during COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey from

a teaching institute of North India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2022; 11(9): 5187–5193.

13. Chmielewska Z, Sobczak K, Dąbrowska P, Dąbrowska A, Świechowska J, et al. Preferencje pacjentów – ocena telekonsultacji w czasie pandemii Covid-19. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2023; 29(2): 104–109.
14. Orrange S, Patel A, Mack WJ, Cassetta J. Patient satisfaction and trust in telemedicine during the COVID-19 pandemic: retrospective observational study. *JMIR Human Factors*, 2021; 8(2): e28589.

SARKOPENIA JAKO NIEKORZYSTNY ROKOWNICZO ZESPÓŁ GERIATRYCZNY

Agnieszka Batko-Szwaczka, Joanna Dudzińska-Griszek

Klinika Geriatrii, Katedra Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WPROWADZENIE

W 1988 roku na posiedzeniu naukowym w Albuquerque (USA), gdzie omawiano sprawy oceny zdrowia i żywienia osób starszych, Irwin Rosenberg stwierdził, że z wiekiem nie zaobserwowano bardziej dramatycznego i funkcjonalnie istotnego pogorszenia niż spadek masy mięśniowej i zasugerował, że zjawisku temu należy nadać nazwę „*no decline with age is more dramatic or potentially more functionally significant than the decline in muscle mass*”. Sarkopenia (*grec. sarx* - ciało, *penia* - niedobór) to postępujące i uogólnione zaburzenie mięśni szkieletowych, przyspieszona utrata masy i siły mięśniowej, zaburzenie prawidłowej budowy i utrata funkcji, związane z niekorzystnym rokowaniem oraz ze zwiększonym ryzykiem zdarzeń niepożądanych, w tym: upadków zwłaszcza z powikłaniami, złamań, postępującej niepełnosprawności fizycznej, hospitalizacji, instytucjonalizacji a nawet śmierci [1].

Sarkopenia – sklasyfikowana jako zespół geriatryczny, została uznana za jednostkę chorobową – w październiku 2016 roku uwzględniono sarkopenię w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10-MC; otrzymała kod: M62.84.

Sarkopenia dotyka według różnych badań od 9,9 do 40,4% populacji osób starszych a ze względu na postępujący przebieg i niekorzystne rokowanie wymaga szybkiej diagnozy w celu zalecenia choremu odpowiedniej interwencji rehabilitacyjnej, leczenia żywieniowego, czy właściwej suplementacji witaminy D.

SARKOPENIA JAKO ZESPÓŁ GERIATRYCZNY

Uważa się, że masa mięśniowa zmniejsza się już po 30. roku życia, a po przekroczeniu 50 roku życia zmniejsza się w tempie średnio o 6% na każdą dekadę. Zgodnie z tym po 80. roku życia masa mięśni jest mniejsza o ok. 20%. Ubytek ten dotyczy wszystkich, także osób

aktywnych fizycznie. Wykazano, iż masa mięśniowa maleje szybciej u mężczyzn, udowodniono, iż u obu płci jest ona większa w kończynach dolnych niż w kończynach górnych.

Utracie masy mięśniowej towarzyszy zmiana struktury mięśnia, nieznacznie zwiększa się liczba włókien typu I (wolno kurczące się), a zmniejsza się przede wszystkim liczba włókien szybko kurczących się, głównie podtypu II b o metabolizmie glikolitycznym. Włókna te są podatne na zmęczenie, w związku z tym z wiekiem zmniejsza się szczególnie możliwość wykonania dużego wysiłku w krótkim czasie (np. podbiegnięcie do autobusu).

Jeszcze szybciej niż masa mięśni, zmniejsza się ich siła. Wykazano, że pomiędzy 50. i 60. rokiem życia maleje ona w tempie 1,5% na rok (tj. 15% na dekadę), zaś po 60. roku życia nawet szybciej (średnio o 3% rocznie). Przekłada się to na zwiększone ryzyko upadków, gorszą mobilność, a także pogorszenie ogólnej sprawności fizycznej nawet przy nieobecności innych patologii.

Biorąc pod uwagę praktykę kliniczną, należy pamiętać, że prawdopodobieństwo występowania sarkopenii jest największe u następujących pacjentów:

- najstarszych (≥ 80 lat) z nawracającymi upadkami zwłaszcza powikłanymi urazami,
- użytkujących na co dzień sprzęt ortopedyczny (kula łokciowa, balkonik, laska),
- uwięzionych w swoich mieszkaniach z powodu braku windy,
- prowadzących fotelowo-łóżkowy tryb życia lub przewlekłe leżących,
- po długich hospitalizacjach zarówno w oddziałach zabiegowych jak i niezabiegowych,
- po przebytym ostrym stanie chorobowym i zaostrzeniu chorób przewlekłych,
- doświadczających ostrego lub przewlekłego stresu,
- z postępującym ograniczeniem aktywności fizycznej, mających trudności z samodzielnym wstaniem z krzesła lub przejściem 10 schodów bez trzymania się balustrady,
- z niedożywieniem lub przyjmujących stale niepełnowartościowe, niedoborowe posiłki składające się głównie z węglowodanów i tłuszczu z niewystarczającą ilością białka.

PODZIAŁ SARKOPENII

Europejska Grupa Robocza ds. Sarkopenii u Osób Starszych zaproponowała podział sarkopenii z uwagi na występujące czynniki ryzyka lub na jej czas trwania.

Podział sarkopenii ze względu na czynniki ryzyka:

- sarkopenia pierwotna (związana z wiekiem), w której nie występuje żadna jawna przyczyna poza starzeniem się organizmu,

- sarkopenia wtórna, w której poza starzeniem występują inne konkretne przyczyny takie jak choroby przewlekłe, ograniczenie aktywności fizycznej, niedożywienie.

Ze względu na czas trwania wyróżniamy sarkopenię ostrą – okres trwania krótszy niż 6 miesięcy i sarkopenię przewlekłą – okres trwania powyżej 6 miesięcy. Postać ostro sarkopenii jest zwykle związana z ostrą chorobą lub nagłym urazem z następującym unieruchomieniem, natomiast postać przewlekła może towarzyszyć chorobom przewlekłym [2].

PRZYCZYNY SARKOPENII

U podstaw sarkopenii leży wieloprzyczynowe tło, którego nie można tłumaczyć tylko i wyłącznie upływającym czasem. Wśród różnych sprzyjających jej czynników do najważniejszych należą:

1. związane ze starzeniem zmiany hormonalne (zmniejszenie syntezy hormonów: hormonu wzrostu, testosteronu czy estrogenów),
2. pogorszenie wybranych funkcji nerwowo-mięśniowych, tj. neurodegeneracja prowadząca do utraty α -motoneuronów, demielinizacja aksonów związana na przykład ze zmniejszeniem ich pobudliwości,
3. gorszenie ukrwienia mięśni związane np. z miażdżycą,
4. zwiększona ilość cytokin prozapalnych (*inflammaging*) – dająca efekt kataboliczny,
5. stres oksydacyjny,
6. mała aktywność fizyczna, fotelowo-lózkowy tryb życia, unieruchomienie związane z chorobą czy złamaniem,
7. niedobory żywieniowe ilościowe i jakościowe, niedożywienie białkowo-kaloryczne, w tym niedobory białka oraz witaminy D,
8. wyniszczenie.

DYSFAGIA SARKOPENICZNA CZYNNIKIEM RYZYKA NIEDOŻYWIENIA

Niedawno wykazano, że sarkopenię można uznać za niezależny czynnik ryzyka dysfagii, co związane jest przede wszystkim ze zmniejszoną siłą mięśni połykowych. Dysfagia to dysfunkcja układu pokarmowego, charakteryzująca się upośledzeniem żucia i połykania, z brakiem lub przedłużonym pasażem pokarmu lub płynów w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Dysfagia ustno-gardłowa może skutkować nieskutecznym połykaniem, co prowadzi do odwodnienia i niedożywienia, a w konsekwencji zwiększa ryzyko utraty masy mięśniowej. W tym scenariuszu sarkopenia i dysfagia mają więc kilka wspólnych czynników

ryzyka, a ich patologiczne współistnienie wzbudza zainteresowanie społeczności naukowej w ostatnich latach. Co więcej, oba stany można by uznać jednocześnie za czynniki ryzyka i czynniki predykcyjne. Dysfagia sarkopeniczna w związku z jej szkodliwym wpływem na jakość życia związaną ze zdrowiem (HRQoL) i zwiększeniem ryzyka niedożywienia wśród dotkniętych nią osób starszych wymaga podejścia interdyscyplinarnego i skutecznego leczenia [3-5].

Osoby z upośledzoną zdolnością żucia zazwyczaj unikają pokarmów twardych, w tym surowych warzyw lub owoców. Rzeczywiście, u osób starszych z dysfagią obserwuje się niewystarczające spożycie błonnika, kwasu linolowego, potasu, wapnia, magnezu, cynku, seleniu, witamin D, E i K, kwasu foliowego, biotyny i molibdenu. Upośledzenie czynności gardła, nowotwory jamy ustnej, języka, suchość w ustach (kserostomia) i brak uzębienia lub patologiczne schorzenia związane z protezami zębowymi (w tym drożdżycy jamy ustnej i zapalenie jamy ustnej związane z oprotezowaniem) występują często u osób starszych, co skutkuje różnym stopniem niepełnosprawności jamy ustnej [6,7].

Termin „dysfagia sarkopeniczna” został użyty po raz pierwszy w 2012 roku w celu zdefiniowania upośledzenia połykania spowodowanego zarówno sarkopenią mięśni układowych jak i mięśni odpowiadających za połykanie. Zjawisko to może być wyjątkowo uciążliwe dla pacjentów w podeszłym wieku, obejmuje w szczególności język, mięsień bródkowo-gnykowy i mięśnie gardła, co może mieć negatywne konsekwencje w zakresie funkcji połykania i w konsekwencji zwiększać ryzyko dysfagii. Dlatego dysfagia sarkopeniczna charakteryzuje się specyficznymi różnicami w stosunku do presbyfagii u osób starszych. Bardziej szczegółowo presbyfagia jest związana z wiekiem, gdzie wszystkie mechanizmy połykania ulegają osłabieniu a dysfagia sarkopeniczna jest związana ze zmniejszeniem siły mięśni odpowiedzialnych za połykanie co współwystępuje z upośledzeniem siły mięśni szkieletowych całego ciała [8].

DYSFAGIA U OSÓB STARSZYCH

Problemy z połykaniem są uważane za coraz poważniejszy problem zdrowotny u osób starszych, będąc główną przyczyną niedożywienia, odwodnienia, zachłystowego zapalenia płuc, a nawet śmierci z powodu uduszenia. Częstość występowania dysfagii waha się od 16% u osób w wieku 70–79 lat do 33% u osób w wieku powyżej 80 lat, osiągając 60% w populacjach geriatrycznych zamieszkujących domy opieki społecznej [9,10].

Funkcja połykania może być zaburzona na każdym etapie, co może wynikać ze związanej z wiekiem redukcji elastyczności tkanek, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa

szyjnego, zaburzeń jamy ustnej i gardła, zmniejszenia wilgotności jamy ustnej i upośledzeń sensorycznych, takich jak upośledzenie węchu i smaku. Współwystępowanie sarkopenii i dysfagii wzbudza duże zainteresowanie biorąc pod uwagę fakt, iż osoby starsze z dysfagią mogą wykazywać utratę masy mięśniowej i siły zarówno mięśni szkieletowych, jak i mięśni związanych z połykaniem. Utrata masy mięśniowej związana z wiekiem może objawiać się zmniejszeniem grubości języka, mięśnia bródkowo-gnykowego, ściany gardła oraz zmniejszeniem napięcia języka i osłabieniem kurczliwości gardła [11-13].

PROFILAKTYKA I LECZENIE SARKOPENII

Trening fizyczny

Podstawą zapobiegania sarkopenii oraz leczenia tego schorzenia jest zwiększenie poziomu aktywności fizycznej. Istnieje wiele dowodów naukowych potwierdzających, że aktywność fizyczna jest niezbędna do zachowania sprawności funkcjonalnej, ponieważ zwiększa masę mięśniową, wpływa na redukcję tkanki tłuszczowej oraz poprawia siłę mięśni, wytrzymałość, odporność i wydolność układu sercowo-naczyniowego.

Najlepsze efekty w profilaktyce i terapii sarkopenii przynosi trening z oporem progresywnym lub kombinacja treningu oporowego, wytrzymałościowego, ćwiczeń równoważnych i rozciągających. Trening z oporem progresywnym obejmuje ćwiczenia z masą własnego ciała, oporem zewnętrznym w postaci taśm, hantli czy odważników kulowych. Taki rodzaj ćwiczeń daje szereg korzyści, w tym: zwiększenie masy, siły i mocy mięśniowej, zwiększenie gęstości mineralnej kości czy zwiększenie elastyczności ścięgien. Badania wykazały, że trening oporowy u osób z sarkopenią i zespołem kruchości może przywrócić im sprawność w zakresie codziennego funkcjonowania.

Wielokierunkowe interwencje treningowe, łączące różne rodzaje treningu wywierają najlepszy efekt w postaci zwiększenia masy mięśniowej i siły mięśniowej, zmniejszenia zawartości tkanki tłuszczowej, poprawy tolerancji wysiłku, wytrzymałości, poprawy sprawności funkcjonalnej i zmniejszenia stopnia niepełnosprawności, zmniejszenia ryzyka upadków, zmniejszają również insulinooporność [14,15].

Zalecana jest aktywność fizyczna o umiarkowanej intensywności w wymiarze co najmniej: 150 minut w tygodniu, realizowana przynajmniej przez 5 dni tygodnia po 30 minut. Dla osób, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie zrealizować takiej aktywności zaleca się ćwiczenia dostosowane do swoich możliwości.

Leczenie żywieniowe

Podkreśla się, że w profilaktyce jak i leczeniu sarkopenii kluczowe znaczenie może mieć nie tylko odpowiednia kaloryczność diety (niedostateczne spożycie kalorii przyczynia się nie tylko do utraty tkanki tłuszczowej, ale i beztłuszczowej masy ciała), ale też jakość spożywanych posiłków.

W leczeniu żywieniowym sarkopenii należy zwrócić uwagę przede wszystkim na odpowiednią podaż białka, a także jego dystrybucję w ciągu dnia.

Zaleca się rozłożenie dobowej wyliczonej ilości białka na trzy posiłki (np. po 30 gram białka na każdy posiłek) dzięki czemu możliwa jest maksymalna synteza białek mięśniowych.

- Odpowiednia podaż energetyczna: średnio 25-35 kcal/kg masy ciała na dobę
- Zawartość białka:
 - 1-1,2g/kg masy ciała na dobę u zdrowych osób starszych
 - 1,2-1,5g/kg masy ciała na dobę u chorych obciążonych chorobami przewlekłymi lub w przebiegu ostrej choroby (pod warunkiem prawidłowej wydolności wątroby i nerek)
 - 1,5–2,0 g/kg masy ciała na dobę w przypadku nieożywieni białkowo-kalorycznego.

Aminokwasy niezbędne, szczególnie leucyna i jej metabolit beta-hydroksy beta-metylomaślan zwiększają syntezę białek mięśniowych i hamują ich degradację. Leucyna występuje w żywności, zwłaszcza w produktach odzwierzęcych, np. w mleku, serwatce, wołowinie, wieprzowinie, jajach, mięsie drobiowym i rybach. Dobrym źródłem leucyny są również ziarna soi, orzeszki ziemne czy migdały. Zalecana ilość leucyny do maksymalnej stymulacji syntezy białek mięśniowych wynosi od 700 do 3000 mg. Jedno jajko dostarcza ~500 mg leucyny w zaledwie 72 kaloriach, co czyni jajko doskonałą propozycją w codziennym jadłospisie.

W leczeniu żywieniowym sarkopenii ważna jest również podaż antyoksydantów, suplementacja kwasów omega-3, które mają udowodnione właściwości przeciwzapalne oraz odpowiednia podaż witaminy D (w ludzkiej tkance mięśniowej odkryto receptory dla witaminy D, a ich aktywacja może wspierać syntezę białek mięśniowych) [16].

ZALECENIA DLA LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK OPIEKUJĄCYCH SIĘ OSOBAMI STARSZYMI

- Aktywnie poszukuj sarkopenii u wszystkich swoich pacjentów, zwłaszcza po 70 roku życia, przeprowadź u nich ocenę skriningową w kierunku tego zespołu,

- Wszystkie osoby z pozytywnym wynikiem skriningu kieruj do dalszej pełnej diagnostyki sarkopenii w Oddziale Geriatrii,
- Wyznacz kompleksowy plan opieki nad osobami z sarkopenią, szukaj potencjalnie odwracalnych przyczyn,
- Przejrzyj i zmodyfikuj farmakoterapię,
- Oceń stan odżywienia, a w razie niedożywienia poczyni starania, aby przywrócić należną masę ciała,
- Oceń funkcje poznawcze i prawdopodobieństwo występowania maskowanej depresji, szukaj innych przyczyn osłabienia lub wyczerpania jak niedokrwistość, hipotensja, niedoczynność lub nadczynność tarczycy, niedobór witaminy B12,
- Osoby z rozpoznaną sarkopenią kieruj na rehabilitację tak, aby rozpocząć indywidualnie dobrany program aktywności fizycznej obejmujący trening aerobowy, oporowy, połączony z ćwiczeniami równoważnymi i rozciąganiem,
- Zaprogramuj dostosowane leczenie żywieniowe, suplementację białkowo-kaloryczną, uzupełnij niedobór witaminy D,
- Zaleć dbanie o zdrowie jamy ustnej i właściwe oprotezowanie.

PIŚMIENNICTWO

1. Bauer J, Morley JE, Schols AMWJ, Ferrucci L, Cruz-Jentoft A, et al. Sarcopenia: A time for action. An SCWD position paper. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 2019; 10(5): 956– 961.
2. Phu S, Vogrin S, Zanker J, Bani Hassan E, Al Saedi A, et al. Agreement Between Initial and Revised European Working Group on Sarcopenia in Older People Definitions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2019; 20: 382–383.
3. Anil S, Vellappally S, Hashem M, Preethanath RS, Patil S, et al. Xerostomia in geriatric patients: A burgeoning global concern. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 2016; 7: 5–12.
4. Liu B, Dion MR, Jurasic MM, Gibson G, Jones JA. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: Prevalence and etiology. *Journal of Oral Medicine, Oral Surgery, Oral Pathology and Oral Radiology* 2012; 114: 52–60.
5. Ouanounou A. Xerostomia in the Geriatric Patient: Causes, Oral Manifestations, and Treatment. *The Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 2016; 37: 306–311.

6. O'Connor JP, Milledge KL, O'Leary F, Cumming R, Eberhard J, et al. Poor dietary intake of nutrients and food groups are associated with increased risk of periodontal disease among community-dwelling older adults: A systematic literature review. *Nutrition Reviews* 2020; 78: 175–188.
7. Kotsakis GA, Chrepa V, Shivappa N, Wirth M, Hébert J, et al. Diet-borne systemic inflammation is associated with prevalent tooth loss. *Clinical Nutrition*, 2018; 37: 1306–1312.
8. Kuroda Y, Kuroda R. Relationship between thinness and swallowing function in Japanese older adults: Implications for sarcopenic dysphagia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2012; 60: 1785–1786.
9. Siebens H, Trupe E, Siebens A, Cook F, Anshen S, et al. Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1986; 34: 192–198.
10. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 2016; 11: 189–208.
11. Nakao Y, Uchiyama Y, Honda K, Yamashita T, Saito S, et al. Age-related composition changes in swallowing-related muscles: A Dixon MRI study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2021; 33: 3205–3213.
12. Miyashita T, Kikutani T, Nagashima K, Igarashi K, Tamura F. The effects of sarcopenic dysphagia on the dynamics of swallowing organs observed on videofluoroscopic swallowing studies. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2020; 47: 584–590.
13. Kunieda K, Fujishima I, Wakabayashi H, Ohno T, Shigematsu T, et al. Relationship Between Tongue Pressure and Pharyngeal Function Assessed Using High-Resolution Manometry in Older Dysphagia Patients with Sarcopenia: A Pilot Study. *Dysphagia* 2021; 36: 33–40.
14. Agostini F, Bernetti A, Di Giacomo G, Viva MG, Paoloni M, et al. Rehabilitative Good Practices in the Treatment of Sarcopenia: A Narrative Review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2021; 100: 280–287.
15. Beaudart C, Rolland Y, Cruz-Jentoft AJ, Bauer JM, Sieber C, et al. Assessment of Muscle Function and Physical Performance in Daily Clinical Practice: A position paper endorsed by the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Calcified Tissue International and Musculoskeletal Research*, 2019; 105: 1–14.

16. Fan Y, Ni S, Zhang H. Association between Healthy Eating Index-2015 total and component food scores with osteoporosis in middle-aged and older Americans: A cross-sectional study with U.S. National Health and Nutrition Examination Survey. Osteoporosis International, 2022; 33(4): 921-992.

ZESPÓŁ KRUCHOŚCI

Agnieszka Batko-Szwaczka, Joanna Dudzińska-Griszek

Klinika Geriatrii, Katedra Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WROWADZENIE

Jednym z najbardziej intensywnie badanych w ostatnich latach zespołów geriatrycznych jest zespół kruchości (ang. *frailty*). Panuje zgodność, że jest on następstwem zmniejszenia rezerw czynnościowych wszystkich narządów i układów organizmu w przebiegu procesów starzenia się lub choroby. W modelu fizycznego fenotypu zespołu kruchości, ważnymi ogniwami patogenezy są: sarkopenia i zmniejszenie całkowitego wydatku energetycznego organizmu, wynikające ze spadku spoczynkowej przemiany materii oraz małej aktywności fizycznej.

Kruchosc jest stanem potencjalnie odwracalnym, jednak żeby nastąpiła poprawa stanu chorego konieczne jest jak najszybsze podjęcie działań profilaktycznych i leczniczych. Bez takiego postępowania ryzyko progresji i powikłań zespołu kruchości jest duże.

Towarzysząca zespołowi kruchości sarkopenia i związane z nią zmniejszenie masy i siły mięśniowej prowadzi do pogorszenia sprawności fizycznej, wydolności i wytrzymałości oraz utrudnia samodzielną mobilność chorego. W wyniku tego znacznie zwiększa się ryzyko upadków i urazów a w konsekwencji narasta niepełnosprawność fizyczna i konieczność wsparcia opieki w środowisku domowym a nawet objęcia chorego opieką całodobową.

Reasumując, zespół kruchości zwiększa ryzyko upadków, urazów, hospitalizacji, niepełnosprawności, instytucjonalizacji a nawet zgonu.

KRYTERIA ROZPOZNANIA I CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA ZESPOŁU KRUCHOŚCI

Model fizycznego zespołu kruchości charakteryzuje definicja fenotypowa oparta na udokumentowaniu pogorszenia sprawności fizycznej (wg Fried i wsp.) obejmująca 5 kryteriów fizycznego zespołu *frailty*:

1. niezamierzona utrata masy ciała $\geq 4,5$ kg lub 5% w ciągu roku,

2. mała aktywność fizyczna (w zakresie najniższego kwintyla [20%] wydatku energetycznego; mężczyźni <383 Kcal/tydz., kobiety <270 Kcal/tydz., co odpowiada <2,5 godzinom spaceru dla mężczyzn i <2 godzinom spaceru dla kobiet) - ocena wg kwestionariusza Minnesota Leisure Time Activity,
3. spowolnienie chodu (w zakresie najniższego kwintyla [20%] czasu przejścia 4,572m [15 stóp]; w praktyce jako wolny chód kwalifikuje się $\leq 0,8$ m/s),
4. obniżenie siły mięśniowej (*grip strength*- siła uścisku ręki w zakresie najniższego kwintyla [20%]; za obniżoną siłę mięśniową przyjęto siłę uścisku ręki <27kg u mężczyzn i <15 kg u kobiet),
5. subiektywnie zgłaszane poczucie wyczerpania („w ostatnim tygodniu wszystko co robię, jest dla mnie wysiłkiem” lub „nie mogę zebrać się w sobie”) samoocena wg skali CES-D) – częste lub stałe zmęczenie, wycieńczenie, wyczerpanie.

Obecność trzech spośród wyżej wymienionych pozwala na wyłonienie osób z zespołem kruchości *frail*, jedno lub dwa kryteria wskazują na stan zagrożenia określany jako *pre-frail*, jeżeli żadne kryterium nie jest spełnione to określa stan prawidłowy *nonfrail* [1].

Częstość występowania zespołu kruchości związana jest z wiekiem, ale zespół ten rozwija się także jako powikłanie przewlekłych, wyniszczających chorób. Badanie *Cardiovascular Health Study* (CHS) oraz liczne inne badania wykazały, że zespół kruchości jest czynnikiem ryzyka wielu niekorzystnych zdarzeń, takich jak utrata sprawności funkcjonalnej, wielochorobowość, konieczność umieszczenia badanego w ośrodku opieki długoterminowej i przedwczesny zgon. W badaniu CHS oszacowano następującą częstość występowania *frailty* w populacji mieszkańców w środowisku: ogółem 6,9% osób w wieku 65+, z czego 3,2% wieku 65-70 lat, 16,3% w wieku 80-84 lat i 23,1% w wieku 90+. Stwierdzono związek zespołu kruchości z gorszym wykształceniem, mniejszymi dochodami, gorszym zdrowiem, większą liczbą przewlekłych chorób i niepełnosprawnością [1-3].

Badania wielu zespołów wykazały, że nie ma czystej postaci „fizycznej” zespołu kruchości – zawsze obejmuje on także wymiar psychiczny i społeczny. Klasyczne kryteria fenotypowe Fried i wsp. (zwane też kryteriami fenotypu fizycznego) obejmują spadek masy ciała. Wydawać by się mogło, że *frailty* dotyczy osób z małą masą ciała (małym wskaźnikiem masy ciała BMI). Tak nie jest. Pokazują to badania, których autorzy określili fenotyp zespołu kruchości skojarzony z otyłością. Jest to zrozumiałe kiedy weźmie się pod uwagę, że kluczowym elementem *frailty* jest zmniejszenie masy mięśni szkieletowych i ich osłabienie (sarkopenia), a nie zmniejszenie masy tkanki tłuszczowej. Otyłość może być skojarzona z małą

masą mięśni szkieletowych. Takiej strukturze masy ciała sprzyja mała aktywność fizyczna skojarzona ze spożywaniem posiłków o nadmiernej w stosunku do wydatku energetycznego kaloryczności [2].

Z uwagi na prostotę wykonania i uniwersalność (możliwość zastosowania bez względu na stan pacjenta), często w praktyce klinicznej stosowana jest Kliniczna Skala Kruchości (CSF). Jest to jedna z ważniejszych skal oceny stanu czynnościowego. Stan czynnościowy chorego geriatrycznego jest lepszym wskaźnikiem prognostycznym, niż rozpoznanie choroby. Wykazano przydatność CSF, jako wskaźnika predykcyjnego ryzyka umieszczenia chorego w ośrodku opieki długoterminowej, śmiertelności ogólnej, wewnątrzzpitalnej oraz 6-letniej po zawale serca. Wykazano przydatność tej skali w podejmowaniu decyzji klinicznych (wybór optymalnej metody diagnostycznej lub terapii) w kardiologii, onkologii i innych dyscyplinach [4].

1. Stan bardzo dobry: w dobrej kondycji, aktywny, energiczny, uprawiający sport regularnie.
2. Stan dobry: bez aktywnej choroby, ale mniej sprawny i w gorszej kondycji niż w grupie 1.
3. Stan dobry, sprawny ze współistniejącymi chorobami dobrze kontrolowanymi i dobrze leczonymi.
4. Wyraźnie gorszy stan zdrowia, wrażliwy na uszkodzenia: obecność objawów chorobowych ale chory jeszcze niezależny.
5. Łagodny *frail*; wymaga pomocy podczas codziennej aktywności w zakresie czynności złożonych.
6. Umiarkowany *frail*; wymaga pomocy w zakresie złożonych i podstawowych czynności codziennych.
7. Ciężki *frail*; całkowita zależność w podstawowych czynnościach codziennych lub terminalne stadium choroby.

POSTĘPOWANIE LECZNICZE I ZAPOBIEGANIE ZESPOŁOWI KRUCHOŚCI

W wielu obserwacjach wykazano, że możliwe jest nie tylko pogorszenie sytuacji klinicznej chorego (rozwój *prefrailty*, a następnie *frailty* u starszej osoby uprzednio zdrowej), ale także – dzięki programowi ćwiczeń fizycznych skojarzonych z odpowiednią dietą (ważne znaczenie ma skład jakościowy z odpowiednią zawartością białek) – cofnięcie zaburzenia, przynajmniej u niektórych chorych. Ćwiczenia fizyczne i dieta – to do dzisiaj jedyne metody o udowodnionej skuteczności w leczeniu zespołu kruchości [5,6]. Dotąd nie zaakceptowano

żadnej metody farmakologicznego leczenia tego zespołu. Zespół kruchości jest więc procesem dynamicznym, charakteryzującym się częstymi przesunięciami między poszczególnymi poziomami jego zaawansowania w czasie – wskazuje to na możliwości zapobiegania i uzyskiwania poprawy [3].

Zapobieganie wystąpieniu zespołu kruchości powinno rozpoczynać się już w młodym wieku poprzez:

- promowanie zdrowego stylu życia, przede wszystkim regularną dostosowaną aktywność fizyczną i prawidłowe odżywianie,
- profilaktykę chorób,
- wczesną diagnostykę i wykrywanie patologii oraz ich leczenie,
- diagnostykę i właściwe oprotezowanie wzroku, słuchu oraz uzębienia,
- podtrzymywanie aktywności umysłowej nawet w zaawansowanym wieku, utrzymywanie kontaktów rodzinnych i społecznych,

Pacjentom z zespołem kruchości zaleca się uczestniczenie w programach aktywności fizycznej złożonych z:

- ćwiczeń wytrzymałościowych/aerobowych (np. spacer, chodzenie na bieżni, nordic walking, jazda na rowerze stacjonarnym, pływanie, taniec), których celem jest poprawa wydolności i wytrzymałości, usprawnienie metabolizmu, poprawa kondycji,
- ćwiczeń z oporem wykonywanych 2 razy w tygodniu po 20 minut (np. podnoszenie się z krzesła bez pomocy rąk, rozciąganie taśmy elastycznej, w pozycji na plecach utrzymywanie piłki między kolanami, w pozycji leżącej na plecach unoszenie ku górze rąk z ciężarkami w dłoniach),
- ćwiczeń równowagi wykonywanych codziennie przez 5–10 minut (np. opierając się o oparcie krzesła, utrzymywać równowagę przez 10 s na jednej nodze, stanie na palcach i piętach, stanie i chód w pozycji tandem – w ustawieniu jednej stopy za drugą, gimnastyka *Tai-chi*),
- ćwiczeń rozciągających poprawiających gibkość i zakres ruchów (np. w pozycji siedzącej na krześle z nogami złączonymi skręt tułowia na boki).

Tylko takie wielokierunkowe interwencje łączące różne rodzaje aktywności wywierają najlepszy efekt w postaci zwiększenia masy i siły mięśniowej, zmniejszenia zawartości tkanki tłuszczowej, zmniejszenia insulinooporności, poprawy tolerancji wysiłku, poprawy sprawności

funkcjonalnej i zmniejszenia stopnia niepełnosprawności oraz obniżenia ryzyka upadków. Zalecana jest aktywność fizyczna o umiarkowanej intensywności w wymiarze co najmniej 150 minut w tygodniu, realizowana przynajmniej przez 5 dni tygodnia po 30 minut. Dla osób, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie zrealizować takiej skali aktywności zaleca się aktywność fizyczną dostosowaną do ich możliwości i umiejętności.

Równie ważne jak leczenie ruchem, jest leczenie żywieniowe. Kluczowe znaczenie ma nie tylko odpowiednia kaloryczność diety (niedostateczne spożycie kalorii przyczynia się nie tylko do utraty tkanki tłuszczowej, ale i beztłuszczowej masy ciała), ale też jakość spożywanych posiłków. W leczeniu żywieniowym zespołu kruchości należy zwrócić uwagę przede wszystkim na odpowiednią podaż białka a także jego dystrybucję w ciągu dnia. Zaleca się rozłożenie dobowej wyliczonej ilości białka na trzy posiłki dzięki czemu możliwa jest maksymalna synteza białek mięśniowych [7].

- Odpowiednia podaż energetyczna: średnio 25-35 kcal/ kg masy ciała na dobę
- Zawartość białka:
 - 1-1,2 g/kg masy ciała na dobę u zdrowych osób starszych,
 - 1,2-1,5 g/kg masy ciała na dobę u chorych obciążonych chorobami przewlekłymi lub w przebiegu ostrej choroby (pod warunkiem prawidłowej wydolności wątroby i nerek),
 - 1,5–2,0 g/kg masy ciała na dobę w przypadku niedożywienia białkowo-kalorycznego.

Aminokwasy niezbędne, szczególnie leucyna i jej metabolit beta-hydroksy beta-metylomaślan zwiększają syntezę białek mięśniowych i hamują ich degradację. Leucyna występuje w żywności, zwłaszcza w produktach odzwierzęcych, np. w mleku, serwatce, wołowinie, wieprzowinie, jajach, mięsie drobiowym i rybach. Dobrym źródłem leucyny są również ziarna soi, orzeszki ziemne czy migdały. W leczeniu żywieniowym ważna jest również podaż antyoksydantów, suplementacja kwasów omega-3, które mają udowodnione właściwości przeciwzapalne oraz odpowiednia podaż witaminy D (w ludzkiej tkance mięśniowej odkryto receptory dla witaminy D a ich aktywacja może wspierać syntezę białek mięśniowych).

PIŚMIENNICTWO

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journals of Gerontology Series A -Biological Sciences and Medical Sciences, 2001; 56: M146-M156.
2. Villareal DT, Chode S, Parimi N, Sinacore DR, Hilton T, et al. Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. The New England Journal of Medicine, 2011; 364: 1218-1229.

3. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Archives of Internal Medicine*, 2006; 166: 418-423.
4. Rockwood L, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 2005; 173: 489-495.
5. Jadcak AD, Makwana N, Luscombe-Marsh N, Visvanathan N, Schultz TJ. Effectiveness of exercise intervention on physical function in community-dwelling frail older people: an umbrella review of systematic reviews. *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 2018; 16: 752 -775.
6. Fried LP. Interventions for Human Frailty: Physical Activity as a Model. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine* 2016; 6: a025916
7. Fan Y, Ni S, Zhang H. Association between Healthy Eating Index-2015 total and component food scores with osteoporosis in middle-aged and older Americans: A cross-sectional study with U.S. National Health and Nutrition Examination Survey. *Osteoporosis International*, 2022; 33(4): 921-929.

ISBN – 978-83-68268-58-4